T.C.
Aile ve
Sosyal Politikalar
Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

YAŞLI DOSTU KENTLER SEMPOZYUMU

YAŞLI DOSTU KENTLER SEMPOZYUMU

BİLDİRİ KİTABI

26-27
KASIM 2015
BURSA

TBB
TÜRKİYE BELEDİYELER BİRLİĞİ

BURSA
BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği
2005

T.C.
Aile ve
Sosyal Politikalar
Bakanlığı

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

YAŞLI DOSTU KENTLER SEMPOZYUMU

26-27 Kasım 2015
BURSA

Kasım 2015, ANKARA

ISBN
978-605-462-883-4

Grafik Tasarım
AFS Medya

Baskı
Afşar Matbaacılık
Ostim Mahallesi 1372. Sokak
(Ankara İvedik Organize Sanayi Bölgesi)
No:29, 06370 ANKARA Tel: (0.312) 394 3922

Bu Yayın Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu" kapsamında bastırılmış olup tüm yayın hakları Engelli ve Yaşlı Genel Müdürlüğü'ne aittir.

Kaynak gösterilerek yapılacak alıntılar dışında izinsiz çoğaltım ve basım yapılamaz.

SUNUM

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumunun düzenlenmesinin amacı aktif yaşlanma genel çerçevesinde yaşlı dostu yerel yönetim çalışmalarına yol gösterici araştırma, inceleme, projelerin, yerel yönetimlerin yaşlı hizmetlerinin paylaşımının sağlanmasıdır.

Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, Bursa Büyükşehir Belediyesi, Sağlıklı Kentler Birliği'nin işbirliği ile düzenlenen sempozyum, aktif yaşlanma ve yaşlılık döneminde kaliteli yaşam koşulları için kentsel tasarım, toplumsal dönüşümün "Dünya Sağlık Örgütünün Küresel Yaşlı Dostu Şehirler Rehberi" doğrultusunda Yaşlı Dostu Şehir kavramı içinde yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin gelişmeleri ortaya koyması beklenmektedir.

Sempozyum ile yerel yönetimlerin, sivil toplum kuruluşlarının, özel sektörün yaşlanma ve yaşlılık konusundaki çalışmalarını teşvik etmek, alandaki iyi uygulama örneklerine dikkat çekilmesi, yaşlanma ve yaşlılık olgusuna multidisipliner yaklaşımları destekleyerek bilim insanları, yerel yönetimler, sivil toplum örgütlerinin karşılıklı etkileşimleri, bilgi ve deneyim aktarımları sonucunda yaşlı dostu kent kavramının ülkemiz için somut çalışma alanı olmasına katkı vermek amaçlanmaktadır.

Yaşlı Dostu Kentlerin başlangıç noktası; yaşılar için yaşam kalitesi, sağlık, katılım ve güvenlik için fırsatları en elverişli hale getirerek aktif yaşlanmayı sağlamaktır. Yaşlı dostu kentler fikri Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) aktif yaşlanma politika çerçevesi ile şekillenmektedir. Aktif yaşlanma bağımsızlık, katılım, onur, bakım ve kendini gerçekleştirme olarak Birleşmiş Milletler Yaşlı İlkelerine ve insan haklarına dayanmaktadır. Yaşlı dostu kentler rehberinde (WHO 2007), (1)Açık alanlar ve binalar, (2) Ulaşım, (3) Konut, (4) Katılım/Toplumsal katılım, (5)Saygı ve sosyal içerme, (6)Vatandaşlık ve istihdam, (7) İletişim ve Bilgi, (8) Sosyal destek ve sağlık hizmetlerinde yaşlılar için eylem alanları ve öneriler yer almaktadır.

Ülkemiz için bu eylem alanları içinde yaşlıların toplumsal yaşama tam katılımı, sosyal ve sağlık hizmetlerinden yararlanması ulaşım, konut ve diğer alanlarda çalışmaların artırılması, iyi uygulama örneklerinin karşılıklı etkileşim ile yaygınlaştırılması sempozyumdan beklenen sonuçlar arasındadır.

İshak ÇİFTÇİ
Bakan a.
Genel Müdür

YAŞLI DOSTU KENTLER
SEMPOZYUMU

ÖNSÖZ

İnsanlar sahip oldukları, yaşattıkları ve geleceğe miras olarak bıraktıkları değerleriyle anlam ifade ederler. Yaşlılarımız her zaman bilgi ve tecrübelerine başvurduğumuz bilgelerimizdir. Bizlere hayatı öğreten, topluma öncülük yapan rehberimizdir onlar. Aslında bizler bugünden geleceğimizi planlarken yaşlılarımızın, çocuklarımızın ve kendimizin de geleceğini planlarız.

İnsanın, yaşamın her safhasında mutlu ve huzurlu bir şekilde hayat sürmesi en tabii hakkıdır. Bunun en iyi şekilde kullanılabilmesi için geçmişten geleceğe köprüler kurarız. Kültürümüzü ve değerlerimizi yarınlara taşımamızı sağlayan yaşlılarımızın toplumla bütünleşmesi, hayatın içinde aktif bireyler olmaları amacıyla yeni hizmet modelleri geliştiriyoruz.

Yeni hizmet modelleriyle sevgiyi, merhameti, saygı ve dayanışmayı daha da güçlendirmek istiyoruz. Değişen toplum yapısı içinde yaşlılara yönelik hizmet kalitesini yükseltmek için bilimsel çalışmalara önem veriyoruz.

Ülkemizde ortalama yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlı nüfusun da arttığı görülmektedir. İnsanlarımızın sağlıklı yaşam sürmeleri, kaliteli yaşlılık dönemi geçirmeleri için alınması gereken tedbirler bu süreçte önem kazanmaktadır.

Kentleşmeye bağlı olarak bozulan yaşam standartlarının düzeltilmesi için yaşlı dostu kentlere olan ihtiyaç daha da önem kazanmıştır. Bu kapsamda yaşlıların refahını arttırmak ve yaşam beklentilerini yükseltmek amacıyla Türkiye Belediyeler Birliği, Bursa Büyükşehir Belediyesi ve Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği ile Bursa'da 26-27 Kasım 2015 tarihleri arasında "Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu" düzenlenmiştir.

Yaşlı dostu şehirlerle; yaşlıların topluma katılımındaki engelleri ortadan kaldırmak, aile ve toplum hayatındaki etkinliklerini arttırmak amaçlanmaktadır. Bu süreçte aktif yaşlanma, kuşaklararası iletişim, kendini gerçekleştirme, hayat boyu öğrenme ve hayat memnuniyetini yükseltme çalışmalarının önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Hayatımızın önemli evrelerinden birini oluşturan yaşlılarımıza gösterdiğimiz bu ihtimam bir bütün olarak toplumun da yaşam kalitesini yükseltecektir.

Yaşlıya ve yaşlılığa ilişkin bilinci, bilimsel çalışmalarla destekleyen bu sempozyumda emeği geçen herkese teşekkür ediyor, sempozyumun hayırlara vesile olmasını diliyorum.

Dr. Sema Ramazanoğlu
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı

YAŞLI DOSTU KENTLER
SEMPOZYUMU

İŞBİRLİĞİ YAPILAN KURULUŞLAR

Türkiye Belediyeler Birliği
Bursa Büyükşehir Belediyesi
Sağlıklı Kentler Birliği

DÜZENLEME KURULU

İshak ÇİFTÇİ
Genel Müdür,
ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Avni ÖZKAYA
Genel Müdür Yardımcısı V,
ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Coşgun GÜRBOĞA
Daire Başkanı,
ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Kezban DURDUBAŞ
Eğitim Uzmanı,
ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

DANIŞMA KURULU

İshak ÇİFTÇİ
Genel Müdür Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Prof. Dr. Bilgen TANELİ
Alzheimer Vakfı

Prof. Dr. Dilek ASLAN
Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Emine ÖZMETE
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. İsmail COŞKUN
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Oya HAZER
Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Velittin KALINKARA
Pamukkale Üniversitesi

Cafer Tufan YAZICIOĞLU
Türkiye Emekliler Derneği

BİLİM KURULU

İshak ÇİFTÇİ,
Genel Müdür,
ASPB, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Prof. Dr. Bilgen TANELİ,
Alzheimer Vakfı

Prof. Dr. Dilek ASLAN,
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD

Prof. Dr. Emine ÖZMETE,
Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Galip AKIN,
Ankara Üniversitesi, DTCF, Antropoloji Bölümü

Prof. Dr. İsmail COŞKUN,
İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

Prof. Dr. Mehmet ERSOY,
Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Oya HAZER,
Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler .Fakültesi,

Prof. Dr. Velittin KALINKARA,
Pamukkale Üniversitesi, Denizli Teknik Bilimler MYO

Doç. Dr. Fatma ARPACI,
Gazi Üniversitesi, Mesleki Eğitim Fakültesi

Doç. Dr. Hayat BOZ,
Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Nilgün ÇOLPAN ERKAN,
Yıldız Teknik Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi

Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN,
Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Özgür ARUN,
Akdeniz Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Gerontoloji Bölümü

Doç. Dr. Sema OĞLAK,
Adnan Menderes Üniversitesi, Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Yusuf ADIGÜZEL,
İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

Doç. Dr. Yavuz TANELİ,
Uludağ Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi

Yrd. Doç.Dr. Murat ŞENTÜRK,
İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

Yrd. Doç.Dr. Mustafa Aytaç ÖZELÇİ,
İstanbul Kültür Üniversitesi, Hukuk Fakültesi

Yrd. Doç. Dr. Münevver MERTOĞLU,
İstanbul Kültür Üniversitesi, CEHAM

Yrd. Doç. Dr. Ümit ATEŞKAN,
Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Danışman

Dr. Deniz Çağlayan GÜMÜŞ,
ASPB, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

YAŞLI DOSTU KENTLER SEMPOZYUMU

26-27 Kasım 2015
Bursa

PROGRAM

I.GÜN: 26 KASIM 2015, Perşembe

08:30 - 09:30	Kayıt
09:30 - 10:15	Açılış Konuşmaları
10:15 - 10:45	Yaşlı Dostu Kentler- İyi Uygulama Örnekleri Plaket Töreni
10:45 - 11:15	Çay/Kahve arası
11:15 - 12:30	**Açılış Oturumu** Oturum Başkanı : Prof. Dr. Emine ÖZMETE, Ankara Üniversitesi Prof. Dr. Dilek ASLAN, Hacettepe Üniversitesi Yaşlı Dostu Kentler Mehmet KONTAŞ, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi Yaşlı Dostu ve Sağlıklı Kentler İçin Mücadele Alanları Prof. Dr. Bilgen TANELİ, Uludağ Üniversitesi Yaşlı Dostu Kentlerin Sağlıklı Yaşlılar ve Alzheimer Hastaları İçin Önemi
12:30 - 13:30	Öğle Yemeği

13:30-14:30	POSTER SUNUMLARI VE YAŞLI DOSTU KENTLER SERGİSİ AÇILIŞI
14:30-15:45 OTURUMLAR	
SALON I	**SALON II**
OTURUM-I AKTİF YAŞLANMA Oturum Başkanı Prof. Dr. Oya HAZER	OTURUM-II YAŞLILAR İÇİN SOSYAL HİZMETLER Oturum Başkanı Prof. Dr. Mehmet ERSOY
Hasan BALBABA Sosyal Hizmetler Daire Başkanı Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyesi Dinlenme Salonları, Evde Bakım Hizmetleri	Ferruh ERKAN Erzincan Belediyesi Erzincan Belediyesi "Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda"1-2-3
Davut ELMACI/Sadi ERGİN ASPB Amasya İl Müdürlüğü Beden, Ruh ve Zihin İçin Gıda Projesinde Aktif Yaşlanma ve Kuşaklararası Dayanışma Örnekleri	Cafer Tufan YAZICIOĞLU Türkiye Emekliler Derneği Yaşlı Dostu Kente Yaşlı Hakları ve Yaşlılık Hukuku Acısından Bakış
Doç. Dr. Zuhal KUNDURACILAR Bülent Ecevit Üniversitesi Aktif Yaşlanma- Yaş Turizmi	Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN Ankara Üniversitesi Yaşlı Dostu Kentlerde Beslenme Hizmetleri
Ülkü ERTAN Hacettepe Üniversitesi Kırılgan Yaşlı Bireylerde Egzersiz Eğitiminin Fiziksel Performans Üzerine Etkisi	Yrd. Doç. Dr. Abdullah İNCE Sakarya Üniversitesi Yaş, Cinsiyet, Sosyo-Ekonomik Düzey Ve Dindarlık Algısı Değişkenlerine Göre Yaşlanma Sürecinde Boş Zaman Uğraşıları
15:45-16:00 Çay/Kahve Arası	

16:00-17:30 OTURUMLAR	
SALON I	SALON II
OTURUM -III SAĞLIKLI YAŞLANMA Oturum Başkanı Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN	OTURUM-IV SAĞLIKLI KENTLER BİRLİĞİ-YAŞLI Oturum Başkanı Murat AR
Necmi ÇAMAŞ Samsun Büyükşehir Belediyesi Yaşlılar İçin Toplumsal Destek ve Sağlık Hizmetleri	Dr. Hafize DOĞAN İstanbul Büyükşehir Belediyesi Yaşlılar için Toplumsal Destek ve Sağlık Hizmetleri İstanbul B.B. Darülaceze Müdürlüğü
Dr. Hasan ANIK Gaziemir Belediyesi Evde Bakım	Hürrem BETÜL, Levent ERDAL Mezitli Belediyesi Yaşlı Dostu Kent: Mezitli
Yrd. Doç. Dr. Öznur BÜYÜKTURAN Ahi Evran Üniversitesi Altmış ve Üzeri Yaştaki Bireylerde Internet Kullanma Durasyonu, Sıklığı Ile Ağrı ve Postürün Ilişkisinin Incelemesi	Emel KILIÇ Bursa Büyükşehir Belediyesi Yaslı Bakımında Bursa Büyükşehir Belediyesi
Merve KARAPINAR Hacettepe Üniversitesi Yaşlı Hastalarda Düzenli Egzersiz Alışkanlıkları Ve Egzersiz Engellerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma	Denizli Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmetleri
	Aşkın BUZ Pendik Belediyesi Yaşlı Hizmetleri-Yaşlıların Beklentileri Anketi-Pendik Belediyesi
ÇALIŞTAYLAR 17:30-19:00	
Değerlendirme Çalıştayı: (30 Kişi ile Sınırlıdır) Lütfen başvuru formlarınızı görevliye veriniz.	Evde Bakım, Evde Destek, Sosyal Çalışmalar Çalıştayı: (30 Kişi ile Sınırlıdır) Lütfen başvuru formlarınızı görevliye veriniz.
19:30-22:30 YAŞLI DOSTU KENTLER SEMPOZYUMU BULUŞMA YEMEĞİ	

II. GÜN: 27 KASIM 2015,Cuma	
9:30-10:45 OTURUMLAR	
SALON I	**SALON II**
OTURUM -V **KENT-YAŞLI-SOSYAL YAŞAM** **Oturum Başkanı** **Doç. Dr. Fatma ARPACI**	**OTURUM-VI** **TOPLUMSAL DAYANIŞMA-KATILIM** **Oturum Başkanı** **Prof. Dr. Velittin KALINKARA**
Saffet ACAR Dinar Belediye Başkanı Toplumsal Hayat, Yerel Yönetim Ve Yaşlılık Politikaları: Dinar Belediyesi	Prof. Dr. Hakan YAMAN Akdeniz Üniversitesi Yaşlı Dostu Sağlık ve Bakım Uygulamaları: Yaşlı Dostu Döşemealtı Örneği
Faruk Yaşar GÜRDAL Dinar Belediyesi Yaşlıların Toplumsal Yaşama Katılımı ve Yaşlılara Saygı Dinar Örneği	Prof. Dr. Baha TANELİ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (Emekli) Öğretim Üyesi Türk Toplumu Yaşlı Bakımevlerini Neden Kabullenmiyor? Ne Yapmalı?
Dr. Arzu ERDİ Bursa Valiliği Dostluk Kapısı Projesi “Bursa Valiliği”	Dr. İkuko MURAKAMİ Akdeniz Üniversitesi Yaşlı Dostu Kentlerde Kuşaklararası İletişim ve Dayanışmayı Sağlayacak Uygulamalar: Türkiye ve Japonya Örnekleri
Doç. Dr. Songül ATASAVUN UYSAL Hacettepe Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Engelliler Araştırma Ve Uygulama Merkezi Çalışmaları	Yrd. Doç. Dr. Sergender SEZER, Mevlüde Türkan, Fatma Gül BÜLBÜL Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Kentleşme Ve Kentlileşme Bağlamında Yaşlı İntiharları
10:45:00-11:00 Çay/Kahve Arası	

11:00-12:15 OTURUMLAR	
SALON I	**SALON II**
OTURUM-VII **SAĞLIKLI YAŞAM KOŞULLARI** **Oturum Başkanı** **Prof. Dr. Suna TANELİ**	**OTURUM -VIII** **YAŞLILAR İÇİN ERİŞİLEBİLİRLİK** **Oturum Başkanı** **Doç. Dr. Nilgün Çolpan ERKAN**
Prof. Dr. İlhan TOMANBAY SABEV Ankara Valiliği-SABEV Projesi Yaşlı Dostu Kent İçin Çağdaş ve Hızlı Çözüm: Teledestek. Bas Düğmeye, Yanındayım!	Doç. Dr. Osman TUTAL Anadolu Üniversitesi Yaşlılık, Yaşam Çevresi ve Evrensel Tasarım
Arzu DEMİRCİOĞLU Hacettepe Üniversitesi Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Toplumsal Katılım Ve Bilişsel Durum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Doç. Dr. Ferhan KUYUCAK ŞENGÜR Anadolu Üniversitesi Yaşlı Dostu Havaalanları Üzerine Bir Değerlendirme
Gürkan GÜNAYDIN Gazi Üniversitesi Aktif Yaşlanma Sürecindeki Rotator Manşet Yırtıklarında Vibrasyon, Basınç ve Ikı Nokta Diskrıminasyon Duyusunun Karşılaştırılması	Gamze FEYZİOĞLU/Tuba SAYAN ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Dostu Erişilebilir Rekreaktif alan Tasarım İlkeleri
Uğur SÖZLÜ Gazi Üniversitesi Aktif Yaşlanma Sürecinde Yağli Dejenerasyonlu Rotator Manşet Kas Atrofisine Bağlı Fonksiyonel Durum Karşılaştırması	
12:30-13:30 Öğle Yemeği	

13:30-14:45 OTURUMLAR	
SALON I	**SALON II**
OTURUM -IX **YAŞAMA DAHİL OLMA** **Oturum Başkanı** **Doç. Dr. Hayat BOZ**	**OTURUM-X** **KENTTE YAŞLI BAKIMI** **Oturum Başkanı** **Doç. Dr. Sema OĞLAK**
Ebru PEŞTERELİ Kadıköy Belediyesi Aktif Yaşlanma için Yerel Yönetimlerin Rolü ve Kadıköy Örneği	Dr. Nuran ELÇİN Gaziemir Belediyesi Ataevi Projesi
Prof. Dr. Velittin KALINKARA Pamukkale Üniversitesi Yaşanabilir Toplumlar ve Sürdürülebilir Yerinde Yaşlanma	Doç. Dr. Nil TEKİN; Zekeriya ALAN, Hayrettin ÇİFTÇİ ASPB Narlıdere Huzurevi/Narlıdere Kaymakamlığı Kentlerde Yaşlı Yaşam Alanları ve Yaşlı Dostu Kentlere Önerilebilecek Bakım Modelleri
Kaan SEVİM Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezinde Yaşlılara Verilen Hizmetler	Murat AKBULUT İnegöl Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmetlerinin Aktif Yaşlanma Üzerine Etkisi
Doç. Dr. Gülüşan ÖZGÜN BAŞIBÜYÜK Cumhuriyet Üniversitesi Geroantropolojide: Antropometrik Yaklaşım	Coşgun GÜRBOĞA/Bülent KARAKUŞ Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Md. Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Kurumsal Bakım İhtiyacı "Tespit Ve Öneriler"
14:45-15:00 Çay/Kahve Arası	

15: 00-16: 45 –KAPANIŞ OTURUMU YAŞLI 15: 00-16: 45 **YAŞLI DOSTU KENTLER VE YAŞLANMA İÇİN SOSYAL POLİTİKA GÜNDEMİ** **Oturum Başkanı** Prof.Dr. Bilgen TANELİ	15: 00-16: 415: 00-16: 45 –KAPANIŞ **OTURUMU SOSYAL YAŞAM, YAŞLI AYRIMCILIĞI** **Oturum Başkanı** Yrd. Doç. Dr. Ümit ATEŞKAN
Yaşar KOCAOĞLU ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Demografik Dönüşüm, Yaşlanma Ve İstidam İlişkisi	Dr. Türkan YILMAZ/Çağrı ELMAS Akdeniz Üniversitesi Sosyal Politikalarda İnternet'in Konumlanması: İnternet Kullanan Yaşlıların Profili Antalya Örneği
Cansu EROL ODTÜ Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi Refah Devletinin Yaşlı Nüfus Politikalarının Karşılaştırması, İsviçre Türkiye Örnekleri	Dr. Yasemin GÜLEÇ Necmettin Erbakan Üniversitesi Yaşlı Dostu Kentlerde Yaşlıların Yaşam Doyumlarının Artırılması: Huzurevlerinde Dini-Manevi Eğitim Ve Danışmanlık
Kezban DURDUBAŞ Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Dostu Kentler İçin Eşitlik İlkesinin Sosyal Politikalar İçin Önemi	Dr. Işıl KALAYCI Süleyman Demirel Üniversitesi Hemşirelerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları
16.45-17.15 -KAPANIŞ –Sempozyum Sonuç Bildirgesi	

İÇİNDEKİLER

AÇILIŞ OTURUMU

Yaşlı Dostu Kentler, **Prof. Dr. Dilek ASLAN**, Hacettepe Üniversitesi 23

Yaşlı Dostu Kentlerin Sağlıklı Yaşlılar ve Alzheimer Hastaları İçin Önemi;
Prof. Dr. Bilgen TANELİ, Uludağ Üniversitesi. 28

SÖZEL BİLDİRİLER

Yaş, Cinsiyet, Sosyo-Ekonomik Düzey Ve Dindarlık Algısı,
Değişkenlerine Göre Yaşlanma Sürecinde Boş Zaman Uğraşıları,
Dr. Abdullah İNCE, Sakarya Üniversitesi 32

Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Toplumsal Katılım Ve Bilişsel Durum Arasındaki
İlişkinin İncelenmesi; **Arzu DEMİRCİOĞLU**, Hacettepe Üniversitesi 51

Dostluk Kapısı Projesi; **Dr. Arzu ERDİ**, Bursa Valiliği 53

Türk Toplumu Yaşlı Bakımevlerini Neden Kabullenmiyor? Ne Yapmalı?;
Prof. Dr. Baha TANELİ, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (Emekli öğretim Üyesi) 55

Yaşlı Dostu Kente Yaşlı Hakları ve Yaşlılık Hukuku Acısından Bakış;
Cafer Tufan YAZICIOĞLU; Türkiye Emekliler Derneği 62

Refah Devletlerinin Yaşlanan Kentlerine Sosyal Ve Mekânsal Yeni Çözüm Arayışları;
İsviçre Örneği **Cansu EROL**, ODTÜ-Yüksek Lisans Öğrencisi 64

Türkiye'deYaşlılaraYönelikKurumsalBakışİhtiyacı:Tespitveöneriler;**CoşgunGÜRBOĞA/
Bülent KARAKUŞ**, ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 76

Beden, Ruh ve Zihin İçin Gıda Projesinde Aktif D-Yaşlanma ve Kuşaklararası Dayanışma
Örnekleri; **Davut ELMACI /Sadi ERGİN**; ASPB Amasya İl Müdürlüğü 95

Yaşlı Dostu Havaalanları Üzerine Bir Değerlendirme;
Doç. Dr. Ferhan Kuyucak ŞENGÜR Anadolu Üniversitesi 106

Geroantropolojide: Antropometrik Yaklaşım; **Doç. Dr. Gülüşan ÖZGÜN BAŞIBÜYÜK/
Prof. Dr. Galip AKIN; Gamze SÖNMEZ**, Cumhuriyet Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi,
Antropoloji Bölümü 115

İÇİNDEKİLER

Aktıf Yaşlanma Sürecındeki Rotator Manşet Yırtıklarında Vıbrasyon, Basınç ve Ikı Nokta Dıskrımınasyon Duyusunun Karşılaştırılması,**Gürkan GÜNAYDIN/ Selda BAŞAR, Zeynep HAZAR, Seyit ÇITAKER, Uğur SÖZLÜ, Ulunay KANATLI**, Gazi Üniversitesi, ... 126

Yaşlı Dostu Erişilebilir Rekreasyon Alanı Tasarım İlkeleri; **Gamze FEYZİOĞLU/ Tuba SAYAN**; ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 128

Yaşlı Dostu sağlık bakım uygulamaları: Yaşlı Dostu Döşemealtı Projesi; **Prof. Dr. Hakan YAMAN**, Antalya Üniversitesi Tıp Fakültesi 144

Hemşirelerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları(Evaluatıon of the attıtudes of nurses towards elderly); **Dr. Işıl KALAYCI / Sercan Özbek Yazıcı**, Süleyman Demirel Üniversitesi 147

Yaşlı Dostu Kentlerde Kuşaklararası İletişim ve Dayanışmayı Sağlayacak Uygulamalar: Türkiye ve Japonya Örnekleri ; **Dr. İkuko MURAKAMİ**, Akdeniz Üniversitesi 158

Ankara Valiliği-SABEVProjesi Yaşlı Dostu Kent İçin Çağdaş ve Hızlı Çözüm: Teledestek. Bas Düğmeye,Yanındayım!, **Prof. Dr. İlhan TOMAMBAY**, SABEV (Sosyal Hizmetler Araştırma, Belgeleme, Eğitim Vakfı) 166

Yaşlı Dostu Kentler Eşitlik İlkesi Eksenli Sosyal Politikaların Önemi **Kezban DURDUBAŞ**, ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 179

Yaşlı Hastalarda Düzenli Egzersiz Alışkanlıkları ve Egzersiz Engellerinin Belirlenmesi: Pilot Çalışma, **Merve KARAPINAR/ Arzu DEMİRCİOĞLU, Ülkü ERTAN, Ayşe ABİT KOCAMAN,Nuray KIRDI, Mehmet Emin KUYUMCU, Cemal KIZILARSLANOĞLU**, Hacettepe Üniversitesi 189

Evde Bakım Hizmetlerinin Aktif Yaşlanma Üzerine Etkisi; **Murat AKBULUT/Melek YILMAZ**, İnegöl Devlet Hastanesi 191

Kentlerde Yaşlı Yaşam Alanları Ve Yaşlı Dostu Kentlere Önerilebilecek Bakım Modelleri; **Doç. Dr. Nil TEKİN, Zekeriya ALAN, Hayrettin ÇİFTÇİ**, ASPB Narlıdere Huzurevi/ Narlıdere Kaymakamlığı 199

Yaşlı Dostu Kentlerde Beslenme Hizmetleri; **Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN Nida TOKAÇ Meryem ÖZTÜRK Hacı ÖMER YILMAZ**,Ankara Üniversitesi 204

İÇİNDEKİLER

Yaşlılık, Yaşam Çevresi ve Evrensel Tasarım; **Doç. Dr. Osman TUTAL**, Anadolu Üniversitesi 213

Altmış ve üzeri yaştaki bireylerde internet kullanma durasyonu, sıklığı ile ağrı ve postürün ilişkisinin incelemesi; **Yrd. Doç. Dr. Öznur BÜYÜKTURAN**, Ahi Evran Üniversitesi 224

Kenleşme Ve Kentlileşme Bağlamında Yaşlı İntiharları, **Yrd. Doç. Dr. Sergender SEZER, Mevlüde TÜRKAN, Fatma Gül BÜLBÜL**, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, ... 231

Hacettepe Üniversitesi Engelliler Araştırma Ve Uygulama Merkezi Çalışmaları, **Doç. Dr. Songül ATASAVUN UYSAL**, Hacettepe Üniversitesi EAUM 252

Sosyal Politikalarda İnternet'in Konumlanması: İnternet Kullanan Yaşlıların Profili Antalya Örneği; **Dr. Türkan YILMAZ/Çağrı ELMAS**, Akdeniz Üniversitesi 254

Aktif Yaşlanma Sürecinde Yağlı Dejenerasyonlu Rotator Manşet Kas Atrofisine Bağlı Fonksiyonel Durum Karşilaştirması,**Uğur SÖZLU**; Gazi Üniversitesi, ... 265

Kırılgan Yaşlı Bireylerde Egzersiz Eğitiminin Fiziksel Performans Üzerine Etkisi; **Ülkü ERTAN**; Hacettepe Üniversitesi 268

"Yaşanabilir Toplumlar ve Sürdürülebilir Yerinde Yaşlanma" **Prof. Dr. Velittin KALINKARA** Pamukkale Üniversitesi, ... 270

Yaşlı Dostu Kentlerde Yaşlıların Yaşam Duyumlarının Artırılması: Huzurevlerinde Dini-Manevi Eğitim Ve Danışmanlık **Dr. Yasemin GÜLEÇ**, Vefa Lisesi 280

Demografik Dönüşüm, Yaşlanma Ve İstidam İlişkisi, **Yaşar KOCAOĞLU**, ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 285

Aktif yaşlanma- Yaş Turizmi. **Doç. Dr. Zuhal KUNDURACILAR**, Bülent Ecevit Üniversitesi 296

SEMPOZYUM BELEDİYE BİLDİRİLERİ

Yaşlılara Hizmet Merkezinde Yaşlılara Verilen Hizmetler, **Kaan SEVİM, Ankara Büyükşehir Belediyesi** 300

Yaslı bakımında Bursa Büyükşehir Belediyesi **Emel KILIÇ, Bursa Büyükşehir Belediyesi** 303

İÇİNDEKİLER

Denizli Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Hizmetleri, **Denizli Büyükşehir Belediyesi** 308

Toplumsal Hayat, yerel yönetim ve yaşlılık politikaları **Saffet ACAR, Dinar Belediye Başkanı** 310

Yaşlıların Toplumsal Yaşama Katılımı ve Yaşlılara Saygı Dinar Örneği, **Faruk Yaşar GÜRDAL, Dinar Belediyesi** 311

Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda 1-2-3, **Ferruh ERKAN, Erzincan Belediyesi** .. 331

Evde Sağlık Hizmetleri, **Dr. Hasan ANIK; Zeynep ÇATAK, Gaziemir Belediyesi** ... 337

Ata Evi Projesi, **Dr. Nurcan ELÇİN; Nuray UZUN, Gaziemir Belediyesi** 346

Yaşlıların Sosyal Katılımı: Gölcük Belediyesi Hobi Bahçesi Örneği, **Ebubekir Fatih BAYRAM/ Gülay KÜÇÜKBERBER, Gölcük Belediyesi** 356

Yaşlılar İçin Kurumsal Destek ve Sağlık Hizmetleri İBB-Kayışdağı Darülaceze Modeli, **Dr. Hafize DOĞAN,İstanbul Büyükşehir Belediyesi** 358

Aktif Yaşlanma için Yerel Yönetimlerin Rolü ve Kadıköy Örneği, **Ebru PEŞTERELİ, Kadıköy Belediyesi** 363

Yaşlılar Dinlenme Salonları ve Evde Yaşlı Bakım Hizmetleri, **Hasan BALBABA, Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyesi** 369

Yaşlı Dostu Kent: Mezitli, **Hürrem BETÜL, Levent ERDAL, Mezitli Belediyesi** 377

Yaşlı Beklentileri Anketi-Yaşlı Hizmetleri-Pendik Belediyesi, **Aşkın BUZ, Pendik Belediyesi** 379

Yaşlılar İçin Toplumsal Destek ve Sağlık Hizmetleri, **Necmi ÇAMAŞ, Samsun Büyükşehir Belediyesi** 386

SEMPOZYUM POSTER BİLDİRİLERİ

Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Toplumsal Katılım Ve Bilişsel Durum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, **Arzu DEMİRCİOĞLU, Songül ATASAVUN UYSAL, Nuray KIRDI, Ülkü Kezban ERTAN, Merve KARAPINAR, Ayşe ABİT KOCAMAN,** Hacettepe Üniversitesi 394

Türk Toplumu Yaşlı Bakımevlerini Neden Kabullenmiyor? Ne Yapmalı?, **Prof. Dr. Baha TANELİ,** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (Emekli) 396

İÇİNDEKİLER

Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Çalışmacıların/Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları, **Doç. Dr. Bilge ÖNAL DÖLEK,** Turgut Özal Üniversitesi, ... 398

Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Hemşirenin Görev, Yetki ve Sorumlulukları **Derya TÜLÜCE Burcu Bayrak KAHRAMAN, Naile BİLGİLİ**, Gazi Üniversitesi, Doktora öğrencisi 400

Evde Yalnız Yaşıyan Yaşlılar İçin Sağlıklı Beslenme Modeli, **Araş. Gör. Eda BAŞMISIRLI, Yrd. Doç. Dr. Meltem SOYLU,** Nuh Naci Yazgan Üniversitesi 405

Sporcu yaşlılarda emeklilik dönemini etkileyen faktörler; **Ezgi UYRAL**, Akdeniz Üniversitesi, -Öğrenci 402

Yaşlıda Ağrı: Başarısız Bel Cerrahisi Ardından Bel Ağrısı Çeken 60 Yaş Ve Üstü Hastalarda Epiduroskopi Sonrası Rahatlama Düzeyi, **Fulya UZUNER**, Akdeniz Üniversitesi, Öğrenci 407

55 Yaş Ve Üstü Bireylerin Yaşam Boyu Öğrenme Pratikleri Üzerine Bir Araştırma : Antalya Konyaaltı Asmek Örneği, **Gizem UYGUN**, Akdeniz Üniversitesi, Yüksek Lisans-Öğrenci 412

Evde Yaşayan Yaşlıların Huzurevinde Yaşamaya İlişkin Görüşler; **Gökçe ÇELİK** Akdeniz Üniversitesi, Yüksek Lisans-Öğrenci 415

Yaşlıların Televizyon İzleme Alışkanlıkları: Antalya Örneği, **Hatice Selin IRMAK/Doç. Dr. Özgür ARUN** Akdeniz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Gerontoloji B. Öğrenci 409

Yaşlılar İçin Toplumsal Destek Ve Sağlık Hizmetleri; Evde Sağlık /Evde Bakım Hizmetleri Düzenlemeleri Değerlendirmesi, **Hatice Reyhan ÖZGÖBEK Hülya YIKILKAN, Nuran AKDEMİR, Uğur ÖZCAN, Tülin DÜGER**, ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü 421

Evde Bakım Ve Evde Sağlık Hizmetlerinde Hekimin Rol Ve Sorumlulukları", **Doç. Dr. Hülya YIKILKAN/ Uzm. Dr. Erkan DAMAR**, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi 423

Yaşlanan Nüfus Karşısında Yerel Yönetimler Ve Kent Konseylerinin Çabaları: 2011 Kent Konseyleri Amasya Çalıştayı, **Prof. Dr. Mehmet ERSOY**, Lefke Avrupa Üniversitesi 425

İÇİNDEKİLER

Yaşlıların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Güncel Bilimsel Yöntemler, Yrd. Doç. Dr. **Meltem SOYLU, Arş. Gör. Eda BAŞMISIRLI**, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi 440

Beslenme Kültürünün Aktarılmasında Yaşlılarımız (Kapadokya Bölgesi Örneğinde) **Yrd. Doç. Dr. Meltem SOYLU, Araş. Gör. Eda BAŞMISIRLI, Ferhan DÜZGÜN, Sinem Nur TUFAN**, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, ... 443

Yaşlı Hastalarda Düzenli Egzersiz Alışkanlıkları Ve Egzersiz Engellerinin Belirlenmesi, **Merve KARAPINAR, Arzu DEMİRCİOĞLU, Ülkü ERTAN, Ayşe Abit KOCAMAN, Nuray KIRDI, Mehmet Emin KUYUMCU, Cemal KILIÇARSLANOĞLU**, Hacettepe Üniversitesi 445

Bursa'daki Onkoloji Hastane ve Kliniklerinde, Palyatif Bakım Hizmetlerinin değerlendirilmesi Çalışması, **Dr. Murat DERİN**, Bursa Sağlık Müdürlüğü 449

Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmetlerinde Diyetisyenlerin Rol ve Sorumlulukları, **Doç. Dr. Nilüfer ACAR TEK / Arş. Gör. Betül KOCAADAM,** Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 447

Evde Bakım Hizmetlerinde Bakım Elemanının Görev Yetki Ve Sorumlulukları, **Orhan ACAR** Sağlık Bakım Hizmetleri (Yaşlı/Evde Bakım Teknikerleri) Derneği, ... 451

Evde yalnız yaşıyan yaşlılar için Sağlıklı beslenme modeli, **Eda BAŞMISIRLI, Meltem SOYLU,** Nuh Naci Yazgan Üniversitesi,

Evde Bakım Ve Sağlık Hizmetlerinde Fizyoterapistlerin Görev, Yetki Ve Sorumlulukları **Prof. Dr. Tülin DÜGER/ Nuray KIRDI, Filiz CAN, Reyhan ÖZGÖBEK, İlke KESER**, Hacettepe Üniversitesi 452

Türkiye'de İnformal Bakım Kapsamında Sosyal Destek (Gökbük Örneği); **Veli ÖZKURT** Akdeniz Üniversitesi 454

Ana Akım Medyada Ageism (Yaş Ayrımcılığı) Türkiye Televizyon Reklamlarındaki Ageism, **Zahide YUVAKGİL/ Doç. Dr. Özgür Arun**, Akdeniz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Gerontoloji B. Öğrenci 472

Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu Sonuç Bildirgesi, 26-27 Kasım 2015, Bursa 500

AÇILIŞ OTURUMU

YAŞLI DOSTU KENTLER

Prof. Dr. Dilek ASLAN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
e-posta: diaslan@hacettepe.edu.tr

Dünyada yaşlanan nüfusun sayıca fazlalaşması ile birlikte bu yaş grubunda insan onuruna yakışır bir yaşam sürme arayışı da atma eğiliminde olmuştur. Yaşın ilerlemesi fiziksel, sosyal, ekonomik, psikolojik, vb. pek çok değişikliği beraberinde getirmektedir (Ponnappan ve Ponnappan, 2011). Bu değişiklikler de yaşlı bireylerin gündelik yaşamlarını sürdürme kabiliyetlerinin ve toplumsal rollerinin genç yaşlara göre farklılaşmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla, bireylerin bulundukları mikro ve makro çevreleri bu değişimlere uyum göster(e)mediğinde, yaşlıların yaşamları zorlaşmakta, onları toplumda adeta "farklı", "yalnız", başka" bireylere dönüştürebilmektedir (Dahlberg ve McKee, 2014).

Yaşlı denildiğinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanım gereği 65 yaş ve üzeri nüfus anlaşılmalıdır (WHO, 2007). Bu kronolojik tanımın dünyada kabul görmüştür, bununla birlikte yaşlılığın sosyal, ekonomik, kültürel, vb. farklı tanımları da bulunmaktadır. Günümüzde 65 yaş civarındaki dönem için 3. YAŞ (3rd AGE), 80 yaş civarındaki dönem için de 4. YAŞ (4th AGE) dönemi ifadeleri kullanılmaktadır. Üçüncü yaş döneminde kişilerin kişisel açıdan doyum içinde oldukları, kendilerini bir ölçüde gerçekleştirdikleri belirtilmektedir. Dördüncü yaş döneminde ise bağımlılık durumlarının artmakta olduğu ifade edilmektedir (Green, 2013).

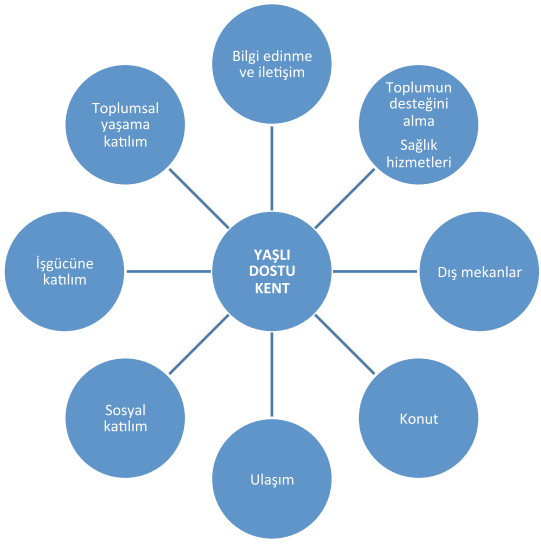
Dünyada ve Türkiye'de toplumların büyük bir kısmının kentlerde yaşadığı bilinmektedir. Örneğin, Türkiye'de 2014 yılı itibarıyla toplumun %91,8'i il ve ilçe merkezlerinde yaşamaktadır. Aynı yıl kayıtları ülkemizde 65 yaş ve üzeri nüfusun da 6 milyon civarında olduğu, bu rakamın da toplam nüfus içindeki payının %8'ine karşılık geldiği ifade edilmektedir TÜİK, 2014).

Artan yaşlı nüfusun yukarıda tanımlanan kimi değişimler/değişiklikler nedeniyle yaşadıkları ortamlara uyumlarının sağlanabilmesi, iyilik hallerinin en üst düzeyde sürdürülebilmesi için farklı yöntemlere, modellere gereksinim duyulmaktadır. Bu noktada, kamusal uygulamaların, yerel yönetimlerin ağırlıklı olduğu modellerin son yıllarda denenmektedir. "Yaşlı Dostu Toplum" kavramı da böylesi bir sürecin bir uzantısı olarak ortaya çıkmış olup günümüzde farklı ülke ve bölgelerde uygulanmaktadır (Kalache,2009). Bir toplumun "yaşlı dostu" olarak kabul edilebilmesi için o toplumda yaşamını sürdüren yaşlı bireylerin yeteneklerini, mevcut kapasitelerini en üst düzeyde kullanarak onların yaşamın her alanına katılmalarına olanak sağlayan koşulların varlığından bahsedilir. Bu koşulları sağlayan hizmet, politika,

fiziksel olanaklar, insan gücü olanaklarının varlığı ise yaşlı dostu toplumların en önemli ön koşuludur. Yaşlı dostu toplum kavramı zaman içinde farklı kavramların da tartışılmaya başlamasına neden olmuştur. "Yaşlı Dostu Kent" bu kavramlar arasında toplumda karşılık bulan bir yaklaşımdır (Kalache,2009; Plouffe ve Kalache, 2010).

"Yaşlı Dostu Kent", felsefe olarak "aktif" yaşlanmaya olanak sağlayan bir çevrenin varlığını işaret eder. Bir başka ifadeyle yaşlı dostu kent yaşlıların toplumda herkes gibi yaşayabilecekleri, topluma entegre olabilecekleri yaşanabilir bir ortamın olması yönünde geliştirilmiş bir modeldir. Bu modele göre yaşam alanının temiz ve güvenli olması da son derece önemlidir. Dünyada yaşlı dostu kent kavramı ve çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2005 yılında başlatılmıştır (Kalache, 2009). Aynı kurum tarafından yayınlanmış rehberlere göre "Yaşlı Dostu Kent" aşağıda sunulmuş bileşenler çerçevesinde incelenmekte ve değerlendirilmektedir (Şekil 1):

1. Dış mekânlar ve binalar
2. Ulaşım
3. Konut
4. Sosyal katılım
5. Toplumsal yaşama dâhil olma ve toplumun yaşlıya saygısı
6. Vatandaşlık görevini yerine getirme ve işgücüne katılım
7. Bilgi edinme ve iletişim
8. Toplum desteği ve sağlık hizmetleri



Şekil 1. Yaşlı dostu kent bileşenleri (WHO, 2007; Caner ve ark., 2013)

Yukarıda yer alan sekiz başlığın gerekleri yerine getirildiğinde bir kentin "yaşlı dostu" olarak kabul edilmektedir. Yaşlı dostu kentleri oluşturan bütün bileşenler arasında dinamik bir ilişki olmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlı dostu kentlerden oluşan bir küresel ağı olduğunu da bilmek önemlidir. Son verilere göre bu ağa 287 kent ve toplum üye durumdadır. Yaşlı dostu kent kavramı dünyada 33 ülkede yaşayan 113 milyon kişiyi kapsayan bir çerçevede deneyimlenmektedir (WHO, 2015).

Yaşlı dostu kent bilincinin ve pratiğinin yaşam alanlarında var olabilmesi için uygulayıcı mekanizmaların olması gerekir. Günümüzde yapılanmaları, görevleri, toplumsal sorumlulukları gereği yerel yönetimler bu süreçte ana uygulayıcı konumundadırlar. Yerel yönetimlerin bu görevlerini sürdürebilmeleri için ise planlama, uygulama, değerlendirme ve geliştirme/iyileştirme gibi adımları kapsayan yaklaşık beş yıllık bir süreye gereksinimleri bulunmaktadır (WHO, 2007; Caner ve ark., 2013). Şekil 2'de de sunulmuş olan bu aşamalara dair açıklamalar aşağıdadır:

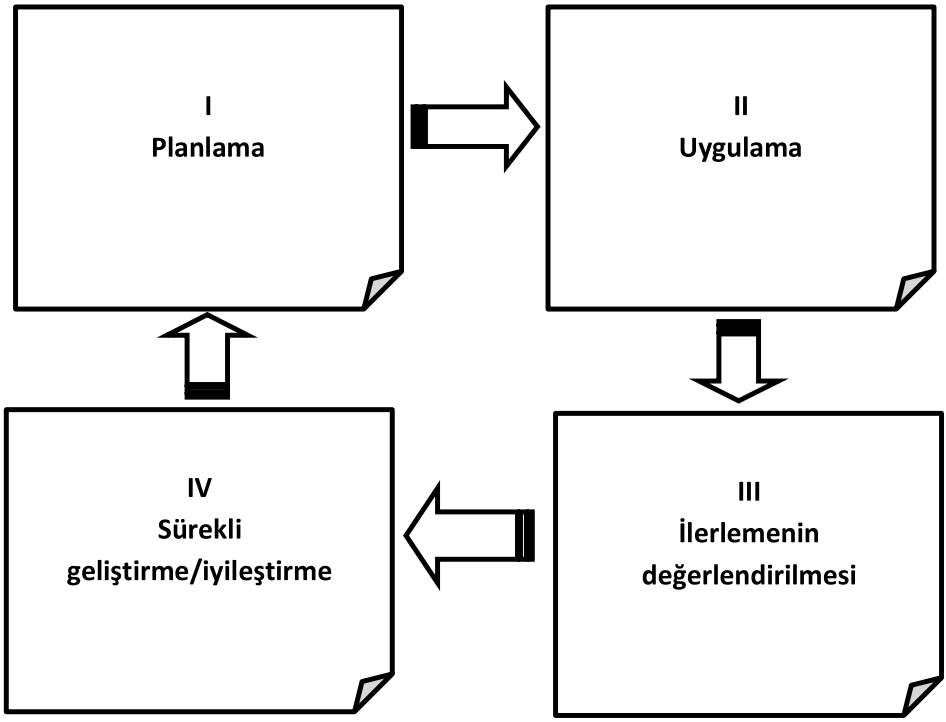
Planlama (1-2 yıl): Planlama aşaması sürecin ilk bölümüdür. Bu zaman zarfında yerel yönetimlerden yaşlıların; Yaşlı Dostu Şehirler döngüsü boyunca katılım mekanizmalarının oluşturmaları, kentin yaşlı dostu olup olmadığına dair değerlendirme yapmaları, üç yıllık bir kent planlaması geliştirmeleri ve ilerleme için göstergeler belirlemeleri beklenmektedir.

Uygulama (3-5 yıl): Uygulama aşaması ikinci aşamadır ve bu aşamada çalışmalar DSÖ'ye sunulur. DSÖ çalışmaları onayladıktan sonraki dönemde planlar uygulamaya geçer.

İlerlemenin Değerlendirilmesi (5. yılın sonu): Bu aşamada ilk aşamada belirlenen göstergelerden yararlanarak değerlendirmeler yapılır.

Sürekli Geliştirme/İyileştirme: Bu aşama sürecin devamının sağlanması açısından son derece değerlidir.

Sonuç olarak, yaşlı dostu kentlerin oluşturulabilmesi için tanımlanan bütün adımların eksiksiz yerine getirilmesi gerekir. Bunun için ise yeterli altyapı çalışmaları, bütçe, insan gücü, konuya hakim meslek profesyonelleri, var olan hizmetlere toplumun katılımı gibi süreci olumlu etkileyecek her türlü olanağın sağlanması gerekir. Bu gereklilikler ise güçlü kamusal politika ve mekanizmalara sahip toplumların var olması ile daha kolay yerine getirilebilmektedir. Yaşlı Dostu Kentlere ilişkin uygulamaların iyileştirilmesi ve toplumda daha da yaygınlaştırılması için sürekli değerlendirmeler önerilmektedir. Bu amaçla standart yaklaşım ve kriterlerin geliştirildiği unutulmamalıdır (Neal ve Wenher, 2014).



Şekil 2. Yaşlı dostu kent hedefi aşamaları (WHO, 2007; Caner ve ark., 2013)

KAYNAKLAR

Bowling A, Dieppe P (2005). What is successful ageing and who should define it? British Medical Journal,331,1548.

Caner C, Gözün G, Hilwah A, Gökçek M. (Aslan D, Basan MN, Danışmanlar). Yaşlı Dostu Şehirler: Kavramsal Çerçeve ve Örneklerle Değerlendirmeler. Güneş Kitabevi, Kasım 2013.

Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. Aging & Mental Health, 18(4), 504–514. http://doi.org/10.1080/13607863.2013.856863

Definition of an older or elderly person. WHO 2007. [Internet] http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html. Erişim:15.11.2015.

Green, G. (2013). Age-Friendly Cities of Europe. Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine, 90(Suppl 1), 116–128. http://doi.

org/10.1007/s11524-012-9765-8.

Kalache, Alexandre. Towards Age-Friendly Societies: From Research to Policy, from Policy to Society. International Journal of Integrated Care 9.Suppl (2009): e40. Print.

Neal, M.B., Wenher, I. (October 2014). Evaluating Age-Friendly Community Program. A Step-by-Step Guide. [Internet] https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2015/02/AARP-Evaluation-Guide.pdf. Erişim:17.11.2015.

TÜİK (2014) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2014 [Internet] http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18616. Erişim:16.11.2015.

Plouffe, L., & Kalache, A. (2010). Towards Global Age-Friendly Cities: Determining Urban Features that Promote Active Aging. Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine, 87(5), 733–739. http://doi.org/10.1007/s11524-010-9466-0.

Ponnappan, S., & Ponnappan, U. (2011). Aging and Immune Function: Molecular Mechanisms to Interventions. Antioxidants & Redox Signaling, 14(8), 1551–1585. http://doi.org/10.1089/ars.2010.3228.

WHO Age Friendly Cities Global Network (2015). [Internet] https://extranet.who.int/agefriendlyworld/. Erişim:16.11.2015.

WHO Global Age Friendly Cities-guide (2007) [Internet] http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_guide/en. Erişim:15.11.2015.

YAŞLI DOSTU KENTLERIN SAĞLIKLI YAŞLILAR VE ALZHEİMER HASTALARI İÇİN ÖNEMİ

Prof. Dr. Bilgen TANELİ
Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi, Bursa

Türkiye Alzheimer Derneği ve Vakfı Kurucu Üyesi
Alzheimer Derneği Bursa Şubesi Başkanı
bilgentaneli@gmail.com

Doç. Dr. Yavuz Taneli
Uludağ Üniversitesi, Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi,
Mimarlık Bölümü Öğretim Üyesi
yavuz@uludag.edu.tr

ÖZET

Dünya nüfusunun 3 milyar olduğu 1960 yılından içinde bulunduğumuz 2015 yılına kadar yaklaşık iki buçuk kat artmış olması ve buna paralel olarak 65 yaş üzeri nüfusun da artmış olduğu dikkati çekektedir. Benzer durumun Türkiye için de geçerli olduğu görülmekte.

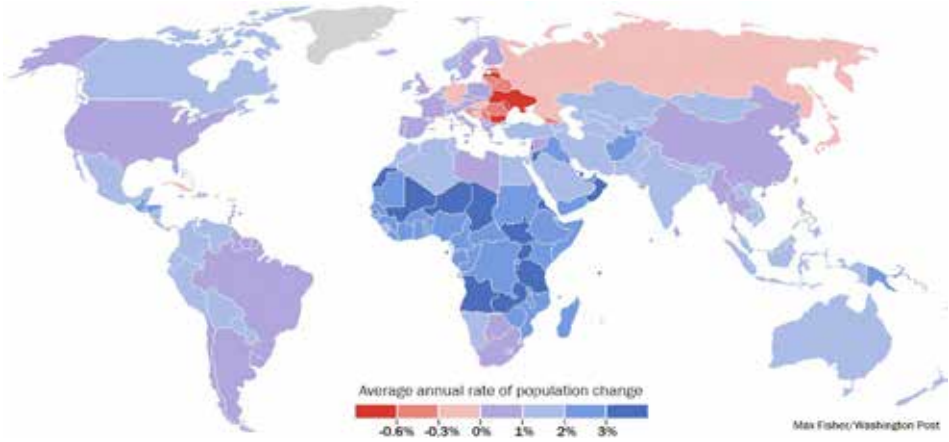
Yaşlı nüfusun hızla artması, sosyal, ekonomik ve sağlık ile ilgili olarak çok yönlü sorunları da beraberinde getirmekte. Bir yandan sağlıklı yaşlıların hayatlarını topluma uyumlu, aktif ve mutlu sürdürebilmeleri için önlemler almayı gerektirirken, diğer yandan da yaşa bağlı hastalıklar ile, örneğin 21. Yüzyılın hastalığı diyebileceğimiz Alzheimer hastalığı ile başa çıkmanın yolları aranmaktadır. Bu nedenle, Birleşmiş Milletler 1982 yılından ve Dünya Sağlık Örgütü de 2006 yılından bu yana bu sorunlar ile başa çıkabilmek için tüm ülke yönetimlerini ve sivil toplum kurumlarını uyarmakta ve yol gösterici kurallar koyarak bu sorunlara birlikte çözüm bulabilmek için öncülük etmektedir. Ülkemizde de son yıllarda bu yönde büyük gayret gösterilmektedir

Anahtar Kelimeler : Sağlıklı yaşlanma, Alzheimer Hastalığı, Yaşlı Dostu Kentler

Dünya'da Nüfus Artışı :

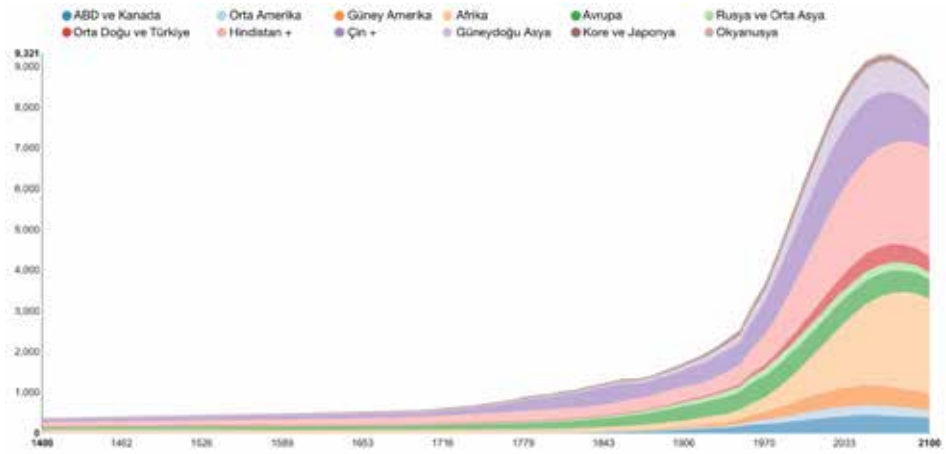
Dünya nüfusu hızla yaşlanmakta: 1800'lerin başında 1 milyar olduğu varsayılmak-

ta. 1960 yılında 3 milyar, 2000 yılında 6 milyar, 2012 yılı başlarında 7 milyar olan dünya nüfusunun 2050 yılında 10 milyar olacağı tahmin edilmekte. Diğer taraftan , genel nüfus içinde, 65 yaş üzerindeki yaşlı nüfus da, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artmakta. 2050 yılında 10 milyarın yaklaşık 2 milyarı 65 yaşın üzerinde olacaktır.



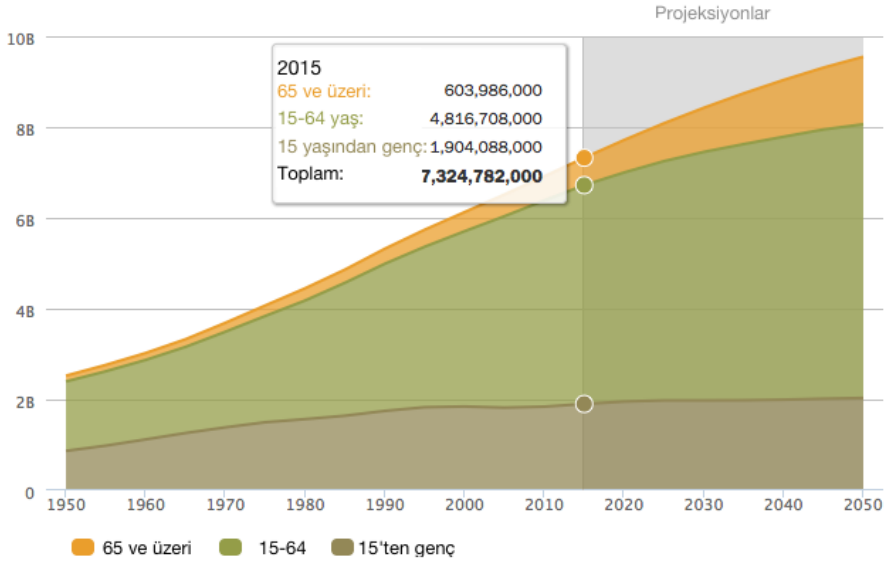
Şekil 1 : Dünyada ortalama nüfus değişim oranları,

https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2013/10/31/how-the-worlds-populations-are-changing-in-one-map/



Şekil 2: Dünya Nüfusunun Bölgelere Göre Artışı. Max Roser (2015) World Population Growth,

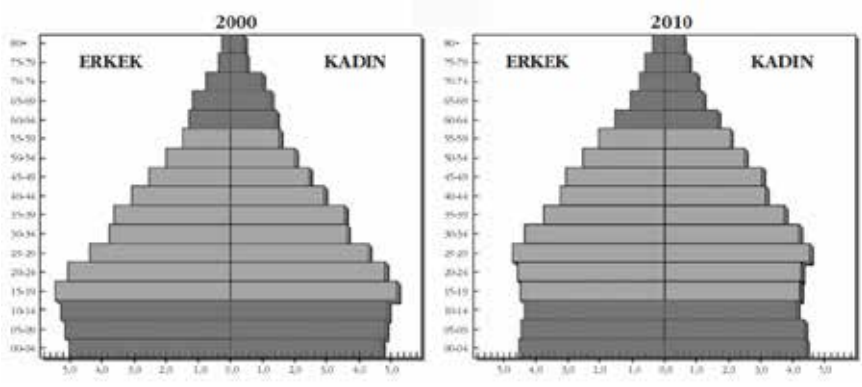
http://ourworldindata.org/data/population-growth-vital-statistics/world-population-growth/



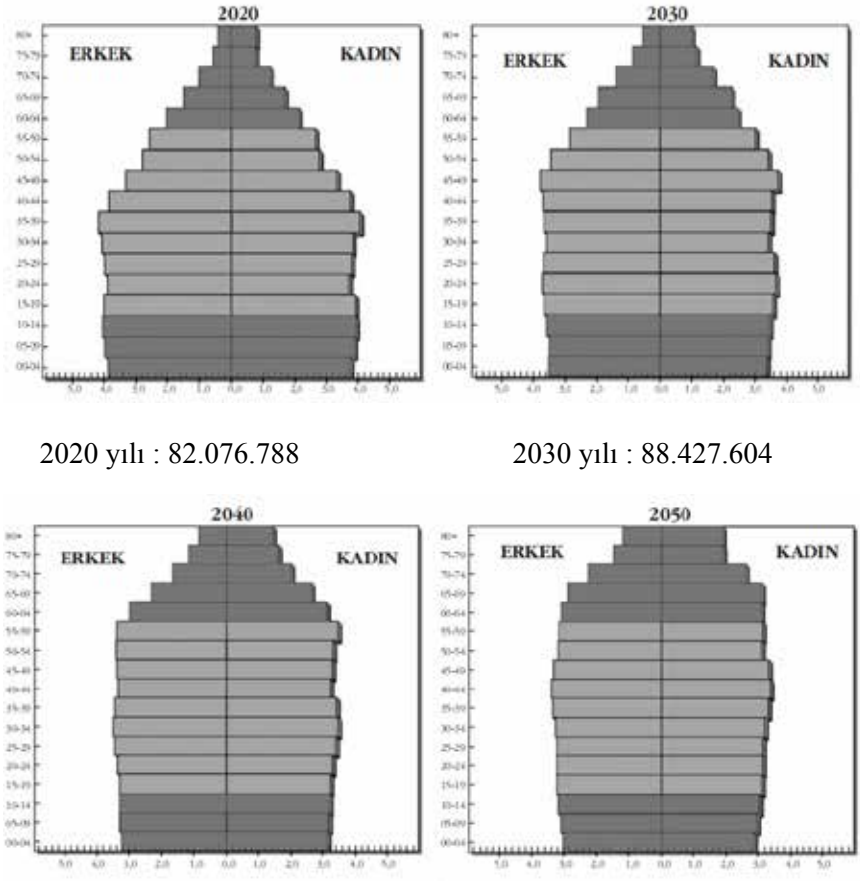
Şekil 3: 1950-2050 yılları arasında Dünya nüfusunun yaş gruplarına göre artış projeksiyonu. http://www.thehumanimprint.com.

Türkiye'deki Nüfus Artışı Nereye Gidiyor?

Gelişmiş ülkelerdeki hızlı nüfus artışına paralel olarak ülkemizde de bir artış olduğu dikkati çekmekte. Örneğin: Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de 65 yaş üzeri nüfus 2013 yılında, 5.878.603 iken 2023 yılında, 10.144.719; 2050 yılında, 19.484.836; 2075 yılında, 24.072.343 olacağı öngörülüyor. Bu rakamların, genel nüfusa oranlarına bakacak olursak ; 2013 yılında %7.69 iken, 2023 yılında %12,04;2050 yılında %20,84 ve 2075 yılında %27,67 olacak.



2000 yılı : 67.803.927 2010 yılı : 73.722.988



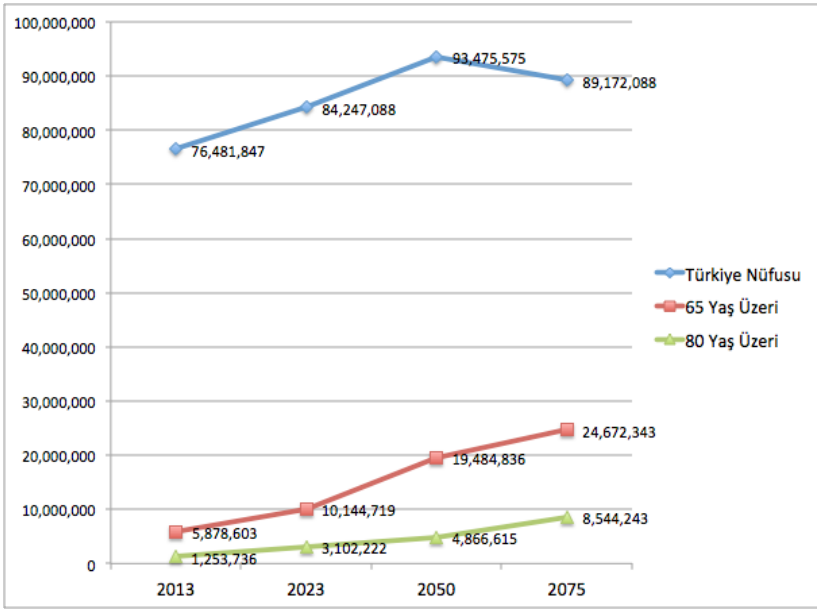
2020 yılı : 82.076.788

2030 yılı : 88.427.604

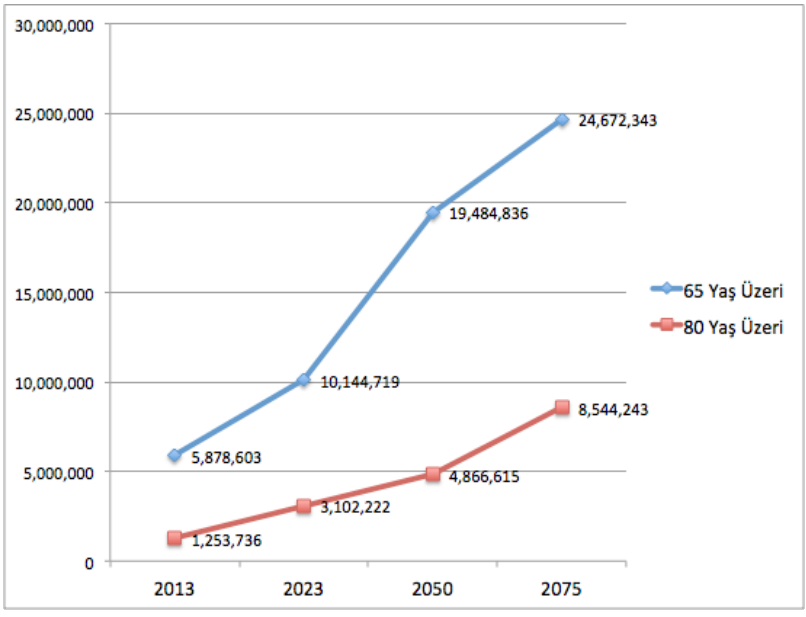
2040 yılı : 92.257.821

2050 yılı : 93.475.575

Şekil 4 : Türkiye'nin Yaş Piramitleri: Dünyadaki nüfus artışına paralel olarak Türkiye'de de nüfusun hızla arttığı, özellikle 65 yaş üzerindeki artış, Yaş Piramitlerindeki değişimler ile görülmektedir. Gençler azalırken, yaşlılar giderek artmaktadır (TÜİK 2014 verileri).



Şekil 5 : 2013-2075 yılları arasında, Türkiye genelinde ve 65 ile 80 yaş üzerindeki nüfus artışları. 2050 yılından sonra, genel nüfustaki düşüşe karşın 65 ve 80 yaş üzerindeki nüfusun artışı dikkati çekmekte. (TÜİK 2014 verileri).



Şekil 6 :2013-2075 yılları arasında Türkiye'de 65 ve 80 yaş üzeri nüfusun artışı. (TÜİK 2014 verileri).

Türkiye'de, 65 yaş üzerindeki bu artışta dikkati çeken bir diğer önemli özellikle de, 80 yaş üzeri nüfusun da hızla artması. 2013 yılında %1,54 iken; 2023 yılında %3,58; 2050 yılında %5,23; 2075 yılında %9,58 olacak.

Yaşlı Nüfusun Artışının Etkileri:

Yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki değişimi, toplumlarda çok yönlü olarak sorunların da ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yaş ilerledikçe kaçınılmaz şekilde sağlık sorunları da çok yönlü olarak artmaktadır. Bedenen ve ruhen artan sağlık sorunları, bakım, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Sağlık, Biyo-Psiko-Sosyal boyutları olan üç ayaklı bir sacayağı üzerinde dengede durmaktadır. Özellikle ileri yaşlarda bu denge kolaylıkla bozulur. Bunun için önlemleri zamanında almak gerekir.

Alzheimer Hastalığı :

Sağlık sorunlarından biri de Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar (bunamalar) dır. Tüm demansların %50-70'inin Alzheimer Hastası olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada bu gün için 36 milyon insanın demans olduğu var sayılmaktadır. Her yıl 4,6 milyon yeni vaka eklenerek 20 yılda ikiye katlanacağı ve 2050 yılında 115 milyon demanslının olacağı tahmin edilmektedir. (H.Lundbeck A/S nin 2014 derlemesi) Alzheimer Hastalığı'nın genel olarak 65 yaşlarında klinik belirtileri başlar ve yaklaşık 8-10 yıl sürer. Altmış beş yaşlarında, yaklaşık % 5 iken, her 5 yılda bir ikiye katlanarak artar. Seksen yaşın üzerinde ise hızla artarak %25-30'lara yükselir. Buradan, yaşlı nüfusun artışının bu hastalık üzerindeki etkisi açıkça görülmektedir. En erken belirtisi unutkanlıktır. Sonra lisan, dikkat, algı, görsel ve mekânsal beceriler, soyut düşünce ve yargıda bozulma, kişilik ve davranış değişiklikleri, kendine bakım yetersizlikleri görülür. Son evrede tüm fiziksel işlevler bozulur, yatalak olur. Davranış bozuklukları içinde şüpheci düşünceler, hayal görmeler, agresif davranışlar, gece-gündüz ritminin bozulması, depresyon, anksiyete ve fobilerin olması dikkati çeker (B.Taneli ve ark. 1999, 2000, 2010).

Alzheimer hastalığının klinik belirtilerinin başladığı 65 yaşlarından çok önce, 20-30 yıl önce beyindeki bozuklukların başladığı düşünülmektedir. Bu gün için tedavisi olmayan bu hastalığın, 40'lı yaşlarda başlamak üzere, önleme stratejileri kullanılabileceği düşünülmektedir. Yani, hastalık ortaya çıktıktan sonra tedavi etmek değil, ortaya çıkmadan önce, önlemek üzere yöntemler geliştirmek çok daha önemlidir. Bu günkü çabalar, bir yandan yeni tedavi edici ilaçlar geliştirirken diğer yandan önleme stratejilerini geliştirmektir.

Alzheimer Hastalığını Önleme ve Sağlıklı Yaşlanma Stratejileri :

Aslında, Alzheimer hastalığını önleme stratejileri, sağlıklı yaşlanma stratejileri ile büyük ölçüde örtüşmektedir. Yaşlının Biyo-Psiko-Sosyal dengesini koruyacak olan her adım, alınacak her önlem yaşlının sağlıklı, mutlu ve sosyal çevresi ile uyum-

lu yaşamasına yardımcı olacaktır. Böylece yaşlı nüfus, topluma yük olması şöyle dursun, toplumun yükünü azaltacaktır. Alınan önlemlere ayrıca Alzheimer Hastalığı'nı önleme stratejileri bakımından bazı özel ekler yapılması gerekecektir. Alzheimer hastalığını önlemek demek, iyileştirmek demek değildir, ortaya çıkmasını, gelişmesini önlemek demektir ki bu da çok önemlidir.

Kim Yaşlıdır? Yaş, farklı şekillerde tanımlanabilir :

1-**Kronolojik Yaş** (Takvim Yaşı): Değiştirilmesi mümkün olmayan, yaşanılan yıllardır.

2- **Fonksiyonel Yaş**: Bireyin genel durumunu tanımlar.

- Biyolojik Yaş: Bireyin bedensel durumunu tanımlar.
- Psikolojik Yaş: Psikolojik uyum yeteneğini yansıtır.
- Sosyal Yaş: Sosyal becerilerin fonksiyonu ile ilgilidir, örneğin 40 yaş, bir futbolcu için yaşlı sayılır, ancak bir başbakan için gençtir.

3- **Subjektif Yaş**: Kişinin kendisini hissettiği yaştır ve yaşamın şekillendirilmesi açısından önem taşır.

İleri yaşlarda, kronolojik yaş, kişiyi psikolojik yönden negatif olarak etkileyebilir. Fonksiyonel ve sübjektif yaş ise kişiye pozitif güç verebilir. Kronolojik yaşı değiştirmek mümkün değildir. Ancak fonksiyonel ve sübjektif yaşı etkilemek mümkündür. Sağlıklı olarak yaşlanmak ya da yaşlanmayı, mümkün olduğunca sağlıklı olarak, geciktirmek mümkündür (B. Taneli, "Sağlıklı Yaşlanma ve Alzheimer Hastalığı", değişik bilimsel toplantılar ve halka açık konferanslar).

Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Yaşlanma İle İlgili Kararları :

Birleşmiş Milletler (BM), tüm dünyada yaşlı nüfusun hızla artmasının yaşlı kişiye ve bütünüyle topluma getireceği sosyal ve ekonomik sorunlara dikkati çekmek üzere ilk olarak 1982 yılında Viyana'da, sonra da 2002 yılında Madrid'de, "Dünya Yaşlanma Toplantıları" düzenlemiştir. Bu toplantılarda, yaşlanan toplum ile ilgili ileriye dönük olarak bir an önce önemli önlemler alınması gerektiği vurgulanmıştır. Örneğin: Yaşlı güvenliği ve bakımı, konut sorunu, gelir, sosyal ilişkiler, kuşaklar arası dayanışma, yaşlının topluma katılımı gibi konular üzerinde durulmuş ve ülkelerin bu konularda bir an önce altyapı oluşturması önemle vurgulanmıştır (Vienna International Plan of Action on Ageing 1983, Political Declaration and Madrid International Plan on Ageing, 2002). 2006 yılında da Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yaşlıların toplumda aktif ve sağlıklı yaşlanmasını sağlayacak bir program oluşturmuştur. Böylece, "Yaşlı Dostu Kent" olgusu gelişmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü, aktif ve sağlıklı yaşlanmayı sağlayabilmek amacı ile sekiz başlık altında toplanan bir program oluşturmuştur: 1) Dış mekanlar ve binalar, 2) Ulaşım, 3) Konut, 4) Sosyal Katılım, 5) Toplumsal yaşama dahil olma ve toplumun yaşlıya saygısı, 6) Vatandaşlık görevini yerine getirme ve işgücüne katılım, 7) Bilgi edinme ve iletişim, 8) Toplum desteği ve sağlık hizmetleri (WHO).

Yaşlı Dostu Çevreler:

Yaşanabilir bir toplumsal çevre; güvenilir ve emniyetli, ekonomik olarak ulaşılabilir ve kullanışlı konut ve ulaşım olanakları olan, toplumsal yaşamı destekleyen özellikleri olan ve toplumsal hizmetler sağlayabilen bir çevredir. Bir çevrede bu özellikler bulunduğunda, bağımsız yaşam gelişir, yaşlılar bulundukları mekanlarda yaşamaya devam edebilir ve bulundukları toplumda sivil, ekonomik ve sosyal katılımları teşvik edilmiş olur. (American Association of Retired Persons-AARP Politikaları Raporu, 2015).

2050 yılına gelindiğinde, Dünya nüfusunun %20'den fazlası 60 yaşın üzerinde olacak. Dünya kentleri, yaşlı nüfusun gereksinimlerine cevap vermek üzere hazırlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlı-dostu kentlerin özellikleri olarak belirlediği 8 başlığı, AARP 2015 raporunda kısaca şöyle vurgulamaktadır:

Dış mekanlar ve Binalar: İnsanların bir araya gelmek için dış ve iç mekanlara gereksinimi olur. Parklar, kaldırımlar, güvenli sokaklar, dış mekanlarda oturma olanakları ve ulaşılabilir binalar (asansör, tırabzanlı merdivenler) tüm yaş grupları tarafından zevkle kullanılır.

Ulaşım: Araba kullanmak, ulaşım için tek seçenek olmamalıdır. Toplu ulaşım, tren ağı ölçeğinden, araç kullanmayanlar için doktora gidip gelmek amaçlı taksi hizmetine kadar özelleşmiş olabilir.

Konut: Yaşlanan bireylerin çoğu bulundukları yerde yaşamaya devam etmek ister. Bu, ancak konutlar uygun tasarlanır ya da uyarlanabilir ise olasıdır. Ayrıca, farklı yaş grupları için ekonomik olarak ulaşılabilir konut seçenekleri olmalıdır

Sosyal Katılım: Yalnızlık, yaştan bağımsız olarak bireyin sağlık ve ruhsal durumunu olumsuz etkiler. Bireyin izolasyonu, yakın çevrede ulaşılabilir, ekonomik ve eğlenceli etkinliklerin bulunması ile önlenebilir.

Toplumsal Yaşama Dahil Olmak ve Toplumun Yaşlıya Saygısı: Kuşaklararası etkinlikler, genç ve yaşlıların birbirlerinden bir şeyler öğrenmesi, her bireyin ilişkiyi sağlayabileceklerinin görülmesi ve kendilerini iyi hissetmeleri için idealdir.

Vatandaşlık Görevini Yerine Getirmek ve İş Gücüne Katılmak: Yaşlı dostu toplumsal çevreler, yaşlılar arzu ettikleri takdirde, ücretli ya da gönüllü çalışma olanakları ile becerilerinin kullanılmasını ve toplumsal hayata aktif katılımlarını sağlar.

Bilgi Edinme ve İletişim: Yaşlı dostu toplumlar, her bireyin akıllı telefonu ya da Internet ulaşımı olmadığının ve bilginin farklı yollarla dağıtımının yapılması gerektiğinin bilincindedirler.

Toplum Desteği ve Sağlık Hizmetleri: Herkes bir şekilde yaralanabilir, hasta olabilir, ya da yardıma gereksinim duyabilir. Sağlık hizmetinin yakın çevrede verilmesi dışında, bireylerin bu hizmetlere ulaşabilmesi ve hizmetin ekonomik olması da gereklidir.

WHO'nun, Yaşlı Dostu Kentler programında belirtilen sağlıklı, mutlu ve toplum içinde aktif olarak yaşamayı amaçlayan 8 ana başlık aslında, Alzheimer Hastalığı'nı önleme stratejileri ile ileri derecede örtüşmektedir. Ek olarak, Alzheimer Hastalığı için bazı özel önlemler eklendiğinde bu eklerin sağlıklı yaşlanmayı da ileri derecede desteklediği görülür. Diğer taraftan 1. Başlıktaki insanları bir araya getiren dış mekanlar, 3. Başlıktaki konutların tasarımı Alzheimer Hastaları için de çok önemli ve yararlıdır. Aynı şekilde, 4. Ve 5. Başlıktaki sosyal katılım ve toplumsal yaşama dahil olarak kuşaklar arası ilişki içinde olmak, 7. Başlıktaki bilgi edinme ve diğer kişiler ile ilişkisini sürdürme, sağlıklı yaşlılar için olduğu kadar Alzheimer Hastaları için de çok önemlidir. Bütün bu başlıklar, Alzheimer Hastaları'nın, özellikle erken ve orta evrelerinde son derece önemli katkılarda bulunur. Yaşamlarını kolaylaştırır, kognitif becerilerini aktive eder.

Sekizinci başlık olan Toplum Desteği ve Sağlık Hizmetleri: Sağlık hizmetleri içine sağlıklı beslenmeyi ve Alzheimer Hastalığı'nı Önleme Stratejelerini de eklemeyi unutmamak gerekir. Aslında, Alzheimer Hastalığı'nı Önleme Stratejileri ile Sağlıklı Yaşlanma Stratejileri büyük ölçüde örtüşmektedir. Alzheimer Hastalığını önlemek demek iyileştirmek demek değildir. Ortaya çıkışını, gelişmesini önlemektir ki bu da çok önemlidir. Yaşlının Biyo-Psiko-Sosyal dengesini koruyacak olan her adım, alınacak her önlem yaşlının sağlıklı, mutlu ve sosyal çevresi ile uyumlu yaşamasına yardımcı olacaktır.

Erken Yaşlanmaya Neden Olan Faktörler :

- Ana-baba yaşamlarının kısa olması (genetik)
- Sigara, alkol ve diğer madde bağımlılıkları
- Stres faktörleri
- Daha çok pasif bir yaşam anlayışı
- İlgi azlığı
- Düzensiz uyku

- Mesleğinde tatminsizlik, mutsuzluk
- Ekonomik durumun iyi olmaması, beslenme yetersizliği
- Çocukluk ve gençlik dönemine ait mutsuz ve negatif hatıralar
- Bedensel rahatsızlıklar
- Dejeneratif beyin hastalıkları (Alzheimer ve diğer demanslar) yaşamı kısaltabilir.

Sağlıklı Olarak Yaşlanmak ya da Yaşlanmayı Geciktirmek Mümkün mü?

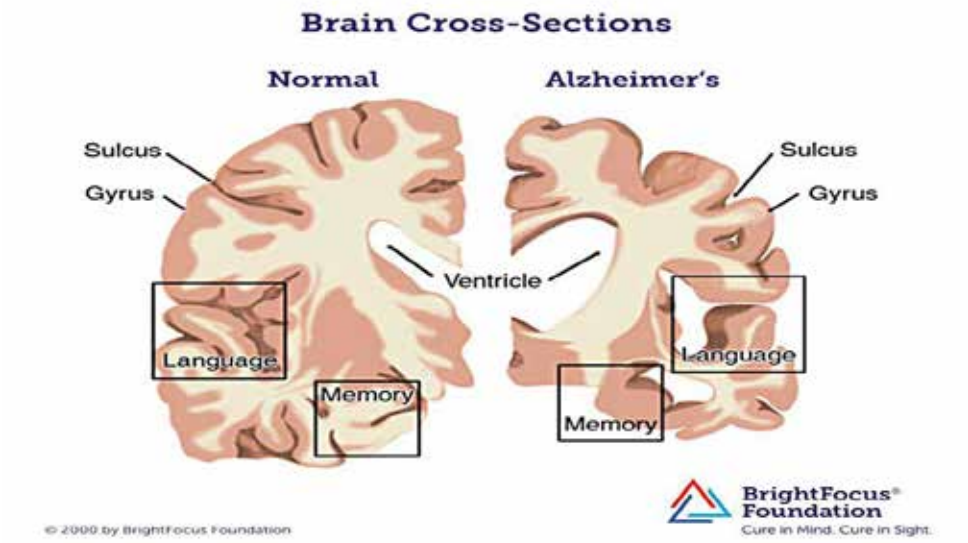
- Yaşama pozitif yaklaşmak; Kötümser değil, iyimser olmak; kendi ile barışık olmak. Gelecek hakkında iyimser olmanın, ömrü ortalama 10 yıl uzattığı görülmüştür.
- Streslerden uzak olmak ya da stresle başa çıkmanın yollarını aramak.
- Düzenli yaşamak; Gece yaşamından uzak durmak.
- Uyku - uyanıklık ritmini iyi ayarlamak ; Erken yatıp erken kalkmak; 7-8 saat uyumak; gündüzleri fırsat buldukça kestirmek.
- Kişiler arası ilişkileri, arkadaşlıkları canlı tutmak .
- Boş zamanlar yaratmak ve hobiler geliştirmek .
- Bedensel ve ruhsal sağlık için önlemler almak, gerektiğinde erken tanı ve tedaviye gitmek .
- Bedensel ve ruhsal (beyinsel) aktiviteleri optimal ve düzenli olarak sürdürmek; "İşleyen demir ışıldar" düşüncesini yaşamın mümkün olan her alanında kullanmak .
- Beslenmeye dikkat etmek; gereken gıdaları gerektiği kadar yemek; "Yemek için yaşamak değil, Yaşamak için yemek". Kafkaslardan bir atasözü şöyle der : "Yaş ilerledikçe tabaklar küçülür". Japonya'da Okinawa adası sakinleri ile Akdeniz ülkelerinde, örneğin Girit ve Sardunya adalarında yaşayanların beslenme özellikleri uzun ve sağlıklı yaşlanma için yol gösterici olabilir. Maymun ve fareler ile yapılan deneylerde, düşük glikoz içeren diyetlerin yaşam süresini %50'ye kadar uzattığı gösterilmiştir.

Tıp alanındaki gelişmeler, yaşamı tehdit eden hastalıkların sınırlandırılmasına, hatta yok olmasına imkan vermiştir. Aynı zamanda bu durum, insanların gittikçe yaş-

lanmalarına, yaşa bağlı hastalıkların ve kronik hastalıkların daha sık görülmesine yol açmıştır. Örneğin, Alzheimer Hastalığı ya da diğer demansiyel hastalıklar gibi.

Demanslar ve Alzheimer Hastalığının özellikleri :

Demans: Kognitif (bilişsel) yetiler, yargılama, muhakeme (akıl yürütme) ve içgörü kaybı ile karakterize, genel olarak yaşlı nüfusun hastalığı olan ve çok farklı nedenlerle ortaya çıkabilen bir sendromdur. Kognitif (Bilişsel) Fonksiyonlar ; Geniş anlamda: dikkat , algı, hafıza, **öğrenme** ve d**üşünme**dir.



Şekil 7 : Solda normal kişinin, sağda Alzheimer'li hastanın beyni. http://www.brightfocus.org/alzheimers/infographic/brain-alzheimers-disease

Alzheimer Hastalığı: Beyin dokusunun incelenmesiyle saptanabilen nörobiyolojik değişiklikleri olan, Kognitif işlevlerde bozulma ile kendini gösteren, dejeneratif, ilerleyici ve geri dönüşümsüz bir DEMANS türüdür. Sinsi başlayan bellek kaybı ve davranış bozuklukları ile karakterizedir. Altmışbeş yaş üzerinde prevalansı ; %10, yani her 10 kişiden biri Alzheimer hastasıdır.

Prevalansı 65 yaşından sonra her 5 yılda bir ikiye katlanarak artış gösterir. 85 yaşından sonra prevalans %40'ı geçer. Örneğin, ABD'de yaklaşık %50'dir.

Alzheimer Hastalığı'nın Preklinik Dönemi:

2010 yılında gündeme getirilen yeni demans kriterlerinden Preklinik Alzheimer'de:

Asemptomatik Alzheimer'de: Bellek bozukluğu ve diğer Alzheimer Hastalığı semptomları yoktur. Fakat biyolojik markırlarda risk saptanır.

Presemptomatik Alzheimer'de: Bellek bozukluğu, Alzheimer Hastalığı semptomları bulunmamakla beraber, genetik mutasyon vardır (Örneğin ApoE genotipi)

Hafif Kognitif (Bilişsel) Bozukluk'ta: Alzheimer tanısı aldıracak düzeyde kognitif bozukluk yoktur. Bellek bozukluğu normal yaşlılık ile Alzheimer Hastalığı arasında bir geçiş düzeyindedir. Bir kısmı zaman içinde Alzheimer Hastalığı'na doğru gelişir. Kesin karar vermeden sistemik tıbbi nedenler araştırılmalıdır.

Alzheimer Hastalığının Klinik Belirtileri; En erken belirtisi bellek kaybıdır. **Sırayla ; l**isan, g**örsel-**mekansal beceriler, soyut düşünce ve yargıda bozulma, kişilik / davranış değişiklikleri, kendine bakım yetersizliği görülür. Son evrede fiziksel işlevler bozulur.

Alzheimer Hastalığı'nda Davranış Bozuklukları : Paranoid ve diğer hezeyanlar, varsanılar, aktivite bozuklukları, agresyon, diurnal ritm bozukluğu, affektif bozukluk, anksiyete ve fobilerdir.

Alzheimer Hastalığının Klinik Belirtilerinin İlerleyişi :

Erken evre: Hafif bilişsel bozukluklarla başlar. İlk belirti olarak unutkanlık, sonra alışverişte, araba sürmede ve hobileri sürdürmede sorunlar dikkati çeker. Depresyon görülür.

Orta evre: Yakın bellekte bozulma, Günlük Yaşam Aktiviteleri'nde yardıma gerek duyma, amaçsız gezinmeler, uykusuzluk, giderek hezeyanlar, şüpheler , hayal görmelerle ilerler.

İleri Evre: Lisanı kullanma çok sınırlıdır, temel günlük aktiviteler kaybolur, huzursuzluklar, idrar ve gaitasını tutamama ile yatağa bağımlı olur. Bir bakım evine yatırılması gerekir. 8-10 yıl içinde akciğer ya da başka bir enfeksiyon ile ölüm görülür (Galasko, 1998)

Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), erken ve geç evrelerde giderek bozulur.

ERKEN Evrede Enstrümantal GYA'lar

- Alışveriş
- Yemek hazırlama
- Günlük ev işleri
- Nakil araçlarını kullanma
- Para kontrolü

- Telefon kullanımı
- Kişisel yazışmaları yürütme
- Durumları ve açıklamaları kavrama
- Ev gereçlerini kullanma
- Hobiler/boş zaman etkinliklerini gerçekleştirme

GEÇ Evrede Temel GYA'lar :

- Giyinme
- Kişisel hijyen ve öz bakım
- Banyo yapma
- Yemek yeme
- Tuvalete gitme
- Yürüme

Alzheimer Hastalığı ve Beyindeki Değişiklikler:

Alzheimer Hastalığında beyinde dejeneratif değişiklikler meydana gelir. Beyinde meydana gelen "Plaklar" ve "Yumaklar", Alzheimer Hastalığı'nın Tanımlayıcı Özellikleridir. Bu iki anormal yapı Alzheimer hastalarının beyinlerinde çok miktarda bulunarak sinir hücrelerinin ölümüne ve beynin küçülmesine (Atrofi'sine) neden olurlar.

- Nörotik Plaklar (Beta-Amiloid Plaklar): Sinir hücrelerinin çevresinde biriken, protein ve hücresel yapılardan oluşan yoğun çökeltilerdir.
- Nörofibriler yumaklar: Sinir h**ücresinin içinde biriken** yumaklaşmış liflerdir.

Alzheimer Hastalığı'na Tanı Koymada Kullanılan Yöntemler:

- Hasta ve Hasta Yakını'ndan ayrıntılı anamnez,
- Fizik ve nörolojik muayene,
- Laboratuar tetkikleri,

- Klinik gözlem ve değerlendirme,
- Nöropsikolojik testler,
- Elektrokardiyogram,
- Elektroensefalogram,
- Görüntüleme yöntemleri,

Kesin tanı: otopsi ve beyin biyopsisi.

Sık Kullanılan Psikolojik Testler:

- **Mini Mental Durum Testi:** Folstein ve ark. (1975) tarafından geliştirilmiş, Molloy ve Standish (1997) tarafından standardize edilmiştir. Bu test Engin Eker ve ark. Tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Güngen ve ark(2002) tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır.
- Saat Çizim Testi: Freedman ve ark. (1994) tarafından geliştirilmiştir. Pratik ve çabuk uygulanabilir bir test olması nedeniyle çok kullanılır.

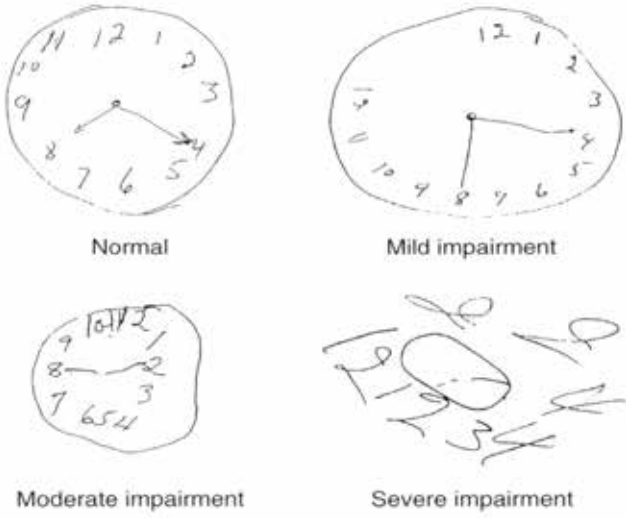


Figure 4.4 *CERAD scoring for CDT. (Reproduced from Borson et al, 1999, with permission from The Gerontological Society of America.)*

Şekil.8 : Sol yukarıda klinik belirtilerin olmadığı, sağ yukarıda hafif klinik dönem, sol altta orta klinik dönem, sağ altta Alzheimer'li hastann saat çizim testi.

Kısa Sendrom Testi: Erzigkeit, H. (1989) tarafından geliştirilmiş, Türkçeye uyarlaması Taneli, B. Ve ark. (1999)Tarafından yapılmış, Kültürler arası karşılaştırılması Lehfeld ve ark.(1997), Taneli, B. Ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır.

Majör Risk Faktörleri:

- İleri yaş - Kanıtlanmış tek risk faktörü
- Ailede Alzheimer Hastalığı öyküsü
- Genetik Özellikler:
  - Down Sendromu (21. kromozom fazlalığı),
  - Familyal Alzheimer Hastalığı geni (21,14 ve 1. kromozom mutasyonu),
  - 19. kromozomda ApoE4 allelinin bulunması,

Değiştirilebilir Risk Faktörleri:

- Kafa travması öyküsü,
- Typ2 diabet,
- Dislipidemi,
- Fiziksel inaktivite,
- Hippertansiyon,
- Hipotiroidi,
- Obezite,
- Depresyon öyküsü.
- Düşük eğitim düzeyi,
- Toksik maddeler (alüminyum, silikon),
- Kadın olmak.

(Etgen, T. Ve ark. 2011; Ostergaard, 2015)

Diğer Risk Faktörleri:

- PET'de temporal parietal metabolizmada azalma,

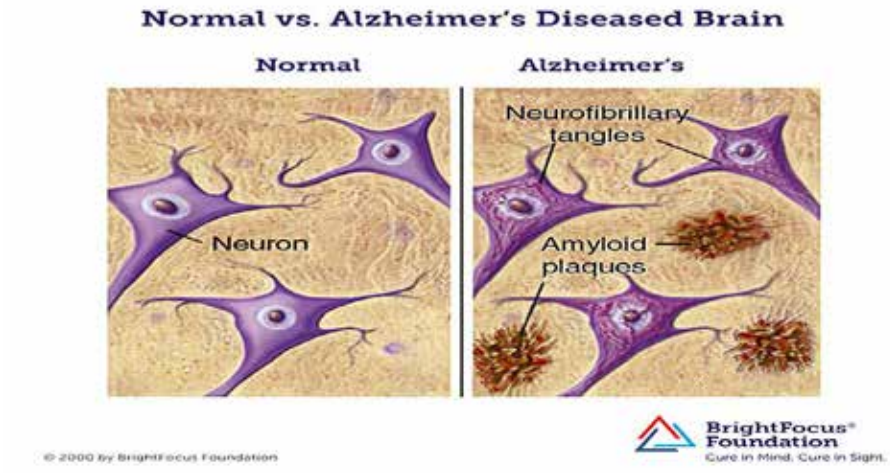
- Hipokampal atrofi .

Alzheimer Hastalığı'nın Biyomarkerları:

Alzheimer Hastalığında erken tanı koymaya yarayan "Biyomarker"lar tanımlanmıştır. Sporadik Alzheimer Hastalığındada Beyin-Omurilik Sıvısındaki (BOS) en önemli Biyomarker değişiklikleri :

- Amiloid Beta (1-42) azalır,
- Total tau artar,
- Fosfo-tau artar.
- Bu üç değişikliğin birlikte bulunması, sporadik AH'nın tanı değerini anlamlı ölçüde yükseltir (sensitivite: > %95, spesifisite: > %85).

(Blennow ve ark. 2010; Humpel,Christian 2011; Mattson ,N.ve ark. 2012)



Şekil 9 : Solda normal sinir hücresi, sağda Alzheimer'li hastanın sinir hücrelerinin içinde yumaklar, dışında plaklar (Amiloid Plak) görülmektedir. http://www.brightfocus.org/alzheimers/infographic/amyloid-plaques-and-neurofibrillary-tangles

Alzheimer Hastalığı Tedavisinde multi disipliner bir ekip yaklaşımı gerekli-dir. Bu ekipte:

1. Birinci Basamak Hekimi / Pratisyen Hekim / Aile Hekimi,

2. Psikiyatri Uzmanı / Geriatrik Psikiyatri Uzmanı,

3. Nöroloji Uzmanı / Geriatrik Nöroloji Uzmanı,

4. Geriatri alanında uzmanlaşmış Dahiliye Uzmanı,
5. Klinik Psikolog/Nöropsikolog,
6. Uzmanlaşmış Hemşire/Ggeriatrik Hemşire/Gerontolojik Hemşire,
7. Bakıcı (bu alanda eğitim almış bakıcı),
8. Beslenme Uzmanı (Diyetisyen),
9. Sosyal Hizmet Uzmanı,
10. Gerontolog,
11. Meşguliyet Tedavisi Uzmanı,
12. Fizik Tedavi Uzmanı,
13. Tanıda katkısı olacak laboratuar ekibi,
14. Mimar (çevre ve davranış alanında eğitimli),
15. Avukat (Yaşlı hukukunda deneyimli) yer almalıdır.

Alzheimer Hastalığında Tedavi :

Alzheimer Hastalığında ilaçlı ve ilaç dışı tedavi yaklaşımı birlikte kullanılır.

Alzheimer Hastalığı'nda Kullanılan İlaçlar :

Kolinesteraz İnhibitörleri

Kolinerjik Agonistler

NMDA (N-metil-D-Aspartat)

Reseptör Antagonisti

Kolinerjik Olmayan İlaçlar

Alzheimer Hastalığı'nın İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları :

Burada genel prensip zihinsel ve fiziksel aktiviteleri mümkün olduğunca sürdürmektir. İşleyen demir ışıldar prensibini devamlı göz önünde tutmak gerekir.

Bu tür yaklaşımlar, Klinik belirtiler ortaya çıktıktan sonra, ancak destek yaklaşımlar olabilir ve hastaların yaşamını kolaylaştırır. Buna karşın preklinik dönemdeki Alzheimer hastalarında önleyici stratejiler olarak önemlidir. Bu stratejiler ayni

zamanda, sağlıklı yaşlanmanın da anahtarı olarak son derece önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün , Yaşlı Dostu Kentler Programı'nda belirtilen başlıklardaki amaçlar ile de örtüşmekte olup sağlıklı, aktif ve mutlu yaşamı desteklemektedir.

Sağlıklı beyin Yaşam Stratejileri daha düşük demans riski sağlar.

Genetik, demans riskinin ancak bir kısmını açıklar.

Genetik olmayan potansiyel faktörler

- Fiziksel egzersiz
- Mental stimulasyon / bilişsel egzersiz
- Stres yönetimi
- Beslenme

(Small GW. 2002, Karp,A ve ark. 2009)

Stresle başa çıkma :

- Arkadaşlarla vakit geçirme,
- Duygular hakkında konuşma,
- Meditasyon, yoga, tai chi'yi deneme,
- Dinlenmek için düzenli aralar verme.

Beslenme ve beyin sağlığı :

- Kilo kontrolü.; Obezite hafızayı olumsuz etkiler, kilo kaybetme hafızayı geliştirir. Obez insanların demans riski 4 kat artar. Kilo kontrolü amaçlı cerrahi müdahale yapılan obez hastalarda 12 hafta sonunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı miktarda hafızada gelişme olduğu gösterilmiştir.

  (Gunstad J. Ve ark. 2011;Xu WL ve ark 2011)
- Omega-3 yağları; Balık, kabuklu yemişler (ceviz, fındık, badem) yemek.
- Anti-oksidan meyve ve sebzeler yemek ve
- **İşlenmiş gıdalardan uzak durmak.**

  (Selfrizzi ve ark. 1999 ; Morris ve ark. 1998 ; Eriksson ve ark. 2001)

Beyni koruyan içecekler :

- Kırmızı şarap (rezveratol) : Anti-oksidan, anti-aging
- Az miktarda her türlü alkol
- Kahve (Kafein), [Yeşil Çay (Tein), Kakao]

  Daha düşük Alzheimer ve Parkinson riski ile ilişkilendirilmiştir.

  (Ekselinen ve ark. 2011; Neafsey, J ; Collins Michael A.2011)

Beslenme alanında yeni araştırmalar:

Demans riski olan hastalarda çift-kör, plasebo kontrollü çalışmalar;

- **Zerdeçal**: anti-oksidan, anti-enflematuar, anti-amyloid özellikleri saptanmıştır ; 18 ay süren bir çalışmada sonuçlar hafıza testleri, plak ve yumakların taraması ile elde edilmiştir. Köri'nin de benzer özellikleri vardır.

- **Nar özü :** Anti-oksidan polifenoller etkilidir. 12 ay süren bir çalışmada sonuçlar hafıza testleri ile belirlenmiştir.

Alzheimer Hastalığı'nı önleyebilir miyiz?

Önlemek, iyileştirmek anlamında düşünülürse, bu gün için hayır. Önlemek, ideal hedef olmakla beraber, ara hedefler olasıdır ; Hastalığın başlamasını geciktirmek ve dejeneratif sürecin seyrini yavaşlatmak akla yakındır (Savica,R.; Petersen Ronald C., 2011).

Alzheimer Hastalığı'nın önlenmesi:

Önlemenin başarılı olduğunu kanıtlayabilmek için binlerce hastada, on yıllarca süren çift-kör çalışmalar gerekmektedir. Kısa dönemde, inandırıcı epidemiyolojik ve klinik çalışmalar semptomların görülmesini geciktirebilmek için şu anda bile ne yapabileceğimizi göstermektedir :

- Fiziksel egzersiz ve sağlıklı bir diyet, diyabeti önleyebilir ya da başlangıcını geciktirebilir . Diyabet, Alzheimer riskini ikiye katlar.

  Önleme stratejileri, diyabet ve Alzheimer riskini birlikte azaltmalıdır

  (Saaristo ve ark. 2010; Ohara. T. Ve ark. 2011)

İnsanların fiziksel aktivitelere katılımı, yaşadıkları inşa edilmiş ve doğal çevre, sosyal çevre ve cinsiyet, yaş, yeterlilik ve motivasyon gibi kişisel faktörlerden

etkilenmektedir. İnsanlar, parklar, yeşil alanlar, iş yerleri ve dükkanlar gibi kilit öneme sahip güzergahlara kolayca ulaşabildikleri zaman daha aktif olmaktadır.

Çocuk yaşlarda başlayan fiziksel aktivite yönlendirmeleri yararlı olup, yaşlılıkta da devam edebilir. Ayrıca yaşlılar da motive edilebilirler.

(Edwards, P. World Health Organisation 2006)

Yaşam biçimi stratejileri Alzheimer'i ne kadar süre ile durdurabilir?

Fiziksel egzersiz ; 2 yıllık süre ile Gelecekteki hafıza kötüleşmesi riskini %46 azaltmıştır.

Anti-oksidan meyve/sebze :4 yıllık süre ile, Demans riskini %44 azaltmıştır .

Orta yaşlarda karmaşık mental görevler : Demans riskini %48 azaltmıştır.

(Etgen, T. Ve ark. 2010; Morris MC. Ve ark ; Karp, A. Ve ark 2009)

Risk faktörlerinin azaltılmasının Alzheimer Hastalığı prevalansına etkisi olacağı tahmin edilmektedir. Şu anda ABD' de 5 milyon , dünya da34 milyon Alzheimer hastası bulunduğu tahmin edilmektedir. Risk faktörlerinde %25 düşüşün tahmini etkisi ABD'de 3 milyon daha az vaka ; Dünya'da 17 milyon daha az vaka olarak belirtilmektedir. Değiştirilebilir risk faktörleri **; düşük eğitim seviyesi, sigara içilmesi, fiziksel hareketsizliğin önlenmesi ; depresyon, hipertansiyon, diyabet ve** obeziteden korunma olarak önerilmektedir. Bu faktörlerin azaltılmasının Alzheimer olgularını dünyada ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %10 ve %25 azaltacağı ön görülmektedir. (Barnes, Deborah, E.; Yaffe Kristine 2011)

Şekil.10 : Akdeniz Diyeti , beslenme piramidi.

Dünya Sağlık Örgütü'nün sekiz maddelik programı, her ülkede, ülkelerin özelliklerine göre, hükümetler, yerel yönetimler ve toplum tarafından elbirliği ile multidisipliner olarak geliştirilecek ve yürütülecek bir program olmalıdır.

Bu program içinde, 8. madde, "Toplum Desteği ve Sağlık Hizmetleri", dikkate alınması gereken önemli bir özelliktir. Bu alt başlığın hedeflerine, yaşlının kendi çabaları, gerekli sağlık hizmetleri verilerek ve toplumca desteklenerek hedefine çok daha kolay ulaşır. Sağlık hizmetleri içine sağlıklı beslenmeyi ve Alzheimer Hastalığı'nı önleme stratejilerini de eklemeyi unutmamak gerekir. Bedenen ve ruhen, her yönüyle aktif olmak, sağlığın temel prensibidir. "İşleyen demir ışıldar" prensibi, hayatın her döneminde geçerli altın bir kuraldır.

Böylece hükümetlerin ve yerel yönetimlerin, WHO'nun diğer maddelerine olan destekleri ile, Yaşlı Dostu Kentler geliştirilerek "Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma" ileri derecede sağlanmış olur. Yaşlı Dostu Kentlerin gerçekleştirilmesinde, kişilerin bu olanaklardan yararlanabilmeleri için Bakım Sigortası'na da ihtiyaç vardır.

Alzheimer Hastalığı olan bir kişi ve onlara bakım verenler yoğun bir stres altındadırlar. Türkiye'de Hastalar genellikle kadınlar tarafından ; eşleri, kızları ve gelinleri , bakılmaktadır. Aileler hasta ve engelli bireylerini toplumdan uzak tutmaya çalışmakta, onların hastalıklarının fark edilemeyeceğini düşünmekte, rahatsız etmemek ya da korkudan içlerine kapanmaktadırlar. Tanıdıkları da onları rahatsız etmemek için ya da bilinmeyen hastalıklardan korktukları için uzaklaşırlar ve ailelerin izole olmasına yol açan bir kısır döngü meydana gelir. Yine Türkiye'de komşu yardımlaşması vardı. Değişen yaşam koşullarında bu durum da büyük şehirlerde değişmiştir. Gönüllülerin bu yardımı üstlenmesi mümkün olmalıdır.

Bakım verenlerin sertifikalı eğitimi sağlanmalı, kendi kendine yardım grupları ile desteklenmeleri, izin yapabilmeleri sağlanmalıdır.

Türkiye'de 1950'lerden sonra aileler giderek büyük aileden çekirdek aileye hızlı bir geçiş yapmışlardır. Kadınlar da çalışma hayatına katılmışlardır. Bu nedenle bakıma muhtaç kişilere bakım zorlaşmıştır. 50 yıl önce yaşlıların Huzur evine "verilmesi" yadırganırken, bu gün arzulanan bir durum olmuştur.

Evde bakım hizmetlerinin sağlanması, yaşlının arzu ettiği gibi alıştığı çevresinde yaşamasını, sosyal ilişkilerini devam ettirmesini sağlayacaktır. Ayrıca devlete daha az mali yük getirecektir. Hasta ve bakım verenlerin yaşamlarının iyileştirilmesini sağlayacak önlemlerin büyük bir kısmı sağlıklı yaşlılar ve bütün vatandaşlar için kaliteli bir yaşam sağlar. Ayrıca, Alzheimer Hastaları için özel önlemler alınması gerekir;

- Alzheimer Hastalığı hakkında Kamu Görevlileri ;Polis, Jandarma, Muhtar ve Noterler, otobüs şoförleri başta olmak üzere toplum bilgilendirilmelidir. Toplumu bilgilendirme: Alzheimer Vakfı ve Alzheimer Derneği merkez ve şubeleri tarafından düzenli olarak yapılmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar

Bakanlığı 2014 Ankara ve Bursa Toplantılarındaki bildirileri kitap ve broşür olarak basmıştır.

- Aileden güvenilir bir kişinin Alzheimer Hastasının velayetini alması sağlanmalı ve hakları korunmalıdır.
- Yolunu kaybeden bir hastanın en kısa sürede bulunması için önlem alınmalıdır (Hastanın en geç 6 ayda bir fotoğrafı çekilmeli, kimlikli bilezik takılmalı, elektronik takip olanağı sağlanmalı gibi)
- Hastalar için şehrin farklı bölgelerinde kolay ulaşılır gündüz ve yatılı bakım evleri olup otel hizmeti de verilebilmelidir.
- Yaşlı huzur evlerinde Narlıdere örneğinde olduğu gibi, bakım ihtiyacı arttığında aynı kurumda de bir başka yere gidebilmeleri mümkün olmalıdır. (Tekin, 2012:39)

Kaynaklar:

AARP (American Association Of Retired Presons, www.aarp.org

Barnes, Deborah E. ; Yaffe, Kristine : The projected effect of risk faktor reduction on Alsheimer's disease prevalence. The lancet Neurology, 2011;10 (9):819-828

Blennow K. ve ark. ;Cerebrospinal fluid and plasma biomarkers in Alzheimer's disease.

Edwards, P.: Kentsel Çevrede Fiziksel Aktivite ve aktif yaşamın desteklenmesi, yerel yönetimlerin rolü, Dünya Sağlık Örgütü, 2006, Türkçesi; Sağlıklı Kentler Birliği.

Ekselinen, Marjo H. Ve ark.: Midlife Healthy. Diet Index And Late Life Dementia And Alzheimer's Disease. Dement Geriatr Cogn Disord Extra 2011(1):103-112.

Eriksson ve ark. : Potential fort he prevention of type 2 diabetes Br Med Bull.2001;60.183-199.

Erzigkeit, H. : Manual zum SKT Form A-4,1989,Beltz, Weinheim.

Etgen, T. Ve ark. Arch Intern Med.2010; 170: 186-93.

Etgen, T.ve ark. : The Importance of Modifiable Risk Factors**.** Dtch Arztebl Int. 2011; 108(4); 743-750.

Folstein, M F. ; Folstein, SE.; McHugh, PR. : "Mini Mental State"; A practical method for grading the cognitive state of patients fort he clinician. J Psychiatr Res. 1975,12:189-198.

Freedman MI. ; Leach, L. ; Kaplan, E. ;Winocour, G. ; Shulman, KJ. ;Delis, DC eds.: Clock Drawing. Oxford: Oxford University Press 1994.

Friedland RP1, Fritsch T, Smyth KA, Koss E, Lerner AJ, Chen CH, Petot GJ, Debanne SM. Patients with Alzheimer's disease have reduced activities in midlife compared with healthy control-group members. Proc Natl Acad Sci U S A. 2001 Mar 13;98(6):3440-5. Epub 2001 Mar 6.

Galasko, Douglas : An Integrated approach to the management of Alzheimer's Disease: assessing cognition, function and behavior.European Journal of Neurology, 1998, 5 (4): 9-17.

Güngen, C; Ertan,T. ;Eker, E. ;Yaşar, R. ;Engin, F. ; Standardize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda hafif Demans Tanısında Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002; 13(4); 273-281.

Gunstad J. ve ark : Improved Memory Function 12 Weeks After Bariatric Surgery. Surg Obesity Related Diseases.2011 ; 7(4): 465-472.

International 2015 Age-friendly Report-inspiring Communities. www.aarp.org/.../age-friendly-inspiring

Karp, A ve ark. Mentaly Stimulating Activities at Work During Midlife and Dementia Risk After Age 75: Follow Up Study From The Kungsholmen Project.: Am J Geriatr Psychiatry. 2009; 17 : 227-236.

Lehfeld,H. ; Taneli, B.;Taneli, S.; Mutlu, G. ;Yazıcı, K. ;Ceylan, A. ;Orbay, S. ;Arnold, K. ; Erzigkeit, H. : Cross-Cultural Comparisons of Psychometric Tests and Rating Scales :Results From an International ADL Research Project. An International Symposium on Neurphysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders. August 29-31, 1997 Bursa/ Turkey, Program and Abstract Book

Molloy, D William; Standish Timothy IM. : Mental Status and Neuropsycological Assessment. International Psychogeriatrics 1997, 9 (Supp 1): 87-94.

Morris ve ark. :Relation of the tocopherol forms to incident Alzheimer's disease and cognitive change. Am J Clin Nutr 2005, 81:508-514.

Morris, MC ve ark Am J Clin Nutr. 2005; 508-14.

National Plan to Address Alzheimer Disease update; 2014 http://aspe.hhs.gov/daltcp/napa/NatlPlan

Nature Reviews Neurology, 2010, 6 .131-144.

Neafsey,Edward J. ; Collins, Michael A.: Moderate alcohol consumption and cognitive risk. Neuropsychiatr Dis Treat. 2011 ; 7 (1): 465-484.

Ohara, T.ve ark. :Glucose tolerence status and risk of dementia inthe community. Neurology. 2011; 77; 1126-1131.

Østergaard SD, ve ark. (2015) Associations between Potentially Modifiable Risk Factors and Alzheimer Disease: A Mendelian Randomization Study. PLoS Med 12(6): e1001841. doi:10.1371/ journal.pmed.1001841.

Saaristo, T. Ve ark.: Lifestyl intervention for prevention of typ 2 Diabetes in primary health care. Diabetes Care. 2010 ; 33(10): 2146-2151.

Savica,R.; Petersen, Ronald C. Prevention of Dementia. Psychiatric Clin North Am.2011; 34: 127-145.

Small, GW. :What we need to know about age related memory loss. Br Med J 2002; 324: 1502-1505.

Solfrizzi ve ark. :High monosaturated fatty acide intake protects against age-related cognitive decline. Neurology. 1999,12;52(8):1563-1569.

Taneli, B, Sivrioğlu Y.(2000) Alzheimer Hartalığında Erken Tanı ve Ayırıcı Tanı. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri, 13-17 Haziran 2000, Edirne. Kongre Kitabı:235-246

Taneli, B. ; Sivrioğlu, Y. Taneli, T. Alzheimer Disease. Gero Fam 2010: 1 (4) :1-35.

Taneli, B. ; Taneli, S. ; Yazıcı, K. ; Güvendeğer JN.,;Ertekin, A. ;Sivrioğlu, Y.; Mutlu, G. ; Orbay, S.; Zanbak, H. : Comparison of Psychometric Performance Tests and ADL Results in Two Different Normal Elderly Populations. 2. International Symposium on Neurphysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders. October 22-24, 1999 Bursa /Turkey. Program and Abstract Book.

Taneli, B. ; Taneli, S. ; Yazıcı, K. ;Ertekin, A. ;Sivrioğlu, Y.; Güney, N. ; Mutlu, G. ; Orbay, S.; Zanbak, H. : Comparison of ADL and SKT Results in Demented and Non Demented Elderly Populations. 2.Internatinal Symposium on Neurphysiological and Neuropsychological Assessment of Mental and Behavioral Disorders . October 22-24, 1999, Bursa /Turkey. Program and Abstract book.

Taneli, B., Taneli Y. : Gesundes Altwerden im Jahre 2000 in Schatten der Alzheimer Krankheit. beitraege zum 3. Deutsch-Türkischen Symposium, 5-8 Dezember 1999 an der Universitaet Siegen, Herausgeber :Jurgen Reulecke, Druckerei der Univesitaet Siegen 2000, 88-98.

Taneli, B.; Sivrioğlu, Y.; Taneli, T.Alzheimer Disease. In Gülhane Psychopharmacology Symposium (Eds.: Aydın, H, Uzbay IT) 27 May 1999, Ankara, Lectures Book:31-80 (ISBN:975-409-141-2)

TC Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) , Türkiye Nüfus İstatistikleri 2014.

Tekin, N. Konferans: Kurumsal yaşlı bakımı, Huzurevi Narlıdere Modeli. Özel Sayı-Türk Geriatri Kongresi, 15: 39.

Tufan, İ. ; Türkiye'de Yaşlılığın yapısal Değişimi. Yılmaz Ofset İstanbul, 2014.

World Health Organization. Who.int.Programmes 2015.

XU, WL.ve Ark.: Midlife overweight and obesity increase late-life dementia risk . Neurology 2011, 76: 1568-1574.

YAŞLI DOSTU KENTLER SEMPOZYUMU

SÖZEL BİLDİRİLER

YAŞ, CİNSİYET, SOSYO-EKONOMİK DÜZEY VE DİNDARLIK ALGISI DEĞİŞKENLERİNE GÖRE YAŞLANMA SÜRECİNDE BOŞ ZAMAN UĞRAŞILARI

Yrd. Doç. Dr. Abdullah İNCE
Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi
abdullahince@sakarya.edu.tr

ÖZET

Bu çalışmada yaşlanma süreci ile elli ve üzeri yaş dönemi kastedilmektedir. Yaşlanma sürecinde ortaya çıkabilecek yalnızlık hissi, kendini değersiz hissetme, toplum tarafından rolsüzlük rolünün uygun görülmesi, yeniden sosyalleşme ve uyum süreçlerinde din etkili bir unsurdur. Literatürde konunun dini hayatla ilişkilendirilmiş olarak yeterince ele alınmadığı görülmektedir.

Boş zaman uğraşıları kişisel ve toplumsal özelliklerin hem şekillendiği hem de yansıtıldığı bir alandır. Kişinin yaşam felsefesi ve yaşamdan beklentileriyle de ilgili bir alan olduğundan din kurumuyla da ilişkilidir. Boş zaman uğraşıları yaşlılar için mecburi toplumsal rollerine göre daha anlamlı olabilir.

Tebliğimizde sosyal bakım merkezi dışında yaşayan elli ve üzeri üniversite mezunu bireylerin yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey ve dindarlık algısı bağımsız değişkenlerine göre, boş zaman uğraşıları bağımlı değişkeni ele alınacaktır. Çalışmanın verileri Sakarya il merkezinde yapılmış bir çalışmanın verilerinin daha önce yayımlanmamış kısmını içermektedir.

Tebliğde sosyo-ekonomik düzey katılımcıların kendilerini sosyo-ekonomik olarak hangi düzeyde gördükleri, dindarlık algısı kendilerini dindar olma açısından nasıl gördüklerine göre tanımlanmış, boş zaman uğraşıları da televizyonda izlenen program, dinledikleri müzik türü, okuma alışkanlığı, spor yapma ve tatille ilgili düşünce ve davranışlarla sınırlandırılmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaşlanma, Din, Boş Zaman

LEISURE TIME OCCUPATIONS IN AGING PROCESS IN ACCONDING TO VARIETY OF AGE, SEX, SOCIOECOMİC STAGE AND RELIGIOSITY PERCEPTION

It is intended fifty years and over by aging process in this study. Religion is effective in the conditions like loneliness, feeling rubbishy, roleless given by society, resocializing and harmony that can be arise in the aging process. It is seen that this subject hadn't been sealed enough in literature.

Leisure time occupations is a field that individual and social specialities both shaped and reflected. Due to related with also life philosophy and expectations from life, it is related with religion too. Leisure occupations can be more meaningful for aged people according to their compulsory social roles.

In our paper it will be talked over dependent variable of leisure time occupations according to independent variables of university graduated fifty and over and living out of senior centre persons' age, sex, socioeconomic level and perception of religion. The datas of study contain some unpublished parts of another research studied in centirum of Sakarya.

In paper, the socioeconomic level has been defined in according to participant's opinion of their socioeconomic level and perception of religion has been defined in according to how they see themselves on religiosity. ..The leisure time occupations has been limited as opinions and behaviors about programs they watch on TV, the music kind they listen, reading habits, work out and vacation.

Keywords; Aging, Religion, Leisure Time

1. Giriş

Yaşlanma doğumla başlayan ölümle sona eren bir süreç olarak görülebilir. Bu sürece kalıtım, çevre, hastalık, duygular gibi bazı faktörler etki eder. Yaşlılık yaşlanma sürecinin son halkasıdır (Arpacı; 2005, 16-17). Yaşlanma süreci, yeni yaşam biçimlerine uyum sağlamayı ve buna bağlı olarak oluşabilecek bir takım sorunların varlığını içerir. Eski sorumluluklar ve haklar yerini yeni yükümlülüklere ve görevlere bırakır (Lehr; 1994, 173, 181).

Emeklilik, dulluk gibi süreçler sonucunda bazı rollerin kaybolması bireyin topluma aidiyetini olumsuz etkiler. Bu süreçte toplumun yaşlıdan beklentileri de değişerek yaşlıları rolsüzlük rolüne güdüler. (Şahin, 2000; Öz, 2002, 18; Tufan, 2002, 138). Yaşlılar, teknolojik gelişim hızı ve olanaklarının gerisinde kalarak modası geçmiş bireylere dönüşürler. Bu durum yaşlı bireyin güvenlik, saygı, sevgi, ait olma ve

tanınma gibi gereksinimlerini tehdit eder (Bkz. Onur, 1995).

Toplumsal hayat her bireye bir statü ve bu statüye ilişkin roller tayin ederek evlenme zamanını, okulu bitirme zamanını, çocuk sahibi olma ve emekliye ayrılma zamanını belirler. Toplum kendi kabulleri çerçevesinde gençlik, yetişkinlik ve yaşlılık tanımı yaparak yaşlının kim olduğunu, bir ölçüde tayin eder. Bireyler de yaşadıkları topluma kendini uydurarak toplumsal normları –yaş normları da dâhil- kabul eder (Onur; 1995; 52; Arpacı; 2005, 21).

Yaşlanma sürecinde rollerin değişimi yaşlılar üzerinde bir takım olumsuzluklar doğurabilir. Emekli olunca geliri azalan, fiziksel gücünü kaybeden yaşlılar aileden, arkadaş ortamından ve çevreden soyutlanabilirler. İletişimin bozulmaya başladığı bu dönem sosyolojik yaşlanmanın başlangıcı sayılabilir (Köknel, 1992, 179). Bu süreçte yaşlılar yeni rollerine uygun davranmaya ve yeni bir sosyal çevrede tutunmaya çalışırlar.

Boş zaman etkinliği, kişinin mesleği, ailesi ve toplumla ilgili görevlerini yerine getirdikten sonra özgürce kullanabileceği, dinlenme, eğlenme, bilgi ve becerilerini geliştirme ve toplumsal yaşama gönüllü olarak katılarak gerçekleştirebileceği etkinlikleri içine alır (Aydın, 1997, 218; Doğan; 2008, 649). Boş zaman ilgileri kişinin toplumsal rollerine bağlı toplumsal sorumluluklar üstlenmeyi gerektirmez (Marshall; 1999, 682). Boş zamanları değerlendirme olgusu, kişinin yaşam felsefesi ve yaşamdan beklentileri ile yakından ilgilidir. Varlığın ve hayatın dini değerlere göre açıklandığı toplumlarda zaman tanrının belirlemiş olduğu hedefler doğrultusunda kutsal bir mahiyet kazanır. Bu manada boş zamanların din kurumuyla da yakın ilişkisi vardır (Aydın, 1997, 219). İslam toplumlarında gündelik hayatın zamansal tasnifinde dini pratikler belirleyici olmuştur (Çelik, 2010, 34, 44; Canan, 2011,33).

Yaşlıların barındığı mekânlar ve toplumsal alışkanlıkları boş zaman uğraşıları üzerinde etkilidir. Yaşlılar yaşadıkları toplumun alışkanlıklarından ve davranış kalıplarından bütünüyle sıyrılamazlar. Bir çalışmaya göre, yaşlılar günün ortalama 5 saatini televizyon seyrederek, 7 saatini uyuyarak, 5 saatini oturarak geçirmektedirler (Akgün ve diğ; 2004, 137).

Boş zaman uğraşıları pozitif ve negatif duyguları besleyebilir. Yaşlılar, boş zamanlarının bir kısmını, kendi başına etkinlikler yaparak, düşünceye dalarak, ibadet ederek yararlı bir şekilde geçirebilirler. Böylece yaşlılar yalnız kalmalarını değerlendirmiş olurlar (Billig; 2000, 59)

Yaşlıların gençliği ve yetişkinliğinde yaşlılığı için yaptığı maddi ve manevi hazırlığa bağlı olarak boş zaman uğraşıları yaşlılar için mecburi toplumsal rollerine göre daha anlamlı bir yere sahip olabilir. Yaşlıları da içine alacak sağlıklı bir sosyal bütünleşme için maddi ve manevi kültür unsurlarından istifade edilmesi gerekir. Kişi-

lerin anlam dünyasında önemli bir yeri bulunan din, yaşlılık döneminde yaşlıların toplumla bütünleşmesi, manevi bağlarını devam ettirmesi için imkân sağlayabilir (İnce; 2012, 73).

Bazı araştırmalarda, dinin 50 yaş ve üzerindeki bireylerin hayatlarına anlam kattığı, dindarlıkla alkol alımı arasında negatif bir ilişkinin olduğu, kendini iyi hissetme ile dindarlık arasında pozitif bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir. Din onların karşılaştıkları yeni durumlara uyum sağlamasında pozitif etkiye sahiptir (Wink ve Dillon, 2001, 81, 87, 98).

Bir boş zaman uğraşısı olarak da değerlendirilebilecek dini hizmetler ve etkinlikler, yaşlıların toplumla sağlıklı ilişkiler kurarak iletişimlerini devam etmelerinde önemlidir. Yaşlıların toplumsal hayata, giderek daha sınırlı katıldıkları varsayılırsa, bu gönüllü faaliyetler onları topluma bağlayan önemli bağlantı noktaları olabilir. İbadetler düzenli sosyal ilişki kurmak için fırsatlar oluşturabilir. Gerek ibadet boyutuyla düşünüldüğünde, gerekse gönüllü dini-sosyal faaliyetler olarak düşünüldüğünde bu faaliyetler farklı sosyal sınıf ve tabakalardan kişilerin bir araya gelmesine zemin hazırlar (Mehta, 1997).

Bu çalışma 2011 yılının ikinci yarısında, Sakarya ili merkez ilçeleri olan Adapazarı, Erenler, Serdivan ve Arifiye'de oturan 4 yıllık bir fakülte mezunu bireyler üzerinde yapılmıştır. Çalışma kapsamında bir başka çalışma (İnce; 2012) için toplanan verilerden bir kısmı ilgili çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır. Ayrıca bahsi geçen çalışmada bağımsız değişkenlerle bağımlı değişkenlerin ilişkisi kurulmamış, sadece genel dağılımları verilmiştir. Bu çalışmada bağımsız değişken olarak yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey ve dindarlık alınmıştır. Bunlardan sosyo-ekonomik düzey bireylerin kendilerinin sosyo-ekonomik olarak hangi düzeyde gördüklerine, dindarlık ise kendilerinin dindarlık noktasında hangi düzeyde gördüklerine bağlı olarak tanımlanmıştır. Bağımlı değişken olarak okuma oranları, spor yapma oranları, televizyonda izledikleri program türü, dinledikleri müzik türü, tatile gitme davranışı ele alınmıştır. Katılımcıların bazı sorulara cevap vermedikleri görülmüş, bu oranlar ayrıca değerlendirilmeyerek oranlama soruya cevap veren ki**şi sayına göre** değerlendirilmiştir.

2. Araştırmanın Bulguları

2.1. Yaş Değişkenine Göre Boş Zaman Uğraşıları

Tablo 1: Okuma oranları

Yaş	Gazete kitap dergi vb. okurum			T.
	Hiç	Bazen	Sık sık	
50-60	0	14	65	79
%	0	17,7	82,3	100
60-64	3	13	42	58
%	5,2	22,4	72,4	100
65-69	1	5	31	37
%	2,7	13,5	83,8	100
70-74	0	5	10	15
%	0	33,3	66,7	100
75-79	2	2	6	10
%	20,0	20,0	60,0	100
80+	0	5	3	8
%	0	62,5	37,5	100
T/%	**6**	**44**	**157**	**207**
	2,9	**21,3**	**75,8**	**100**

Tablo 2: Spor yapma oranları

Yaş	Spor yaparım			T.
	Hiç	Bazen	Sık sık	
50-60	12	51	12	75
%	16,0	68,0	16,0	100
60-64	16	34	8	58
%	27,6	58,6	13,8	100
65-69	6	21	10	37
%	16,2	56,8	27,0	100
70-74	1	9	3	13
%	7,7	69,2	23,1	100
75-79	2	7	1	10

%	20,0	70,0	10,0	100
80+	0	7	1	8
%	0	87,5	12,5	100
T/%	**37**	**129**	**35**	**201**
	18,4	**64,2**	**17,4**	**100**

Tablo 3: Televizyonda izlenen program türü

Tv.de ne tür programları daha çok izlersiniz?						
Yaş	Haber tartış.	Dizi	Sinema filmleri	Dini prog.	Di-ğer	**T.**
50-60	63	4	1	9	2	79
%	79,7	5,1	1,3	11,4	2,5	100
60-64	46	1	4	2	8	61
%	75,4	1,6	6,6	3,3	13,1	100
65-69	29	1	0	1	6	37
%	78,4	2,7	0	2,7	16,2	100
70-74	8	2	0	4	1	15
%	53,3	13,3	0	26,7	6,7	100
75-79	9	0	0	0	1	10
%	90,0	0	0	0	10,0	100
80+	6	1	0	0	1	8
%	75,0	12,5	0	0	12,5	100
T/%	**161**	**9**	**5**	**16**	**19**	**210**
	76,7	**4,3**	**2,4**	**7,6**	**9,0**	**100**

Tablo 1'e göre katılımcıların %75,8'i sık **sık gazete dergi okumaktadır**. Bu oran 65-69 yaş grubunda %83,8'e yükselmektedir. Katılımcılara kitap okuma oranları ayrıca sorulmadığından ağırlıklı bir kısmının günlük gazeteleri takip ettiği ifade edilebilir. Hiç okumuyorum diyenlerin oranı ise %2,9'dur. Bu verilerin ortaya çıkmasında katılımcı grubumuzun üniversite mezunu olmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Tablo 2'ye bakıldığında katılımcılarımız içerisinde spor yapanların oranı (%17,4) ile spor yapmayanların oranı (%18,4) birbirine yakın düzeydedir. Bazen spor yaparım diyenlerin oranı ise %64,2'dir. Yaş grupları içerisinde sık sık spor yaptığını belirtenlerin oranı en fazla %27 ile 65-69 yaş grubundadır. Yaşlanma sürecindeki bireylerin spor yapmalarına katkı sağlayacak önemli hususlardan biri bu yaş grubunun ulaşabileceği ve kendi akranlarıyla bir arada spor yapabileceği mekânlardır. Bu hususun kent planlamasında ve hizmet üretiminde dikkate alınması bu yaş grubundaki bireylerin daha sağlıklı yaşlanmalarına katkı sağlayacaktır.

Tablo 3'e göre üniversite mezunu bireyler önemli ölçüde haber-tartışma içerikli programları izlemektedirler. Yaş grupları içerisinde bu oran en fazla %90 ile 75-79 yaş grubunda iken en az %53,3 ile 70-74 yaş grubundadır. Haber-tartışma programlarından sonra di**ğer seçeneğinden sonra** dini programlar (%7,6) gelmektedir. Bu verilere göre yaşlanma sürecinde televizyon izlemek, spor yapma ve okumaya göre daha yüksek oranda boş zaman u**ğraşısıdır**

Tablo 4: Dinlenen müzik türü

Yaş / Sanat	Hangi tür müzikleri daha çok dinlersiniz?							T.
	Dini	Pop	Jaz	Diğer	Halk	Batı		
50-60	40	16	1	0	4	15	1	77
	51,9	20,8	1,3	0	5,2	19,5	1,3	100
60-64	32	11	0	0	2	13	0	58
	55,2	19,0	0	0	3,4	22,4	0	100
65-69	20	1	0	1	6	9	0	37
	54,1	2,7	,0	2,7	16,2	24,3	0	100
70-74	7	3	0	0	1	4	0	15
	46,7	20,0	0	0	6,7	26,7	0	100
75-79	6	1	0	0	0	3	0	10
	60,0	10,0	0	0	0	30,0	0	100
80+	3	3	0	0	0	1	1	8
	37,5	37,5	0	0	0	12,5	12,5	100
T/%	**108**	**35**	**1**	**1**	**13**	**45**	**2**	**205**
52,7	**17,1**	**0,5**	**0,5**	**6,3**	**22,0**	**1,0**	**100**	

Tablo 4'e göre katılımcılar en fazla (%52,7) Sanat Müziği dinlemektedir. Bunu sırasıyla Halk Müziği (%22) ve dini müzikler (%52,7) takip etmektedir. Yaş gruplarının kendi içindeki dağılımına bakıldığında Sanat Müziği dinleme oranı orantısal olarak en fazla 75-79 yaş grubunda, dini müzikleri dinleme oranı en fazla 80+ yaş grubunda ve Halk Müziğini dinleme oranı en fazla 75-79 yaş grubundadır.

Tatil bir yönüyle insani bir ihtiyaç, diğer yönüyle ekonomik yeterliliğe, yaşam felsefesi ve dini düşünceye göre şekillenebilen bir boş zaman uğraşısıdır. Tablo 5'e göre katılımcıların tatile gitme davranışı farklı etkenler altında şekillenmektedir. Buna göre katılımcılarımız %22,9 oranında düzenli olarak tatile gittiğini belirtirken %18,6 oranında imkân bulsa gideceğini, %34,8 de zamanı oldukça gittiğini belirtmektedir. %23,9'luk bir kesim tatile gitmediğini belirtmiştir. Düzenli olarak tatile gittiğini belirtenler en fazla %40 ile 75-79 yaş grubundadır. Tatile zamanı

oldukça gidenlerin oranı ise en fazla 80+ yaş grubunda (%50) ve 50-60 yaş grubunda(%40,5)dır. Tatile gitmem diyenlerin oranı ise en fazla %40 ile 70-74 yaş grubundadır.

Tablo 5: Tatile gitme davranışı

Yaş	Düzenli olarak giderim	Zaman oldukça giderim	İmkân bulsam giderim	Tatile gitmem	**T.**
50-60	12	32	19	16	79
%	15,2	40,5	24,1	20,2	100
60-64	17	17	7	20	61
%	27,9	27,9	11,5	32,8	100
65-69	11	12	9	5	37
%	29,7	32,4	24,3	13,5	100
70-74	3	5	1	6	15
%	20,0	33,3	6,7	40,0	100
75-79	4	3	1	2	10
%	40,0	30,0	10,0	20,0	100
80+	1	4	2	1	8
%	12,5	50,0	25,0	12,5	100
T/%	**48**	**73**	**39**	**48**	**210**
	22,9	**34,8**	**18,6**	**23,9**	**100**

Cinsiyet Değişkenine Göre Boş Zaman Uğraşıları

Araştırmamızı yaparken kadın bireylere ulaşmakta oldukça zorluk çektik. Bu zorlukla karşılaşmamızda en önemli unsur örneklem grubumuzun eğitim aldığı dönemde devrin şartları ve anlayışı sebebi ile kadınların fazlaca yüksek eğitime katılmayışı olabileceği gibi eğitim olanaklarından kadınların faydalanmasını zorlaştıran başka unsurlar da olabilir.

Tablo 6: Okuma oranları

Cinsiyet	**Gazete kitap dergi vb okurum**			**T.**
	Hiç	Bazen	Sık sık	
Kadın	1	7	27	35
%	2,9	20,0	77,1	100,0
Erkek	5	37	130	172
%	2,9	21,5	75,6	100,0

T/%	**6**	**44**	**157**	**207**
	2,9	**21,3**	**75,8**	**100,0**

Tablo 7: Spor yapma oranları

	Spor yaparım			T.
Cinsiyet	Hiç	Bazen	Sık sık	
Kadın	4	20	9	33
%	12,1	60,6	27,3	100
Erkek	33	109	26	168
%	19,6	64,9	15,5	100
T/%	**37**	**129**	**35**	**201**
	18,4	**64,2**	**17,4**	**100**

Tablo 6'ya göre gazete, dergi, kitap vb. okuma oranlarının cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Kadınların %77,1'i sık sık okuduğunu belirtirken, %20'si bazen okuduğunu belirtmiştir. Erkeklerde sık sık okuduğunu belirtenlerin oranı %75,6, bazen okuduğunu belirtenlerin oranı %21,5'tir.Tablo 7'ye göre spor yapma oranları cinsiyet değişkeni açısından kısmi bir farklılık göstermektedir. Erkeklerin %15,5'i sık sık spor yaptığını belirtirken bu oran kadınlarda %27,3'tür. Bazen spor yaptığını belirtenler de kadınlarda %60,6 iken erkeklerde %64,9'dur. Hiç spor yapmama oranı erkeklerde kadınlardan daha yüksektir.

Tablo 8: Televizyonda izlenen program türü

	Tv.de ne tür programları daha çok izlersiniz?					T.
Cinsiyet	Haber tart.	Dizi	Sinema filmleri	Dini programlar	Diğer	
Kadın	29	3	0	4	1	37
%	78,4	8,1	0	10,8	2,7	100
Erkek	132	6	5	12	18	173
%	76,3	3,5	2,9	6,9	10,4	100
T/ %	**161**	**9**	**5**	**16**	**19**	**210**
	76,7	**4,3**	**2,4**	**7,6**	**9,0**	**100**

Tablo 8'e göre kadınların %78,4'ü televizyonda haber ve tartışma programlarını izlediklerini belirtmişlerdir. Haber-tartışma programlarını izleme oranının yüksek olması eğitimli bir kesim olan katılımcılarımızın toplumsal olaylara daha fazla ilgi duydukları şeklinde yorumlanabilir. Erkeklerde bu oran %76,3'tür. Dini içerikli programları izleme oranı orantısal olarak kadınlarda erkeklerden daha fazla görünmektedir. Bizim örneklem grubumuzda dizilere fazlaca ilgi gösterilmediği gözükmektedir. Bu oranlar ayrıca televizyondaki toplumsal içerikli programların daha

fazla ilgi gördüğünü göstermektedir.

Tablo 9: Dinlenen müzik türü

Cinsiyet	Hangi tür müzikleri daha çok dinlersiniz?							T.
	Sanat	Dini	Pop	Jaz	Diğer	Halk	Batı	
Kadın	16	9	0	0	3	9	0	37
%	43,2	24,3	0	0	8,1	24,3	0	100
Erkek	92	26	1	1	10	36	2	168
%	54,8	15,5	0,6	0,6	6,0	21,4	1,2	100
T/%	**108**	**35**	**1**	**1**	**13**	**45**	**2**	**205**
	52,7	**17,1**	**0,5**	**0,5**	**6,3**	**22,0**	**1,0**	**100**

Tablo 9'a göre kadınların %43,2'si erkeklerin %54,8'i Sanat Müziği dinlemektedir. Kadınlarda dini müzikleri dinleme oranı ile halk müziğini dinleme oranı aynı düzeydedir (%24,3). Erkeklerde dini müzik dinleme oranı kadınlardan biraz daha düşüktür (%15,5).

Tablo 10: Tatile gitme davranışı

Cinsiyet	Deniz kenarı kaplıca gibi yerlere tatile gider misiniz?				T.
	Düzenli olarak giderim	Zaman oldukça giderim	İmkân bulsam giderim	Tatile gitmem	
Kadın	10	12	4	11	37
%	27,0	32,4	10,8	29,7	100
Erkek	38	61	35		173
%	22,0	35,3	20,2	39	100
T/%	**48**	**73**	**39**	22,6	**210**
	22,9	**34,8**	**18,6**	**50**	**100**
				23,9	

Tablo 10'a göre düzenli olarak tatile gitme oranı kadınlarda (%27) erkeklerden (%22) daha yüksektir. Kadınların %32,4'ü ile erkeklerin %35,3'ü zamanı oldukça tatile gitmektedir. Tatile gitmeme oranı kadınlarda (%29,7) erkeklerden (%22,6) daha yüksektir.

2.2. Sosyo- Ekonomik Düzeye Göre Boş Zaman Uğraşıları

Tablo 11: Okuma oranları

Sosyo-ekonomik düzey	Gazete kitap dergi vb okurum			T.
	Hiç	Bazen	Sık sık	
Üst zengin	0	0	5	5
%	0	0	100,0	100
Ortanın üstü	1	17	39	57
%	1,8	29,8	68,4	100
Orta	2	24	104	130
%	1,5	18,5	80,0	100
Ortanın altı	3	0	5	8
%	37,5	,0	62,5	100
Alt fakir	0	3	4	7
%	0	42,9	57,1	100
T/%	**6**	**44**	**157**	**207**
	2,9	**21,3**	**75,8**	**100**

Bireylerin kendini sosyo-ekonomik olarak üst düzeyde görmesi araştırmamıza katılanlar tarafından sadece ekonomik kriterlerle değerlendirilmemiştir. Bazı katılımcılarımız**ın** gelirlerini sorduğumuzda yüksek bir meblağ belirtmelerine rağmen sosyo-ekonomik düzey olarak orta ve ortanın üstü demeyi tercih etmişlerdir. Çalışmamız bireylerin öznel değerlendirmelerini esas aldığından tasnif bireylerin verdiği cevaba göre yapılmıştı**r. Bu veriler ışığında Tablo 11**'e göre katılımcılarımızın büyük bir kısmı sosyo-ekonomik olarak kendisini orta ve ortanın üstü kategorisinde görmektedir. Sosyo-ekonomik kategori değişkenine göre okuma oranı en yüksek olan grup (%80) ortadır. Bunu %68,4 ile ortanın üstü, %62,5 ile ortanın altı grup takip etmektedir.

Tablo 12: Spor yapma oranları

Sosyo-ekonomik düzey	Spor yaparım			T.
	Hiç	Bazen	Sık sık	
Üst zengin	0	3	2	5
%	0	60,0	40,0	100
Ortanın üstü	14	32	9	55
%	25,5	58,2	16,4	100
Orta	22	87	17	126
%	17,5	69,0	13,5	100

Ortanın altı	1	7	0	8
%	12,5	87,5	0	100
Alt fakir	0	0	7	7
%	0	0	100	100
T/%	**37**	**129**	**35**	**201**
	18,4	**64,2**	**17,4**	**100**

Tablo 12'ye göre sık sık spor yapma oranı %40 ile üst-zengin grubundadır. Bazen spor yaptığını belirtenlerin oranı ortanın altında %87,5 iken orta grubunda %69'dur. Hiç spor yapmama oranı ise ne fazla (%25,5) ortanın üstündedir.

Tablo 13'e göre haber tartışma programlarını en fazla üst-zengin (%100) grubunda yer alanlar takip etmektedir. Bunu alt-fakir (85,7), orta (%75,8) ve ortanın üstünde (72,4) görenler takip etmektedir. Dini programları en yüksek oranda (%9,8) izleyen grup ise kendini sosyo-ekonomik olarak ortada görenlerdir. Bu oran ortanın üstü grupta %5,2'dir.

Tablo 13: Televizyonda izlenen program türü

Sosyo-e-konomik düzey	**Tv.de ne tur programları daha çok izlersiniz?**					**T.**
	Haber tart.	Dizi	Sinema filmleri	Dini prog.	Diğer	
Üst zengin	5	0	0	0	0	5
%	100,0	0	0	0	0	100
Ortanın üstü	42	4	2	3	7	58
%	72,4	6,9	3,4	5,2	12,1	100
Orta	100	5	3	13	11	132
%	75,8	3,8	2,3	9,8	8,3	100
Ortanın altı	8	0	0	0	0	8
%	100,0	0	0	0	0	100
Alt fakir	6	0	0	0	1	7
%	85,7	0	0	0	14,3	100
T/%	**161**	**9**	**5**	**16**	**19**	**210**
	76,7	**4,3**	**2,4**	**7,6**	**9,0**	**100**

Tablo 14: Dinlenen müzik türü

Sosyo-ekonomik düzey	Hangi tür müzikleri daha çok dinlersiniz?							T.
	Sanat	Dini	Pop	Jaz	Diğer	Halk	Batı	
Üst zengin	5	0	0	0	0	0	0	5
%	100	0	0	0	0	0	0	100
Ortanın üstü	29	11	0	0	4	11	1	56
%	51,8	19,6	0	0	7,1	19,6	1,8	100
Orta	65	21	1	1	9	31	1	129
%	50,4	16,3	8	8	7,0	24,0	8	100
Ortanın altı	5	0	0	0	0	3	0	8
%	62,5	0	0	0	0	37,5	0	100
Alt fakir	4	3	0	0	0	0	0	7
%	57,1	42,9	0	0	0	0	0	100
Toplam	**108**	**35**	**1**	**1**	**13**	**45**	**2**	**205**
%	**52,7**	**17,1**	**5**	**5**	**6,3**	**22,0**	**1,0**	**100**

Tablo 14'e göre kendini sosyo-ekonomik olarak üst-zengin sınıfında görenlerin tamamı Türk Sanat Müziği dinlemektedir. Dini içerikli müzikler ise en fazla alt-fakir grubunda (%42,9) dinlenmektedir. Halk Müziğini dinleme oranı ise en fazla ortanın altı (%37,5) ve orta (%24) gruptadır. Üst ve alt grupta ise hiç kimse halk müziği dinlediğini belirtmemiştir.

Tablo 15'e göre sosyo-ekonomik olarak kendini üst sınıfta görenler ya düzenli olarak ya da zaman buldukça tatile gitmektedir. Kendini alt-fakir grubunda görenler ise düzenli olarak tatile giderim yargısına katılmamıştır. Bu verilere göre tatile gitme davranışı ekonomik yeterlilikle ilişkili olarak değerlendirilebilir. Düzenli olarak tatile gitme davranışı sosyo-ekonomik düzeye bağlı olarak azalmaktadır. Tatile gitmem diyenlerin oranı en fazla ortanın altı gruptadır. Bunu ortanın üstü ve orta grup takip etmektedir.

Tablo 15: Tatile gitme davranışı

Sosyo-ekonomik düzey	Deniz kenarı kaplıca gibi yerlere tatile gider misiniz?				T.
	Düzenli olarak giderim	Zamanım oldukça giderim	İmkân bulsam giderim	Tatile gitmem	
Üst zengin	3	2	0	0	5
%	60,0	40,0	0	0	100

Ortanın üstü	16	19	9	14	58
%	27,6	32,8	15,5	24,1	100
Orta	29	45	29	29	132
%	22,0	34,1	22,0	22,0	100
Ortanın altı	0	2	0	6	8
%	0	25,0	0	75,0	100
Alt fakir	0	5	1	1	7
%	0	71,4	14,3	14,3	100
T/%	**48**	**73**	**39**	**50**	**210**
	22,9	**34,8**	**18,6**	**23,9**	**100**

2.3. Dindarlık Algısı Değişkenine Göre Boş Zaman Uğraşıları

Tablo 16: Okuma oranları

Dindarlık algısı	**Gazete kitap dergi vb okurum**			**T.**
	Hiç	Bazen	Sık sık	
Dindarım	5	28	107	140
%	3,6	20,0	76,4	100
Biraz dindarım	1	12	39	52
%	1,9	23,1	75,0	100
Dindar değilim	0	4	7	11
%	0	36,4	63,6	100
T/%	**6**	**44**	**153**	**203**
	3,0	**21,7**	**75,4**	**100**

Bu çalışmada dindarlık algısı bireylerin dinle ilişkilerini ve dini hayatlarını nasıl gördüklerine ilişkin gördüklerine ilişkin öznel bakış açılarına göre tanımlanmıştır. Ancak bu kendi içerisinde belirli ölçüde çeşitlenebilen bir yapıya sahiptir. Bireyler çeşitli sosyolojik ve psikolojik ölçümlere verdikleri cevaplar dikkate alındığında dindarlık düzeyi olarak yüksek puan almalarına rağmen, takvaları, tevazuları vb. sebebi ile dindarım demezken, diğer taraftan bu ölçümlere verdikleri cevaplar düşük düzeyde olmasına rağmen kendini dindar görebilmektedir. Bu riske rağmen toplamda belirli bir düzeyde bireylerin kendini dindar olarak nitelemesi sosyolojik olarak değer ifade eden bir olgu olarak görülmektedir.

Tablo 16'a göre kendini dindar olarak niteleyenler ile biraz dindarım diyenlerin okuma düzeyleri birbirine yakın, dindar değilim diyenlerin oranları diğer gruplara göre yaklaşıl %13 daha düşüktür. Bazen okurum diyenlerin oranı ise en fazla dindar

değilim diyen gruptadır (%36,4).

Tablo 17: Spor yapma oranları

Dindarlık algısı	Spor yaparım			T.
	Hiç	Bazen	Sık sık	
Dindarım	23	91	21	135
%	17,0	67,4	15,6	100
Biraz dindarım	8	35	8	51
%	15,7	68,6	15,7	100
Dindar değilim	6	1	4	11
%	54,5	9,1	36,4	100
Toplam	**37**	**127**	**33**	**197**
%	**18,8**	**64,5**	**16,8**	**100**

Tablo 17'ye göre dindar değilim diyen grubun spor yapma ve yapmama oranları daha keskin bir özellik göstermektedir. Sık sık spor yaparım diyenlerin oranı (%36,4) hiç spor yapmam diyenlerin oranı da (%54,5) bu gruptadır. Hiç spor yapmam ve bazen spor yaparım diyenlerin oranı dindarım ve biraz dindarım diyen grupta birbirine yakın gözükmektedir.

Tablo 18: Televizyonda izlenen program türü

Dindarlık algısı	Tv.de ne tür programları daha çok izlersiniz?					T.
	Haber tart.	Dizi	Sinema	Dini prog.	Diğer	
Dindarım	111	4	3	14	10	142
%	78,2	2,8	2,1	9,9	7,0	100
Biraz dindarım	42	3	2	2	4	53
%	79,2	5,7	3,8	3,8	7,5	100
Dindar değilim	6	2	0	0	3	11
%	54,5	18,2	0	0	27,3	100
T/%	**159**	**9**	**5**	**16**	**17**	**206**
	77,2	**4,4**	**2,4**	**7,8**	**8,3**	**100**

Tablo 18'e göre kendini dindar olarak görenler %78,2 oranında haber tartışma programlarını izlerken ikinci sırada %9,9 ile dini içerikli programları izlediklerini belirtmişlerdir. Dini içerikli programları izleme oranı ile dindarlık düzeyi algısı arasında anlamlı bir ilişki görünmektedir. Dizi filmleri en fazla dindar değilim diyen gruptur izlemektedir (%18,2). Aynı şekilde haber tartışma programlarını en az izleyenler kendini dindar değilim şeklinde tanımlayanlardır. Tablo 19'daki sonuçlara göre Sanat Müziğini en fazla dinleme oranı(%67,3) biraz dindarım diyen gruptadır. Dindarım diyen grupta bu oran (%49,3) biraz düşmekte, dindar değilim diyen grupta da büyük ölçüde farklılaşmaktadır. Dindar değilim diyen grup en fazla (%54,5) Halk Müziği dinlemektedir.

Tablo 18'deki sonuçlara benzer şekilde tablo 19'da da dindarlık düzeyi algısı ile dini müzikleri dinleme arasında anlamlı bir ilişki görünmektedir. Dini müzikleri dinleme oranı dindarım diyen grupta %19,6 iken dindar değilim diyen grupta bu oran %9,1'e düşmektedir. Katılımcı grubumuzun en fazla dinlediği müzik türü Türk Sanat Müziği bunun peşinden Türk Halk müziğidir.

Tablo 19: Dinlenen müzik türü

Dindarlık algısı	**Hangi tür müzikleri daha çok dinlersiniz?**							**T.**
	Sanat	Dini	Pop	Jaz	Diğer	Halk	Batı	
Dindarım	68	27	1	1	8	33	0	138
%	49,3	19,6	7	7	5,8	23,9	0	100
Biraz dindarım	35	7	0	0	2	6	2	52
%	67,3	13,5	0	0	3,8	11,5	3,8	100
Dindar değilim	1	1	0	0	3	6	0	11
%	9,1	9,1	0	0	27,3	54,5	0	100
T/%	**104**	**35**	**1**	**1**	**13**	**45**	**2**	**201**
	51,7	**17,4**	**5**	**5**	**6,5**	**22,4**	**1,0**	**100**

Tablo 20: Tatile gitme davranışı

Dindarlık algısı	**Deniz kenarı kaplıca gibi yerlere tatile gider misiniz?**				**T.**
	Düzenli olarak	Zamanım oldukça	İmkân bulsam	Tatile gitmem	
Dindarım	22	51	30	39	142
%	15,5	35,9	21,1	27,5	100
Biraz dindarım	18	17	7	11	53

%	34,0	32,1	13,2	20,8	100
Dindar değilim	8	1	2	0	11
%	72,7	9,1	18,2	0	100
T/%	**48**	**69**	**39**	**50**	**206**
	23,3	**33,5**	**18,9**	**24,3**	**100**

Tablo 20'ye göre düzenli olarak tatile gitme ile dindarlık düzeyi arasında negatif bir ilişki göze çarpmaktadır. Düzenli olarak tatile giderim diyenler dindar değilim diyen grupta %72,7 iken dindarım diyen grupta %15,5'e düşmektedir.

3. Sonuç

Yaşlanma, yaşlılık dönemini de içine alan bir kavramdır. Yaşlanma dönemine giren bireylere toplum yeni sinyaller göndererek bu dönemdeki bireylere belirli alanlardan geri çekilmesini, rolsüzlük rolüne bürünmesini telkin eder.

Toplumsal hayatta sürekli yeniden yaşanan sosyalleşme ve uyum problemi bu dönemde daha belirgin olarak açığa çıkar. Emeklilik, ekonomik ve sosyal rollerin yeni nesillere devri vb. sebeplerle bu dönemde bireyler için boş zaman uğraşıları önem kazanır. Boş zaman uğraşılarının kaliteli planlanması ve değerlendirilmesi için bireylerin, sosyal çevrenin ve kurumların yerine getirmesi gereken roller vardır. Bunların başında yaşlanma sürecinin sağlıklı bir şekilde geçirilebilmesini sağlayan düzenleme ve yatırımların gerçekleştirilmesi gelir. Belediyeler sunacağı hizmetleri mahallinde ve ihtiyaca uygun planlayabilen, topluma hizmet götüren en önemli kurumlardandır.

Bu çalışmada yaşlanma sürecindeki bireylerin boş zaman uğraşıları yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey algısı ve dindarlık düzeyi algısı bağımsız değişkenleriyle ilişkili olarak ele alınmıştır. Örneklem grubumuzdan elde ettiğimiz verileri değerlendirirken katılımcılarımızın eğitim düzeyinin yüksek olduğu (4 yıllık fakülte mezunu) olduğu göz önünde tutulmalıdır. Ancak bu durumun eğitimin bugünkü ölçüde yaygın olmadığı, dolayısıyla eğitim düzeyi yüksek örneklem grubuna ulaşma konusunda ciddi bir sınırlılığı beraberinde getirdiği de bir gerçektir.

Araştırma sonuçlarına göre yaş değişkeninin okuma alışkanlığını kısmen etkilediği, en fazla okuma oranının 65-69 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Düzenli olarak spor yapma düzeyinin beklenen düzeyde olmadığı anlaşılmaktadır. Bu hususa etki eden unsurlar arasında bu kesimin rahatça ulaşabileceği sosyal imkânların yokluğu varsayılabilir. Cinsiyet değişkeninin okuma alışkanlığı üzerinde anlamlı bir farklılık doğurmadığı, spor yapma düzeyinin kadınlarda kısmen yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Sosyo-ekonomik düzey algısı değişkenine okuma oranlarının orta, ortanın üstü ve ortanın altı grupta yoğunlaştığı, düzenli olarak spor yapmanın üst-zengin grupta yoğunlaştığı görülmektedir. Dindarlık algısı düzeyi okuma alış-

kanlığı ve spor yapma düzeyleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır.

Televizyonda izlenen programlar ve dinlenen müzik türüne bakıldığında bunların örneklem grubumuz için önemli bir boş zaman uğraşısı olduğu anlaşılmaktadır. En fazla izlenen televizyon programı haber-tartışma programlarıdır. Bu verilere göre yaşlanma sürecindeki bireylerin sosyal sorunlara ve gündelik hayatın akışına ilgili oldukları söylenebilir. Müzik türü olarak en fazla Türk Sanat Müziği, sonra Türk Halk Müziği, üçüncü olarak da dini müzikler dinlenmektedir. Cinsiyet değişkeni açısından dini müzikleri dinleme oranı kadınlarda daha yüksektir. Televizyonda dini programları en fazla izleme oranı sosyo-ekonomik olarak orta grupta, dini müzikleri en fazla dinleme oranı alt-fakir grubunda gözlenmektedir. Televizyonda dini programları izleme ve dini müzikleri dinleme ile dindarlık algısı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Tatile gitme davranışının yaş grupları içerisinde 60-79 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Bu veriler, 60 yaş öncesindeki bireylerin çalışma yükümlülüğü olabileceği, 80+ yaş grubundaki bireylerin ise sağlık sorunlarının etkili olabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Cinsiyet değişkenine göre düzenli olarak tatile gitme konusunda bir farklılığın olmadığı ancak tatile gitmeme oranlarının erkeklerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Sosyo-ekonomik düzeyle tatile gitme davranışı arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Buna göre tatile gitme davranışını şekillendiren en önemli unsurlardan biri ekonomik yeterliliktir.

Kaynaklar

Akgün, H. Seval, Bakar, Coşkun, Budakoğlu, I. İrem (2004), Başkent Üniversitesi Sağlık Kuruluşlarında Tedavi Görmüş 65 Yaş Üstü Hastaların Fiziksel ve Ruhsal Sorunları İle Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi, , Türk Geriatri Dergisi; 7 (3), ss. 133-138

Arpacı, Fatma (2005), Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık, Ankara: İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları.

Aydın, Mustafa (1997), Kurumlar Sosyolojisi, Ankara: Vadi Yayıncılık.

Billig, Nathan (2000), Üçüncü Bahar, Yaşlılık ve Bilgelik çev. Gültekin Yazgan, İstanbul: Evrim Yayıncılık.

Canan, İbrahim (2011), İslam'da Zaman Tanzimi, İzmir: Işık Akademi Yayıncılık.

Çelik, Celalettin (2010), Sosyal Zaman ve Din Sosyal Zaman Anlayışları İle Dindarlık İlişkisi Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme, Konya: Çizgi Kitabevi.

Doğan, İsmail (2008), Sosyoloji Kavramlar ve Sorunlar, Ankara: Pegem Akademi.

İNCE, Abdullah (2012), Yaşlanma Döneminde Dini Hayat (Sakarya İli-Merkez İlçeler Örneği), Basılmamış Doktora Tezi, Ankara Ün., Sosyal Bil. Enst., Din Sosyolojisi Bölümü, Danışman: Prof. Dr. Niyazi AKYÜZ, Ankara.

Köknel, Özcan (1992), Dolu Dolu Yaşamak, İstanbul: Altın Kitaplar Yayıncılık.

Lehr, Ursula, (1994) Yaşlanmanın Psikolojisi, Çeviri Editörü; Birol Çotuk, Çev. Neylan Eryar, İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı.

Marshall, Gordon (1999), Sosyoloji Sözlüğü, Çev. Osman Akınhay- Derya Kömürcü, Ankara: Bilim Sanat.

Mehta, Kalyani K., The impact of religious beliefs and practices on aging: A cross-cultural comparision , Journal of Aging Studies; Summer 1997, Vol. 11 Issue 2, p101, 14p, 1 Chart, Alındığı İnternet sayfası; http://ehis.ebscohost.com/eds/delivery?sid=85a5ca43-026c-4db8-be5e-c35d582bc55c%40sessionmgr10&vid=5&hid=4, Alındığı Tarih; 14.05.2012.

Öz, Fatma (2012), Yaşamın Son Evresi, Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Bir Gözden Geçirme Kriz Dergisi C.10, S.2, ss. 17-28.

Şahin F. (2000), Rol Teorisi Açısından Yaşlılık, Antropoloji ve Yaşlılık, (Editörler) G. Erkan, V. Işıkhan, Ankara: H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayın No: 006, ss. 136-142.

Tufan, İsmail (2002), Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık, İstanbul: Aykırı Yayıncılık.

Onur, Bekir (1995), Gelişim Psikolojisi, Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm, Ankara.

Wink, Paul, Dillon, Michele, (2001) Religious Involvement And Health Outcomes İn Late Adulthood: Findings From A Longitudinal Studdy Of Women And Men, Faith And Health Psychologial Perspectives, Edited By Thomas G. Plante – Allen C. Sherman, , New York: The Guilford Press, Pages 75- 106.

EVDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE TOPLUMSAL KATILIM VE BİLİŞSEL DURUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Arzu DEMİRCİOĞLU, Songül ATASAVUN UYSAL, Nuray KIRDI, Ülkü Kezban ERTAN, Merve KARAPINAR, Ayşe ABİT KOCAMAN
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Bölümü

AMAÇ

Normal yaşlanmayla beraber hastalık söz konusu olmadan meydana gelen bazı bilişsel işlevlerde bozulma toplumsal katılımı kısıtlayan nedenlerden biridir. çalışmanın amacı evde yaşayan yaşlı bireylerin toplumsal katılımı ve bilişsel durumları arasındaki ilişkiyi araştırmaktı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü geriatrik rehabilitasyon ünitesi'nde yapılmıştır. Çalışmaya evde yaşayan, bağımsızlığını engelleyen herhangi bir fiziksel engeli olmayan 50 yaşlı birey dahil edildi. bireylerin yaş, cinsiyet, vücut kütle indeksi, kullanılan ilaç sayısı, son bir yıl içerisindeki düşme sayısı gibi demografik verileri kaydedildi. olguların bilişsel durumları mini mental durum testi, toplumsal katılımları ise toplumsal katılım anketi ile değerlendirildi.

SONUÇ

çalışmaya katılan bireylerin 21'i (%42) erkek, 29'u (%58) kadındı. ortalama yaş 70,9±5,6 yıl, vücut kütle indeksi 28±3,7 kg/m², eğitim süresi 4,4±4,9 yıl, kullanılan ilaç sayısı 3,4±2,9 tane idi. bireylerin tamamı ailesiyle yaşamakta; 42'si (%84) geçen yıl boyunca hiç düşmemişken, 4'ü (%8) bir kere, geri kalanı ise çoklu düşme hikayesine sahipti. sonuç olarak toplumsal katılım anketi'nin alt ölçeklerinden olan sosyal katılım ile mini mental durum testi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p:0,001, r:0,448). ayrıca toplumsal katılım anketi toplam puanı ile mini mental durum testi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p:0,032,r:0,304).

TARTIŞMA

yaşlanmayla beraber meydana gelen bilişsel alandaki kayıplar sosyal alandaki kayıpları da beraberinde getirmektedir. evde yaşayan yaşlı bireylerde bilişsel durum-

daki kayıplar arttıkça toplumsal katılım kısıtlılığı da artmaktadır ancak kişi sayısının arttırıldığı daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler :Yaşlı, Toplumsal Katılım, Bilişsel Durum

KULLANILAN KAYNAKLAR

1. leung, g., fung, a., tam c., lui v., chiu, h., chan, w. , lam, l. (2011) examining the association between late-life leisure activity participation and global cognitive decline in community dwelling elderly chinese in hong kong. ınternatıonal j. ger. psyc., 26(1): 39–47.

2. zimmer, z. and lin, h. (1996) “leisure activity and well-being among the elderly in taiwan: testing hypotheses in an asian setting”, *journal of cross-cultural gerontology*, 11(2): 167-186.

DOSTLUK KAPISI PROJESİ

Dr. Arzu ERDİ
Bursa Valiliği

ÖZET

Dostluk Kapısı Projesi; Bursa Eskişehir Bilecik Kalkınma Ajansı (BEBKA) katkılarıyla Sosyal Kalkınmaya Yönelik Küçük Ölçekli Altyapı Mali Destek Programı kapsamında engelli bireylerin ailelerin eğitilmesine yönelik olarak hazırlanan "Dostluk Kapısı" isimli proje Bursa Valiliği koordinesinde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü yürütücülüğünde gerçekleştirilmiştir.

İlimizin 6 İlçesinde evde bakıma muhtaç engelli ve yaşlılara bakım yapan aile üyelerine 6 saatlik, ilgili konularda yüz yüze eğitimler verilmesi amaçlanmış; bu kapsamda fizyoloji, psikoloji, sosyoekonomik ve dini değerler konularını içeren modüller hazırlanarak alanında uzman 55 eğitici tarafından eğitimler verilmiş; toplamda 55 gün süren bu eğitimlere 3276 hasta, yaşlı ve engelli yakınının katılımı sağlanmıştır.

Bu çalışmada, sırasıyla projenin amacı ve önemi vurgulanarak, çalışmanın yönteminden bahsedilmiş, sonuç olarak erişilen somut ve soyut bulgulara yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler

Engelli birey, hasta ve engelli yakınları, evde bakım, sosyal kalkınma, Bursa Valiliği

Dostluk Kapısı Projesi

Dostluk Kapısı Projesi; Bursa Eskişehir Bilecik Kalkınma Ajansı (BEBKA) katkılarıyla Sosyal Kalkınmaya Yönelik Küçük Ölçekli Altyapı Mali Destek Programı kapsamında engelli bireylerin ailelerin eğitilmesine yönelik olarak hazırlanan "Dostluk Kapısı" isimli proje Bursa Valiliği koordinesinde Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü yürütücülüğünde gerçekleştirilmiştir. Proje kapsamında Kamu Hastaneleri Birliği, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Uludağ Üniversitesi ve İl Müftülüğü görev almış, toplamda dezavantajlı gruplara yönelik sosyal hizmet sunumunda işbirliği yapılan kurum sayısı 11 olmuştur. Geliştirilen bölge içi işbirlikleri ve ortaklıklarla toplamda 295 yöneticinin katılımı sağlanmıştır.

İlimizin 6 İlçesinde (Gemlik, İnegöl, Keles, Mustafakemalpaşa, Osmangazi, Gürsu) evde bakıma muhtaç engelli ve yaşlılara bakım yapan aile üyelerine 6 saatlik, ilgili konularda yüz yüze eğitimler verilmesi amaçlanmış; bu kapsamda sağlığı yönetme, fiziksel koşulları yönetme, duyguları yönetme, sosyal hayatı yönetme, dini değerler adlı modüller hazırlanarak alanında uzman 55 eğitici tarafından eğitimler verilmiş; toplamda 55 gün süren bu eğitimlere 3276 hasta, yaşlı ve engelli yakınının katılımı sağlanmıştır.

Yapılan eğitimler neticesinde ailelerin talepleri ve tetkik edilen sorunlara dair çözüm önerileri toplanmıştır. Bu çözüm önerileri erişilebilirlik, ulaşım, sağlık, psiko-sosyal ihtiyaçlar, ekonomik ihtiyaçlar, hizmetlere erişim, eğitim başlıkları altında sınıflandırılmıştır. Proje kapsamında yapılan genel değerlendirmede evde bakım hizmeti alan ailelerin eğitimlerine devam edilmesi, kurumlar arası başlatılan işbirliği artırılarak sürmesi ve hizmetin daha etkin sunulabilmesi için ilçelerde sosyal hizmet birimleri kurulması, engellilik alanında kamu kurumu yönetici ve çalışanlarına hizmet içi eğitimler düzenlenmesi, eğitim kılavuzların engelli yakınlarına dağıtımlarına devam edilmesi, hazırlanan eğitim modüllerinin akademik çevrelerce baz alınıp, geliştirerek zaman içinde güncellenmesi, evde bakım hizmeti veren ailelerin sosyal, psikolojik ihtiyaçlarını belirleme ve bunlara yönelik politikalar oluşturulması için daha fazla araştırmalar yapılması gerektiği görülmektedir.

Proje neticesinde hazırlanan 7500 Eğitim Modülü Kitabı, 7500 Eğitim Kiti, 1812 Mevcut Durum Analiz Raporu, 7500 Broşür basılmış, dağıtılmıştır. Proje kapsamında bireysel yetenek ve özel gereksinimlere cevap vermeye yönelik olarak yetiştirilen/nitelikleri desteklenen 55 personel ayrıca 5 modülden oluşan eğitim kitabı oluşturulmasına da katkı sağlamıştır.

Bu çalışmada, sırasıyla projenin amacı ve önemi vurgulanarak, çalışmanın yönteminden bahsedilmiş, sonuç olarak erişilen somut ve soyut bulgulara yer verilmiştir.

TÜRK TOPLUMU YAŞLI BAKIMEVLERİNİ NEDEN KABULLENEMİYOR? NE YAPILMALI?

Prof. Dr. Baha TANELİ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Emekli Pediatri Profesörü

ÖZET

Büyük, küçükle kaynaşmış aile bağları kuvvetli bir ailede çocuklar evlenirken-yeni ev açarken bu bağların gevşemesine olanak yoktur. Ancak iş ve aş için büyük yerleşim yerlerine zorunlu göç edilmesi iletişimi azalttığı için gevşemeler olmuştur. Böyle bir aile yapısına sahip toplumda yaşlılık döneminde günün teknolojik olanakları ile (telefon, mesajlaşma, e-posta, görüntülü konuşma) bir derece hasretlikler ve meraklanmalar giderilmeye çalışılmaktadır. Belirli bir yaştan sonra bu teknolojik olanakları kullanamayan yaşlılar, kendilerini unutulmuş, ihmal edilmiş kişiler olarak görmeye başlar. Çiftlerden birinin kaybı şartları değiştirir, yeni bir düzen gerekir. O zaman yaşlı bakımevleri çare olarak düşünülür. 2014 sonu itibariyle Türkiye'de faal olan resmi ve özel 33963 adet yaşlı bakımevi veya huzurevi adındaki kurumlar yaşlı için ailesinin istediği yaşam şartlarını karşılamadığından aileler kendi yaşlılarını bu kurumlara bırakmak istemiyor. Bu yazıda bu kurumlar 6 grupta toplanan yaşlılara nasıl hizmet etmeli, kurum düzeni nasıl olmalı, binalarda yerleşim nasıl olmalıdır sorusuna cevap aranmıştır. Kurumun genel yöneticisi bir uzman hekim olmalı 24 saat ulaşılabilir aile hekimi gibi hekim kadrosu olmalıdır. En az 100-120 en çok 450-500 yaşlının bakımı için organize edilmiş, geleneksel Dadı-Kalfa benzeri bir bakıcı düzeni olan, ulaşımı kolay bir yerleşkede, bahçeli, yeşil alanı bol, içinde çocuk kreşi de olan bir yerleşim yeri olmalıdır. Bu kurumların devletin yaşlılar için yaptığı yardımlardan yararlanması ve denetlenmesi için yasal düzenleme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler;Yaşlı bakımevleri, organizasyonu, yaşlı sağlığı,

Giriş ve Durum Saptanması

Türk toplumunda aile bağlarının gücü geleneksel bir olgudur. Aile içinde yaşlı anne ve baba çocuklar ve torunlar için otoritedir. Saygınlığını, bağımlılığını ve yaptırım gücünü kaybetmemiştir. Böyle kaynaşmış bir ailede çocuklar evlenirken-yeni ev açarken bu bağların gevşemesine olanak yoktur. Ancak iş ve aş için büyük ve kalabalık yerleşim yerlerine zorunlu göç edilmesi iletişimi azalttığı için gevşemeler olmuştur. Ama tatil dönemlerinde ilk akla gelen memlekete ailenin, anne veya babanın yanına gitmek olmaktadır.Böyle bir aile yapısına sahip toplumda yaşlılık

döneminde günün teknolojik olanakları ile (telefon, mesajlaşma, e-posta, görüntülü konuşma) bir derece hasretlikler ve meraklanmalar giderilmeye çalışılmaktadır. Dünya sağlık örgütü Sağlık tanımlamasında Ruhsal iyilik halinin yanında Sosyal açıdan da tam bir iyilik ister. Belirli bir yaştan sonra bu teknolojik olanakları kullanamayan yaşlılar, kendilerini unutulmuş, ihmal edilmiş kişiler olarak görmeye başlar. Yaşlı çiftler, kendilerinin yaşama gereksinmeleri için fizik aktiviteleri azalsa da işleri paylaşarak yaşadıkları, alışık oldukları ev ortamında düzeni sürdürürler. Birbirlerine bağımlılıkları artar. Bu dönemde ev işlerindeki bazı eylemleri, tuttukları yardımcılara yaptırırlar, ve onlara bağımlı olurlar. Daha önce titizlikle yapılmasını istedikleri işleri önemsemeyerek toleranslı olurlar. Bu şekilde devam ettirilen aile hayatı memnun ve mesut olarak giderken, içlerinden birinin kaybı, bütün ayarlanmış ve kabullenilmiş yaşam şartlarını değiştirir. Yeni şartlarda, çocuklarından birinin yanına giderek yeni bir düzene uymakla, sorunlar geçiştirilmeye çalışılır. Genellikle bu durum uzun devam etmez. Uyumsuzluklar başlar. Yalnız yaşamanın güçlüklerini yenmek için ek tedbirler, değişik yardımcılar ile sağlanır, ev hayatında da fedakarlıklara katlanılır. Bazı alışkanlıklardan, hobilerden zamanla vazgeçilir. Bu şekilde yaşlının fizik aktivitesi azalır. Sonuçta işlemeyen adeleler zayıflar, eski gücünü kaybeder. Ailenin para ile tuttuğu bakıcılar veya yaşlıya bakan yakınlarında zamanla tükenmişlik sendromu belirtileri görülür. Bir süre sonra beslenme ihmalleri sonucu, yaşam için önemli vitamin, mineral ve ana esansiyel maddelerin eksikliği sonucu unutkanlıklar, beceriksizlikler görülmeye başlar. İşte bu dönemde yaşlı kişinin çevresi, durumu idrak ederek çare aramaya koyulur. Önce tükenmişlik sendromu gösteren bakıcılar değiştirilir. Çocuklar kendi yaşam şartlarında anne ve babalarına, rahat yaşayabileceği bir ortam yaratmaya çalışırlar. Maddi gücü yeterli olanlar bulabildikleri en yeterli ve yetenekli bakıcıları tutsalar bile zamanla oluşan, bilinmeden yapılan ihmaller sonucu, yaşlılığın, hastalıklarının, kullandığı ilaçların komplikasyonlarının gelişmesini, rutin hekim kontrolları olmadığından, önleyemezler. Oluşan bu komplikasyonlar nedeniyle arzu edilmeyen olaylar da, en iyi şekilde organize edildiği zannedilen, kendi aile ortamı şartlarında bile oluşur. Bu uyumsuzluklar tahammül edilmez hale gelince, o zaman çare, önce ilgili hastane servisleri ve hastanede daha uzun süre tutulamadığı için mecburen yaşlı bakımevleri olur.

Ne yapılmalı

Tüik verilerine göre, 2014 sonu itibariyle Türkiye'de faal olan resmi ve özel 33963 adet yaşlı bakımevi veya huzurevi adındaki kurumlara ihtiyaç yatsınamaz. Bu kurumların kapasiteleri ve bakım şartları önceki bölümde anlattığım yaşam şartlarını karşılayacak düzeyde olmadığı için birçok aile, böyle bir yaşlı bakımevine kendi baba veya annesini bırakmak istemiyor. Bugünkü hayat şartları, gereksinmelerin karşılanabileceği yeni kurumlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu kurumlar nasıl olmalı, kimlere nasıl hizmet etmelidir: Kurum düzeni açısından yaşlılar 6 grupta toplanabilir.

1-Yaşamı için fiziki desteğe ihtiyacı olmayan motor aktiviteleri yerinde olan yaşlılar.

2-Yaşamı için basit fiziki destek isteyen, sağlıklı yorgun yaşlılar.

3-Desteksiz yaşamını sürdürmek için ek yardım isteyen sağlıklı yorgun yaşlılar,

4-Desteksiz yaşamını sürdürebilen, fakat kronik hastalığı olan ve ilaç kullanan yaşlılar.

5-Kronik hastalığı olan, ilaç kullanan, walker, canadien ve bastona ihtiyaç duyan, yalnız sokağa çıkamayan yaşlılar

6- Kronik veya akut hastalığı olan kendi ihtiyaçlarını kendi göremeyen veya yatalak yaşlılar, hastane tedavisinden sonra evde tedavi olmak üzere çıkarılanlar, en ağır olan grup yoğun bakım gerektirenler bu son grupta toplanabilir.

Ayrıca yaşına bakılmaksızın yalnız yaşamak zorunda olan engelliler de yeteneklerine göre bu gruplardan hangisine uyuyorsa o grup yaşlılar ile birlikte devlet yardımı da bu kurumlara verilerek, bu binalarda barındırılmalıdır.

Yaşlı Binalarını Durumu

Yukarıda sınıfladığım her yaşlı grubu için ayrı, tek katlı binalarda, tek yataklı tuvaletli odası olan, çepeçevre yerleşmiş 16-20 odadan oluşmuş, binalarda, bakıcıları ile birlikte yaşayacağı binalar olmalıdır. Bakıcıların odaları çatı veya bodrum katta olmalıdır. Oda kapıları kilitlenmeyen kapılar olmalıdır. Büyük aile yapısında alışık olduğumuz dadı-kalfa yetki ve sorumluluğundaki kişiler ile ona yardım eden bir kişi ile her binada ayrı, o binadaki yaşlılardan sorumlu olan bakım ve yönetim ekibi sağlanmalıdır. Her gruptaki yaşlılar kendi grubundaki yaşlılar ile birlikte ayrı bir binada yerleşmelidir. Gerekirse birinci gruptakilerin binasına ikinci gruba girenlerden bir veya iki yaşlı bu binaya alınabilir.

Birinci, ikinci ve üçüncü gruptaki yaşlılara alışık oldukları ev yaşamına yardım ve kişisel bakım yardımı lazımdır. Ayrıca onu sosyal hayata bağlıyacak Tv, bilgisayar, müzik, ve alışık olduğu şeylerle oyalanacağı, hobilerini yapabileceği ortam gereklidir. İkinci gruptaki yaşlıların binasına da üçüncü gruptaki yaşlılardan bir kişi alınabilir. Üçüncü gruptaki yaşlılara bakılan binada, dadı-kalfaya yardımcı olan personele ek bir personel daha bulundurulması gerekebilir. İlk üç grup için hazırlanmış binalarda kendi evinde, aile ortamında bakılan yaşlıların zaman zaman ailenin işi veya tatili nedeniyle onu yalnız bırakmak zorunda olduğu periyotlarda, belirli süreler için kalabileceği (hafta, ay, günler veya saatler) gündüz veya gece için misafir yaşlılar (yaşlı kreşi) için olanak bulunmalıdır.

Her binada bir mutfak ile her yaşlının kullanabileceği çamasır makinası düzeni olmalıdır. İlk 5 grup yaşlıların binalarında tuvalet ve banyo birlikte olmalı klozetler yüksek olmalıdır. Banyolar oturularak yıkanılacak düzende olmalıdır. Koridor ve odaların duvarlarında yaşlıların yürümesine yardım edecek sabit barlar olmalıdır. Dördüncü ve 5. grup ytaşlılar ilk üç grup yaşlılar ile aynı şartlarda bakılamaz. Psikolojik ve moral çöküntü olur. Yaşama şevkleri, istekleri törpülenir. Bu sebeple ilk üç gruba giren yaşlılar için ayrı binalar, ayrı olanaklar, ayrı bakıcılar-sorumlu ve yetkili idareciler gereklidir. Yaşlı hanımların kaldığı binaların dadı-kalfası kadın, erkek yaşlıların kaldığı binaların dadı-kalfası erkek olmalı ama yardımcıları diğer cinsten olmalıdır. Bakıcıların işlerini zevkle ve istekle yapmaları, tükenmişlik sendromu belirtisi göstermemeleri, kurum yöneticileri ve hekimler tarafından izlenmelidir. 6. sırada sınıfladığımız yaşlıların odaları biri hasta biri refakatı veya bakıcısı için çift yataklı olmalı, tuvalet ve banyo oda içinde olmalıdır, yanlarında devamlı bir yardımcı veya akrabadan biri, istediği zaman istediği süre, bulunabilmelidir. İki katlı olan bu binada 4-6 adet çift yataklı oda ile dört yataklı bir oda ve ayni katta kalfa ve yardımcısı için tek yataklı iki oda olmalıdır. Altıncı grup yaşlı odalarında nabız, tansiyon ve solunumu takip edecek monitor sistemleri ve oksijen kaynağı olmalıdır. İkinci kata idari birimler yerleştirilmelidir. Bu evlerin hiçbirinde asansör olmamalıdır. Bu yaşlıların bulunduğu bölüme gerektiğinde kişiye özel bakıcı veya hemşire görevlendirilebilecektir. Böyle bir yerleşkedeki kurumun laboratuar hizmetleri için bir laborant istihdam edilebilir. Veya hizmet satın alma anlaşması yapılarak ihtiyaç karşılanır.

Yemek Düzeni

Kahvaltı dışında yemekler, merkezi sistemden çeşitli olarak gelmeli bina içinde isteğe göre dağıtılmalıdır. Kahvaltı malzemesi binanın mutfağında depo edilmiş olarak bulunmalı, azalınca takviye edilmeli ve kahvaltı, yaşlılarla birlikte isteğe göre hazırlanmalıdır. Yaşlının alışık olduğu kahvaltı sistemi aileden öğrenilerek yumurta, tahin-pekmez ve peynir gibi kaliteli gıdalar eklenerek ailenin yardımı ile gerçekleştirilmelidir. Yaşlıların isteğine göre, öğle ve akşam için, yoğurt ve ek yemekler yapılabildiği gibi tüm yemeklerin malzemesi kurumca sağlanarak bazı günler yaşadıkları binanın mutfağında istenilen yemek yapılabilmelidir. Yemekler yaşlıların hazmedebileceği ve esansiyel maddeleri temin edebilecek şekilde düzenlenmelidir. Taze meyva ve salatalar seçilebilmelidir. Bu binalarda yaşayan yaşlılar isterlerse istedikleri yemek, meyva, salata ve hobilerinin hazırlanmasında kalfaya yardım edebilirler. İsteyen yaşlılara arada çay, kahve, süt, ayran servisi yapılabilmelidir. Bunların dışında meyva suyu ve diğer meşrubat yasaklanmalıdır. İsteyenler bunları mutfak dolabından kendileri de alabilmelidir. 4. ve 5. grupta belirtilen yaşlıların bulunduğu binalarda kalfaya yardım eden ikinci bir yardımcı personel mutlaka olmalıdır. Binadaki oda adedi 16-18 ile sınırlı olmalıdır. Bakıcıların çalışma arzusu maddi kaynaklarının arttırılması ile desteklenmeli, ve işinden bıkmış olmak, ve tükenmişlik sendromu belirtisi göstermemelerine dikkat edilmelidir.

Yaşlının Psikososyal Aktivitesi

Bu yaşlıların yanına bilinçli iseler, istedikleri gibi harcayabilmesi için sınırlandırılmış miktarda para bırakılmalıdır. Bu ilk üç grup yaşlının kaldığı binalara yakın ayni bahçe içinde çocuk kreşleri olmalı, yaşlılar ile çocuklar bahçede iletişim içinde olabilmelidir. Çocuklarla birlikte yaşlılara oyun gibi beden aktivitelerinin devamını sağlayacak uygun hareketler yaptırılmalıdır. Bu şekilde hem çocukların gözetimine yardım edilmiş hem de yaşlıların torun özlemi giderilmiş, aile bağları ve yaşama şevki arttırılmış olur. Belediyelerin bir yükümlülüğü de yerine getirilmiş olur.

Bu gruptaki yaşlıların zaman zaman ailelerinin ve yaşlının isteği ile ailesi yanında bir süre kalabilmeli, belirli günlerde aile ortamında olabilmelidir. Altıncı grup yaşlılar hariç diğer yaşlıların kaldığı her oda ve ortak kullanılan salon 24 saat kayıt yapan mobesa sistemi ile kontrol ve kayıt oluyor olmalıdır. Bu kayıtlar istendiğinde yaşlının ailesine gösterilebilmelidir. Bütün binalardaki yaşlıların yakın dost ve akrabaları, eski arkadaşları, günün her saatında yaşlılarını görebilecek olduğu, garantisi verilmelidir. Altıncı sırada sınıflandırılan yaşlıların akraba veya yakınları, isterlerse ayni odada istedikleri kadar refakat kalabilmelidir. Bu şekilde üç cins bina olarak organize olmuş ve donatılmış en az 100-120 en çok 450-500 yaşlının bakımı için kurulmuş bir kurumun yöneticisi bir dahiliye-geriatri uzmanı hekim olmalıdır. Mali, idari, ve temizlik, yemek hizmetleri için ayrı bir müdür olmalıdır. Kurumun binalarında elektronik ulaşımı sağlayan en yeni sistem kurulmuş olmalıdır. İlk 5 kademedeki yaşlıların internet ile gelişmiş diğer sistemleri kullanabilenlere, bu sistemler 24 saat açık olmalıdır.

Yaşlı bakımevinde Sağlık Hizmetleri

Hekimlik hizmetleri en az pratisyen veya aile hekimi ile 24 saat yaşlıların ve aile bireylerinin erişebildiği nöbetçi hekim bulundurmak üzere organize edilmelidir. Her hekimin bakımı, takibi ve sağlığının yönetiminden sorumlu olduğu bir yaşlı grubu (en az 50-100 yaşlı) olmalıdır. Yaşlı adedine göre gerekli hekim görevlendirilmeli, her hekim sorumlu olduğu yaşlılarını her sabah görerek rutin kontrollarını yaparak gerekirse ek muayene ve tetkik isteyerek değerlendirmelidir. Nabız, tansiyon, solunum, idrar ve dışkılama durumları kaydedilmelidir. Ayrıca her akşam nöbetçi hekim bütün yaşlıları görüp herhangi bir şikayet, zorlanma, değişiklik olup olmadığını, sormak istediği bir şeyin, olup olmadığı, sorulmalı ve cevapları kayıt altına alınmalıdır. Günün her hangi bir saatında yaşlı, kendi hekimini telefon ile arayıp konuşabilmelidir. Muayenesi gerekirse nöbetçi hekim tarafından muayene edilip sonuç birlikte değerlendirildikten sonra, karar uygulanmalıdır. Her yaşlının kuruma girişinde solunum, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ile açlık kan şekeri, kandaki kreatinin, çinko, B12, folik asit, D vitamini değerleri ölçülmeli ve normal ise senede bir defa tekrarlanmalıdır. Eğer normal dışı ise gerekli tedbirler alınarak düzelinceye kadar takip edilmelidir. İlk 5 gruba giren her yaşlıya, girişte,

gözü kapalı iken tek ayak üzerinde durabilme şeklindeki denge testi yapılıp, grubu belirlemeli ve hekiminin göstereceği ihtiyaca göre belirli zaman aralıkları ile bunlar tekrarlanmalı ve tedbir alınmalıdır. Her yaşlının kansızlık durumu, yaşlılar için önemli olan kandaki B12, çinko, D vitamin, ferritin düzeyleri 6 aylık aralarla takip edilmelidir. Gerekenlere uygun tedavi uygulanmalıdır. Her yaşlı grubunu barındıran binanın Dadı-Kalfa gibi hizmet veren sorumlusu ve ona yardım eden hizmetlisi haftalık veya aylık sürelerle görevli olmalı, 24 saat kesintisiz görevli olduğu binada bulunmalı, bunların yemek-içme ve barınması kurumca karşılanmalı, izinli günlerinde aileden biri veya başka güvenilen bir görevli kalmalıdır. Ayni binadaki yaşlılardan sorumlu kalfa ve hizmetli ayni günlerde izinli olmamalıdır. Yaşlının güvendiği ve alıştığı bu kişiler mümkün olduğu kadar değişmemelidir. 4. ve 5.ile 6. grup yaşlılardan sorumlu olacak Dadı-Kalfa ve yardımcıların "Palyatif bakım" kursu görmüş Hijyen prensipleri, vücudun fizyolojik ritimleri hakkında bilgiler almış kişiler olması gereklidir. Her yaşlıda olması olağan olan takma dişlerin her akşam fırçalanması yerine, çıkarılıp doymuş tuzlu suda tutularak dezenfekte edilmesi sağlanmalıdır. Özellikle 6. grup yaşlılara bakanların, havalı yatak kullanımı, idrar ve kaka temizliğinin hijyenik olarak nasıl yapılacağını bilmeleri aranmalıdır. Her yaşlının her gün içtiği su, çıkardığı idrar miktarları, solunum ve kalp atım düzeni, vücut ısısı, yedikleri ve defekasyonu kalfa veya bakıcı tarafından kontrol edilip kaydedilmeli hekim vizitinde gösterilmelidir. Tüm yaşlılardan devamlı herhangi bir ilaç kullananlara, o ilacın yan etkileri, komplikasyonları kendisine ve bakıcı-kalfa ekibine anlatılıp kontrol etmesi ve hekimine bildirmesi sağlanmalıdır. 6. gruptaki yaşlıların normal ihtiyaçları için olanlardan başka, gerekli tıbbi bakımı yoğun bakım şartları gibi yapılıp, müdavim uzman hekimine bildirilip, onun önerilerine uygun şekilde bakımı ve tedavisi yapılacak ve müdavim hekimine bilgi verilecek, önerileri uygulanacaktır.

Yaşlı bakımevlerine destek

65 yaş üstü nüfus yoğunluğu yasa ile saptanan belirli bir düzeyin üstünde nüfus barındıran büyükşehir belediyeleri Yaşlı Bakımevi kurulması için uygun yerde ve miktarda arsa tahsisi yapmalıdır. Bu kurumları belediyeler kurup işletmemeleri ama yapmak isteyenlere yarıdan az olmak üzere ortak olup yönetimini ve işleyişini denetlemelidir. Bu denetim mobesa kayıt sistemini belirsiz aralıklarla kontrol ederek ve belirsiz zamanlarda belediye denetçilerinin evleri habersiz ziyaret ederek denetlemekle görevli olmalıdır. Yaşlıların aile bireylerinden de denetçi tayin edilebilir. Uygun denetim raporu almayan kuruluşlara yapılan devlet yardımı kesilebilmelidir. Dadı-Kalfa görevi yapanlar, 8/1 kademedeki devlet memuru kadar ücret almalı, hizmetli ise en düşük devlet memuru kadar üçret almalıdır. Görevli oldukları binada gece de kendi odalarında kalmalıdırlar. Devletin belirleyeceği standart şartları yerine getiren, yaşlı bakımevleri ile huzurevleri palyatif bakım ve evde bakım ile yaşlılık mevzuatına göre hak ediş kriterleri ile yardım edilmeye değer aileler gibi, bu kuruluşlara da devlet yardımı yapılmalıdır. Yaşlıların aileleri tarafından kuruma

ödenen bedelden ayrı olarak, bu kurumlarda yaşayan yaşlılar için evde bakım yardımı ve 1.derecede yakını olmayan yalnız yaşamaya mecbur kalmış yaşlılara, 65 yaş maaşı alan yaşlılara, engellilik nedeniyle yaşama desteği gerektirenlere verilen sosyal yardımlar, yaşamını sürdürdüğü sürece, bakıldığı kuruma ödenmelidir. Devletin yaptığı bu sosyal yardımlardan, kurumda bakılan yaşlıların bakıcılarına prim olarak mali destek yapılmalıdır.

Sonuç

Ülkemizde bugün insan ömrü kadın ve erkek için 75 yıla varmış ve 80li yıllar konuşuluyorken gerekli tedbirleri almak, gerekli kurumları, gelişmiş tekniklerle donatıp, yasal düzenlemeleri yapmak bugünün aktif çalışanlarına düşen görevlerden birincisi olmalıdır.

Bu gün yaşlı bakımevleri ve huzurevi olarak hizmet veren kurumlarda böyle bir hekim bakımı ve aile ortamını aratmayan, bakıcı hizmetleri olmadığından, aileler yaşlı bireylerini ve engellilerini, ancak mecbur kalınca böyle bir kuruma bırakıyorlar. Bu kurumlar yukarıda anlattığım şekilde organize olup hizmet verirse, sosyal açıdan da dünya sağlık örgütünün istediği tam iyilik hali sağlanmış olur ve birçok aile gönül rahatlığı ile yaşlı bireyinin, bu kurumlarda bakımı için karar verebilir. Bugünün teknik olanakları ile de onu her an arayıp görüntülü olarak konuşabilir. Bunları sağlayan her kurum rağbet görür. Ailedeki, kendini sorumlu sayan genç bireylerde de, huzur ve rahatlama sağlanmış olur.

YAŞLI DOSTU KENTLERE YAŞLI HAKLARI VE HUKUKU AÇISINDAN BAKIŞ

Av. Cafer Tufan YAZICIOĞLU
tfnyazici@yahoo.com

ÖZET

Ulusal ve uluslararası boyutta yapılan bilimsel çalışmalar ve araştırmalar ışığında; yaşlıların çağdaş yaşam alanlarına duyduğu ihtiyaca yaşlı hakları ve hukuku açısından yaklaşım.

İnsanların yaşam seviyelerini belirleyebilmek için ekonominin yanında sosyal acıdan da çeşitli göstergelere ihtiyaç vardır. Sosyal imkan yoksulluğu ve sosyal dışlanma bunlara örnektir. Bireyin genel mutluluk algılamasını,temel yaşam alanlarından genel memnuniyetini ve bu alanlardaki kamu hizmetlerinden memnuniyeti ölçmek için YAŞAM MEMNUNİYETİ ARAŞTIRMASI yapıla gelmektedir. Yaşlılıkla birlikte görmede, duymada, yürümede, konuşmada, merdiven çıkmada, taşımada, tutmada ve öğrenmede zorluk başlamaktadır. Yaşlının işgücüne katılma oranı,hane halkı geliri,yoksulluk oranı yaşam memnuniyetinde önemli göstergelerdir.Nüfus ve konut araştırmalarıyla yaşlı hane halkı üyesi bulunan haneler tespit edilmekte,aynı araştırma tek başına yaşayan yaşlıların oranı da vermektedir.

HELP AGE INTERNATIONAL (Uluslararası Yaşlı Yardım Kurumu) her yıl yayınladığı GLOBAL YAŞLILIĞA BAKIŞ İNDEKSİNDE gelir güvenliğini, sağlıklı yaşamı, yaşlının eğitim ve istihdam kapasitesini ve uygun yaşanabilir cevre koşullarını kriter olarak almaktadır. Uygun yaşanabilir cevre koşullarında, sosyal ilişkiler, fiziksel güvenlik, örgütlenme özgürlüğü ve ulaşımda kolaylık puanlamada nazara alınmaktadır. Birleşmiş Milletlerce yapılan AKTİF YAŞLANMA İNDEKSİNDE de istihdam, topluma iştirak, bağımsız, sağlıklı ve güvenli yaşam, aktif yaşlanmaya uygun kapasite ve olanaklara sahip cevre koşulları nazara alınan kriterlerdir.

Yaşlılarımız ile gençlerin birlikte istihdamı, birlikte buluşup çalıştıkları kuruluşlar,birlikte eğitim aldıkları okullar arttıkça aralarında iyi ilişkiler,karşılıklı sevgi ve saygının arttığı görülmektedir.Kamu,yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları çeşitli nesilleri bir araya getirecek aktiviteler oluşturmalıdırlar. Örneğin KOMŞULAR GÜNÜ buna örnektir.Genç daha hızlı koşabilir,ancak yaşlı kısa yolu bilir. Uygun dış mekanlar,yaşlının yaşamasına uygun evler,yaşlıya kolaylık sağlayan

ulaşım yaşlının toplumda aktif olarak kalmasını sağlayacak,bakımı için harcanan ekonomik giderler azalacaktır

Beraber yaşamak iyidir diyeceksek, yaşlı için doğru şartları yaratmalıyız. Onların ihtiyaçlarını ve beklentilerini onlarla birlikte belirlemeliyiz.WHO tarafından düzenlenmiş YAŞLI DOSTU KENTLER PROGRAMI bize yol göstericidir.Yaşlı dostu kentler için anketler düzenlenmeli,yaşlıların kuruluşlarının çalışmalarına sahip çıkılmalıdır.Zihinsel ve fiziksel sağlık ancak yaşlı dostu kentte kazanılır.Konut ve sosyal yaşam ortamlarında yaşlılar için ergonomi(ulaşım,erişim,tasarım)çalışmaları yapılmalıdır.Şehir planlamalarında,konut yapımında özellikle ülkemizdeki kentsel dönüşüm çalışmalarında yaşlılar için özel uygulama politikaları oluşturmak gerekir.

ANAYASAMIZIN 10.maddesi ile yaşlılar için gelen POZİTİF AYRIMCILIK ve bunun uyum yasalarından 65 yaş üstüne ücretsiz ulaşım dünyaya örnek uygulamalardır. Bu çalışmalar yaşlımızın günlük yaşamını kolaylaştıracak onu aktif kılacaktır. BİRLEŞMİŞ MİLLETLER genel kurulu 21.12.2010 tarihinde aldığı kararla UCU ACIK YAŞLI HAKLARI CALIŞMA GRUBU oluşturmuş,20.12.2012 tarihinde aldığı bir başka kararla da bu konuda yasal bir belge düzenlenmesi istenmiştir.Özel spesifik YAŞLI HAKLARI tespit edilecek ve bu hakların korunması yolları,tanımı,ulusal ve uluslararası denetleme mekanizmaları belirlenecektir.Yeterli yaşam standartları,yaşamına uygun konut ve cevre tartışılan haklar içinde önde gelenleridir.

Hakları geliştirecek, korumasını pekiştirecek yeni bir hukuk dalı yaşlılar için gereklidir.Bu nedenle TÜRKİYE EMEKLİLER DERNEĞİ YAŞLILIK HUKUKU adlı çalışması ile dünyada bir ilki gerçekleştirmiştir.EMEKLİ PROFİLİ ANKETLERİ çalışmaları ile de yaşlı ve emeklimizin içinde bulunduğu durumu kamuoyuna iletmiştir.Dünyada saygın üniversiteler YAŞLILIK HUKUK nu yeni bir hukuk dalı olarak çalışma alanlarına almışlardır.YAŞLI DOSTU KENTLER için standartlar belirlenecek,mevzuat düzenlenecek ve uygulamaya geçilecektir.10.KALKINMA PLANI ve bu plana esas YAŞLANMA ÖZEL İHTİSAS KOMİSYONU raporu yapılacakları göstermektedir.YAŞLI DOSTU TÜRKİYE güçlü aile yapısı ve tarihindeki yaşlıları için uygulamaları ile dünya insanlarının umududur.

REFAH DEVLETLERİNİN YAŞLANAN KENTLERİNE SOSYAL VE MEKÂNSAL YENİ ÇÖZÜM ARAYIŞLARI; İSVİÇRE ÖRNEĞİ

Cansu EROL
ODTÜ Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

ÖZET

Teknolojik ve sosyal gelişmelerle birlikte doğumdan itibaren beklenen yaşın artması, yeni doğan ve ölümlerin azalması gibi etmenlerle birlikte yaşlı nüfus oranı hızlı artmaktadır. Refah devletlerinin de sosyal politika gündemleri içinde yeni sorun alanı yaşlı nüfustur. İsviçre, Avrupa ülkeleri arasında en fazla yaşlı nüfusu olan ülkelerden biridir. Artan yaşlı nüfusunun yaşam kalitesini yükseltmek için, gelişmiş ülkeler kamu harcamalarını sosyal refah programlarına yönlendirmiştir. Yaşlı nüfusun ekonomik ve sosyal taleplerinin değişmesi, sosyal refah programlarının da yenilenmesine neden olmuştur. İsviçre'nin refah devleti anlayışı içinde de, yaşlı nüfusa yönelik yaşam kalitesini artırıcı politikalar değişmiştir. Sosyal ve ekonomik politikalar yanında mekânsal çözümler de geliştirilmiştir. Yaşlı nüfusun kamusal alanlara erişmesi ve bu alanları aktif olarak kullanması yeni proje alanıdır. İsviçre de bu amaçla "Urbaging" adı altında bir proje geliştirmiştir. Proje öncesi yaşlı nüfus ve kamusal alanların dağılımı saptanmış, yaşlıların erişme olanakları belirlemiştir. Projenin en önemli başarısı katılım olmuştur. Yerel yönetim, planlama grubu ve hedef grup yaşlılar arasında katılım projenin her aşamasında sağlanmıştır. Refah devleti olarak İsviçre yaşlı nüfusunu sadece ekonomik olarak güçlendirmeyip hem de sosyalleşme ve yaşama katılmalarını başarmıştır. Yaş ve yaşlılığı kent ilişkisi çerçevesinde İsviçre-Türkiye karşılaştırılması yapılmış olup istatiksel farklılıklar tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Refah devleti, Yaşlılık, Yaşlı dostu kent, Urbaging

Giriş

2015 yılı Küresel Yaş İzleme Endeksi raporuna göre 2015 yılında dünyada

901 milyon kadın ve erkek 60 yaşındadır. 2030 yılında 60 yaş üstü 1.4 milyar insana ulaşacaktır Bu da dünya nüfusunun %16.5ini ifade eder (Global AgeWatch Index 2015). Bunun anlamı doğurganlığın düştüğü ve toplumun da hızla yaşlandığıdır.

Refah devletleri toplumun her kesiminin refahını arttırmayı hedeflerken, artık sadece sosyal ve ekonomik düzenlemeler değil mekânsal öncelikler de önem kazanmaktadır.

İsviçre yaşam standartlarının yüksek olduğu bir refah devletidir. İsviçre OECD ülkeleri içerisinde emeklilik yaşı ve beklenen ömrün yüksek olduğu ülkelerden biri ve aynı zamanda en iyi çalışma koşullarına sahip ülkeler arasındadır. İsviçre, Küresel Yaşlanma raporuna göre, nüfusun %24'ü 60 yaş civarında olmasına rağmen, aktif yaşlanma politikaları ve yaşanabilir kentsel mekânlar politikaları da geliştirmiştir. Yaşlı nüfusun yaşamın bir parçası olmasını hedeflemek ve yaşama aktif katılımlarını sağlamak refah devletlerinin temel amaçları arasındadır.

Refah Devletlerinin Temel İşlevi; Sosyal Politikalar

Refah devleti ile ilgili literatürde, kavramın anlamı ve içeriğinin ülkeden ülkeye değiştiği gibi zaman içerisinde de değiştiği görülmektedir. En basit şekilde tanımlarsak " devletin vatandaşlarına temel refahı sunmasıdır". Devlet sosyal harcamalar yoluyla vatandaşların refahını arttırmaya çalışır. Ancak bu harcamalar her ülkede eşit değildir. Vergilendirme yolu ile elde edilen gelir bazı ülkelerde orta sınıf yararına harcanırken, bazılarında farklı harcama kalemlerine yönlenmektedir. Bu nedenle refah devletinin vatandaşın refahını sağlamasında ortak amaç tanımı zorlaşmaktadır.

Esping Anderson refah devletlerinin temel karakterlerini sınıflandırmıştır. Anderson'a göre devlet rejimi ister muhafazakâr, sosyalist veya liberal olsun, kapitalizm ile refah devleti arasında ilişki vardır. II. Dünya Savaşı sonrasındaki dönemde bütün ülkelerde devletin doğrudan müdahalesi söz konusudur. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de sosyal harcamalar artmakta, devletin müdahalesi birçok alanda hissedilmektedir. Bunun biçimleri, şekilleri ve sonuçları kapitalist ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Anderson'da refah devletlerinin sunmuş oldukları hakların aynı olmadığını ve rejim tiplerine göre sınıflanabileceğini göstermiştir (Anderson, 1990). Anderson, 18 OECD ülkesini ekonomik, sosyal ve politik açıdan inceleyip, üç farklı refah rejimi içerisinde kantitatif analiz ile sınıflandırmıştır (Jessop,2002). Bu tipoloji (i)sosyal-demokrat refah devletleri, (ii)liberal refah devletleri ve (iii) muhafazakâr refah devletleri olarak ifade edilmiştir. Sosyal-Demokrat refah devletleri İskandinav ülkelerini çoğunlukla içermekte ve devletin rolü toplumun ihtiyaçlarını karşılamaktır. Sosyal hakların evrensellikle buluştuğu bu modelde devlet piyasaya müdahale etmemeli, yüksek standartlarda eşitlik sağlayıcı politikalar hedeflenmelidir. Bireyin özgürlüğü ön planda tutulduğu evrensel politikalar içinde tanımlanmıştır. Liberal refah devlerinde ise içlerinde Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avusturalya, İsviçre gibi ülkelerin bulunmaktadır. Devletin ihtiyaç sahiplerine gelir yardımında bulunduğu bu modellemede ılımlı evrensel transferler, gelir testleri, bireye tanımlanmış daha fazla özgürlük ve makul sosyal güvenlik planları

yer almaktadır. Modellemede piyasaya artan bir bağımlılık vardır. Muhafazakâr refah devlet rejimleri içinde Avusturya, Fransa, Almanya ve İtalya gibi kıta Avrupa'sı ülkeleri yer almaktadır. Bu sınıflandırmada sosyal yardımlardan ziyade sosyal güvenlik önemlidir. Bir başka deyişle işsizlik veya hastalık gibi durumlarda daha önceden sisteme ödenmiş katkı payları belirleyicidir. Ayrıca katkı payları gelire göre de farklılaşmaktadır(Arts ve Gelissen, 2002). Bismarck modeli olarak da bilinen bu modelde yapılan tüm katkı ve faydalar sabit oranlıdır. Ailenin korunması ve kilisenin yani dinin etkileri önemlidir. Farklılaşmış ve sınıf çeşitliliğine göre uyarlanan devletin baskın olduğu sosyal güvenlik sistemi vardır. Anderson'a göre refah devleti sosyal politikaların toplamı değildir, farklı programların kümülatif birikimi sosyal devlettir (Anderson, 1994). Anderson'un yapmış olduğu bu çalışma birçok akademisyen tarafından eleştirilse de birçok çalışmanın da alt yapısını oluşturmuştur.

Armingeon, Bertozzi ve Bonoli, Anderson'un refah devletleri karşılaştırmasının İsviçre'deki kantonlara da uygulanabileceğini belirtmiştir. Buna göre, federal bir yönetime sahip olan İsviçre'de sosyal güvelik sisteminin finansmanı, karar verme ve uygulama süreçleri farklı aktörler tarafından gerçekleştirilir. Sosyal politika yapılanması federal hükümetin sorumluluğundadır. Sosyal yardımlar ise kantonlar tarafından gerçekleştirilir. Kantonlar sosyal politikada manevra alanları ve ulusal sosyal politikayı etkileyebilme güçleri önemlidir. Kantonlarda yaşam koşulları, istihdam, eğitim ve vergilendirme politikaları birbirlerinden farklıdır. Çalışmanın sonucunda bazı kantonların liberal minimal yaklaşımlar içerisinde olup, bazılarının devletçi bazılarının ise aile temelli muhafazakâr politikalar izlediği tespit edilmiştir. Refah devletinin tipi ile önem verdiği sosyal politikalar arasında etkileşim vardır. (Armingeon, Bertozzi ve Bonoli,2003)

Armingeon ve Obinger'e göre İsviçre geç gelen veya geç refaha ulaşan bir refah devletidir.1970'li yıllara kadar liberal rejim içerisinde tanımlanan İsviçre, bugün Bismarck veya muhafazakâr olarak tanımlanıp liberal davranışlar göstermektedir(Häusermann, 2010). Kazanca göre sosyal statünün belirlendiği yani kazancı daha iyi olanların daha iyi sağlık hizmeti alabildikleri, vergilendirmeden ziyade katkı payı sisteminin geçerli olduğu, âdem-i merkeziyetçi politika sürecinde ticaret odalarından işverenlere sigorta işsizlik vb konularda aktif katılım ve karar verme süreçlerinin gerçekleşmesi, gibi özelliklerinden ötürü Bismarck karakteristiği gösterir. Bu değişimin nedenlerinden artan kamu borcu, yükselen işsizlik oranı ve demografik değişimler ile 1970lerden itibaren altın çağını terk etmiştir (Flora 1986). İsviçre diğer refah devletlerine kıyasla refah devleti harcamalarını arttırmaktadır. Sosyal harcamalardaki değişikliğin bu nedeni sadece politika yapıcıların eylemlerinden değil talep yönünden özellikle demografik yapıdaki değişmelerden de kaynaklanmaktadır. Hızla artan 65 yaş nüfusu İsviçre için sosyal harcamamaların önemli bir belirleyicisidir (Moser,2005). Yaşlı nüfustaki belirgin artış ile birlikte sosyal politikada yaşlılık ve yaşlıların sosyal politikadaki belirleyiciliği politika

yapıcıların gündemine gelmiştir.

İlerlemenin Yeni Gündemi; Yaşlılık ve Yaşlanma Sorununa Karşı İsviçre'deki Politikalar

İsviçre, ortalama yaşam beklentisi OECD ülkelerinin üzerinde olan bir ülkedir. 1900'lerin başından 2014 yılına kadar İsviçre'de erkeklerde yaşam beklentisi 46 yaştan 81 yaşına, kadınlarda ise 48 yaşından 85 yaşına yükselmiştir (Swiss Statistics) Doğum oranlarındaki düşüş, doğurganlığın az olması nedeniyle nüfusun yaşlanmasına neden olmaktadır. Bundan dolayı da yaş ortalaması, OECD ülke ortalaması üzerinedir.

İşgücü piyasasındaki yaşlı nüfusu inceleyebilmek için hesaplanan bağımlılık oranı üretken olmayan nüfusun aktif bir şekilde çalışan nüfusa oranı ile bulunmaktadır (World Bank). 2010 yılı itibariyle 65 yaş ve üzerinin 16-64 yaş oranına bakıldığında bağımlılık oranında önemli bir artış görülmektedir.1 çalışan kişi 4 çalışmayan kişiyi vergiler yoluyla finanse ederken, 2030 yılına gelindiğinde her yaşlı kişi için 2 veya daha az çalışan kişi olması beklenmektedir (OECD,2000).

OECD ülkelerinde ortak olan eğilim istihdam içerisinde geçen süre içerisinde çalışma hayatında geçen süre düşmektedir, emeklilik içerisinde geçen süre artmaktadır. Erkekler daha erken yaşlarda emekli olmayı tercih edip ortalama olarak ömürlerinin yarısını çalışarak geçirmektedirler. Öte yandan kadınlar işgücü olarak daha fazla çalışma hayatında bulunmaktadırlar. 2000 yılında yapılan reformlarla birlikte değişiklikler olmuştur. 2003 yılında yaşlı çalışan nüfus için "İsviçre için yaşlanma ve istihdam politikaları" raporunda, daha fazla süre istihdamın sağlanması, yaşlı işgücü için işe alım sürecindeki engellerin kaldırılması gibi yenilikler sağlanmıştır. İsviçre'de yaşlıların temel öngörüsü "uzun yaşayıp uzun çalışmak" yerine "yaş ile birlikte daha iyi çalışmaktır"

Yaşlı kimselerde istihdam ile ilgili yapılması gerekenlerden biri de emeklilik sistemiyle ilgilidir. 2013 yılında yapılan reformlar ile birlikte yaşam beklentisine endekslenen emeklilik yaşı yanında, kaynaktan kesilen emeklilik ödenekleri ile emekliler için uzun dönemli bir emeklilik sistemi geliştirilmiştir. İsviçre'de cinsiyete göre farklılaşan emeklilik gelirleri vardır. (OECD, 2013) Kadınlar daha düşük ücretli işlerde çalışmakta olup, çalışma hayatına aralar vermektedirler. 2012 yılında kadınların ortalama % 23.3'ü emekli olarak yaşamlarını sürdürürken, erkeklerde bu oran %18.1'dir.Emeklilik sistemiyle ilgili çalışmalardan bir diğeri de yaşa göre artan katkı paylarıdır. Bu da yaşlı kimseler için istihdamı zorlaştırmaktadır. 2013 yılında yapılan düzenlemeler ile birlikte emeklilikte aktif bir hayat sürdürebilmek için 65 yaş ve ötesi için yüksek prim sistem, isteğe bağlı olarak emeklilik yaşına ulaştıktan sonra da katkı payı ödenmesine devam edilmesi gibi düzenlemeler yapılmıştır (OECD, 2013).

Bunların yanı sıra mesleki eğitimler, işsizlik yardımları, sosyal yardımlar da uygulanmaktadır. İsviçre aynı zamanda OECD ülkeleri arasında, yaşlı nüfusa en fazla istihdam sağlayan ülkelerden biridir. 2012 yılında 55-64 yaş arasında çalışmakta olan İsviçre vatandaşı oranı %70.5'tir (OECD,2014). Bunun yanı sıra İsviçre OECD ülkeleri arasında en yüksek yarı zamanlı istihdam sağlayan ülkelerden biridir.2012 yılında erkeklerin yarı zamanlı istihdam oranı %16 iken, kadınlarda bu oran %59'idir. İsviçre yüksek yaşlı nüfus istihdamındaki nedenlerinden biri eğitim seviyesinin yüksek olmasıyla açıklanmaktadır. Yüksek ve mesleki eğitim almış olan eğitimli iş gücü, çalışma hayatında üretken olarak istihdam edilmeye devam etmektedir.

İşgücü piyasasında yaşlıların 65 yaş sonrası istihdamlarını destekleyecek reformlar yapılmasına karşın aynı zamanda mekânsal olarak da yenilikler yapılmalıdır. Yaşlıların yaşlılık sürecinde yaşadıkları bir diğer sıkıntı ise "sociability-sosyalleşebilme'dir (Khosravi, Gharai, Taghavi, 2015). Sosyalleşebilme kavramı insanların psikolojik sıkıntılarından kurtarıp sosyalleşmelerini bu sayede de refahlarını arttırabildikleri bir eylemdir. (Singh, Misra 2009) Sosyalleşebilme aynı zamanda insanların buluşmak, gezmek, dinlenmek vb. sosyal aktivitelerini gerçekleştirdikleri, sosyallik sağladıkları aktiviteleri tanımlamak için kullanılır. Toplumdaki birçok kişi için yaş ilerledikçe yalnızlık, depresyon hissi ve toplumla daha az ilişki kurma gibi sorunlar gözlenmektedir. Yaşlıların yaş ilerledikçe ailelerinden sosyal ve mekânsal olarak uzak kaldıkları "daha az aktif" yaşam sürdürdükleri görülmektedir. Sosyal açıdan daha az hareketli olunan bir yaşam, mental ve fiziksel sağlık açısından tıbbi sorunlara yol açabilmektedir. Sosyalleşebilme kavramı aynı zamanda yaşlıların toplumsal izolasyonunu azaltan, sosyal birikimlerine katkıda bulunan bir eylemdir (Carr, Francis, Rivlin ve Stone 1995). Sosyalleşebilme kavramını yaşlıların fiziksel sağlığını da iyileştiren, refahlarına katkıda bulunan bir eylem olarak düşünürsek kentsel tasarımın ve yapılı çevrenin sağladığı olanaklar sosyalleşebilme kavramı ile ilişkilendirilebilmektedir.

İsviçre'nin Yaşlanan Toplumu İçin Yeni Mekânsal Çözümü; Urbaging Projesi

Yaşam kalitesi, yaşanabilir kentlerdeki vatandaş ve kentsel çevrelerindeki ilişkiyi belirleyen alanlardan biridir. Yaşam kalitesini arttırıp vatandaşların refahını arttırmak için kentsel stratejiler geliştirilmektedir. Hızla yaşlanan kentler için de yaratıcı çözümler yaşlı dostu kentler sloganı altında toplanmaya başlamıştır. İsviçre'de "urbaging" kavramı İngilizcede kentsel anlamına gelen 'urban' ve yaşlılığı tanımlamak için kullanılan 'aging" kavramının sentezinden oluşan 'urbaging' yaşlanan toplum için sistematik bir kentsel mekan tasarımını ifade etmektedir. Urbaging Projesi yaşlanan toplum için kentsel alanlarda yeni ve yaratıcı tasarımlar getirmeyi amaçlamaktadır. Farklı disiplinlerden oluşan bir çalışma grubu sürdürebilir kalkınma ilkeleri ile yaşanabilir kent tasarımı hedeflenmiş ve hızla yaşlanan toplumunun değişen taleplerinin karşılanması ve yaşam kalitelerinin arttırılması temel amaç ol-

muştur(Josep 2009).

Urbaging Projesinde Ticino Kantonu'nun Lugano kenti ve Zürih Kantonu'nun Uster kenti pilot proje olarak seçilmiştir. Pilot proje olarak iki kantonun seçilmesinin nedeni, İsviçre'nin 26 kantonu arasında en fazla ve en az yaşlı nüfusa sahip iki kanton olmalarıdır. 26 kanton içinde Ticino en fazla yaşlı nüfus oranına % 21.3 sahiptir. Zurich Kantonu ise % 16.8 oranındaki yaşlı nüfusu ile ülke ortalamasının altındadır. İsviçre genelinde yaşlı nüfus oranı %16 seviyesindedir (Tablo 1).

Tablo 1: Demografik Yapı		İsviçre	Ticino Kantonu	Zurich Kantonu
Yerleşim nüfusları	2013	8.139.631	346.539	1.425.538
Değişim oranı %	2010 - 2013	3,4	3.8	3.8
Nüfus yoğunluğu (km²)	2013	203.5	126.4	858.3
Yaş dağılım oranları				
0-19 yaş	2013	20.3	18.7	19.6
20-64 yaş	2013	62.1	60.1	63.7
65 yaş üstü	2013	17.6	21.3	16.8
Kentsel nüfus oranı %	2013	73.7	88.4	95.2

Kaynak: Statistical Atlas of Switzerland Switzerland

Pilot proje seçilen Lugano kentinin 2014 nüfusu 63.668, Uster kenti ise 33.412 nüfusa sahiptir. Uster, aynı Zurich Kantonu gibi demografik profili göreceli olarak genç olup dengeli bir yaş dağılımı vardır. Lugano'da ise yaşlılık oranı yüksektir (Tablo 2).

Tablo 2: Kanton Özellikleri	Lugano- Ticino	Uster- Zurich
2000 Nüfusu	55910	28.571
2010 Nüfusu	60.238	32. 265
2014 Nüfusu	63.668	33.412
Kentlerin farklılıkları		
Yaşlı nüfusun oranı	Daha yaşlı nüfus	Daha genç nüfus
Yaşlı nüfusun ekonomik gücü	Ortalamanın altında	Ortalamanın üstünde
Yalnız yaşayan yaşlı oranı	% 37	% 31
Yalnız yaşayan yaşlılar	% 80i kadın	% 80i kadın

Kentsel sistemde belediyenin yeri	Büyük kent belediyesi	Banliyo belediyesi
Eğitim çağındaki genç nüfus	Daha az	Daha fazla

Kaynak: Swiss stad, Josep, 2009

Projenin ilk aşamasında kamusal alanların, kamu hizmetlerinin yeri ve ulaşım sistemi haritalara işlenmiş, daha sonra yaşlı nüfus ile bu kullanımlar karşılaştırılmış ve haritalara nüfus verisi de eklenmiştir. İkinci aşamada yaşlı nüfus ile mülakatlar ve katılım toplantıları yapılarak kamusal alanlara erişimleri, beklentileri değerlendirilmiştir Yaşlı nüfusun kamusal alanlara erişiminin sağlanması için olası sorunlar ve çözüm önerileri belirlenmiştir Kamusal alanların dağılımı, en genç ve en yaşlı kimselerin nerede yaşadığı, toplu taşıma araçlarıyla kamusal alana ulaşım, yaşlıların boş vakitlerinde kamusal alanı nasıl değerlendirdikleri, kamusal alanların sosyalleşme ve erişim açısından uygunluğu, kamusal alanların yeterliliği, geliştirilecek projeler için hangi projenin kentsel mekan yaratmaya uygun olup olmadığı ekseninde gerçekleştirilen araştırma sorularıyla birlikte başta yeşil alan ve parklar olmak üzere, meydanlar, yaya yolları gibi tanımlanmış alanlardan beklentiler saptanmıştır. Belediyelerin, planlama gruplarının ve yaşlı nüfus beklentilerinin görüşleri temel plan kararlarını oluşturmuştur.

Urbaging Projesi diğer yaşlı dostlu kentler içinde kamusal alanların mekân kalitesini arttırmak için uygulanabilir kriterler listesi belirlenmiştir. Buna göre yaşlılar için tasarlanan kent herkes için kenttir. Yaşlılar, projelerin ve önceliklerin tanımında aktif bir konumdadır ve yaşlılar ile birlikte tasarlanmalıdır. Kentsel yönetim aktörlerinin, yaşlıların ihtiyaçlarını düşünerek gerçekleştirdiği eylemler (sağlık hizmetleri kamusal yeşil alanlar, toplu taşıma) diğer insanlara da faydalı olarak kentte yaşayanların yaşam kalitesini arttırmalıdır. **Şehrin farklı tüm alanlarına toplu taşıma yolu ve güvenli yaya yolları ile erişim sağlanabilmelidir.** Kamusal alanlara ulaşımda mimari engeller kaldırılmalı uygun yaya yolları tasarlanmalıdır. Kamusal alanlar ve kent sistemi içerisinde bağlantılar iyi bir şekilde konumlandırılmalıdır. Bağlantılar yaya geçişini ve yayaların dinlenmek maksadıyla vakit geçireceği uygun ve güvenli alanlar olmalıdır.

Yaşlanan Toplum İle İlgili Politikaların Türkiye İsviçre için Karşılaştırması

Gelişmiş ülkelerde sosyal açıdan refaha ulaşıldıktan sonra yaşlanma gerçekleşirken, gelişmekte olan ülkelerde ise refah düzeyine ulaşmadan yaşlanma gerçekleşmedir. Türkiye, yaşlılık ile ilgili demografik, ekonomik ve sosyo-kültürel nedenlerden ötürü gelişmiş toplumların gerisindedir. Ancak yaşlılığın bir sorun olarak düşülmediği anlamına gelmemektedir (DPT, 2007).

Türkiye'de uygulanan sosyal politikaların gelişimine baktığımızda sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için Dünya Sağlık Örgütü'nün katkıları ve gelişen tıp teknolojile-

riyle birlikte çeşitli halk sağlığı uygulamaları yapılmıştır. Cumhuriyet'in ilk yıllarından itibaren, nüfus artmıştır. Cumhuriyetin 100.yılı olan 2023'de nüfusun 82.3 milyon olması beklenmektedir. Bu süreçte nüfusun yaş yapısında da değişikler olacağı öngörülmektedir. Türkiye'de doğumda beklenen yaşam beklentisi 1960'larda erkeklerde 51, kadınlarda 54 iken 2030 yılı projeksiyonlarında ortalama hayat erkeklerde 74, kadınlarda 79 olması beklenmektedir. TUİK'in Yaşlılık 2014 raporuna göre 0-14 yaş arası nüfusun toplam nüfusun %24.3'ü, 15-64 yaş arası %67.8, 65 yaş ve üzeri ise %8'i oluşturmaktadır. 2023 yılında bu oranın 10,2 olacağı, 2075 yılında ise 27.7 olacağı tahmin edilmektedir (KB, OKP,2014) .

Türkiye'de yaşlılara yönelik Anayasa ile güvence altına alınmış sosyal güvenlik hizmeti ile tüm bireylerin ekonomik, politik, sosyal ve fiziksel risklere korunması sağlanmaktadır. Belirli bir süre çalıştıktan sonra hak kazanılan emekli aylıkları sosyal güvenliğin temelini oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra kamu kurum ve kuruluşlar tarafından bir çok huzur evi ve yaşlılara yönelik bakım, dinlenme ve sosyal aktivitelerin yer aldığı merkezleri yaşlılara hizmet vermektedir.

İş hayatından sonraki dönemi ifade eden emeklilik dönemi ve yaşlılık üzerine çeşitli iyileştirmeler yapılmıştır. Yaşlıların çalışma hayatlarına devam edip, topluma katkıda bulunabilecekleri, emeklilik yaşının arttırılacağı, kaliteli sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, uzun dönemli ve eşit bakım hizmetlerinin sağlanması hedeflenmektedir. Yaşlılar birikimlerine uygun olarak emeklilerin kuracakları halk eğitim programları, emekli üniversiteleri ve yüksekokulları kurulup yerel yönetimlerin desteği alınmalıdır. Gün içerisinde yaşlıların aktif kullanımına sunulacak olan bu merkezlerde 60 yaş üzeri için diploma, meslek belgesi ve işyeri açma belgesi çeşitleri ve ileri yaşlılık bakım sigortası prim düzenlemelerinden bahsedilmektedir. Ayrıca yaratıcı faaliyetlerden, üretken faaliyetlere yaşlıların yetenek ve bilgileriyle topluma ve ülke ekonomisine kazandırılabilmektedir (KB. OKP,2014)

Mekânsal olarak bakıldığında ise İsviçre'deki Urbaging çalışmalarının aksine Türkiye'de kentlerde yaşlıların kamusal alanlara erişebilirliği kolay değildir. TSE standartlarına uymayan kaldırım genişlikleri, engebeli yollar en çok bilinenlerdir. Diğer tarafta tekerlekli sandalye ile iki nokta arasında ilerlemek oldukça zordur. Toplu taşıma araçları yasalarla belirlenen standartlara uymamakta, hareket kısıtlılığı olan yaşlıların otobüse dahi binmesini zorlaştırmaktadır. Yaşlılar gibi hareket kısıtlılığı olanlara yönelik kamusal alanlarda aranılan kolaylıklar, kamusal kullanımlarda özel otopark alanları, özel konut projeleri ve toplu taşımda kullanılacak önlemler birbirinden kopuk olarak kalmaktadır. Mevcut duruma bakıldığında yaşlı insanların en önemli sorunlarından birinin ulaşım olduğu ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma Ulusal Eylem Planında benzer sorunlar belirlenip, ulaşım sorununa çözüm için eylemler belirtilmiştir. Buna göre yaşlılar için özel park yerleri, yaşlılar için uygun yaya yürüme yolları, yol genişliği, zemin yüzeyleri, durak yerleri yönlendirme ve ikaz

işaretlerini kapsamaktadır (DPT,2007).

Sonuç ve Öneriler

21.yüzyılı şekillendiren en önemli değişimlerden biri de yaşlanan nüfustur. Dünya sağlık örgütü tarafından tanımlanan aktif yaşlanma birlikte veya hep birlikte hareket ederek, sağlığa önem gösterilen güvenlik ve katılımın yaşlı nüfus için sağlanabildiği bir süreci ifade eder. Aktif yaşlanmayı teşvik eden kentler de sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olduğu, yaşlı kimseler için hayat standartlarının arttırıldığı, yeşil alanların, yürüyüş yollarının, güvenli yol geçişlerinin olduğu, ulaşımın yaşlı kimseler için kolay erişilebilir olduğu, güvenli bir çevrenin ve yaş dostlu yapıların olduğu kentleri temsil eder. Bunun yanı sıra yaşlı dostu kentlerde sosyal katılım da çok önemlidir. Kentin yaşlılar ile ilgili yapabilecekleri ise sosyal ağ bağlantılarını güçlendirip, çeşitli fırsatlar ile yaşlıların aktif katılımının sorumluluk duygusunun artırılıp, yalnızlık ve izole edilmişlik hisleriyle mücadele etmesidir. Bunun için güvenli yaya yollarının, yeterli trafik lambalarıyla uygun yürüyüş yollarının, yeşil alanların bol olduğu, güvenlikli bir çevre ile yaşlıların kamusal ve özel alana katılımlarının arttırılıp, yaşlıların bilgi ve birikimlerinden yararlanılabilecek aktif bir aktör haline getirilmelidir.

Daha iyi bir dünya için, yaş ile ilgili politika ve programlar geliştirilmelidir. İnsanların beklenen yaşam sürelerini artırmak için herkes en iyi kalitede ve en uygun sağlık hizmetine erişmelidir. Ancak yaşlılık her yerde eşit gerçekleşmemekte eşitsizliklerle rağmen yaşlanılmaktadır. İsviçre'de bireyin yaşam kalitesini artırmak için sağlık, güvenlik ve katılım açısından aktif bir yaşlanma ile ilgili çalışmalar devam ederken Türkiye'de ise yaşlıların daha pasif kaldıkları kent ve yaşlılık arasında bağlantının yeterince geliştiremediği uygulamalar görülmektedir.

Yaşlanan toplumlar ile ilgili literatürdeki çözüm önerileri içinde uzlaşılan belli başlıklar olduğu söylenebilir. Yaşlı nüfusun istihdama erişimleri arttırılıp, hayat boyu öğrenmeleri ve demokratik katılımları artırılamaya çalışılmalıdır. Yaşlı nüfusun soysallaşabilmeleri sağlanmalı, kendilerini toplumdan dışlanmamış hissetmemeleri, kendilerini güvende hissettikleri rahat ve özgürlük alanları genişletilmiş bir yaşlılık dönemi geçirmelidirler. Bunun için de yaşlı dostu bir kent için iyi kalitede kamusal alanların önemi artmaktadır. İsviçre örneğine baktığımızda kamusal alanlar hem sosyalleşebilme alanı hem de kuşaklar arası ilişkilerin kurulmasında belirleyicidir. Yaşlıların sağlıklı bir çevrede, sağlıklı bir şekilde yaşlanabilmesi için mimari bariyerler en aza indirilmelidir. Diğer önemli bir sonuç katılımdır. Hem mekânsal planlamada hem de sosyal planlamada tüm aktörlerin (yaşlı nüfusunda yer aldığı), sürecin farklı aşamalarına katılımı sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Archana Singh, Nishi Misra (2009) Loneliness, Depression and Sociability in old Age,Industrial Psychiatry Journal Year : 2009 , Volume : 18, Issue : 1,Page : 51-55

2. Armingeon Klaus, Bertozzi Fabio and Bonoli. Giuliano, Swiss Worlds Of Welfare, West European Politics, Vol.27, No.1 (January 2004), Pp.20–44 Published By Frank Cass, London

3. Carr, S., Francis, M., Rivlin, L.G. and Stone A.M. (1995). Public Space. New York: Cambridge University Press

4. DPT,2007 Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı,-Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü

5. Esping-Andersen, G (1990) The Three Political Economies of the Welfare State, Canadian Review of Sociology and Anthropology , Vol 26:2

6. Esping-Andersen, G. (1994) *`Welfare States and the Economy'*, in N. J. Smelser andR. Swedberg (eds) *The Handbook of Economic Sociology*, pp. 711-32. Princeton/New York: Princeton University Press/Russel Sage Foundation.

7. Global AGeWatch Index 2015 Insight Report http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/

8. Häusermann, Silja (2010). "Reform opportunities in a Bismarckian Latecomer. Restructuring the Swiss Welfare State", in Bruno Palier (ed.). *A long good-bye to Bismarck? The Politics of Welfare Reform in Continental Europe.* Amsterdam University Press.

9. Index Mundi Switzerland Life Expectancy at Birth http://www.indexmundi.com/switzerland/life_expectancy_at_birth.html son erişim:08.11.2015

10. Jessop, Bob.(2002) The Future of the Capitalist State, Polity Press in association with BlackweU Publishing Ltd. UK

11. Jones, Chris.(1983) State and Social Work and the Working Class". London: Basingstoke: Macmillan.

12. Josep Acebillo (2009) "Urbaging: Designing urban space for an ageing society" NRP 54 "Sustainable Development of the Built Environment" Final Scientific Report Swiss National Science Foundation

13. Khosravi, H, Gharai. F, Taghavi. Sh, (2015)The impact of local built environment attributes on the elderly sociability, International Journal of Architectural Engineering and Urban Planning, Vol.25, No.1, June

14. Marcello Martinoni, Alma Sartoris "Criteria for the Elderly People City? Simplify the Complexity to Act in Concrete Terms", document by Marcello Martinoni, Alma Sartoris, posted on: http://www2. arc.usi.ch/ris_ist_ icup_pub_ urbaging_ 02.pdf,son erişim:01.11. 2015

15. Moser, Julia (2005) " Expanding the Welfare State After the Golgen Age: The Case of Switzerland",Transtate Working Papers no:28, Bremen 2005

16. OECD (2000), Reforms for an Ageing Society, The pressures of aging in the 29 OECD member countries,2000

17. OECD(2013) Pensions At A Glance 2013: Country Profiles – Switzerland http://www.oecd. org/els/public-pensions/PAG2013-profile-Switzerland.pdf

18. OECD(2014), Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Employment, Better with Age: Switzerland- Assement and recommendations October

19. Statistical Atlas of Switzerland Switzerland / Cantons / 1/1/1997 Number of portraits: 27, Last update: 1/22/2015, Exportdatum: 3/18/2015 FSO, Thema-Kart – Neuchâtel 2015

20. Swiss Statistics, Components of population change – Data, indicators Life expectancy http://www.bfs.admin.ch/ bfs/portal/en/ index/themen/ 01/06/blank/ key/04/04.html

21. Swiss,Districts, Cities and Communes - Population Statistics in Maps and Charts http://www.citypopulation. de/php/switzerland-ticino.php

22. T.C Kalkınma Bakanlığı Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018 (2014)Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu ISBN 978-605-9041-00-3 YAYIN NO: KB: 2900 - ÖİK: 740

23. TUİK (2015) Haber Bülteni, Hayat Tabloları, 2013-2014 http://www.tuik.gov.tr/ PreHaberBultenleri.do;jsessionid=LkC0W7KDtFN10G8tprnpqbyCZp9dNMN2j50M9Hjy9hY08QD8DNh4!266258182?id=18618 son erişim:07.11.2015

24. WHO (2007) Global Report on Falls Prevention in Older Age, Chapter2 Active Ageing: a framework for the global strategy for the prevention of falls in older

age,2007

25. World Bank Age dependency ratio (% of working-age population) http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPNDson erişim: 01. 11. 2015

26. World Economic Forum(2012) Global Agenda Council on Ageing Society, Global Population Ageing: Peril or Promise? http://www3.weforum.org/ docs/WEF_GAC_ GlobalPopulation Ageing_ Report_2012.pdf son erişim:03.11.2015

TÜRKİYE'DE YAŞLILARA YÖNELİK KURUMSAL BAKIM İHTİYACI "TESPİT VE ÖNERİLER"

Coşgun GÜRBOĞA, Bülent KARAKUŞ
Daire Başkanı /Sosyal Çalışmacı-Sosyal Hizmet Uzmanı
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ÖZET

ANAHTAR KELİMELER: Yaşlı Bakım, Kurum, İhtiyaç, Tespit, Öneri

1.YAŞLILIKLA İLGİLİ TEMEL BİLGİLER VE VERİLER

Türkiye'de yaşlı kurum bakımına ilişkin durumun daha iyi anlaşılabilmesi için öncelikle Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğümüzce hazırlanan 2013 tarihli "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programında" yer alan bilgilerden de yararlanarak yaşlılık ve yaşlanma kavramından ne anlaşılması gerektiğine kısaca değinilerek, ardından ağırlıklı olarak TÜİK verilerinden de yararlanılarak yaşlılara ilişkin verilerin ortaya konulması genel çerçevenin görülmesi açısından anlamlı olacaktır.

Yaşlılık ve Yaşlanma

Yaşlanma, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden değişime uğramasıdır. Bu durum bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlı ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemektedir. İnsanların yaşlarının ilerlemesi, yaş almaları ya da büyümeleri fizyolojik bir süreçtir. Ancak yaşlılık sadece fizyolojik/biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olay olup zamana ve toplumlara göre farklılık göstermektedir.

Yaşlılık, yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durumdur. Bireyin kalıtımla getirdiği özelliklerine, beslenmelerine, çevre koşullarına ve kültürel çabalarına göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olur.

Yaşlılığı yaşlanmadan ayıran bir unsur da yaşlılığın kesin olarak belli bir yaş sınırı olmamasıdır. Yani ülkelerin gelişmişliğine göre yaşlılık sınırı da uzamaktadır. Birçok kaynak yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir. Ancak yaşlılık olarak kabul edilen yaş dilimi, gelişen teknoloji ve tıp, bireyin kendine ve yaşamına ver-

diği değerin artması ve buna bağlı insan ömrünün uzamasına göre değişiklik göstermektedir. Nüfusun yaşlanması, bir nüfusun yaş yapısının değişerek, o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması ve yaşlı insanların 65 yaş üstü payının göreceli olarak artmasıdır.

Ülkemizde 21.02.2001 tarih ve 24325 sayılı Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliğinde yaşlı tanımı şöyle yapılmıştır; "Yaşlı: 60 yaş ve üzerindeki sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç olan kişi".

Birleşmiş Milletler ve kimi alanlarda 60 ve üstü yaştaki bireyler yaşlı olarak kabul edilirken, birçok gelişmiş ülke 65 yaşı (özellikle sosyal güvenlik sisteminden yararlanmak için) yaşlılığın başlangıcı açısından referans kabul etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1963 yılında yaşlıların sağlık sorunları konusunda düzenlediği toplantıda 60 yaş ve üzerini yaşlılık için başlangıç olarak alarak aşağıdaki sınıflandırmayı yapmıştır.

45-59 yaş arası orta yaş,

60-74 yaş arası yaşlılık,

75-89 yaş arası ileri yaşlılık,

90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır.

Ancak DSÖ 1980'lerde yaşlılığı "65 yaşından büyük olup bireyin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğini kaybetmesi" olarak tanımlayarak, sınıflandırmayı da şu şekilde revize etmiştir.

65-74 yaş arası genç yaşlılık,

75-84 yaş arası orta yaşlılık,

85 ve üstü ise ileri yaşlılık kategorisine alınmıştır.

Biyolojik olarak kaçınılmaz olan bu sürecin sağlık, sosyal, kültürel ve ekonomik boyutları da vardır. Yaşlanma terimi ile zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri tanımlanmaktadır. Biyolojik yaşlanma yumurtanın döllenmesiyle başlayan ve tüm yaşam boyu süren bir olgudur. Sosyal yaşlılık ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır. Modern tanımda ise kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da biriktirimleriyle yaşadığı dönemin adıdır. Kronolojik yaş geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımını belirtir. Toplumda bunun karşılığı 'yaş' tır.

Diğer bir değişle yaşlanmaya bağlı olarak, insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında meydana gelen değişikliklere biyolojik yaşlılık, buna bağlı olarak organlarda meydana gelen değişiklere fizyolojik yaşlılık, kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak yaşam görüşü ve yaşam şeklinin değişmesine duygusal yaşlılık, aynı yaşta olan bireylerle karşılaştırıldığında toplum içinde fonksiyonların devam ettirilmesine ise fonksiyonel yaşlılık denir. Bununla birlikte kronolojik(takvim), biyolojik, fizyolojik, psikolojik vb. yaşlılık tanımlarına ilişkin özelliklerin hepsi bireylerde benzer şekilde görülmeyebilir, örneğin kişilerde takvim yaşıyla biyolojik yaş arasında 20 yıla varan fark gözlenebilmektedir.

Farklı toplumlar arasında yapılan araştırmalar göstermiştir ki modernleşme ve kentleşme yaşlının statüsünü temelinden sarsmaktadır. Sanayileşmiş toplumlar geleneksel toplumlara göre daha çok çekirdek aileye ve nüfus hareketlerine sahiptirler.

Bireyler gibi toplumlar da yaşlı nüfus açısından gruplamaya maruz kalabilmektedir. Genel kabule göre toplumlar için aşağıdaki gruplama yapılabilmektedir.

1-Genç toplumlar: 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %4'den az olduğu toplumlar,

2-Erişkin Toplumlar; 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %4-7 arasında olan toplumlar,

3-Yaşlı Toplumlar; 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %7-10 arasında olduğu toplumlar (Ülkemiz de bu gruba girmiştir),

4-Çok Yaşlı Toplumlar; yaşlı nüfusun tüm nüfusa oranı %10'un üzerinde olan toplumlar.

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini ve genel sağlığı artırmaya odaklanmaktadır. Yaşam süresinin uzunluğu, biyolojik ve zihinsel sağlık, bilişsel, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma sağlıklı yaşlanmanın göstergelerindendir. Bireylerin sağlıklı bir biçimde yaşlanması yalnızca bireysel özellikleriyle değil, toplumsal açıdan kendilerine sağlanacak psiko-sosyal, ekonomik ve fizyolojik yöndeki destek hizmetleriyle de yakından ilişkilidir.

Nüfus Verileri

Günümüzde sosyal, ekonomik, tıbbi, bilimsel ve teknolojik gelişmeler sonucunda dünyanın yaşlı nüfusu artmış ve artmaya devam etmektedir. Dünya genelinde diğer yaş gruplarına göre hızla artan yaş grubunu 60 ve daha büyük yaştaki bireyler oluşturmaktadır. 1970-2025 yılları arasında dünyada yaşlıların sayısının 694 milyon (%22,3) olması tahmin edilmektedir. Böylece 2025 yılında 60 yaş üzerindeki

bireylerin sayısının 1,2 milyar, 2040 yılında 1,3 milyar, 2050 yılında gelişmekte olan ülkelerle birlikte 2 milyar olacağı öngörülmektedir. 2002 yılında gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 60 ve daha büyük yaştaki bireyler yaklaşık 400 milyondur. 2025 yılına gelindiğinde bu sayının yaklaşık 840 milyona yükseleceği öngörülmektedir. Dolayısıyla, gelişmiş ülkelerin, neredeyse tümü önümüzdeki on yıllar içinde nüfuslarının yaşlanmasına tanıklık edeceklerdir. Sosyo-ekonomik yönden gelişmiş ülkelerdeki her 7 insandan biri 65 yaşın üzerinde iken, 2030 yılına gelindiğinde bu oran her 4 kişiden biri olacaktır. Bu durum, yaşlı nüfus için "yaşlıların yaşlanması" olarak adlandırılan bir süreci de başlatacaktır. 2000'li yılların ilk yarısının sonunda 85 yaş üzerinde "yaşlı yaşlılar/ileri yaş" kategorisindekilerin sayısı; 65 yaşındaki "genç yaşlıların sayısından altı kat fazla olacaktır (WHO, 2002).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun, 2012 yılında yayımladığı "21. Yüzyılda Yaşlanmak: Kutlama ve Meydan Okuma/Mücadele" konulu rapora göre dünyadaki yaşlı nüfusun kararlı bir şekilde arttığı belirtilmektedir. Raporda, "1950 yılında 60 yaş ve üzerinde 205 milyon kişi vardı. Bu sayı 2012 yılında 810 milyona yükseldi. En az 10 yıl içinde bu sayının 1 milyara çıkması, 2050'ye kadar ise 2 milyara çıkması öngörülüyor" denilmektedir. Bu tahmin daha önce açıklanan bilgileri de desteklemektedir. 2012 yılında dünya genelinde bölgelere göre ağırlıklı olarak yaşlı nüfus oranı %0-9 ya da %10-19 arasında değişmekte iken; 2050 yılında bu oranın bölgeler arası farklılıklar olsa da ağırlıklı olarak %30"a kadar ulaşacağı görülmektedir (UNFPA, 2012).

2010 Yılında yayınlanan "**Birleşmiş Milletler, Dünya Nüfus Beklentileri Raporu"** na göre; İnsanların ortalama ömrünün, 2010 yılında Türkiye'de 74,60 yıl, Dünya'da 69,31 yıl olduğu, 2050 yılında ise Türkiye'de 78,50 yıla, Dünya'da ise 75,59 yıla yükseleceği beklenmektedir. Kaba doğum hızının Türkiye'de 2010 yılında binde 16,95, Dünya ortalamasının binde 19,15 olduğu, 2050 yılında Türkiye'de binde 11,50, Dünya'da ise binde 14,24'e düşeceği beklenmektedir.

Dünya çapında, 2000 ve 2050 yılları arasında 60 yaş ve üstü insanların oranının ikiye katlanması (%10'dan %21'e yükseleceği), aynı zamanda çocukların oranının da üçte bir düşmesi (%30'dan %21'e ineceği) beklenmektedir. Bazı gelişmiş ülkelerde yaşlı kişilerin oranı şimdiden çocukların oranını aşmış ve doğum oranı "yerine alma" derecesinin altına düşmüş olup yaşlı insanların sayısının 2050 yılında çocukların sayısının 2 katından daha fazla olacağı beklenmektedir.

Türkiye'de Yaşlı Nüfus

TÜİK verilerine göre; Türkiye'nin nüfusu, 2014 yılında 77.695.904'tür. Nüfusumuzun 2023 yılında 84.247.088, 2050 yılında 93.475.575 *(en yüksek değeri)* ve 2075 yılında 89.172.088 kişi olması beklenmektedir.

2014 yılında Türkiye'de toplam nüfusun artış hızı ‰13,3 iken yaşlı nüfusun artış hızı ‰49,9'dur. Yaşlı nüfus oranının diğer yaş gruplarından daha yüksek bir artışa sahip olduğu görülmektedir. Buna karşın yaşlı ölümlerinde yavaşlama devam etmektedir. 2012 yılında 376.000 yaşlı vefat etmişken, 2013 yılında ise ölüm sayısı azalmış ve 372.094 yaşlı vefat etmiştir.

Toplam nüfustaki cinsiyet oranı (erkek/kadın oranı) 2014 yılında 100,7 iken yaşlı nüfustaki cinsiyet oranı 77,2'dir. Diğer bir ifadeyle, 65 ve daha yukarı yaştaki 100 yaşlı kadın başına 77,2 yaşlı erkek düşmektedir. Bu oran illere göre incelendiğinde, yaşlı nüfus cinsiyet oranının en düşük olduğu il 66,1 ile Rize, en yüksek olduğu il ise 86,6 ile Kahramanmaraş'tır.

2014 yılı verilerine göre Türkiye nüfusunun ortanca yaşı 30,7'dir. Ortanca yaş erkeklerde 30,1 iken, kadınlarda 31,3 olarak gerçekleşmiştir. Dünya nüfusu için ortanca yaş ise 29,7'dir. Dünya'da en yüksek ortanca yaşa sahip ilk üç ülke 46,1 yaş ile Almanya ve Japonya, 44,5 yaş ile İtalya ve 44,3 yaş ile Avusturya'dır. Türkiye bu sıralamada 66. sırada yer almaktadır.

Ortanca yaşın ülkemizde en yüksek olduğu iller sırasıyla Sinop (39,1), Balıkesir (38,6), Edirne ve Kastamonu (38) iken, en düşük olduğu iller ise sırasıyla Şırnak (19,1), Şanlıurfa (19,2) ve Ağrı'dır(20). Ülkemizde ortanca yaş 2023'te 34'e çıkacak, erkeklerde 33,3'e, kadınlarda ise 34,6'e ulaşacaktır. Ortanca yaş 2050'de genel nüfus için 42,9 olacak, erkeklerde 41,8, kadınlarda ise 44 olacaktır. 2075'te ise ortanca yaş genel nüfus için 47,4 olacak, erkeklerde 46'ya, kadınlarda ise 48,7'ye ulaşacaktır *(TUİK Türkiye'nin demografik yapısı ve geleceği, 2010-2050)*.

Bu veriler ışığında da görüldüğü üzere Türkiye nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfus oranı ülkemiz tarihinin bugüne kadar ki en yüksek noktasına ulaşmış durumdadır. Türkiye'de 65 yaş üstü kişilerin genel nüfusa oranı 1935 yılında %3,9, 1990 yılında %4,3 iken, son verilere göre 2014 yılında %8'e yükselmiş, 2023 yılında %10,2 (8,6 milyon), 2050 yılında %20,8 (19,5 milyon), 2075 yılında ise %27,7'ye (24,7 milyona) yükseleceği tahmin edilmektedir *(2012 ve 2015; www.tuik.gov.tr)*.

Tablo.1.Türkiye'de yaş gruplarının toplam nüfus içindeki dağılımı (1935 -2014)

Yıl	Toplam Nüfus	Yaş Grupları (%)		
		0-14 Yaş	15-65 Yaş	65 + Yaş
1935	16.158.385	41.4	54.7	3.9
1945	18.790.174	39.5	57.1	3.3
1955	24.064.763	39.3	57.3	3.4
1965	31.391.421	41.9	54.1	4.0
1975	40.647.719	40.6	54.8	4.6
1985	50.664.458	37.6	58.2	4.2
1990	56.473.350	35.0	60.7	4.3
2000	67.803.927	29.8	64.5	5.7
2007	70.586.256	26.4	66.5	7.1
2011	74.724.269	25.3	67.4	7.3
2014	77.695.904	24.3	67,7	8.0

Kaynak: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2012 ve 2014; www.tuik.gov.tr

Türkiye'deki %8'lik (6.192.962) yaşlı nüfustan 6,8'i (5.260.152) il ve ilçe merkezlerinde, 1,2'si (932.810) ise belde ve köylerde yaşamaktadır. İl ve ilçe merkezleri ile belde ve köylerde yaşayan genel nüfus içinde baktığımızda ise il ve ilçe merkezlerinde yaşayan yaşlılar sayısal olarak fazlayken, belde ve köylerde yaşayan yaşlıların ise oranı daha fazladır. Şöyle ki yaşlılar il ve ilçe merkezlerinde yaşayan toplam nüfusun (71.286.000) %7.4'ünü (5.260.000) oluştururken, belde ve köylerde yaşayan toplam nüfusun (6.409.000) ise %14.6'sını (932.810) oluşturmaktadır.

TÜİK'in yaşlılarla ilgili olarak yayınladığı "İstatistiklerle Yaşlılar 2014" başlıklı, 2014 yılı sonunu esas alan son verilerine göre yaşlılarla ilgili diğer veriler ise şu şekildedir:

Yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2014 yılında 6 milyon 192 bin 962 kişi olup yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %8,01'dir. Yaşlı nüfusun %43,6'sını erkek nüfus, %56,4'ünü kadın nüfus oluşturmaktadır. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir.

Dünya nüfusunun ise 2014 yılında %8,3'ünü yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke ise sırasıyla %29,5 ile Monako, %25,8 ile

Japonya ve %21,1 ile Almanya olmuştur. Türkiye bu sıralamada 228 ülke arasında 94. sırada yer almıştır. Yaşlı nüfusumuzun büyüklüğü Avrupa ülkelerinin toplam nüfusları ile karşılaştırıldığında, ülkemiz yaşlı nüfusunun, Danimarka (5.569.077 kişi), Slovakya (5.492.677 kişi), Finlandiya (5.268.799 kişi), Norveç (5.147.792 kişi), İrlanda (4.832.765 kişi), Bosna Hersek (3.871.643 kişi) gibi ülke nüfuslarından daha fazla olduğu görülmüştür.

Ülkemizde yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il 2014 yılında, %17,6 ile Sinop olmuştur. Sinop'u %16,5 ile Kastamonu ve %15,3 ile Çankırı izlemiştir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu il ise %2,9 ile Hakkari olmuş, Hakkari'yi %3 ile Şırnak ve %3,4 ile Van izlemiştir.

Yaşlı nüfusun %21,2'sini en yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yaşlı nüfus olarak tanımlanan 80 ve daha yukarı yaştaki nüfusun, toplam yaşlı nüfus içindeki payı 2014 yılında %21,2'dir. En yaşlı nüfusun toplam yaşlı nüfus içindeki payının en yüksek oranda bulunduğu il ise %31,8 ile Tunceli olmuştur. Tunceli'yi %27,4 ile Giresun ve %27,1 ile Gümüşhane izlemiştir. En yaşlı nüfusun toplam yaşlı nüfus içindeki payının en düşük olduğu il ise %17,7 ile Aksaray olmuş, Aksaray'ı %18,1 ile Van ve %18,5 ile Ağrı izlemiştir.

Türkiye'de yaşlı nüfusun %0,1'ini oluşturan 100 yaş ve üzerindeki yaşlı kişi sayısı 2014 yılında 5.283 olmuştur. 100 yaşın üzerinde en fazla yaşlıya sahip ilk üç il sırasıyla İstanbul (651 kişi), İzmir (222 kişi) ve Şanlıurfa (218 kişi) iken 100 yaşın üzerinde en az yaşlıya sahip ilk üç il ise sırasıyla Ardahan (2 kişi), Bayburt (5 kişi) ve Bilecik (7 kişi)'tir.

TÜİK'in 2011 yılında yapmış olduğu Nüfus ve Konut Araştırmasına (NKA) göre yaşlı nüfusun %34,7'sinin en az bir engeli bulunmaktadır. Engel oranı kadınlarda (%39,3) erkeklerden (%28,7) daha yüksektir.

2011 yılında, hanesinde en az bir yaşlı hane halkı üyesi bulunan hanelerin oranı %21,7 olup NKA sonuçlarına göre 2011 yılında, tüm hane halkı üyelerinin yaşlı olduğu hanelerin %60'ı tek kişi, %39,5'i iki kişi, %0,5'i ise üç yaşlı kişiden oluşmaktadır. Toplam hane halklarının ise %11,7'sini tek kişilik haneler oluşturmuştur. Bu hanelerin %42,2'si yaşlı kişilerden oluşmaktadır. Tek başına yaşayan yaşlı nüfusun %77,1'ini kadınlar oluşturmaktadır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2014 yılı sonuçlarına göre tek başına yaşayan yaşlıların oranı 2013 yılında %17 iken bu oran 2014 yılında %17,3 olmuştur. Tek başına yaşayan yaşlı nüfusun %77,2'sini kadınlar, %22,8'ini ise erkekler oluşturmuştur.

Hiç evlenmemiş yaşlı erkek nüfus oranı %1,1 iken kadın nüfus oranı %2,5'tir. Yaşlı nüfus yasal medeni duruma göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi'ne göre 2014

yılında yaşlı erkek nüfusun %1,1'inin hiç evlenmemiş, %83'ünün resmi nikahla evli, %2,7'sinin boşanmış, %13,2'sinin eşi ölmüş olduğu görülürken, yaşlı kadın nüfusun %2,5'inin hiç evlenmemiş, %43,2'sinin resmi nikahla evli, %3'ünün boşanmış, %51,2'sinin ise eşi ölmüş olduğu görülmüştür.

1960'larda kadınlar için 54 yıl, erkekler için 51 yıl olan doğuşta beklenen yaşam süresi 2013 yılında Türkiye geneli için toplamda 76,3, erkeklerde 73,7 ve kadınlarda 79,4 yıldır. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup, doğuşta beklenen yaşam süresi farkı 5,7 yıldır. Beklenen yaşam süresinin 2030'da erkeklerde 74 yıl, kadınlarda 79 yıl olması, 2050 yılında ise ortalama 78,5 i bulması beklenmektedir (*Kaynak: TÜİK, 2011; www.tuik.gov.tr).*

Yaşlılıkta beklenen yaşam süresi ise 65 yaşına ulaşan erkeklerde 14,9 yıl, kadınlarda ise 18,5 yıl olup ortalama 16,7 yıl olmuştur. Diğer bir ifade ile 2013 yılında doğan bir bireyin doğduğu andan itibaren yaşaması beklenen ömür 76,3 yıl iken 65 yaşına ulaşan bir bireyin yaşaması beklenen ömür 16,7 yıl olarak tahmin edilmektedir. Diğer yandan, 80 yaşına ulaşmış kadınlar için beklenen yaşam süresi 8,2 yıl iken erkekler için beklenen yaşam süresi ise 6,5 yıldır.

Tablo.2. Yaş ve cinsiyete göre yaşlılar için beklenen yaşam süresi

(Yıl)

Yaş	Toplam	Erkek	Kadın
65	16,7	14,9	18,5
70	13,1	11,6	14,6
75	10,1	8,8	11,2
80	7,5	6,5	8,2
85	5,4	4,6	5,8
90	3,8	3,3	4,0
95	2,7	2,3	2,7
100	1,9	1,6	1,8

Kaynak: TÜİK, Hayat Tabloları, 2013

Ölüm nedeni verilerine göre yaşlılar en fazla dolaşım sistemi hastalıklarından hayatını kaybetmiştir. Yaşlı nüfusun 2013 yılında %46,8'i dolaşım sistemi hastalıklarından hayatını kaybetmiş, bu hastalığı ikinci sırada %17,7 ile iyi huylu ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise %11,7 ile solunum sistemi hastalıkları takip etmiştir. 2011 yılında Alzheimer hastalığından ölen yaşlı nüfus oranı %2,9 iken, bu oran 2012 yılında %3,4, 2013 yılında ise %3,6'ya yükselmiş, Alzheimer hastalığından hayatını kaybeden yaşlı nüfus oranı artmıştır.

Yaşlı nüfusun işgücüne katılma oranı %11,5'tir. Ülkemizde 15 ve daha yukarı yaşta işgücüne katılma oranı 2014 yılında %50,5 iken yaşlı nüfusun işgücüne katılma ora-

nı %11,5 olarak gerçekleşmiştir. Yaşlı erkek nüfusta bu oran %19,3 iken yaşlı kadın nüfusta %5,4'tür. İstihdam edilen yaşlı nüfusun sektörel dağılımı incelendiğinde, 2014 yılında yaşlı nüfusun %74,1'inin tarım sektöründe, %18,9'unun ise hizmet sektöründe yer aldığı görülmüştür. Yaşlı nüfustaki işsizlik oranı ise %2,1'dir.

Yaşlı nüfusta yoksulluk oranı 2012 yılında %18,7 iken 2013 yılında %17,9'a düşmüştür. Eşdeğer hanehalkı kullanılabilir medyan gelirinin %60'ına göre hesaplanan yoksulluk oranı 2013 yılında Türkiye geneli için %22,4 iken bu oran yaşlı nüfus içinde %17,9 (966.000) olarak gerçekleşmiştir. Yaşlı nüfusun yoksulluğu cinsiyet bazında incelendiğinde, kadınların erkeklerden daha yoksul olduğu görülmüştür. Yoksul yaşlı erkek nüfus oranı %17,4 iken yoksul yaşlı kadın nüfus oranı %18,2'dir. Maddi yoksun olan yaşlı sayısı ise 2.933.000 olarak bulunmuştur.

Yaşlı nüfusun en önemli gelir kaynağı sosyal transferler olmuştur. Sosyal transferlerden yararlanan yaşlı nüfus oranı 2012 yılında %76,6 iken 2013 yılında %76'dır. Bu oran, yaşlı erkeklerde %71,4 iken, yaşlı kadınlarda ise %85 olarak gerçekleşmiştir. Emekli ve dul-yetim aylığından yararlanan yaşlı nüfus oranı ise %75,5 olup bu oran yaşlı erkeklerde %71, yaşlı kadınlarda ise %84,3 olmuştur. (SGK'nın 2012 yılı verilerine göre Türkiye'de 22 ilde emekli sayısı çalışan sayısından yüksektir).

Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısı olan yaşlı bağımlılık oranı Türkiye'de 2014 yılında %11,8 olmuştur. Bu oranın 2023 yılında 15, 2030 yılında ise 19,3 olması beklenmektedir.

Eğitim durumlarına bakıldığında yaşlı nüfusun 2013 yılında %23,9'u okuma yazma bilmiyor iken %41,2'si ilkokul mezunu, %4,7'si ise yükseköğrenim mezunudur. Yaşlı nüfus eğitim durumu ve cinsiyete göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında da önemli farklılıklar olduğu görülmüştür. 2013 yılında yaşlı erkek nüfusta okuma ve yazma bilmeyenlerin oranı %9,8 iken yaşlı kadın nüfusta bu oran %34,9'dur. İlkokul mezunu olan yaşlı erkeklerin oranı %52,6 iken yaşlı kadınların oranı %32,4'tür. Yüksekokul veya fakülte mezunu olan yaşlı erkek nüfus oranı %7,1, yaşlı kadın nüfus oranı ise %2'dir.

Türkiye'de 2013 yılında 18 ve daha yukarı yaş gruplarında mutlu olduğunu beyan edenlerin oranı %59, mutlu olduğunu beyan eden yaşlı bireylerin oranı ise %63,4 iken, 2014 yılında nüfusun (18 ve daha yukarı yaş) %56,3'ü mutlu olduğunu beyan ederken yaşlı nüfusun ise %62,9'u mutlu olduğunu beyan etmiştir. Mutlu olduğunu beyan eden yaşlı bireylerin oranı 2013 yılında %63,4 iken bu oran 2014 yılında %62,9'a düşmüştür. Genel mutluluk düzeyi cinsiyet bazında incelendiğinde, 2014 yılında yaşlı erkeklerin %63'ü, yaşlı kadınların ise %62,7'si mutlu olduğunu beyan etmiştir.

Ülkemizde yaşlı bireylerin 2014 yılında en önemli mutluluk kaynağı %71,4 ile

aileleri olmuştur. İkinci sırada gelen mutluluk kaynağı ise %14,7 ile çocukları olmuş, çocukların mutluluk kaynağı olarak görülmesi kadınlar için %19,2, erkekler için %8,8 olmuştur.

Mutlu olduğunu beyan eden yaşlı bireylerin oranının en yüksek olduğu il %82,1 ile Afyonkarahisar, en düşük olduğu il ise %31,9 ile Tunceli olmuştur.

Tablo.3. Yaşlı bireylerin genel mutluluk düzeyine göre en yüksek ve en düşük ilk 3 il.

En yüksek iller	(%)	En düşük iller	(%)
Afyonkarahisar	82,1	Tunceli	31,9
Kütahya	79,0	Mardin	43,8
Çankırı	78,2	Çorum	49,7

Kaynak : TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması, 2013

Yaşlıların %94,6'sı ise evlerinde kendilerini güvende hissetmektedir. Bu oran kadınlarda erkeklere göre daha fazladır.

2.TÜRKİYE'DE KURUMSAL YAŞLI BAKIMA İLİŞKİN DURUM

Genel Görünüm

TÜİK verilerinden ve ülkemizde nüfus değişim sürecinden de anlaşıldığı üzere yaşlı nüfusumuz hem sayı hem de oran olarak yıldan yıla artmaktadır. Buna paralel olarak yaşlı bakım ihtiyacı da hem demografik gelişim hem de sosyo-kültürel değişim ve ekonomik durum paralelinde artış göstermektedir.

Yaşlı nüfusa ilişkin bakım ihtiyacı oranının ne kadar olabileceğine ilişkin ülkemizde veya dünyada genel geçer bir oran öngörülememekte olup Türkiye çapında böyle bir çalışma da bulunmamaktadır. Bu nedenle yaşlı nüfus içindeki bakım ihtiyacı oranının tespitinde farklı göstergelerden hareketle genelleme yapılmak durumunda kalınmaktadır. Bu açıdan TÜİK verilerinden yaşlı bağımlılık oranı (2014'te %11,8), yaşlı yoksulluk oranı (2013'te %17,9), engelli yaşlı oranı (2011'de %34,7) vb. veriler anlamlı olabilmektedir. Genel Müdürlüğümüz planlamalarında ise yaşlı bakım ihtiyacı genel olarak illerdeki yaşlı nüfusun %10'u olarak öngörülmektedir. Bu oran kesin bir öngörü olmayıp, illerin özellikleri itibarıyla farklı oranların sözkonusu olabileceği de dikkate alınarak, geleneksel aile yapısının eski gücünü kaybetmekte olmasına karşın halen pekçok yerde etkin olmaya devam etmesi, bakım sorununun da bu çerçevede aile içinde çözümlendiği hususu da gözönünde bu-

lundurularak, mevcut ve ileriye yönelik çalışmalara başlangıç noktası tesis etmesi amacıyla belirlenmiştir.

Yaşlı nüfusa ilişkin duruma bakıldığında, ülkemizde yaşlı nüfus oranı özellikle güneydoğu illerinde ve kimi doğu illerinde ülke ortalamasının (%8,01) çok altında bulunmakta olup diğer bölgelerde daha yüksektir. Bu bölgeler dışında olmak kaydıyla yaşlı nüfus oranı büyükşehirlerden ziyade orta ölçekli illerde daha yüksektir. Ancak sayısal olarak bakıldığında yoğun nüfuslu büyükşehirlerde yaşlı sayısı diğer illere göre fazladır. Örneğin İstanbul'da yaşlı nüfus oranı %5,01 ile ülke ortalamasının (%8,01) altında iken nüfus sayısı baz alındığında İstanbul'un oransal azlığına rağmen yaşlı nüfus açısından da ülkemizdeki en kalabalık nüfusa (848.872) sahip olduğu görülmektedir.

2022 sayılı kanun çerçevesinde verilen yaşlılık aylığı kapsamında ve engelli evde bakım desteği kapsamında aylık alan yaşlıların sayısı genel olarak yüksek olup bu destekler yaşlı kurum bakımına olan ihtiyacı da azaltmaktadır. Huzurevi bulunmayan birçok ilde bu destekler yaşlı bakımında önemli işlev görmektedir. Huzurevi bulunmayan illerde sosyo-kültürel etkenler yanında bu desteklerin de etkisiyle, yaşlı bakım müracaatlarının çok düşük kaldığı bilinmektedir.

Ülkemizde ki yaşlı bakım kuruluşlarının dağılımının da kimi farklılıklara karşın genel olarak yaşlı nüfusun yoğunluğuna paralel olarak bölgesel farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Buna göre yaşlı bakım kuruluşları daha çok batı bölgelerinde ve büyükşehirlerde yoğunlaşmakta, güneydoğu illerinin çoğunda ve kimi doğu illeriyle, yaşlı nüfusun az olduğu illerde yaşlı bakım kuruluşları bulunmamaktadır.

59 İlimizde Bakanlığımıza bağlı huzurevi veya huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi bulunmakta, 16'sı doğu ve güneydoğu illerimizde olmak üzere 22 ilimizde ise Bakanlığımıza bağlı huzurevi veya huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi (HYBRM) bulunmamaktadır. Bakanlığımıza bağlı huzurevi veya HYBRM bulunmayan illerin 9'unda Bakanlığımıza bağlı huzurevi veya HYBRM yatırımı bulunmakta olup yapım süreçleri devam etmektedir. Bakanlığımıza bağlı huzurevi veya HYBRM bulunmayan illerin birinde de (Kayseri) hem belediye hem de özel huzurevi bulunmaktadır. Bakanlığımıza bağlı huzurevi veya HYBRM bulunmayan illerin 12'sinde ise başka kurum ve kişilere bağlı veya yatırımda bulunan herhangi bir huzurevi de bulunmamaktadır.

Türkiye'de 15 ilde ise özel huzurevi bulunmakta olup bu illerin tamamına yakını ülkenin batı yarısında ve büyükşehirlerde (Isparta haricinde) bulunmakta, doğu bölgelerde yer alan illerde ise özel huzurevi bulunmamaktadır. Özel huzurevlerinde çok sayıda (2803) da boş kapasite bulunmaktadır.

Bu yapılanma sonucu ülke genelindeki toplam 351 kuruluşta 27.509 yaşlı bakım

kapasitesi bulunmasına karşın, 22.240 yaşlıya bakım verilebilmekte, çoğu özel yaşlı bakım kuruluşlarında olmak üzere 4647 kapasite boş bulunmaktadır. Buna karşın ASPB kuruluşlarının çoğu doludur ve kuruluşlara yerleşmek üzere sıra bekleyen çok sayıda yaşlı bulunmakta olup 7047 yaşlı kurum bakımı için sırada beklemektedir.

Bakım talepleri ve tercihleri iller yanında kuruluş tercihlerine göre de yapılmakta olduğundan huzurevi bulunan illerde sırada bekleyen yaşlı sayıları ilin yaşlıları yanında diğer illerden yaşlıların da tercihleri nedeniyle daha fazla olmaktadır. Huzurevi bulunmayan illerde yaşlı bakım müracaatlarının çok az olmasının nedenleri arasında sosyo-kültürel etkenler yanında ilde yaşlı bakım kuruluşlarının olmaması da bulunmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumundan Bakanlığımıza devredilmiş olan İstanbul Etiler HYBRM, İzmir Narlıdere HYBRM ve Ankara 75.Yıl HYBRM'lerinin genel mevzuat yanında kendine özgü mevzuatı ve uygulamaları (ücret, kuruluşa kabul, işleyiş vb) da devam etmekte olup sırada bekleyen yaşlı sayıları çok yüksektir (İstanbul Etiler HYBRM 1.449, İzmir Narlıdere HYBRM 1.401 ve Ankara 75.Yıl HYBRM 67).

ASPB'na bağlı huzurevi ve HYBRM bulunan illerden sadece 5'inde (Ağrı, Trabzon, Çankırı, Bartın, Osmaniye) kapasite üstü yaşlı yatılı kurum bakımı talebi bulunmamaktadır. Huzurevi HYBRM bulunan diğer 54 ilde ise yaşlı yatılı kurum bakımı talebi ve yeni kapasite ihtiyacı devam etmektedir.

Varsayımlar

Kurumsal yaşlı bakım ihtiyacına ilişkin tespit ve önerilerin belirlenmesinde, aşağıda belirtilen hususlar, gerek sosyo-ekonomik ve kültürel özelliklere ilişkin genel veriler gerekse alana ilişkin tecrübeler çerçevesinde genel doğrular ve varsayımlar olarak kabul edilmiştir.

. Türkiye'de bireylerin genel olarak yaşlılığın 50'li yaşlarda başladığına olan inancına karşın, yaşlılığa ilişkin kronolojik yaş konusunda farklı kabuller bulunmaktadır. Ancak Dünya Sağlık Örgütünün özellikle son yıllardaki çalışmalarında 65 yaş ve üzerini dikkate alması, birçok gelişmiş ülkenin 65 yaşı özellikle sosyal güvenlik sisteminden yararlanmak için yaşlılığın başlangıcı açısından referans kabul etmesi, ülkemizde TÜİK, 2022 sayılı yaşlılık aylığı vb. uygulamalarda 65 yaşın kabul edilmesi ve genel müdürlüğümüzün de yeni düzenlemelerine ilişkin planlamalarda 65 yaşı esas almayı öngörmesi nedeniyle buradaki çalışmada da yaşlılık için 65 yaş esas alınmıştır.

. Yaşlı nüfusa ilişkin bakım ihtiyacı oranının ne kadar olabileceğine ilişkin ülkemizde veya dünyada genel geçer bir oran öngörülememekte olup Türkiye çapında

da böyle bir çalışma bulunmamakla birlikte Genel Müdürlüğümüz çalışmasında ise genel olarak yaşlı bakım ihtiyacı illerdeki yaşlı nüfusun %10'u olarak öngörülmüştür.

. Dünya'daki gelişime benzer şekilde ülkemizde de yaşlı nüfus sayısı ve oranı artarak devam edecektir.

. Yaşlı kurum bakımı talebi sosyo-ekonomik ve kültürel özellikler ve gelişime paralel olarak öncelikle batı illerimizde artış gösterecek, zamanla bu artış diğer bölgelerdeki illerimizde de görülecektir.

. Evde bakım desteği, evde sağlık desteği, gündüzlü dayanışma hizmetleri yaşlıların da tercihi olup bu hizmetlerin yaygınlaştırılması yatılı kurum bakımı ihtiyacı ve taleplerini de azaltıcı etki gösterecektir.

. Yaşlı apartmanı uygulamasının başlatılması, yatılı yaşlı kurum bakımı taleplerini azaltacaktır.

. Yaşlı yaşam evlerinin yaygınlaşması, yaşlıların kendi evlerinin de bu kapsamda değerlendirilebilmesi ve merkezi/yerel kurumlar ile özel kurumların bu evlere hizmet sağlaması, huzurevlerine olan talebi azaltacaktır.

. Özel huzurevleri koşullarının (ücret, fiziki koşullar ve standartlar) resmi huzurevi koşullarına benzeşmesiyle yaşlıların tercihinde resmi özel yarımı veya birisinde yoğunlaşma olmayacaktır.

Türkiye'de Yaşlı Bakıma İlişkin Genel Sorunlar

. Dünyada ve ülkemizde genel olarak bakım oranlarına ilişkin kimi çalışmalar veya tahminler bulunmakla birlikte, yaşlı bakım ihtiyacı oranı veya sayısına ilişkin ülkemize de uyarlanabilecek sayısal bir veri veya genel geçer bir oran bulunmamaktadır. Bu nedenle Türkiye'de yaşlı nüfusun ne kadarının bakım hizmetine ihtiyaç duyduğu ve ne kadar yaşlı bakım kurumuna ihtiyaç duyulduğu kesin rakamlarla bilinmemektedir.

. Yaşlı bakım ihtiyacına ilişkin sayısal olarak net bilimsel veriler bulunmaması nedeniyle konuyla ilgili hizmet planlamasında ve çalışmalarda ancak demografik veriler ve sosyo-ekonomik ve kültürel görünüm ışığında tahminler yapılabilmekte, bu durum konuyla ilgili çalışmalar ve ileriye yönelik planlamalarda sorun teşkil edebilmektedir.

. Yaşlı bakıma ilişkin kimi hizmet modelleri (evde bakım, evde sağlık, gündüzlü bakım, yatılı kurum bakımı, yaşlı evi, yaşlı apartmanı, yaşlı siteleri vb) ya başlatılamamış ya da yeterince yaygınlaştırılamamış, yeterli alternatifler geliştiri-

lememiştir.

. Mevcut sosyal güvenlik şemsiyesi yaşlıların da dahil olduğu bakım sigortasını kapsamamakta ve yaşlı bakımı da kapsayan bağımsız bir bakım sigortası bulunmamaktadır.

. Kısa veya uzun süreli bakım hizmetlerinin sunumunda nicelik olarak sorun yaşanmaktadır.

. Yaşlı bakım personelinin eğitimi ve istihdamında nitelik ve nicelik sorunu bulunmaktadır.

Türkiye'de Kurumsal Yaşlı Bakıma İlişkin Sorunlar

. Demografik ve kültürel nedenler gibi çeşitli nedenlere bağlı olarak da olsa, yaşlı bakım kuruluşlarının ülke geneline dağılımında kimi dengesizlikler bulunmaktadır.

. Mevcut yaşlı kurum bakımı kapasitesi yetersizdir. ASPB kuruluşlarının çoğu doludur ve kuruluşlara yerleşmek üzere sıra bekleyen çok sayıda yaşlı (7134) bulunmaktadır.

. Yaşlı kurum bakımı için sıra bekleyen çok sayıda (7.134) yaşlı bulunmasına karşın, özellikle özel yaşlı bakım kuruluşlarında çok sayıda boş yer (2.796) bulunmakta, kapasite tam olarak kullanılamamaktadır. Bu nedenle hem kaynaklar etkin şekilde kullanılamamakta, hem de yaşlı bakım ihtiyacının karşılanmasında yetersizlik yaşanmaktadır.

. Yatırım programında bulunan kuruluşların teknik konular vb. nedenlerle hızlıca bitirilememesi, buna karşın sosyo-ekonomik nedenlere bağlı olarak kurum bakımı taleplerinde her geçen yıl artış olması nedeniyle yatırım programındaki mevcut kuruluşların bitmesi halinde dahi yeni yatırımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

. Sadece alzheimer/demans gibi farklı özelliklere sahip yaşlı gruplara hizmet veren ihtisas yaşlı bakım kurumları bulunmamaktadır.

3.TÜRKİYE'DE YAŞLI BAKIMA İLİŞKİN SORUNLARIN ÇÖZÜMÜNE YÖNELİK ÖNERİLER

Genel Öneriler

. Türkiye'de yaşlı nüfus ile yaşlı bakım ihtiyacına dair mevcut ve gelecek döneme dair verilerin tespit edilmesi amacıyla bilimsel ve kurumsal çalışmalar yapılması,

önümüzdeki sürece ilişkin projeksiyonların ortaya konulması gerekmektedir.

. Yaşlılara yönelik hizmetler "hak temelli" olarak sunulmalıdır. Yaşlı bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması ve yaygınlaşması amacıyla bakım sigortasına ilişkin düzenleme yapılarak sosyal güvenlik şemsiyesine alınması sağlanmalı, sosyal yardım vb. uygulamalarla tamamlayıcı bir sistem kurulmalıdır.

. Bakım hizmetlerinin norm ve standartları geliştirilmeli, Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarına ilişkin düzenleme yapılarak, resmi özel vs. ayrım yapılmadan tüm yaşlı bakım kuruluşları için standartlar aynı şekilde uygulanmalıdır.

. Yaşlılara yönelik politika ve uygulamalarda hizmet çeşitliliği sağlanmalı ve hizmet önceliği doğrultusunda; evde bakım/evde sağlık, gündüzlü dayanışma, gündüzlü bakım, yaşlı apartmanı, yaşlı siteleri, yaşlı evleri, kısa veya uzun süreli kurum bakımı, vb. hizmet modelleri bölgesel farklılıklar da dikkate alınarak planlanmalı ve uygulanmalıdır. Hizmetlerin bütünleşik bir şekilde verilebilmesi için kurumlar arasında işbirliğine gidilmeli ve koordinasyon sağlanmalıdır.

. Bilindiği üzere gelişmiş batı ülkelerinde edinilen tecrübelere istinaden, bakıma muhtaç yaşlıların, yakınlarının yanında veya kendi evlerinde yaşamaktan ve bakılmaktan daha mutlu olmaları ve evde bakım masraflarının kurumsal bakım harcamalarına göre daha düşük olması nedeniyle bakım hizmetlerinin organizasyonu ve sunumunda kurum bakımı hizmetleri yerine evde bakım hizmetlerinin tercih edildiği bilinmektedir. Ülkemizde de sosyo-kültürel yapı ve TÜİK verilerinden de anlaşıldığı gibi yaşlılar evde bakımı güvenli bulmakta ve tercih etmekte, ailelerini ise mutluluk kaynağı olarak görmektedir. Bu nedenle yaşlı bakımında öncelikle yaşlıların yaşam koşullarının iyileştirilmesi ve evde bakımın öncelikli olarak hedeflenmesi gerekmektedir.

. Yaşlıların ev ve aile ortamında bakımını sağlamak amacıyla yaşlının bakımını üstlenen yakınlarına sosyo-ekonomik destek (engelli evde bakım desteği benzeri) verilmelidir.

. Yaşlı apartmanı uygulamasının başlatılarak, yaşlıların kendi ortamlarında bakımının devamı sağlanmalıdır. (Örneğin tümü, çoğunluğu veya belli bir oranı yaşlılardan oluşan apartmanlarda temizlik, onarım, bakım hizmetlerinin resmi veya özel kurumlar tarafından verilmesi, yaşlıların kendi ev ortamlarında yaşamlarını devam ettirmelerine, kurum bakımına yönelmelerinin önlenmesine yardımcı olacaktır).

. Yaşlı yaşam evlerinin yaygınlaşması, yaşlıların kendi evlerinin de bu kapsamda değerlendirilebilmesi ve merkezi/yerel kurumlar ile özel kurumların bu evlere hizmet vermeleri sağlanmalıdır. Böylece yaşlıların ev ortamında bakımı sağlanarak, huzurevlerine olan talep azaltılabilecektir.

. Yaşlılar ve engelliler birebir özdeş olarak düşünülmemeli ve yaşlılar birer engelli olarak görülmemelidir (TÜİK verilerine göre ülkemizde yaşlıların yaklaşık 3'te 1'i engellidir). Bu iki grubun ihtiyaç ve özellikleri farklılık gösterebilmektedir. Yaşlılara yönelik kurum bakımı hizmet modelleri yaşlıların tercihleri doğrultusunda (özdeş durumlar haricinde) engellilerle birarada düşünülmemeli, yaşlıların özellikleri gözönünde tutularak planlanmalıdır. Bununla birlikte engelli veya ruh sağlığı bozuk yaşlılara yönelik kurum bakımında yaşlılık özellikleri yanında, engel durumları da dikkate alınmalıdır.

. Yaşlılara yönelik hizmetlerde yaşlıların toplumdan izole olmasına yol açacak uygulamalardan kaçınılarak, toplum içinde, aktif yaşamalarını destekleyen hizmetler öngörülmelidir.

. Yaşlılara yönelik hizmetin sunumunda, merkezi yönetimle birlikte, yerel yönetimlerin ve sivil toplum kuruluşlarının da hizmet sunumunda daha etkin hale gelmesi sağlanmalı, belediyeler, diğer kamu kurumları ve STK'lar ile özel kesimlerce yaşlılara sunulan hizmetlerin kapsamı, standardı ve yürütülmesine ilişkin mevzuat düzenlemesi yapılarak, standardizasyon, izleme ve değerlendirme süreciyle hizmetlerin etkinliği artırılmalıdır. Kar amacı gütmeyen vakıf ve dernekler de idari ve mali açıdan desteklenmelidir.

. Yaşlı bakımında görev alacak personele yönelik yükseköğretimde açılan yüzyüze ve uygulamalı eğitim teşvik edilerek, bu bölümlerde ihtiyaca uygun sayıda kontenjan açılması sağlanmalı, uygun sayıda nitelikli personelin ortaya çıkması ile birlikte yaygın eğitim kapsamında çeşitli kuruluşlar tarafından verilen "Yaşlı Bakım Elemanı" sertifika programlarının açılması yerine, yaşlı bakım kuruluşlarında bakım elemanı olarak öncelikle bu bölüm mezunlarının görevlendirilmesi, yaşlılık alanındaki diğer personel için de yaşlı bakım kuruluşlarında yeterli sayıda kadro ihdas edilmesi ve personelin özlük haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

. Toplumda yaşlılık ve yaşlı bakımına ilişkin bilincin artırılması, kuşaklararası dayanışmanın geliştirilmesi, erişilebilirlik, yaşlı dostu kentler vb. çalışmaların geliştirilmesi de yaşlı bakımına katkı sağlayacaktır.

. Yaşlı bakımında rehabilite edici destek teknolojilerinin uluslararası standartlara göre geliştirilmesi, evde ve kurumlarda yaşlıların hayatını kolaylaştırıcı alet, eşya ve düzenlemelerin yapılması yaşlı ve bakıcılar için kolaylık sağlayacak, yaşlıların yaşam kalitesini yükseltecektir. Bu çerçevede tüm yaşlıları kapsayan çağrı butonu sistemi de kurulmalıdır.

Kurumsal Yaşlı Bakımına İlişkin Öneriler:

. Bakım ihtiyacı olan yaşlıların bakımı öncelikle kendileri tarafından, olmuyorsa yakınları tarafından, o da olmuyorsa bakım sigortası, sosyal yardım vb. tamamla-

yıcı sistem çerçevesinde bakıcı tarafından veya resmi ve özel kuruluşlarda sağlanacak şekilde kurgulanmalıdır.

. Yaşlı bakım ihtiyacının tespiti profesyonel meslek elemanları tarafından, çok yönlü değerlendirme ile ve yaşlının görüşü temel alınarak yapılmalı. İhtiyaç tespiti yanında yararlanabileceği hizmetler hakkında yaşlı bilgilendirilerek, hizmet alacağı kuruluşu kendisi seçebilmelidir.

. Yaşlı bakım kuruluşları personel ve fiziki imkanlarla güçlendirilerek çok yönlü hizmet (yatılı bakım, gündüzlü hizmet, evde bakım vb) vermeleri sağlanmalıdır.

. Alzheimer/demans vb. farklı özelliklere sahip yaşlı gruplarına uygun hizmetlerin verileceği kuruluşlar hizmete sokulmalıdır.

. Huzurevi ve yaşlı bakım kuruluşlarının öncelikli olarak düşük kapasiteli olarak yapılması hedeflenmelidir. Ancak yaşlı sayısının ve kurum bakımı taleplerinin çok yoğun olduğu büyükşehirlerde (İstanbul, İzmir, Ankara) hemen hemen tüm hizmet modellerinin toplum içerisinde, aynı yerleşkede, ancak farklı binalarda sunulduğu geniş yaşlı bakım kompleksleri de yapılmalı ve yaşlı tercihlerine göre hizmet sunulmalıdır.

. Huzurevlerinin yaşlıların görüşleri doğrultusunda, kendilerini evlerinde hissedebilecekleri, bağımsız ve özerk yaşam sürdürebilecekleri mekanlar halinde düzenlenmesi, özel ihtiyaçlarının gözönünde bulundurulması ve üretken olabilecekleri şekilde kurgulanması gerekmektedir.

. Huzurevleri sayısı ve kapasiteleri illerin demografik yapısı, sosyo-kültürel özellikler, ihtiyaç ve talepleri doğrultusunda planlanmalıdır.

. İllerdeki huzurevi taleplerine ilişkin sıra listeleri nakil (bir huzurevinden başka bir huzurevine yerleşme) ve tertip (ilk kez kurum bakımına yerleşme işlemi) sırası olarak ayrı ayrı tutulmalı ve tertip taleplerinin karşılanmasına öncelik verilmelidir.

. Kamu kurumları ve özel huzurevlerinin temel standartları ve ücretleri aynı veya yakın olmalı, fiyat tespitleri bu çerçevede oluşturulmalıdır.

. Yatılı kurum bakımı için sıra bekleyen yaşlıların özel kuruluşların boş kapasitelerinden yararlandırılması için daha kolay uygulanabilir yöntemler (örneğin engellilerin özel bakım merkezlerinden yararlandırılma süreci gibi) uygulanmalıdır. Kaynakların etkin kullanımı ve yaşlı bakım ihtiyacının giderilmesi için resmi veya özel huzurevlerinin tam kapasiteyle hizmet vermesi gerekmektedir. Özel huzurevleri koşullarının (ücret, fiziki koşullar ve standartlar) resmi huzurevi koşullarına benzeşmesiyle özel huzurevlerinin boş kapasiteleri dolacak ve resmi huzurevlerine olan aşırı talep makul seviyeye inecektir.

. Sosyal Güvenlik Kurumundan ASP Bakanlığımıza devredilmiş olan İstanbul Etiler HYBRM, İzmir Narlıdere HYBRM ve Ankara 75.Yıl HYBRM'lerine yerleşmek üzere sırada bekleme sayılarının azaltılması için bu kuruluşlarla Bakanlığımıza bağlı diğer huzurevlerinin mevzuat ve uygulama birliği sağlanmalı veya bu kapsamda hizmet veren huzurevi sayısı artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

-Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS), TUİK, 2011

-Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Verileri 2015

-Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü web sitesi;

http://www.eyh.gov.tr/upload/Node/8638/files/Yaslanma_Ulusal_Eylem_Plani.pdf

-Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu "21. Yüzyılda Yaşlanmak: Kutlama ve Meydan Okuma/Mücadele" 2012

-Birleşmiş Milletler "Dünya Nüfus Beklentileri Raporu" 2010

-Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği

(21.02.2001) T.C. Resmi Gazete, 24325

-İstatistiklerle Yaşlılar 2014, TÜİK 2015, www.tuik.gov.tr

-TUİK "Türkiye'nin Demografik Yapısı Ve Geleceği 2010-2050"

-TÜİK "Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2012 ve 2014" www.tuik.gov.tr

-Türkiye İstatistik Kurumu web sitesi http://www.tuik.gov.tr/

-Türkiye İstatistik Kurumu Nüfus Projeksiyonları: 2008-2050, 2011

-Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel

Müdürlüğü, DPT yayınları No:2741, 2007, Ankara

-Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Aile ve Sosyal Politikalar

Genel Müdürlüğü Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, 2013, Ankara

-Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı, Madrid: Birleşmiş Milletler 2. Uluslararası Yaşlılık Asamblesi

BEDEN, RUH VE ZİHİN İÇİN GIDA PROJESİNDE AKTİF YAŞLANMA VE KUŞAKLARARASI DAYANIŞMA ÖRNEKLERİ

Davut ELMACI[1], Sadi ERGİN[2]
[1]Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Yönetimi ve Politikası Doktora Öğrencisi, Amasya Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, Öğretmen.
[2]South Russian Üniversitesi Sağlık Yönetimi Doktora Öğrencisi, Amasya Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İl Müdürü.

ÖZET

Yaşlılık sorunlarına yönelik çözüm önerilerine örnek çalışmalardan birisi Türkiye ile birlikte yedi Avrupa ülkesi ile yürütülen "Beden, Ruh ve Zihin İçin Gıda-Food for Body, Mind and Spirit- Projesi"dir. Projenin Türkiye'deki ortağı Amasya Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüdür. Proje, yaşlılara, sağlıklı kalma ve toplumdaki itibarlarını yeniden kazanma için gerekli beceriler kazandırmayı, kuşaklararası dayanışmanın canlandırılmasını ve böylece yaşlıların yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlamıştır. Projenin en önemli çıktısı, her ülkeden örnek yemek tarifleri, hikayeler ve el sanatları çalışmalarının yer aldığı kitapçıktır. Bu çalışmada, proje kapsamında gerçekleştirilen aktif yaşlanma ve kuşaklararası dayanışma örnekleri ve kazanılan deneyimler paylaşılmakta, yaşlı dostu kentler kapsamında bazı öneriler sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aktif Yaşlanma, Kuşaklararası Dayanışma, Yaşlılık.

GİRİŞ

Günümüzde tüm dünyada yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Nüfusun yaşlanması, temelde doğum oranındaki azalmaya ve yaşam süresinin artmasına bağlıdır. Avrupa'da hemen hemen bütün ülkelerde toplam doğurganlık oranı yenilenme hızının altına düşmüştür. Yaşlanma sadece Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkelerde değil, birçok gelişmiş ülkede de ele alınması gereken önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Akın, 2009, s. 29). Yaşlı nüfus oranının artması yalnızlık, yoksulluk, bakım gereksinimi, sosyal hayata katılım gibi birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Toplumdaki yaş yapısının değişmesi, toplumsal altyapıda, sosyal politikada ve ekonomide de birtakım değişiklikleri gerektirmektedir (Tamer, 2014, s. 9).

Yaşlanma, insanoğlunun içerisinde bulunduğu doğal bir süreç olup yaşlanmanın çok boyutlu biyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik sonuçlarının olması, günümüzde yaşlanma konusuna olan ilgiyi artırmıştır. Diğer yandan, dünyada yaşlanmanın hızlanması ve gözle görülür bir hale gelmesiyle birlikte aktif yaşlanma konusu da ön plana çıkmaya başlamıştır (Aydın ve Sayılan, 2014, s.76). Ayrıca en yaşlı ve en genç kuşak arasındaki yaş farkının giderek açılmasıyla birlikte kuşaklararası ilişkilerin toplumsal etkileri de yoğun bir biçimde tartışılmaya başlanmıştır (Yıldırım, 2015, s. 278).

Aktif yaşlanma kavramı, yaşlıların çalışmaya devam edebilmeleri, sağlıklı kalmaları, topluma katkıda bulunmaya devam edebilmeleri anlamlarını içermektedir. Aktif yaşlanma, bireylere ileriki yaşlarında sosyal güvenlik, sağlık ve toplumsal hayata katılım açısından fırsatlar sunarak yaşam kalitelerinin geliştirilmesini hedefleyen bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda aktif olma kavramı, yalnızca fiziki anlamda aktif olma ve işgücüne katılma durumunu değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel katılımı da içermek suretiyle daha geniş bir anlamı ifade etmektedir (Avrupa Birliği Bakanlığı, 2011). Kuşaklararası dayanışma ise yaşlıların ve diğer dezavantajlı grupların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için kaynakların yeniden dağıtımının sağlanmasıdır (Özmete, 2012, s.14). Bireylerin taleplerini devletten ya da piyasadan karşılayamadıkları durumlarda kuşaklararası dayanışma daha önemli hale gelir. Kuşaklararası dayanışmada kaynak aktarımı alt kuşaktan üst kuşağa olabildiği gibi üst kuşaktan alt kuşağa doğru da olabilir ve maddi ya da manevi kaynak aktarımı şeklinde gerçekleşebilir (Kalaycıoğlu, 2012, s. 53).

Beden, Ruh ve Zihin İçin Gıda Projesi

Avrupa Birliği tarafından 2012 yılının "Aktif Yaşlanma ve Kuşaklararası Dayanışma Yılı" olarak kabul edilmesiyle birlikte bu konudaki çalışmalar hızlanmıştır. Bu amaçla AB programları kapsamında 5-9 Ekim 2011 tarihlerinde İtalya'da "Aktif Yaşlanma" konulu bir irtibat semineri düzenlenmiştir. Seminerin amacı, Avrupa'nın farklı ülkelerinden çeşitli kurumları bir araya getirerek aktif yaşlanma ve kuşaklararası dayanışma konusunda bilgi alışverişi yapılması, ileride gerçekleştirilecek projeler için işbirliği ve ortaklıkların kurulmasının sağlanmasıdır. Bu kapsamda yazarlardan Davut ELMACI da İtalya'da gerçekleştirilen bu seminere katılmış ve projenin ilk temelleri bu seminerde atılmaya başlanmıştır. Seminerde Almanya, Polonya, Litvanya, Portekiz ve İngiltere'den gelen katılımcılarla bir işbirliği sağlanmış, daha sonra bu gruba İtalya da katılmıştır. Böylelikle katılımcılar 2012 yılı için "Aktif Yaşlanma ve Kuşaklararası Dayanışma" konusu çerçevesinde "Beden, Ruh ve Zihin İçin Gıda-Food for Body, Mind and Spirit-" başlıklı bir Grundtvig Öğrenme Ortaklıkları Projesi sunmaya karar vermişlerdir. Yapılan değerlendirme sonucunda proje başarılı bulunmuş ve hibe almaya hak kazanmıştır. Proje, Avrupa Birliği Eğitim ve Gençlik Programları Merkezi Başkanlığınca (Ulusal Ajans) Avrupa Komisyonundan sağlanan hibeyle desteklenmiştir. Proje kapsamında Amasya

Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, planlanan 24 hareketlilik (yurtdışına çıkan kişi sayısı) için 25.000 Avro hibe almıştır. Diğer ortaklar ise her biri 12'şer hareketlilik planlayarak toplam 105.500 Avro hibe almışlardır. Her bir ülke hibeyi kendi Ulusal Ajansından almıştır. Proje kapsamında tüm ortaklarca gerçekleştirilen 96 hareketlilik için toplam proje bütçesi 130.500 Avro olarak gerçekleşmiştir.

Beden, Ruh ve Zihin İçin Gıda Projesi genel olarak, sağlıklı yaşlanma için gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılarak yaşlıların yaşam kalitesinin geliştirilmesini, toplumsal statülerinin ve özsaygılarının artırılmasını amaçlamaktadır. Projenin özel amaçları ise şunlardır:

1. Yaşlılık konusunda farkındalığın artırılması, sağlıklı yaşlanmanın desteklenmesi,

2. Sağlıklı ve ucuz yiyeceklere ulaşabilmeleri konusunda insanların bilinçlendirilmesi,

3. Yaşlılar için bilgi ve iletişim teknolojilerini kapsayan öğrenme fırsatları sağlanması,

4. Kendine saygı ve özgüvenlerini geliştirerek yaşlıların kendini gerçekleştirmelerinin desteklenmesi,

5. Sosyal gelişmenin önemli bir faktörü olarak, Avrupa'nın kuşaklararası dayanışma değerlerinin geliştirilmesi,

6. Yaşlılar ve gençler için birlikte öğrenme alanları ve fırsatları oluşturarak, kuşaklararası etkileşimin canlanması,

7. Farklı Avrupa ülkeleri arasında beslenme gelenekleri ile ilgili bilgi değişimleri yaparak kültürel çeşitliliğin teşvik edilmesi,

8. Farklı kurumlar arasında deneyimlerin ve iyi uygulamaların paylaşılması.

Bu amaçların gerçekleştirilmesi için proje konusu olarak beslenme ve yiyecekler seçilmiştir. Çünkü yiyecekler, besinsel anlamdan daha büyük anlamlar taşır ve toplumların kültür ve geleneklerini, insanların etkileşimlerini ve basit zevklerini etkilerler. Diğer yandan beslenme ve yiyeceklerle yapılacak faaliyetler, projenin amaçlarına ulaşılabilmesi için oldukça uygun olanaklar sağlamaktadır.

Proje Faaliyetleri ve Deneyimler

Proje faaliyetleri, yerel ve ulusötesi faaliyetler olmak üzere iki şekilde gerçekleşmiştir. Yerelde her proje ortağı, projenin amaçları doğrultusunda sağlıklı ve aktif yaşlanma üzerine eğitimler, yemek yapma etkinlikleri, resim, el sanatları, fotoğraf çekimi gibi çalışmalar gerçekleştirmiştir. Bunun dışında her ortak internet üzerinde proje blog sitesi hazırlamış, ucuz ve sağlıklı yemek tarifleri, kültürel hikayeler biriktirilmiştir. Bunun dışında ortak bir proje web sitesi hazırlanmıştır. Ulusötesi ziyaretlerde ise yereldeki faaliyetlere benzer faaliyetler gerçekleştirilmiş ancak kültürlerarası boyut ve kültürel etkileşim daha çok ön plana çıkarılmıştır.

Proje faaliyetleri esnasında yaşlanmaya vurgu yapılarak her kuşaktan kişilerin, yaşlı, genç, engelli, mülteci vb. dezavantajlı grupların faaliyetlerde yer alması sağlanmıştır. Amasya'da yapılan yerel proje faaliyetlerinde koruma altındaki çocuk ve gençlerin de proje faaliyetlerine katılmaları sağlanmıştır. Kolay ve sağlıklı yemek tariflerini gençler yaşlılardan toplayarak derlemiş, bu yemek tariflerinin yerel proje bloglarında ve proje kitabında yer alması sağlanmıştır. Gençler, benzer şekilde kültürel hikayeleri de yaşlılarla etkileşimde bulunarak derlemişlerdir. Proje faaliyetlerinin yerel proje bloglarına yüklenmesiyle genç ve yaşlıların bu bloglar vesilesiyle dijital sohbetler yapabilmelerine olanak sağlanmıştır. Proje faaliyetleri dolayısıyla yaşlılarla konuşulması, sohbet edilmesi, onların bilgilerine başvurulması, yaşlıların kendilerini değerli hissetmeleri yönünde oldukça önemli katkılar sağlamıştır. Bunun dışında hayatında hiç yurtdışına çıkmamış yaşlılar, proje vesilesiyle ilk kez yurtdışı deneyimi yaşamışlardır. Ayrıca yurtdışına gidecek olmaları nedeniyle yabancı dil öğrenme istekleri gelişmiş, basit sözcük ve cümlelerle de olsa yabancı dilde iletişim kurma becerileri gelişmiş, projeden sonra da yabancılarla iletişimlerini sürdürmüşlerdir.

Proje sonunda her ülkeden yemek tarifleri, el sanatları çalışmaları ve hikayelerden oluşan bir kitap oluşturulmuştur. Kitap online olarak ve PDF formatında proje web sitesinde (http://www.foodforbodymindandspirit.eu/) İngilizce ve her ülkenin kendi dilinde yer almaktadır. Yaşlı ve gençlerin birlikte çektikleri fotoğraflardan oluşan online fotoğraf sergisi de proje sitesinde yer almaktadır.

Proje süresince yapılan yurtdışı ziyaretler, yaşlıların aktif vatandaşlık ve sosyal hayata katılımlarının desteklenmesi, yaşlılar için yaşam boyu öğrenme yaklaşımına uygun ortamların oluşturulması ve erişilebilirlik düzenlemeleri gibi yönlerden önemli farkındalık sağlamıştır. Aşağıda ayrıntılı olarak açıklanacak üçüncü yaş üniversitesi ve çokkuşaklı merkez uygulamaları yaşlıların sosyal hayata katılımı için önemlidir. Diğer yandan, kütüphanelerde, huzurevlerinde ve diğer alanlarda gözlemlenen erişilebilirlik düzenlemeleri aktif yaşlanmayı ve yaşlıların sosyal hayata katılımlarını destekleyici uygulamalardır. Türkiye'den yurtdışına giden katılımcıların birçoğu ilk defa merdiven asansörü, portatif asansör, engellilerin rahatça binebildiği toplu taşıma araçları görmüşler, bu deneyimler onlarda yeni bakış açıları oluşturmuştur.

Proje kapsamında iyi uygulama örneği olarak kabul edilebilecek İtalya'daki "Üçüncü Yaş Üniversitesi" ve Almanya'daki "Kuşaklararası Merkez" uygulamaları aşağıda ayrıca ele alınmaktadır. Ancak but tür benzer uygulamalarla ülkemizde de karşılaşıldığı unutulmamalıdır.

İtalya'da Üçüncü Yaş Üniversiteleri

Üçüncü yaş kavramı ilk defa 1970'lerde Fransa'da ortaya çıkmış olup insanın aktif iş yaşamından sonraki ömür dilimini içeren bir kavramdır. Bilim ve teknolojideki gelişmeler, sağlık koşullarının iyileşmesi gibi nedenlerle insan ömrünün uzamış olması yaşlı nüfus oranını da artırmıştır. Diğer yandan, bu gelişmelerle birlikte yaşlı kesimin hastalık oranlarının da azalması daha etkin, dinamik ve canlı bir yaşlı nüfus ortaya çıkmasına yol açmaktadır. (yaslilikrehberi.org). Fransa'da ortaya çıkan ilk üçüncü yaş üniversitesi, katılımcıların sadece öğrenmenin zevki için buluştukları bir alanda kurulmuştur. Buraya kaydolmak için herhangi bir vasfa sahip olmak gerekmemekte ve yaş sınırı da aranmamaktaydı. Katılımcılar hem öğretmen hem de öğrenciydi. Zaman çizelgeleri esnek olup eğitimler kütüphanelerde, evlerde ya da okullarda yapılıyordu. Düşük miktarda üyelik aidatı alınıyordu. Buralarda yapılan eğitimler akademik konulardan el sanatlarına ve fiziksel aktivitelere kadar çeşitlilik gösteriyordu (Herodot Akademisi, www.hero3a.com). Günümüzde özellikle Avrupa'da, üçüncü yaş üniversiteleri önemli bir eğitim uygulaması olarak yaşam boyu öğrenme ideali içinde yer bulmaktadır. Üçüncü yaş üniversiteleriyle yaşlıların işgücü dışına itilmelerinin ve deneyim zenginliklerinin göz ardı edilmesi engellenerek, bunun yerine onların sahip oldukları potansiyeli kullanmaları sağlanıp hem bireysel bir tatmin hem de toplumsal katkı oluşması amaçlanmaktadır (Tatlıdil ve Günder, 2012, s.2169) "Üçüncü yaş" grubu, dünyada en hızlı büyüyen yaş grubudur. Fiziksel olarak aktif ve zihinsel olarak canlı olan üçüncü yaştaki insanlar, çalışma hayatlarının ötesine geçerken öğrenme ve aydınlatıcı ortamlarda aktif kalma isteklerini de muhafaza etmektedirler (Herodot Akademisi, www.hero3a.com).

İtalya'daki ilk üçüncü yaş üniversitesi (Università della Terza Età) 1975 yılında Torino'da (Turin) kurulmuştur. Günümüzde üçüncü yaş üniversitelerinin ve buralara üye olanların sayısı artmaktadır. Üçüncü yaş üniversitelerindeki faaliyetler tamamen gönüllülük esasıyla yürütülmektedir. Bilgi bir hediye olarak kabul edildiği için faaliyetlerde yer alan eğiticiler herhangi bir ücret almamakta, bilgilerini diğer insanlara hediye olarak vermektedir. Üçüncü yaş üniversitesi, eğitim, bilgi, araştırma ve kuşaklararası etkileşimin sağlanmasını amaçlamaktadır. Her üyenin deneyimlerinin gelecek kuşaklar için kayıt altına alınması önemli görünmektedir (worldu3a.org).

Beden, Ruh ve Zihin İçin Gıda Projesi kapsamında yapılan İtalya ziyaretinde de bir üçüncü yaş üniversitesi ziyaret edilmiş ve oradaki bazı uygulamaları gözlemleme fırsatı olmuştur. Bu üçüncü yaş üniversitesi İtalya'nın kuzeyinde Slovenya sınırına

yakın Udine şehrindedir. Burası 23 Kasım 1982 yılında kurulmuştur ve ilk başkanı Paolo Naliato olduğundan bu isimle anılmaktadır. Bu üçüncü yaş üniversitesi yetişkin eğitimi yaklaşımı kapsamında katılımcılara fırsatlar sunmaktadır. Her ne kadar yaşlılara hizmet veriyor görünse de farklı kuşaklara da açıktır. Yaşlıların sosyal ve kültürel hayata katılımlarını kolaylaştırmak, bilgi ve becerilerini mümkün olduğunca eğlenceli bir biçimde geliştirmek, moral ve motivasyonlarını artırmak başlıca amaçları arasında yer almaktadır. Bunun dışında yetişkinler ve emekli üniversite öğretim elemanları arasındaki ücretsiz işbirliğini artırmak, kuşaklararası kültür ve tecrübe paylaşımını sağlamak, gönüllülük, aktif ve sorumlu vatandaşlık bilincini geliştirmek de amaçları arasında yer almaktadır. Burada jimnastik, seramik, yabancı dil, tarih, edebiyat, felsefe eğitimleri, mantık oyunları, kültürel ziyaretler, müze ziyaretleri, atölye çalışmaları, konferanslar, kitap sunumları, sinema, çeşitli konularda tartışmalar gibi faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Eğitimler temel düzeyde olabildiği gibi orta ve ileri düzeyde de olabilmektedir.

İtalyan deneyimleri, üçüncü yaş üniversitelerinin gelişimleri ile ilgili üç önemli motivasyonun gerekli olduğunu göstermektedir. Bunlar sosyal motivasyon, kültürel motivasyon ve araştırma motivasyonudur. İtalya'da FEDERUNI, UNITRE ve AUPTEL olmak üzere üç farklı tipte üçüncü yaş üniversitesi örgütlenmesi vardır ve bütün üçüncü yaş üniversiteleri bu üç farklı örgütlenmenin birisi içinde yer alır. Bunların her birisinin kendisine özgü kuralları vardır (Gobo, 2011). Dünyada ise Fransız Modeli ve İngiliz Modeli olmak üzere iki farklı üçüncü yaş üniversitesi modelinden söz edilebilir. Bunlardan Fransız Modeli, geleneksel üniversite tabanlı olup çoğunlukla yapılandırılmış kurslar sunmaktadır. İngiliz Modelinde ise katı biçimsel kurallar olmayıp özerkliğe ve kendi kendine öğrenmeye dayalı bir yapı vardır. İngiliz Modelinde öğrenen ve öğreten (eğitici) arasındaki sınırlar kesin değildir. Yani katılımcılar aynı anda hem öğrenen hem öğreten olabilirler (Swindell, 1997, s. 478).

Almanya'da Çokkuşaklı Merkezler

Çokkuşaklı merkezler (multigenerational hause) farklı kuşakların bir araya geldiği, birbirleriyle etkileşimde bulunduğu ve birbirlerini destekledikleri toplum merkezleridir (Robertson, 2013, s. 12). Almanya'da çokkuşaklı merkezler sosyo-ekonomik gelişmelerin ve başta demografik değişimler olmak üzere modern Alman toplumundaki eğilimlerin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Yaşlı nüfus oranının artması, yaşlı bakımı için olduğu kadar çocuk bakımı için de bakım elemanı ihtiyacının artması, emeklilikten sonra yaşlıların ilgileri doğrultusunda yeni roller aramaları, sivil toplum ve gönüllülük bilincinin yaygınlaşması, çokkuşaklı merkezlerin ortaya çıkmasına yol açan önemli etkenlerdir (Burchard, Doubravova ve Oldenburg, 2012, s. 299).

Çokkuşaklı merkezlerde yaşlılara alışveriş, temizlik, beslenme, bakım gibi günlük

aktivitelerini yerine getirebilmeleri için pahalı olmayan hizmet ve destekler sunulur. Profesyonel meslek elemanlarınca sunulan hizmetler aynı zamanda gönüllüler tarafından desteklenir. Güçlü bir kuşaklararası yapı vardır ve yaşlılar, ailelere, çocuklara ve gençlere destek olurlar. Çokkuşaklı merkezler, çocuk bakım yardımı sağlanması, beceriler kazandırılması, dezavantajlı çocuk ve gençlerin eğitimsel gelişimleri için olumlu koşullar oluşturulması, insanların yeniden iş hayatına dönmelerinin desteklenmesi gibi yönlerden önemli fırsatlar sağlamaktadır. Çokkuşaklı merkezlerin temel odak noktası, aktif yaşlanma ve kuşaklararası dayanışmadır (Robertson, 2013, s. 12).

Almanya'da Aile Bakanlığı tarafından finanse edilen 500'ün üzerinde çokkuşaklı merkez bulunmaktadır. Bu merkezlerin her birine beş yıl boyunca yıllık 40 bin Avro verilmekte ve beş yılın sonunda merkezin kendi kendine yeterli duruma gelmesi beklenmektedir. Böyle olunca da bu merkezler kafeterya işletme, kostüm kiralama, hizmet ücreti alma gibi gelir getirici çeşitli faaliyetlerde bulunmaktadır (Thang ve Kaplan, 2013, s. 240). Aynı zamanda çokkuşaklı merkezlerden 200 tanesine Avrupa Sosyal Fonundan da destek sağlanmaktadır (Burchard, Doubravova ve Oldenburg, 2012).

Beden, Ruh ve Zihin İçin Gıda Projesi kapsamında yapılan Almanya ziyaretinde çokkuşaklı merkezlere örnek olabilecek Kassel şehrindeki "Heilhaus" adlı merkez ziyaret edilmiştir. Heilhause (healing hause – şifa evi) hareketi 1990 yılında Almanya'nın Kassel şehrinde Ursa Paul tarafından başlatılmıştır. Zamanla bu hareket Kassel şehrinden Almanya'nın diğer bölgelerine ve İsviçre gibi ülkelere kadar yayılmıştır. Heilhause, günlük yaşamda doğum, yaşam ve ölüm döngüsünün bütünleştirilmesini esas alır (Woiwode, 2010, s. 53).

Heilhause, bütünsel sağlık anlayışına dayanır. Buna göre sağlığın fiziksel, zihinsel ve ruhsal boyutları olduğu gibi sağlıklı olabilmek için sosyal ilişkiler de oldukça önemlidir. Hayat, doğum ile yaşam ve ölüm döngüsü içinde bir bütün olarak görülür. Bu yüzden Heilhause içindeki hizmetler doğuma yönelik hizmetler, yaşama yönelik hizmetler ve ölüme yönelik hizmetler olmak üzere üç kategoriye ayrılabilir. Bu hizmetleri yerine getirebilmek için sağlık merkezi, rehberlik ve danışma merkezi, meditasyon odaları, sessiz ve karanlık oda, huzurevi gibi çeşitli birimler bulunmaktadır. Kadınlara yönelik gebelik, doğum ve doğum sonrası konularda yardım ve destek hizmetleri "doğum" kategorisindeki hizmetlerdir. İsteyen kadınlar Heilhause'da suda doğum yapabilmektedir. Doğumdan sonra ev ziyaretleri yapılarak emzirme ve ebeveynlik becerileri konusunda anneye yardımcı olunmaktadır. Çocuklar, gençler, yetişkinler, evli çiftler ve aileler için sağlanan rehberlik ve danışmanlık hizmetleri, seminerler, vücut egzersizleri, dans ve ses çalışmaları, bütünsel sağlık anlayışı kapsamında sunulan tedavi hizmetleri ise "yaşam" kategorisindeki hizmetlere örnek verilebilir. Heilhause felsefesinde doğum ve yaşam gibi ölüm de normal bir süreç olarak görülmektedir. Bu yüzden ağır hastaların ve yakınlarının

ölüme hazırlanması, onlara refakat edilmesi, rahatlatılmaları, acılarının paylaşılması ve manevi destek verilmesi, ölen kişinin yakınlarının hayatta yeni adımlar atabilmeleri konusunda cesaretlendirilmeleri önemlidir. Bu tür hizmetler ise "ölüm" kategorisindeki hizmetlere örnek verilebilir.

Heilhause alanı içerisinde yer alan huzurevi, yaşlılar ile çocuk ve gençlerin bir araya gelebilecekleri ve birbirleriyle etkileşimde bulunabilecekleri şekilde tasarlanmıştır. Bu yüzden buraya çokkuşaklı huzurevi de denilmektedir. Ayrıca huzurevindeki odaların balkonları yaşlıların birbirlerine gidip gelebilecekleri şekilde düzenlenmiştir. Böylelikle istediklerinde yaşlılar diğer odaları rahatça ziyaret edebilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Beden, Ruh ve Zihin İçin Gıda Projesi, sağlıklı yaşlanma için gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılarak yaşlıların yaşam kalitesinin geliştirilmesini, toplumsal statülerinin ve özsaygılarının artırılmasını amaçlamıştır. Bu amaç kapsamında birçok yerel ve ulusötesi faaliyet gerçekleştirilmiş, farklı deneyim ve bakış açıları kazanılmıştır.

Yaşlı dostu kent, yaşlıların aktif katılımını destekleyen, yapı ve hizmetlerini yaşlılar için erişilebilir kılan ve yaşlılar için güvenli ortamlar oluşturabilen kenttir (World Health Organization, 2007, s. 1). Projede kazanılan deneyimler açısından bakıldığında, yaşlı dostu kentlerin, yaşlılara yaşam boyu öğrenme olanakları sağlanması, yaşlıların sosyal hayata aktif katılımlarının desteklenmesi ve yaşlılar için uygun erişilebilirlik düzenlemelerinin hayata geçirilmesi gibi yönlerden kendilerini geliştirmeleri gerektiği söylenebilir. Bu kapsamda kentlerimizde, üçüncü yaş üniversitesi ve Heilhause uygulamalarına benzer, her kuşaktan katılımcıların kabul edilebileceği yaşlı merkezleri oluşturulabilir. Buralarda düzenlenecek sosyal-kültürel etkinliklere her kuşaktan insanın katılımı sağlanarak aktif yaşlanma ve kuşaklararası dayanışma canlandırılabilir.

Günümüzde bilgi ve iletişim teknolojileri insanların hayatını önemli derecede etkilemektedir. Şüphesiz ki bu etkilemenin yaşlılara yönelik sonuçları da olmaktadır. Bu anlamda yaşlıların kullanımına uygun telefon, bilgisayar gibi araçların geliştirilmesi uygundur. Diğer yandan telefon ve bilgisayar kullanma, sosyal medyayı kullanma, evdeki elektronik araç gereçleri kullanma gibi yönlerden yaşlıların gençlerden yardım alması sağlanabilir. Çünkü bu araç gereçler bir yandan hayatımızın her alanına girerken bir yandan da sürekli yenilenmektedir ve bu durum yeni teknolojilere ilişkin bilgi ve becerilerimizin geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Kentlerimiz bu durumu, yaşlı genç etkileşimini artıracak bir fırsata dönüştürebilirler. Ülkemizde

17 milyonun üzerinde öğrenci vardır. Bu sayı birçok ülkenin nüfusundan fazladır. Kuşaklararası iletişim ve etkileşimin geliştirilmesi için ilgi ve yeteneklerine göre yaşlılar okullardaki faaliyetlere katılabilir, derslerde konuk olarak yer alabilirler. Yine üniversitelerdeki derslerde de yaşlılardan konuk eğitimci olarak yararlanılabilir. Bu şekilde yaşlılar kendilerini işe yarayan, değerli biri olarak hissederek bilgi ve birikimlerini genç kuşaklara aktarabileceklerdir.

Aktif yaşlanmayı destekleyebilecek uygulamalardan birisi de erişilebilirlik düzenlemeleridir. Yaşlılar için erişilebilirlik düzenlemelerinin standart düzenlemelerden daha fazlasını gerektirdiği söylenebilir. Çünkü erişilebilirlik denilince daha çok engelliler akla gelmekte, yaşlılara ilişkin erişilebilirlik düzenlemelerine yeterince önem verilmemektedir. Bu kapsamda, kentlerin önemli kavşak ve merkezlerine yaşlılar için navigasyon cihazları konulabilir. Bu şekilde yaşlıların kentteki gidebilecekleri yerleri bulmaları kolaylaşabilir. Yine kentin önemli açık alanlarına tutamaklar konularak yaşlıların açık alandaki hareketi kolaylaştırılabilir.

Yaşlı dostu kentlerde beslenme, temizlik, alışveriş, haberleşme gibi yaşlıların günlük aktivitelerini yerine getirmelerine yönelik hizmetler de geliştirilebilir. Bunun için kamu olanaklarından yararlanılabildiği gibi yerelde gönüllülük bilinci yaygınlaştırılabilir. Bu anlamda belediyelerimiz ve diğer yerel kuruluşlar gönüllülük projeleri hazırlayarak yaşlılara yönelik hizmetlerde gönüllü gençlerden yararlanabilirler. Yine yaşlıların erişimine uygun (sesli, görüntülü, yazılı) günlük aktivitelerini yerine getirmede yardımcı olabilecek (sağlık, beslenme, finans, haberleşme gibi) bilgilendirme materyalleri hazırlanabilir.

Not: Projedeki işbirliğinden dolayı Polonya'dan Dariusz Rusin, Litvanya'dan Laima Lapiniene, Portekiz'den Maria José Gonçalves, Almanya'dan Beate Hedrich, İngiltere'den Gladys Jusu- Sheriff, İtalya'dan Claudia Pollano ve Giovanna Roiatti'e teşekkür ederiz.

Kaynaklar

Akın, B.G.Y. (2009). Avrupa Birliği'nin Yaşlanma Sorununa Bir Çözüm Olarak Türkiye'nin Üyeliği. *Ankara Avrupa Çalışmaları Dergisi, 8* (1), 27-37.

Avrupa Birliği Bakanlığı. (2011). *2012 Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerarası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu.* Web: http://www.ab.gov.tr/files/SBYPB/Sosyal%20Politika%20ve%20%C4%B0stihdam/aktif_yaslanma_bilgi_notu.pdf adresinden 26.10.2015 tarihinde alındı.

Aydın, A. ve Sayılan, A.A. (2014). Aktif Yaşlanma İle Yaşam Boyu Öğrenme Arasındaki ilişkiye Teorik Bir Bakış. *Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Bilimler Dergisi, 4* (2), 76-81.

Burchard, R., Doubravova, D. & Oldenburg, A. (2012). Intergenerational Encounters in Multigenerational Centers in Germany. *Journal of Intergenerational Relationships, 10* (3), 299-303.

Gobo, A. (2011). Third Age Universities in Italy [Abstract in English]. *Andragogy Journal Of The Croatian Andragogy Society, 15* (1), 73-88.

Heredot Akademisi. Web: http://www.hero3a.com/tr/about-h3a/ adresinden 29.10.2015 tarihinde alındı.

Kalayıcıoğlu, S. (2012). Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma. İçinde: *"Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildirileri"*. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.

Özmete, E. (2012). Açılış Konuşması. İçinde: *"Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildirileri"*. Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.

Robertson, G. (2013). The contribution of volunteering and a wider asset based approach to active ageing and intergenerational solidarity in Europe. *Working With Older People, 17* (1), 7-18.

Swindell, R. (1997). U3As in Australia and New Zealand: Their Value to The Wider Community, and New Directions For Future Developments. *International Journal of Lifelong Education, 16* (6), 474-490.

Thang, L.L. & Kaplan, M. (2013). Intergenerational pathways for building relational spaces and places. In G.D. Rowles, & M. Bernard (Eds.). *Environmental gerontology: Making meaningful places in old age* (pp. 225-251). NYC: Spring Publishing Company.

Tamer, M. G. (2014). Kuşaklararası Dayanışma ve İşbirliği Çerçevesinde Gençlerin Yaşlı ve Yaşlılık Algısının Değerlendirilmesi. *Toplum Bilimleri Dergisi, 8* (15), 7-28.

Tatlıdil, E. ve Günder, E.E. (2012). Yaşam Boyu Öğrenmede Üçüncü Yaş Perspektifi Üçüncü Yaş Üniversitesi: Öğrenme İçin 65 Yaş Geç Değil. İçinde: M.Y. Eryaman, A. Kılınç, N.Cerrahoğlu, E. Yolcu ve G.Ergen (Ed.). *IV. Uluslararası Türkiye Eğitim Araştırmaları Kongre Kitabı Tam Metin Bildirileri Kitabı.*

yaslilikrehberi.org. Web: http://www.yaslilikrehberi.org/haberler/3-ya%C5%9F-u-eniversitesi.aspx adresinden 26.10.2015 tarihinde alındı.

Yıldırım, F. (2015). Çocukların Dünyasına Yaşlıları Dahil Etmek: Okul Temelli

Kuşaklararası Dayanışma Modelleri. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 19* (1), 275-296.

World Health Organization (2007). Global Age-friendly Cities:A Guide. WHO Press.Web:http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf adresinden 06.11.2015 tarihinde alındı.

Woiwode, C. (2010). "Urban" Spirituality Grounded: Some Selected Case Studies. In C. Woiwode & W. Scholz (Eds.). Urban Development and Spirituality.*Trialog 107: A Journal for Planning and Building in the Third World.* Web: http://www.heilhaus.org/c/document_library/get_file?uuid=af68fa7a-de31-4c51-8395-e6c932426812&groupId=10225 adresinden 03.11.2015 tarihinde alındı.

worldu3a. Italia - Università della Terza Età. Web: http://www.worldu3a.org/resources/uta-italia.htm adresinden 2.11.2015 tarihinde alındı.

YAŞLI DOSTU HAVAALANLARI ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

Doç. Dr. Ferhan KUYUCAK ŞENGÜR
Havacılık ve Uzay Bilimleri Fakültesi Sivil Hava Ulaştırma İşletmeciliği Bölümü
Anadolu Üniversitesi

ÖZET

Bu çalışmada Dünya Sağlık Örgütü'nün "Küresel Yaşlı Dostu Şehirler Rehberi" doğrultusunda Yaşlı Dostu Şehir kavramı içinde ele alınması gereken "Yaşlı Dostu Havaalanı" (Age-Friendly Airport) kavramı ele alınmıştır. Bu amaçla öncelikle genel olarak hava taşımacılığı sürecinin yaşlılar üzerindeki etkileri ortaya konmuş; ardından havaalanı süreç akışı içerisinde yaşlılar için problemli alanlar irdelenmiştir. Bu problem alanlarına uygun çözümler "Yaşlı Dostu Havaalanı" (Age-Friendly Airport) kavramı içerisinde irdelenirken dünyadaki uygulamalardan da örnekler verilerek kavramının uygulanabilirliği üzerine değerlendirmeler yapılmıştır. Ardından uygulamaya yönelik ve Türkiye için yapılabilecekler konusunda politika geliştirmeye yönelik öneriler sunularak çalışma sonlandırılmıştır. Bu çalışma Türkçe literatürde ilk kez irdelenmiş olması açısından alanında ilk ve bir başlangıç çalışması niteliğindedir.

ANAHTAR KELİMELER

Yaşlanan nüfus, hava taşımacılığında yaşlı, Yaşlı Dostu Havaalanı

GİRİŞ

Değişik tanımları olmasına rağmen "yaşlı" sözcüğü Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) tarafından da tanımlandığı üzere 65 yaş ve üzeri grup için kullanılmakta ve bu tanımlama yaşlılığı 'kronolojik' açıdan ele alan bir yaklaşımı işaret etmektedir. (Caner, Gözün, Hilwah ve Gökçek, 2013, s.1) 'Yaşlı Dostu Şehir' kavramı Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2006 yılında kabul edilen ve toplumda aktif ve sağlıklı yaşlanmayı hedefleyen uluslararası bir programdır (WHO, 2007). Yaşlı dostu şehirler Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen sekiz ölçüte göre nitelenmektedir:

1. Dış Mekânlar ve Binalar

2. Ulaşım

3. Konut

4. Sosyal Katılım

5. Toplumsal Yaşama Dâhil Olma ve Toplumun Yaşlıya Saygısı

6. Vatandaşlık Görevini Yerine Getirme ve İşgücüne Katılım

7. Bilgi Edinme ve İletişim

8. Toplum Desteği ve Sağlık Hizmetleri

Görüldüğü üzere "Dünya Sağlık Örgütünün Küresel Yaşlı Dostu Şehirler Rehberi" doğrultusunda Yaşlı Dostu Şehir kavramı içinde temel başlıklardan biri de "ulaştırma"dır. Hareketlilik ve mobilite aktif yaşlanmanın temel gerekliliklerinden ve gereksinimlerinden biridir. Bu nedenle gerek şehir içi, gerekse şehirler ya da ülkeler arası ulaşım yaşlı dostu şehir olabilmede önemlidir. Toplu taşımacılık başta olmak üzere ekonomik ve erişilebilir bir ulaştırma aktif yaşlanmanın temel gereklerinden biridir.

Hava taşımacılığı özellikle sahip olduğu mesafe ve hız avantajı ile özellikle uzun mesafeli ve kısa zamanda ulaşılmak istenen varış noktaları için birçok durumda tek alternatif olmaktadır. Havaalanları da hava taşımacılığı hizmetinin başlangıç ve bitiş noktasını oluşturan altyapı sağlayıcılarıdır. "Yaşlı Dostu Havaalanı" (Age-Friendly Airport) kavramı da henüz yeni bir kavram olsa da, yaşlı dostu şehirlerin ayrılmaz bir parçası olarak literatürdeki yerini almaya adaydır. Bu çalışmada kavram üzerine bir değerlendirme yapılmıştır.

HAVAYOLU SEYAHATİNİN YAŞLILAR AÇISINDAN ETKİLERİ

Havayolu ile seyahatin genel olarak bireyler üzerinde bir takım etkileri bulunmaktadır. Yüksek irtifalarda gerçekleşen uçuşların getirdiği fiziksel etkilerin yanı sıra süreçten kaynaklanan bazı etkilerin olması da doğaldır. Bu faktörler yaşlılar üzerinde daha da ağır biçimde ortaya çıkabildiği gibi yaşlılar söz konusu olduğunda farklı faktörlerden de söz etmek mümkündür. Genel olarak havayolu ile seyahatin yaşlılar açısından etkileri üç başlık altında; *psikolojik*, *fizyolojik* ve *tutum kaynaklı etkiler* olarak sınıflandırılabilir:

Psikolojik Etkiler: Uçuş korkusu yaşlı yolcularda hiperventilasyon ve anksiyeteyi artırır. Bunun yanında yolculuğa çıkma, havaalanına erişim, bagaj teslimi, pasaport kontrolü gibi havaalanı normal süreçleri dahi yaşlı yolcu üzerinde anksiyeteye neden olabilir. Kalabalık ve gürültülü bir ortamda formları doldurmak, doğru yolcu kabul bankosunu bulabilmek için bilgilendirme ekranlarını okuyabilmek, bankoya ulaşabilmek, doğru kapıyı bulabilmek gözleri az gören, yavaş hareket eden ve ku-

lakları ağır işten yaşlı kimse için başlı başına bir mücadeledir. Havaalanı terminali stresi uçuş kaçırma, kapı değişikliği, acil durum gibi normal dışı zamanlarda ise yaşlı yolcu için çok daha yüksek boyutlara ulaşabilir. Bu nedenle yaşlı yolcularla ilgili acil durumların birçoğunun havaalanı yolcu terminalinde yaşanması doğaldır. Özelikle hiç uçmamış ya da nadiren uçan yolcularda kapalı alan korkusu gibi başka rahatsızlıklar da ortaya çıkabilir. (Low ve Chan, 2002, s.18)

Fizyolojik Etkiler: Havaalanı ortamındaki hizmet sürekli karakterde ve hızlı bir akışa sahiptir. Özellikle yaşla birlikte azalan işitme, hareket, görme gibi bilişsel ve fiziksel yeteneklerin hızlı biçimde kullanılmasına gerek duyulan, yoğun biçimde bilgi teknolojileri ile desteklenen bu ortamlar birçok genç ve deneyimli yolcu için bile karmaşık bir yapı arz etmektedir. Bunların yanı sıra yaş ilerledikçe diyabet, artrit, hipertansiyon, solunum yetmezliği, omurga problemleri gibi kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta; ilk aşamalarında olsalar bile bu hastalıklar havaalanı terminali içerisinde yaşlı yolcunun hareketini kısıtlamaktadır. (ACRP, 2014, s.4) Hipoksi, ekonomi sınıfı sendromu, vücut gazlarının genişlemesi kulak ve sinüs problemleri, hareket hastalığı, enfeksiyon, tansiyon düşüklüğü, bayılma, dehidratasyon gibi irtifa ve kabin havasından kaynaklanan uçuş temelli faktörler de (Low ve Chan, 2002, s.20) uçuş öncesi terminal süreçlerini etkilemese de, uçuş sonrası havaalanında bagajını teslim alması, yön bulması, belki de bilmediği yabancı bir şehre ulaşabilmek için toplu taşıma sistemine ulaşması gereken yaşlı yolcunun becerilerini daha da azaltabilir.

Tutum Kaynaklı Etkiler: Psikolojik ve fizyolojik faktörlerin yanı sıra yaşlı yolcular gençlere kıyasla farklı seyahat özelliklerine sahiptirler. Özellikle uçma eğilimleri, seyahat amaçları, varış yeri seçimleri, havaalanına ulaşım türü seçimleri, havaalanında geçirdikleri zaman, seyahat ürününü algılama biçimleri ve havaalanı kolaylıklarını kullanım tarzları bakımından da yaşlı yolcuların farklılıkları bulunmaktadır. (Burghouwt, de Wit ve van der Bruggen, 2006)

YAŞLILAR AÇISINDAN HAVAALANI SÜREÇLERİ

Yaşlanan nüfusta ve seyahat eden yaşlıların sayısında artışlar yaşandıkça bu önemli demografik grubun istek ve gereksinimlerine yanıt vermek havayolları ve havaalanları için önemli bir mücadele alanı haline gelmektedir. Yaşlı yolcunun vava ulaşımında gidiş ve gelişte geçirmiş olduğu süreçler beş aşamada incelenebilir:

1. Ev ya da ofisle havaalanı arasındaki süreç
2. Terminal girişinden güvenlik kontrollerine kadar olan süreç
3. Güvenlik kontrol noktasından kapılara ve kapılardan diğer kapılara olan süreç
4. Geliş noktasından terminal çıkışına kadar olan süreç

5. Terminal çıkışından havaalanından ayrılmaya kadar olan süreç

Bu süreçlerden ilki ve sonuncusu havaalanı terminal binası dışında gerçekleşmekte ancak yaşlı yolcunun ev ya da ofisi ile havaalanı bağlantısının kalitesini belirlemektedir. Yolcu terminali içerisinde yaşlıların yüz yüze olduğu başlıca alanları şu şekilde sıralamıştır: (ACRP, 2014, s.1)

Yol bulma:

1. Karmaşık havaalanı ortamına yabancı olma
2. Net olmayan ya da kafa karıştırıcı bilgilendirme ve yönlendirme işaretleri
3. Yönlendirme işaretlerinin terminolojisini ve anlamını anlamada güçlük

Yorgunluk:

1. Yolcu kabul bankolarında, güvenlik taramalarında, bagaj teslim alanlarında ya da kaldırım alanlarında kuyrukta bekleme ya da ayakta durma
2. Terminal içerisinde, park alanlarında ve diğer alanlarda uzun yürüme mesafeleri

Teknoloji ve donanım:

1. Kendi kendine hizmet donanımlarını anlama ve kullana
2. Güvenlik noktalarındaki süreçlerle başa çıkabilme
3. Yürüyen merdivenleri ve yürüyen bantları kullanma

Kolaylıklar:

1. Tuvalet kolaylıklarını kullanmada güçlük
2. Kalabalık satış alanlarını ve yiyecek mekânlarını kullanma

YAŞLI DOSTU HAVAALANI KAVRAMI

Her yıl nüfusun yaşlanması ile seyahat eden yaşlı sayısında da artış yaşanmaktadır. Turizm endüstrisinde de yaşlı nüfusun payı gitgide daha fazla hale gelmektedir. Yaşlı nüfusun turizm kararları ise büyük ölçüde erişilebilirliğe ve varış yeri (destinasyon) hizmetlerine dayanmaktadır. (Frye, 2011, s.41) Bu da "Yaşlı Dostu Havaalanı" kavramının gereğini işaret etmektedir. Yaşlı Dostu Havaalanı *yaşlıların istek ve gereksinimlerine hitap edecek şekilde planlanmış fiziki olanaklara ve hizmet süreçlerine sahip havaalanı* olarak tanımlanabilir. Genellikle bu havaalanının terminal bölümünde gerçekleştiğinden aslına Yaşlı Dostu Havaalanı Terminali olarak da değerlendirmek yanlış olmaz.

Her ne kadar Yaşlı Dostu Havaalanları literatürde kavramsal olarak henüz ortaya konulmamış olsa da ACRP tarafından yapılan araştırma esasen havaalanı yolcu terminallerinde yaşlıların beklentilerini ortaya koyması açısından önemlidir. Bu araştırma sonucu yaşlı yolcuların özel gereksinimleri konusunda kesinlikle bir farkındalık olduğunu ortaya koymuştur. Bunun yanında önerilen çabalar karşılaşılan problem alanlarına göre aşağıda başlıklar altında toplanmış olup; bu çabalar Yaşlı Dostu Havaalanlarının özelliklerini tanımlamada bir başlangıç olarak kabul edilebilir: (ACRP, 2014)

1. Yol bulma:

1. İşaretlemenin netliğine yönelik Master planların yapılması
2. Uygulanmakta olan işaretlerin gözden geçirilmesi ve gereksiz işaretlerin kaldırılması
3. Daha basit, daha net ve daha görünür işaretlerin kullanılması
4. Dokunmatik ekranlı ve yardımcı personel destekli danışma kiosklarına yer verilmesi
5. Çift yönlü görsel iletişim sistemleri
6. Havaalanına özel akıllı telefon yol bulma uygulamaları

2. Yorgunluk:

1. Yolcu geliş salonlarında, geçiş alanlarında, bagaj teslim alanlarında ve kaldırım alanında oturma yerlerinin yapılması
2. Tekerlekli sandalyelerin yeterli ve bulunabilir olması
3. Yaşlı ve engellilerin transferinde motorize arabaların mevcut olması
4. Yolcu özel araçlarına hizmet veren vale hizmeti
5. Kaldırımla aynı yükseklikte alçak basamakları olan otobüsler
6. Yer ulaştırması için bekleyen yolculara yönelik salonlar
7. Uzak ve alan dışı bagaj kabul hizmetleri
8. Bagajın evden alınması ve eve teslimi

3. Teknoloji ve donanım:

1. Kendi kendine hizmet donanımlarında yardım etmek üzere müşteri hizmeti personeli
2. Güvenlik kontrol süreçlerini açıklayan video gösterimleri
3. Özel yaşlı kartı programları

4. Ticari alan kontratlarının da halka açık mekanlardaki erişilebilirlik standartları ile aynı şartları sağlaması
5. Bagaj teslim alanında yeterli sayıda taşıyıcı ve hamal bulunabilirliği

4. Kolaylıklar:

1. Daha geniş tuvalet alanları
2. Gönüllü yardım istasyonları
3. Yaşlılar için uygun aile tuvaletlerinin sunulması
4. Yolcu kabul bankolarındaki bagaj teslim bölümünün bagajların kaldırılmalarını gerektirmeyecek biçimde yer seviyesinde olması
5. Engelliler ve normal kullanım arasında fark olmayacak şekilde kolaylıkları sağlanmış evrensel tasarımlı tuvaletler

Yaşlı Dostu Havaalanı kavramı dünyada yeni olmakla birlikte uygulamada bazı örneklere rastlamak mümkündür:

İrlanda'nın Limerick şehri, National Age-Friendly Cities and Counties Program'ın bir parçası olarak Limerick Age Friendly Strategy geliştirerek uygulamaya koymuştur. Bu stratejinin bir parçası da havaalanı ile ilgilidir. Doğrudan yaşlı bireylerin görüşlerine başvurularak ve çok çeşitli paydaşları da dahil ederek, Shannon Havaalanı'na erişimin ve havaalanında sunulan kolaylık ve hizmetlerin yaşlılara uygun biçimde geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bununla ilgili aksiyonlar tanımlanmış ve ilgili partnerler belirlenmiştir. Böylece yaşlıları Shannon Havaalanı'nı yaşlılar için daha cazip hale getirerek aynı zamanda potansiyelini de artırmak hedeflenmektedir. (Age-Friendly Limerick, 2015)

ABD'deki Portland, OR şehrindeki Age-Friendly Portland Advisory Council ise ACRP raporu doğrultusunda havaalanı yönetimi ve işletmeleri "yaşlı dostu" olarak sertifiye eden Elders in Action isimli kuruluş ile Portland Havaalanı'nı "Yaşlı Dostu Havaalanı" olarak sertifiye edebilmek için ortak çalışmalar yürütmektedir. (Moving Toward an Age-Friendly Portland, 2015)

Türkiye'de ise Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü tarafından 2011 yılında başlatılan Engelsiz Havaalanı Projesi buna güzel bir örnektir. (Engelsiz" Havaalanı Projesi, 2015) Proje kapsamında bir havaalanında bulunan ve engelli yolculara doğrudan hizmet sunan havaalanı işlemecisi, terminal işletmecisi, havayolu şirketi ve yer hizmeti kuruluşları tarafından sağlanması gereken hizmetler belirlenmiştir. Bu esasların havaalanındaki kuruluşlarca yerine getirilmesi durumunda o havaalanına "Engelsiz Havaalanı" sertifikası verilerek bir takım hizmet tarifelerinde indirim sağlanmaktadır. Bu proje engellilerin yanında hareket kabiliyeti kısıtlı yolcuların da gereksinimlerine hitap etmeyi hedeflemektedir. EC Regulation 1107/2006'ya

göre hareket kabiliyeti kısıtlı yolcular yaşlılar, bebekler, refakatsiz çocuklar, hamileler ve obezler olarak ifade edilmiş ve engellilerden ayrı olarak değerlendirilmiştir. (Commission Staff Working Document, 2012)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Görüldüğü üzere günümüzde yaşlanan nüfus için havaalanları hem birer kolaylaştırıcı hem de engel durumuna dönüşebilmektedir. Yaşlı yolcular havaalanı terminallerinde özellikle yol bulma, yorgunluk, teknoloji kullanımı ve havaalanı kolaylıkları olarak gruplandırılabilecek problemler yaşamaktadır. Süreçlerin normal işleyişinde yaşanabilecek problem olasılıkları acil durumlarda çok daha vahim boyutlara ulaşabilmektedir. Yaşlı Dostu Havaalanı kavramının yerleşmesi yaşlılar açısından daha erişilebilir bir hava taşımacılığı hizmeti sunumu için önemlidir. Bu amacı gerçekleştirmek için yapılabilecekler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Farkındalık ve Bilgilendirme: Yaşlı yolcuların hava taşımacılığı sürecine aşina olmaları, haklarını ve sorumluluklarını bilmeleri önemlidir. Yaşlı yolcuların evden erken ayrılmaları ulaşımdaki ve uçağa binmeden önceki formaliteleri zamanında halletme stresini azaltacaktır. Yaşlı yolcuların özellikle uzun uçuşlardan önce tıbbi kontrolden geçmeleri fizyolojik problemlerin azaltılması açısından yararlı olacaktır. Eğer tıbben sakıncası yoksa örneğin diüretikler gibi kullandığı bazı ilaçların dozlarının azaltılması yaşlı yolcunun yabancı ortamda çok sık tuvalete gitme gereksinimini ve bunun getireceği ekstra stresi bir ölçüde azaltabilir. Özellikle yabancı bir ülkeye seyahat ediyorsa uygun sağlık sigortasını yaptırmak uçuş öncesindeki stresi de bir ölçüde azaltacaktır. Yaşlılar için grup turlarında kendilerini daha rahat hissedebilirler. Bir yakınları ile seyahat kendileri için daha kolay olabilir. Bu konuda bilgilendirmeler sağlanmalıdır.

Sektörel Düzenlemeler: Yaşlı Dostu Havaalanı kavramını tartışırken uluslararası ve ulusal sektörel standartların da incelenmesi gerekir. Her ne kadar Yaşlı Dostu Havaalanı için henüz bir standart belirlenmemişse de, örnek olarak hareket kabiliyeti kısıtlı yolcu konusundaki sorumluluk paylaşımında farklılıklar vardır. Amerikan Federal Havacılık Dairesi'nin düzenlemesi FAA DoT 14 CFR Part 382 hareket kabiliyeti kısıtlı yolcunun erişilebilirliğini havayolu sorumluluğuna verirken; Avrupa Birliği ise EC Regulation 1107/2006 bu sorumluluğu havaalanı yönetim birimleri ile hava taşıyıcıları arasında paylaştırır. ABD'de havaalanı terminaline girmesinden uçak koltuğuna oturana dek bu tip yolcunun gereksinim duyduğu tüm hizmetler havayolu tarafından sağlanmalıdır. Avrupa Birliği'nde ise havaalanı içi süreçlerden havaalanı tarafı sorumlu iken; havayolunun sorumluluğu ise uçak içi ile sınırlıdır. (FAA DoT 14 CFR Part 382, 2003 ve EC Regulation 1107/2006) Bu düzenlemelerin standardizasyonu mutlaka gereklidir.

Kolektif ve Evrensel Çabalar: Yaşlı kimselerin gereksinimlerini tanımlama ve kar-

şılama için ulusal ve yerel bazda çalışmalar yapılması ve bu çalışmaların kamu ve özel tüm paydaşların görüşlerini yansıtması gerekir. Ulaştırma planlayıcılarının da buna göre hareket etmeleri gerekir. Çin gibi bazı ülkeler yaşlı ve engelli kimseleri kendi gereksinim ve önceliklerine yönelik çözümleri üreten stratejik düzeydeki oluşumlara doğrudan dahil etmektedir. İngiltere gibi bazı ülkelerde de engellilerin ulaşım ve hareketlilik sorunları ile ulusal düzeyde ilgilenen Tavsiye Kurulu tarzı oluşumlar kurulmuştur. Corsair'in Airbus 330 tipi uçakları engelli ya da hareket kabiliyeti kısıtlı yolculara adapte edilmiştir. (Corsair, 2012) Boeing gibi uçak üreticilerinin kolay kullanımlı emniyet kemerleri, daha iyi koridor ışıklandırması ve kabin yerleşimi gibi projeleri hayata geçmektedir. Bu girişimler umut vaat edicidir, ancak yaşlı yolcu kesimine daha iyi hizmet verebilmek adına üreticiler, havayolları, havaalanları, sivil toplum kuruluşları, politika belirleyiciler gibi tüm paydaşları içine alacak inisiyatiflere gereksinim vardır. Yaşlılık aynı zamanda evrensel bir olgudur. Havacılığın küresel doğası gereği çözümlerin uluslararası bazda aranması ve dünya çapında standardizasyona yönelik girişimler önemlidir. Bunlar hem genel, hem de sektörel bazda işbirliği ile geliştirilmelidir.

Ulusal Strateji Geliştirme: Yaşlılar konusunda yalnızca ulaşım ve havaalanını değil tüm yaşam alanlarını içine alacak Ulusal bazda stratejiler geliştirilmelidir. *Yaşlı dostu toplum*, *yaşlı dostu şehir* kavramları içerisinde Yaşlı Dostu Havaalanı ele alınmalıdır. Engelsiz Havaalanı projesi Türkiye'de havaalanlarını kullanan yaşlılar adına önemli bir gelişmedir. Yürüyen bantlarda eğim hızının %12'den fazla olmaması ya da tuvaletlere yardım butonları koyulması, terminallerde bekleme noktası ve koltuk sayısının artırılması gibi gereklilikler engellilerin yanında yaşlılar açısından da olumlu gelişmelerdir. Ancak kişinin fiziksel ve mental durumu yaşla birlikte değişse de yaşlı yolcular aslında engelli yolcular değildirler. Bu düzenlemeleri yaşlılar için daha spesifik hale getirebilmek önemlidir. Esasen yaşlı yolcuların birçoğu "tekerlekli sandalye değil, yürüyebilmek" istemektedirler. Bu nedenle yaşlı yolcuya yardım etmek önemlidir ancak önemli olan havaalanlarını yardım istemeyi gerektirmeyecek mekanlar haline dönüştürmek olmalıdır.

Her ne kadar yerinde yaşlanma ve seyahat gereksiniminin azaltılması da bir çözüm gibi görünse de hava taşımacılığı ve havaalanı kullanımının alternatifinin olmadığı birçok durum mevcut olabilir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu maliyetlerin kim tarafından karşılanacağı soru işaretidir. Ancak unutulmamalıdır ki yalnızca yaşlılar için değil herkes için erişilebilir bir ulaşım sağlamak bir lüks değil, modern toplumun ayrılmaz bir parçasıdır. Bu çalışma bir başlangıç çalışması niteliğinde olup; uygulamaya yönelik araştırmalarla desteklenmesi, özellikle Türkiye'deki yaşlı yolcu gereksinimlerinin değerlendirilmesi Yaşlı Dostu Havaalanı kavramının gelişimine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

ACRP. (2014). Impacts of Aging Travelers on Airports. ACRP – Airport Cooperative Research Program. Transportation Research Board, Washington, D.C.

Age-Friendly Limerick. (2015). http://www.limerick.ie/council/age-friendly-limerick Erişim tarihi: 11.10.2015

Burghouwt, G., de Wit, J. van der Bruggen. J. (2006). The Impact of Ageing on Aviation. Airneth Report 3. Date of publication: 14 December

Caner, Ö. C., Gözün G., Hilwah A. ve Gökçek M. (2013). Danışmanlar Dilek ASLAN, Nuri Mehmet BASAN, Yaşlı Dostu Şehirler: Kavramsal Çerçeve ve Örneklerle Değerlendirmeler, Güneş Tıp Kitabevleri, Kasım.

Commission Staff Working Document. (2012) Interpretative Guidelines on the application of Regulation (EC) N° 1107/2006 of the European Parliament and of the Council of 5 July 2006 concerning the rights of disabled persons and persons with reduced mobility when travelling by air. EC: Brussels, 11.6.2012

Corsair. (2012). Worry-free travel for people with specific needs. https://www.corsair.ca. Erişim tarihi: 11.11.2015

Engelsiz Havaalanı Projesi (2015). http://web.shgm.gov.tr/tr/kurumsal-projeler/4192- Erişim tarihi: 11.11.2015

FAA DoT 14 CFR Part 382 Nondiscrimination on the Basis of Disability in Air Travel (2003)

Low, James A. ve Chan, Daniel K.Y. (2002). Air Travel in Older People. Age and Aging. 31:17-22.

Moving Toward an Age-Friendly Portland (2015). www.pdx.edu/ioa/sites/www.pdx.edu.ioa/files/Age-Friendly. Erişim tarihi: 11.10.2015

Regulation (EC) No 1107/2006 of the European Parliament and of the Council of 5 July 2006 Concerning The Rights of Disabled Persons and Persons with Reduced Mobility When Travelling by Air (2006)

WHO. (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. WHO-World Health Organization.

GEROANTROPOLOJİ'DE ANTROPOMETRİK YAKLAŞIM

Galip AKIN[1], Gülüşan ÖZGÜN BAŞIBÜYÜK[2] , Gamze SÖNMEZ[3]
[1] Prof Dr, Ankara Üniversitesi, Dil ve Tarih- Coğrafya Fakültesi Antropoloji B.
[2] Doç Dr, Cumhuriyet Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Antropoloji Bölümü
SİVAS gulusan2000@yahoo.com
[3] Doktora Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Antropoloji B.

ÖZET

Günümüzde yaşlı nufusun artış göstermesi ve gelecekte de artış göstereceğinin öngörülmesi, antropoloji bilminin yaşlılık alanında çalışmalara yönelimini hızlandırmıştır. Bu yönelim geroantropoloji alt disiplinini ortaya çıkarmıştır. Biyolojik ve kültürel perspektifte geroantropoloji çalışmaları, artan yaşlı nufusunun yaşam kalitesi ve refahını arttırıcı çözümlere katkı sunmaktadır. Yaşlanma ile meydana gelen biyolojik değişimler, bireyin sosyal yaşamını derinden etkilemektedir. Oluşan bu değişimler yaşlı bireyin günlük yaşam faaliyetlerini gerçekleştirmesini zorlaştırmaktadır. Bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesindeki zorluğun nedeni yalnızca biyolojik değişimler değildir. Bireyin içinde bulunuğu çevre de zorlukların yaşanmasında etkindir. Bu sebeple; yaşlı birey ve yaşadığı çevrenin uyumu önem kazanmaktadır. Bu uyumun sağlanmasında antropometrik çalışmalar önemlidir. Antropometri ile elde edilen veriler ve bu verilerin kullanımı ile oluşturulacak iç-dış mekanlar, alet-araç gereçler v.b. tasarımlar, yaşlı bireyin uyum süreci arttırcak; sağlık, huzurlu ve kalitesi bir yaşlanma geçirmelerini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Antropoloji, Gerontoloji, Antropometri, Geronteknoloji

1.Geroantropoloji

Antropoloji bilimi en kısa tanımı ile, insan çeşitliliğinin bir bilmidir. İnsanı fiziksel, biyolojik, sosyal ve kültürel bir varlık olarak tanımlayan ve bu tanımlar içinde insanın kültürel,biyolojik ve toplumsal çeşitliliğini anlamaya çalışan bir disiplindir (Aydın, 2007; Özbudun ve Uysal, 2012). Temel olarak; Sosyal/Kültürel ve Fizik-Biyolojik Antropoloji ayrılan bu disiplin, sosyal ve biyoloji bilimlerinin yaklaşımlarını birleştirmektedir (Beals ve Hoijer, 1991; Özbudun ve Uysal, 2012). Bu iki alt disiplin ile antropoloji, insanın biyolojik ve kültürel farklılıklarını ortaya koyan ve tartışan bir bilimdir.

Gerontoloji; yaşlanma ve yaşlılık sürecini, yaşlının kültürel, bedensel ve sosyal

oluşumlarını açıklayan, tanımlayan ve meydana gelen değişimi ortaya koymaktadır. Sosyol Gerontoloji ise; sosyal gerçeklik ile yaşlılık arasındaki etkileşimi inceleyen altdisiplindir. Bu alt disiplin, başta ekonomi, siyaset, sosyoloji ve antropoloji olmak üzere bir çok sosyal bilimden gelen bilgileri uygulamaktadır (Borkan vd, 1982; Emiroğlu, 1984; Kalınkara, 2011).

Tanım ve uygulama alanı çerçevesinde, gerontoloji ve antropoloji disiplinleri konu ortaklığı ve yaklaşım benzerliğiyle dikkat çekmektedir. Bu benzerlik, bilgi alışverişini hızlandırmış ve antropoloji bilimi yaşlanma deneyiminde; sosyal, biyolojik ve kültürel çeşitlilik karşısında gerontolojik metodlara başvurmuştur. Bu durum "Geroantropoloji" yi doğurmuştur (Duyar, 2008; Carr vd., 2013).

Biyo-kültürel bakış ile Antropologlar; yaşlanma ve yaşlılıktaki çeşitliliği yorumlamada iyi bir donanıma sahiptirler. Çünkü; yaşlanma ve yaşlılık biyolojik, çevresel ve külürel çevre kapsamında karşılıklı bir etkleşim göstermektedir. Sağlık, vücut komposizyonu ve yaşlanma oranlarının yüksek katkıları ile çevresel, sosyal ve ekonomik konular değişmiş; kültürler arası yaşlılık deneyimlerinde yaygın farklılıklara neden olmuştur.

Böylece Geroantropoloji çalışmaları; bütünsel perspektifte; varolan çeşitliliği ve biyokültürel etkileşimleri anlamada; uzunlamasına ve kesitsel araştırmaları ile gerontoloji bilmine katkı sunmaktadır (Borkan vd, 1982; Ice, 2003; Ice, 2005).

2. Yaşlılarda Yaşam Kalitesinin Arttırılması

Gelişen teknik ve tıbbi bilgi, insan yaşamını olumsuz etkileyen açlık, savaş ve salgın hastalık koşullarının iyileştirilmesi, endüstri devrimi ve kentleşme, eğitim ve öğretimin yaygınlaştırılması, çocukların iş yaşamı alanlarından alınması, yaşam kalitesini arttırıcı araç ve gereçlerin geliştirilmesi, kadının iş yaşamına katılımı ve doğurganlık oranlarındaki azalma v.b birçok neden son dönemlerde ömrün uzaması ile sonuçlanmıştır. Bu sonuç aynı zamanda toplumlarda yaşlı nüfus oranında artışa neden olmuştur (Tufan, 2002; Akın, 2006; Kalınkara, 2011).

Ömrün uzaması ve toplumlarda yaşlı nufusun artışı; istenilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişme karşısında hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde nüfus piramidindeki değişim, gündemdeki güncelliğini korumakta ve her geçen gün önemini daha da arttırmaktadır. Bu nedenle toplumlar yaşlılığı yalnızca bireysel değil, toplumsal bir sorun olarak ele almalıdır (Kalınkara, 2011; Ercan Şahin ve Emiroğlu, 2014).

Yaşlı nüfus oranının son elli yılda artması ve gelecek yüzyılda da bu artışın devamlılığının öngörülmesi; toplumlarda yaşlı nufusun yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesine yönelik çalışmaları önemli kılmıştır (Altuğ vd., 2009; Aydıner Boylu, 2013).

Yaşlılık; gençlik ve erişkinlik dönemlerinden bir ayrılış, kendine özgü üstünlükleri ve eksiklikleri olan, biyolojik, psikolojik, sosyolojik boyutları ile ele alınan, yaşamın son evresi olarak tanımlanan bir dönemdir (Arpacı, 2005; Erkılıç vd., 2006; Kalınkara, 2011; Aydıner Boylu, 2013).

Yaşlanma ile meydana gelen fiziksel ve biyolojik değişimler, bireyin bir takım faaliyetleri kısıtlanmakta ve ya engellenmektedir. Elde edilen bir çok veri, 65 yaş ve üstü bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olduklarını belirtmektedir. Bu durum yaşlı bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Altuğ vd. 2009; Aydıner Boylu, 2013). 2011 TÜİK verilerine göre; ülkemizde 65 yaş ve üstü bireylerin %34,7'si en az bir engele sahiptir ve 2014 verisinde göre bağımlılık oranları %11,8'dir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2014).

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve ya yaşamdan hoşnut olma, genel olarak "iyi olma" durumu olarak tanımlanmaktadır. Bir çok farklı araştırma yaşlanma ile yaşam kalitesinin bozulma eğiliminde olduğunu göstermiştir. Yaşlılıkta yaşam kalitesi, farklı açıklamlar ile ekonomik, sosyal, psikolojik ve sağlık göstergeleri olarak sıralanabilmektedir. Sosyal göstergeler, yaşlının yaşamını sürdürmesine ilişkin değişkenler üzerinde durmakla birlikte; yaşam kalitesinin arttırılması ve sürekliliğinin sağlanmasının önemini vurgulamaktadır (Altuğ vd. 2009; Aydıner Boylu, 2013; Ercan Şahin ve Emiroğlu, 2014).

Yaşam süresi ve kalitesi tartışılır iken; üç temel kavram: kalıtım, yaşam tarzı ve çevre koşulları dikkat çekmektedir. Bu kavramlar içerisinde çevresel koşullar; fiziksel, sosyal, biyolojik, mimari koşullar ve diğer tüm özellikler ile çevre kirliliği, sokaklarda yürüyememe ya da hastaneye ulaşmada zorluk çekmek gibi yaşanılan çevre, yaşam süresini etkilemektedir (Erkılıç vd., 2006).

Yaşlanma sürecinde bireylerin; toplumsal yaşama aktif katılımı ve uyumu; sosyal ve yapısal çevrenin kendilerine sunduğu imkânlar ile bağıntılıdır. Yapılan çalışmalar; biyolojik olarak iyi durumda olan ve az sorun yaşayan yaşlı bireylerin; uygun olmayan sosyal yaşam ve çevre koşulları ile sağlıklarının olumsuz etkilendiğini ortaya koymuştur (Erkılıç vd., 2006).

Bu nedenle; yaşlı bireyin yaşam kalitesi ve refahını arttırılmasında birey-çevre etkileşimi çerçevesinde oluşturulacak ergonomik çözümler önemlidir. Üretilecek olan ergonomik çözümlerin uygulanabilir ve uyumlu olmasında ise antropometrik ölçüler önemli yer tutmaktadır. Yaşlı bireylerin antropometrik ölçüler ile belirlenen referans değerler; ergonomik çözümlerin uygulanabilirliğini ve uyumluluğunu arttırmaktadır.

3. Antropometri ve Geronteknoloji

İnsan; genetik arka planı ile yaşadığı çevrenin onu şekillendirmesi ile karakterizedir.

İnsan bedenin ölçülmesi; iklim, beslenme, sosyo-ekonomik koşullar, stres gibi çevresel koşulların insan bedeni üzerine etkisini anlamada etkindir. İnsanın bedenini tanıma isteği de bu anlamlandırma sürecinde antropometriyi doğurmuştur (Duyar ve Özener, 2003).

İnsan, yaşamını kolaylaştırmak için sürekli üretmiş ve ürettiklerini günlük yaşamda kullanmıştır. Ancak; ürettikleri ürünler ve yaşadığı çevre ergonomik olmadığı sürece kolaylaştırıcı özelliğini yitirmekte hatta zorlaştırmaktadır. Mimarlık, mobilya, giyim, ulaşım vb. gibi tüm alanlarda üretilen alanların ergonomik olması, kullanan bireyin antropometrik özelliklerine uygun üretimi ile mümkündür (Akın, 2013).

Antropometri; vücut özelliklerini sayısal olarak ifade edebilen ya da metrik olarak tanımlayan bir tekniktir. İnsan bedeninin belli kurallar çerçevesinde ölçümünü ifadeleyen bu teknik; aslında bilimin bir ürünü değil insan odaklı her alanda ihtiyaç ile varlığını sürdüren bir araçtır. Bu araç ile ortaya konulan veriler; ergonomi, sağlık, büyüme-gelişme, mühendislik, spor, sanat v.b. gibi alanlarda insanın çevreyle uyumunu kolaylaştırmaktadır. İnsanın genetik ve çevresel faktörler etkisinde meydana gelen fiziksel ve biyolojik sınırlarının belirlenmesinde rol almakta; bireylerin sağlık, performans ve yaşamsal tahminlerinde, populasyonların ekonomik ve sosyal refahının tahmininde ve değerlendirilmesinde kullanılır. Antropometri, bebeklikten yaşlılığa kadar yaşamın her evresinde kullanılmaktadır (Kır vd., 2000; Duyar ve Özener, 2003; Cogill, 2003; Ersoy, 2008; Akın, 2013).

Antropometrik ölçümler ile; bireyin vücut ölçüleri, hareket sınırları, vücut tipi, vücut bileşiminin orantıları ortaya konur ve standart değerler oluşturulur. Oluşturulan standart değerler, populasyonların ve bireylerin sağlık ve refahını yansıtmaktadır. Ergonomi ve mimarlık alanlarında; bireylerin araç-gereç, yapı ve donanım ve mekanların boyutları ile uyumunun tespitinde bu standart değerlerin kullanımı önem oluşturmaktadır. Antropometri aynı zamanda güçlü tahmin edici özelliği ile; ileride oluşabilecek sağlık, fonksiyonel bozukluklar, hastalıklar v.b. problemler hakkında bilgi sağlamaktadır. Elde edilen bilgi ile olası problemlere karşı geliştirelebilecek çözüm çalışmalarına da referans oluşturmaktadır (Rahman vd., 1998; Kır vd., 2000; Bağcı Bosi, 2003; Cogill, 2003; Akın, 2006, 2013; Özgün Başıbüyük, 2007).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte; organların yenilenme özelliğinin azalması ve durması sebebiyle insanda fiziksel değişimler ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma ile birlikte bireylerde zamanla beş duyunun işlevselliğinde azalma, değişen nörolojik sistem ile reflekslerde azalma, tepki vermede zorluk, kas ve kemik kitlesinde mineral kayıplarına bağlı kemik kitlesinde azalma, eklemlerde aşınma ve kas gücünde hareket yetisinde azalma, kemiklerin kırılabilirliğinde artış, diş kayıpları, gövde ve uzun kemiklerinde eğilme, sırtta kamburlaşma gibi postürel bozukluklar görülmektedir (Akın, 2006; Oğuz, 2007; Karadeniz ve Dedeli, 2008; Baysal, 2014). Ayrıca vücut komposizyonundaki değişimlere bağlı olarak; 60 yaşa kadar artış gösteren ağırlıkta

azalma, yağ kitlesinde deri altı tabakasında azalma ve abdominal bölgede birikme ile boy uzunluğunda belirgin azalmalar görülmektedir (Bağcı Bosi, 2003; Babiarczyk ve Turbiaz, 2012).

Yaşlanma ile birlikte gelişen tüm değişimler ve sosyal, ekonomik, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlar, yaşlının sahip olduğu değerler, davranışlar, alışkanlıkları da değişmektedir. Bu değişimler çerçevesinde yaşanılan çevrenin değişen ihtiyaçlara uygun olarak tasarlaması ve ya değiştirilmesi gerekmektedir. Yaşlanmayla kolay zarar görebilmeleri nedeniyle, yaşlılar bir konuta ve ya çevreye ve destek hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Bu sebep ile yaşlı için; çevresi ve kullandığı araç-gereçlerde nitelik ve kolaylık ölçütleri ön plandadır. Ergonomi bu ölçütlere cevap verebilecek, yaşlının yaşamını kolaylaştırabilecek tasarımlar sunmaktadır (Arpacı, 2005; Akın, 2012).

Yaşlıları etkileyen etmenlerden en az üzerinde durulanı ergonomik özelliklerdir. Yaşlılarda ergonomik yetersizlik giyidikleri giysilerden, yaşam alanlarına ve tüm günlük yaşam aktivetilerinde önemli derecede etkilidir. Söz konusu yetersizliklerin giderilmemesi, yaşlı bireyin kazalar ve dejenerasyonlar ile karşılaşma olasını arttırmaktadır. Ergonomi; antropometrik, psikolojik, enformatik ve fizyolojik yaklşımlarla yaşlının yaşamını kolaylaştıracak detaylı çözümler sunmaktadır (Ersoy, 2008). Ancak; Son yıllarda yaşlı sayısındaki hızlı artış, yaşlılığın eronominin uygulama alanına girmesine neden olmuştur (Kalınkara, 2011).

Yaşlıya yönelik ergonomik çözümlerde; antropometrik değerlerin saptanması ve uygulanması, vucut sağlığı ve motivasyonunu olumlu etkilemektedir. Aynı zamanda, kaşılaşılacak hee türlü olumsuzlukları en aza indirgeyecek ve yaşlıların yaşam kalitelerini yükselterek bu dönemi huzurlu ve rahat geçirmelerini sağlayacaktır (Ersoy, 2008). Bu noktada geronteknolojik çalışmalar önem kazanmaktadır.

Tarihsel olarak teknoloji, yaşlı populasyonlar için göz ardı edilmiştir. Teknoloji ve demografi etkileşimi ile yaşlı bireyin karşılaştığı zorlukların kolaylaştırılması gereksinimi, geronteknolojinin çekirdeğini oluşturmaktadır (Bouma vd., 2007; Kalınkara, 2011).

Geronteknoloji; ileri yaştaki bireyin uygun sağlık ve sosyal yaşama adapte olmasını, bağımsız yaşamasını mümkün kılarak; yaşam kalitesini arttıracak ürün ve hizmetlerin geliştirilmesi ve araştırılması ile ilgilenmektedir (Kalınkara, 2011; Chen ve Hoi-shou Chan, 2013). Son yıllarda yapılan çalışmalar, çeşitli geronteknoloji ürünlerinin kullanımının yaşlı bireylerin daha sağlıklı, daha bağımsız ve daha sosyal bir yaşam sürmelerine yardımcı olabileceğini göstermiştir (Chen ve Hoi-shou Chan, 2013).

Geronteknoloji; yaşlanmakta olan ve yaşlı kimserler için ürün, çevre ve hizmetlerin

tasarımı ile ilgilenmektedir. Teknoloji yönü ile bireyin konut, iletişim, kişisel mobilite ve ulaşım, sağlık, çalışma ve rekreasyon ve kendini gerçekleştime olarak altı alanı kapsamaktadır. Bunlardan konut, kişisel mobilite ve ulaşım , iletişim birey çevre-etkileşimi için en önemli alanıdır (Kalınkara, 2011).

4. Yaşam Kalitesinin Arttırılmasında Antropometrik Çözümler

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun 2011 verilerine göre; 65 yaş ve üstü toplumda en az bir engeli olan birey oranı %34,7'dir. Bu oranda engelli nufusundan kasıt; ilgili faaliyetlerin yapılırken çok zorlanılması yada hiç yapılamamasıdır. 2012 yılında TÜİK; kent ve kırsal yaşam alanlarına göre 65 yaş ve üstü bireylerin yürüyememe, merdiven inip çıkamama ve eğilme veya diz çökmeme durumları araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre; kent ortamında 65+ 'da yürüyememe %27,8, merdiven inip çıkamama %20,8, eğilememe veya diz çökememe %30,2 oranındadır. Kırsalda ise bu oran sırasıyla; %31,5, %34,2, %32,3'tür. Yine 2012 verilerine göre; 65+ nufusun %15,7'si giyinme faaliyetlerinde, %16,4'ü de yatağa girme/kalkma, sandalyeye oturma/kalkma faaliyetlerinde zorluk çekmektedir. Tüm bu zorluklar yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerini engellemekte ve bağımlılık oranını arttırmaktadır. İlgili araştırmada yaşlı nüfusun bağımlılık oranı %11,8 olarak belirlenmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2014).

Yaşlanma ile gelişen bu fonksiyonel zorluklar ile birey; düşme ve kaza riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Düşme ve kazalar kişisel ve ya çevresel faktörlü oluşabilmekte ve ilerleyen yaşla daha da kolaylaşabilmektedir (Karataş ve Maral; 2001). Yaşanılan bu düşme ve kazaların bir çoğu birey-çevre etkileşimindeki problemlerden kaynaklanmaktadır. Bu nedenle yaşlı bireyin içinde bulunduğu iç ve dış mekanların, kullandıkları araç ve gereçlerin ve temel ihtiyacı olan giysi tasarımlarının ergonomik kriterler dahilinde üretilmesi gerekmektedir.

Düşmeler sonrası ilaç ve egzersizin yanında çevrenin düzenlenmesi, destek amaçlı medikal aparat ve cihazların kullanımı; iyileşme sürecinde tedavi ve önlemlerin başında gelmektedir (Eyigör 2012). Ancak; yaşlı bireyler medikal aparat (bel-karın korsesi, el-ayak bilekliği, baldırlık vb.) kullanım sürecinde uyum sorunu ve daha farklı sağlık problemleri ile karşılaşmaktadırlar (Ağaç, 2009). Bu problemlerin aza indirgenmesinde antropometri önemlidir. Çünkü yaşlı bireye yönelik antropometrik değerlerin bilinmesi ve bu değerler ile tasarlanacak destek aparatları; bu tedavi sürecinde uyum gücünü arttırıcı olacaktır. Aktan Korkmaz 2013 yılında yaptığı yüksek lisans tezinde; yaşlıya yönelik medikal aparat tasarımlarında kullanılacak antropometrik ölçüleri belirlemiş ve refans değerler oluşturmuştur (Aktan Korkmaz, 2013).

Yaşlı bireyler genel olarak, aynı konut ve çevrede yaşamlarını sürdürmektedir. Yaşlıların fiziksel sağlıkları, içinde bulunduğu konutun özelliklerinden birçok şekilde

etkilenmektedir (Kalınkara, 2010). Ev merkezli yaşam ve daha az mobil olmaları nedeniyle yaşlıların bireysel özellikleri ile yaşasıkları çevresel özellikler arası uyum önem kazanmıştır (Arpacı, 2005; Aydıner Boylu, 2013). Yapılan bir çok araştırma; yaşlı bireyin sağlığının iyi olmasına rağmen, yaşadıkları uygun olmayan sosyal yaşam ve çevre koşullarından olumsuz etkilendiklerini göstermiştir. Bu nedenle yaşlı bireyin yaşadığı çevreye değil, yaşadığı çevrenin yaşlıya uyumu sağlanmalıdır (Erkılıç vd., 2006; Doğan, 2009).

Yaşlı bireyin yaşadığı iç ve dış mekanın tasarlanması sırasında, bireyin değişen fiziksel özelliklerinin göz önünde bulundurulması, beklenen uyum sürecini arttırıcı olacaktır. İç mekanlar mutfak, oturma odası, yatak odası, banyo ve tuvaletler olarak sıralanırken; dış mekanlar parklar, yaya yolları, alışveriş merkezleri, merdivenler, rampalar ve hizmet alanları olarak sıralanmaktadır. Bu alanlarda yapılacak olan tasarımlarda, yaşlı bireyin antropometrik değerlerinin bilinmesi, yaşamlarını kolaylaştırıcı ve motive edici olacaktır (Doğan, 2009; Akın, 2012). Özellikle bu tasarımda kullanılacak olan yükseklik ölçülerinin dikkate alınması; yaşlı bireyin günlük yaşamında uzanma, eğilme ve oturma problemlerini azaltmada önemlidir. Böylece yaşlı bireyin çevresinin emniyetli, ulaşılabilir ve kullanışlı ve rahat olması sağlanacaktır (Erkılıç vd., 2006).

Yaşlı bireylerin karşılaştıkları bir diğer problem ise; giyim konusundadır. Bireyler genellikle kendilerine uyan ve rahat giyim ürünleri bulamamaktadırlar. Bunun nedeni, mevcut giyim endüstrisinin, genellikle normal bedenlerde ve gençlere yönelik olması ve yaşlı bireylerin standart ölçülerinin tercih edilmemesidir (Vural vd., 2008; Gürşahbaz vd., 2009). Yapılan çalışmalar; 65 yaş ve üstü bireylerin ürün seçiminde, rahat ve uygun olmasına öncelik verdiklerini ve vücut ölçülerine uygun ürünleri bulamamaktan şikayet ettiklerini ortaya koymuştur (Vural vd., 2008; Gürşahbaz vd., 2009; Çivitçi ve Ağaç, 2009; 2010) Bu şikayetlere yönelik çözümler, yaşlı bireylerin antropometrik ölçülerinin bir standartının oluşturulmasıyla mümkün olacaktır. Bu nedenle; beden ölçülerinin standartlaşmasına yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Vural vd., 2008).

Ülkemizde yaşlı birey üzerine yapılan antropometrik çalışmaları yetersiz düzeydedir. (Akın, 2006; Atamtürk, 2010; Kalınkara, 2011). Ülkemizde ileri yaş bireyleri üzerinde, özellikle 65 yaş ve yukarısı nüfusu hedef alan kapsamlı bir antropometrik çalışma bulunmamakta ve yapılan az sayıda çalışma ise daha çok dar kapsamlı ve yerel düzeydedir. (Bağcı Bosi, 2003; Gültekin ve Akın, 2005; Aslan vd., 2006; Yardımcı ve Özçelik, 2006; Ersoy Öztürkler, 2009; Atamtürk, 2010; Atamtürk ve Göçmen Mas, 2010; Aktan Korkmaz, 2013). Türkiye genelini ele alan kapsamlı tek antropometrik araştırma, 2005 yılında 26-65 yaş grubu bireyler arasında Güleç ve arkadaşları tarafından yapılan BAP ve TUBİTAK ortaklı projedir.Ancak bu çalışma uyguladığı yaş aralığı nedeniyle, yaşlı bireylere yönelik veriler içermemektedir (Güleç vd., 2005). Ancak Özgün Başıbüyük ve ekibi tarafından 1 Ekim 2015 TU-

BİTAK 115M548 Numaralı "Anadolu Yaşlılarının Antropometrik Boyutları" isimli çalışması ile Türkiye genelinde yaşlı bireyler üzerinde elde edilecek antropometrik veriler ile bu alandaki eksikliğin giderileceği ve antropometrik standartların geron-teknoloji alanında çalışma yapan kurum ve kişilere veri olarak sunularak yaşlılarımızın daha huzurlu, sağlıklı ve kaliteli bir yaşam geçirmelerine katkı sunulacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Ağaç, S., Gürşahbaz, N. ve Özelmas Kahya, S. (2009). "Yaşlıların Medikal Aparatları Kullanırken Yaşadıkları Problemler ve Beklentiler", *V. Ulusal Yaşlılık Kongresi,* 07-08 Mayıs 2009, Sivas.

2. Akın, G. (2006). *Her Yönüyle Yaşlılık*. Palme Yayıncılık, Ankara.

3. Akın, G. (2012). *Ergonomi*. Tiydem Yayıncılık, Ankara.

4. Akın, G. (2013). "Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Antropometrinin Önemi", *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Antropoloji Dergisi*, Sayı 26, 1-18.

5. Aktan Korkmaz, B. (2013). Sivas İl Merkezi Orta ve İleri Yaş Bireylerinin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi ve Medikal Aparat Tasarım Uygulaması, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Sivas.

6. Altuğ, F., Yağcı, N., Kitiş, A., Büker, N., ve Cavlak, U. (2009). " Evde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, (1): 48-60.

7. Arpacı, F. (2005). *Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık.* Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara.

8. Aslan D., Özcebe H., Takmaz S., Topatan S., Şahin A., Arıkan M., Tanrıverdi B. (2006). "Ankara'da Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi", Turkish Journal of Geriatrics, 9(2): 65-69.

9. Atamtürk, D. ve Mas, N.G. (2010). "Elli Yaş ve Üzerindeki Bireylerde Malnütrisyon ve Obezite Sıklığı", *Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri*,2(1):17.

10. Atamtürk, D. (2010). "Orta ve İleri Yaştaki Bireylerin Antropometrik Ölçülerinde Yaşa Bağlı Olarak Meydana Gelen Değişimler", *Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri*. 1(3): 13-22

11. Aydın, S. (2007). *Antropoloji*. Ed.: Handan Üstündağ, TC. Anadolu Üniversitesi Yayını No:1761, Eskişehir.

12. Aydıner Boylu, A.(2013). "Yaşlılıkta Yaşam Kalitesi ve Konut İlişkisi", *Toplum ve Sosyal Hizmet,* Cilt:24, Sayı 1, 145-156.

13. Babiarczyk, B. ve Tubiarz, A. (2012). " Body Mass Index in Elderly People-Do The Reference Ranges Matter?", *Progress in Health Science*, Vol:2, No:1.

14. Bağcı Bosi, T. (2003). "Yaşlılarda Antropometri", *Turkish Journal of Geriatrics*, 6(4):147-151.

15. Baysal, A.(2014). *Yaşlılıkta Beslenme*. Hatiboğlu Basım Yayın, Ankara.

16. Beals, R.L. ve Hoijer, H. (1991). "Antropoloji Konusu ve Alanı", Çev: Gürbüz Erginer, *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi*, Cilt:35, Sayı:2, 9-34.

17. Borkan, G.A., Hults, D.E., Mayer, P.J. (1982). "Physical Anthropology Approaches to Aging", *Yearbook of Physical Anthropology*, 25:181-202.

18. Bouma, H., Fozard, J.L., Bouwhuis, D.G. and Taiple, V. (2007). Gerontechonology in perspective. *Gerontechonology*, 6(4):190-216.

19. Carr, A., Biggs, S., Kimberley, H. (2013) " Meanings of A Long Life Cultural, Social and Historical Perspectives", *Social Policy Working Paper No.17*, The Center for Public Policy.

20. Cogill, B. (2003). *Anthropometric Indicators Measurement Guide*. D.C: Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) Project, FHI 360,Washington.

21. Chen, K. and Hoi-shou Chan, A., (2013). Use or non-use of gerontechnology-a qualitative study. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 10:4645-4666.

22. Çivitçi, Ş. ve Ağaç, S. (2009) " Altmış Yaş ve Üzeri Yaşlı Kadınların Giysi Satın Alma Davranışları Üzerine Bir Araştırma", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1:30-47.

23. Çivitçi, Ş. ve Ağaç, S. (2010) " Altmış Yaş ve Üzeri Yaşlı Erkeklerin Giysi Satın Alma Davranışları Üzerine Bir Araştırma", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt:7, Sayı: 1.

24. Duyar, İ. (2008). "Yaşlanma, Yaşlılık ve Antropoloji", Ed.: Refik Mas vd., *Geriatri*, Cilt:1, Ankara.

25. Duyar, İ ve Özener, B.(2003). *"Çocuk İşçiler Çarpık Gelişen Bedenler"*, Ütopya Yayınevi.

26. Doğan, A. (2009). "Yaşlı ve Ergonomi", *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 55, Özel Sayı 2:95-99.

27. Emiroğlu, V. (1984). "Sosyal Gerontoloji Çalışmlarında Kuramsal Yaklaşımlar ve Araştırma Bulgular", *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi*, Cilt 2, Sayı:1-3.

28. Ercan Şahin, N., Emiroğlu O.N. (2014). "Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 57-66.

29. Erkılıç, M., Aydoğdu, F., Aslan, D., Gökçe Kutsal, Y. (2006). " Yaşlının Evi ve Çevresi Yaşlılık Dönmei İçin Uygun Çevre Koşulları Nasıl Düzenlenmeldir ?", Geriatri Derneği Halk Eğitim Etkinlikleri.

30. Ersoy, S. (2008). Erzincan İlinde 65 Yaş ve Üstü Bireylere Yönelik Bazı Antropometrik Vücut Ölçüleri ve Mutfak Tasarımı, Yüksek Lisans Tezi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

31. Ersoy Öztürkler, S. (2009). "Yaşlı Bireylere Yönelik Referans Değerleri: Erzincan Örneği", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (2):126-135.

32. Eyigör, S. (2012). "Düşmelere Yaklaşım", *Ege Tıp Dergis,*51 Ek Sayı: 43-51.

33. Güleç, E., Akın, G., Sağır, M., Koca Özer, B., Gültekin, T., Bektaş, Y. (2009). "Anadolu İnsanının Antropomtrik Boyutları: 2005 Yılı Türkiye Antropometri Anketi Genel Sonuçları", *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi,* 49(2), 187-201.

34. Gültekin, T. Akın, G. (2005). "Yaşlanmayla Birlikte Boy Uzunluğu ve Oturma (Büst) Yüksekliğinde Meydana Gelen Değişimler", *Turkish Journal of Geriatrics*, 8(3):125-128.

35. Gürşahbaz, N., Özelmas Kahya, S., Arga Şahinoğlu, M. (2009). " Yaşlı Kadın Tüketicilerin Hazır Giyim Tercihlerini Etkileyen Unsurların Belirlenmesi Üzerine Kesitsel Bir Araştırma", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2:146-157.

36. Ice, G.H. (2003). "Biological Anthropology of Aging-Past, Present And Future", *Collegium Anthropologicum*, 1:1-6.

37. Ice, G.H. (2005). "Biological Anthropology And Aging", *Journal of Cross-Cultural Gerontogy*, 20:87-90.

38. Kalınkara, V. (2010). "Yaşlı Bireyler İçin Yaşam Çevresinin Ergonomik Tasarımı", *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 1:54-64.

39. Kalınkara, V. (2011). *Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi*. Nobel Yayınevi, 1.Basım, Ankara.

40. Karataş, G.K. ve Maral, I. (2001). "Ankara- Gölbaşı İlçesinde Geriatrik Popülasyonlarda 6 Aylık Dönemde Düşme Sıklığı ve Düşme İçin Risk Faktörleri", *Turkish Journal of Geriatrics,* 4(4):152-158.

41. Kır, T., Ceylan, S. ve Hasde, M. (2000). "Antropometrinin Sağlık Alanında Kullanımı", *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 20: 378-384.

42. Oğuz, T. (2007). "Yaşlıda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler", *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

43. Özgün Başıbüyük, G. (2007). Sivas İli Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip Yetişkin Bireylerde Bazı Antropometrik Özelliklerin Tespiti ve Değerlendirilmesi, *Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

44. Özbudun, S. ve Uysal, G. (2012). *50 Soruda Antropoloji Bilim ve Gelecek Kitaplığı*, Kitap Dizisi 12, İstanbul.

45. Rahman, S.A., Zalifah, M.K., Zainorni, M.J, Shafawi, S., Mimie Suraya, S., Zarina N. and Wan Zainuddin, W.A. (1998). Anthropometric measurements of the elderly. *Malaysian Journal of Nutrition*, 4, 55-63.

46. Tufan, İ. (2002). *Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık Sosyolojik Yaşlanma*. Aykırı Yayıncılık, İstanbul.

47. Vural, T., Çileroğlu, B., Çoruh, E. (2008). "60 Yaş ve Üzeri Kadınların İç Giyim Üretimi Açısından Beden Ölçü Standardizasyonnu", *Tekstil ve Konfeksiyon 2.*

48. Yardımcı, H. Ve Özçelik A Ö. (2006). "Ankara İli Gölbaşı İlçesinde Yetişkin Kadınların Antropometrik Ölçümleri ve Beslenme Alışkanlıkları Üzerinde Bir Araştırma" Ankara Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu Yayın No:13, Bilimsel Araştırma ve İncelemeler:13, Ankara.

49. Türkiye İstatistik Kurumu (2014). İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim Tarihi: 14.07.2015.

AKTİF YAŞLANMA SÜRECİNDEKİ ROTATOR MANŞET YIRTIĞI OLAN HASTALARDA DİYABETİN VİBRASYON, BASINÇ VE İKİ NOKTA DİSKRİMİNASYON DUYUSUNA ETKİLERİ

Selda BAŞAR[1], Zeynep HAZAR KANIK[1], Seyit ÇITAKER[1], Uğur SÖZLÜ[1], Gürkan GÜNAYDIN[1], Ulunay KANATLI[2]
[1]Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon B.
[2]Gazi Üniversitesi, , Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı,

ÖZET

Amaç: Aktif yaşlanma sürecindeki popülasyon tüm dünyada ve ülkemizde artmaktadır. Bu grup hastaların, kronik hastalıklarından dolayı sağlık hizmetlerinden beklentileri de yükselmektedir. Farklı kas iskelet sistemi hastalık prevelansının yaşla birlikte arttığı bilinmektedir. Bu süreçte en sık karşımıza çıkan hastalıklardan biri rotator manşet yırtıklarıdır. Bu çalışmanın amacı aktif yaşlanma sürecinde, rotator manşet yırtığı olan diyabet ve kontrol gruplarının basınç, vibrasyon ve iki nokta diskriminasyon duyularını karşılaştırmaktır.

Metod: Çalışmaya 60 yaş ve üzeri, dominant kolda rotator manşet yırtığı tanısı olan 20 hasta (15 kadın, 5 erkek; ortalama yaş 68±5.45 yıl; ortalama vücut kitle indeksi 31.45±5.92 kg/m^2) dâhil edildi. Çalışmaya katılan hastaların 9'unda tip II diyabet tanısı mevcutken kalan 11 kişi kontrol grubu olarak kabul edildi. Servikal veya üst ekstremiteyi ilgilendiren nörolojik veya romatolojik rahatsızlığı bulunan hastalar çalışmaya dâhil edilmedi. Hastaların basınç duyusu Semmes-Weinstein Monofilamentleri ile, vibrasyon duyusu 256 cps diapozon ile, iki nokta diskriminasyonu ise esteziometre ile değerlendirildi. Tüm ölçümler radial sinir için elin dorsal yüzünden 3. parmaktan, ulnar sinir için elin volar yüzü 5. parmaktan ve median sinir için elin volar yüzü 2. parmaktan yapıldı. Verilerin analizinde bağımsız gruplarda t- testi kullanıldı.

Bulgular: Aktif yaşlanma sürecinde rotator manşet yırtıklarında, diyabet ve kontrol grubunun verileri karşılaştırıldığında basınç duyusunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (radial p=0.758 ulnar p=0.285, median p=0.778). Benzer şekilde iki nokta diskriminasyonu iki grup arasında istatistiksel olarak farklı değildi. (radial p=0.849, ulnar p=0.150, median p=0.096). Vibrasyon duyusu bakımından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (radial p=0.317, ulnar p=0.307, median p=0.317).

Tartışma: Bu çalışma sonucunda, aktif yaşlanma sürecinde rotator manşet yırtığı bulunan diyabetli hastalarla ve diyabeti olmayan kontrol grubunun üst ekstremite radial, ulnar ve median sinir duyu alanlarından yaptığımız basınç, vibrasyon ve iki nokta diskriminasyon duyularının benzer olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak aktif yaşlanma sürecinde rotator manşet yırtığı bulunan hastaların üst ekstremitelerinin farklı bölgelerinde tarif ettikleri basınç, vibrasyon ve iki nokta diskriminasyonu ile ilgili duyusal yakınmalarda diyabet hastalığı dışındaki etmenler araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: aktif yaşlanma süreci, rotator manşet yırtığı, diyabet, vibrasyon, basınç, iki nokta diskriminasyonu

Kaynaklar:

Gumina, S., Carbone, S., Campagna, V., Candela, V., Sacchetti, F. M., & Giannicola, G. (2013). The impact of aging on rotator cuff tear size.*Musculoskeletal surgery*, *97*(1), 69-72.

Harvie, P., Ostlere, S. J., Teh, J., McNally, E. G., Clipsham, K., Burston, B. J., ... & Carr, A. J. (2004). Genetic influences in the aetiology of tears of the rotator cuff SIBLING RISK OF A FULL-THICKNESS TEAR. *Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume*, *86*(5), 696-700.

Yamaguchi, K., Ditsios, K., Middleton, W. D., Hildebolt, C. F., Galatz, L. M., & Teefey, S. A. (2006). The demographic and morphological features of rotator cuff disease. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, *88*(8

YAŞLI DOSTU ERİŞİLEBİLİR REKREASYON ALANI TASARIMI

Gamze FEYZİOĞLU[1], Tuba SAYAN[2]
[1] [2]Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Erişilebilirlik Dairesi
[1] gfeyzioglu@aile.gov.tr/[2] tuba.sayan@aile.gov.tr

ÖZET

Dünyada ve Türkiye'de sağlık hizmetlerindeki gelişmeler yaşam kalitesinin artmasına bunun sonucu olarak da yaşlı nüfusunun git gide artmasına neden olmuştur. Yaşlıların, kendi kişisel ihtiyaçlarını karşılama isteğinin yanı sıra artık sosyal hayata aktif olarak katılmalarına olanak sağlamak amacıyla fiziksel çevredeki engellerin ortadan kaldırması gerekmektedir. Kamu kullanımına açık Kentsel Açık ve Yeşil Alanlar içerisinde yer alan rekreasyon alanlarının (eğlence, dinlenme, piknik, çay bahçesi, tenis, yüzme vb.) evrensel tasarım ilkeleri ve standartlar doğrultusunda başta yaşlı ve engelliler olmak üzere çocuklar, hamileler, çok uzun ve çok kısa boylu kişiler, bebek arabalılar, valiz taşıyanlar kısacası herkes için engelsiz hale getirilerek, rekreasyon alanlarının niteliksel ve niceliksel olarak geliştirilmesi sağlanabilir.

Yaşlı dostu rekreasyon alanları diğer kentsel kullanımların dışında kalan alanlar olarak değerlendirilmemeli, yaşlıların kendi başına bağımsız olarak gerçekleştirebildiği ulaşım ve erişebildiği diğer kentsel kullanımlarla bütünleşik alanlar olarak tasarlanmalıdır. Rekreasyon alanları sportif faaliyetlere göre çeşitlendirilmelidir (Avcılık, hobi bahçeciliği, buz pateni, kanoculuk sporu, at binme sporu vb.).

Rekreasyon alanları toplumsal hayata katılımda büyük önem taşıdığı ve sosyalleşmeyi sağladığı için herkes tarafından kullanılabilirliği bakımından evrensel tasım ilkelerine göre tasarlandığında geniş kitlelerce kullanılabilir ve yaşlı dostu kent parçası haline dönüşebilir.

Anahtar Kelimeler: Erişilebilirlik, Yaşlı Dostu Kentler, Erişilebilirlik Standartları, Rekreasyon Alanları, Evrensel Tasarım

Yaşlılık ve Yaşlı Dostu Kentler

Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı çevresel etmenlere uyum sağlama yeteneğinin azalması ya da büyük oranda kaybolması olarak tarif etmekte, yaşlılık dönemi

için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi, "65 yaş ve üzeri" olarak kabul etmektedir. (CANER, GÖZÜN, HİLWAH, & GÖKÇEK, 2013)

Yaşlılık, yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz ve tüm insanlar için geçerli olan bir durumdur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı bir ayrıma göre, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75- 89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır. (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2007)

Sosyal yaşlılık ise kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen yaşlılık tanımıdır. Modern tanımda kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak, sosyal güvence sisteminin katkısıyla ya da biriktirimleriyle yaşadığı dönemin adıdır. (GÜLER, 1998)

TUİK 2014 Adrese Dayılı Nüfus Kayıt Sistemi sonuçlarına göre, Türkiye nüfusunun %8'i yani yaklaşık 6 milyon 65 yaş üstü kişilerden oluşmakta olup, %44'ü erkek, %56'sı kadındır. Nüfusun %59 ise 20 yaş ile 64 yaş arasında olan kısmen çalışan kısmen yaşlı adayı olan aktif nüfustur.

"Yaşlı Dostu Şehir", aktif yaşlanmayı destekleyen kapsamlı ve erişilebilir kentsel çevreyi ifade etmektedir. Yaşlı Dostu Şehir, yaşlıların rahat bir biçimde toplumun diğer kesimleriyle birlikte uyumlu bir hayat sürdürebilecekleri ortam ve imkânların sağlandığı, temiz, güvenli, yaşanabilir ve sürdürülebilir kentsel çevreleri ifade etmektedir. Bu özellikleriyle "Yaşlı Dostu Şehir" sadece yaşlı toplum için değil, başta çocuklar ve engelliler olmak üzere tüm kent halkının yararı için düzenlemelerin yapıldığı ve tedbirlerin alındığı kentsel bir yaşam çevresi olmaktadır. (CANER, GÖZÜN, HİLWAH, & GÖKÇEK, 2013)

Yaşlılar geleneksel anlamda engelli olarak görülmeseler bile, yaşları ilerleyen kimseler, bedensel (ve bazen zihinsel) kapasitelerinde ortaya çıkan bu gibi değişiklikler nedeniyle, yaşadıkları binalarda, kullanmakta oldukları tasarım ürünlerinde bir takım zorluklarla karşılaşabilmektedir. Daha önce kolayca yaptıkları hareketlerin bazılarını zorlanarak yapmakta, bazı davranışlarını değiştirmek durumunda kalabilmektedir. (İMAMOĞLU, 2015)

Erişilebilirlik

Erişilebilirlik yaşlı ve engellilerin evlerinden çıkabilmeleri, başkalarına ihtiyaç duymadan binalara ve açık alanlara erişebilmeleri ve bunları kullanabilmeleri, kısaca toplumsal yaşama katılabilmeleri için yapılı çevrede ve kentsel hizmetlerde alınması gereken fiziksel ve mimari tüm tedbirleri içermektedir. Erişilebilirlik yalnızca hareketlerinde kısıtlılık yaşayan yaşlılar ve engelliler için değil hamileler, çocuklar, bebek arabalılar, çok uzun ve çok kısa boylu kişiler vb. için büyük önem taşıyan gerekliliktir.

7/7/2005 tarihinde yürürlüğe giren Engelliler Hakkında Kanunun geçici 2 nci ve 3 üncü maddeleri ile tüm kamu kurum ve kuruluşlarından, kamu kullanımına açık binalar ve açık alanlar ile toplu taşıma araçlarını, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren sekiz yıl içinde engelliler için erişilebilir duruma getirmeleri istenmiştir. Kanun kapsamında çıkartılan Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliğinde kentte erişilebilir olması gereken olgular binalar, açık alanlar ve toplu taşıma araçları olmak üzere 3 grupta toplanmıştır.

Erişilebilirlik için Evrensel Tasarım

Fiziksel yapılı çevrenin ve ürünlerin, tüm insanlar tarafından herhangi bir adaptasyona ihtiyaç duyulmaksızın tasarlanması evrensel tasarımdır. Yazarlar, mimarlar, tasarımcılar, mühendisler ve araştırmacılar ile oluşturulan çalışma grubuyla yapılı fiziki çevre, ürünler ve iletişim dâhil olmak üzere tasarım disiplinleri geniş bir yelpazede değerlendirilmiş, rehberlik etmesi amacıyla Evrensel Tasarım İlkeleri oluşturulmuştur. Evrensel tasarım ilkeleri (eşitşik, esneklik, basit ve anlamlı kullanım, pratiklik, koruma ve güvenlik, az fiziksel güz gereksinimi, kolay erişim), mevcut tasarımları değerlendirmek, tasarım sürecine rehberlik etmek ve daha kullanışlı ürünler ve ortamlar üretmek üzere hem tasarımcılar ve hem de kullanıcıları bilinçlendirmek için kullanılabilir. (NC State University, 1997)

Erişilebilirlik Standartları

Türkiye'de Türk Standardları Enstitüsü tarafından oluşturulmuş erişilebilirlik standartlarından binalar ve açık alanlar ile ilgili tasarım kriterlerini içeren standartlar TS 9111 "Engelliler ve Hareket Kısıtlılığı Bulunan Kişiler İçin Binalarda Ulaşılabilirlik Gerekleri" ve TS 12576 "Şehir İçi Yollar - Kaldırım ve Yaya Geçitlerinde Ulaşılabilirlik İçin Yapısal Önlemler Ve İşaretlemelerin Tasarım Kuralları"dır.

TS 9111 "Engelliler ve Hareket Kısıtlılığı Bulunan Kişiler İçin Binalarda Ulaşılabilirlik Gerekleri" standardında temel erişilebilirlik tasarım ilkelerini aşağıdaki gibi belirtirmiştir.

1. Ana girişe yakın otopark yeri,
2. Girişe bağlanan erişilebilir bir yol,
3. Kısa mesafeler,
4. Dışarıdaki kullanımlar için düzayak giriş ve çıkışlar,
5. Yalın ve kullanışlı planlar,
6. Katlarda basamaksız ve engelsiz, düzayak yürüme alanı,
7. Danışma masasına, asansörlere ve engelli tuvaletine rahat ulaşım,

8. Acil durumlarda kullanmak için algılanabilir ve belirgin yangın tahliye yolları,
9. Acil durumlar için de kullanılabilen güvenli ve ferah asansörler,
10. Kullanımı rahat, acil durumlarda tahliyeye/kurtarmaya yardımcı olan ve kolaylık sağlayan güvenli merdivenler ve merdiven kızaklı özel tahiye sandalyesi,
11. Kaymayı önleyici (ıslak/kuru), sürtünme katsayısı yüksek malzeme ile döşenmiş yürüyüş yüzeyleri,
12. Islanması muhtemel yerlerin yüzey kaplamasının sürtünme katsayısı yüksek malzeme ile döşenmesi,
13. Gerekli kapı açıklıkları ve kolay kapı kullanımı, kapıları tekerlekli sandalye ile açma ve kapatmayı olanaklı kılan yeterli alan,
14. Yeterli manevra alanı,
15. Kontrol düğmeleri ve anahtarlarının uygun yükseklikte, konumda, renkte olması ve rahat kullanımı,
16. İyi aydınlatma,
17. Duvarlarda, döşemelerde, kapılarda ve işaretlemede iyi bir görsel zıtlık,
18. İyi işaretleme,
19. İki veya daha fazla duyu yoluyla (hissedilebilir, işitsel ve görsel) iletişim sağlayabilecek önemli bilgilendirme,
20. İyi akustik,
21. Ses yükseltici sistemler

TS 12576 "Şehir İçi Yollar - Kaldırım ve Yaya Geçitlerinde Ulaşılabilirlik İçin Yapısal Önlemler ve İşaretlemelerin Tasarım Kuralları" standardında temel erişilebilirlik tasarım ilkelerini aşağıdaki gibi belirtirmiştir.

1. Hareket kısıtlılığı olanlar dâhil tüm yayaların hareketini kolaylaştırmak için şehir içinde yayaların kullandığı yollar, engellerden arındırılmalıdır.
2. Keskin, köşeli vb. yol yapısı ve dik, yüksek, kavisli vb. yol düzenlemeleri yayaların hareketlerini kısıtlayıcı olmamalıdır. Bir başka deyişle yaya kaldırım yüzeyi aynı yükseklikte ve düz olmalıdır.
3. Mevcut bir yol üstüne, yayaların yararlanacağı bir tesis (örnek: toplu taşıma durakları, telefon kulübesi, otoparklar, yaya yolu, kaldırım düzenlemesi, dinlenme yerleri, ağaçlandırma vb.) yapılacağı zaman, ha-

reket kısıtlılığı olanlar dâhil tüm yayaların kullanımına yönelik olarak tasarlanmalıdır.

4. Hareket kısıtlılığı olan yayaların yürüyüşlerini serbestçe gerçekleştirebilmeleri için, yeterli yürüyüş alanları sağlanmalı, yoldaki düzenlemeler onların istedikleri yere gitmelerine engel oluşturmamalıdır.
5. Uzun yürüme yolları, rahat ve kullanışlı olmayan geçitler, uzun bekleme süreleri yayaların erişebilirliklerini zorlaştıran/caydıran bir unsur olduğundan, fiziksel çevre, hareket kısıtlılığı olanlar dahil tüm yayaların rahat ve eşit şekilde kent yaşamından faydalanabilmelerini sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.
6. Hareket kısıtlılığı olanlar dâhil tüm yayaların rahat, güvenli ve engelsiz hareket edebilmeleri için yaya yolunda aşağıda verilenler sağlanmalıdır:
    - Yeterli/gerekli hareket alanı,
    - Yeterli/gerekli genişlik,
    - Yeterli/uygun yükseklik,
    - Düz ve kaygan olmayan yüzey,
    - Yeterli/gerekli bilgilendirme, yönlendirme ve uyarma araçları,
    - Uygun ölçülendirme, uygun malzeme ve renk seçimi.
7. Görme engelli yayalar için, kaldırımlarda hissedilebilir yüzeyler kullanılmalı ve sesli veya kabartmalı/iri puntolu işaretlemeler ile rahat ve güvenli olarak hareket etme imkânı sağlanmalıdır.
8. Rehber köpek kullanan görme engellilerin ulaşma/erişme zorluklarının giderilebilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
9. Hareket kısıtlılığı olanların erişebilirliklerini kolaylaştırmak üzere yapılan düzenlemeler diğer yayaların kullanımını zorlaştırmayacak şekilde tasarlanmalıdır (ayrıştırılmış mekânlar veya güzergâhlar yapmak yerine bütünleştirici tasarımlar yapılmalı, böylece tüm yayaların kullanabileceği mekânlar oluşturulmalıdır). Ayrıca bu düzenlemeler birbirinden kopuk biçimde değil süreklilik arz eder nitelikte olmalıdır.

Rekreasyon Alanları ve Yaşlılar/Engelliler için Rekrasyon Alan Tasarım ilkeleri

Planlı Alanlar Tip İmar Yönetmeliğinde rekreasyon alanları; kentin açık ve

yeşil alan ihtiyacı başta olmak üzere, kent içinde ve çevresinde günü birlik kullanıma yönelik ve imar planı kararı ile belirlenmiş; eğlence, dinlenme, piknik ihtiyaçlarının karşılanabileceği lokanta, gazino, kahvehane, çay bahçesi, büfe, otopark gibi kullanımlar ile, tenis, yüzme, mini golf, otokros gibi her tür sportif faaliyetlerin yer alabileceği alanlardır ve bu alanda yapılacak yapıların emsali (0,05) i, yüksekliği (6,50) m.yi geçemez şeklinde tanımlanmaktadır. Böylece kentsel tasarımda yapı alanları ve yapı yükseklikleri mevzuat ile belirlenmiştir.

Rekreasyon faaliyetleri iç mekan rekreasyon faaliyetleri ve dış mekan rekreasyon faaliyetleri olarak ikiye ayrılabilir. İç mekan rekreasyon faaliyetleri olarak kapalı yüzme havuzu, bowling, buz pateni, fitnes gibi faaliyetler, dış mekan rekreasyon alanlarında ise avcılık, balıkçılık, plaj, balonla seyahat, yüzme, atıcılık, büyük kent parkları, doğa yürüyüşleri, göl kenarı kanoculuk vb. faaliyetler yapılabilir.

Tüm bu faaliyetlerle ilgili planlama yapılırken evrensel tasarım ilkeleri ve ilgili standardlar göz önüne alınırsa herkes için tasarım yapılmış olur. İç mekan faaliyetlerine yönelik alanlara tasarlanırken TS 9111 "Engelliler ve Hareket Kısıtlılığı Bulunan Kişiler İçin Binalarda Ulaşılabilirlik Gerekleri" standardı, dış mekan faaliyetlerine yönelik alanlar tasarlanırken TS 12576 "Şehir İçi Yollar - Kaldırım ve Yaya Geçitlerinde Ulaşılabilirlik İçin Yapısal Önlemler ve İşaretlemelerin Tasarım Kuralları" standardı göz önüne alınmalıdır.

Erişilebilir alan tasarımında dikkat edilmesi gereken en önemli unsur erişilebilirliğin ve erişilebilir alanların birbiri içerisine geçmiş halkalar olduğudur. Erişilebilirlik yaşlı/engellinin evinin erişilebilir olmasıyla başlar. Evinde yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilen yaşlı/engelli hizmet almak için, sosyalleşmek için, eğlenmek için dışarı çıkmak ister. Engelli/Yaşlı bireyin evinden çıkabilmesi dikey dolaşımda TS 9111 "Engelliler ve Hareket Kısıtlılığı Bulunan Kişiler İçin Binalarda Ulaşılabilirlik Gerekleri" standardının ilgili yerlerinde bulunan ölçü ve ölçümlerine uygun tasarlanmış asansör, rampa ve merdiven ile mümkün olabilir. Birey binasından çıktıktan sonra erişilebilir bir ulaşım aracını kullanabilmeli ya da yürüme mesafesindeki yerlere erişilebilir kaldırımlar, duraklar, yaya geçitleri aracılığıyla gidebilmelidir. Sonunda hizmete erişmeli ve hizmetinde erişilebilir olması sonucu hizmetten faydalanabilmelidir. Barınma, ulaşım ve hizmetten faydalanma zinciri birbirine tamamen organik bir şekilde bağlı olup, herhangi bir noktasında kesintiye uğraması zincirin tüm halkalarını etkileyip sonuca ulaşmayı engelleyebilmektedir. Tam erişebilirlik bu üç halkanın kesintisiz sağlanmasıyla olur.

Erişilebilir rekreasyon alanı tasarlarken rekreatif faaliyetin açık alan veya kapalı alan faaliyeti olması durumu hem mevzuat hem de kullanılması gereken standartlar açısından önemlidir. Kapalı alan faaliyetlerinde bina içerisinde yapılacak olan faaliyetlerde TS 9111 standardlarına uygun tasarım yapılmalıdır.

1. Bina girişi tasarlanırken; yeterli aydınlatmanın sağlanmış olmasına, işaretlemelere, otopark alanına ve toplu taşımaya uygun yürüyüş mesafelerine, özellikle girişte kot farkı olmamasına varsa da standarda uygun bir şekilde giderilmiş olmasına ve engelsiz geçiş alanı sağlanmış olmasına dikkat edilmelidir.

2. Bina kapısı tasarlanırken; kolay bulunabilir şekilde işaretlenmiş olmasına, yeterli aydınlatmanın sağlanmış olmasına, uygun geçiş genişliğinin sağlanmış olmasına, kolay kullanılabilmesine ve basamaksız ve eşiksiz olarak tasarlanmış olmasına dikkat edilmelidir.

3. Bina içi dikey dolaşım tasarlanırken; merdivenlerde gerekli güvenlik önlemlerinin alınmış, yeterli aydınlatmanın sağlanmış, asansörlerde uygun kabin ve kapı ölçülerinin sağlanmış olmasına dikkat edilmelidir.

4. Bina içi yatay dolaşım tasarlanırken; yeterli manevra alanlarının, basamaksız ve engelsiz geçiş alanlarının ve yeterli aydınlatmanın sağlanmış olmasına dikkat edilmelidir.

5. WC'ler tasarlanırken; kolay kullanım, iyi yerleştirilmiş donanımlar, iyi transfer seçenekleri ve yeterli manevra alanının sağlanmış olmasına dikkat edilmelidir.

6. İşaretlemeler iki veya daha fazla duyu yoluyla bilgilendirme ve Braille gösterim içermelidir.

Açık alan faaliyetlerinde bina dışarısında yapılacak olan faaliyetlerde TS 12576 standardlarına uygun tasarım yapılmalıdır.

1. Açık alan dolaşım alanları tasarlanırken; yaya kaldırımları uygun genişlikte, yükseklikte ve eğimde tasarlanmalıdır. Manevra alanları ve engelsiz yürüme alanları sağlanmalıdır. Kaldırım yüzey kaplaması; uygulanacak yüzey, iklim koşulları, kaldırımın kullanım yoğunluğu ve şekline göre en uygun malzemeden seçilmelidir. Yaya kaldırımlarının güvenliği sağlanmalıdır. Drenaj ve ızgaraların yerleştirilmesin de özen gösterilmelidir.

2. Kavşaklar mümkün olduğunca uygun eğimdeki üç yöne rampalar ile çözülmeye çalışılmalıdır.

3. Merdivenler yeterli genişlikte, güvenli (her iki tarafına korkuluk ve/veya küpeşte yapılmalıdır) ve hareket kısıtlılığı olanların kullanımına uygun düzenlenmiş olmalıdır.

4. Yaya geçitleri yayaların enerji kaybını en düşük düzeyde tutmak ve hareket kısıtlılığı olanların hareketlerini kolaylaştırmak için, yaya geçitlerinde öncelikle hemzemin yaya geçitleri tercih edilmeli, hareket kısıtlılığı olan kişiler dahil tüm yayalar için güvenli ve kullanılabilir olmalı ve özellikle görme engelliler dahil tüm hareket kısıtlılığı olan yayaların, yaya geçitlerini güvenli ve rahat kullanabilmeleri için gerekli tedbirler alınmalıdır.

5. Kent mobilyaları ve donanımları, uygun yerlerde kullanılmalı ve yeterli işaretlemelerle hareket kısıtlılığı olanların hareketlerine engel olmayacak şekilde yerleştirilmelidir. Dinlenme alanları ve banklar, kaldırım yürüme alanı dışında, kaldırımın genişliğine bağlı olarak, yaya akımına engel olmayacak ve hareket kısıtlılığı olanlar dahil tüm yayaların kullanabileceği şekilde yapılmalıdır.

6. Hareket kısıtlılığı olanların da kullanabilmesi için, tuvaletler TS 9111'e uygun olarak düzenlenmelidir.

7. İşaret ve işaretlemeler basit ve okunaklı, kolay anlaşılabilir ve uzaktan görülebilir, yeterli düzeyde aydınlatılmış, görme ve işitme engellerin ihtiyaçlarına cevap verecek nitelikte ve işaret direkleri ve levhaları yayaların hareketini engelleyici olmamalı, direk üzerindeki işaretler görülebilir ve yönlendirici olmalıdır.

8. Otopark alanlarındaki düzenlemeler TS 9111'e uygun olmalıdır.

9. Engellerin duraklara kolay, engelsiz ve başkalarına ihtiyaç duymadan erişebilmeleri sağlanmalıdır. Durakların kolayca bulunabilmesi ve belli uzaklıktan görülebilmesi için gerekli işaretleme ve yönlendirmeler yapılmalıdır. Her durakta, o durağın hangi toplu taşıma aracına ait olduğu, aracın güzergah numarası ile güzergah ve durağın adını belirten okunaklı ve ışıklandırılmış bilgilendirme levhası olmalıdır.

Rekreasyon alanları faaliyet tipine göre çeşitlenmelidir. Aşağıda rekreatif faaliyet örnekleri bulunmaktadır,

1. Erişilebilir Balon Turları (Ekler; Resim 1)
2. Erişilebilir Kano Platformu; (Ekler; Resim 2)
3. Erişilebilir Milli Park Platformu; (Ekler; Resim 3 ve 4)
4. Erişilebilir Yüzme Havuzu; (Ekler; Resim 5)
5. Erişilebilir Bakı Terasları(Ekler; Resim 6 ve 7)
6. Erişilebilir Balık Avlama Platformu; (Ekler; Resim 8)
7. Erişilebilir Binicilik Platformu; (Ekler; Resim 9 ve 10)

8. Erişilebilir Kamp Alanları; (Ekler; Resim 11 ve 12)
9. Erişilebilir Piknik Alanları; (Ekler; Resim 13)
10. Erişilebilir Buz Pateni; (Ekler; Resim 14)
11. Erişilebilir Bahçecilik (Ekler; Resim 15)
12. Erişilebilir Bisiklet Turları; (Ekler; Resim 16)

Sonuç,

Erişilebilirliği sağlanmasıyla başta yaşlılar olmak üzere herkes sosyal hayata aktif katılım sağlayabilir, rekreasyon alanlarının da içinde bulunduğu kentsel hizmetlerden eşit şekilde faydalanılabilir. Böylece evden bağımsız ve güvenli bir şekilde çıkabilir, kaldırımlarda yürüyebilir, toplu taşıma araçlarından ve kentsel hizmetlerden yararlanılabilirler.

Rekreasyon alan tasarımı rekreatif faaliyetin türüne göre farklılık gösterir. İç mekan ve dış mekan tasarımlarında kullanılması gereken standartlarda farklılık göstermektedir. Hem iç mekan rekreatif alan tasarımında hem de dış mekan rekreatif alan tasarımında evrensel tasarım ilkeleri benimsenmelidir. Böylece herkes için tasarım yapılmış olacaktır.

Sadece rekreasyon alanlarının ve faaliyetlerin erişilebilir olması yeterli değildir. Aynı zamanda yaşlı/engellinin bu alana/ faaliyete erişimi için evinden güvenle çıkması için gerekli rampa, asansör, merdivenlerin, kullanacağı kaldırımların, toplu taşıma araçlarının standartlara uygun olarak tasarlanmış olması gerekmektedir.

Rekreasyon Alanları faaliyetleri sadece piknik alanları veya parklar şeklinde düşünmemek gerekir. Rekreatif alanlar faaliyet tipine göre çeşitlendirilmelidir.

Kaynakça

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2007). *Türkiye'de Yaşlıların durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*. Ankara.

CANER, Ö. C., GÖZÜN, G., HİLWAH, A., & GÖKÇEK, M. (2013). *Yaşlı Dostu Şehirler: Kavramsal Çerçeve ve Örneklerle Değerlendirmeler.* Ankara : Güneş Tıp Yayınevi.

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. (2003, Haziran 1). Planlı Alanlar Tip İmar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Ankara: Çevre ve Şehircilik Bakanlığı.

GÜLER, Ç. (1998). Yaşlılıkta Tanımlar ve Yaşlılık Üstüne Söylenenler. *Türk Geriatri Dergisi*, 105.

İMAMOĞLU, V. (2015). İleri Yaşlardaki Türklerin Yaşam Çevreleri ve Daha İyi BİR Yaşam İçin Öneriler. *METU Journal of the Faculty of Architecture*, 105.

NC State University. (1997). *The Principles of Universal Design*. NC State University Web Site: http://www.ncsu.edu/ncsu/design/cud/about_ud/udprinciplestext.htm adresinden alınmıştır

Türk Standardları Enstitüsü, (2011, Kasım). TS 9111 "Engelliler ve Hareket Kısıtlılığı Bulunan Kişiler İçin Binalarda Ulaşılabilirlik Gerekleri"

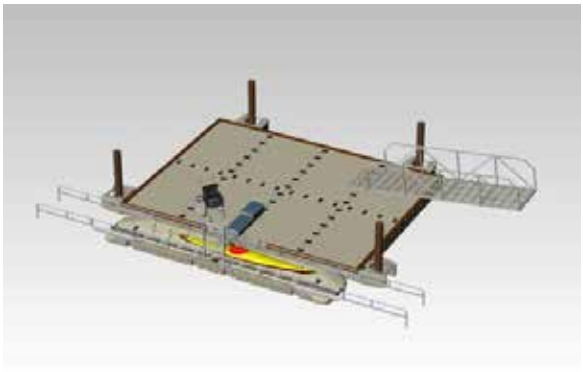
Türk Standardları Enstitüsü, (2012, Haziran). TS 12576 "Şehir İçi Yollar - Kaldırım ve Yaya Geçitlerinde Ulaşılabilirlik İçin Yapısal Önlemler Ve İşaretlemelerin Tasarım Kuralları"

EKLER;

Resim 1

(thevacationgals.com/wheelchair-accessible-balloon-rides/)

Resim 2



(http://www.ezdockcarolina.com/contentpage2.cfm?page=kayak-docking-station)

Resim 3

(http://www.amsvans.com/blog/yellowstones-new-trail-guide-for-visitors-using-wheelchairs/)

Resim 4

(http://www.universaldesignstyle.com/the-treehouse-guysbuild-wheelchair-accessible-treehouses/?buffer_share=0c4fb&utm_source=buffer&utm_medium=twitter&utm_campaign=Buffer:%2B101_Mobility%2Bon%2Btwitter)

Resim 5

(http://poolpodproducts.com/)

Resim 6

Resim 7

Resim 8

(http://www.dec.ny.gov/outdoor/53108.html)

Resim 9

Resim 10

(http://www.dec.ny.gov/lands/53165.html#Lake_George_Horse_Trails)

Resim 11

(http://www.dec.ny.gov/lands/53172.html#Accessible_Features)

Resim 12

(http://everyoneoutdoors.blogspot.com.tr/2011/06/wheelchair-accessible-cape-cod.html)

Resim 13

(http://www.dec.ny.gov/lands/53165.html#Darling)

Resim 14

(http://everyoneoutdoors.blogspot.com.tr/2012/01/adaptive-ice-skating-techniques.html)

Resim 15

(http://everyoneoutdoors.blogspot.com.tr/2012_04_01_archive.html)

Resim 16

(http://everyoneoutdoors.blogspot.com.tr/2011/06/wheelchair-accessible-cape-cod.html)

YAŞLI DOSTU DÖŞEMEALTI ÖRNEĞİ

Prof. Dr. Hakan YAMAN*
*Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, Antalya

Yaşlı Dostu Kentler uygulamasında belirlenen sekiz hizmet alanı içerisinde toplum ve sağlık hizmetleri önemli bir alan teşkil etmektedir. Diğer hizmet alanları (örn. Ulaşım, konaklama, dış mekanlar vb.) kamu sektörü ve yerel yönetimleri tarafından kolaylıkla çalışma alanı olarak kabul görmekle birlikte, sağlık hizmetleri birçok paydaşa bağlı olması nedeniyle özellikler arz etmektedir. Bu sunumda Yaşlı Dostu Döşemealtı Projesi çerçevesinde elde edilen deneyimler paylaşılmak istenmiştir.

Yaşlı Dostu Döşemealtı Projesi, merkezinde yaşlanan bireylerin sağlık hizmetlerini ve bu hizmetlerle birlikte diğer gereksinimlerini önceleyen bir projedir. Bireylere verilecek hizmetin özünde Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi'ne yer verilmektedir. Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) hizmet sunumu biçimleri, toplumdaki konumları ve fiziki özellikleri incelendiğinde yaşlı dostu uygulamaları için elverişli oldukları anlaşılmaktadır. ASM'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanmış olan Yaşlı Dostu Enstrüman Seti'nin uygulanmaya konulması, kendilerine bağlı olan yaşlanan nüfusunun sağlığını geliştirmeye yardımcı olup, koruyucu sağlık ve danışmanlık gereksinimlerini karşılayabileceği gibi, toplumda sık görülen yaşlılığın devleri olarak adlandırılan (depresif duygudurumu, bilişsel bozulma, düşme ve üriner inkontinans vb.) sorunların yönetimine müsade edecektir. ASM'lerdeki hizmet akışının düzenlenmesi, yaşlı bireylere randevu uygulamalarına yer verilmesi ve önceliklerin tanınması ve yaşlılığa özgü iletişime yer verilmesi yaşlı bireylerin güçlenmelerine katkı sağlayacaktır.

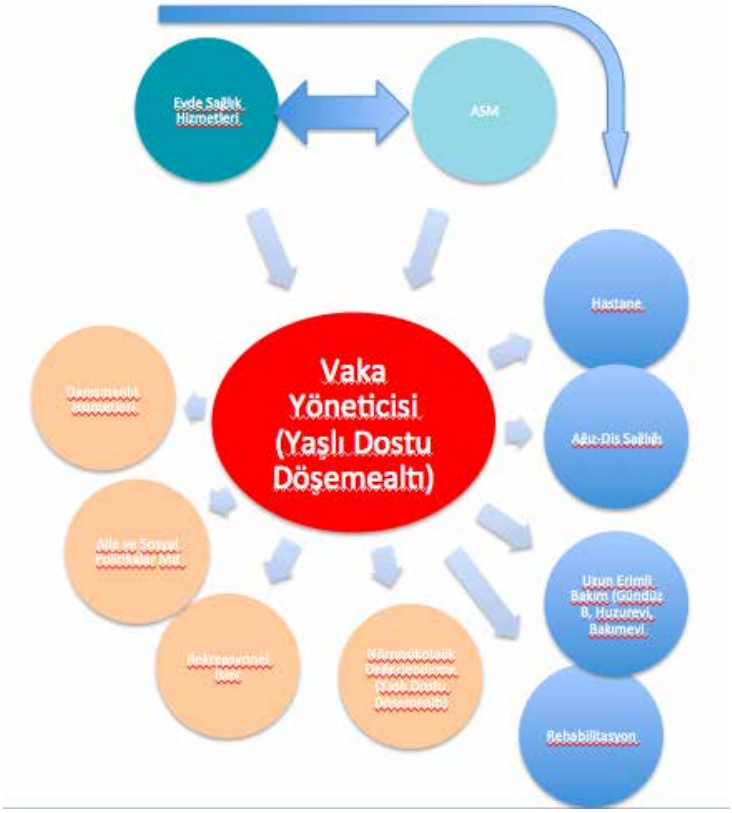
ASM'lerin iş yoğunluklarını dikkate alarak koruyucu hizmetlerin (tütün kontrolü, obezite, diyabet önleme, kardiyovasküler, ruh sağlığı, bedensel etkinlik ve beslenme programları) ve evde sağlık gibi diğer hizmetlerin toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülüp, ASM hastalarının yararlanımına sunulmaları toplumun yaşlı dostu gayretlerini zenginleştirecektir.

Yaşlı bireylere yönelik sağlık hizmetleri yanı sıra diğer sorunlarının da yönetilmeleri gerekmektedir. ASM hizmetleri dışında yaşlı bireyleri ilgilendiren diğer hizmetlerin yönetimi için Yaşlı Dostu Kordinasyon Merkezi'ne gereksinim bulunmaktadır (Şekil 1). Bu merkezde bulunacak vaka yöneticileri ve danışmanlar aracılığıyla

bireylerin gereksinimlerinin karşılanması mümkün olacaktır.

Yaşlı Dostu Kentlerde alınacak tedbirlerin içinde sağlık hizmetleri önemli yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sadece medikal hizmetlerden ibaret olmayıp, bireylerin bakımlarının koordinasyonu ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu da son derece önemlidir. Yaşlı Dostu Döşemealtı Projesi'nde geliştirilen konsept çerçevesinde yaşlanan bireylere sunulacak olan sağlık ve bakım hizmetlerinin kolay erişilebilir, kapsamlı, niteliği yüksek, etkin ve yanıtlanabilir olmaları hedeflenmiştir. Yerel yönetimlerin sahip oldukları mevcut olanakları, insan kaynaklarının uygun organizasyonu ve farklı kamu kurum ve kuruluşların etkin ve uygun işgüdümleri ile Yaşlı Dostu bir hizmet sunulması mümkün olacaktır.

Şekil 1: Yaşlı Dostu Koordinasyon Merkezi



ANAHTAR KELİMELER

Aile Hekimliği, Birincil Bakım, Yaşlı Dostu Aile Sağlığı, Koruyucu Hekimlik, sağlığın Geliştirilmesi

KAYNAKLAR

1. Yaman H. GERİATRİK HASTA YÖNETİMİ: KOGNİTİF PROBLEMLER-DEMANS Demansın Toplum İçindeki Yönetimi: Aile Hekimliğinin Yeri 13. Ulusal Kongresi, 23-27 Nisan 2014.

2. Yaman H. Uzmanına Danış Oturumu: Aile Hekimliğinde Koruyucu Yaşlı Sağlığı. 7. Aile Hekimliği Güz Okulu, 25-29 Eylül 2013, Antalya.

3. Yaman H, Kanevitci Z, Tufan I. ELDERLY FRIENDLY PRIMARY CARE. GERONTOLOGIST 2008; 48 (Sp. Iss. 3): 705-705.

4. YAMAN H, OĞUZ N. Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi: Özel Çalışma Modülü ile Eğitim. 7. Aile Hekimliği Güz Okulu, 25-29 Eylül 2013, Antalya

5. Yaman H, Yaman A, Akgün T. Bilişsel Bozukluğu olan Yaşlı Bireylerde Araç Kullanımı: Aile Hekiminin Rolü. 7. Akademik Geriatri Kongresi. 28-31.05.2014, Susesi Otel, Belek, Antalya.

6. Yaman H, Kanevetçi Z. Birinci Basamak Sağlık Kurumuna Başvuran Yaşlı Bireylerin Sağlık Gereksinimleri, Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. 7. Akademik Geriatri Kongresi. 28-31.05.2014, Susesi Otel, Belek, Antalya.

7. Yaman H, Topçu Ş, Atay E. 55 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERDE UYGULANAN ON İKİ HAFTALIK DÜZENLİ DENGE, KUVVET VE AEROBİK ALIŞTIRMALARIN DÜŞMEYE ETKİSİ. 7. Akademik Geriatri Kongresi. 28-31.05.2014, Susesi Otel, Belek, Antalya.

8. Yaman H, Yılmaz B, Oğuz N, Arı A, İneli BU. Bakım Verenlerin Yükü: Yaşlı Dostu Döşemealtı Projesi Çerçevesinde Yapılan Bir Çalışma. 7. Akademik Geriatri Kongresi. 28-31.05.2014, Susesi Otel, Belek, Antalya.

9. Yaman H, Yılmaz B. Toplumda Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sağlık Gereksinimleri. (Poster) 8. Güz Okulu, 24-28.09.2014, Antalya

10. Yaman H, Akgün T. Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrümanı. (Poster) 8. Güz Okulu, 24-28.09.2014, Antalya

HEMŞİRELERİN YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARI

Sercan ÖZBEK YAZICI[1], Işıl KALAYCI[2]
[1]Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Burdur,
[2] **Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta.**

ÖZET

Amaç: Sağlık çalışanları yaşlıya yönelik tutumları verilen sağlık hizmetinin kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Bu çalışmada, hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları ve bu tutumların çeşitli değişkenlerle ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Süleyman Demirel Üniversite Hastanesinde çalışan 150 hemşire ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %82,0'ı kadın ve yaş ortalamaları 27,0±6.22'dir.%36,7'si 6-12 yıl olmak üzere hastanede görev yapmaktadır. Hemşirelerin %63,3'ü yaşlı hastalarla çalışmak istemektedir. %53,3'ü 65 yaş üzeri bireyle aynı evde yaşadığını belirtmiştir. Hemşirelerin YATÖ toplam puan ortalaması 83,56±8.36 olup, hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Hemşireler yaşlı bakımında önemli bir role sahip olduğu için hemşirelerin pozitif tutumların geliştirilmesi gerekmektedir. Bundan dolayı hemşirelerin hem okullarda hemde hizmet içi eğitim programları süresince pozitfi tutumlarını geliştiren eğitim programlarının yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Ayrımcılık, Tutum, Yaşlı, Hemşireler

EVALUATION OF THE ATTITUDES OF NURSES TOWARDS ELDERLY

ABSTRACT

OBJECTIVE: The attitude of the health professionals towards the elderly is an important factor influencing quality of the health services. This study was carried out to determine attitudes towards the elderly of the nurses and the relation of these attitudes with some variable.

METHODS: This descriptive study was carried out on 150 nurses working at Suleyman Demirel University Research and Education Hospital. The data were collected by using personal information form and Ageism Attitude Scale (AAS).

RESULTS: Of the participants, 82,0% were women, and the average age was 27,0±6.22. 36,7% are working in the hospital for 6-12 years and 63,3% want to work with old patients. 53.3% of the nurses had lived together with an elderly person. The mean ASS score was 83,56±8.36 and the nurses had positive attitudes towards elderly.

CONCLUSION: As nurses have an important role in care of the elderly, the nurses are required to enhance their positive attitudes towards the elderly. Therefore, nurses should be provided a training program that improves the positive attitudes during both in schools and in-service training periods.

Key words: Ageisim, Attitude, Elderly, Nurses

GİRİŞ

Türkiye'de tüm dünyada olduğu gibi yaşlı (65 ve üzeri) nüfus oranı hızla artmaktadır. 2013 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı %7,7 iken 2023 yılında bu oranının yüzde 10,2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Verilere göre Türkiye kısa bir süre sonra "çok yaşlı" toplum kategorisine girecektir.[1] Bu demografik değişim, hayatın tüm alanlarında olduğu gibi yaşlı bireye sunulan sağlık hizmeti anlayışında değişimi ve yeni hedefleri de beraberinde getirmiştir. Yaşlılık döneminde bireylerin üretkenliğindeki azalmalar ve özellikle artan sağlık sorunları yüzünden toplum ve aileleri tarafından bağımlı bir grup ve yük olarak görülebilmektedir. Yaşlı bireyler yaşlanma sürecine uyumda güçlükler, gelirde azalma, rol ve statü değişimleri gibi sorunlar karşılaşmaktadır. Yaşlılık ile ilgili bu tür sorunların artması, yaşlılara yönelik ayrımcılık kavramını ortaya çıkarmıştır. Yaşlı ayrımcılığı, yaşlıya yönelik olumlu ya da olumsuz tavır, tutum ve önyargıları kapsayan,

1 Türkiye İstatistik Kurumu. (2014). "İstatistiklerle Yaşlılar, 2013", http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057, (15.10.2015).

sosyal ve toplumsal bir sorundur. Yaşlı ayrımcılığı terimi ilk defa 1969 yılında Robert Butler tarafından kullanılmıştır. Butler'e göre yaşlı ayrımcılığı, kişilere yaşı nedeni ile gösterilen farklı ve kalıplaşmış düşünce ve tutumları içeren sistematik bir süreçtir. Butler'a göre, (1969) ageism birbiri ile ilişkili ancak birbirinden bağımsız üç boyuta sahiptir. 1. Yaşlı bireye, yaşlılığa, yaşlanma sürecine ve bireyin kendi yaşlılığına karşı önyargılı tutumlar 2. Yaşlı bireylere karşı ayrımcı uygulamalar, 3. Kalıplaşmış inançları (stereotipler) sürdürecek şekilde, yaşlıların yaşam memnuniyetini azaltıcı ve kişisel itibarına zarar verici kurumsal uygulamalar ve politikalar.[2] Yaşlı ayrımcılığı, cinsiyet ve ırk ayrımcılığı kadar yaygın bir ayrımcılıktır.[3,4] Sağlık bakım hizmetinin sunulduğu tüm alanlarda yaşlı insanlara yönelik ayrımcılık yapıldığı görüşü yaygındır. Sağlık çalışanlarının yaşlıların kronik sorunları ile uğraşmak yerine, genç hastaların akut sağlık sorunları ile uğraşmayı tercih edebilmektedir.[5]. Son yıllarda sağlık çalışanlarının yaşlılara tutumunu ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik bilimsel çalışmalara olan ilgi artmakla birlikte elde edilen sonuçlar çelişkilidir. Kearney, tarafından yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik negatif tutum gösterdikleri bildirilirken[6], Doherty ve arkadaşları sağlık çalışanlarının pozitif tutuma sahip olduğunu bulmuştur.[7] Tutumlar, bireyin geçmiş yaşantısı, eğitim durumu ve yaşlılıkla ilgili kültürel değerler gibi bireysel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Yaşlılara yönelik pozitif tutum yordayıcılarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada ise 30 yaşın üzerinde, kadın, yaşlılarla çalışma deneyimine sahip ve sağlıklı yaşlılarla sık sosyal iletişimde olanların daha pozitif tutum gösterdikleri bulunmuştur.[8] Bununla birlikte aynı korelasyon diğer çalışmalarda saptanmamıştır.[9] Bunun yanında yaşlılara yönelik daha pozitif tutum geliştirilmesinde eğitimin önemli olduğu da vurgulanmaktadır.[10] Yaşlılık döneminde artan kronik hastalıklar ve fiziksel yetersizlikler yaşlıların diğer yaş gruplarına göre daha fazla ve uzun süreli sağlık ve bakım hizmeti almasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık çalışanları daha fazla yaşlı hastaya hizmet sunmak durumundadırlar.

---

2 Özgür Arun-Deniz Pamuk, (2014), Kurumsal Bakım Sektöründe Ageism: Yaşlı Bakım Personelinin Yaşlanma ve Yaşlılığa İlişkin Ayrımcı Tutumlarının Nedenleri ve Müdahale Önerileri. *Mediterranean Journal of Humanities*, 2, s 21.

3 Nesrin Çilingiroğlu - Simge Demirel, (2004), Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı. *Türk Geriatri Dergisi,* 7, s 228.

4 Duygu Vefikuluçay Yılmaz vd, (2011), Development and Psychometric Evaluation of Ageism Attitude Scale among The University Students. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(3), s. 260

5 Çilingiroğlu-Demirel, a.g.m., s.228

6 N Kearney vd, (2000). Oncology Healthcare Professionals' Attitudes toward Elderly People. *Annals of Oncology*, 11, s 600.

7 M Doherty vd, (2011), Attitudes of Healthcare Workers towards Older People in a Rural Population: A Survey Using The Kogan Scale. *Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2011/352627,s. 4.

8 S Leung vd, (2011), Hospital Doctors' Attitudes towards Older People. *Internal Medicine Journal*, 41, s. 310.

9 Kearney vd, a.g.m., s. 600.

10 Issa M Hweidi- Salwa M Al-Obeisat, (2006), Jordanian Nursing Students' Attitudes toward The Elderly. *Nurse Education Today*, 26(1), s. 24.

Yaşlanma ve yaşlı hakkındaki yanlış inanışlar ve olumsuz tutumlar, yaşlılara sunulan hizmetlerin etkinlik ve kalitesinin azalmasına neden olabilmektedir.[11] Özellikle hemşireler yaşlıların bakımında anahtar role sahiptir ve hemşirelerin yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip olmaları, yaşlılara sunulan bakımın kalitesinin artması için önemlidir. Ayrıca eğitim ve danışmanlık hizmeti verme rolü olan hemşireler, yaşlı ayrımcılığına ilişkin farkındalık ve olumlu tutumların geliştirilmesinde toplumа rehberlik yapma konumundadırlar. Bu nedenle hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumlarının belirlenmesi, bununla birlikte önyargı ve olumsuz tutumların değiştirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda çalışmamızda hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi ve bu tutumların bazı değişkenlerle ilişkisinin değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, Süleyman Demirel Üniversite Hastanesinde çalışan 150 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırma öncesinde kurumdan yazılı ve araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra hemşirelerden sözlü onam alınmıştır.

Veri Toplama Araçları:

Veri toplama aracı olarak hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini, yaşlılarla ilgili deneyimlerini sorgulayan kişisel bilgi formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) kullanılmıştır.

Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ): Yaşlının yaşamını sınırlama, yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık ve olumsuz ayrımcılık tutumlarını içeren üç alt boyutta olan ve yaşlılara yönelik ayrımcılığı değerlendiren bir ölçektir. Vefikuluçay-Yılmaz ve Terzioğlu tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır. YATÖ'ye verilen yanıtlar her bir maddeye verilen toplam puanlar üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçekte yer alan maddeler "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum" ve "Tamamen Katılıyorum" seçenekleri olan 5'li likert tipi bir ölçek ile değerlendirilmiştir. Hemşireler yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum cümlelerine; tamamen katılıyorsa "5" puan, katılıyorsa "4" puan, kararsızsa "3" puan, katılmıyorsa "2" puan, kesinlikle katılmıyorsa "1" puan alacak şekilde puanlandırılmıştır. Yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutum cümleleri ise; yukarıda belirtilen puanlamanın tam tersi alacak şekilde puanlandırılmıştır. Hemşirelerin ölçekten alabilecekleri maksimum puan "115", minimum puan ise "23"dür. Ölçekten alınan en yüksek değer hemşirenin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip olduğunu, en düşük değer ise hemşirenin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumsuz tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Yaşlı Ayrımcılığı Tutum

11 Demet Ünalan, (2012), Geriatri Merkezi Çalışanlarında Yaşlı Tutumunun Değerlendirilmesi. *Kafkas J Med Sci*, 2, s.116.

Ölçeği üç boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

1. Yaşlının Yaşamını Sınırlama: Toplumun yaşlı bireyin sosyal yaşamını sınırlamaya ilişkin inanç ve algılarıdır.

2. Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık: Toplumun yaşlı bireye yönelik olumlu inanç ve algılarıdır.

3. Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık: Toplumun yaşlı bireye yönelik olumsuz inanç ve algılarıdır.[12]

Verilerin Analizi:

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS istatistik programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama±standart sapma ve minimum-maksimum değerler verildi. Grupların karşılaştırılmasında değişkenler için bağımsız örneklem t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmada hemşirelerin YATÖ toplam puanı 83,56±8.36 olarak bulundu. Ayrıca YATÖ alt ölçekleri puanları da değerlendirilmiştir. Bu sonuçlara göre hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip olduklarını söylenebilir. YATÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ve minimum–maksimum puanları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1 -Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları ve Min-Mak Değerleri (n=150)

Ölçekler	**Ort±ss**	**Min-mak**
Yaşlının Yaşamını Sınırlama	31,50± 4,30	21.00-39.00
Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık	34,96±4,51	24.00-42.00
Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık	16,86±2,67	13.00-24.00
YATÖ toplam puan	83,56±8,36	69.00-101.00

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları 20 ile 41 arasında olup yaş ortalamaları 27,0±6,22'dir. Hemşirelerin %82,0'ı kadın ve %18,0'ı erkektir. Hemşirelerin %46,7'si dâhili bilimler kliniklerinde ve çoğunluğu (%36,7) hastanede 6-12 yıl olmak üzere görev yapmaktadır. Hemşirelerin %63,3'ü yaşlı hastalarla çalışmak

12 Vefikuluçay-Yılmaz - Terzioğlu, a.g.m., s 266.

istemektedir. % 53,3'ü 65 yaş üzeri bireyle aynı aynı evde yaşama deneyimine sahiptir. Hemşirelere ait tanıtıcı özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre YATÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	**n (%)**	**Yaşlının yaşamını sınırlama ort±ss**	**Yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık ort±ss**	**Yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık ort±ss**	**YATÖ Toplam puan ort±ss**
Cinsiyet					
Kadın	123 (%82)	31,73±4,15	35,03±4,56	16,87±2,61	83,87±8,11
Erkek	27 (%18)	30,40±4,83	34,66±4,31	16,81±2,98	82,14±9,48
p		0,146	0,704	0,912	0,332
Yaş					
18-23	40(%26,7)	31,50±3,91	35,51±3,86	16,30±3,10	83,51±8,62
24-29	50(%33,3)	31,87±3,45	35,17±2,61	16,47±2,42	83,71±6,54
30-35	35(%23,3)	32,00±1,32	34,34±5,68	16,94±1,93	83,28±4,29
36-41	25 (16,7)	31,31±6,07	34,61±4,16	17,60±2,70	83,52±10,4
p		0,333	0,420	0,476	0,897
Çalışılan Servis					
Dahili Birimler	70(%46,7)	32,12±4,09	34,14±3,44	16,71±3,06	82,97±8,55
Cerrahi Birimler	60(%40)	32,00±2,60	34,91±5,53	16,90±1,98	83,81±5,87
Yoğun Bakım	20(%13,3)	31,95±6,78	34,50±4,61	17,41±2,23	83,86±4,29
p		0,333	0,420	0,776	0,797

Çalışma Süresi					
1-5 yıl	52(%34,7)	31,13±3,86	35,55±3,44	16,34±3,32	83,03±8,11
6-12 yıl	55(%36,7)	31,90±3,93	34,36±4,96	17,18±2,01	84,18±7,90
13 ve üzeri	43(%28,7)	31,41±5,22	35,37±3,81	17,09±2,50	83,76±8,73
p		0,833	0,620	0,376	0,297
Yaşlı ile aynı evde yaşama durumu					
Evet	80(%53,3)	32,75±3,02	35,31±4,26	16,78±2,29	84,03±8,02
Hayır	70(%46,7)	30,07±50,5	34,36±4,64	17,07±3,24	82,81±8,95
p		**0,020***	0,322	0,609	**0,031***
Yaşlı hastalarla çalışma isteme durumu					
Evet	95(%63,3)	31,78±4,53	35,45±4,19	16,66±2,80	83,89±7,98
Hayır	55(%36,7)	30,82±3,77	34,70±5,94	17,01±3,78	82,53±8,24
p		0,483	0,571	0,209	0,395

*p< 0,05 anlamlı

Çalışmada, YATÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ilişkisi incelenmiştir. Buna göre yaşlılarla aynı evde yaşama deneyimine sahip hemşirelerin YATÖ toplam ve yaşamı sınırlama alt boyut puan ortalaması bunu deneyimlememiş hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Hemşirelerin diğer tanıtıcı özellikleri ile YATÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların yaşlılığı nasıl algıladıkları incelendiğinde ise, yaşlılıkla ilgili en yüksek oranda ifade ettikleri kavram 'Şefkat' (%66) olurken sıra ile diğer kavramların 'Hastalık' (%58), 'Yalnızlık' (%41,3), 'Bağımlılık' (%28,7), 'Bilgelik'

(%24,7) ve 'Mutluluk' (%10) olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireler, yaşlı hastalarla uzun süre birlikte çalışmaktadır ve yaşlının fiziksel, psikososyal, emosyonel gereksinimini belirlenmesinde etkin role sahiptir. Hemşirelerin, artan yaşlı nüfusun sağlıklı bir yaşlanma dönemi geçirmeleri ve sağlık hizmet kalitesinin geliştirilmesi için yeterli donanıma sahip olması önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin yaşlılık ve yaşlanma konusunda bilgi düzeylerini ve farkındalıklarını arttırmak gerekmektedir. Yaşlılarla çalışan hemşireler arasındaki genel tutumun negatif olma eğiliminde olduğu bildirilmektedir.[13] Sağlık çalışanları ve öğrencilerin tutumlarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda, bazı araştırıcılar yaşlılara karşı pozitif tutum bildirirken,[14] başka bir çalışmada huzurevi ve bakım evinde çalışmakta olan bakım personelinin yaşlanma ve yaşlılığa karşı tutumlarının olumsuz olduğu bulunmuştur.[15] Çalışmamızda, YATÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarına göre, hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. YATÖ kullanılarak yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının ve öğrencilerinin olumlu tutuma sahip oldukları[16,17] bildirilmesine karşın, *Köse ve arkadaşları sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin* yaşlılara yönelik tutumlarını olumsuz olarak bulmuşlardır.[18]Araştırmalara bakıldığı zaman yaşlıya yönelik tutumların yaş, cinsiyet, kültür ve eğitim gibi bazı faktörler tarafından etkilendiği ileri sürülmektedir.[19] Çalışmamızda elde edilen verilere göre hemşirelerin yaşı ile yaşlıya yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Geriatri merkezinde çalışanlarla yapılan bir araştırma da benzer şekilde yaşın tutum üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.[20]

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Cinsiyetin tutum üzerinde etkili olduğu özellikle kadınların daha olumlu tutum gösterdikleri ileri sürülmesine karşın çalışmamızda böyle bir fark saptanmamıştır.[21]

13 Mary Courtney - Shiu Tong- Anne Walsh, (2000), Acute-Care Nurses'Attitudes towards Older Patients: Aliterature Review. *International Journal of Nursing Practice*, 6, s.62.

14 Hweidi- Al-Obeisat, a.g.m. s. 23.

15 Arun ve Pamuk, a.g.m., s.24

16 Ferhan Soyuer vd, (2010), The Attitudes Health Vocational School Students towards Ageism and The Relation of These Attitudes with Some Demographical Variables. *Mersin Üniv Saglik Bilim Dergisi,* 3, s.24

17 Ünalan, a.g.m., s. 115.

18 Gülşah Köse vd, (2015), Sağlık Alanında Farklı Bölümlerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Gulhane Medical Journal*, *57*, s.145.

19 Hweidi- Al-Obeisat, a.g.m., s.27

20 Ünalan, a.g.m., s.117

21 **Şefika Dilek Güven vd, (2012), Üniversite Hemşirelerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları ve Bu Tutumların Bazı Değişkenlerle İlişkisi.** *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (2), s.102.

Literatürde, cinsiyetler arasında yaşlı tutumu ile ilgili farklılığın bulunmadığını bildiren çalışmalar vardır[22].Yıldırım-Usta ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kadınların yaşlılara yönelik daha olumlu tutuma sahip olmalarını, kadınların geleneksel cinsiyet rolleri ile ilişkilendirmiştir.[23]

Çalışma deneyiminin hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlerdendir. Bu amaçla çalışmamızda hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve çalışılan klinik ile YATÖ toplam ve alt boyut puanları arasında ilişki değerlendirilmiştir ve anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). Benzer şekilde Ünalan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada geriatri merkezinde çalışanların; geriatri merkezinde çalışma süresi, meslekte toplam çalışma süresi ve memnuniyet durumuna ile yaşlılara yönelik tutumları arasında bir ilişki saptanmamıştır.[24] Çalışmamızda elde edilen bulgu, hemşirelerin benzer tutuma sahip olmalarında çalışılan klinik ya da süreden daha fazla, toplumsal değerlerin ve eğitimin yaşlılara yönelik tutum üzerindeki etkisi ile açıklanabilir.

Bu çalışmada yaşlı ayrımcılığını ilişkin tutumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlerden biride hemşirelerin yaşlı/yaşlılar ile birlikte aynı evde yaşama deneyimidir. Çalışmamızda hemşirelerin yarıdan fazlasının (%53,3) yaşlılarla yaşama deneyimine sahip olduğu görülmektedir. Yaşamın bir döneminde yaşlılarla yaşama deneyimine sahip olan hemşirelerin toplam YATÖ puan ve yaşamını sınırlama alt grup puanı, yaşlı ile birlikte yaşamayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ünalan ve arkadaşlarının çalışmasında, yaşlı ile yaşama deneyimine sahip olanların yaşlıya yönelik olumlu ayrımcılık puan ortalamalarının yaşamayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır.[25] Güven ve arkadaşları, yaşlı/yaşlılar ile birlikte aynı evde beş yıl üzeri yaşayan öğrencilerin yaşlının yaşamını sınırlama alt grup puanı yaşlılarla daha az yaşama deneyimine sahip gruptan yüksek olduğu saptanmıştır.[26] Bu sonuç, yaşlılarla yaşama deneyiminin yaşlıları daha yakından tanıma fırsatı sağlayarak, yaşlı ve yaşlılık sürecine ilişkin olumsuz tutum ve önyargılarının azaldığı şeklinde açıklanabilir. Bununla birlikte; Ucun ve arkadaşları yaşlılarla yaşama deneyiminin tutum üzerinde olumlu ya da olumsuz bir etki etmediği bildirilmektedir.[27] Geleneksel Türk toplumunda geniş aile düzeni ve geleneklere bağlı yaşam yerini, daha bireysel bir yaşam tarzına bırakmıştır. Değişen toplum düzeninde yaşlı birey, hem geleneksel aile modeli içindeki statü sembolü halini hem de otoritesini yitirmeye başlamış-

22 Soyuer vd, a.g.m., s.22

23 Yasemin Yıldırım-Usta vd, (2012). Nursing Students' Attitudes toward Ageism in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), s. 92.

24 Ünalan vd, a.g.m., s.117.

25 Ünalan vd, a.g.m., s.117.

26 Güven vd., a.g.m., s. 103.

27 Yasemin Ucun vd, (2015), Gençlerin Yaşlı Bireye Kaşı Tutumları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8, 37, s.1149.

tır. Bu durum yaşlıya yönelik olumsuz tutumların artmasına neden olabilmektedir. Toplumun bir parçası olan sağlık çalışanlarının tutumları toplumun değerlerinden etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu amaçla çalışmada hemşirelerin yaşlılığı nasıl algıladıkları incelendi; en fazla oranda ifade edilen kavramın 'Şefkat' (%66) olurken ikinci sırada 'Hastalık' olduğu saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin yaşlılığı algılarını değerlendiren bir çalışmada, ifade edilen ilk iki kavramın hastalık ve şefkat olduğu bulunmuştur.[28] Hemşirelerin çoğunluğunun yaşlılıkla ilgili ilk algısının şefkat gibi olumlu bir kavram olması, Türk toplumunda yaşlılara yönelik olumlu tutumların halen korunduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, çalışmada hemşirelerin yaşlılara yönelik olumlu tutuma sahip oldukları ve yaşlılarla yaşama deneyiminin tutum üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin okuldaki eğitimleri ve daha sonra hizmet içi eğitim programları ile yaşlılık, yaşlanma süreci ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin farkındalık kazandırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmesi yaşlılara yönelik olumlu tutumların artırılmasında etkili olacaktır.

KAYNAKLAR

Arun, Ö., Pamuk D. (2014). Kurumsal Bakım Sektöründe Ageism: Yaşlı Bakım Personelinin Yaşlanma ve Yaşlılığa İlişkin Ayrımcı Tutumlarının Nedenleri ve Müdahale Önerileri. *Mediterranean Journal of Humanities*, 2, 19-33.

Courtney M., Tong S., Walsh A. (2000). Acute-Care Nurses'Attitudes towards Older Patients: Aliterature Review. *International Journal of Nursing Practice*, 6, 62-69.

Çilingiroğlu N, Demirel S. (2004). Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı. *Türk Geriatri Dergisi,* 7, 225-230

Doherty, M., Mitchell, E. A., O'Neill, S. (2011). Attitudes of Healthcare Workers towards Older People in a Rural Population: A Survey Using The Kogan Scale. *Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2011/352627,1-7.

Güven, Ş.F., Ucakan Muz, G., Efe Ertürk, N. (2012). **Üniversite Hemşirelerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları ve Bu Tutumların Bazı Değişkenlerle İlişkisi.** *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (2), 99-105.

Hweidi, I. M., Al-Obeisat, S. M. (2006). Jordanian Nursing Students' Attitudes toward The Elderly. *Nurse Education Today*, 26(1), 23-30.

Kearney, N., Miller, M., Paul, J., Smith, K. (2000). Oncology Healthcare Professionals'

28 Özlem Özdemir- Naile Bilgili, (2014), Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Ayrımcılığı. *Gulhane Medical Journal*, *56*(2), 130.

Attitudes toward Elderly People. *Annals of Oncology*, 11, 599–601.

Köse, G., Ayhan, H., Taştan, S., İyigün, E., Hatipoğlu, S. ve Açıkel, C.H. (2015). Sağlık Alanında Farklı Bölümlerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Gulhane Medical Journal*, *57*, 145-151.

Leung, S., LoGiudice, D., Schwarz, J., Brand, C. (2011). Hospital Doctors' Attitudes towards Older People. *Internal Medicine Journal*, 41, 308–314.

Özdemir, Ö., Bilgili, N. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Ayrımcılığı. *Gulhane Medical Journal*, *56*(2), 128-131.

Soyuer, F., Unalan, D., Guleser, N., Elmali, F. (2010) The Attitudes Health Vocational School Students towards Ageism and The Relation of These Attitudes with Some Demographical Variables. *Mersin Üniv Saglik Bilim Dergisi,* 3, 20-25.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2014). "İstatistiklerle Yaşlılar, 2013", http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057, (15.10.2015).

Ucun, Y., Mersin S., Öksüz E. (2015). Gençlerin Yaşlı Bireye Kaşı Tutumları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8, 37, 1143-49.

Ünalan, D., Soyuer, F., Elmalı, F. (2012). Geriatri Merkezi Çalışanlarında Yaşlı Tutumunun Değerlendirilmesi. *Kafkas J Med Sci*, 2, 115–20.

Vefikuluçay Yılmaz, D., Terzioğlu F. (2011). Development and Psychometric Evaluation of Ageism Attitude Scale among The University Students. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(3), 259-68.

Yıldırım-Usta, Y., Demir, Y., Yönder, M., Yildiz, A. (2012). Nursing Students' Attitudes toward Ageism in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1), 90-93.

YAŞLI DOSTU KENTLERDE KUŞAKLARARASI İLETİŞİM VE DAYANIŞMAYI SAĞLAYACAK UYGULAMALAR: TÜRKİYE VE JAPONYA ÖRNEKLERİ

Dr. İkuko MURAKAMİ
Adeniz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Gerontoloji Bölümü,

ÖZET

Aile yapısının değişmesi ve hane halkı sayısının azalmasıyla çocukların ve farklı yaş gruplarındaki insanların bir arada bulunma fırsatının çok sınırlı olduğu bilinmektedir. Bu durum, diğer kuşaklar açısından özellikle yaşlı insanlar için de söz konusudur.

Farklı yaş grubu insanların bir arada bulunmaları, yeni bilgiler edinme, gelenekleri kuşaktan kaşağa aktarılması, sevgi paylaşım ve yaşlıların topluma katılımı vb. ile yaşam kalitesini zenginleştirebilir ve yaşam memnuniyetinin sağlanmasına katkıda bulunabilir. Günümüzde de bu faydalar doğrultusunda kuşaklararası ilişkilerin inşa edilmesine özen gösterilmektedir.

Yaşlanan toplumlarda yaşlı dostu kentlerin kurulmasının, kuşaklararası iletişim ve dayanışma açısından, özellikle de bunun devamlılığının sağlanmasında büyük bir rol üstlenebileceği kanısıyla, bu konuya esin kaynağı olabilecek uygulama örneklerinin sunulması planlanmaktadır. Örneğin Japonya'da uygulanan KOTO-en'in konseptine göre, farklı kuşağın bir arada bulunma durumu, aynı çatı altındaki büyük geniş aileye benzetilmektedir.

Bu çalışmada 'Kuşaklararası İlişkiler' dersi kapsamında elde edilen bilgilerden, hem Türkiye'de hem de Japonya'daki uygulamalar ile, kuşaklararası ilişkilerin kurulmasında gönüllülüğün büyük bir rol üstlendiğini hatırlatarak, bu konuda toplum içinde farkındalığın oluşturulması amaçlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kuşaklararası İlişkiler, Yaşlı Dostu Kentler, Gönüllülük

ARKA PLAN: Aile yapısının değişmesi ve hanehalkı sayısının azalmasıyla çocuklarda, farklı yaş gruplarındaki insanların bir arada bulunma fırsatının çok sınırlı olduğu bilinmektedir. Örneğin çocukların genel olarak günlük yaşamlarında kendilerine yakın olan yaş gruplarıyla vakit geçirmektedir. Diğer kuşaktaki insanlar ile birlikte yaşlılar için de benzer durum söz konusudur ve bunun nitecesinde

kuşakların birbirlerini tanıma fırsatı da sınırlı kalmaktadır (Maehara et. al, 2010). Toplumlarda sosyal, ekonomik ve kültürel değişimlerin hızlıca yaşanması, kuşaklararası iletişim ve dayanışmayı negatif yönde etkileyip, kuşaklararası çatışmaya neden olabilmektedir.

Yaşlı toplumlarda yaşlıların yaşam süreçlerinde kazanılmış tecrübelerinden faydalanmak, onların serbest zamanlarında gönüllü işlerde çalışmalarını sağlayabilecek programlar oluşturabilmek ve bunun neticesinde her kuşaktaki insanın yaşam kalitesini artırmak vb. beklenmektedir. Bu beklentiler doğrultusunda günümüzde kuşaklararası ilişkilerin kurulması adına bir takım planlamalar yapılmakta ve uygulanmaktadır.

Dünyanın birçok yerinde, etkinlikler vb. düzenlenmekte olduğu gibi, Türkiye'de de yaşlıların ve gençlerin bir araya gelmeleri ve böylece onların sosyal yaşama katılmaları desteklenmektedir (Yıldırım, 2015). Bununla ilgili olarak, aktif ve kaliteli yaşlanmayı sağlayacak olan yaşlı dostu kentlerin kurulması da gündemdedir (Tutal, O. ve Üstün, B., 2009). Ancak kuşaklararası ilişkilerin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında sıkıntıların yaşanacağına işaret edilebilir. Çünkü haberlere bakıldığında uygulamaların çoğu, "gençlerin yaşlıları ziyareti" şeklinde yapılmaktadır.

Japonya'nın yaşlanma sürecine Türkiye'den daha erken başlamış olması nedeniyle, kuşaklararsı ilişkilerin uygulamasında Türkiye'den daha fazla çeşitlilik gösterildiğine işaret edilebilir. Kuşaklararası ilişkilerin kurulmasında, aslında disiplinler arası girişime ihtiyaç duyulduğuna göre (Larkin & Newman, 1997) yaşlı dostu kentler kurulma konusuna (Caner et. Al., 2013) da geleceğe yönelik uygulamalar adına Türkiye için bir ilham kaynağı olması mümkündür.

YÖNTEM: Bu çalışmada, örnek uygulama incelemesi tekniği kullanılacaktır. Akdeniz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Gerontoloji Bölümü'nde 2011-12 Öğretim Yılı'ndan günümüze kadar, Güz döneminde düzenlenmiş olan "Kuşaklararası İlişkiler" adlı derste paylaşılmış örnek uygulamalardan faydalanarak, hem Türkiye'de hem de Japonya'da yapılan uygulama durumları değerlendirilmiştir.

Türkiye'deki uygulama örnekleri, internet aracılığıyla gazete manşetinin taratılması ile derlenmiş bilgiler olarak toparlanmıştır. Japonya'daki uygulamalar ise, kullanılmış ders kitabının (Japan International Unity Association & another, 2006) çevrilmesiyle elde edilen bilgilerden derlenmiştir. Özellikle küçük çocuklar ile yaşlılar arasında uygulanan programlara odaklanarak, farklı kuşak insanların bir arada bulunmalarına sosyal hizmet kurumların nasıl bir rol üstlendiği incelenmiştir.

1. Türkiye'de Uygulama

"Kuşaklararası İlişkiler" dersinin başlangıcında internet üzerinde uygulamalar taratılırken fazla bulunmamış olduğu, ancak bu konu ile ilgili haberlerin zaman-

la çoğaldığı ve ülkenin dört köşesinden gelmekte olduğu görülmektedir. Gazete manşetinde 2010 yılından günümüze kadar bu konu ile ilgili haberlerden bazılar şunlardır:

1.1. ***Gençlerle Yaşlılar EL ELE VERDİ*** *20.11.2010 19:34*

"İZMİR Büyükşehir Belediyesi, sosyal projelerle kentin her kesimindeki insana dokunmaya devam ediyor….Büyükşehir Belediyesi, şimdi de, 'Gençler-Yaşlılar El Ele' adlı yeni bir projeyi hayata geçiriyor."

1.2. ***"Gençler-Yaşlılar El Ele"de yeni sayfa açılıyor*** *01 Mart 2013 Cuma 09:21*

İZMİR- İzmir Büyükşehir Belediyesi'nin kuşakları bir araya getiren 'Gençler-Yaşlılar El Ele Projesi', 3.yılında yeni bir etkinliğe imza atıyor. Halen 54 hanedeki 66 yaşlı ile 108 gençle devam eden sosyal proje kapsamında, yaşlılarla 'Sözlü Tarih Çalışması' gerçekleştiriliyor."

1.3. ***İzmir'de 154 gönüllü genç sertifikalı oldu*** *02.07.2015 12:54*

"İZMİR (CİHAN)- İzmir Büyükşehir'in ‹Gençler-Yaşlılar El Ele› Projesi'ne katılan 154 gönüllü genç ‹sertifikalı› oldu. Yıl boyunca 85 yaşlıya ‹gönülden› destek olan gençler, onlarla aralarında çok özel bir bağın oluştuğunu söyleyip ekledi: "Sözleştik, Kasım ayında yeniden buluşacağız."

2.1. ***Yaşlılar ile gençler Bor'da buluştu*** *27 Mart 2011 Pazar*

"Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksek Okulu öğrencileri, öğretim elemanları ve idari personeli "Yaşlılara Saygı Haftası" nedeniyle Bor ilçesinde bulunan Ahmet Kuddusi Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi'ni ziyaret etti."

2.2. ***Niğde Genç FB'lilerden Anlamlı Ziyaret*** *23 Mart 2015 Pazartesi 13:59*

"Kurulduğundan beri sosyal sorumluluk projeleriyle adından söz ettiren Niğde Genç Fenerbahçeliler Derneği 18-24 Mart Yaşlılar Haftasında Huzurevini ziyaret etti."

3. ***Gençlerle Yaşlılar El Ele*** *18.05.2011 15:34:55*

"Gaziantep Büyükşehir Belediyesi tarafından organize edilen 19 Mayıs Atatürk'ü Anma Gençlik ve Spor Bayramı "Gençlik Festivali" etkinlikleri tüm coşkusuyla devam ediyor."

4. ***Gençlerle Yaşlılar Karşılıklı Göbek Attı*** *01 Ekim 2011*

"Dünya Yaşlılar Günü nedeniyle Kastamonu Gençlik Merkezi üyeleri Huzurevi'nde kalanlar için eğlence düzenledi."

5. **Dünün Gençleri, Bugünün Gençleri ile Buluştu** *22.01.2013*

Yakın Doğu Üniversitesi Öğrencilerinden Ece Bakımevi'ne Ziyaret

"Yakın Doğu Üniversitesi, İletişim Fakültesi, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü öğrencileri Ece Bakımevi'ndeki yaşlıları ziyaret etti."

6. ***Yaşlılar Gençlere Tecrübelerini Anlattı*** *11.04.2013 11:06*

"Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi'nin 5 üyesi, 'Yaşlılar ve Gençler El Ele' programı kapsamında gençlerle buluşarak, tecrübelerini anlattı."

7. ***Bu AYNA genç gösterecek*** *30 Ağustos 2013*

"Yaşlıları, gençlerle bir araya getirerek, toplumda aktif rol almalarını sağlamayı amaçlayan AYNA projesi başvuruları başladı. Pilot uygulaması Keçiören, Altındağ ve Çankaya ilçelerindeki 200 genç ve 100 yaşlıyı kapsayan proje 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü'nde hayata geçirilecek."

8. ***Pamukkale ilçesinde yaşayan 65 yaş üstü bütün yaşlıların sorunlarına çözüm getirebilmek için hayata geçirdiğimiz Yaşlılarla El Ele Projemiz sonuçlandı*** *08.10.2015 09:55*

Türkiye'de web sayfasındaki haberlerde görülen kuşaklararası ilişkiler uygulamalarının çoğu, belediye önderliğinde ("El Ele" adlı projeler gibi), üniversite yaşlarındaki "gençlerin yaşlıları ziyareti" şeklinde yapılmıştır. Ancak Ankara'da bir kaç yaşlının kendi mezun oldukları liseyi ziyaret edip tecrübelerini paylaşmış oldukları da görülmektedir ve onların aktif yaşlandıkları anlaşılmaktadır. İzmir'de ise erken başlatılmış olan bu proje kapsamında, yaşlılar ile gençlerin sadece bir arada bulunmaksızın, onların sözlü tarihini kaydetmeye çalışmıştır ve kitap haline derlenmiştir. Gençlerin gönüllülüğünü takdir etmek amacıyla sertifika verilmiştir. İlkokul öğrencileri ile buluşturması da dikkat çekicidir.

2. Japonya'da Uygulama

Nüfusun yaşlanması konusunda dünyada ileride bulunan Japonya'da, kentsel yaşamın yaygınlaşması ile aile yapısının değişimi ve bireyselleşme durumu vb. ile çocuklara veya yaşlılara bakım konusunda zorluklar ortaya çıkmıştır. Ondan sonra 1980 yıllarından beri kuşaklararası ilişkilerin önemi vurgulanmaya başlamıştır ve 1990 yıllarında bu konuda yaşlı kuşak insanların gönüllü katılımları, devlet tarafından teşvik edilmiştir.

Yaşlı topluluklar, ilkokul öğrencileri ve kreş çocukları ile bir arada bulunmak için plan yapmışlardır (Watanabe, 2004). Oldukça fazla ve çeşitli etkinlikler düzenlenmiştir ancak bayram ve doğum günü kutlaması, mevsimlik toplantılar, kurumdaki yaşlıları ziyaret veya geleneksel kültürlerin aktarılması vb. bunların çoğu tek seferlik faaliyet tarzındadır.

Kuşaklararası ilişkilerin kurulma konusunda; "*aile içinde olmasa da farklı kuşağın bir arada bulunması ve bulunduğu toplumda kuşaklararası ilişkilerin sürdürülebilirliği sağlanması mümkün müdür*?" sorusuna cevap verecek uygulamalar da görülmektedir. Örneğin kurum (huzurevi vb.) tarafından düzenlenmiş uygulamalar vardır. Bazı kurumsal hizmetlerde hizmet alıcının taleplerine göre, bütünleşmiş şekilde hizmet veren kurumlar görülmektedir.

Örnek uygulamalarında; sadece kurumda hizmet alanların ailesi olmaksızın, komşular ve kurumun bulunduğu mahalledeki insanlar da faaliyetlere katılmaktadırlar veya sanatın aktarılmasında (el işi veya enstürman çalmak vb.) gönüllü olarak katkıda bulunmaktadırlar. Bu şekilde yaşlı, çocuk ve diğer kuşak insanlar ile kuşaklararası ilişkiler sağlanmaktadır.

(1) Omocha-Toshokan TENJU-en: Kumamoto Eyaleti'ndeki kamusal bakımevi içinde, 1992 yılında kuşaklararası ilişkilerin kurulma konusunda topluma katkıda bulunmak amacıyla açılmıştır. Buradaki uygulamanın konsepti şudur; "eskiden geniş ailede çocuklar, yaşlılar ile nasıl vakti geçirdiyse günümüzde de aynı şekilde olsun"dur. Küçük çocuk ve onun ebeveyni, ilkokul öğrencileri vb. ile bir arada bulunma fırsatını sağlamak için geleneksel oyuncakları tanıtım, piknik, kitap okuma toplantısı ve spor şenliği vb. düzenli veya her gün açık şeklinde uygulanmaktadır. Çocukların kurumda geçirdikleri güzel vakitleri ve kazandıkları tecrübelerini evinde paylaştıklarında ebeveynler, kurumu tanımış olduklarını söylemişlerdir. Söz konusu ebeveynler, çocuk vasıtasıyla kurumda yaşayan yaşlıları daha yakın ve samimiyet ile görmektedirler. Nitecesinde ebeveynler de kurum etkinliklerini merak eder ve etkinliklere katıldığında farklı kuşak bir aradadır.

(2) KOTO-en: Tokyo'nun Edogawa Belediyesi'nde 1962 yılında bir kamusal huzurevi olarak başlatılmıştır. O zaman diliminde yaşlıların bir huzurevine girmeleri, aile tarafından terk edilmiş olmaları demekti. Yaşılar, kayıp ve yalnızlık duygusuna kapılırdı. Aile de ise suçluluk duyardı. 1976 yılında aynı arazi içinde 0 yaşından 5 yaşına kadar 100 çocuk kapasiteli Edogawa Kreşi açılmıştır. 1987 yılında uygulanmış reform ile günlük bakım hizmeti de başlatmıştır ve 2006 yılından itibaren zihnisel engelliler için bir kurum açılmıştır. Kurum evdir ve kurumda yaşayan yaşlılar ile kuruma gelen çocuklar; personeller, çocukların ailesi ve çevresinden gönüllü olarak katılanlar ile birlikte 'büyük geniş aile' olarak kuşaklararası ilişkiler içinde vakitleri geçirmektedirler.

(3) "Kono Yubi Toomare" (Bu Parmak Altında Toplanalım): Toyama Eyaleti'nde 1993 yılında günlük bakım hizmet veren özel bakımevi olarak açılmıştır. Bu kurumda bebeklerden yaşlılara kadar, engelli olup olmaması fark etmeksizin ihtiyaç duyan herkese açıktır. Başladığında Japonya'nın sosyal hizmet sistemine aykırı olduğundan dolayı finans sağlama konusunda zorlanılmıştır ancak zamanla birlikte devlet tarafından kabul edilmiş, 2000 yılında yürürlüğe giren Sosyal Bakım Sigortası'ndan faydalanmak amacıyla NPO'ye dönüşmüştür. Günümüzde 'Toyama Tipi günlük hizmeti' olarak tanınmaktadır. Her insanın ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla başlamış olan bu kurum, finans sağlamada zorlandığı zaman diliminde, hem çevresinden hem de Japonya'nın dört köşesinden halk tarafından desteklemiştir.

DEĞERLENDİRME ve ÖNERİ

"*Kuşaklararası ilişkilerin sağlanması, özellikle devamlılığının sağlanması, sadece aile içinde olmaksızın bulunduğumuz toplumda nasıl mümkün olur?"* sorusuna cevap verebilecek uygulamalar düşünüldüğünde:

Toplumda kuşaklararası ilişkilerin sürdürülebilirliğinin sağlanması için, öncelikle insanların yerleşmiş oldukları toplumda nasıl uygulamaların görüldüğüne dikkat çekilir. Bu açıdan bakıldığında Türkiye'de farklı belediyelerde benzer içerikli projelerin uygulandığı görülmektedir. Ancak İzmir'de farklı girişimlerin bulunmakta olduğu görülmektedir. Yaşlıların sözlü tarihini kitap haline dönüştürmesi veya öğrencilerin gönüllülüğünü sertifika ile değerlendirmesi, motivasyon sağlayıcı olarak değerlendirebilir. Yaşlıların gençleri ziyaret ettikleri Ankara örneğinde, yaşlıların aktif kaldıkları görülebilir ve aktif yaşlanma amacıyla yaşlıların pozitif hareket etmelerine daha çok ihtiyaç duyulabilir.

Japonya'daki uygulamalara bakıldığında, sosyal hizmet veren kurumların, kuşaklararası ilişkilerin sürdürülebilirliği konusunda imkan sağlayıcı bir merkez rolü üstlenebileceği görülmektedir. Kurumda bir faaliyet düzenlendiğinde, kurumda hizmet alanlar (yaşlılar ile çocuklar ve engelliler vb.), onların aileleri, personelleri ve de çevresindeki insanlar vb. farklı kuşak insanların bir araya getirilmesiyle kuşaklararası ilişkiler sağlanacaktır. Bu durum, yaşlı toplumlarda ihtiyaç duyulan yaşlı dostu kentlerin kurulmasında önemli bir konsept olacaktır. Bu tip uygulamalarda dikkat edilmesi gerekenler şu şekilde önerilmektedir:

1. Program içerikleri: Nasıl konsept ile planlanıp hazırlayacağı konusu çok önemlidir, çünkü kurumda bakıma muhtaç olanlar veya olmayanlar için aynı program uygun olmayabilir (Kanamori, 2012).

2. Güvenlik konusu: Özen gösterilmek gerekir. Örneğin herkese açık bir faaliyet düzenlenirken katılımcılar arasında, mümkün olduğu kadar tanınmayan yabancı bir insanın bulunmamasına dikkat edilmek lazımdır.

3. Personellerin müdahalesi: Kurum içindeki günlük faaliyetinde de arada sırada personellerin müdahalesine ihtiyaç duyulabilir. Bunun için kurumun kapasitesi, personel sayısı ve de personellere eğitim verilmesi gerekir.

KAYNAKÇA:

Caner, Ö.C. ve diğer (2013). Yaşlı Dostu Şehirler: Kavramsal Çerçeve ve Örneklerle Değerlendirmeler, *Güneş Tıp Kitabevleri*.

Japan International Unity Association & another (2006). *Proceedings, Uniting the Generations: Japan Conference to Promote Intergenerational Programs and Practices*.

Kanamori, Y. (2012). Intergenerational Interaction between The Elderly and Children: Focusing on the content of exchange, Aichi Shukutoku Üniversitesi Sosyal Hizmet Fakültesi Derleme Kitabı, No: 2., s.69-77.

Larkin, E. & Newman, S. (1997). Intergenerational Studies, Journal of Gerontological Social Work, 28:1-2., p.5-16.

Maehara, N. ve diğer. (2010). The Current Situation Regarding the Nurturing of Elementaly School Age Children's Attitudes Toward the Elderly, Memoirs of Osaka Kyoiku University, Ser. V School Subjects and Allied Problems, Vol: 58, Issue: 2., s.91-101.

Tutal, O. ve Üstün, B., (2009). Yaşlılık ve Yaş Dostu Kentler: Eskişehir. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2009 (1): 1-23., s.1-23.

Watanabe, Y. (2004). The Mingling of old People and Infant, Niigata Seiryo University Research Report No:34., s.15-24.

WHO (2002). *Active Ageing: A policy Framework*, Spain

WHO (2007). *Glibal Age-friendly Cities*: *A Guide*, France.

Yıldırım, F., (2015). Çoçukların Dünyasına Yaşlıları Dahil Etmek: Okul Temelli Kuşaklararası Dayanışma Modelleri.,*TSA/YIL:19 S:1*, Nisan.,s.275-296.

http://www.milliyet.com.tr/genclerle-yaslilar-el-ele-verdi/ege/haberdetay/21.11.2010/1316332/default.htm

http://haber.star.com.tr/ege/gencleryaslilar-el-elede-yeni-bir-sayfa-aciliyor/haber-731983

http://www.bugun.com.tr/son-dakika/izmirde-154-gonullu-genc--haberi/1720465

http://www.borhaber.net/egitim/yaslilar-ile-gencler-borda-bulustu-h1467.html

http://www.borhaber.net/guncel/nigde-genc-fb-lilerden-anlamli-ziyaret-h16133.

html

http://www.haberler.com/genclerle-yaslilar-karsilikli-gobek-atti-3030503-haberi/

https://www.facebook.com/YduRadyoTelevizyonVeSinemaBolumu/posts/330355227080484

https://www.cihan.com.tr/tr/yaslilar-genclere-tecrubelerini-anlatti-1002881.htm

http://www.hurriyet.com.tr/bu-ayna-genc-gosterecek-24605729

https://www.cihan.com.tr/tr/genclerle-yaslilar-el-ele-19-mayisi-kutladi-322756.htm

http://www.pamukkalesydv.org.tr/haberler/36/43/yaslilarla-el-ele-projemiz-tamamlandi/

YAŞLI DOSTU KENT İÇİN ÇAĞDAŞ VE HIZLI ÇÖZÜM: TELEDESTEK. BAS DÜĞMEYE, YANINDAYIM!

Prof. Dr. İlhan TOMANBAY
SABEV[29(*)] Başkanı

Genel Giriş

Yaşlılık hem genel nüfusun büyümesi ve hem de çeşitli olumlu nedenlerle genel nüfus içinde yaşlı nüfusun artması nedenleriyle sınırlı kurumsal olanaklarla karşılanması hem güç ve hem de giderek daha pahalı bir hizmet olmaktadır. Öyle ki, sosyal devlet anlayış ve olanakları gelişmiş ülkelerde beledi bir hizmet de olsa yaşlının kurumsal bakımı bireyin aylık ücretlerinin miktarıyla ölçülemeyecek denli büyük bir bedele ulaşmaktadır ki bu da salt yaşlının ve yakınlarının aylık ücretleriyle karşılanamadığından önemli ölçüde devlet tarafından transfer harcamaları anlayışıyla karşılanmaktadır.

Bu durum, verilmesi gereken hizmetlerin, yaşlının tedavisi gerekiyorsa tedavi, rehabilitasyonu gerekiyorsa rehabilitasyon, bakımı gerekiyorsa bakım hizmetlerinin evde yapılması noktasına götürmüştür. Bunun için mobil hizmetler denilen hizmet düzenekleri kurulmuştur. Dört tekerlekli hizmet de denen bu hizmetler kapsamında hem hasta bakımı, hem yaşlı bakımı, sosyal yardım hizmetleri mobil sosyal hizmetler ya da mobil sağlık hizmetleri kavramları altında yapılmaktadır. Böylelikle çok daha az para ve elemanla daha geniş nüfus kesimlerine ulaşmak olanaklı olmaktadır.

Bu alanda sosyal hizmetler salt bakımla sınırlı kalmamaktadır; kalmamalıdır. Bakım deyince akla bakıma muhtaç bireyin (yaşlının) bakımı akla gelmektedir, ancak, evinde özgür bir ortamda mutlu ve sağlıklı yaşayan yaşlılar için de her boyutta kendilerini yaşama bağlayan ve ancak yaşlandıkça azalan iletişimlerinin geliştirilmesi de bir sosyal hizmettir. Yaşlıları evlerinde ziyaretler, gönüllü gezileri, yürüme ve kavrama gücü olanların kendilerinin gelmesini sağlayarak, yürüme güçlüğü çekenleri evlerinden alarak toplantılara, gezilere, pikniklere, sergilere, müzelere, toplu yemeklere, beş çaylarına vb. götürmeler bu kapsamda değerlendirilmelidir. Bununla ulaşılmak istenen hedef yaşlının çevreye açık olması, dışarıya çıkması, çevre edinmesi, yaşamdan kopmaması ve toplumsal ve sosyal uyumlarının sağlanmasıdır. Bu yaşlının evde bakımı kapsamına girmeyen bir hizmettir. Bu nedenle buna yaşlının evinde desteklenmesi demek daha anlaşılır olacaktır. Bu da sosyal çalışma

29 (*) Sosyal Hizmetler Araştırma, Belgeleme, Eğitim Vakfı

mesleğinin önemli işlevlerinden olan sosyal destek sistemlerine uygun sosyal destek programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasıdır.

Yaşlının yaşamının evinde sürdürülmesinde (yaşlının düzenli izlemi ve gerektiğinde bakımı özelinde) sosyal çalışma mesleğinin yeri ve sorumlulukları hizmet süreci içinde netleşecektir. Bunun gibi, bakıma muhtaç yaşlıların evde bakımında da sosyal çalışma mesleği üzerine düşen bakım hizmetini gerçekleştirecektir.

Sosyal çalışma mesleğinin evde izlemde alana özel gözönünde bulundurması gereken çerçeve ne olmalıdır sorusunun yanıtı da tartışılmalıdır. Bu içerik sosyal çalışma mesleğinin diğer sosyal mesleklerle arasındaki sınırların çizilmesi için de iyice belirtilmelidir. Bu belirtmeden sonra diğer sosyal mesleklerle hizmet çatışması değil hizmet eşgüdümü, birlikte çalışılması ve işbölümü ve hatta dayanışması ortaya çıkacaktır.

Bu sınır belirlemenin anlaşılır ve kabul edilebilir olması için önce sağlık tanımının anımsanmasında yarar vardır. Bilindiği gibi sağlık salt bedensel (fizyolojik) değil ruhsal ve sosyal bakımdan da tam bir iyilik durumudur. Bu tanım Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün daha 1936 yılında hazırlanan ilk tüzüğünde yeralan ve 1978 yılında Alma Ata kentinde yapılan Dünya Sağlık Örgütü toplantısında da gene uluslararası alanda pekiştirilen bir tanımdır ve bugün ülkemizde de ilgili her kesim tarafından benimsenmiştir.

Bu tanımdan yola çıktığımızda sağlığın üç boyutunu görmekteyiz. Sağlığın medikal (tıbbi) boyutu, psikolojik (ruhsal) boyutu ve sosyal boyutu…

Bu üç boyutla ilgilenen meslekler de tıbbi boyutla ilgilenenler hekimlik (doktorluk) ve hemşirelik meslekleriyle bu meslek elemanları olan hekimler, doktorlar, hemşireler ve diğer yardımcı personeldir. Ruhsal boyutta ilgilenen meslekler psikologluk ile ruh hekimliği (psikiyatri); bu mesleklerin elemanları da psikologlar ile ruh hekimleridir (psikiyatrlar). Sağlığın sosyal boyutuyla da meslek olarak sosyal çalışma mesleği, meslek elemanı olarak sosyal çalışmacılar (sosyal hizmet uzmanları) ve alanlarına göre diğer meslekler ile yardımcı personel ilgilenmek durumundadırlar.

Bilindiği gibi sağlığın bu üç boyutu dışında bir de üç aşaması bulunmaktadır. Bu üç aşama, tedavi (İng: terapi), rehabilitasyon ve bakımdır (İng: care).

Konuyu sistematize edersek, tıp elemanlarının görevleri tıbbi tedavi (medical therapy), tıbbi rehabilitasyon (medical rehabilitation) ve tıbbi bakımdır (medical care). Bunun gibi, ruhsal sağlık elemanlarının görevleri ruhsal tedavi (psychological therapy), ruhsal rehabilitasyon (psychological rehabilitation) ve ruhsal bakımdır (psychological care). Sosyal sağlık elemanlarının, yani sosyal çalışmacıların görevleri de sosyal tedavi (social therapy), sosyal rehabilitasyon (social rehabilitation) ve sosyal bakımdır (social care).

Durumu genel sağlık tanımına göre düzenlediğimizde sosyal çalışmacıların görevleri net olarak belirmektedir. Sosyal tedavi, sosyal rehabilitasyon ve sosyal bakım. Herhalde, tedavi daha ağır ve hasta olunduğu zaman birincil bir hizmettir. Hastalık bir araz bıraktığında rehabilitasyon, ve nekahet döneminde de bakım hizmetleri devreye girecektir .

Konumuz yaşlı olduğuna göre yaşlının içinde bulunduğu sosyal sağlık aşamasının tanısını sosyal çalışmacı koyacak, gerektiğinde sosyal tedavi, gerektiğinde sosyal rehabilitasyon ve gerektiğinde sosyal bakım hizmetlerini işletecektir. Bu süreçte, duruma göre, yaşlının eksikliklerinin giderilmesi, maddi ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasından güçvericiliğe, sosyal desteklemeden boş zaman değerlendirmeye değin hizmetler zinciri başlayacaktır.

Sosyal çalışma alanında göre öncelikle ele alınması gereken yaşlı grupları öncelikle tıbbi ve ruhsal tedavi, rehabilitasyon ve bakım süreçlerinde tükenmişlik yaşayan (burn out), çökkünlük içinde bulunan, yalnızlaşan yaşlıları bu durumdan kurtarmaktır. Bu sosyal müdahale diğer (tıbbi ve ruhsal sağlık hizmetlerinin de etkin sonuca ulaşmasına katkı vermesi bakımından çok önemli ve önceliklidir. Sağlık sorunu uzun evreli bir müdahaleyi gerektirmeyecek durumda olan yaşlılar için de koruyucu önleyici bakım hizmetleri, boş zaman değerlendirme ve iletişimlerinin arttırılması hizmetleri sosyal çalışma mesleği bakımından önem taşımaktadır. Evlerinde yalnız yaşayan, hatta adeta inzivaya çekilen yaşlının yaşamının hareketlendirilmesi ve renklendirilmesi herhalde sağlıklı toplum ereğine uygun olarak önemlidir.

Bu hedef için önce evden çıkamayan yaşlı ve engelli ile iletişim kurulmalıdır. Sonra yaşlı, engelli, evden çıkmak istemeyen yalnız insanlarımız çeşitli sosyal programlarla dışarıya özendirilmeli ve çekilmelidir. Böylece hem onların yaşantıları hem toplum daha güzel ve hareketli olacaktır. Bunun için günümüzün bilişim olanakları emrimizdedir artık: Teledestek.

Kavramsal Giriş

Böyle bir bildirinin adı için kararsız kalıyor insan. Çünkü öylesine birbirinden farklı ve çekici adlar akla geliyor ki! Örneğin, “Yaşlının Desteklenmesi ve Bakımı Konusunda Yeni Yaklaşımlar” diyesim geliyor. “Yaşlının Yaşamını Kendi Evinde Sürdürmesi” ayrı bir çekici başlık… “Yaşlılar ve Engelliler İçin Tele Sosyal Hizmet”, Yaşlılığa, Yalnızlığa, Engelliliğe Çağdaş Çözümler”, “Bilişim Teknolojisi Yaşlıların Hizmetinde” gibi başlıklar da olabilir. Hepsi birbirinden anlamlı, hepsi içeriğini farklı boyutlarda taşıyan başlıklar. Gelin, yukarıdaki gibi kalsın.

T.C. Ankara Valiliğinin 1 Şubat 2011 tarihinden beri başlatıp sürdürdüğü, bu bildiride ele alınıp sunulacak hizmet modelinin adı ise “Ankara Yaşam Destek Merke-

zi.” Türkiye’de başlatılan ilk modelin adı böyle: “Yaşamdestek”.

Bu özgün modelin dünyada adları çeşitli ülkelerde birbirinden farklı. ABD’de “Teleassiztenz” (tele yardımcı) adı verilmiş. Telehelp (Teleyardım) de deniyor. Almanya’da “Hausnotruf” adı kullanılıyor. Yani, “Ev Acil Çağrı”.

Yaşamdestek sağlık alanında yoğun bakıma alınanlar için de kullanılan (örneğin, yaşamdestek odası) bir terim olduğu için ve bu bildirinin konusu olan model yoğun bakımdan çok uzak, insanın doğal ve sağlıklı yaşam aşamasında, hatta yoğunbakımdan kurtaran bir model olduğu için ve ayrıca telekominikatif bir çözüm olduğu için bu makalede adına teledestek demeyi uygun gördük.

Sadece kısa bir not olarak belirtmek gerekirse aynı tele takısına bağlı sözcüklerle hem yabancı dillerde hem Türkçe’de telesağlık (telehealth) (İng), telebakım (telecare) (İng), teleyardım (telehelp), telesekreter (telesecreter) (İng), TELEKOM (TELECOM: tele communication) (İng), televizyon (television) (İng), teledestek (Teleunterstützung) (Alm.) gibi… Hatta zaman içinde yeni gelişen bir kavram: tele social work (tele sosyal çalışma) (İng)…

Ankara Yaşam Destek Hizmeti Nedir? Nasıl Çalışır?

T.C. Ankara Valiliği tarafından yürütülen Ankara Yaşam Destek hizmeti özellikle sanayileşmiş ve kentleşmiş ortamlarda küçülen aileler nedeniyle yalnız yaşamaya başlamış yaşlılarımız, çocukları çalışmak zorunda olan engelli, yaşlı ve kronik hastalarımız, yaşlandıkça ölüm korkusu ya da gündelik yaşayan her yaştan yalnız yurttaşlarımız vb. için düzenlenmiştir.

Hizmeti talep eden ailelere tamamen ücretsiz olarak iki aygıt sunulmaktadır. Sesver aygıtı ve sesver düğmesi[30]. Aile boyutunda da evde ya sabit ya da CSM’li (sim kartlı) bir telefon olması gerekmektedir. Temel düzenek bu üçlüdür.

Abone sistemine alınan yardıma muhtaç yurttaşlarımızın bilgileri evlerine ilk giden ekip tarafından bir bilgi formu doldurularak alınmaktadır. Bilgi formu merkeze gelinerek özel surette tasarlanmış bilgisayara yüklenmektedir. Bu işlemden sonra sesver aygıtı, teknik bir işlemle bilgisayardaki o kişinin bilgileriyle tanıştırılmakta ve belirli bir kişiyi tanıyan düzenlemeye tabii tutulmaktadır. Sonra bir ekip o kişinin evine tekrar giderek sesver aygıtını özel bir işlemle evin telefon sistemine bağlamaktadır. Telefonu çalınca telefonuyla rahatça konuşmaya devam eden abonemiz

30 ABD’de sesver düğmesine Giriş bölümünde anlattığımız sınırlı hizmet kapsamında panic button (panik düğmesi) denmekte ve bu terim kullanılmaktadır. Bu yanlıştır. Çünkü yaşlı ya da engelli ya da hasta sadece panik durumunda düğmeye basmamaktadır. Canı sıkıldığı zaman da basmaktadır. Öteyandan acil bir durumda panik olmaması daha çok gerekmektedir. Panik deyişi adeta aboneyi paniğe hazırlamaktadır. Bu nedenle panik değil, duvardan ses vermesini sağlayacak bir düğme olduğunu bilerek basması daha uygundur.

sesver düğmesine bastığı anda çağrı merkezindeki 24 saat açık bilgisayara çağrı sonunda kendi bilgileri anında düşmektedir.

Sesver düğmesi daha çok kadınlar için boyunlarına taktıkları kolye biçiminde ya da erkeklerin bileklerine taktıkları bileklik biçiminde düzenlenmiştir. Banyoya bu düğme ile girebilmektedirler. Ayakları kayıp düştükleri anda düğmeye bastıklarında sesleri salonda bulunan sesver aygıtından alınabilmektedir. Sesver aygıtı hassas olup aradaki engellere (duvar, kapı sayısı vb.) bağlı olarak geniş bir alandan tüm sesleri alabilmektedir. Ve çağrı merkezinde konuşan sosyal operatörümüzün sesi de duvardaki ya da komodin üzerindeki sesver aygıtından yayılarak yardım bekleyen kişiye ulaşabilecek kadar güçlü çıkabilmektedir.

Sesver üzerinde bulunan kırmızı ışıklı düğme gözleri zor görecek yaşlı birinin de görebileceği parlaklıkta tasarlanmıştır. Sadece boyundaki düğmeye değil sesver aygıtı üzerindeki düğmeye de (örneğin hasta yatağının ya da yatağın kenarındaki komodinin üzerindeyse) basılabilmektedir.

Sesver aygıtı üzerindeki bir başka düğme evden geçici olarak çıkma durumunda olan abone bastığı takdirde çağrı merkezine o sırada evden çıktığı, merak etmememiz gerektiği sinyalini yollamakta, eve döndüğü zaman basacağı düğme eve döndüm, benim sağlığımla ilgilenebilirsiniz iletisi olmaktadır.

Yazlığa, başka bir yere giden bir abone sesver aygıtı ve düğmesini yanına alıp gittiği yerde telefona bağladığı takdirde çağrı merkezi ile bağlantısını sürdürebilmektedir.

SABEV Yaşam Destek Çağrı Merkezi ile dünyanın neresinde bir telefon hattına bilgisayarlarımız ile tanımlanmış bir sesver aygıtı bağlansa aynı hızda bağlantı kurulabilmekte, dertleri dinlenebilmektedir. Uzaklık bir telefon çevirme ve bağlanma uzaklığıdır.

Çağrı merkezinde bilgisayar başında oturan “sosyal operatörümüz” arayanın kim olduğu, nerede oturduğu vb. gibi bilgileri hiç sormadan, örneğin, “Ayşe Teyze, neyin var? Sana nasıl yardımcı olabilirim?” diyerek hem zaman hem abonenin güvenini kazanmaktadır.

Abonemizin verdiği bilgiler doğrultusunda planlanmış hizmetler hızla devreye sokularak yardım mekanizması çalıştırılmaktadır. En basitinden, canının sıkıldığını, korku duyduğunu söyleyen yaşlımızla sohbet edilmekte, en önemli aşamasından düşen, bir yeri kırılan ya da kalp krizi geçiren ya da tansiyonu yükselen yaşlımıza acil olarak ambulans yollanmaktadır. 112 ile yapılan öngörüşmeden sonra bir yandan 112’yi arama gücü olmayan insanımıza en seri olarak yardımcı olunmakta, öteyandan konuşup durumunu öğrenerek ambulans yollandığı için 112 Acil hizmet servisinin gereksiz çağrılarla meşgul edilmesi önlenmiş olmaktadır.

Evlere bağlanan sesver aygıtı ile kendilerinin düğmeye basmaları ile kurulan bağlantının dışında hiçbir bağlantı kurulamamaktadır. Örneğin, bu aygıt aracılığıyla hiçbir şekilde çağrı merkezinden evlere yönelik bağlantı kurulamamaktadır. Çağrı merkezinden sadece ev numarasına telefon edilerek evlere ulaşabilir. Kimi abonelerimizin kurulumdan önce düşündükleri ve bize de ilettikleri, "Evlerimize makine koyuyorlar, acaba bizi mi dinleyecekler?" korkusu hızla yok olmuştur. Bu teknikle evlerin dinlenmesi olanaklı da değildir, sözkonusu değildir.

Evlere kurulan sesver aygıtı ve sesver düğmesi/bilekliği SABEV tarafından hiçbir biçimde satılmamakta, sadece kullanım süresince evde bulunan bir kiralama sistemi temel olmaktadır. Abonelik bitiminde evlerden alınmaktadır. Çünkü bu aletin bir başka bağlantıyla bir başka amaç için kullanılması kimse için olanaklı değildir.

Yaşamdestek çağrı merkezi hizmeti kesintisiz sürdürülen hizmetlerdir. Haftasonu, bayram tatili, yılbaşı tatili yoktur. Güncel ifadeyle 7x24 hizmet, yani 7 gün 24 saat sürek kesintisiz bir hizmettir.

Tarihsel Giriş

Yaşamdestek düşüncesi evlerinde yalnız yaşamak zorunda kalan insanlara yardım düşüncesinden doğdu. Bunları evlerinde seri hareket etme olanağı olmayan yaşlı, engelli ve kronik hastalara yardımlarına koşulacağı umudunu yaşamlarının parçası yapma özleminden doğdu.

Özellikle ileri sanayi ülkelerinde kentleşme koşulları ve kültürü içinde, özellikle evlerinde yalnız yaşayan yaşlıların, engellilerin hak vaki olduğunda cansız bedenlerinin, acıdır ama, ya ceset kokusunun dairenin dışına taşmasıyla, ya da daha ileriki yıllarda otomatik ödeme alan bankaların bankadaki para kaynağı tükenip ödeme alınamaması aşamasında o evi polise bildirmeleriyle öldüklerinden haberli olunabilmesi gibi durumlar bu tür çözümlerin üretilmesini zorladı.

Kentleşmede yalnızlaşma kaçınılmazdır. Köyde yalnızlık olmaz. Kentler yalnızlaşmanın kaynaklarıdır. Özellikle kalabalık kentler yalnızlıkların merkezleridir. Teledestek, aynı apartmandaki komşunun kapı komşusunun kapısını çalmadığı, ev ziyaretlerinin, akşam oturmalarının giderek ortadan kalktığı, sadece asansörlerdeki selamlaşmaların kentsel sosyalliği sembolize ettiği ve kent kültürü olarak geliştiği kentsel ortamlarda birey yalnızlığının olumsuz sonuçları için çözüm üretme düşüncesinin zorlamasıyla başlamıştır.

Teledestek, kentleşmenin insanları kalabalıklar içinde yalnızlaştırmasının yoğunlaştığı tarihler ile sanayileşmenin bilişim sanayii aşamasına geldiği tarihlerin kesiştiği tarihsel noktada üretilmiş bir çözümdür.

Teleassistenz hizmeti, bilindiği kadarıyla ilk olarak 1950'li yıllarda ABD'de,

1980'li yıllarda Almanya başta olmak üzere Avrupa'da yayılmıştır. Bugün Avrupa'nın İngiltere, Almanya, Fransa, İspanya vb. gibi hemen hemen tüm ülkelerinde yaygın olarak bulunmaktadır. İngiltere'de abone sayısı 1,5 Milyon'un, Almanya'da 1 Milyon'un üzerindedir.

Sayının yüksekliği hizmetin sosyal güvenlik kapsamında olmasındandır. Abonelik bedeli sosyal sigorta kapsamında bakım sigortası tarafından ödenmektedir. Bu nedenle, ihtiyaç sahibi her kişi sistem içine derhal alınmakta ve bedeli sosyal güvenlik (bakım sigortası) bütçesinden karşılanmaktadır. Hızla yayılmasının temel nedeni budur. Yalnız yaşayan yaşlıların sayıca artması da hizmeti yaygınlaştırmıştır. Avrupa'da SABEV gibi daha çok STÖ statüsündeki kuruluşlar tarafından verilen bu hizmet (Örneğin, Almanya'da Malteser, Franfurter Verband, Samariter Bund, Rotes Kreuz gibi…) abone sayısının çokluğu ve ödemelerin düzenli ve sürekli olmasına bağlı olarak bu kuruluşların bünyelerinde yer alan ambulans filolarıyla verilmektedir.

Türkiye'de Başlangıç

Türkiye'de teledestek hizmeti SABEV (Sosyal Hizmetler Araştırma, Belgeleme, Eğitim Vakfı) tarafından T.C. Ankara Valiliği ile 26 Ocak 2011 imzalanan bir hizmet alım sözleşmesi (protokol) temelinde 1 Şubat 2011 günü Ankara'da başlatıldı. Projenin sahibi T.C. Ankara Valiliği, projenin yürütücüsü SABEV'dir.

SABEV projenin başlama öncesinde tam bir yıl hazırlık ve deneme çalışmaları yaparak Avrupa'da kişi (tekil) ile sınırlı modeli Türk kültürel anlayış ve aile sistemine uygun bir yapıya dönüştürerek bireye (aile ve diğer çevre ilişkileri içinde insan) yönelik bir hizmet modeline dönüştürmüştür. Sadece fizik ve ruhsal sağlık çerçevesinde kalan ABD ve Avrupa teleyardım sistemine sosyal sağlık boyutunu da eklemiştir.

SABEV yetkilileri, başlangıçta, konuyu Türkiye'nin değişik bölgelerinde yapılan birkaç yaşlılık sempozyumunda genel ve kuramsal olarak ilgililerle ve katılımcılarla paylaştı; olumlu ve ilgi çekici tepkiler aldı. Alman ve Türk yetkililerle görüşmeler yapıldı. Almanya'ya gidilerek Berlin, Frankfurt ve Bremen'deki benzer projeleri incelendi ve izlendi. Fotoğraflar çekildi. Almanya'daki izlenimler Ankara'da dönünce SABEV Yönetim Kurulu ve ilgili dostlarla paylaşıldı; olumlu destekler alındı.

Başlangıç için birkaç kurumun kapıları çalınmış; proje sunulmuş; ortak aranmıştır. Başvurulan T.C. Ankara Valiliği olumlu karşılık verince yollar açılmış ve proje yaşama aktarılmaya başlanmıştır. Projenin ilk uygulama onuru da T.C. Ankara Valiliğine nasip olmuştur.

SABEV'in (kuruluşu 1995) 15 yıllık çalışma, düzenleme ve örgütleme deneyimi

vardı. Çalışmalar bir yıllık bir düşünme ve planlama aşamasından sonra hızla örgütleme aşamasına getirilmiş ve 23 Temmuz 2010 günü 1000 kişi kapasiteli PNC 1 bilgisayarı kurulmuş ve birkaç eve deneme bağlantıları yapılarak aylarca sistemin denemeleri yapılmıştır.

25 Ocak 2011 günü, dönemin Ankara Valisi Sayın Alaaddin Yüksel ile sosyal hizmetlerden sorumlu vali yardımcısı Sayın Turan Atlamaz'ın Ankara İl Emniyet Müdürü, İl Jandarma Alay Komutanı, T.C. Ankara Valiliği Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma vakfı müdür ve mütevelli heyet üyeleri ve birkaç STÖ temsilcisi ile birlikte SABEV'i ziyaret etmeleri tarihsel bir başlangıcı oluşturmuştur. Kendilerine proje görsel ve uygulamalı olarak tanıtılmıştır. Bu ziyaretten bir gün sonra SABEV yetkilileri Valilik makamına davet edilerek TC Ankara Valiliği ile SABEV (Sosyal Hizmetler Araştırma, Belgeleme, Eğitim Vakfı) arasında protokol imzalanmıştır. Bu protokol çerçevesinde beş günde SABEV tarafından son hazırlıklar tamamlanarak 1 Şubat 2011 günü uygulama başlatıldı. Bu süreç içinde 1000 abone gücü ile sınırlı PNC 1 bilgisayar yedeğe alınarak sınırsız abone gücüne hizmet verebilen PNC 5 bilgisayar sistemi devreye sokulmuştur.

Bu projeye göre TC Ankara Valiliği bir sözleşme ile SABEV'den hizmet satın almaktadır.

Sistemde bir koordinatör, bir yönetici (müdür) ve yöneticinin denetiminde iki ayrı çalışma grubu bulunmaktadır. Sosyal operatörler ve teknik operatörler. Teknik operatörler evlere gidip teknik kurulumları yapar ve bilgisayar sisteminin kesintisiz ve aksamadan çalışmasını sağlarken sosyal operatörler çağrı merkezimizde abonelerle 24 saat görüşmeler yapan elemanlardır.

Çalışmaların başında beşer gün süren eğitimlerle sosyal ve teknik operatörlerin eğitimleri yapıldı. Eğitimler düzenli olarak sürmektedir. Bu eğitimlerde yaşlılık nedirden başlayarak yaşlılık felsefesi, yaşlılık psikolojisi, yaşlılık sosyolojisi, yaşlılarla iletişim, telefonla iletişim bilgisi ve becerileri, teknik donanım ve uygulama, telefonda konuşma teknikleri, öfke denetimi gibi konularda eğitimler yapılmış, yapılmaktadır.

Dünyadaki ve Türkiye'deki Benzerleri

Türkiye'de, SABEV'in içerdiği aynı ya da benzer konseptte başka bir teledestek ya da yaşamdestek hizmeti bulunmamaktadır. Bu anlayış ve konsept içinde yapılan Türkiye'deki ilk denemedir ve beş yıldır başarıyla sürmektedir. İstanbul'da İvgen adlı bir özel şirket gene 2011 yılında aynı makineleri kullanarak farklı bir konseptte projeyi yürütmeye çalışmış ve ancak birkaç aylık deneme üzerine kapatmak zorunda kalmıştır. Özel firma konseptini çocuk bahçesinden çocukların çalınması, kaçırılması üzerine oturtmuş ve başarısız olmuştur. Özel firma tarafından, model,

çocukların kaçırılmaması, gaz, su kaçaklarını ihbar eden araçların ve yangın dedektörlerinin takılması gibi daha çok güvenlik kapsamında ele alınmıştır. Reklamları ve tanıtımları da bu yöndedir.

Dünya uygulamaları ise özellikle sağlık koruma ve destekleme kapsamında yapılmaktadır. Evinde sağlığı bozulana ambulans yollama, hastaneye götürme çerçevesinde bir hizmettir. Sağlık (ambulans) desteğine sosyal destek, yalnızlara, hastalara bilişimsel sosyopsikolojik destek, evlerine mutluluk desteği (ve denetimi) ve yardımları Dünyada ilkkez SABEV'in geliştirdiği modeldir. 2011 yılında Ankara'yı ziyaret eden Tunstall firması Avrupa temsilcisi Sayın Ludger Lappenkuper Ankara Valiliğinde kendisine model tanıtılınca bu modelin Avrupa'da olmadığını, Avrupa'daki hizmetin sağlıkla sınırlı olduğunu toplantıda söylemiştir (26 05 2011, Ankara Valiliğinde yapılan toplantı. Yenimahalle İl Özel İdaresi Yerleşkesi.)

Yaşam Destek Merkezinin Hizmet Türleri ve Araçları

Ankara Yaşam Destek Merkezi yukarıda açıklanan bağlantı ve telekominikatif yolla en hızlı biçimde yardıma koşma hizmetini değişik teknolojik araçlarla desteklemektedir.

Bunların en başında ilaç hatırlatma kutusu bulunmaktadır. Özel tasarlanmış dijital bir ilaç kutusu, farklı gözlerine yerleştirilen ilaçlarını zamanında sesli uyararak almasını sağlamakta, belirli bir süre sonunda ilaçlar alınmadığında çağrı merkezini uyararak durumu bildirmekte, çağrı merkezindeki sosyal operatörlerimiz evi telefonla arayarak ilaç anımsatması yapmakta ve ilacı almasını rica etmektedirler. Böylelikle ilaç almanın unutulması önlenmektedir.

Üstüne basıldığında çağrı merkezindeki bilgisayarı aktive eden özel bir paspas evin çıkış kapısına içerden koyulmakta, evden çıkma, kaçma riski olan, örneğin alzheimer hastası olan bir yaşlı, evden çıkmak istediği zaman bilgi bilgisayara düşmekte, çağrı merkezindeki görevliler derhal hastanın yakınını arayarak bilgi vermektedirler. Eve giden yakını hastanın kaybolmasını önlemektedir.

Bir başka araç duman dedektörüdür. Olası bir yangın durumunda ilk çıkan dumanı algılayan cihaz çağrı merkezimize kişinin evinde duman olduğu sinyalini göndermektedir. Böylelikle çağrı merkezi, hatta daha yangın çıkmadan, itfaiyeye haber vererek olası yangın tehdidini ortadan kaldırmaktadır.

Buna benzer, evdeki musluklardan birinin açık kalması durumunda çağrı merkezini uyaran su dedektörünün yanısıra sobadan karbonmonoksit çıkması durumunda uyaran karbonmonoksit dedektörü de vardır. Evde karbonmonoksit salınımında daha evdekiler uyurken çağrı merkezine durumla ilgili acil çağrı gelmekte, sosyal operatörlerimiz eve telefon ederek kişileri zamanında uyandırmakta, gerekiyorsa komşularını uyarmakta ve camların açılması gibi yapılması gereken ilk müdahale-

lerle ilgili bilgi vermektedir.

Ayrıca, klasik, hırsız riskini haber veren hareket dedektörü, yaşlının evde belirli bir süre hareketsiz kalması durumunda devreye giren hareket dedektörü, yatalak hastanın başına yerleştirilen çekip, anahtarını unuttuğu için evine giremeyen aboneler için çağrı merkezinden yapılacak müdahaleyle kapının otomatik olarak açılmasını sağlayan kilit sensörü gibi çözümler mevcuttur. (Merkezden tek tuşla kilitli kapıyı açma sistemi hizmet yelpazemiz içine henüz alınmamıştır.)

T.C. Ankara Valiliğinin sürdürdüğü hizmet kapsamında 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu kapsamında bulunan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma vakıflarından yardım almaya hak sağlayacak ekonomik konumda olan vatandaşlarımız yararlanmaktadır ve abone ücretleri Ankara Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından sağlanmaktadır. (Kanunun kabul tarihi: 29.05.1986; yayımlandığı Resmi Gazete tarihi: 14.06.1986; Sayı: 19134)

Ankara Yaşam Destek Hizmetinin Özellikleri

Telekominikasyon yoluyla muhtaçlara verilen bu hizmet günümüzde en seri, en hızlı ve en ekonomik modeldir.

Bu hizmetler seridir, gereken hizmet hızla ve belirli bir sıra içinde, düzenli olarak devreye sokulmaktadır.

Bu hizmetler hızlıdır, planlı bir çalışmayla yardım zamana karşı en hızlı bir biçimde sağlanmaktadır.

Bu hizmet ucuzdur. Çünkü, bugün kamu huzurevlerinde bir yaşlıya devletin harcadığı paranın ayda ortalama 3000 TL (ve üstü) olduğu düşünüldüğünde ihtiyaç sahiplerine hem de ev ve aile ortamında verilen bu hizmetin aylık bedeliyle 100 dolayında yaşlıya (ve engelliye) hizmet sunulmaktadır. Bir başka deyişle kurumda, bir yaşlı için ayda 3000 TL ödendiği farzedilse, yaşam destek hizmeti ile bir yaşlının hizmet maliyeti hem de ev ortamında 30-40 TL olmaktadır.

Yaşamdestek hizmeti bir başka açıdan da ucuzdur. Telefon bağlantısı bilgisayar üzerinden kurulduğu için telefon masrafı da çok düşük olmaktadır.

Abonelerimizle Yaşanan Anılar

Bu hizmet, evlerinde yalnız ve muhtaç yaşayanlar için yaşama bağlanma vesilesi olmakta, yalnız yaşayan yaşlılar için geceleri ölüm korkusunu yenmelerini, rahat uyumalarını sağlamaktadır. Bunu kendisiyle görüşme yapılan bir yaşlımız açıkça söylemiştir. Demiştir ki: *"Bu alet takılana kadar ölüm korkusuyla geceleri evde yalnız uyuyamıyor; evde sabaha kadar dolanıp duruyordum. Bunu taktıktan sonra*

rahat uyumaya başladım."

Başka bir görüşmeden:

"Bu kolyeyi boynuma taktıktan sonra sanki cebimde sağlıkçı taşıyormuşum gibi hissediyorum. Kendimi güvende hissediyorum. Bunu düşünenlere, yapanlara, özellikle bize sahip çıkan sayın valimize çok teşekkür ediyorum." (Bu spontan ve kurgudışı yapılan görüşmelerin film kayıtları belgeliğimizde bulunmaktadır.)

Düğmeye basıp yardım istediği ve beklentisine uygun davranış gördüğü zaman yurttaşlarımız, abonelerimiz doğal olarak içten teşekkürlerini iletmektedirler. İyi ki varsınız diyen abonelerimiz sıkça kendilerini göstermektedir. Zaman zaman da doğrudan bu teşekkür için düğmeye basarak sadece minnettarlığını bildiren abonelerimiz vardır. Bunlardan biri düğmeye basıp teşekkür ederken şunları söylemiştir:

"Bu alet evimde olduktan sonra artık geceleri korkmuyorum. Korktuğum zaman bu alete (megafona) bakıyorum, düğmesine basmasam da korkum geçiyor. Allah sizden razı olsun."

Ya da telefon bağlantısından bizleri duygulandıran şu duyguları aldık.

"Benim annen öldü. Artık bu alete gerek kalmadı. Bunu alıp gene sağlığı iyi olmayan, ihtiyacı olan başka bir eve takın."

Sosyal operatörlerimizin bize aktadığı birkaç olayı sizlere aktarmak istiyorum:

"Allah Devletimizi başımızdan eksik etmesin!"

"Yalnız yaşayan D.S. Teyze sık sık telefon ediyor. Sizin güler yüzünüzü hissediyorum. Ve güzel sesinizi duymak için aradım. Nasılsın kızım?" Aynı teyze, yerinden kalkamayacak kadar kilolu ve hasta olduğunu söylüyor. Bu durumda aç olduğu halde kalkıp yemek yapma gücünün olmadığını söylüyor ve devam ediyor: "Açlığımı sizin sesinizi duyarak gideriyorum. Tatlı sesiniz beni doyuruyor. Ondan aradım."

Bir başka abone:

"İki oğlum var. Birini Doğu'da şehit verdim, diğeri Ostim'deki patlamada öldü. Çok yaralıyım. Ama size telefon açıyorum. Sizler de benim evlatlarımsınız."

Bir sosyal operatörümüzün pratik çözüm örneği:

"Kar yağdığı günlerde evinden çıkıp ekmek almaya gidemeyen ve evinde ekmek olmayan bir teyze bize telefon etti ve yardım istedi. Komşularından birine telefon açtık. Durumu anlattık. Komşusu ekmek alıp götüreceğini söyledi ve bunu yaptı."

Sosyal operatörün dilinden bir yaşlının teşekkürü:

"Bir gece düğmeye basıldı ve ses bağlantısı açıldı. Konuşma yerine hırıltılar geldi. Soğukkanlı olmalıydım. Derhal 112'ye telefon ettim. Bir süre sonra aynı kişiden çağrı geldi. Açtım. O abonemiz zor da olsa konuşuyordu. Kızım dedi, astımım var, Sesim iyice gitti, nefes alamıyordum. Siz ambulansı yolladınız hayatım kurtuldu. Çok teşekkür etmek için açtım." dedi. Oğlunuza haber vereyim mi diye sordum. Hayır, bu saatte oğlumu uyandırmayın, uykusuz kalmasın diye seslendi. Çok etkilendim."

Bir başka yaşlıdan:

"Birkaç gün önce akşamdı, 22:00 gibi… Bir amca acilen oğlunu araması gerektiğini, ancak telefon numarasını bulamadığını söyledi. Oğluna ulaşıp ulaşamayacağımızı sordu ve beni arasın dedi. Oğluna ulaştık ve babasını aramasını söyledik. Bu hizmet için oğlu da çok memnun olduğunu söyledi."

Diğer bir sosyal operatörümüzün anlattıklarından:

"Çağrı geldi. Bağlantı kurmaya çalıştım. Yanıt gelmedi. Kaygılandım. Yanlışlıkla basıldığını düşündüm. Ama emin değilim. Kızına telefon ederek haber verdim. Saat 04:00'tü. Kızı telefonda, kendisi annesinin kumandasını kolundan hiç çıkartmadan uyuduğunu, uyardığı halde çıkartmadığını, o şekilde kendisini güvende hissederek uyuyabildiğini belirtti. Annesinin evine gidip yine de kontrol edeceğini söyledi. Operatörümüz tarafından uyandırılmış olmasına rağmen gelen her çağrının ciddiyetle değerlendirildiğini gören hasta yakını memnuniyetiyle birlikte gereksiz yere hattımızı meşgul ettiği için annesini bu konuda tekrar uyaracağını belirtti."

Vakfa gelen bir profesör:

"Gazeteden okudum. İnternetten araştırarak sizi buldum. Yoksul birinin yararlanması için başvuruda bulunmak istiyorum. Oğlum ve kızım Ankara'da ve İstanbul'da üniversite hastanelerinde başhekim olarak görev yapıyor. Böyle bir hizmete onların da bir katkısı olabilirse sevinirim. Size nasıl yardımcı olabiliriz?"

Belki de evine bağlanmasını istemeyen birinin de hem zekice hem çok ince ifadesi olarak:

"Benim annemin durumu o kadar ağır değil. Bu aleti gelin alın, durumu daha kötü olan birine takın. Hayatı kurtulsun!" İçtenlikle söylenmiş sözler olduğuna inanıyorum."

"Ben Antalya'ya geldim. Annem aboneniz. Evin yedek anahtarını yaptırdım ve anneme bıraktım. Evi şurada. Gidip alın ne olur ve yedek anahtarı sizde bulunsun. Anneme bir şey olursa siz gidip kapısını açın…"

Sıradışı bir çözüm ise şöyledir:

Bir evden düğmeye basılmış ve çağrı merkezimiz uyarılmıştır. Kendisiyle konuşulan kişi şunları söylemiştir. "Ben burada oturmuyorum, komşularıyım. Gürültüye koştuk. Ailede büyük bir kavga çıktı; ayıramıyoruz. Düğmeyi gördüm ve bastım; ne yapabiliriz?" Alınan detaylı bilgiler ışığında ve bizimle konuşan komşunun da önerisi ile karakol aranarak polis müdahalesi sağlanmış ve kavga yatıştırılmıştır. Daha sonra aile bizzat telefon ederek teşekkür etmiştir.

Başka bir olay:

Ekrana bir abonenin bilgisi düşmüş ve hat açılmıştır. "Burası Ankara Yaşam Destek Merkezi. Buyurun Hatice Hanım. Size nasıl yardımcı olabiliriz?" sözleri söylendikten sonra kalabalık bir kadın kahkaha ve gülüşmeleri işitilmiş; bunu toplu bir alkış izlemiş ve gülmeler sona erince sosyal operatörümüzün konuyla bütünleşen destekleyici sözleri üzerine bir kadının şu sözleri duyulmuştur: "Biz Hatice Hanımın evinde kabul günü yapıyoruz. Hatice Hanım bu aletleri bize anlatınca merak ettik, düğmeye bastık. İstediğimiz birşey yok. Çok hoşumuza gitti." Ve gene gürültüler, gülüşmeler, alkışlar arasında kendileriyle yapılan kısa bir sohbetle bağlantı sonlandırılmıştır.

Çalışanların şevkini kamçılayan bu tür anıların sonu gelmiyor.

Böyle ilginç diyalogların dışında bizler için en acıklı olaylar, bilgi formunu doldurmak için evine gittiğimiz, tanıyıp elini öptüğümüz 80'li yaşlarda birkaç abonemizin sistemi kurmaya gittiğimizde vefat ettiğini öğrenmemizdir. Ya da evlerinden düğmeye basılarak abonenin yatağında vefat ettiğinin söylenmesidir. Bu durumlarda birkaç gün sonra evlerine gidilerek sistem sökülmekte, kendilerine başsağlığı dilenerek veda edilmektedir.

Sonuç

1 Şubat 2011 gününden beri kesintisiz ve kusursuz sürdürülen yaşamdestek hizmeti sağlanan güven artarak sürmektedir.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfımızdan yeni adresler geldikçe yeni aboneler hizmet almaya başlamaktadır. Bunun dışında, duyuldukça, muhtarlar, imamlar ya da abonelerin yakınları tarafından vakfa gelerek ya da telefon ederek talepler ile özel talepler de olmaktadır. Kurulum sırasında evlere bırakılan tanıtım ve yardım broşürlerimizde bulunan Bilgi Hattı adını verdiğimiz telefon numarası 0312.4 333 111'dir. Bu numaradan doğrudan ulaşılarak günün her saatinde (gece ve gündüz) konu ile ilgili her türlü bilgi alınabilir. Ayrıca, www.sabev.org.tr ve www.yasamdestek.org.tr adreslerinden bu sunumda belirtilen hizmet hakkında daha fazla bilgi bulunmaktadır. Facebook'ta da yaşamdestek sayfası ziyaret edilebilir.

YAŞLI DOSTU KENTLER İÇİN EŞİTLİK İLKESİNİN SOSYAL POLİTİKALAR İÇİN ÖNEMİ

Kezban DURDUBAŞ
Eğitim Uzmanı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ÖZET

Yaşlı Dostu Kentler Rehberi bağımsızlık, katılım ve sağlık temelinde Aktif Yaşlanma Çerçeve Metni üzerine inşa edilmiştir. Aktif yaşlanma, bağımsızlık, katılım, bakım, kendini gerçekleştirme, haysiyet kavramları ile şekillenen BM Yaşlı İlkelerine dayanmaktadır. Amaç yaşlının insan haklarına ve onuruna yaraşır yaşam sürdürmesidir. Yaşlı Dostu Kentler için sosyal politikaların esas kaynağı da insan hakları, insan onuruna yaraşır yaşam koşulları, dolayısıyla "hak ve eşitlik ilkesi" üzerinden temellendirilmelidir. Bu çalışmada yaşlı dostu kentler için yapılacak düzenleme ve çalışmalar hiçbir zaman yerel yönetimlerin yaşlılara yardım/iyiliği değil, insan olarak eşitliği ve toplumun bütünleşmesini sağlayıcı olmasının önemi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

1. GİRİŞ

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (İHEB) birinci maddesi ile "bütün insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar[1] eşitliğin insan hakları bağlamının net olarak kurulduğu görüşmektedir. Beyannamenin diğer maddelerinde "ayrım gözetmeksizin" vurgusu ile yaşam hakkı dahil haklar düzenlenmektedir.

Anayasamızın başlangıç metni ve onuncu maddesinde eşitlik ilkesine uygun düzenlemeler bulunmaktadır. Onuncu maddesinde yer alan " Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz" hükmü ile pozitif ayrımcılığın sosyal politikaların aracı duruma getirilmesi, eşitlik ve hak bağlamının politikalar ve eylemlerin oluşturulmasında unutulmasına neden olmaktadır. Oysaki, sosyal politikaların özünde, tarihsel bir süreç içerisinden süzülerek gelen eşitsizlikleri en aza indirmeye çalışma ve sosyal adaleti sağlama hedefi bulunmaktadır (Sunal, 2011).

Yaşlı Dostu Kentlerin başlangıç noktası; yaşılar için yaşam kalitesi, sağlık, katılım ve güvenlik için fırsatları en elverişli hale getirerek aktif yaşlanmayı sağlamaktır. Yaşlı dostu kentler fikri Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) aktif yaşlanma politika çerçevesi ile şekillenmektedir (WHO, 2007). Aktif yaşlanma çerçeve met-

ninde temel yaklaşımlarının yaşlılarda bağımsızlık, katılım, onur, bakım ve kendini gerçekleştirme olarak Birleşmiş Milletler (BM) Yaşlı İlkelerine ve insan haklarına dayandırmaktadır. Aktif yaşlanma için politika ve programların yaşlılar için bilgi, geçerli kültür ve geleneklere saygılı olması ve evrensel insan hakları ve etik değerleri içermesi gerektiğini vurgulamaktadır. Çerçeve metni "yaşlı dostu" kavramını yaşlı dostu fiziksel çevre, sağlık ve sosyal hizmetler, katılım ve özerkliği koruyucu önlemler olarak değerlendirmektedir (WHO; 2002).

Yaşlı dostu kentler olgusuna insan hakları, BM Yaşlı İlkeleri, Aktif Yaşlanma Çerçeve Metni ile birlikte değerlendirmek gerektiği Yaşlı Dostu Kentler Rehberinin dayanakları içinde ortaya çıkmaktadır. Yerel yönetimlerin sosyal belediyecilik ve sosyal devlet anlayışı içinde yaşlı sorunlarına, yaşlı hizmetlerini düzenlerken İHEB, BM Yaşlı İlkeleri, Aktif Yaşlanma Çerçeve Metni içinde, eşitlik, katılım, sağlık, güvenlik, bağımsızlık, onur kavramlarını önceliklendirmesi zorunludur. Yaşlı dostu kentler oluşturulurken yapılacak her çalışma, sosyal devletin, yerelde yerel yönetimlerin yükümlülüklerinin yerine getirilmesi ilkesinde hareket edilmesi, toplumdaki yaşlı ayrıştırmasını durdurabilecek süreç olarak görülmektedir.

Günümüz demokrasilerinde insanlar arasındaki farklılıklar,, insanlar arasında ortak olan özellikler yanında çok önemsizleşmektedir. Herkese, sadece insan olması nedeniyle aynı değer verilmektedir. Kişinin içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik şartlar ne olursa olsun bir insan olarak eşit değer ve saygıya hakkı vardır (Baltacı, Bt)

Bu çalışmada, yaşlı dostu kentler kavramının ülkemizde gelişmesini sağlarken temel felsefesinin hizmet vericiler tarafından "yardım/iyilik/ihsan" bağlamından çıkarılarak, eşitlik ilkesi ve bu ilkenin önündeki engelleri kaldırarak eşitliği sağlama ve toplumsal bütünleşmeyi gerçekleştirme olarak sosyal politikalarda yer alması için, İHEB, BM Yaşlı İlkeleri, Aktif Yaşlanma Çerçeve Metni ve Yaşlı Dostu Kentler Rehberinin temel dayanakları ortaya konulmaktadır. Amaç, Yaşlı Dostu Kentler olgusuna pozitif ayrımcılık bakışı ile değil, eşitlik ilkesi ile ele alınmasını sağlamaktır.

2. EŞİTLİK İLKESİ

Topluma eşit katılım vatandaş olarak herkesin eşitliğini kabul etmek esastır. Bu da hak temelli bir sosyal politika anlayışını gerektirir. Hayırseverlik ilişkisi özünde eşitsiz bir ilişkidir; bildiğimiz gibi, veren el, alan elden üstündür. Desteklerin "aileci" bir sosyal politika anlayışıyla aileye verilmesi ise, aile içi eşitsizliklerin, bireyler üzerindeki olumsuz etkilerini belirgin kılar. Esas olan bireyin haklarıdır (Boğaziçi Üniversitesi, 2014).

İlke olarak eşitlik, insanların birbirleriyle eşdeğerde olduklarını, bundan

dolayı insanlar arasında ayrım gözetilmemesi gerektiğini dile getirir (Ünlü, 2009). İHEB birinci maddesi insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğar düzenlemesisin ardından haklara ilişkin maddelerinde "ayrım gözetmeksizin" vurgusu yapılmaktadır.

T.C. Anayasasının başlangıç metni "Her Türk vatandaşının bu Anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak millî kültür, medeniyet ve hukuk düzeni içinde onurlu bir hayat sürdürme ve maddî ve manevî varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu" cümlesi ile BM İnsan Hakları Sözleşmesi ruhuna uygun kavramları açıkça belirtilmektedir. Kanun önünde eşitlik başlıklı 10 uncu maddesinde "Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür." Cümlesinden sonra 2010 yılında yapılan değişiklikle eklenen bentlerde yer alan "… alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz." cümleleri ile temellendirilen pozitif ayrımcılık politikaları asıl ilke "devlet bu eşitliğin yaşama geçirilmesini sağlamakla yükümlüdür" bağından ayrılarak üretilmesi soncunda yaşlılar için "hak"tan "verilen ihsan/yardım"a dönüşmektedir.

Pozitif ayrımcılık politikalarının topluma yansımasında olumsuz yaşanması, yaşlılık alanında insan olarak eşitlik ve bu eşitliği Anayasal hak olarak eşitliği sağlayıcı önlemlerin devletçe alınması olarak yorumlanmaması sosyal politikaların temel hedefi olan "toplumsal bütünleşmeyi" engelleyici niteliği dikkate alınmalıdır.

2.1 Yaşlı Dostu Kentler Rehberi ve Aktif Yaşlanma Çerçeve Metni dayanakları: BM Yaşlı İlkeleri ve İnsan Hakları

Ülkemizde yaşlı dostu kentler için sosyal politikalar üretirken insan hakları, BM Yaşlı İlkeleri esaslı politikalara önem vermek, yaşlı onuru, yaşlı katılımı ve bağımsızlığını sağlayıcı unsur olacaktır. Yardım ve bahşedilen hizmetler olarak politikalar düzenlendiğinde yaşlı onurunu zedeleyici, aynı zamanda toplumsal bütünleşmeyi engelleyici sonuçlara yol açabilecektir. Yaşlı dostu kentler için öncelikle dayanakların çok iyi tespit edilip, belirgin olarak literatüre aktarılması zorunludur.

Yaşlı Dostu Kentler Rehberinde; "bu Rehberde sunulan yaşlı dostu kent fikri DSÖ (2002) aktif yaşlanma çerçevesi üzerine inşa edildiği belirtilmektedir. Rehber, aktif yaşlanma ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla sağlık, katılım ve güvenlik için fırsatları en üst seviyeye çıkarmak bakış açısıyla oluşturulmuştur. Sağlıklı yaşlının aileleri, toplumu ve ekonomi için kaynak olarak kalması amaçtır. Yaşlının bağımsız yaşamı, topluma katılımı ve onurunun korunması saygı ve toplumsal yaşama dahil olma yaşlı dostu kentler öneri başlıklarında yer almaktadır(WHO, 2007).

Yaşlı dostu kentlerin dayanak aldığı, Aktif Yaşlanma Çerçeve Metni politikalar çerçevesini BM Yaşlı ilkeleri ile oluşturmaktadır. Bağımsızlık, katılım, bakım, kendini gerçekleştirme ve haysiyet/onur yaşlı için aktif yaşlanma etkisinin belirleyicileri olarak kabul edilmektedir. Sosyal adalet için yaşlının karar süreçlerine katılımı, insan haklarına dayalı, BM Yaşlı ilkeleri ile ileri yaşlı bakımını da içeren ancak bağımsızlığın ve özerkliğin mümkün olduğunca korunmasının ön plana alınması gerekir (WHO, 2002).

Aktif Yaşlanma Çerçeve Metninde yaş dostu kavramı "aktif yaşlanma politikaları ve programlarında yaşlı dostu ortamlar ve kuşaklararası dayanışmayı desteklemek", "yaşlı dostu güvenli ortamlar (yaslı dostu sağlık merkezleri, açık alanlar, trafik ulaşım düzenlemeleri, ev içi güvenlik ve tehlikeler için önlemler, danışmanlık)" , "Yaşlı dostu politikalar ile yaşlıların sosyal yaşama katılımının, engelli ve güvensiz ortamlarda yaşayan yaşlıların izolasyonu ve depresyonuna ilişkin çalışmalar" vb. şekilde yer almaktadır (WHO, 2002).

Yaşlı Dostu Kentler Rehberinin Aktif Yaşlanma Çerçevesine vurgusu ne kadar önemliyse, Aktif Yaşlanma Çevrçeve Metninde İnsan Hakları ve BM Yaşlı İlkeleri vurgusu o kadar önemlidir. BM Yaşlı ilkeleri; 1991 BM Genel Kurul toplantı kararlarında; 1992 ve sonrası için yaşlanma programları, küresel bilgilendirme kampanyaları ve yaşlı hakları konusunda çalışmaları teşvik etmek, çalışmaların insan hakları ve onuru, inançlarının korunması ihtiyaçları ve gizlilik hakkı, korunmasına dikkat çekilmektedir. Yaşlı ilkelerinin başlıkları, bağımsızlık, katılım, bakım, kendini gerçekleştirme, itibar/haysiyet olarak verilmektektedir. BM 1991 genel kurul toplantı kararında insan hakları ve insan onurunun korunması konusu önemle değerlendirilmektedir (WHO, 1991).

2.1.1. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, T.C. Anayasası

İnsan kişiliği ve onurunu korumak, insan haklarına olan inancı teyit etmek, temel özgürlükleri ve hakların korunması amaçlıdır. Onur ve saygı eşitliktedir. İnsanlar arasında sosyal sınıf ayrımı yapılamaz. Eşitlik özgürlükle birlikte önemli bir uluslararası norm olarak bildirgene yer almaktadır. Evrensel bildirgene özgürlükler ve haklar ilan edilmiştir. Bütün insanlar, aralarında hiçbir ayrım gözetilmeksizin, bunlardan yararlanırlar. Hiç bir ayrım olmadan, herkes, hak ve özgürlüklerden "yararlanmada eşit"tir (Madde 2). Kamu hizmetlerinden yararlanmada eşittir. (Madde 21/2) Genel fiziksel özgürlükte, yaşamada, kişi güvenliğinde eşitliktir (Madde: 9, 10, 11). Bu; yasalarla korunmada eşitliktir, onurunun ve ününün korunmasında eşit(12), ceza müeyyidesi ile muhakeme edilmekte eşit (11)dir. Yüksek öğrenim görmede (26/1) en sonunda bu; aile kurmada (l6) eşit çalışma karşılığında eşit ücret almada eşitliktir (Savcı, BT).

Eşitliği sağlamada devletler yükümlüdür. T.C. Anayasasının onuncu mad-

desi kanunlar önünde eşitliği "Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir. Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz. Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz. Hiçbir kişiye, aileye, zümreye veya sınıfa imtiyaz tanınamaz. Devlet organları ve idare makamları bütün işlemlerinde kanun önünde eşitlik ilkesine uygun olarak hareket etmek zorundadırlar." Olarak belirlemektedir. Anayasanın eşitlik hükmü, İHEB ruhuna uygun "…alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz" ve devletin eşitlik ilkesine uygun hareket etmek zorunda olduğu yönündedir.

2.1.2 Yaşlılara yönelik sosyal politalarda pozitif ayrımcılık, eşitlik ilkesi

Sosyal devlet, sosyal adalet ve sosyal güvenliği sağlamak ve herkes için insan haysiyetine yaraşır asgari bir hayat düzeyini gerçekleştirmekle yükümlü devlettir (Özbudun, 2003;S.135). Pozitif ayrımcılık; eşitlik ilkesinin düzenlemelerde ortaya çıkan eksikliklerine bağlı olarak toplumda ortaya çıkan fiili eşitsizlikleri düzelmek için geliştirilen bir yaklaşımdır. Olumlu ayrıcalıklar verilerek olumsuzlukların düzeltilmesi yaklaşımı olarak değerlendirilebilir (İba, 2006). Ancak uluslararası normlar ve anayasa bağlamında ele alırsak herkes insan olarak doğuştan eşittir. Eşitliği sağlamak devletin görevidir. Bu eşitlik kamusal alanda sağlanabilmesi sadece hukuk normları ile mümkün değildir. Toplumsal düşünüş ve davranışlardaki dönüşüm özellikle yaşlıların bağımsızlık, katılım, bakım, kendini gerçekleştirme, haysiyet kavramlarının insan olarak eşit olmanın verdiği hakların kullanılması olarak gerçekleşmesi ile mümkün olacaktır. Pozitif ayrımcılık yaklaşımı yaşlıların yardıma muhtaç, topluma katılımları bir ihsan olarak görülmesine neden olabilecektir.

Eşitlik kavramının dört tipinden bahsetmek mümkündür: "Birincisi, varlıksal eşitlik ya da kişiler arasındaki özsel eşitliktir. İkinci olarak, istenen amaçlara ulaşmadaki fırsat eşitliği gelir. Üçüncüsü şartlarda eşitliktir, söz konusu toplumsal grupların yaşam koşullarının eşit kılınmasına çalışıldığı yerde ortaya çıkar. Dördüncüsü de sonuçlarda eşitliktir (Turner, 1997, Akt Akbaş, Şen, BT).

Ayrımcılık sorunun hukuktaki şekli eşitlik nedeniyle ortaya çıktığının ve ayrımcılığın bir sonuç olmaktan çok bir sebep olduğunun düşünülmesi temel haklara erişememede, dışlanmada, yoksullukta bir sebep olduğunun düşünülmesi ayrımcılıkla mücadelede 'pozitif ayrımcılık' önlemlerinin ön plana çıkmasına neden olmuştur (Akdemir, 2014).

Bu bağlamda, İHEB'nde geçen ayrım gözetmeksizin eşit haklardan yararlanma ile Anayasada "eşitlik ilkesine aykırı olmama" olarak düzenlenen metinler-

de "ayrımcılık yapmama veya pozitif ayrımcılık" olarak düzenlenmemesinin felsefi kökenlerinin hukuksal olarak belirlenmesi gerekir. Sadece aktif yaşlanma ve yaşlı dostu kentlerin üç temel esası, sağlık, katılım ve güvenlik olarak bakmak gerektiğinde verilecek hizmet ve düzenlemelerin pozitif ayrımcılık yaklaşımı içinde değil sosyal devletin hak ve hizmetlere erişimde eşitliği sağlayıcı görevi değerlendirmelidir. Aksi takdirde, yaşlıların temel haklarına eşit ulaşma hakkını görmezden gelip, yapılan her düzenleme ve hizmetin bir yardım/iyilik olarak adlandırmak olur. Bu ise eşitlik ilkesinin toplumsal bellekten silinmesi, yaşlı kişilerin ayrı/değişik/sorunlu olarak ek/ilave haklar verilen bireyler olarak toplumsal belleğe işlenecek ve başkasına (yaşlıya) verilen ilave haklar algısı her zaman toplumu ayrıştıracaktır. Toplumsal bellek sözcüklerle oluşur. Sözcüklerin düşünsel ve uygulama alanları toplumdaki yargıların oluşmasını sağlar. Yaşlı Dostu Kentlerde eşit yaşlı vatandaşların haklarından yararlanması için yerel yönetimler için ve sosyal devlet için öneriler bulunmaktadır.

Yaşlılar için sosyal politikalar için "eşitlik" ilkesi gibi evrensel bir değer varken, ek sunulan haklar ayrıcalıklar bağlamı kurgulanacak yaşlı dostu kentler politikalarının insan hakları, insan onuruna uygun eylemler/hizmetleri inşa etmesi güçleşecektir.

3. **Yaşlı Dostu Kentlerin temel eylem alanları ve eşitlik ilkesi yaklaşımının gerekleri.**

Yaşlı dostu kentler rehberinin amacı, şehirlerin yaşlılar için olumlu özelliklerini geliştirirken, onları engelleyici unsurları azaltabilmek için evrensel standartlar geliştirmektir. Kentte yaşlıları etkinleştiren politikalar, hizmetler, eylem ve yapılar öngörülmekte; yaşlı insanların kapasitelerini artırma, yaşlıların ihtiyaç ve tercihlerini tahmin ve yaşlıların tercihlerinde esneklik sağlayabilme, onların karar ve seçimlerine saygı, savunmasız olanlar için korunma, topluma dahil edebilme ve topluma katkısını teşvik etme üzerine kurulmalıdır (WHO 2007).

Aktif yaşlanma birey, aile ve toplumu çevreleyen belirleyicileri vardır. Maddi koşulların haricinde davranış ve duyguları etkileyen sosyal etkileri de içerir. Aktif yaşlanmanın belirleyicileri (ekonomik, sosyal, fiziksel çevre, davranışsal, kişisel sağlık ve sosyal hizmetler), kültür ve cinsiyet faktörleri içinde yaşlı dostu kentin özelliklerine yansımalıdır. Yaşlı dostu bir yaşam ortamının teşviki ile yaş almaya bağlı aktif yaşlanmanın belirleyici özelliklerindeki olumsuz etkiler azaltılabilir. Engelsiz binalar, caddeler, sadece yaşlı dostu değil çocuk, genç, engelli içinde hareketliliği ve bağımsızlığı artırıcı düzenlemelerdir. Güvenli mahalleler çocuklar, kadınlar yaşlılar için, toplum için sosyal faaliyetleri teşvik eder. Yaşlılar için toplumsal destek ve sağlık hizmetleri ailelerinde sosyal yaşamını kolaylaştırır. Gönüllü çalışmalara yaşlıların ücretli/ücretsiz katılımı topluma yarar sağlar (WHO 2007).

Yapılacak düzenlemeler toplumsal yaşamı kolaylaştırıcı, hizmetler toplumun tünümün destekleyici özelliklerdir. Burada yaşlı insanlar için sağlık, güvenlik, katılımda fırsat eşitliği için yapılan eylemler aynı zamanda toplumun tümünün refah ve mutluluk düzeyini etkilemektedir. Yaşlı Dostu Kentler Rehberinde belirlenen sekiz eylem alanının, gerçekte insan haklarına ve onuruna uygun yaşam alanının sunulması ve BM Yaşlı İlkelerinin kentsel yaşamda uygulamaları şeklinde kendini göstermektedir.

Yaşlı Dostu Kentler Rehberi hazırlanırken 33 şehirde oluşturulan odak grup çalışmalarında sekiz başlıkta elde edilen sonuçlar (WHO, 2007):

(1)Açık alanlar ve binalar: Açık alanlar ve binaların hareketliliği, bağımsızlığı, yaşam kalitesini ve "yerinde yaşlanmayı" etkilemektedir. Kentsel peyzaj ve yapılı çevre için danışmanlık ve etkileşim erişimi ve güvenlik kalitesini artırmaktadır. Yeşil alanlar, yaşlı dostu kaldırımlar, dinlenme alanları, güvenli yaya geçidi, güvenli sosyal ortam, vb. düzenlemeler yaşlı dostu kentlerde yaşlılar için eşit yaşam koşullarını oluşturulmasını sağlamaktadır.

(2) Ulaşım: Ulaşımda uygun fiyat, özellikle gelirin düştüğü emeklilik döneminde toplum ve sağlık hizmetlerine, sosyal ve vatandaşlık katılımında eşitliği sağlayacaktır. Uygun ve karşılanabilir, güvenli, yaş dostu araçlar, öncelikli oturma, sayı, güvenlik, konfor, durak ve istasyonlar, taksiler, bilgi, yaşlı sürücüler ve park alanları için yaşlı dostu müdahaleler yaşama dahil olmayı etkilemektedir. Bağımsızlık, haysiyet, kendini gerçekleştirme için düzenlemeler eşitlik ilkesi gereğidir.

(3) Konut: Konut yapısı, tasarım, konum, seçim bağımsız yaşam ve yaşam kalitesi ile doğrudan ilgilidir. Sağlık ve sosyal hizmetlerin verilmesinde etkilidir. Rahat güvenli konut yaşlılar için evrensel bir değer olarak görülmektedir. Ödenebilir, temel hizmetleri karşılanabilir, tasarım ve ihtiyaca göre değişikliklerin yapılabilmesi, bakım hizmetinin alınabilir olması, toplum ve aile ile bağını sürdürebilirliği, yaşam alanı olan konut seçenekleri Rehber için odak grup çalışmasında elde edilen veriler ile belirlenmiştir. Söz konusu yaşamsal ihtiyacın insan onuruna ve eşitlik ilkesine uygun şekilde karşılanması esastır.

(4) Katılım/Toplumsal katılım: Sosyal yaşama katılım ve yaşlılara sosyal destek vermek sağlık ve refah için önemli olup, yeterliliklerin devamını sağlamaktadır. Toplumsal bütünleşmeyi teşvik eder, kişinin yeterliliği ölçüsünde katılımı aynı zamanda bilgi sahibi olma ve erişilebilir sosyal faaliyetlerin olmasıyla ilgilidir. Yaşlının sosyal yaşama katılımını açıkça desteklemek gerekmektedir. Bu destekler diğer yaş grupları, kültürler ile bütünleşmelidir. Yaşlının ve toplumun bilinçlendirilmesi önemlidir. Erişilebilir ve ekonomik faaliyetler, toplumsal farkındalık, katılımı teşvik ve izolasyonu belirleme, kuşaklararası etkileşim, toplumu bütünleştirmeyi sağlamak BM Yaşlı İlkelerini gerçekleştirmek anlamındadır.

(5)Saygı ve sosyal içerme: Yaşlılara saygı, aile ve toplumun bu konuda dikkatli olması değişen toplum ve davranış kalıplarının, kuşaklararası iletişimi azaldığı, yaşlıya olan beğenimsizliği artırdığı yapılan odak grup çalışmasında tespit edilmiştir. Bunda kültür, cinsiyet, sağlık, ekonomik durum etkili olmaktadır. Yaşlılar kent içinde yer aldığı sosyal, ekonomik yaşama katıldığı ölçüde sosyal içerme gerçekleşmektedir. Yaşlı dostu kentlerde saygılı saygısız davranışlar, yaşlı ayrımcılığı, kuşaklararası etkileşim, toplumsal bilinçlendirme, hayat boyu öğrenme, yardımseverlik, gönüllülük, ekonomik dışlanma konularında etkili çalışmalar öngörülmektedir.

(6)Vatandaşlık ve istihdam: Yaşlıların emeklilik sonrası topluma katkısı ücretsiz/ücretli gönüllü çalışmalarına destek verilmesi, istihdam olanaklarının sağlanması vatandaşlık ve katılımı özendirilmelidir. Gönüllülük seçenekleri, istihdam seçenekleri, esnek çalışma koşulları, vatandaşlık ve dernek çalışmalarına, eğitime, girişimcilik fırsatları için yaşlıların önündeki engellerin kaldırılması önemlidir.

(7) İletişim ve Bilgi: Yaşlıların televizyon ve diğer medya izleyicisi olduğu, yeni iletişim teknolojilerinden biraz daha uzak oldukları görülmektedir. Yaşlı insanlar için iletişim seçeneklerinin, kapasitelerinin ve kaynaklarının erişilebilir olması, bilgilendirme ve bilgi sahibi olmada önemli olduğu saptanmaktadır. Yaygın ve doğru bilgi, yüz yüze iletişim olanakları, yaş dostu iletişim ve bilgi tasarımı, bilişim teknolojilerine uyum yaşlı insanların kapasitelerini ve sosyal yaşama katılımlarını kolaylaştırmaktadır.

(8) Sosyal destek ve sağlık hizmetleri: Sağlık ve sosyal hizmetlerinin yaşam kalitesi, bağımsızlık için önemli olduğu, bakıcılar ve hizmet sağlayan kişilere yönelik endişelerin yeterli, kaliteli, uygun erişilebilir sistemler içinde kurgulanması ile giderilebilecektir. Yaşlılar için temel sağlık ve gelir desteği önemlidir. Erişilebilir bakım, sağlık hizmetleri, evde bakım, toplumsal destekler, gönüllülük, toplu bakım merkezleri gibi düzenlemeler yaşlı dostu kentler için önerilmektedir.

SONUÇ:

Türkiye için Yaşlı Dostu Kentlerin dayanak ve bakış açısını çok iyi belirlemek gerekmektedir. Rehberde Aktif Yaşlanma Çerçeve Metni bakış açısı ile yaşlı dostu kent kavramına bakıldığı ve sekiz başlıkta hizmet ve düzenleme önerilerinin verildiği görülmektedir. Aktif yaşlanma kavramı ise İnsan hakları ve BM Yaşlı İlkelerine dayanmaktadır. Temel amaç yaşlıların katılım, sağlığı ve güvenliği için engellerin kaldırılması, yeni düzenlemeler ile olumlu yönde geliştirilmesidir. Bu amaca baktığımızda, İHEB'nin insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğar ilkesini gerçekleştirmeye yöneliktir.

Gerek Yaşlı Dostu Kentler Rehberinde, gerekse Aktif Yaşlanma Metninde yapılacak düzenlemelerin yardım/ihsan bağlamı dışında nitelendirilmektedir. Ülkemizde çokça gündeme getirilen pozitif ayrımcılık ise uygulamada eşitliği sağlayıcı araç olarak adlandırılması ve anayasal eşitlik ilkesinin sağlayıcısı olarak yaşlılara yönelik sosyal politikalarda özellikle yaşlı dostu kentlerin politikalarının temeline oturtulması, yapılacak her çalışmanın yaşlıya verilen yardım niteliğine dönüşmesine neden olacaktır. Buda onurlu yaşam hakkının doğrudan ihlalidir. Kent içinde yaşlı veya tüm yaşlılar diğer insanlar ile eşit haklara sahiptir. Bu haklara ulaşmadaki engelleri kaldırmak yerel yönetimin/devletin görevidir. Bu görevin getirilmesini istemek yaşlının hakkıdır.

Yaşlılar için özellikle onları düşünerek yardım/ihsan olarak yapılacak çalışma toplumsal bellekte yaşlının insan olarak eşit olma konumunu zedeleyecek, toplumun diğer kesimlerinin "faydalarından" alınarak verilen hizmet olarak yerleşmesine etki edecektir. Toplumsal bütünleşmeye ve toplumsal barışa olumsuz etki edecektir.

Yaşlılara yönelik çalışmalar incelendiğinde hepsinin bir çatı felsefi yaklaşımının olduğu görülmektedir. Yaşlı Dostu Kentlerin aktif yaşlanma, aktif yaşlanmanın BM yaşlı ilkeleri, BM yaşlı ilkelerinin Evrensel Beyanname olması gibi. Ülkemiz için BM Yaşlı ilkelerini, aktif yaşlanmayı çalışmalarımızın temeline oturtamazsak, yaklaşımlar yaşlı insanların insan olmaktan doğan hakları, vatandaş olarak hakları, eşitlik ilkelerinin uzağında hizmet anlayışı gelişecektir. [1] Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonerinin resmi internet sitesindeki bilgiye için http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=trk

KAYNAKÇA

.Akbaş, K. Şen, İ.G.(B.T.) Türkiye'de kadına yönelik pozitif ayrımcılık: kavram, uygulama ve toplumsal algılar. https://earsiv.anadolu.edu.tr/ xmlui/bitstream/ handle/ 11421/187/847484. pdf?sequence= 1&isAllowed=y. Erişim Tarihi: 3 Temmuz 2015.

Akdemir, D.Ş. (2014). Ayrımcılığın insan hakları boyutu ve "pozitif ayrımcılık". İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi. Cilt:3 Sayı:4, S.890-908.

Baltacı, C. (Bt). Demokrasilerde eşitlik ilkesi. http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ sduiibfd/article/download/ 5000123082/ 5000113389 Erişim Tarihi:03.07.2015.

Boğaziçi Üniversitesi. (2014).Türkiye'de sosyal politika: ilkeler, sorunlar ve çözüm önerileri. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu. http://www.spf.boun.

edu.tr/docs/faaliyet_raporlari/Sosyal_Politika_Ilkeler_Durum_Tespiti_ve_Cozumler_-_Aralik_2014.pdf. Erişim tarihi: 06 Haziran 2015

İba, Ş. (2006).Eşitlik ve pozitif ayrımcılık kavramları yönünden dokuzuncu anayasa değişikliği. Amme İdaresi Dergisi. Cilt: 9,Sayı: 1, S:1-15

Özbudun, E.(2003). Türk anayasa Hukuku. Yetkin Kitapevi:Ankara.

.Savcı, B. (BT). İnsan hakları "üzerine, uluslararası alanda,"norm-ilke"ler ve türk iç hukuku. http://www.politics.ankara.edu.tr/ dergi /pdf/35/1/2_bahri_savci.pdf. Erişim Tarihi 17 Haziran 2015.

Sunal, O. (2011). Sosyal politika: sosyal adalet açısından kuramsal bir değerlendirme. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi. Cilt 66, No:3, S.283-305

Ünlü T.(2009). Eşitlik ilkesi ve pozitif ayrımcılık. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). https://**tez**.yok.gov.tr. *Erişim Tarihi: 14 Temmuz 2015.*

WHO. (1991). Implementation of the International Plan of Action on Ageing and related activities (46/91) UN General Assembly. http://www.un.org/documents/ga/res/46/a46r091.htm. Erişim Tarihi:23 Ağustos 2015

WHO. (2002). Active Ageing A Policy Framework. http://apps.who.int/iris/bitstream /10665/67215/ 1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Erişim Tarihi:06.06.2015

WHO (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf Erişim Tarihi:06.06.2015

YAŞLI HASTALARDA DÜZENLİ EGZERSİZ ALIŞKANLIKLARI VE EGZERSİZ ENGELLERİNİN BELİRLENMESİ

Merve Karapınar*,Arzu Demircioğlu*, Ülkü Ertan*, Ayşe Abit Kocaman*, Nuray Kırdı*, Mehmet Emin Kuyumcu** , Cemal Kılıçarslanoğlu**
* Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, ** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilimdalı,

AMAÇ: Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen bir süreçtir. Bu sürecin sonucu olarak, fiziksel uygunluk ve endurans azalmaktadır. Yaşlılarda, egzersiz ve fiziksel aktivitenin sağlıklı bir yaşam, fonksiyonel bağımsızlığı sağlama ve yaşam kalitesini iyileştirmedeki faydaları bilinmektedir. Buna rağmen yaşlı bireyler çeşitli kişisel ve çevresel engeller ileri sürerek egzersiz yapmak istememektedir. Bu çalışmanın amacı yaşlı hastalarda egzersize engel olan faktörlerin araştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Servisi'nde yatan 70 yaşlı birey (21 kadın, 49 erkek) dahil edildi. Hastaların sosyodemografik verileri, kullandıkları ilaç sayısı, son bir yılda düşme hikayeleri ve sistemik hastalıkları sorgulandı. Düzenli egzersiz alışkanlığı ve egzersiz yapmayan hastaların ise egzersiz yapmama nedenleri sorulmuştur.

BULGULAR: Çalışma sonuçları istatistiksel olarak analiz edildiğinde; hastaların yaş ortalaması 73±6.8 **yıl, VKİ ortalaması 27.9**±6.3 kg/m² idi. Kişilerin %24.3'ünün düzenli egzersiz alışkanlığı vardı. Egzersiz yapmayanların % 49.1'i egzersiz yapacak yer olmadığını, % 28.4'ü egzersiz yapacak yerlerin tehlikeli olduğunu, %43.4'ü destekleyen kimselerinin olmadığını, %24.5'i egzersiz alanlarının uzak olduğunu, % 69.8'i düşmekten korktuğunu ve %43.4'ü ise egzersiz yapmak için çok yaşlı olduğunu engel olarak olarak belirtmiştir. Eğitimi olan hastaların %45.7'si egzersiz yaparken, eğitimi olmayan hastaların %20.7'sinin egzersiz yaptığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p:0.001). Egzersiz yapmayanların sistemik hastalıkları (diabetes mellitus, hipertansiyon, kalp hastalığı gibi) sayısı ortalama 2.9±1.2 iken egzersiz yapanların ortalaması ise 1.7±1.1 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.001).

SONUÇ: Bu çalışmada yaşlı hastaların büyük bir kısmının egzersiz alışkanlığı olmadığı görülmüştür. Egzersiz yapmayanlar daha fazla sistemik hastalığa sahip olup görülüp, bu hastalıklar sonucunda hastanede kalma süreleri artmaktadır. Bunun sonucunda ülke ekonomisine, ailesine, çevresine maddi ve manevi olarak yük ol-

maktadır. Yaşlı popülasyonun hızla arttığı ülkemizde egzersiz yapmayan hastaların egzersiz yapmama gerekçeleri belirlenip bunlara yönelik olarak çözüm ve önerilerde bulunularak kişinin daha yüksek oranda, yeterli süre ve düzenli olarak egzersiz yapmaları sağlanabilir ve yaşam kaliteleri arttırılır.

ANAHTAR KELİMELER

geriatrik hasta, egzersiz alışkanlığı, egzersiz engelleri

KULLANILAN KAYNAKLAR

1-Moschny A, Platen P, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011 Nov 2; 8: 121. doi: 10.1186/1479-5868-8-121.

2- Bird S, Kurowski W, Feldman S, Browning C, Lau R, Radermacher H, Thomas S, Sims J. The influence of the built environment and other factors on the physical activity of older women from different ethnic communities. *J Women Aging* 2009; 21(1): 33-47

3- Damush TM, Stewart AL, Mills KM, King AC, Ritter PL: Prevalence and correlates of physician recommendations to exercise among older adults. *J Gerontol Ser A-Biol Sci Med Sci* 1999, 54: M423-M427

EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN AKTİF YAŞLANMA ÜZERİNE ETKİSİ

Murat AKBULUT, Melek YILMAZ
Sosyal Hizmet Uzmanı, İnegöl Devlet Hastanesi
Yalova Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencisi

ÖZET

Nüfus yaşlanması günümüzün en önemli problemlerinden biridir. Sosyal güvenlik, sağlık, eğitim, iş imkânları gibi birçok alanı nüfus yaşlanması etkilemektedir. Yaşlanan nüfus özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri sosyal güvenlik ödemeleri ve sağlık harcamaları noktasındaki artış nedeniyle ekonomik büyümeyi önemli ölçüde tehdit etmektedir. Yaşlanma kronolojik, biyolojik, fizyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan doğumdan ölüme kadar süren büyüme gelişme dönemidir. Yaşlı dünya genelinde 65 yaş ve üstü bireylere denilmektedir. Ancak yaşlı insanlar homojen bir grup değildir. Fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak çok farklı olabilmektedir.

Yaşlılık ile birlikte birçok fizyolojik değişim meydana gelmektedir. Yaşlılık evresi ile birlikte bireyde birçok rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Özellikle kronik rahatsızlıklar (bir veya birden fazla) görülmektedir. Yaşlı bireyler sıklıkla kronik hastalıklar, yeti kaybı, yas duygusu tıbbi bakımın getirdikleri sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum bireyin öz bakım becerilerini yerine getirememesine de yol açabilmektedir. Evde bakım hizmetleri bu noktada ortaya çıkmıştır. Evde bakım yaşlı, engelli, kronik hastalığı olan bireyleri kendi ortamında (evlerinde) desteklenerek, sosyal adaptasyonunu gerçekleştirerek bakıma ihtiyaç duyan bireyin ailesinin yükümlülüğünü azaltmaktır. Evde bakım hizmetlerinin bireyin sadece fiziksel gereksinimlerine odaklanmamaktadır. Sosyal bakım yönünden de birey desteklenmektedir. Yaşlılık toplumsal rollerinin değişmesini beraberinde getirmektedir. İş yaşamının bitmesiyle uğraş alanı ve insanlarla temas düzeyi azalmaktadır. Yaşlılık yeni bir role toplumsal adaptasyondur. Bu toplumsal rol yaşamdan geri çekilme şeklinde olduğu zaman yaşlı bireyin yaşam kalitesi azalmakta ve çok boyutlu sorunlarla yaşlı karşı karşıya kalmaktadır.

Aktif yaşlanma kavramı son yıllarda ön plana çıkmaktadır. Aktif yaşlanma insanların yaşları ilerledikçe yaşam kalitesini arttırmak için sağlık ve toplumsak katılım imkânları en uygun düzeyde oluşturmaktır. Aktivite ile sağlıklı yaşlanma arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Aktif yaşlanma yaşlı bireylerin toplum dışına itilerek toplumsal katılım ve üretimden uzak kalmasını engellemektedir. İnsanın

üretici güce yaşlılıkta da devam etmektedir. Ancak yaşlılığın getirmiş olduğu kazanımlar uygun alanlarda üretim sağlanmalıdır. Yaşlı bireylerden beklentileri yüksek tutmak yaşama daha olumlu yaklaşmasını sağlamaktadır.

Evde bakım hizmetleri öz bakımını gerçekleştiremeyen yaşlının yerinde çok boyutlu bakım sağlamaktadır. Aktif yaşlılık sürecinde bireyin toplumsal olanaklara katılımı ve üretici konumunda bulunması ile yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır. Yaşlı bireyin evde bakım hizmetlerine aktif yaşlanma arasındaki ilişki çalışmamızda incelenmektedir. Çalışmamızda evde bakım hizmetlerinin bireyin aktif yaşlanma üzerine etkisi incelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Evde Bakım Hizmetleri, Aktif Yaşlanma.

Evde Bakım Hizmetleri

Evde bakım hizmetleri genel olarak, bireyin sağlığını korumak, yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Sözü edilen bu hizmetler, hem sağlık hem de sosyal hizmetleri içine alan geniş bir yelpazede bireyin gereksinimi doğrultusunda yaşam kalitesi ve toplumsal saygınlığının korunmasını da amaçlamaktadır (Yılmaz vd.,2010).

Başka bir deyişle evde bakım hizmetleri farklı meslek üyelerinin işbirliği ve eşgüdümüyle, sağlık hizmetlerinin yanı sıra yaşlıların sağlık sorunlarının, sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik hizmetleri de yaşlı ve ailesine kendi ev ortamlarında sunan hizmet modeli olarak görülmelidir. Sağlık bakım sistemi yanında evde bakımın diğer bir boyutu da tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek hastanın yaşam ortamında sunulması, bu yolla ilgili hastalık ve sakatlıkların etkisinin en aza indirilip, hastaların bağımsızlık düzeylerinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin insancıl niteliğinin güçlendirilmesi olanağını yaratmaktadır (Subaşı ve Öztek, 2004, Akt.Öztop vd., 2008).

Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiği için ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Yaşlının sağlık durumu ve bakım gereksinimlerine göre hekimler, hemşireler, ev ekonomistleri, eczacılar, sosyal çalışmacılar, psikologlar, fizyoterapistler, konuşma terapistleri, uğraşı terapistleri gibi farklı meslek grupları bakımda rol alır. Tedavinin bir parçası olarak aile üyelerinin ve bakım sunulan bireyin bu plana katılması planın etkililiğini artırır(Karahan ve Güven, 2002).

Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılmaktadır. Birincisi; evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. Ikincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamları çoğu kez

birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksiniminin duyulması durumunda verilen hizmetleri içine almaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (Oğlak, 2007).

Evde Bakım Hizmetlerinin Kapsamı

Dünya Sağlık Örgütü'nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 raporunun bütününde, uzun süreli bakımın tanımına uygun olarak, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olarak yardıma ihtiyacı olan bütün yaşlardaki kişilerin yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım üzerine vurgulama yapılmıştır. Bu bağlamda, evde bakım hizmetlerinden faydalanacak hedef kitle aşağıdaki gruplardır (Yılmaz vd., 2010):

1. Taburculuk sonrası tıbbi bakıma ihtiyaç duyanlar
2. Ameliyat sonrası bakıma ihtiyaç duyanlar (dikiş alma,yara bakımı)
3. Ortopedi ve travma hastaları
4. Kalp, hiper tansiyon hastaları
5. Onkoloji hastaları
6. Akciğer hastaları
7. Diyabet hastaları
8. Nöroloji hastaları
9. Yara bakımı, enjeksiyon, i.v. ilaç tedavileri
10. Tetkik tahlil hizmetleri (mobil röntgen,EKG, kan tahlilleri)
11. Evin de tıbbi ekipmana ihtiyacı olanlar.
12. Bakıma ihtiyacı olan engelliler ve yaşlılar

Yaşlılık döneminde yaşanan en önemli sosyal sorunlardan birisi yaşlıların bakımıdır. Her ne kadar 65 yaş ve üzerindeki her yaşlı hasta ve bakıma muhtaç olmasa da hastalanma riski ve fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yardıma ihtiyaç duyma olasılığı artmaktadır .Yaş ilerledikçe özellikle de 75 yaş ve üzerindeki yaşlılarda kronik hastalıklar ve sakatlıkların görülme sıklığının arttığı ve bu bireylerin ev idaresi, temizlik, alışveriş, yemek, banyo, tuvalet gibi günlük yaşam aktivitelerinin birini ya da birkaçını yerine getirmede zorlandıkları, başkalarına muhtaç ve bağımlı hale geldikleri belirtilmektedir. Bu dönemde görülen fonksiyonel ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle yaşlı bireyler ve aileleri toplumsal bakım alternatifleri arasından birini seçme ile karşı karşıya kalmaktadır (Gönen ve Özmete, 2001). Evde bakım hizmeti de yaşlıların kendi evlerinde veya çevrelerinde bağımsız olarak yaşayabilmelerini sağlayarak yaşam kalitesini artırmayı amaçlamaktadır.

Evde bakım gereksinimi olan yaşlılarda en çok görülen hastalıklar problemler, kardiyak, ortopedik, solunum problemleri ve diyabettir. Yaşlılarda en sık görülen bakım problemleri ise bilgi eksikliği, beslenme bozukluğu, hareketsizlik, öz-bakım yetersizliği, etkisiz solunum, tedaviye katılma/sürdürme güçlüğüdür. Bu problemler bakım planlanması aşamasında dikkatle ele alınmalıdır (Pınar, 2010).

Evde bakımın kurum bakımına kıyasla birçok üstünlüğü vardır. Bunlar (Karahan ve Güven, 2002):

•Evde bakımda, kurumdakilere göre bireyin hijyenik gereksinimleri daha rahat karşılanır.

•Evde bakım yaşlının ailesi ve çevresiyle iletişimini sürdürmesine yardım eder; böylece uzun süreli bakım gereksinimi olanlara psikolojik destek sağlar. Evde bakım hizmetleri alan kişilerde depresyon, anksiyete ve stres insidansı, kurumda bakılanlara göre daha azdır.

•Yaşlının alışık olduğu ortamda bakım alması, hem kendisinin hem de ailesinin bakıma katılmasını sağlar; böylece kişi kendisini daha özgür, işe yarar, bağımsız, rahat, huzurlu ve mutlu hisseder.

•Terminal dönemdeki yaşlının evde bakılması, kurum bakımı ile karşılaştırıldığında, hasta yakınlarının durumla baş etmelerini kolaylaştırır.

Evde bakım ile aile bireylerinin üzerinden direkt bakım sorumluluğu alınacağı için, bakıma destek olan aile üyeleri daha az tükenmişlik yaşar, iş ve sosyal yaşantılarını daha rahat sürdürür.

•Evde bakım alanlar hastanede yatanlardan daha hızlı iyileşir; evde bakım alanlarda nazokomiyal infeksiyon gibi hastane kaynaklı komplikasyonlar daha az görülür.

•Evde bakım hastanede yatış süresini azaltarak, yataklı tedavi kurum kapasitelerinin etkin kullanımını artırır.

•Evde bakım ile hastaneye, acil ve yoğun bakıma dönüşler azalır.

•Evde, bakım ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması kronik hastalıkların bakım ve tedavi maliyetlerini azaltır.

•Maliyet etkilidir; aile ve ülke ekonomisine katkı sağlar.

•Geleneksel yapımıza uygun bir modeldir.

Yaşlıların evde bakım konusunda etrafından aldığı destek arkadaşlık ilişkileri, kom-

şuluk ilişkileri onun yaşam kalitesini direkt etkilemekte ve bakım ile ilgili kolaylık sağlamaktadır. Evde bakım hizmeti yaşlıların ihtiyaçları doğrultusunda planlanmalı ve hastalık nedeniyle kısıtlanan günlük yaşam aktivitelerini arttırmak ve bağımsızlığa kavuşmasını ve yaşam kalitesini düzeltmek amacıyla yapılmalıdır. Böylece yaşlının toplumda işlevselliğini sürdürmesi mümkün kılınabilir.

Aktif Yaşlanmanın Boyutları

Yirminci yüzyılda insan ömrü ortalama 30 yaş uzamıştır. Dünyada 1,5 milyar civarında yaşlı nüfus bulunmaktadır. Türkiye'nin nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 2008 yılında yapılan araştırmada Türkiye'de yaşlı nüfusun oranı(65 yaş ve üzeri) oranı %7.1 olarak bulunmuştur(-Hablemitoğlu vd., 2010:30). Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'de yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2'ye yükseleceği ve çok yaşlı ülkeler yer alacağı düşünülmektedir(TÜİK, 2013:1; akt., Yıldırım vd., 2015:56). ABD'de 2030 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun 65 milyona ulaşacağı bu oranında ABD nüfusunun %21 olacağı tahmin edilmektedir. Demografik yaşlanma problemi günümüzde gelişmiş toplumlarda görülen bir olgudur. Bununla birlikte demografik yaşlanma sorunun önümüzdeki yıllarda gelişmekte olan ülkelerde de ortaya çıkacağı öngörülmektedir (Ceylan, 2015:32). Sağlık alanındaki ilerlemeler, enfeksiyon ve hastalıklara bağlı ölümlerin azalması, bebek ve anne ölüm hızının düşmesi, yaşam standartlarındaki artış, ailelerin az sayıda çocuk sahibi olması, evlenme oranının düşmesi ve evlenme yaşının giderek artması gibi faktörler nedeniyle genel nüfus içerisinde yaşlı nüfus artmaktadır(Saygılı, 2011:12). Geleneksel toplumlarda yaşlılık bilgelik olarak görülmekte ve bir sorun olarak algılanmamaktaydı. Yaşlılık modern toplumlar ile birlikte sosyal sorun haline gelmiştir. Modern toplumda bireyin toplum içerisinde toplumsal ve aile destek sistemlerinden yoksunluğun artması bireyin özelikle yaşlılık döneminde sorunlarının artmasına yol açmıştır. Bu sorunların aşılmasında bireyin aktif yaşlanması önem arz etmektedir.

Aktif yaşlanma bireyin ilerleyen yaşlarında yaşam kalitesini arttırmak için sağlık, katılım ve güvenlik fırsatlarını en üst düzeye çıkarma sürecidir. Dünya sağlık örgütünün sağlık tanımında fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik halidir. Aktif yaşlanma bireyin yapabilirliklerinin farkına varması bunun yanında gerekli durumlarda koruma, güvenlik ve bakım sağlanıp ihtiyaç, arzu ve kapasitelerine topluma katılımını savunmaktadır. Aktif yaşlanma sosyal, kültürel, ekonomik ve manevi açıdan toplumsal sürekli katılımı içermektedir. Aktif yaşlanma zihinsel sağlık ve sosyal destek ağları fiziksel sağlık programları kadar önem taşımaktadır(Özcan, 2010:47). Aktif yaşlanma kavramı ilkeleri şu şekildedir(Özcan, 2010:50):

1. Her şeyden önce, "aktiflik" ilgili birey, ailesi ve geniş manada yerel toplumun esenliğine katkıda bulunan bütün anlamlı arayışlardan oluşmalıdır ve sadece karşılığı ödenen istihdam veya üretimle ilgili olmamalıdır. Bunun

amacı, dahil etmenin önde gelen yöntemi olmaya devam eden istihdamın önemini azaltmak değil aktifliğin karşılığının ödenen işten daha fazlası anlamına geldiğini göstermektir.

2. Aktif yaşlanma bütün yaşlıları, bir ölçüde zayıf ve başkasına bağımlı olanları bile kucaklamalıdır. Bunun nedeni, sadece "genç-yaşlılara" odaklanmanın "yaşlı-yaşlıları" dışlama tehlikesi ve aktiflik ile sağlık arasındaki bağın ileri yaşlılıkta da korunmasıdır.

3. Aktif yaşlanma her şeyden önce koruyucu bir kavram olmalıdır. Bu da bütün yaş gruplarının bütün bir hayat süresince aktif olarak yaşlanma sürecinde kapsanması anlamına gelir. Daha yaşlı nesilleri istismar etme anlamına gelmemelidir. Gelecek yılların ortak noktası hastalıklısallığı, engelliliği, bağımlılığı, becerilerin kaybolmasını önleme üzerinde olmalıdır.

4. Nesiller arası dayanışmanın devam ettirilmesi aktif yaşlanmanın önemli bir özelliğidir. Bu da nesilleri kapsayan aktiviteler üretme imkanı olduğu gibi, nesiller arasında adillik anlamına gelmektedir. Aktif yaşlanma nesiller arasıdır, sadece bugünkü yaşlı insanlar değil bizim geleceğimiz de demektir.

5. Aktif yaşlanma kavramı hem bireylere tanınan hakları, hem de bireylerin uyması gereken kuralları belirlemelidir. Böylece, sosyal-koruma, hayat boyu öğretim ve eğitim konusundaki haklar eğitim ve öğretim imkanlarından yararlanma ve diğer yollarla aktif kalma zorunluluğuyla birlikte hareket edilebilir. Aktif yaşlanma bireylere tanınan hakların azaltılması için bir kamuflaj olmamalı, hakların gerektirdiği zorunlulukların önemini belirtmelidir. Elbette aktif yaşlanmanın zorlayıcı hale gelmesi riski vardır ve politika yapıcılar için haklar ve zorunluluklar arasındaki doğru dengeyi bulmak her zaman zordur.

6. Aktif yaşlanma hakkındaki strateji, katılımcı ve yetki verici olmalıdır. Bir diğer deyişle, aktiviteyi motive etme ve olanaklı kılmak için yukarıdan aşağıya doğru bir politika hareketinin kombinasyonu olmalıdır.

7. Aktif yaşlanma milli ve kültürel çeşitliliğe saygı göstermelidir.

Aktif yaşlanma için sağlık ve sosyal hizmetler bir arada yürütülmelidir. Aktif yaşlanmanın gelişimi için sağlıklı yaşam örüntülerinin arttırılması, iyileştirici hizmetlerin geliştirilmesi ve uzun vadeli bakımların toplumsal destek biçiminde sağlanmalıdır. Uzun vadeli bakım yaşlının yakın çevresi tarafından gerçekleştirilmektedir. Uzun vadeli bakım WHO tarafından " gayri resmi bakıcılar (aile, arkadaşlar veya komşular) ve/veya profesyoneller (sağlık ve sosyal hizmetler) tarafından; kendine bakacak durumda olmayanlara, kişisel tercihleri doğrultusunda, olabilecek en yüksek seviyede bağımsızlık, özerlik, katılım ve saygınlıkla, ulaşabilecekleri en iyi

yaşam standardını sağlamayı amaçlayan hizmetlerin tümü" olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık döneminde neredeyse kaçınılmaz olan fiziksel rahatsızlıkların ev ortamında tedavi ve bakımının yapılması yaşlının sosyal aktifliğini arttırmaktır. Evde bakım hizmetleri ile birlikte yaşlılıkta görülen fiziksel rahatsızlıkların sosyal ve aile içi sorunlar boyutunu azaltmaktadır.

Sonuç

Evde bakım hizmetleri aile veya arkadaş ortamında sağlanamayan bakım hizmetlerini kapsamaktadır. Aktif yaşlanma bireyin yapabilirlikleri ile birlikte sosyal, kültürel,ekonomik ve manevi olarak topluma sürekli katılımıdır. Bu noktada yaşlı bireyin bulunduğu sosyal çevresi içerisinde bakımı aktif yaşlanma sürecine olumlu katkıda bulunmaktadır. Bu durum yaşlı bireyin fiziksel iyilik halini yanında psikolojik ve sosyal yönden yaşam kalitesini arttırmaktadır. Aktif yaşlanma erken teşhis, kronik hastalıkların vb. fonksiyonel kapasite üzerindeki etkilerini azaltarak toplumsal katılımı arttırmaktadır. Bununla birlikte yaşlı engelli bireyler için toplumsal desteği arttıran fiziksel koşulları sağlamaktadır. Bu noktada yaşlı bireyin yetersizliklerinin desteklenmesi ve mücadele edilmesi gerekmektedir(Hablemitoğlu vd., 2010:194). Evde bakım hizmetleri bu desteğin önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Yaşlının bulunduğu içerisinde bakım ve tedavisini yapılması aktif yaşlanmasının belirleyicilerinin temelini oluşturmaktadır. Bu nedenle evde bakım hizmetlerinin kalite yaygınlığı ülkemizde arttırılmalıdır. Böylelikle yaşlı bireylerin fiziksel sorunlarının yanında yapabilirliklerini ve sosyal katılımı arttırılmaktadır. Çarpan etkisi düşünüldüğünde modernlik ile birlikte ortaya çıkan yaşlılık sosyal sorununun çözümlenmesinde oldukça önemli etkileri bulunmaktadır.

KAYNAKÇA

CEYLAN, Harun(2015), ‘‘Sosyal Değerden Topplumsal Soruna Yaşlılık:Geleneksel Toplumdan Modern Topluma Değişen Yaşlılık Algısı’’, Editör:CEYLAN, H., Modern Hayat ve Yaşlılık, Nobel Yayınevi, s.25-55.

Gönen, E., Özmete, E. Uzun Süreli Bakıma Karar Vermede Bilgi Teknolojisinden Yararlanma, I. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 10-11 Ekim, Ankara, 2001.318-331

Hablemitoğlu Ş, Özmete E(2010), Yaşlı Refahı:Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet, Kilit yayınları, Ankara.

Karahan A. ve Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım, Turkish Journal of Geriatrics 2002;5(4):155-159

Oğlak S. Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası, Turkish Journal of Geriatrics, 2007;10(2):100-108

Öztop ve ark.Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008 (1): 39-49

Pınar R. Türkiye'de Evde Bakımda Mevcut Durum, Akademik Geriatri Dergisi ,2010:153-6

SAYGILI, Sefa(2011), Yaşlılık Psikolojisi, Elit Kültür Yayınları, İstanbul.

ÖZCAN, Mustafa; (2010); Aktif Yaşlanmaya Yönelik Sosyal Güvenlik Politikaları, Yayımlanmış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı.

Yılmaz ve ark.Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak, Evde Hasta Bakımı, İstanbul Tıp Dergisi,2010; 11(3), 125-132.

KENTLERDE YAŞLI YAŞAM ALANLARI VE YAŞLI DOSTU KENTLERE ÖNERİLEBİLECEK BAKIM MODELLERİ

Nil TEKİN*, Zekeriya ALAN*, Hayrettin ÇIFTÇI**
*ASPB Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi, İzmir
** Narlıdere Kaymakamlığı

Çalışmanın Amacı: Dünyada ve ülkemizde giderek yaşlı nüfusun arttığı bilinen bir gerçektir. Avrupa ülkelerinde 1990 ile 2025 yılları arasında %62'lik bir artış göstereceği tahmin edilirken (Smith, T., 1991,), Amerika Birleşik Devletleri'nde gelecek 30 yıl içinde yaşlı nüfusun iki katına çıkacağı öngörülmektedir (Miller, 2000). Bu ülkeler ile karşılaştırıldığında Türkiye'nin demografik profili daha genç olmasına karşın 2000'de %5,6 olan 65 yaş üstü nüfus oranı 2011 yılsonu itibariyle ise %7,2'i aşarak dikkat çekici bir noktaya ulaşmıştır. Ülkemiz 65 yaş ve üzeri nüfus dağılımının toplam nüfus içerisindeki durumu göz önüne alındığında artık erişkin bir toplum olarak değerlendirilmekte, rakamlardaki eğilimlerle de yaşlı bir toplum kategorisine hızla gireceği düşünülmektedir (Akgün, S.,2004), (TUİK,2012) (Tekin, N.;2007).

Aslında genel olarak nüfusun yaşlanması, bu yüzyılın ilk yarısında hızlı bir yaşlanma süreci geçirmesi beklenen tüm gelişmekte olan ülkelerde büyük bir sorun olmaya aday olduğu Yaşlanma 2002 Uluslararası eylem planında belirtilmiştir. Ortalama yaşam süresinin uzaması açısından yirminci yüzyıl bir devrime tanıklık etmiştir. Ortalama yaşam süresi 1950 2000 yılları arasında 66 yıl olmuş ve böylelikle 20 yıllık bir artış göstermiştir. Bu artışın devam edeceği ve 2050 yılına kadar 10 yıl daha artacağı beklenmektedir. Yirmi birinci yüzyılın ilk yarısındaki bu demografik kazanım ve nüfusun hızla çoğalması sonucunda, 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş üzeri nüfusun, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte 1998 yılında %10 olan yaşlı nüfus oranının, 2025 yılında %15'e çıkacağı tahmin edilmektedir. Dünyadaki bu değişimin sonucu olarak gelecek 50 yıl içinde, yaşlı nüfusun dört kat artması ve bu artışın gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmesi beklenmektedir. Bu çarpıcı demografik değişim ile birlikte bu yüzyılın ortalarına doğru, dünya nüfusunda yaşlı ve gençlerin eşit oranda bulunması ile sonuçlanacaktır. Bazı gelişmiş ülkelerde 2050 yılına kadar yaşlı sayısının, çocuk sayısının iki katı olacağı hesaplanmaktadır (GEBAM, 2002).

Bu nüfusa sunulacak bakım hizmetlerinin ivedilikle ele alınması gerekmektedir. Bu çalışmada yaşlıların kentlerdeki yaşam alanları incelenerek, Narlıdere örneğinde olduğu gibi yeni bakım modellerinin geliştirilmesine yönelik çalışmala-

rın değerlendirilmesi ve tartışılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın Önemi: Gelişmekte olan ülkelerde çocuk oranının %33'den %22'ye düşmesi, yaşlı oranının 2050 yılına kadar %8'den %19'a yükselmesi beklenmektedir. Bu demografik değişim, belli başlı kaynaklarla ilgili güçlüklerin göstergesidir. Gelişmiş ülkeler nüfusun yaşlanma sürecini yavaş geçirmiş, ancak yaşlanma, işsizlik ve emeklilik sistemlerinin devam ettirilmesi ile ilgili sorunlarla karşılaşmıştır. Gelişmekte olan ülkelerin ise, kalkınma ve nüfus yaşlanması ile ilgili büyük güçlüklerle yüz yüze olduğu ortadadır. Gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında, başka büyük demografik farkların da olduğu bilinmelidir. Gelişmiş ülkelerde yaşlıların büyük bir kısmı kentsel bölgelerde yaşarken, gelişmekte olan ülkelerde ise kırsal alanlarda yaşadığı görülmektedir. Demografik tahminlere baktığımızda, 2025 yılına kadar, gelişmiş ülke nüfuslarının %82'sinin, gelişmekte olan ülke nüfuslarının ise, yarısından daha az bir kısmının kentsel alanlarda yaşayacağı. Gelişmekte olan ülkelerde, kırsal alanlardaki yaşlı oranı, kentsel alanlardan daha yüksektir. Yaşlanma ile kentleşme arasındaki ilişki üzerinde daha fazla çalışılması gerekliliğine karşın, eğilimler, gelecekte gelişmekte olan birçok ülkenin kırsal alanlarında daha fazla sayıda yaşlı popülasyonun yaşayacağını göstermektedir. Yaşlıların birlikte yaşadıkları kişiler değerlendirildiğinde, gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında bazı önemli farklar bulunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde halen yaşlıların büyük bir kısmının birden çok kuşağın bulunduğu evlerde yaşamayı sürdürdükleri görülmektedir. Bu farklılıklar göz önüne alındığında yaşlılık eylem planlarının, gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkelerde farklı olacağı ortadadır (GEBAM, 2002).

Ülkemizde hem kentleşme oranının, hem de bu kentlerde yaşayan yaşlı populasyonun hızla arttığı, bu nedenle büyük bir bakım yükü ile karşı kaşıya gelinmekte olduğu öngörülmektedir. İleri yaş ile birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklar, engellik ile bağımlılıkta artışa neden olmaktadır. Bu durum özellikle kentlerde yaşayan yaşlıların yaşam alanlarını ve bakım hizmetlerini çok önemli bir hale getirmektedir (Tekin, N.;2007).

Çalışmanın Yöntemi ve Tekniği: Çalışmada litaratür taraması, Narlıdere Kaymakamlığı verileri ve Narlıdere Huzurevi YBRM deki çalışmaların kayıtları incelenerek dünyada, ülkemizde ve İlimizde yaşlıların yaşam alanları ve gereksinim duyulan bakım hizmetleri değerlendirilmeye çalışılmış, Narlıdere örneğinde olduğu gibi kentte yaşayan yaşlılar için geliştirilebilecek modeller ortaya konmuştur.

Çalışmanın Bulguları: Dünyada yaşlı nüfus artarken ülkemizde de genel nüfusa oranının %8'i geçtiği, İzmir ilimizde ise bu oranın %9,5'e yaklaştığı görülmektedir. İstatistikler ve araştırmalar göstermektedir ki, Türkiye nüfusu ve İzmir nüfusu yaşlanmaktadır. Örneğin İzmir'in %100 şehirleşme oranına sahip Narlıdere ilçesinin nüfus projeksiyonunda 2023 yılında 15-39 yaş arası bireylerin sayısı 2011

yılına göre ortalama %20 azalırken, 50-74 yaş arası nüfusun %40, 90 yaş üstü bireylerin ise %32 artacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfusun özellikle 75 yaş ve üstü çok yaşlı nüfusun giderek artması, yaşlılara yönelik bakım hizmetlerine gereksinimi de arttırmaktadır. İlçemizde bulunan ülkemizin en büyük yaşlı bakım merkezi olan Narlıdere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'ne bağlı olarak toplumsal bakımı destekleyen gündüzlü bakım hizmetleri ile yaşlı yaşam evleri hizmete açılmış, kısa süreli bakım hizmet sunum alanı oluşturulmaya çalışılmaktadır (Narlıdere Huzurevi, Narlıdere Kaymakamlığı).

Yaşlılarımızın yaşam standartlarını yükseltmek ve ev ortamında bakımlarının sağlanması amacı ile huzurevleri ve huzurevi yaşlı bakım rehabilitasyon merkezleri yönetmeliği çerçevesinde ek ünite olarak "Yaşlı Yaşam Evi Projesi" kapsamında yaşlı yaşam evleri açılmaya başlanmıştır. Her yaşlı yaşam evinde, binanın fiziksel koşullarına ve imkânlarına uygun olarak düzenlenmiş yatak odaları, oturma ve yemek salonu, mutfak, banyo, tuvalet ve diğer ihtiyaç duyulan bölümler bulunmaktadır. Yaşlı yaşam evlerinin faaliyetleri 24 saat çalışma esasına dayalı olarak yürütülmektedir. Her yaşlı yaşam evi için bakım elemanı görevlendirilmiştir. Sağlık ve psiko-sosyal destek kuruluş tarafından verilmektedir.

Gündüzlü Bakım Merkezi'nde Verilen Hizmetler; sabah ve akşam eve transferleri, üç öğün yemekleri ve ara öğünler, özel diyet gerektiren yaşlılar için menüler, doktor ve hemşire gözetiminde sağlık hizmetleri ve gerektiğinde hastaneye sevk işlemleri, bakım asistanı eşliğinde bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, sosyal aktiviteler, beden Eğitimi öğretmeni eşliğinde spor faaliyetleri, Halk Eğitim Merkezi'nden kuruluşta görevlendirilen öğretmenler eşliğinde; hobi faaliyetleri, günlük yaşam becerilerini arttırıcı iş – uğraş çalışmaları, resim, ahşap, cam ve seramik boyama, ebru, takı tasarımı ve bilgisayar kurslarını kapsamaktadır (Narlıdere Huzurevi) (Tekin N, Alan Z.; 2015).

Yaşlı bakımında Alzheimer hastalığı gibi yakın bakım gerektiren hastalıkların yanı sıra sosyal ve kültürel değişimler de yaşanmaktadır. Bu değişimler;

* Geniş aileden çekirdek aileye geçiş,

* Kırsal anlardan şehirlere göç,

* Evde bakımda önemli rolü olan kadının iş hayatına katılımı,

* Geleneksel kültür değerlerindeki değişimler yaşlının aile yapısı içindeki eski rolünün de değişmesine ve kurum bakımına talebin artmasına neden olmuştur.

Günümüzde yaşlılar daha çok devlet desteğine ve profesyonel hizmetlere gereksinim duymaktadır. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü artık Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri

Genel Müdürlüğü olarak hizmet vermektedir ve özellikle dezavantajlı gruplar içerisinde yer alan çocuk, genç, kadın, yaşlı ve özürlü bireylere yönelik koruyucu, önleyici, eğitici, tedavi ve rehabilite edici hizmetleri sunmaktadır (Çohaz A., 2010).

Eve yönelik bakıma öncelik verilmesi ile, kısa süreli (geçici) ve kısmî (yarı gün) kurumsal bakımın önemi, tam gün kurumsal bakıma kıyasla artmaktadır. Bakımevlerinde süresiz olarak sağlanan tam gün bakım, bakıma muhtaç insanı evinden ve sosyal ortamından bütünüyle uzaklaştırmasına karşılık, kısa süreli ve kısmî bakım hizmetlerinde bakıma muhtaç insanın alışkın olduğu sosyal ortamından koparılması söz konusu değildir (Akyar, İ., 2006,).

Yaşlıların uzun süreli bakım hizmeti almak için başvuru nedenleri incelendiğinde ise, yalnızlık, gelecek endişesi, sağlık ve bakım hizmetlerine etkin ulaşma ile sosyalleşme ihtiyacı vurgulanmıştır. Artan sanayileşme ve kentleşmeyle ile birlikte aile yapısı değişmiş, aileleri ile birlikte kalmayan ve yalnız yaşayan yaşlı sayısında artış gözlenmiştir (Durgun B.,1999). Herkesin birbirini tanıdığı mahallelerin, kentsel alanda yerini önce sosyal iletişimin azaldığı büyük apartmanlara şimdilerde ise rezidans denilen çok yüksek konutlara bırakmaktadır. Bu konutlarda yaşlılık süreci ve evde bakım hizmetlerinin nasıl sağlanacağı ayrıca tartışma konusudur.

Sonuç: Yaşlanan dünyada, ülkemizde kentlerin giderek yaşlı nüfusu daha çok barındıracağı, bu nüfusun özelliklerine ve gereksinimlerine göre yaşam alanlarının oluşturarak bakım planlamalarının yapılması gerektiği açıktır. Bunun için kurumsal bakım kaynakları değerlendirilerek öncelikle toplumsal bakım modellerinin uygulanması, hatta evde bakım hizmetlerine destek verilmesi yaşlı dostu kentler için önerilebilecek uygulamalar olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, kentleşme, bakım modelleri

Kaynaklar:

1- Akgün, S., Bakar, C., Budakoğlu, I.İ., 2004, Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri, Turkish Journal of Geriatrics,7(2):105-110.

2- Akyar, İ., 2006, Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 70 s (yayınlanmamış).

3- Çohaz, A., 2010,Türkiye'de yaşlı ve yaşlılara sunulan bakım hizmetleri., Ülkemizdeki yaşlılık politikaları oturumu, Akademik Geriatri Kongresi Kongre Kitabı, 122-126.

4- Durgun B, Tümerdem Y. Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Tur-

kish Journal of Geriatrics 1999; 2(3): 115-20.

5- GEBAM, Uluslararası Yaşlanma 2002 Eylem Planı Eylem Planı http://www.ozurluveyasli.gov.tr/upload/mce/2012/web/yaslilik_eylem_plani/uluslararasi_yaslanma_2002_eylem_plani.pdf. (2002) (Erişim tarihi 26.12.2012).

6- http://www.izmiriplanliyorum.org/static/upload/file/narlidere_ilce_raporu.pdf web sayfasından 14 Eylül 2015 tarihinde ulaşılmıştır.

7- http://www.narliderehuzurevi.gov.tr web sayfasından 11 Eylül 2015 tarihinde ulaşılmıştır

8- http://www.narlidere.gov.tr web sayfasından 10 Eylül 2015 tarihinde ulaşılmıştır.

9- Miller, K.E., Zylstra, R.G., Standridge, J.B., 2000, The Geriatric patient: systematic approach to maintaining health, Am Fam Physician, 61:1089-1104 pp.

10- http://report.tuik.gov.tr web sayfasından 10 Eylül 2015 tarihinde ulaşılmıştır.

11- Smith, T., 1991, European health challenges, BMJ, 303:1395-1397 pp.

12- Tekin N, Dişçigil G. A Novel model of comprehensive geriatric care center in Turkey. Middle East Journal of Age and Aging 2007; 4(1): 24-25.

13- Tekin N, Alan Z. Yaşlanan Dünyada Kurumsal Bakım Evde Bakımın Karşıtı mıdır?, Yaşlılık Atölyesi Bildiri Kitapçığı, s.24, 20-21 Ekim 2015, İstanbul

14- TUİK. “Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?tb_id=39&tb_adi=Nüfus%20İstatistikleri%20ve%20Projeksiyonlar&ust_id=11. (2012) (Erişim tarihi 26.12.2012).

YAŞLI DOSTU KENTLERDE BESLENME HİZMETLERİ

Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN*[1], Nida TOKAÇ*[2], Meryem ÖZTÜRK*[3], Hacı Ömer YILMAZ*[4]
*Ankara Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
[1]nyabanci@gmail.com, [2]ntokac@ankara.edu.tr ,
merozturk@ankara.edu.tr, [4] hoyilmaz@ankara.edu.tr

Yaşlı bireylerin yalnız yaşama konusunda yaşadıkları zorlukların yanında alışveriş yapma ve besin hazırlama konularında da zorluk yaşamaları, onların beslenme durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle yaşlı bireyler için ulusal düzeyde hazırlanmış beslenme programlarına ihtiyaç vardır. Hazırlanan bu programlar kentsel düzeyde uygulanırken yaşlı dostu bir kent için, yaşlıların temel ihtiyacı olan beslenmenin göz ardı edilmemesi gerekir.

Ulusal çapta beslenme programını uzun yollardır, başarılı bir şekilde uygulayan ülkelerden biri Amerika'dır. Amerikan nüfusunun yaşlanması ile birlikte, toplumda yaşlı bireylere yönelik verilen sağlık hizmetleri ve diğer hizmetler de artmıştır. Yeterli ve dengeli beslenme, sağlık, bilişsel işlevler ve yaşam kalitesi açısından büyük bir öneme sahip olduğu için yaşlı bireyler için ev ve toplum temelli hizmetlerin önemli bir parçasıdır.

Amerikan Yaşlılara Hizmet İdaresi'nde Yaşlı Beslenme Programı (YBP) ülke çapında tüm yaşlı bireylere beslenme hizmeti desteği vermeye çalışmaktadır. Bu programın amacı, bireylerin besin ögesi alımlarını arttırmak ve yeni arkadaşlıklar kurmaları için fırsat sağlamaktır. Kendi bakımları konusunda zorluk yaşayan yaşlı bireylere toplum temelli hizmetler sunulmaktadır. Bu hizmetlerden biri olan YBP, toplu şekilde huzurevlerine ve eve bağımlı yaşlıların evlerine başta olmak üzere farklı gruplara yemek servis hizmeti sağlamaktadır. Program kapsamında servis edilen öğünler, Ulusal Bilim Akademisi, Tıp Enstitüsü, Besin ve Beslenme Kurulu tarafından yayınlanan diyet önerilerinin en az 1/3'ini sağlamak zorundadır. Programın çerçevesinde 3 milyon yaşlı birey gerekli besin ögelerinin tahminî olarak %40-50'sini almışlardır. Bu program ayrıca, 4000'den fazla beslenme servisi sağlayıcısı aracılığıyla bu servis ile ilgili birçok hizmeti de beraberinde barındırmaktadır. Beslenme taraması, değerlendirmesi, eğitimi ve danışma hizmeti gibi programlar ile yaşlı bireylere sağlık ve beslenme ihtiyaçları konusunda yardımcı olmaya çalışılmaktadır. Buna ilaveten, hipertansiyon ve diyabet gibi hastalıklar için özel sağlık değerlendirmeleri yapılmaktadır. Ek hizmetler aracılığıyla, yaşlı bireyler alışveriş yapmayı, sağlıklı, ekonomik ve besleyici öğünler planlamayı ve hazırlamayı öğrenmektedir. Toplu öğün programları, diğer yaşlılarla olumlu sosyal

ilişkiler kurmalarını da sağlamaktadır.

Yaşlılara yemek dağıtan gönüllüler ve personel, onların toplumdan soyutlanmış olma duygusunu azaltmaya yardım etmek için bazen onlarla zaman geçirmektedir. Bu gönüllüler ve personel ayrıca eve bağımlı yaşlıların refah ve mutluluklarını da gözden geçirmekte ve ziyaretleri süresince fark ettikleri sağlık sorunu ya da başka herhangi bir sorunu dile getirmeleri için onları teşvik etmektedir.

Amerika'nın yanı sıra İsveç, Finlandiya gibi birçok ülkede yaşlılar için hazırlanan beslenme programları Türkiye'de de uygulanmalı, yaşlılara her gün kahvaltı, öğle ve akşam öğünleri belediye veya gönüllü kurumlar tarafından verilmelidir. Evde Bakım Hizmetleri daha etkin bir şekilde yaygınlaştırılmalı, bu hizmetin içerisine beslenme programları mutlaka katılmalı ve yaşlı beslenmesi konusunda uzmanlaşmış diyetisyenlerden yardım alınmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER

Yaşlı, beslenme, belediye

Yaşlıların Beslenmesi

Dünya nüfusu her geçen gün yaşlanmaktadır. Aslında yer yeni yaş bir kutlamadır; ancak yaşlanma ile birlikte bireyler çeşitli zorluklarla karşılaşmaktadır. Yaşanan olası maddî yetersizlikler, sosyal güvenlik sistemindeki aksamalar, akut ve primer sağlık hizmetine artan ihtiyaç ve daha geniş çapta sağlık hizmeti gereksinimi yaşlılar için büyük önem taşımaktadır (WHO, 2015).

Yaşlılıkta sıklıkla görülen hipertansiyon, diyabet, kalp-damar hastalıkları ve osteoporoz, onların yaşam sürelerini ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Bu hastalıklar, yaşamın her alanını etkilediği gibi beslenmeyi de ciddi derecede etkilemektedir. Ayrıca yaşlılıkta bazı besinlere karşı oluşan ilgisizlik, sosyal çevrenin daralması, hazırlama-pişirme olanaklarının olmaması, tek başına yemek zorunda kalınması, düşük gelir düzeyi nedeniyle yeterince besin alınamaması, diş bozuklukları ve tat duyusunun azalması da yetersiz ve dengesiz beslenmeye yol açmaktadır (Yücecan, 1992).

Yaşlılıkta ağız kuruluğu, karbonhidrat sindiriminde etkili olan laktaz enziminin yetersizliği, konstipasyon, glikoz toleransında azalma gibi birçok faktör besin alımını etkiler. Ayrıca günlük işleri yapamama, akraba ve arkadaşlık ilişkilerinin zayıflaması, kendini üretken hissetmeme, toplumdan izole olma, maddî kaygılar veya bilişsel işlevlerin azalması ile ortaya çıkan depresyon da iştahı, sindirimi, enerji alım düzeyini ve ağırlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Bağımlılığın artması ve hareketsiz bir yaşam tarzı yaşlılar için önemli bir stres faktörüdür. Bu tip durumlar, besin satın alımının azalmasını ve öğün hazırlanması gibi güçlükleri de beraberinde

getirmektedir (Harris, 2000).

Yaşlılarda diyetle enerji, protein, posa, kalsiyum, fosfor, demir, çinko, iyot, selenyum, bakır, krom, vitamin A, E, B_6, B_{12}, folat, tiamin ve riboflavin alımları yaşlıların sağlık durumları ile yakından ilişkilidir. Sağlıklı yaşlılarda, düşük ve orta düzeylerde mikro besin öğelerinin diyete eklenmesi, bağışıklık sisteminin iyileşmesinde olumlu rol oynar (Bogden, ve diğerleri, 1994). Son yıllarda yaşlılarda kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve katarakttan korunmada, antioksidant özelliklerinden dolayı karatenoidlerin yararlı olduğu bildirilirken, yaşlıların yarısında sınırda tiamin yetersizliği gözlendiği ve ek tiamin alımının uyku, iştah, neşeli olma gibi durumlarda olumlu etkisinden dolayı, yaşlılarda tiamin alımının arttırılması önerilmektedir (Russell & Suter, 1993). Yaşlılıkta organizmada olumsuz yönde birçok değişikliğin oluştuğu düşünülecek olursa, bu yaş grubundaki bireylerin beslenmesine ayrı bir önem gösterilmesi gereklidir (Yabancı, Akdevelioğlu, & Rakıcıoğlu, 2012).

Yaşlılık sürecinde kaçınılmaz biçimde yaşanan tüm bu olumsuzluklar nedeniyle yaşlılar için çeşitli beslenme programları uygulanması yaşlıların yaşam kalitesini ve süresini arttırılmasında önemli rol oynayacaktır.

Dünyada başta Amerika olmak üzere birçok ülkede yaşlıların yeterli ve dengeli beslenmesi için çeşitli beslenme programları geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Yaptığımız çalışmada amaç, bu örneklerden yola çıkarak, yaşlı nüfusu hızla artan ülkemizde, yaşlı dostu kentler başlığı altında belediyelerle işbirliği yapılarak uzun soluklu beslenme programları geliştirilmesine yön vermektir.

Dünya'da Yaşlılara Yönelik Beslenme Programları

Yaşlı Beslenme Programları Amerika, İngiltere, Kanada, İsveç gibi birçok gelişmiş ülkede uzun süredir uygulanan başarılı beslenme programlarıdır. Amerika'da 1972 yılında kurulan Yaşlılık İdaresi, ulusal düzeyde Yaşlı Beslenme Programı (YBP) hazırlayarak uygulamaya koymuştur. Bu program toplumun en büyük ve en uzun soluklu koordineli programıdır. Federal yasa tüm yaşlı Amerikalılara, herhangi bir şart olmaksızın bu programın uygulanmasını şart koşmaktadır. Bu programdan 60 yaş üstü olan tüm yaşlı bireyler ile beraber yaşadıkları ve yaşı ne olursa olsun eşleri yararlanmaktadır. Ancak maddi imkânların kısıtlı olması nedeniyle programda, sosyo-ekonomik durumu düşük, azınlık olan ya da yalnız yaşayan yaşlılara öncelik verilmektedir. YBP'nin amacı; bireylerin besin ögesi alımlarını arttırmak ve yeni arkadaşlıklar kurmaları için fırsat sağlamaktır. Kendi bakımları konusunda zorluk yaşayan yaşlı bireylerin toplum temelli hizmetlerden yararlanmasını sağlamak en önemli amaçtır. Bu program için Amerika'da 1975 yılında yaklaşık 125 milyon dolar olan ödenek, 2002 yılında 592 milyon dolara çıkarken, eve teslim yemek hizmetleri için ayrılan miktar, %10'dan %54'e yükselmiştir. Bu

program, şu anda ülkenin yaklaşık %20'sini oluşturan en yoksul yaşlılarına, toplam yaşlı nüfusun ise yaklaşık %7'sine eve teslim yemek ile diğer beslenme ve sağlıkla ilgili hizmetleri sağlamaktadır. Programa katılmayanlarla karşılaştırıldığında, YBP'ye katılan yaşlı bireylerin beslenme durumlarının daha iyi olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda programa katılanların sosyalleşme seviyelerinin anlamlı şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir. Günümüzde YBP hizmetleri, kamu ve özel kaynaklardan finanse edilmekte ve ayaktan yaşlı nüfusa toplum temelli hizmetler ile düşkün, eve bağımlı yaşlı kişilere verilen hizmetler olmak üzere iki şekilde hizmet vermektedir. Bu program, toplu ve ev-teslim yemek hizmetlerinin yanı sıra, yaşlılarda beslenme taraması, eğitim ve danışmanlık gibi önleyici beslenme müdahaleleri ile hipertansiyon /diyabet gibi hastalıklar için de özel sağlık hizmetlerini içerir. Ayrıca, yaşlı nüfusun ihtiyaçlarına cevap vermek üzere, çok sayıda bölgede diğer sağlıkla ilgili hizmetlerin geniş bir yelpazede sunulması ile de uğraşmaktadır. Bu hizmetler arasında ulaşım, bilgilendirme, ev temizliği, evde bakım elemanı bulma, kişisel bakım, ağır iş yardımı, sağlık taraması, hukukî ve malî yardım/danışmanlık, fiziksel aktivite programları, rehabilitasyon hizmetleri yer almaktadır. Ayrıca, ek hizmetler aracılığıyla, yaşlı bireylerin alışveriş yapması, sağlıklı, ekonomik ve besleyici öğünler hazırlamaları ve toplu öğün programları ile diğer yaşlılarla olumlu sosyal ilişkiler kurmaları da sağlanmaktadır (Millen, Ohls, Ponza, & McCool, 2002) (DHHS & NIH, 2015).

Program kapsamında servis edilen öğünler, Amerika Ulusal Bilim Akademisi, Tıp Enstitüsü, Besin ve Beslenme Kurulu tarafından yayınlanan diyet önerilerinin en az 1/3'ini sağlamak zorundadır. Programın çerçevesinde 3 milyon yaşlı birey tahminî olarak önerilen günlük enerji ve besin ögelerinin %40-50'sini almışlardır. Yaşlılara yemek dağıtan gönüllüler ve ücretli çalışan personel yaşlıların soyutlanma duygularını azaltmaya yardım etmek için bazen onlarla zaman geçirmektedir. Bu gönüllüler ve personel ayrıca eve bağımlı yaşlıların refah ve mutluluklarını da gözden geçirmekte ve ziyaretleri süresince fark ettikleri sağlık sorunu ya da başka herhangi bir sorunu dile getirmeleri için onları teşvik etmektedir (Millen, Ohls, Ponza, & McCool, 2002) (DHHS & NIH, 2015) (Wellman, Rosenzweig, & Lloyd, 2002).

Amerika'da, eve yemek dağıtımının kardiyovasküler risk ve beslenme durumu üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada; yaş ortalaması 62 olan 21 erkek, 14 post-menopozal kadından oluşan çalışmada toplam 35 yaşlı bireyin başlangıçta, 4 ve 8. haftalarda beslenme durumları değerlendirildiğinde, yaşlıların vücut ağırlığı, bel çevresi, kalça çevresi ve beden kütle indeksi (BKİ) değerlerinde sırasıyla 3.7 kg, 5 cm, 3.3 cm ve 1.21 kg/m^2 azalma gözlemlenmiştir. Ayrıca total kolesterol ve LDL kolesterol seviyelerinde anlamlı düşüşler kaydedilmiş, ek olarak yaşam kalitesi konusunda da anlamlı gelişmeler sağlanmıştır. Sonuç olarak beslen me uzmanları tarafından hazırlanan menülerin dağıtımı yaşlıların sağlık, beslenme ve sosyal yaşamlarında pozitif etkiler göstermiştir (Gleason, Bourdet, Koehn, Ho-

lay, & Schaefer, 2002).

Amerika'nın Arizona eyaletinde evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin eve yemek dağıtımı programı kapsamında besin alımlarını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada, yaş ortalamaları 77 olan 111 yaşlı bireyin tahıl, meyve, sebze, süt, et ve et yerine geçen besinlerin tüketimi incelenmiştir. Sonuç olarak, en az bir kişi beraber yaşayan yaşlıların yalnız yaşayan yaşlılara göre günlük besin alımları daha fazla bulunmuştur. Haftada bir kez ziyaret edilen yaşlıların gereksinimlerinin ziyaret edilmeyenlere göre besin alımları daha fazladır. Ek olarak, ulusal besin desteği veya yerel kaynaklı besin dağıtımı desteği alan yaşlıların günlük enerji ve besin ögeleri gereksinimlerini, bu hizmetlerden yararlanmayan yaşlılara göre anlamlı şekilde karşıladığı sonucuna varılmıştır. Eve yemek dağıtımı programlarının artırılması ve desteklenmesi ile yaşlıların beslenme sorunlarının düzeltilebileceği vurgulanmıştır (Vaughan, McCormac, & Maiden, 1996).

Evlere Yemek Servisi Programı (Tekerlek Üzerinde Öğünler/Meals on Wheels), Amerika, Kanada ve İngiltere başta olmak üzere birçok ülkede uygulanan bir programdır. Yaşlılara haftanın beş günü günde bir kez sıcak yemek verilmesi ve bu şekilde yaşlıların günlük enerji ve besin ögeleri gereksiniminin %33'ünün karşılanması sağlanmıştır. Bu geleneksel yöntem son yıllarda geliştirilerek yeni bir model hazırlanmış ve yaşlılara haftanın yedi günü günde 3 ana ve 2 ara öğün olmak üzere eve yemek teslimi hizmeti sağlanmıştır. Bu şekilde yaşlıların günlük enerji ve besin ögeleri gereksiniminin %100'ü karşılanmaktadır. Bir çalışmada 30 malnutrisyonlu toplam 101 yaşlıya geleneksel model, 26 malnutrisyonlu 102 yaşlıya ise yeni model uygulanmıştır. Yeni modelde geleneksel modele göre yaşlı bireylerin başlangıçtan itibaren 3. ve 6. aya kadar anlamlı şekilde daha fazla ağırlık kazandığı saptanmıştır. Yaşlıların MNA (Mini Beslenme Değerlendirmesi/Mini Nutritional Assesment) skorları ise, yeni modelde daha hızlı şekilde düzelmiştir. Her iki grupta da malnutrisyonlu yaşlıların, beslenme durumlarındaki olumlu değişim uzun zaman almıştır. 6 aylık uygulama periyodu süresince en iyi gelişim yeni modelde olmuştur. Bununla birlikte her iki dağıtım modeli de yaşlıların beslenme durumunu olumlu etkilemektedir. Sonuç olarak; eve yemek teslimi için başvuran kişilerin farklı beslenme gereksinimleri vardır. Yeni, yapıcı ve kapsamlı yemek programları, yaşlıların beslenme durumunu geliştirmekte, malnutrisyon riskini azaltmakta ve muhtemelen bilişsel işlevlere ve yalnız yaşamaya etki edebilmektedir. Ayrıca evden çıkmayan yaşlılar için malnutrisyon değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Yaşlılarda beslenme durumu ve gıda güvenliği azaldığı takdirde, daha akut ve pahalı bakım gerektiren hastalıkların gelişebilmektedir. Bu çalışmadaki yeni modelde, yaşlılar hazırlanan menülerin fazla olduğunu ve tam olarak tüketemediklerini de belirtmişlerdir. Yaşlılar her gün ve her öğün verilen bu hizmette, kendi tercihlerinin de göz önüne alınmasını talep etmişlerdir. Ayrıca bu programda boş olan yemek kapları da toplandığı için bulaşık yıkama sıkıntısının olmaması da yaşlılar için ayrı bir memnuniyet sebebi olmuştur (Kretser, Voss, Kerr, Cavadini, & Friedmann, 2003).

Amerika'daki Teksas, Florida, Montana, Virginia ve Maine eyaletlerinde yapılan bir çalışmada, yaşlılara kahvaltı öğünü hizmeti verilmesinin etkinliği incelenmiştir. Çalışmada 167 kişilik yaşlı grubuna haftanın 5 günü hem kahvaltı, hem öğle öğünü, diğer grupta ise 214 yaşlıya haftanın 5 günü sadece öğle yemeği verilmiştir. İki grup karşılaştırıldığında hem kahvaltı hem de öğle yemeği alan yaşlıların anlamlı şekilde daha fazla enerji, protein, karbonhidrat, yağ, diyet lifi, kalsiyum, demir, magnezyum, çinko aldığı; daha yüksek seviyede besin güvenliğine sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu bireylerde depresif semptomlar anlamlı şekilde daha az görülmüş, kahvaltı alan gruptaki yaşlıların satın alma ve pişirme ile ilgili ihtiyaçları azaldığı için yiyecekle ilgili maddî sorunların ve pişirme problemlerinin de daha az olduğu görülmüştür (Gollub & Weddle, 2004).

Evlere Yemek Servisi Programı kapsamında yapılan bir çalışmada (Tekerlek Üzerinde Öğünler/Meals on Wheels) bu programın eve bağımlı olmayan yürüyebilen yaşlılar üzerinde etkisi incelenmiştir. Bireylerin çoğu haftada 2-3, az bir kısmı haftada 4-5 yemek alan 20 yaşlı birey ile kontrol grubundaki 31 yaşlı birey karşılaştırıldığında programa katılmayan bireylerin anlamlı şekilde dışarıdan daha çok yemek siparişi verdiği görülmüştür. Bununla birlikte programa katılan bireylerin, katılmayanlara göre BKİ ve vücut ağırlıklarında anlamlı şekilde artış olduğu saptanmıştır. Programa katılan yaşlıların kontrol grubuna göre enerji, protein ve total yağ, tiamin alımında zamanla anlamlı şekilde yükselme olduğu, ancak yine de diyetle alınan B_6 ve E vitamini, magnezyum seviyelerinin programa katılımdan 8 hafta sonra bile hala düşük olduğu görülmüştür (Roy & Payette, 2006).

Kanada'da yalnız ve yakınları ile beraber yaşayan 75 yaş üstü yaşlıların cinsiyete göre enerji ve besin ögesi alımlarını karşılaştırılmış, her iki gruba da eve yemek dağıtımı kapsamında besin desteği sağlanmıştır. Dağıtım sırasında enerji ihtiyaçları ve besin ögesi gereksinimleri ön planda tutulmuştur. Çalışma 7 gün sürdürülmüş olup 3. ve 7. günde besin tüketim miktarları kontrol edilmiştir. Çalışma sonucunda, yemek dağıtımı yapılan yaşlıların %81'inin yemekleri tükettiği, protein, A vitamini ve C vitamini başta olmak üzere tiamin, riboflavin, niasin, vitamin B_6, folat, kalsiyum, demir ve potasyum gibi besin ögeleri alımlarının önemli derecede artış gösterdiği saptanmıştır. Sonuç olarak; yaşlı bireylere, eve yemek dağıtımı yapılması onların gerekli enerji ve besin ögesi alımlarını dengeleyerek daha sağlıklı bir yaşam sürmelerine katkı sağlamaktadır (Fogler-Levitt, Lau, Csima, & Krondl, 1995).

Finlandiya, yaklaşık 5 milyon nüfusa sahip, Avrupa'nın kuzeyinde, küçük bir ülkedir. Beklenen yaşam süresi kadınlar için 80 ve erkekler için 72 yıldır. Ülkede hizmetin temel sağlayıcısı devlettir. Yaşlıların kendi evlerinde kimseye bağlı olmadan yaşamalarını sağlamak için Fin Evde Bakım Programı oluşturulmuştur. Bu program içinde evde sağlık bakımı, evde yardım servisi (hastalık gibi nedenlerden ötürü günlük aktivitelerini sürdürebilmek için yardımcı), evlere yemek servisi ve rehabilitasyon gibi hizmetler bulunmaktadır (Soini, Routasalo, & Lauri, 2006).

İsveç'teki belediyelerin tamamına yakını evlere hazır yemek hizmeti sunmaktadır. 2011 yılında 65 yaş ve üzeri 211 000 yaşlı ev yardımı almıştır. İsveç'te belediyelerin yarıya yakını özel günlerde toplu yemek hizmeti vermektedir. Çok az bir kısmı ise yaşlıları küçük gruplara ayırıp kendi yemeklerini pişirmelerini organize etmektedir**.** Belediye hizmetlerinin etkinliğini gözlemlemek amacıyla yapılan bir çalışmada; yaşlılar özellikle porsiyon büyüklükleri ve teslim edilme zamanı başta olmak üzere bu yemek servisinden memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Uzun süreden beri bu yemek hizmetini alan yaşlılar ise, onlara önerilen alternatif yemeklerden memnun kalmadıklarını belirtmişlerdir. Üreticiler ve tüketiciler arasında karşılıklı bilgi etkileşimi ve düzenli kalite güvencesi ile yemek dağıtımının sağlanması hem her bir bireyin, hem de toplumun desteklenmesi açısından iyi bir yöntemdir. Yemek servisi, bireylerin yaşam kalitesinin ve sağlıklarının düzelmesini sağlamaktadır (Pajalic & Pajalic, 2015).

Kore'de eve bağlı yaşlılara yönelik yemek servisi programlarının mevcut durumlarını incelemek için yapılan bir çalışmada, 103 yemek servisinin yönetim yapısı, menü planı, gıda harcamaları, hijyen, ekipman ve olanakları değerlendirilmiş, menü analizleri sonucu Kore için önerilen enerji ve besin ögeleri (kalsiyum ve B_2 vitamini hariç) değerlerinin %33 daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Servis merkezlerinin %81.5'inde diyetisyen ve maliyet analizi, menü planlama ve yemek hazırlamada görevli uzman kişilerin olmadığı belirlenmiştir. Merkezlerin %88.3'ü yaşlı sağlığının geliştirilmesi için yapılanmışken, %77.6'sı bu konuya dikkat etmeden tedavi amaçlı değil standart yemek türlerinin gönderdiği gözlemlenmiştir. Bu konuda finansal ve sistematik destek amacıyla devlete büyük sorumluluk düştüğüne dikkat çekilmiştir. Merkezlerin %55'i Kore'ye ait standart yönetmeliklere uymamaktadır. Yemekleri porsiyonlama konusunda sıkıntı çeken merkezlerin bu konuda eğitimli personellere ihtiyacı ise %93.2'dir. Sonuç olarak, eve bağlı yaşlılar için yemek servis programları sistematik olarak organize değildir. Bu programların geliştirilmesi ve ciddi bir şekilde profesyoneller tarafından yürütülmesi gerekmektedir (Jung, Yang, Lee, & Chae, 2003).

KAYNAKLAR

Bogden, J., Bendich, A., Kemp, F., Bruening, K., Shurnick, J., Denny, T., Louria, D. (1994). Daily micro nutrient supplements enhance delayed-hypersensitivity skin test responses in older people. *American Journal of Clinical Nutiriton*, 437-447.

DHHS, & NIH. (2015, 09 16). *Nutrition Programs for Seniors*. nutrition.gov: http://www.acl.gov/NewsRoom/Publications/docs/Elderly_Nutrition_Programs_1.pdf adresinden alındı

Fogler-Levitt, E., Lau, D., Csima, A., & Krondl, M. C. (1995). Utilization of ho-

me-delivered meals by recipients 75 years of age or older. *Journal of the American Dietetic Association*, 552-557.

Gleason, J., Bourdet, K., Koehn, K., Holay, S., & Schaefer, E. (2002). Cardiovascular risk reduction and dietary compliance with a home-delivered diet and lifestyle modification program. *Journal of the American Dietetic Association*, 1445-1451.

Gollub, E., & Weddle, D. (2004). Improvements in nutritional intake and quality of life among frail homebound older adults receiving home-delivered breakfast and lunch. *Journal of the American Dietetic Association*, 1227-1235.

Harris, N. (2000). Nutrition In Aging. L. Mahan, & S. Escott-Stump içinde, *Krause's Food, Nutrition&Diet Therapies* (s. 287-303). USA: 10th WB Saunders Company.

Jung, H., Yang, I., Lee, H., & Chae, I. (2003). Analyzing the Current Congregate Meal Service Program for Homebound Elderly. *Korean Journal of Community Nutrition*, 919-926.

Kretser, A., Voss, T., Kerr, W., Cavadini, C., & Friedmann, J. (2003). Effects of two models of nutritional intervention on homebound older adults at nutritional risk. *Journal of the American Dietetic Association*, 329-336.

Millen, B., Ohls, J., Ponza, M., & McCool, A. (2002). The Elderly Nutrition Program: An effective national framework for preventive nutrition interventions. *Journal of the American Dietetic Association*, 234-240.

Pajalic, O., & Pajalic, Z. (2015). An Evaluation by Elderly People Living at Home of the Prepared Meals Distributed by Their Municipality – A Study With Focus on the Swedish Context. *Global Journal of Health Science*, 59-68.

Roy, M., & Payette, H. (2006). Meals-on-Wheels improves energy and nutrient intake in a frail free-living elderly population. *Journal of Nutrition Health and Aging*, 554-560.

Russell, R., & Suter, P. (1993). Vitamin requirements of elderly people: an uptade. *American Journal of Clinical Nutrition*, 4-14.

Soini, H., Routasalo, P., & Lauri, S. (2006). Nutrition in Patients Receiving Home Care in Finland: Tackling the Multifactorial Problem. *Journal of Gerontological Nursing*, 12-17.

Vaughan, L., McCormac, J., & Maiden, C. (1996). Factors affecting dietary adequacy of elderly recipients of home-delivered meals. *Journal of the American Dietetic Association*, 95.

Wellman, N., Rosenzweig, L., & Lloyd, J. (2002). Thirty years of the Older Americans Nutrition Program. *Journal of the American Dietetic Association*, 348-350.

WHO. (2015). Join WHO Instagram campaign #YearsAhead and help combat ageism. *WHO*.

Yabancı, N., Akdevelioğlu, Y., & Rakıcıoğlu, N. (2012). Yaşlı Bireylerin sağlık ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 128-135.

Yücecan, S. (1992). Yaşlılık ve Beslenme. *I. Ege Geriatri Kongresi*, (s. 51). İzmir.

YAŞLILIK VE EVRENSEL TASARIM

Osman TUTAL
Anadolu Üniversitesi
Mimarlık ve Tasarım Fakültesi, ESKİŞEHİR,
otutal@anadolu.edu.tr

ÖZET

Yaşlılık, yaşam alanının sınırlandığı bir dönemi ifade etmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan yetersizlikler yaşlıların günlük aktivitelerini, hareket alanlarını, sosyal ilişkilerini ve gündelik yaşama katılımlarını olduğu kadar etkileşimde oldukları çevrenin boyutunu da çeşitli düzeylerde sınırlandırmaktadır. Evrensel tasarım, kapsayıcı felsefesiyle kullanıcılara eşit, özgürlükçü, güvenli, etkin ve konforlu kullanımı seçme şansı tanıyarak hem yaşam kalitesini artırmakta hem de yaşanılan çevreyi yaşlılık sürecinin her döneminde yetilerini farklı düzeylerde kullanabilen insanlar ve çeşitli insanlık durumları için yaşanabilir hale getirmektedir. Üstelik bunu hiçbir kullanıcıya ayrıcalık tanımadan ancak kimseyi de dışlamadan tasarımın kapsayıcı özellikleriyle gerçekleştirmektedir. Bu çalışma, yaşlılık kavramını gündelik yaşama katılım ve yaşam çevresinde evrensel tasarım açısından ele almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, yaşam çevresi, evrensel tasarım, erişilebilirlik.

Yaşlılık

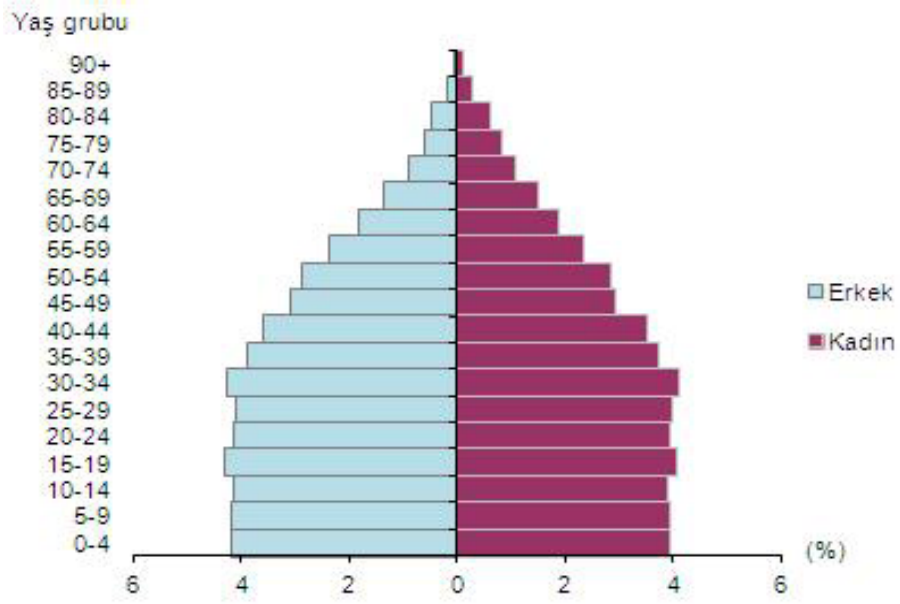
Geçmişten günümüze doğru bir okuma, geriatri ve gerontolojide kendi alanını oluşturan yaşlılığın disiplinler arası çalışmalarda da kendini var ettiğini ortaya koymaktadır. Bu yüzden, tıbbi söylemlerden beslendiği durumlarda biyolojik ve fizyolojik değerlendirmelere konu olan yaşlılık, disiplinler arası çalışmalarda yaygın olarak kronolojik, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel temelli ifade edilmektedir (OECD 2002, Atchley, R. C., 2000, Abeles, R. and M. W. Riley 1987, Akın, G. 2006).

Nüfusun yaşlanması dar anlamda yaşlı nüfusun genç nüfusa göre sayı ve oransal artması olarak tanımlansa da herkes için geçerli bir yaşlılık tanımı yapmak zordur. Yapılan tanımlar yaygın olarak yaşlılığı bir süreç olarak ele almakta ve bu süreç, bir azalmalar ve kayıplar (fiziksel, bilişsel, sağlık, gelir, saygınlık, rol, statü, bağımsızlık, sosyal yaşantı, sosyal destek) dönemi olarak ifade edilmektedir (Aközer, 2011; Konak ve Çiğdem, 2005). Yaşlılık, insan organizmasında ilerleyerek, büyük kayıpları içeren, aynı zamanda insan yaşamına ilişkin "*değer*"e yeni boyutlar katan bir süreç olarak da açıklanmaktadır (Görgün-Baran, 2000). Yaşlanmanın bir süreç olarak ele alındığı yaklaşımlarda genellikle yaşadıkça ya da yaşlandıkça fark

edilen zorluklara vurgu yapılmakta (Giddens, 2005), zaman-değişen çevre ilişkisi açısından organizmanın iç ve dış etmenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalmasına dikkat çekilerek yaşlılık, kişilerin fiziki ve ruhi güçlerini bir daha yerine gelmeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetme hali olarak tanımlanmaktadır (Anon, 2013).

İnsanların yaşlı sayılabileceği kesin bir yaş sınırı ya da bir insan için yaşlanma sürecinin kesin bir başlangıç sınırı bulunmasa da yaşlılık yaşının kaç olacağına yönelik bazı kabuller yaşlılık sınırını ifade eden ölçütler arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 1989 yılından bu yana 65 yaş ve üzerini yaşlılığın ilk basamağı olarak kabul etmektedir. Kimi ülkeler veya kentler, örneğin Helsinki kenti, yaşlılığa yönelik sınıflandırmalarda yaş eşiği kullanmak yerine bireysel düzeyde fiziksel kabiliyetleri (yardıma gereksinim duymayanlar, dışarı çıkmak için yardıma gereksinim duyanlar ve gündelik yaşamda sürekli yardıma gereksinim duyanlar vb.) ölçüt olarak kullanmaktadır. Bu yaklaşım yaşlı nüfusa yönelik farklı senaryoların öngörülmesine yardımcı olmaktadır. Manchester'da ise, yaşlılarla ilgili üretilecek politikalar ya da yapılacak düzenlemeler için 50 yaş ve üzeri insanlar dikkate alınmaktadır (OECD, 2015)

Yaşlılığın ilk basamağı kaç yaş kabul edilirse edilsin dünya nüfusundaki artışa paralel olarak toplam nüfus içinde yaşlanan nüfus da artmaktadır. OECD ülkelerinde 1950 yılında 65 yaş ve üzerindeki nüfus toplam nüfus içinde %7,7 düzeyindeyken 2010 yılında bu oran %17,8'e yükselmiş ve 2050 yılında bu oranın %25,1'e ulaşması beklenmektedir. Seksen yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranının ise %9,1'e ulaşması öngörülmektedir. OECD tarafından tanımlanan metropoliten alan (nüfusu 500,000-1.500.000) ile büyük metropoliten alanlarda (nüfusu 1.500.000 milyon kişi) toplam 275 metropoliten alanda yaşayan toplam nüfusun %34,3'ünü yaşlı nüfus oluşturmaktadır (OECD, 2015). Avrupa Topluluğu içindeki yaşlı nüfus oranında da bir artış gözlenmektedir. 2005 yılında EU-25 nüfusunun % 17'sini oluşturan 65 yaş ve üstü yaşlılar 2013 yılında EU-28 nüfusunun %18,2'sine ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun 2050 yılında ise toplam nüfusun % 30'unu oluşturması beklenmektedir (Anon, 2015a). Yaşlı nüfus oranı düşük olan ülkeler arasında yer alan Türkiye, Avrupa'nın da en genç nüfusuna sahip ülkelerinden biridir. 2014 yılı nüfusu 77.695.904 kişi (Şekil 1) olan Türkiye'de nüfusun % 8'i 65 + yaş kategorisinde olup bu nüfusun %9'u kadınlardan ve %6,9'u da erkeklerden oluşmaktadır (Anon, 2015b).



Şekil 1. Nüfus Piramidi 2014 Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18616, (Erişim: Kasım 2015)

Toplam nüfus içindeki yaşlı nüfusun artışıyla birlikte yaşlı nüfusun yaşam süresi de artmaktadır. Doğrudan olmasa da toplam nüfus içindeki yaşlı nüfus oranının artmasında şüphesiz doğuşta beklenen yaşam süresi artışının önemli bir payı vardır. Doğuşta beklenen yaşam süresi, 2000 yılında gelişmiş ülkelerde 76, gelişmekte olan ülkelerde 63 yaş ve dünya genelinde 65 yaş düzeyindeyken, Türkiye'de ise aynı dönemde 71 yaş düzeyinde gerçekleşmiştir. Avrupa Birliği İstatistik Ofisi'nin 2012 yılı verilerine göre ise, Avrupa Birliği (AB) üyesi olan 28 ülkenin doğuşta beklenen yaşam süresi ortalama 80,3 yıldır. Türkiye'de bu süre ortalama 76,8 yıldır. 2014 yılında ortalama 77 yıl olarak gerçekleşen doğuşta beklenen yaşam süresi erkeklerde 74,8 yıl ve kadınlarda 79,3 yıl olarak gerçekleşmiştir.

Çizelge 1. Cinsiyete Göre Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi, 2000-2023.

Göstergeler	**2000**	2005	**2010**	2014
Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Yıl)				
Toplam	71.0	74.4	76.4	77.0
Erkek	69.0	72.2	74.2	74.8
Kadın	73.1	76.6	78.7	79.3

Kaynak: İstatistiklerle Yaşlılar 2013, TUİK Yayınları, Ankara.

Doğuşta beklenen yaşam süresine paralel olarak yaşlı nüfus da yaşlanmaktadır. Yaşlılığın farklı dönemlerinde toplam yaşlı nüfus içinde yaşlı kadın nüfusun erkeklerden daha uzun yaşama eğilimi göstermesi ileri yaşı dünyanın hemen her yerinde büyük ölçüde dişileştirmektedir (WPI, 2013, Giddens, 2005).

Yaşlılık, Yaşam Kalitesi ve Erişilebilirlik

Yaşlılık, hangi disiplinde nasıl tanımlanırsa tanımlansın, hangi yaş gruplarını içine alırsa alsın, nerede ve nasıl yaşanırsa yaşansın yaşam alanının sınırlandığı bir dönemi ifade etmektedir. Bu dönemde ortaya çıkan yetersizlikler yaşlıların günlük aktivitelerini, hareket alanlarını ve sosyal ilişkilerini olduğu kadar etkileşimde oldukları çevrenin boyutunu da çeşitli düzeylerde sınırlandırmaktadır. Özellikle bağımsız hareket edebilme yönünde kısıtlılıkları bulunan bireyler sosyal, kültürel, ekonomik, politik, dini yaşama diğer insanlardan farklı olarak daha az katılım sağlamaktadırlar (EİEA, 2000). Bu nedenle insanı planlamanın ya da tasarımın merkezine koyan yaklaşımlar, kişilerin bir yerleşimde yaşamaktan duyduğu doyuma doğrudan katkıda bulunan, insan yerleşimlerinin mekânsal özellik ve nitelikleri ile doğrudan ilişkilendirilmektedir. Dolayısıyla uzun bir yaşamdan daha çok yaşam kalitesine ve sağlıklı yaşlanmaya verilen önem daha ön plana çıkmaktadır. "*Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı*" gibi politika araçlarında yaşlılıkla ilgili politikalar ve programların yaşam kalitesini ve genel sağlığı yükseltmeye odaklanmasının arkasındaki gerçek budur. Böylece üretken, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden başarılı ve bağımsız bir yaşlanmanın gerçekleşmesi öngörülmektedir (Bahar vd. 2009). İnsanın yaşam kalitesini artırmaya yönelik insanı tasarımın ya da planlamanın merkezine koyan yaklaşımlar daha uzun ve sağlıklı yaşlanma hedefiyle insanın biyolojik kayıplarını zamana yaymasına neden olmaktadır. Yaşlılık sürecinde birey yaşlılık döneminde organizmada meydana gelen kayıpları önleyemese de sağlıklı yaşlanmayı olumlu etkileyen yaşam kalitesinde sağlanan iyileşmeler, tıbbi olanaklar ve bu süreçte yaşanan olumlu değişimlerle bu kayıpların zamana yayılmasına neden olmaktadır (Tufan, 2011). Böylece insanların yaşamları boyunca fiziksel, sosyal ve zihinsel durumlarının farkında olmaları, özellikle yaşlılık döneminde gereksinim duydukları koruma, güvenlik ve bakım hizmetleri sunulurken istek ve yeteneklerine göre topluma katılımları da sağlanmaktadır.

İnsan temelli politikalar bir birey ya da grubun, algılanan ya da göstergelerle tanımlanan iyi olma durumuna ya da bir başka ifadeyle yaşam kalitesine doğrudan yansımaktadır. Gündelik yaşama katılım koşulları arasında yer alan erişilebilirlik, özellikle yaşlılıkta katılım düzeyini fazlasıyla etkilemektedir. Geleneksel ulaşım politikalarının yerine ulaşımda insana yönelik uygulamaların en önemli girdisi olarak nitelendirilen erişilebilirlik, belki de bu yüzden yaşanabilir kentler için (kentsel) yaşam kalitesi açısından çağdaş ulaşım planlamasının temelini oluşturmaktadır. Bu yüzden, insan haklarının ayırımcılığı da kapsayan ve onun

kadar problemli alanlarından biridir. Gündelik yaşama aktif katılımın ya da aktif yaşamın/aktif yaşlanmanın bir aracı olmanın yanında bağımsız yaşamanın ya da yaşlanmanın ve etkileşimde olunan yaşam alanlarına tam olarak katılabilmenin de temel koşuludur. Bu koşul, herkes için erişilebilirliği geçen yüzyılın son çeyreğinden itibaren uluslararası insan hakları yazınında gündemin vazgeçilmez temalarından biri haline getirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılından itibaren mimarlık, planlama ve kent ekseninde gündeme taşıdığı "Yaş Dostu Şehirler" (Age Friendly Cities) projesi bu kapsamdaki projelerden biridir. Proje, özellikle yaşlıların gündelik yaşama katılımı sırasında karşılaştıkları engelleri ve ayrımcılık uygulamalarını ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Aktif yaşlanma kavramıyla birlikte anılan bu ve benzeri projeler, tasarımsal açıdan kullanıcı memnuniyetini temel alan, kullanıcı istek ve gereksinimlerini ön plana çıkaran ve özellikle yaşlılık nedeniyle yaşadığı çevreden izole olan yaşlıların gündelik yaşama davet ve dâhil edilmesini öngören bir sürecin zeminini de hazırlamaktadır.

Araştırmalar, insanların sağlık ve ekonomik durumdan sonra endişe ettikleri diğer faktörlerin konutun da içinde yer aldığı yapılaşmış çevre olduğunu ortaya koymaktadır (Rosenberg and Everitt, 2001). Erişilebilirlik, her insanın gündelik yaşama katılımı sırasında bina iç mekanlarından kentsel dış mekanlara kadar uzanan yapılaşmış çevreye, ürün ve hizmetlere zorluk çekmeden, mümkün olduğunca herkesle birlikte eşit şekilde erişebilmesi olarak değerlendirildiğinde yapılaşmış çevrenin sağlıkla ilgili endişelerden sonra gelmesi muhtemeldir. Bu bağlamda herkes için erişilebilirlik evrensel tasarım çatısı altında yaşanabilir kentlerde fiziksel olduğu kadar sosyal erişilebilirliği de sağlamakta ve herkesin katılabileceği bir yaşam alanının oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu zeminde yapılacak çalışmaların sürekli kılınabilmesi için erişilebilirliğin

1. Yapılaşmış çevreye/binaya olan erişilebilirlik,
2. Yapılaşmış çevrenin/binanın erişilebilirliği

olarak uygulamaya konulması zorunludur. Sürekliliğin sağlanamadığı erişilebilirlik çözümleri kullanıcı açısından hareketliliğin sonlanması ve gündelik yaşama katılımın kesintiye uğraması anlamına gelmektedir.

Evrensel Tasarım ve Gündelik Yaşama Katılım

Evrensel tasarım / herkes için tasarım, Türkiye'nin de taraf olduğu BM Engelli Kişilerin Haklarına İlişkin Sözleşmede, amaçlar açısından sözleşmenin temellendiği kavramlar ve tanımlar arasında da yer almaktadır. Sözleşmeye göre Evrensel Tasarım "Ürünlerin, çevrenin, programların ve hizmetlerin özel bir tasarıma veya uyarlanmaya gerek duyulmaksızın, mümkün olduğunca herkes tarafından kullanılabileceği şekilde tasarlanmasıdır"[31]. Bir başka ifadeyle, bütüncül ve kap

31 www.ozida.gov.tr/ulasilabilirlik/Belgeler/2_Mevzuatstandart/Uluslararası_Sozlesme/Bm_Engellıhaklarısozlesmesı.pdf

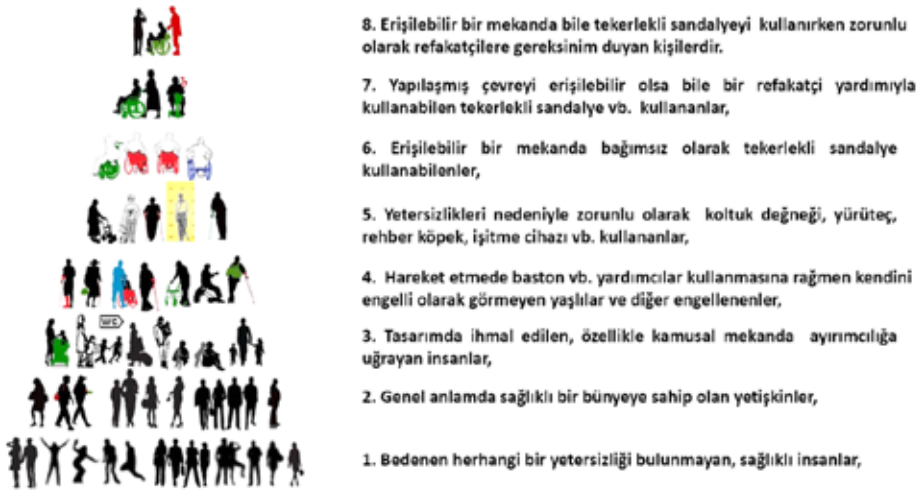
sayıcı felsefesiyle yaşanılan çevreyi yaşlılık sürecinin her döneminde yetilerini farklı düzeylerde kullanabilen insanlar ve çeşitli insanlık durumları için uygun hale getirmektedir (Olguntürk, 2007). Farklı tanımların (Cavington ve Hannah 1997, 14, Connell, vd. 1997, 1, Mace 1990, 2) ortak yanı, kapsayıcı özelliğiyle mümkün olan en geniş kullanıcı grubuna yönelik olması, kullanıcıların konforlu, kolay, güvenilir ve sağlıklı bir şekilde mekanı kullanabilmelerini sağlamaktır. Bunu gerçekleştirmek için önce on, sonra altı temel ilke (1995) üzerinden tasarım faaliyetlerine yön veren evrensel tasarım son olarak kapsayıcı felsefesini yedi temel ilke (1997) ile sürdürmektedir (Story, 2001, 10.5-7). (Çizelge 4).

Çizelge 2. Evrensel tasarım ilkeleri

Eşitlikçi kullanım	Farklı yetenek düzeyindeki kişilere yönelik kullanışlı tasarımlar gerçekleşmesini sağlar. Her kullanıcıya eşit kullanım olanağının sağlanmasını öngörür.
Kullanımda esneklik	Tasarım, farklı kişisel tercih ve yetenek düzeyine hitap etmesini kapsar. Bu esneklik, kullanım metodu ile ilgili seçenekler sunarak, kullanıcının hassas ve kesin iş yapmasını kolaylaştırır.
Basit ve sezgisel kullanım	Tasarım, kullanıcının deneyimi, bilgisi, dili, yetenek düzeyi veya dikkat seviyesine bakmaksızın kolay kavranır. Bu durum gereksiz karmaşanın yok edilmesi ve tasarımın kullanıcıların beklentileri, sezgileri ve içgüdüleri ile uyum içinde olmasının sağlanmasıyla mümkün olur.
Algılanabilir bilgi	Tasarım, çevre koşullarına veya kullanıcıların duyusal yetenek düzeylerine bakmaksızın, gerekli bilgiyi verimli şekilde sağlar. Bu gerekli bilgiler değişik konumlarda sunulabilir (görsel, sözlü).
Hata toleransı	Tasarım, istenmeden ya da kazara yapılan hareketlerin doğuracağı tehlikeleri en alt düzeye indirir. Tehlike ve yanlışlar için ikaz sisteminin sağlanması ve "yanlış yapılmasını olanaksız kılan" özelliklerin sağlanmasını da kapsar.
Düşük fiziksel çaba	Verimli, konforlu ve mümkün olan en az düzeyde yorularak kullanılabilen tasarımları kapsar. Amaç, kullanıcıların nötr bir vücut pozisyonunda olmasını ve mantıklı kullanım gücü uygulamalarını sağlamaktır.
Yaklaşım ve kullanım için boyut ve yer	Tasarımda uygun boyut ve yer, kullanıcıların vücut ölçüleri, duruşları ve hareketliliklerine bakılmaksızın yerine getirilir. Oturan veya ayakta olan kullanıcılar tarafından etkileşimin sağlanması amaçlanır amaçlanır.

Kaynak: http://www.ncsu.edu/ncsu/design/cud/pubs_p/docs/poster.pdf, Erişim Şubat 2015).

Tasarımın ilkeler ve kurallar dışında kapsayıcı olması, ortalama kullanıcı grup yerine potansiyel kullanıcılara yönelik olması beklenir. Herkes için erişebilirlik kadar evrensel tasarım ya da herkes için tasarım kavramlarının dayandığı eşitlik temelli ilkeler de bu bağlamda ele alınmaktadır. Bu yüzden özellikle mimarlıkta mekânın kimin için tasarlandığı sorusu özel durumlar dışında "insanı" işaret etse de süregelen yaygın tasarım anlayışının ortalama kullanıcı gurubun gereksinimlerine göre şekillendiğini söylemek abartı olmaz. Ortalama kullanıcı grup, Evrensel Tasarım Piramidinde (Şekil 2) tabanda 1. ve 2. kategoride yer almaktadır. Yalnızca bu gruba yönelik yapılacak tasarım şüphesiz piramidin diğer kategorilerindeki kullanıcıları dışlamakta ve gündelik yaşam dışında bırakmaktadır. Piramidin 6. kategorisi erişilebilirlik açısından bir eşiktir ve bu eşikte erişilebilir bir mekanda bağımsız olarak tekerlekli sandalye kullanabilenler bulunmaktadır. Eşiğin üzerinde 7. ve 8. kategoriler yer almaktadır ve bu kategoride yer alanlar için genellikle zorunlu olarak özel düzenlemeler veya özel tasarımlar yapılmaktadır.



Şekil 2. Evrensel Tasarım Piramidi (Goldsmith'ten (2000) uyarlanmıştır.

Evrensel tasarım, gündelik yaşama katılımı kapsayıcı felsefesiyle kullanıcılara eşit, özgürlükçü, güvenli, etkin ve konforlu kullanımı seçme şansı tanıyarak gerçekleştirmektedir. İşte bu yüzden kullanıcılara ayrıcalık tanımadığı gibi kimseyi de dışlamaz. Ancak bu şekilde yaşam kalitesinin tasarımın hedeflediği geniş bir kullanıcı kesimi (herkes) için artırılması mümkün olur. Yaşam kalitesinin artması, yaşlının biyolojik kayıplarını zamana yaymasına neden olsa da organizmada meydana gelen kayıpları önleyemez (Hazer, 2012). Dolayısıyla yaşlılık bedensel ya da mekansal yetersizlikler nedeniyle yaşlı için yaşam alanının sınırlarını değiştirmektedir. Bu yüzden tasarımın kendisi, tasarım sürecinin başından itibaren farklı kullanıcı gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik çözümlerle var olmak zorundadır. Sonradan eklenecek ya da uyarlanacak her türlü tasarımsal faaliyet tasarım süreci-

nin zaten doğal bir girdisi olacaktır. Bu yolla etkileşimde oldukları yapısal ve sosyal çevreye erişilebilirliği ve kullanılabilirliği sağlandığı ölçüde katılabilen yaşlıların yaşam alanı sınırları genişleyecek, böylece mekanın, ürün ya da hizmetlerin erişilebilirliği ve kullanılabilirliğini de sağlamış olacaktır.

Fotoğraf 1-2. Yaşam çevresi ve erişilebilirlik. (O. Tutal arşivi)

Evrensel tasarım, yaşam çevresinde yaşlılar için kullanışlı ve esnek düzenlemeleri öngörmektedir. Esneklik, seçenekler sunarak kullanıcının kendine uygun düzenlemelerde hassas ve kesin iş yapmasını kolaylaştırmaktadır. Yetilerin zayıfladığı ya da tamamen ortadan kalktığı yaşlılık sürecinde kullanılabilirlik düzeyinin esneklikle sağlanması belirsizlikleri de ortadan kaldırmaktadır. Sezgisel davranışlar ise, özellikle güvenli, yalın, kolay ve tereddüt yaşatmayacak nitelikteki tefriş malzemeleri ya da kentsel mobilyalarla mümkün olmaktadır. Böylece tasarımdan kaynaklanabilen gereksiz karmaşa ortadan kalkmakta ve kullanılabilirlik kullanıcı beklentileri, sezgileri ve içgüdüleri ile uyum içinde gerçekleşmektedir. Özellikle mekanda kullanılan ürünlerin birbirleriyle ya da mekanla olan ilişkisi özel bir çaba gerektirmeden kolayca kavranıp kullanıcı müdahalesini mümkün kılmaktadır. Bu müdahale ya da kullanım, çevre koşullarına veya kullanıcıların duyusal yetenek düzeylerine bakılmaksızın gerçekleşmektedir. Hatta sunulan bilgiye (görsel, sözlü, dokunsal vb.) farklı duyusal yetileri ya da kısıtlılıkları bulunan kişiler için alternatif ifadelerle yönlendirme yapılarak erişim sağlanmaktadır.

Evrensel tasarım, istenmeden ya da kazara yapılan hareketlerin doğuracağı tehlikeleri en azından yaşam çevresinde en alt düzeye indirmeyi ya da tamamen ortadan kaldırmayı da hedeflemektedir. İç mekanda tefriş elemanları ve konut dışında kentsel donatıların kullanım yoğunluğuna göre düzenlenmesi, risk taşıyan elemanların izole edilmesi ya da korunması kullanımda bir hiyerarşi sağlamaktadır. Evrensel tasarım, yaşam çevresindeki tehlikeli ve riskli durumları ortadan kaldıracak uyarı sistemlerini ya da tehlikeye neden olacak yanlış kullanımı olanaksız kılan özellikleri de tasarıma dahil etmektedir. Böylece, özellikle konutta mekansal ya da dona-

nımsal bütün kullanımları özel bir çaba harcamadan, rahat, kolay ve mümkün olan en az düzeyde yorularak kullanılabilen tasarımları benimsemektedir. Yaşlı, hareket kısıtlılığı, görme ya da işitme yetersizliğine sahip olsa bile nötr bir vücut pozisyonunda yaşam çevresinde gündelik yaşamla bütünleşebilmekte ve gündelik yaşama katılabilmektedir.

Sonuç

Yapılaşmış çevreye uyum sağlayabilme yeteneğinin azaldığı bir dönemi ifade eden yaşlılık, nerede ve nasıl yaşanırsa yaşansın bedensel ya da mekansal yetersizlikler nedeniyle yaşlı için yaşam alanının sınırlarını değiştirmektedir. Yaşlılık sürecinde organizmada meydana gelen kayıplar önlenemese de yaşlının gündelik yaşama katılabilmesi için yaşlılıkta meydana gelen yetersizliklerle mücadele etmesi zorunludur. Buna karşın yaşam koşullarında sağlanan iyileşmeler ve başta yaşam çevresi olmak üzere gündelik yaşama katılmalarını kolaylaştıran mekansal düzenlemeler yaşlının yetilerini üst düzeyde kullanmasını sağlayarak kaliteli bir yaşam sürdürebilmesine olanak tanır. Bu nedenle, yaşam çevresine yönelik mekansal düzenlemeler yaşlının kullanım kapasitesini ve sınırlarını dikkate almak zorundadır. Kaldı ki tasarımda esas olan kullanıcının uyum sağlayacağı değil kullanıcıya uygun yapılaşmış çevrenin düzenlenmesidir. Özellikle konut üretimi ile kullanıcı gereksinimi arasında yaşanan çelişkilerin kaynağı olarak bilinen ortalama kullanıcı gruba yönelik yapılan tasarımlar, yaşlılar açısından yaşam çevresinin bağımsız kullanımını engellemektedir. Bu durum, bir dönemin politikası olarak yaşlıların bakımevlerinde yaşlanmaları ve yaşamlarını bağımlı olarak sürdürmeleri düşüncesinin günümüzün yaşlıya uygun konut üretiminin yetersizliğinden dolayı hala sürdüğünü göstermektedir. *Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı (*2007) yaşlıların konut politikası ile ilgili yasal düzenlemelerin artırılması, yasal düzenlemeleri eyleme dönüştürebilecek gerçekçi, uluslararası ve ulusal normları da barındıran bir konut politikası oluşturulması düşüncesi hala gerçekliğini korumaktadır[32].

İnsanı planlama ya da tasarımın odağına yerleştiren ve sunduğu fırsatlarla yaşlıyı bulunduğu toplumun bir parçası yapan planlama ve tasarım yaklaşımlarının yaşlıların gündelik yaşamında önemli bir yeri vardır. Bu yaklaşımlar arasında "*Evrensel Tasarım / Herkes İçin Tasarım*" kapsayıcı özelliğiyle diğer yaklaşımlar arasında seçkinleşir. Evrensel tasarım ilkeleri çerçevesinde alınacak çok basit önlemlerle yapılaşmış çevrenin çok daha rahat, konforlu, erişilebilir, insancıl, yaşam çevresinin engellenen tüm gruplara açık, güvenli; işlevsel, emniyetli ve rahat olması sağlanır.

32 Bu konuda ayrıntılı bilgi için Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planında (2007) Konutlar ve Yaşam Alanları başlıklı bölümünde Türkiye'deki Durum ve Gerçekleştirilecek Eylemler bölümünü inceleyiniz. http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/yaslanma_ulusal_eylem_ plani.pdf

İnsanlar, özellikle de yaşlıların da dahil olduğu yapılaşmış çevrede engellenenler, etkileşimde oldukları yaşam çevresi erişilebilir olduğu sürece gündelik yaşama katılabilmekte, gündelik yaşam alan ve sınırlarını ancak erişilebilirlikle genişletmektedir. İşte bu yüzden, tasarımın herkesi kapsayıcı olmasıyla birlikte insanların hiçbir ayırıma uğramadan bağımsız yaşayabilmesi, herkesle birlikte eşit koşullarda yaşam çevresine ve toplumsal yaşama erişebilirliği temel haklardan biridir. Dolayısıyla, bir hak olan erişilebilirlik, diğer hakları kullanabilmenin bir aracı olmasının yanında bağımsız yaşamanın ve toplumsal yaşamın tüm alanlarına fiziki olarak tam olarak katılabilmenin temel koşuludur.

KAYNAKLAR

Abeles, R. And M. W. Riley (1987). "Longevity, social structure and cognitive aging" in: Schooler, C. And K. W. Schaie (eds), Cognitive Functioning and Social Structure Over the Lifecourse, Ablex Publications, Norwood, Newjersey.

Akın, G. (2006). Gerontoloji Her Yönüyle Yönüyle Yaşlılık, Palme Yayıncılık, Ankara, s.85

Aközer, E. (2007). Özgürleştiren tasarım, tasarım ve özgürlük: Engelli insanlar ve herkes için tasarım. *TMMOB Mimarlar Odası Ankara Şubesi Bülten 46/Dosya 04:7*, Ankara.

Anonim, (2015a). **http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18616** (Erişim: Şubat 2015).

Anonim, (2015b). **http://www.abgs.gov.tr/index.php?p=39685&l=1 (**Erişim: Şubat 2015).

Anonim, (2013). **http://www.eyh.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/yasliliga-genel-bakis (**Erişim: Şubat 2015).

Atchley, R. C., (2000). Social Forces and Ageing: An Introduction to Social Gerontology, Wadsworth, Belmont, California

Bahar, G., Bahar, A. ve Savaş, H. (2009). Yaşlılık ve yaşlılara sunulan sosyal hizmetler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, E4 (12):85-98).

Cavington G.A. ve B. Hannah. (1997). Access by Design, New York, Van Nostrand Reinhold

Connell, B.R. (1997). The Principles of Universal Design, N.C. State University, The Center for Universal Design.

EİEA, (2000). **http://www.eyh.gov.tr/mevzuat/uluslararasi-mevzuat/11-avrupa-birliginde-engellilere-yonelik-yasal-duzenlemeler, http://www.engelsizbi-**

lisim.org/avrupa-birligi%E2%80%99nde-ozurlulere-yonelik-yasal-duzenlemeler/).

Giddens, A. (2005). *Sosyoloji,* Hazırlayan: Cemal Güzel, Ayraç Yayınevi, Ankara.

Goldsmith, S. (2000). A Manual of Practical Guidance for Architects, Architectural Press, London

Görgün-Baran, A. (2000). Yaşlılıkta sosyal uyum sorunu. *Antropoloji ve Yaşlılık, Prof. Dr. Vedia Emiroğlu'na Armağan*, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları, Ankara.

Hazer, O. (2012). Yaşlılar için evde bakım ve evde ergonomi: Geronteknolojik yaklaşımlar. *Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildirileri,* Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara (s.339-343).

Konak, A. ve Çiğdem, Y. (2005). Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi örneği, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 29(1):23-63.

Rosenberg, M. and Everitt, J. (2001). Planning for ageing populations: Inside or outside the walls. *Progress in Planning*, 56(3):119-168.

Mace, R. (1990). Definitions: Accessible, Adaptable and Universal Design, NC State University, The Center for Universal Design.

OECD, (2002). Ageing, Housing and Urban Development, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264176102-en

OECD, (2015). Ageing in Cities, OECD Publishing, Paris, 24-27

Olguntürk, N. (2007). *Evrensel Tasarım: Tüm Yaşlar, Farklı Yetenekler ve Çeşitli İnsanlık Durumları için Tasarım.* TMMOB Mimarlar Odası Ankara Şubesi Bülten 46/Dosya 04:10, Ankara

Story, M. F., (2001). Princibles of Universal Design, Universal Design Handbook içinde, Editör: Preiser, W. F. E., Ostroff, E., McGraw-Hill

Tufan, İ. (2011). Demografik yapı ışığında Türkiye'de yaşlılığa ilişkin sosyal politikalar, *Yaşlılar İçin Sosyal Politika Gündemi Konferans Kitabı*, Ankara Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayını, Ankara (s.19-38).

Word Population Ageing-WPA, (2013). *Department of Economic and Social Affairs Population Division,* Economic & Social Affairs, United Nations, New York.

60 VE ÜZERİ YAŞTAKİ BİREYLERDE İNTERNET KULLANMA DURASYONU, SIKLIĞI İLE AĞRI VE POSTÜRÜN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Öznur BÜYÜKTURAN[1], İlke KESER[2], Hayat BOZ[3], Vasfi TUĞUN[4], Hafize KESER[5], Nuray KIRDI[6]

[1]Ahi Evran Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Kırşehir
[2]Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü,Ankara
[3]Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Bölümü,Ankara
[4]Yakın Doğu Üniversitesi, Atatürk Eğitim Fakültesi, Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Öğretmenliği Bölümü, Lefkoşa
[5]Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, Bilgisayar ve Öğretim Teknolojileri Eğitimi Bölümü, Ankara
[6]Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

ÖZET

GİRİŞ: İnternet kullanma süresi, sıklığı ile ağrı ve postürün ilişkisinin 60 ve üzeri yaştaki bireylerde incelemesidir.

BİREYLER VE YÖNTEM: Çalışma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaşayan 60 ve üzeri yaştaki internet kullanan gönüllü katılımcılar ile gerçekleştirildi. Çalışma durumları İnternet kullanma durasyonları (yıl) ve sıklıklıkları (gün/hafta, saat/gün), internet kullanımı sırası ve sonrasında oluşan ağrı, bilgisayar karşısındaki dört farklı oturma postüründen hangisini kullandıkları kaydedildi. İnternet kullanma sıklığı ile bilgisayar karşısında oturma postürleri arasındaki ilişki incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya yaş ortalaması 66,37±5,11 olan 55 birey katılmıştır. Bu bireylerin 32 (%58)'si erkek, 23 (%42)'ü kadın olarak tespit edilmiştir. Haftalık internet kullanma sıklığı ile günde interneti kullanma sıklığı arasında (r:0,39 p:0,01) ve bilgisayar kullanırken oluşan ağrı ile kullandıktan sonra oluşan ağrı arasında (r:0,73 p:0,00) pozitif yönde korelasyon; yaş ile bilgisayar kullandıktan sonra oluşan ağrı arasında negatif yönde korelasyon (r:-0,31 p:0,04) olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA: 60 yaş üzeri bireylerde haftada interneti kullanma sıklığı artışının, gün içerisindeki kullanım sıklığını artırabileceği belirlendi. Bilgisayar kullanılırken

ağrı hissedilmesi frekansı yüksek olup, bu durum bilgisayar kullanmayı bıraktıktan sonra azalsa da devam etmekte ve kullanım sırasındaki ağrı ile ilişkili görülmektedir. Yaşlı bireylerin bilgisayar kullanımı sonrası daha az ağrı hissetmeleri, bilgisayar kullanma oranlarının daha az olmasına bağlanmıştır. Katılımcıların sadece yarısının bilgisayar kullanırken önerilen postürde oturmaları ileride yaşlılarda bilgisayar kullanımını artırmaya yönelik olarak yapılacak olan geliştirme çalışmaları sırasında gerekli bilgilendirmelerin yapılmasının önemini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Geriatrik Rehabilitasyon, bilgisayar kullanımı, fizyoterapi.

GİRİŞ

İnternet kullanan birey sayısı günümüzde 2 trilyon kişiyi aşmıştır ve bu durum tüm dünya nüfusunun 1/3'ünü oluşturmaktadır. Toplumda beklenen yaşam süresinin uzaması ve internete erişimin son 10 yılda daha kolay hale gelmesi geriatrik bireylerin de internet kullanımını arttırmıştır (1, 2). İnternet son 10 yıldır, her yaş grubunda kullanılan önemli bir yaklaşım haline gelmiş ve farklı coğrafi bölgelerde yaşayan veya farklı yaşlarda olan bireyler arasında da kullanım sıklığı artmıştır (1-3). İnternet kullanımı geçtiğimiz 10 yılda artmakta ve ileriki yıllarda da artacağı ön görülmektedir (1, 2).

İnternetin yaşlı birey tarafından kullanımının artması ile, bireyin bilgisayar veya dijital medya organları ile vakit geçirme süreleri de artmıştır. İnternete kolay ulaşım ise yaşlı bireylerin yaşam stillerini değiştirmiş ve internet kullanımını kendi hayatlarına entegre etmişlerdir (1, 4-6). Bu entegrasyonun ortaya çıkardığı önemli sorunların başında ağrı, duruş bozukluğu, zaman yönetim problemleri olarak belirtilmektedir (1, 5, 6).

Yaşlanmayla birlikte bireylerde geri dönüşümsüz kas iskelet sistemi kayıpları görülür. Bu problemler tüm tedavi seçeneklerine karşın tekrar yerine konulamaz bu kayıplara neden olmaktadır (7, 8). Özellikle internet kullanımının yaşlı bireyler arasında da artması ve dijital cihazlar ile geçirilen sürenin artmasıyla bu bireylerde postüral problemler de giderek artan sıklıkta görülmektedir. uzun süreli statik postürde (duruş) durmak, uygun olmayan ergonomi ile dijital cihazları kullanmak, hareketsiz olarak geçen sürede artış da yeni problemler oluşturur (1-6). Yanlış postürlerin neden olabileceği sorunlardan birisi de ağrıdır.

Ağrı, sinir sisteminin ani bir şekilde uyarılmasıdır. Keskin veya künt bir şekilde oluşabilir. Anlık olarak azalıp çoğalabilir veya devamlı olabilir. Ağrı çoğu zaman konforsuz bir durum olsa da, vücutta yolunda gitmeyen bazı durumları klinisyenlere bildirdiği için önem arz etmektedir (9). Birçok kas iskelet sistemi probleminin de ilk bulgularından birisi ağrıdır. Werner ve ark. 60 yaş ve üzeri bireylerde bilgisayar (internet) kullanımı ile fiziksel sağlık, tatmin, ruhsal sağlık arasındaki

ilişkileri inceledikleri çalışmalarında, uzun süre internet kullanan bireylerin fiziksel sağlığının kötüleştiğini ancak, internet kullanımının ilk etapta daha sağlıklı kişiler arasında yaygın olduğunu belirtmektedirler (1). Buna göre uzun süreli internet kullanımı özellikle fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkileyen sedanter bir yaşama doğru gidişe zemin hazırlamaktadır (1). Yaşlılarda internet kullanımı ve yaşam kalitesi üzerinde yapılan bir derleme çalışmasında ise ağrının bireyin fiziksel yeteneklerini etkilediği ve sosyal entegrasyonunu zayıflattığı tespit edilmiştir (1).

Yaşlı bireylerde internet kullanım sıklığı ve süresi gittikçe artmaktadır (6). İnternet kullanım sıklığının ve durasyonun artması ile yaşlı bireylerde ağrı ve postüral problemlerin oluşması muhtemeldir. Bu çalışma, yaşlı bireylerde, internet kullanma durasyonu, sıklığı ile ağrı ve postürün ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

BİREYLER ve YÖNTEM

Çalışma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde yaşayan 60 ve üzeri yaştaki internet kullanan gönüllü katılımcılar ile gerçekleştirildi. Çalışma kapsamında gönüllü bireylere uygulanmak üzere bir anket oluşturuldu. Bu anket alanında uzman dört öğretim üyesi (2 fizyoterapist, 2 bilgisayar bilimleri uzmanı) tarafından derlendi. Oluşturulan anket, aynı uzmanlar tarafından incelenip uygulanabilir olduğu belirlendikten sonra çalışma başlatıldı. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; 60 ve üzeri yaşta olmak kendisine yöneltilen sorulara cevap verebilecek kognitif ve işitsel becerisini sürdüren, düzenli internet kullanmak şeklinde belirlendi. Ağrı oluşturabilecek herhangi bir kas iskelet sistemi rahatsızlığı, ileri dönem kronik bir hastalık tanısı , iştime ve kognitif problemleri olanlar çalışma dışında bırakıldı.

Anket kapsamında katılımcılara; çalışma durumları, internet kullanma durasyonları (yıl) ve sıklıkları (gün / hafta, saat / gün) sorularak kaydedildi. Bilgisayar karşısındaki dört farklı oturma postüründen hangisini kullandıklarını belirlemek amacıyla (5) bilgisayar karşısında oturma postürü için seçilen 4 farklı fotoğraftan kendi postürlerini işaretlemeleri istendi. Bu fotoğraflardan sadece biri birçok araştırmacı tarafından tanımlanan düzgün ergonomik bilgisayar kullanım postürü (4, 5), diğer üç fotoğraf ise, araştırmacılar tarafından, yaşlı bireylerin sıklıkla tercih ettikleri, yanlış oturma postürlerinden seçildi. Anket, katılımcılara aynı araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşülerek uygulandı.

İstatistiksel Analiz: Çalışmadan elde edilen veriler "SPSS 17.00 for Windows" programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel bilgiler, ortalama ve standart sapma (X ± SS) şeklinde gösterildi. Tüm istatistiklerde $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir. . İnternet kullanma sıklığı ile bilgisayar karşısında oturma postürleri arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman Korelasyon Testi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya 60-80 yaşları arasında, yaş ortalaması 66,37±5,11 toplam 55 birey katılmıştır. Bu bireylerin 32 (%58)'si erkek, 23 (%42)'ü kadın olarak tespit edildi.

Olguların çalışma durumları incelendiğinde emekli (N: 33, %60,0), çalışan (N:7 %12,7), ev hanımı (N:11 %20,0), **çalışmıyor (N:** 3 %5,5) ve **öğrenci (N:** 1 %1,8) oldukları tespit edildi (Tablo 1).

	N	%
Emekli	33	60
Çalışan	7	12,7
Ev hanımı	11	20
Çalışmıyor	3	55,5
Öğrenci	1	1,8
Eksik cevaplayan	-	-
Toplam katılım	55	100

Tablo 1. Katılımcıların çalışma durumları

İnterneti kullanma süresini 49 bireyin ortanca olarak 10'u (%18,2) 1 yıldan az, 17'si (%30,9) 1-4 yıl, 20'si (%36,4) 5-8 yıl, 2'si (%3,6) 9 ve üzeri yıl olarak belirttikleri saptandı. Haftada interneti kullandığı gün sıklığını 48 katılımcı her gün (N:29 %52,7), haftada1-5 gün (N:16 %29,1), haftada 1gün (N:3 %3,5) şeklinde ifade etti. Günde internet kullanma sıklıklarını 50 katılımcıdan 26'sı (%47,3) 4 saatten az, 17'si (%30,9) 12 saatten az, 7'si (%12,7) 12saatten çok olduğu tespit edildi.

Katılımcıların 31'inde (%56,4) bilgisayar kullanırken ağrısının olmadığı, 18'i (%32,7) olduğu saptandı. Bilgisayar kullandıktan sonra katılımcıların 27'sinde (%49,1) ağrı oluşmazken, 19'unda (%34,5) oluştuğu tespit edildi (Tablo 2).

		N	**%**			**N**	**%**
İnternet kullanımı sırasında ağrı	Yok	31	56,4	İnternet kullanımı sonrasında ağrı	Yok	27	49,1
	Var	18	32,7		Var	19	34,5
	Toplam katılım	49	89,1		Toplam katılım	46	83,6
	Eksik cevaplayan	6	10,9		Eksik cevaplayan	9	16,4

Tablo 2. İnternet kullanımı sırasında ve sonrasındaki ağrı

48 katılımcı bilgisayar karşısında oturma postürünü kifotik postürde bilgisayarı diz (N:1 %1,8) ve masa (N:5 %9,1) üzerinde kullandıklarını belirtirken; dik ve düzgün oturma postüründe masa kenarında otururken ekran yükseltilmiş olarak (N:25 %45,5) ve bilgisayar diz üzerinde (N:2 %3,6) iken kullandıklarını ifade etti.

Haftalık interneti kullanma sıklığı ile günde interneti kullanma sıklığı arasında (r:0,39 p:0,01) ve bilgisayar kullanırken oluşan ağrı ile kullandıktan sonra oluşan ağrı arasında (r:0,73 p:0,00) pozitif yönde korelasyon; yaş ile bilgisayar kullandıktan sonra oluşan ağrı arasında negatif yönde korelasyon (r:-0,31 p:0,04) olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Bu çalışma sonucunda, KKTC'de yaşayan 60 yaş üzeri bireylerde haftalık interneti kullanımı ile ağrı ve postür arasında ilişki olduğunu tespit edildi.

Bilgisayar kullanımı amacıyla uzun sürelerle oturma pozisyonunda kalması sebebiyle, yaşlı bireylerin, bilgisayar kullanımının kısıtlandığı tespit edilmiştir. Bu kısıtlanmanın sebepleri arasında yaş ve ağrının belirleyici faktörler olduğu görülmüştür. Bunun yanında uygun olmayan pozisyonlarda veya mobilya tasarımlarında, internet ve bilgisayar kullanımının da ağrı ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (2, 4). Çalışmaya dahil edilen olguların yaşı ile bilgisayar kullanımı sonrasında oluşan ağrı arasında, ilişkinin anlamlı olması literatür ile uyumludur.. Bu durum, yaşlı bireylerde birden çok sebeple ortaya çıkabilen ağrının önlenebilmesi veya azaltılabilmesi için, postüral problemlerin de incelenmesi gerektiğini düşündürmüştür.

Bilgisayar kullanılırken ağrı hissedilmesinin katılımcılar arasındaki frekansı yüksek olup, bu durum bilgisayar kullanmayı bıraktıktan sonra azalmakla birlikte devam etmekte ve kullanım sırasındaki ağrı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Ağrı, yaşlı bireylerde pek çok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bilgisayar/internet kullanımı esnasında ağrının, var olan postür problemleri sebebiyle hissedilmiş olabilir. Bu çalışma sonucunda, bilgisayar kullanım sonrasında, ağrının azaldığı görülmüş ve bu durumun bilgisayar kullanımı sırasında yanlış postürün neden olduğu kas ve eklem ağrılarından kaynaklanabileceği ön görülmüştür. Ancak uzun süreli ve durasyonlu bilgisayar kullanımları sonrasında oluşan ağrının, zaman içerisinde tekrarlanmasıyla konikleşebileceği de belirtilmektedir (4). Bu durum, yaşlı bireylerde, bilgisayar kullanımı sırasında, alışkanlık haline getirilen yanlış oturma postürünün, uzun dönemde kronik hale dönüşebileceğini düşündürmüştür. Bu sebeple bilgisayar kullanımı sırasında oluşan ağrı kronik aşamaya gelmeden mutlaka değerlendirilerek azaltmaya ve tekrarını önlemeye yönelik önlemler alınmalıdır.

Çalışma kapsamında sorgulanan katılımcıların sadece yarısının literatürde önerilen postürde bilgisayarı kullandıklarını belirtmeleri de önemli bir sonuçtur.

Bilgisayar kullanımı sırasında düzgün oturma postürüne sahip olmayan bireylere mutlaka uygun bilgilendirmelerin yapılması gerekmektedir (3, 4). Böylelikle bireylerin daha ileri ki yaşlarında da bilgisayar veya internet kullanımının devam edebilmesi için, uygun ergonomik düzenlemelerin yapılmasının önemi ortaya konmuştur.

Tüm dünyada olduğu gibi KKTC ve Türkiye Cumhuriyeti'nde de toplum yaşlanmaktadır. Bununla birlikte son 10 yılda hayatımıza giren internet kullanımı ise artık insanoğlunun önemli ihtiyaçlarındandır (2, 3). Doğru bir postürde bilgisayar kullanımını gerçekleştirebilen bireylerin, yaşlanmaya bağlı olarak görülen diğer postüral problemler rağmen, yaşamlarının kalan zamanlarında ağrısız bir şekilde bu kullanıma devam edebilmeleri için, yaşlı dostu kentler oluşturulurken, bilgisayar kullanımı sırasında doğru postürde olmayı sağlayacak ergonomik düzenlemelerin gerekli olduğunu düşünmekteyiz (7, 8, 10).

Bu çalışmanın limitasyonları: Olgu sayısının az olması ve çalışmaya dahil edilen olguların ağrılarının detaylı değerlendirmesinin yapılmamış olmasıdır.

KAYNAKLAR

1- Werner JM, Carlson M, Jordan-Marsh M, Clark F. Predictors of Computer Use in Community- Dwelling, Ethnically Diverse Older Adults. Human Factors and Ergonomics Society. 2011; 53(5): 431-47.

2- Kim YS. Reviewıng and Critiquing Computer Learning and Usage Among Older Adults. Educational Gerontology, 2008; 34: 709–35.

3- White H, McConnell E, Clipp E, Bynum L, Teague C, Navas L, Craven S, Halbrecht H. Surfing the net in later life: a review of the literature and pilot study of computer use and quality of life. Journal of Applied Gerontology 1999;18:358–78.

4- Moto A, Tomonobu N. Study on the chair at work for the elderly. Ergonomics.2001;15:739-50.

5- Matsumoto m, Saito Y, Tanıguct T et al. A study of the relationship between sitting environments and physical motion activities in the elderly. Kawasaki journal of medicine welfare, 2006: 11(2); 69-76.

6- Nimrod G. Seniors' Online Communities: A Quantitative Content Analysis.*The Gerontologist.2009; 50(3):382-92.*

7- Muszalik M, Kornatowski T, Zielińska-Więczkowska H, Kędziora-Kornatowska K, Dijkstra A.Functional assessment of geriatric patients in regard to

health-related quality of life (HRQoL).Clin Interv Aging. 2014:19(10):61-7.

8- Sorensen RR, Jorgensen MG, Rasmussen S, Skou ST. Impaired postural balance in the morning in patients with knee osteoarthritis. Gait Posture. 2014: 39(4);1040-4.

9- Costardi D, Rozzini L, Costanzi C, Ghianda D, Franzoni S, Padovani A, Trabucchi M. The Italian version of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. Archives of Gerontology and Geriatrics 2007: 44;175–80.

10- Nigandu T, LehtisaloJ, Solomon A et al. 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER):a randomised controlled trial Lancet. 2015; 385:2255-63.

11- Hacettepe Üniversitesi Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönet

KENTLEŞME ve KENTLİLEŞME BAĞLAMINDA YAŞLI İNTİHARLARI

Yrd. Doç. Dr Sergender SEZER[33] Hatice Gül BÜLBÜL[34]

Mevlüde TÜRKAN[35]

Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji

GİRİŞ

TÜİK verilerine göre Türkiye'nin kentte yaşayan nüfusunun oranı % 90'ın üzerindedir. Türkiye'de, literatüre bakıldığında kentleşme kavramının sadece kentlerin fiziksel, mekansal ve alt yapı olarak gelişip büyümesi değil; toplumsal anlamda kente özgü davranışlar sergileyen bireylerin sayısının artması olarak da değerlendirilir. Oysa bu, kentleşme değil kentlileşmedir. Çünkü kentlileşme, kentte yaşayan bireylerin kente özgü davranışlar, tüketim alışkanlıkları, hobiler edinmesi ve kentlilik bilincine erişmesidir. Kentlilik bilinciyle toplumsal yaşam alanında ve toplumsal pratiklerde bazı değişimler meydana gelmekle birlikte aile içerisinde de dönüşümler yaşanmıştır. Geleneksel aile yapısının yerini çekirdek aile almıştır ve bunun sonucunda yaşlı bireyler çekirdek ailenin dışında kalmıştır. Bununla birlikte 1990'lardan itibaren genç, çalışabilir nüfus kentlere doğru yoğun göç gerçekleştirirken yaşlı nüfus köy ve kasabalarda kalmışlardır. Bu nedenle yaşlılar sosyal dışlanma, yalnızlık, yetersizlik, yoksulluk, yaşam standardının düşmesi gibi durumlarla karşılaşmışlardır. 1927'den 1950'ye kadar Türkiye'de kentli nüfusu % 3 iken 1950'ler ile birlikte hızlanan toplumsal ve ekonomik dönüşüm sonucunda kentsel alandaki nüfus 1950'lerde % 19'a, 1970'de % 36'ya ve 1990'da ise % 56'ya yükselmiştir.

TÜİK verilerine göre 2014 yılında Türkiye nüfusunun % 91,8'i kentlerde yaşarken % 8,2'si kırsal alanda yaşamaktadır. Aynı zamanda TÜİK'in Adrese Dayalı Nüfus Kayıt sisteminin 2007-2014 verileri incelendiğinde 2007 yılında toplam nüfusun % 49,9'unu kadın, % 50,1'ini erkek nüfusu oluştururken 2014 yılına gelindiğinde, toplam nüfusun % 49,8'ini kadın % 50,2'sini erkek nüfusu oluşturmaktadır. 65 yaş ve üzeri toplam nüfusun kadın ve erkek nüfus oranları incelendiğinde ise; 2007 yılında 65 yaş ve üzeri toplam nüfusun % 48'i erkek, % 52'si kadındır. 2014 yılına gelindiğinde ise erkek nüfusu % 43,6'ya düşerken kadın nüfusu % 56,4'e yükselmiştir. 2007 yılında intihar eden toplam nüfusun % 9,6'sını, intihar eden toplam

33 sergender@gmail.com

34 hgulbulbul@gmail.com

35 mevludeturkan@hotmail.com

erkek nüfusunun % 10,4'ünü, intihar eden toplam kadın nüfusunun % 8'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. 2014 yılına gelindiğinde ise intihar eden toplam nüfusun % 11'ini, intihar eden toplam erkek nüfusunun % 10,4'ünü, intihar eden toplam kadın nüfusunun %12,5'ini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır.

Bu verilerden de görüldüğü üzere yıllara göre 65 yaş ve üzeri bireylerin intihar oranları artmıştır. Çalışma kapsamında ve tüm bu veriler ışığında yaşlı bireyleri intihara iten nedenler incelenerek konu kentleşme, kentlileşme, intihar girişimi, intihar ve yaşlı intiharları kavramları çerçevesinde tartışılacaktır. Bu incelemeler ve araştırmalar sonucunda gerekli politikaların oluşturulması, gerekli kurumlarla görüşerek multidisipliner bir şekilde yaşlı bireyleri sosyal hayata kazandırarak yaşlı intiharları oranlarını minimum seviyeye indirmek amaçlanmaktadır.

Bu araştırmanın temel hareket noktası göç, kentleşme ve kentlileşmenin yarattığı toplumsal değişmenin yaşlıları yalnızlaştırdığı, bunun sonucunda da yaşlı bireylerin intihar eğilimlerinin, girişimlerinin ve intiharlarının arttığı varsayımıdır. Araştırmada hem Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nun 2009-2014 yıllarına dair nüfus ve intihar verileri kullanılmıştır. Bu verilerle beraber intihara girişmiş beş kişi ile görüşme yapılmıştır. Bu çalışma, devam eden bir araştırmanın parçası olduğundan ve sürenin kısa olmasından dolayı sadece beş kişi ile görüşme yapılabilmiştir. Hem TÜİK verileri, hem de görüşmeden elde edilen bilgiler birlikte değerlendirilerek analiz edilmiştir. Araştırmanın verileri İşlevselci ve Yaşamdan Geri Çekilme Teorisi'nin yaklaşımına uygun olarak analiz edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kentleşme, kentlileşme, yaşlı intiharları, intihar

GÖÇ, KENTLEŞME ve KENTLİLEŞMENİN YAŞLI BİREYLERE ETKİSİ

Sanayileşme ve buna paralel olarak ortaya çıkan tarımda makineleşme ile kırsal alanda iş imkanı azalmıştır. Tarımsal üretimin makineleşmesinin ortaya çıkardığı işgücü fazlalığı, daha fazla iş imkanı olduğu varsayılan kentlere yönelmiştir. Bu durum, çeşitlilik ve iş imkanlarının daha çok olduğu kente doğru zorunlu göçe neden olmuştur. Bunun sonucunda geleneksel yapı ve bunun temeli olan geleneksel geniş aile değişime uğramıştır. Bunlara ek olarak, kırsal alanların yoğun göç vermesi kentsel alanlarda nüfus yığılmasına neden olmuştur ve böylelikle kır ve kent arasında ciddi nüfus farklılıkları ortaya çıkmıştır. Kente doğru göç 1950 öncesi ve sonrası şeklinde ayrılabilir. 1950 öncesi kent nüfusu yaklaşık olarak 2 milyon civarında artarken, 1950 ve 1980 yılları arasında kent nüfusu 5.244.337'den 19.645.007'ye ulaşmıştır (Işık, 2005: 61- 62).

Belli bir nüfus yoğunluğuna sahip olması, kentleşmenin ilk kriterlerinden biridir. Bunun yanında sanayi sektörünün, hizmet sektörünün, fiziksel alt yapının gelişmiş olması, geleneksel aile yapısındaki çözülmeler sonucunda çekirdek aile yapısının

oluşması, örgütlenme, karmaşık iş bölümü ve uzmanlaşmanın oluşması gibi özellikler kentleşmeyi oluşturmaktadır (Kaya, 2007: 5).

Kentleşme, daha çok mekansal bir değişimi ve dönüşümü ifade etmekte iken kentlileşme mekânsal olmaktan ziyade daha çok kültürel bir değişimi ve dönüşümü ifade etmektedir. Kentlileşmeye kentleşmeyi takip eden bir süreç olarak bakılabilir. Kente göç ile başlayan, nüfusun "kent kültürü" olarak tanımlanan kültüre adapte olma süreci ve değişimine kentlileşme denilebilir (Sezer, 2007: 25).

Kentlileşme, öncelikle bireyselleşmeyi ve kıra göre ilişkilerin görece daha uzak ve seviyeli olduğu bir yapıyı beraberinde getirir. Çünkü kentli birey, artık kentin rutinine uyum sağlamak zorunda kalan bir bireydir. Kentin çalışma rutini beraberinde yaşam biçimi ve kültürü de getirir. Wirth'e göre; kentte yaşayanlar kırda yaşanlara göre daha hızlı bir akışın içindedirler. Kentsel alanlarda yaşayanlar fazla hareketli oldukları için insanlar arasındaki bağlar görece zayıftır. Çünkü insanlar her gün farklı etkinlik ve durum içinde yer almaktadırlar (Giddens, 2000: 507). Temelde kentli birey ile kente göç etmiş birey arasında yaşam biçimi, yönelinilen etkinlikler ve durum açısından ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin; kentli birey tiyatro, sinema, opera vb. alışkanlıkları olan, toplu yaşama kurallarının bilincinde olan, kentin trafik, sağlık, eğitim gibi kurallarının ve olanaklarının farkında olan, üretim ve tüketim ilişkileri daha fazla bireysellik içeren, tarımsal üretimden ve işbölümünden farklı olarak kente özgü karmaşık üretim, işbölümü ve uzmanlaşmanın içinde kendine bir meslek ve iş edinen, çoğunlukla belirli bir ücret karşılığı çalışan, yaşadığı dönemin, kentin, ülkenin ve dünyanın sorunlarına karşı daha duyarlı, okuyan, araştıran ve kendini geliştiren bireyler olduğu varsayılır.

Kırsal alanlar, işbölümü gelişmeyen, ekonomisi tarıma ve hayvancılığa dayalı olan, geniş aile türünün varlığını koruyan, komşuluk akrabalık ilişkileri olan toplulukların yaşadığı bir alan olarak betimlenebilir. Bunun yanı sıra sayıca az nüfuslu, eğitim, sağlık, ulaşım, haberleşme olanaklarının sınırlı olduğu, kapalı bir toplum birimidir (Geray, 1975: 45). Oysa bugün Türkiye'de kırsal alanlarda yaşayanların büyük çoğunluğunu yaşlılar oluşturmaktadır. Kırdan kente gerçekleşen göçler sonucunda kırda ve kentte ciddi değişimler meydana gelmekte ve Köylülük alt kültürü ve kentlilik kültüründe değişimler yaşanmaktadır. Köyden kente göç edenlerin kente uyum süreci ile birlikte yeni bir kentli tanımı ve pratiği ortaya çıkmıştır. Kırdan kente göç ile kentlerde fiziksel değişimler meydana gelmiş, başka bir ifadeyle kentsel yerleşim düzeninde farklılıklar yaşanmıştır. Köylerden kentlere göç eden köylülerin kimliklerinde farklılaşmalar ve çatışmalar ortaya çıkmış buna paralel olarak kentliler de köylüler ile olan iletişimleri sonucunda kentli bireylerin "kent ve kentli dokusunda" değişimler meydana gelmiştir. Göç sonrasında köylerin tarımsal, fiziksel yapısında farklılıklar olmuştur. Köyde kalan köylülerde de gidenlere yönelik yeni tutumlar ve beklentiler meydana gelmiştir (Güreşçi, 2010: 51- 54).

Kente göç edenlerin ilişki biçimlerinin 'dinamik' ve 'esnek' olduğu söylenebilir. Yani artık kente göç eden birey artık ne tam bir köylüdür ne de tam bir kentlidir. Beraberinde gecekondulaşma ve üretici olmayan hizmet işleri kentin bir parçası olmuş ve dolayısıyla bu bireyler arada kalmıştır. Bu nedenle kent ve köy yaşamının arasında yer alan 'sahte kentleşme' ve 'sahte kentlilik' gibi terimler ortaya çıkmıştır (Kıray, 1998: 98- 99). Bunlarla birlikte toplumsal gerilimler ile bazı çatışmalar da ortaya çıkmıştır. Cevdet Yılmaz, bu gerilimlerin kentsel eşitsizlikler, farklı taleplerin farklı biçimlerde ifade edilmesi gibi hareketlerin çatışmalara yol açtığından bahsetmektedir. Kentteki yerel, ulusal, küresel olmak üzere birçok toplumsal hareketin bulunması da kentleşme ve kentlilik ile doğrudan ilintilidir (Yılmaz, 2010: 93- 94). Göç ve kentleşme en çok aile yapısını etkilemiştir. Kırsal mülkiyet, üretim ve tüketim ilişkileri içinde çok bireyli, çok nesilli geleneksel aile yapısı, kente göçle gelenlerde çekirdek aileye, kırda kalanlarda ise ya çekirdek aileye ya da daha az bireyli ve nesilli geniş aileye dönüşmüştür.

Kentleşme ve kentlileşmenin etkilediği bireyler ve gruplar içinde en riskli grubu yaşlılar oluşturmaktadır. Yaşlı bireyleri bekleyen riskler ise yalnızlık, tükenmişlik, statü kaybı, depresyon ve intihardır. Özellikle yaşlılığın getirdiği hastalıklar, fiziksel yorgunluk ve zayıflık, hareket güçlüğü, sosyal hayattan uzaklaşmak, zamanı ve toplumu anlamak, uyum sağlamakta zorlanma, kuşak çatışması, kendilerini yük ve gereksiz olarak görmeleri, ilgisizlik, sevgisizlik, hayattan zevk alamamak, yoksulluk ve çalışmıyor olmak yaşlılardaki intihar riskini arttırmaktadır.

Yaşlıları bekleyen en önemli risklerden birisi de depresyondur. Ancak her depresyon intihar eğilimi ve girişiminin sebebi olmaz. Buna rağmen yaşlılardaki depresyon, diğer yaş gruplarına nazaran daha dikkat çekicidir. Solomon (2005: 17) depresyonu, "sevgideki çatlak" olarak değerlendirmektedir. Daha önce Muğla'da yapılan çalışmalarda (Sezer ve Kemik, 2014), (Oktik, vd. 2004) yaşlılardaki temel sorunlardan biri olarak "sevme-sevilme ihtiyacının eksik veya hiç karşılanmaması" şeklinde ortaya çıkmaktadır. Yaşlıların çocukları ve torunlarından uzakta olmaları veya az görüşmeleri sevgi eksikliğinin ortaya çıkmasındaki temel etkenlerdir. Diğer etken ise yaş ilerledikçe sosyal çevredeki ilişki içinde olunan akranların azalmasıdır. Kimi zaman yaşlılar koca bir gün tek bir insanla dahi yüzyüze konuşamaz hale gelmektedirler. Nitekim görüşme yapılan yaşlılardan K1 bu konuda şunları ifade etmiştir; "*... çocuğum benim evimi görüyorsun, biraz köyün dışında zaten, köyde de doğru düzgün adam yok. Çoğu benim gibi yalnız, yürüyüp gelse bir dert, gitmesi bir dert. Bazen oluyor ki üç dört gün kimse kapımı çalmıyor. Telefon da olmasa insan sesi duyamayacağım. Telefon da konuşmak hiç insanla konuşmak gibi olur mu? İnsan ses istiyor, nefes istiyor, bir çocuğun başını okşamak, bir insanla yarenlik etmek, latife etmek istiyor. Sanki bir suç işledik de beni hapse attılar… Hapis de bile insan görürsün çocuğum, burada öyle mi?*"

Benzer şekilde E2, *"Benim torunlarım var, ikisi de çok güzeldir, beni de çok se-*

viyorlar. Şimdi ikisi de koca adam. Ama farketmiyor. Bana derlerdi torun sevgisi başka, ben de insanın çocuğundan daha fazla ne olabilir ki, diye düşünürdüm hep. Sevemedim doya doya torunlarımı. Herkesi görüyorum sokakta, parkta, orada burada… Torunlarının elinden tutmuşlar, geziyorlar, tozuyorlar. Ben bunları yapamadım işte. Herkes uzakta. Yılda bir kaç gün ya görüyoruz, ya göremiyoruz. Eşimi de kaybedince iyice kapımı kimse açmaz oldu…" demiştir.

YAŞLILIĞIN SOSYAL BİR SORUN HALİNE GELMESİ

Yaşlanma denildiği zaman doğumdan ölüme kadar devam eden bir süreç akla gelmektedir. Yani yaşlanma süreci, evrensel bir nitelik taşımaktadır. Fakat toplumların refah düzeyleri, yaşam standartları, sosyo-kültürel farklılıkları yaşlı tanımını değiştirmektedir. Farklı toplumlarda, farklı algı düzeyleri, yaşam biçimleri yaşlılık biçimlerini ve tanımlarını da değiştirmektedir. Ortalama yaşam sürecinin artması, bağımlı nüfusun çoğalması ile birlikte yaşlılar ile ilgili sosyal, kültürel, ekonomik, psikolojik anlamda çözülmesi gereken sorunlar ve üretilmesi gereken politikalar gündeme gelmektedir. Çünkü büyük bir kısmı kaplayan yaşlı nüfusu gözden çıkarılması gereken değil aksine o süreç için de üretilmesi gereken alanlar yaratılmalıdır. Yaşlılar zihinsel ve fiziksel üretkenliklerini bir şekilde devam ettirerek sosyal yaşama dahil olmalıdırlar. Tam da bu tartışmalar bizi yaşlılığın sosyal bir sorun haline gelmesi nasıl olur? Sorusuna yöneltmektedir. Yaşlılık dönemi ile ilgili görülen en yaygın problemlere bakıldığında; genel yaşam standartlarının düşüklüğü, yoksulluk ve düşük gelir, sosyal güvenlik politikalarının değişkenliği, tek başına yaşayan yaşlıların artması, konut koşullarının uygunsuz ve yetersizliği, aile bakımının azalması, yaşlılığa yönelik olumsuz görüşler gibi sorunlardan dolayı yaşlılık sosyal bir sorun olarak toplumun yaşlı olmayan nüfusu için de önemsenmesi gereken bir konudur. Bu anlamda yaşlıların yaşam memnuniyeti büyük önem kazanmaktadır. OECD'nin 1992 yılında yaptığı açıklamaya göre yaşlı, davranış ve ihtiyaçlarında değişim olan 65 yaş üzerindeki insanlardır. Buradaki davranış ve ihtiyaçlardaki değişimler yaşlılık, toplumsal ve sosyal alanda önem arz etmektedir. Giderek artan yaşlı nüfus ve yaşlanan bir toplum bulunmaktadır (Kurt, Erkol, Beyaztaş, 2000: 33-34).

Tablo 2'de Türkiye'nin 2009-2014 yılları arasındaki nüfusuna bakıldığında yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranının % 7.9'dan % 9'a ulaştığı görülebilmektedir. TÜİK'in yapmış olduğu ve Tablo 1'de görülen nüfus projeksiyonları incelendiğinde yaşlı nüfusunun oranı 2023 yılında % 10'un üzerine çıkacaktır. 2075 yılına gelince ise % 17,5 ile % 27,7 arasında bir orana ulaşacaktır. Bu da 18-24 milyon (kişi) arasında değişen bir nüfusa tekabül edecektir.

Tablo 1. 65 Yaş ve Üzeri 2013-2075 Nüfus Projeksiyonları

Senar-yo		2013	2023	2050	2075
1	**Toplam nüfus**	76 481 847	84 247 088	93 475 575	89 172 088
	65 + nüfus oranı (%)	7,7	10,2	20,8	27,7
2	**Toplam nüfus**	76 481 847	85 153 647	104 309 596	119 344 690
	65 + nüfus oranı (%)	7,7	10,1	18,7	20,7
3	**Toplam nüfus**	76 481 847	85 598 777	110 546 401	140 672 782
	65 + nüfus oranı (%)	7,7	10,1	17,6	17,5

(TÜİK, 2013).

Toplumlar değişimlere karşı bir tutum sergilemektedirler fakat zaman içerisinde bu değişimlere uyum sağlamaya başlamaktadırlar. Kentleşme ve kentlileşme de toplumların yaşamış oluğu değişim süreçlerinin en önemlilerindendir. Çünkü kentleşme ve kentlileşmeyle birlikte insanların, toplumların edindiği tecrübeleri, kültürleri, hayat tarzları, sosyal durumları da değişim göstermiştir. Bu değişime uyum sağlama sürecinde yaşlıların arka planda kaldığı söylenebilir.

Değişen hayat tarzı ve modernleşme olgusuyla birlikte yaşlılık hayatın son noktası, ölüme yaklaşma olarak görülmeye, yaşlı bireylerin bilgi ve tecrübelerine daha az ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Artık yaşlı bireylerin birikimleri 'modası geçmiş yığınlar' olarak nitelendirilmeye başlanmıştır. Yaşlı bireylerin, çocukları, torunları, yakın çevresi tarafından ilgi, destek, sevgi ve saygı görmemesi, dolayısıyla kendilerini "işe yaramaz" hissetmeleri yaşlıların yalnızlaşmasına, ruh sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Yaşlı nüfus, göç etmek zorunda kaldıklarında yeni yerleşim yerlerine, fiziki ve sosyal çevreye uyum sağlama konusunda sorunlar yaşamaktadırlar. Göçten etkilenmelerinin önemli sebeplerinin başında kırsal alandaki meşguliyetlerini kaybetmiş olmaları gelmektedir. Kente gelen yaşlı kırsal alandaki rutinlerini gerçekleştirememekte aynı zamanda yaşlı kentlileşmesini sağlayacak bir rutin bulmakta zorlanmaktadır. Bu durumlar sonucunda yaşlı kendisini yalnız, istenmeyen, dışlanan, önemsenmeyen, fark edilmeyen bir birey olarak hissetmekte ve bununla birlikte ortaya çıkan ruhsal bozukluklarla intihara sürüklenmektedir (Ersoy, Okçay ve Özkahraman, 2012: 53-54).

Tablo 2. Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus 2009- 2014

Yıl	Yaş Grubu	Toplam	Erkek	Kadın	Top-lam	Erkek	Kadın
					Oran (%)		
2009	**Toplam**	**72 561 312**	**36 462 470**	**36 098 842**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	0-14	18 859 334	9 681 912	9 177 422	26,0	26,6	25,4
	15-64	48 618 564	24 557 794	24 060 770	67,0	67,4	66,7
	65 +	5 083 414	2 222 764	2 860 650	7,0	6,1	7,9
2010	**Toplam**	**73 722 988**	**37 043 182**	**36 679 806**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	0-14	18 878 582	9 691 297	9 187 285	25,6	26,2	25,0
	15-64	49 516 670	25 020 856	24 495 814	67,2	67,5	66,8
	65 +	5 327 736	2 331 029	2 996 707	7,2	6,3	8,2
2011	**Toplam**	**74 724 269**	**37 532 954**	**37 191 315**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	0-14	18 886 575	9 694 739	9 191 836	25,3	25,8	24,7
	15-64	50 346 979	25 440 290	24 906 689	67,4	67,8	67,0
	65 +	5 490 715	2 397 925	3 092 790	7,3	6,4	8,3
2012	**Toplam**	**75 627 384**	**37 956 168**	**37 671 216**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	0-14	18 857 179	9 678 382	9 178 797	24,9	25,5	24,4
	15-64	51 088 202	25 803 873	25 284 329	67,6	68,0	67,1
	65 +	5 682 003	2 473 913	3 208 090	7,5	6,5	8,5

2013	**Toplam**	**76 667 864**	**38 473 360**	**38 194 504**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	0-14	18 849 814	9 675 248	9 174 566	24,6	25,1	24,0
	15-64	51 926 356	26 237 038	25 689 318	67,7	68,2	67,3
	65 +	5 891 694	2 561 074	3 330 620	7,7	6,7	8,7
2014	**Toplam**	**77 695 904**	**38 984 302**	**38 711 602**	**100,0**	**100,0**	**100,0**
	0-14	18 862 430	9 683 155	9 179 275	24,3	24,8	23,7
	15-64	52 640 512	26 601 724	26 038 788	67,8	68,2	67,3
	65 +	6 192 962	2 699 423	3 493 539	8,0	6,9	9,0

(TÜİK, 2002-2014)

Bu durumla ilgili olarak görüşmelerde K1, E1 ve E2 kente sonradan gelip buranın koşullarına uyum sağlamak zorunda kalmış kişilerdir. K1'in söylediği "*... 54 yaşımda geldim şehire. Uzun süre alışamadım. Her şeyi parayla almak zor galir hala bana. Amcandan kalan maaş olmasa ne'yderim ben. Ota bile para veriyorum ben. Gençken gider toplardım, şimdi nereye gidiyorsun a oğlum? Oğlum kızım olmasa açım. Sağolsunlar bana destek çıkıyorlar da idare ediyorum…"* şeklindeki ifadesi ile E1'in babasının intiharıyla ilgili olarak, "*…babam sonradan geldi buraya, annem varken iyi kötü idare ediyordu. Bir türlü alışamadılar, ama hayat şartları işte… Annem öldükten sonra iyice içine kapandı. Bir de bunama var dedi doktor. İki kez kurtardık. Üçüncü de asmış kendini işte, kurtaramadık. Köyde kalsa belki bir şey olmazdı diyorum ama oradakiler de farklı değil ki…"* şeklindeki sözleri ile E2'nin "*... uyamadım ben bu devire, bu insanlara. Burada her şey para, her şey çıkar…"* demesi kente göçle gelen bireylerin yaşadıkları sıkıntılara birer örnektir.

YAŞLILIK ve İNTİHAR

Yaşamdan geri çekilme teorisine göre yaşlılık, çalışma ve emeklilikte olduğu gibi, toplumun ve bireyin karşılıklı olarak ayrılma, kopma ve uzaklaşma yaşadığı bir dönemdir. Bu kurama göre toplumsal alandaki dengenin sağlanması ve korunması için bir döngünün yaşanması gerekmektedir. Dolayısıyla toplumsal alanda daha önceden yaşlı bireyler tarafından sahiplenilmiş görev ve konumlarda daha genç bireylere ihtiyaç duyulmaktadır. Diğer taraftan yaşlı bireyler yaşamlarının son evrelerinde oldukları düşüncesi ile ve üretim kapasitelerinin azaldığının hissettirilmesi nedeniyle geri çekilmeyi tercih etmektedirler (Oğuz, 2007: 37-38).

Yaşam evrelerinden biri olarak yaşlılık işlevsel kuram ile de açıklanabilir. Yaşamın tüm evrelerinin bir bütün olarak ele alınması durumunda yaşlılık dönemine karşı oluşturulan önyargılar bütünü bozmakta ve sistemin çözülmesine neden olmaktadır. Toplumsal alan her bireyin eşit hak ve özgürlüklere sahip oldukları alandır. Ancak toplumun önemli bir bölümünü oluşturan yaşlı bireylerin ekonomik alandan, sosyal alandan dışlanması; "ölüme yakın", toplumu terk etmek üzere olan bireyler olarak görülmesi toplumsal alanda bütünlüğün sarsılması olarak değerlendirilebilir (Wallace, Wolf, 2004: 22).

Dünyada her yıl 800.000'den fazla insan intihar etmektedir. Dünya genelinde yaklaşık olarak her 40 saniyede bir insan intihar etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün Birinci Küresel İntiharı Önleme Raporu'na göre intiharların % 75'i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (WHO, 2014).

TÜİK verilerine göre Türkiye'de intihar eden yaşlılar arasında en fazla 75 yaş ve üzeri erkekler yer almaktadır. Yaşamın son evresi olarak görülen yaşlılık döneminde her iki cinsiyet için de yaygın intihar sebepleri arasında hastalık yer almaktadır. Bu dönemde intihar riskini artıran hastalıklar arasında yeti yitimine yol açan kronik hastalıklar, kalp hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve kanserler yer almaktadır. Bunun yanı sıra yaşlanmaya bağlı fiziksel ve zihinsel yeti yitimi, ekonomik zorluklar ve bireyin yaşam tarzındaki değişikler depresyona olan yatkınlığı artırmaktadır (Duru ve Özdemir, 2009: 36-37).

Depresyon bireyler ve toplum tarafından kabullenilmiş bir sağlık sorunu iken Solomon'a göre (2005: 252) "intihar şaşırtıcı bir şekilde depresyondan daha olağan, kılık değiştirmiş ve tuzaklıdır. Aslında gözlerimizi üzerinden ayıramadığımız çok büyük bir toplumsal sağlık sorunudur. Örneğin her 17 dakikada bir Amerika'da birileri intihar etmektedir" ve bunun nedeni modern toplumun bireylerini korunmasız ve sevgisiz bırakmasıdır.

Alvarez'e göre (2007: 95) intihar eden birey, "geri kalanlara her şeyin nasıl kötü gittiğini anlatmak ister." Kötü giden şeyler yaşlılar söz konusu olduğunda bu çalışmada da bahsedildiği gibi oldukça fazladır.

İntiharlar dört gruba ayrılırlar: birinci grup intihar girişimi, bireylerin ne yatıklarının farkında olmadan gerçekleşen girişimdir. İkinci grubu, yarı kolay ölüm arzusuyla gerçekleştiren bireyler oluşturmaktadır. Burada her ne kadar geri dönüşü olmayan bir eylem olsa da intihar, intikam için yapılır. Üçüncü grup intiharı bir kurtuluş yolu, çözüm olarak görmektedir. Dolayısıyla tahammül edilemeyen problemlerin tek çözümü ölüm gibi düşünülerek intihar girişiminde bulunulur. Dördüncü grup ise intihara akılcı bir mantıksal yaklaşım getirir. bu grupta yer alan bireyler hayatın acı veren taraflarını deneyimlemek istemezler. Genellikle fiziksel zihinsel bir rahatsızlık ya da bireylerin hayatında gerçekleşen önemli değişimler, bu kişileri

intihar etmenin mantıklı olduğu fikrine ikna eder (Solomon, 2005: 248-249).

Ahlaksal yargı içerinde yer alan intihar kavramı, Durkheim tarafından sosyal bilimlerin rasyonel ilgi alanına konulmuştur. İntihar kavramı üzerine yoğunlaşan Durkheim intiharın dört tipi olduğundan bahsetmiştir: bencil intiharlar, elcil intiharlar, özgeci intiharlar ve anomik intiharlar. Bencil intiharlar, bireylerin yaşadıkları topluma uyum sağlamakta sorun yaşamaları, toplumsal hayat ile bütünleşememeleri sonucu gerçekleştirdikleri intihar türüdür (Durkheim, 2002: 235-236). Elcil intihar ise bencil intiharın aksine toplumla fazlaca bir bütünleşmenin gerçekleşmesi sonucu oluşmaktadır (Durkheim, 2002: 245). Anomik intihar, irritasyon ve nefret sonucu gerçekleşen bir intihar türüdür (Durkheim, 2002: 275). Durkheim'e göre modern toplumlarda "sosyal varlık artık gelenek ve alışkanlıklarla yönetilmez ve bireyler giderek birbirleriyle daha fazla rekabete girdikleri bir yere yerleştirilirler. Hayattan daha fazla talep ettikçe, herhangi belirgin bir şey değil ama verilenden daha fazlasını istediklerinde, arzularıyla tatminleri arasındaki uyumsuzluktan acı çekmeye başlarla ve sonuçtaki tatminsizlik intihar dürtüsünü güçlendirir" (Aktaran: Solomon, 2005: 254). Son olarak kaderci intihar türü, bireylerce dayanılması mümkün olmayan kötü koşullara maruz kalan, kötü şartlarda yaşamaya çalışanlar tarafından girişilen bir intihar türüdür (Solomon, 2005: 254).

Genel inanışa göre intihardan söz eden bireyler intihar girişiminde bulunmamaktadır. Ancak realitede bu durumun aksi söz konusudur. İntihar kelimesini dile getiren bireylerde intihar etme eğilimi daha yüksektir. Bunun yanı sıra bir kez intihar girişiminde bulunan bireylerin bir daha tekrarlamayacağı yanılgısına da dikkat çekmek gerekir. İntiharı deneyimleyen bireylerin tekrar deneme ihtimalleri oldukça yüksektir.

İntiharlar istatistiksel ve görünürlük açısından daha ön plandadır ve akademik çalışmalardaki ilginin de intiharlar üzerinde olması bu yüzdendir. Oysa intihar girişimleri böyle değildir ve intiharları önlemek için girişimlerin daha ayrıntılı olarak araştırılması şarttır.

İntihar girişiminin farklı nedenleri olduğu açıkça bilinmektedir. İntihar denince genellikle iki neden öne çıkmaktadır; birincisi depresyon, ikincisi ise ekonomik sorunlardır. Ancak sanılanın aksine, ekonomik olarak iyi durumda olan bireyler ekonomik durumu oldukça kötü olan bireylerden daha fazla intihar girişiminde bulunmakta ve intihar eylemini gerçekleştirmektedirler. Bunun nedeni başarılı bireylerin kendilerine belirledikleri hedef standartlarının yüksek olması olarak ele alınabilir. Hedefe varamayan başarılı birey duygusal olarak sarsıntı yaşar ve hayal kırıklığına uğrar. Genelde başarılı bireyler arasında yaygın olan "kendini tahlil" ve "detaylı inceleme" alışkanlığı bireyleri intihara sürükleyebilir (Solomon, 2005: 259).

İntihar eylemi ve girişimi toplumda her yaş tarafından yapılabilmektedir. Ancak erken yaşta intihar oldukça sık görülmektedir. Ergenlik döneminde bireyler ölümle birlikte bilincin tamamen kapanması durumuna inanmamaktadırlar. Ancak onları intihardan koruyan ölümün karanlık yüzüdür. Buna rağmen ergenlik dönemi bireylerin intihara en çok başvurduğu süreçler arasında yer almaktadır. Her ne kadar ergenlik döneminde intihara girişim ve intihar eylemini gerçekleştirme durumu çok fazla olsa da, oldukça yüksek oranda intihar, altmış beş yaş ve üzerindeki bireyler arasında olmaktadır (Solomon, 2005: 262, 263). İntihar yaşamın her evresinde kendini gösterse de yaşlılık döneminde oldukça yoğunlaşmaktadır. İntihar girişimi her dönem bireyleri tarafından yapılabilmekte ancak tamamlanmış intiharın yaş ile doğru orantılı olarak artmaktadır (Aslan ve Hocaoğlu: 300).

Solomon gibi Durkheim'da intiharın en yüksek oranda yaşlılıkta görüldüğünü dile getirmiştir. Ona göre intihar yaşamın belirli bir evresinde ortaya çıkan bir durum değil yaş ile paralellik göstererek artmaktadır (Durkheim, 2002: 94,96). Toplumsal alanda gençlerin intiharı yaşlı bireylerin intiharından daha üzücü görülmekte ve yaşlı intiharı daha az önemsenmektedir. Bunun nedeni ergenlikten çıkışın bir yolu olduğu ancak yaşlılığın son nokta olduğu düşüncesidir. Yaşlılık yaşlı bireyler tarafından da son nokta olarak algılanmakta ve depresyona girmektedirler. Dolayısıyla depresyon durumu yaşlı bireyler için intihar adına geçerli bir sebeptir. Bunun yanı sıra pek çok yaşlı birey kronik intihar davranışlarına girer. Bu davranışlar, kendilerini beslememeleri, kendilerine bakmamaları, kişisel ihtiyaçlarını karşılayamama durumuna gelmeden ölmeyi istemeleri şeklinde sıralanabilir. Bunun yanı sıra hayatları boyunca çalışan, aktif halde bulunan bireylerin emeklilik sonrası, hareket düzeylerinin düşmesi, yoksulluğun ortaya çıkması, toplumsal alandan kaybedilen statü nedeniyle depresyona girebilmektedirler. Depresyona giren bireyler intihar çeşitlerinden herhangi birini kullanarak hayatlarına son vermektedirler. İntihar çeşitleri arasında yaygın olarak kullanılan yöntemler, silahlar, ilaç içme, asma, yüksekten atlama şeklinde sıralanabilir. Ancak intihar o kadar çeşitli yöntemlerle yapılmaktadır ki yukarıda sayılanlar oldukça kısıtlı olmaktadır (Solomon, 2005: 263).

Tablo 3. Türkiye'de İntiharların Yaş Grupları ve Yıllara Göre Genel Durumu

A. Toplam B. Erkek C. Kadın

			Yaş Grupları															
Yıl		**Toplam**	**- 15**	%	**15-24**	%	**2 5 - 34**	%	**35-44**	%	**45-54**	%	**55-64**	%	**65+**	%	**Bilinmeyen**	%
2009	A	**2898**	95	3.28	603	20.81	589	20.32	480	16.56	475	16.39	303	10.46	339	10.98	14	0.48
	B	**2111**	49	2.32	352	16.67	435	20.61	390	18.48	383	18.14	235	11.13	256	11.56	11	0.52
	C	**787**	46	6.86	251	31.89	154	19.57	90	11.44	92	11.69	68	8.64	83	9.4	3	0.38
2010	A	**2933**	107	3.65	692	23.59	619	21.10	478	16.30	417	14.22	270	9.20	321	11.12	29	0.99
	B	**2073**	48	2.32	407	19.63	439	21.18	373	17.99	342	16.50	202	9.74	239	11.48	23	1.11
	C	**860**	59	6.86	285	33.14	180	20.93	105	12.21	75	8.72	68	7.91	82	10.22	6	0.70
2011	A	**2677**	103	3,85	620	23,16	556	20,77	433	16,17	392	14,64	246	9,19	309	11.54	18	0,67
	B	**1876**	45	2,40	351	18,71	387	20,63	337	17,96	315	16,79	187	9,97	240	12.8	14	0,75
	C	**801**	58	7,24	269	33,58	169	21,10	96	11,99	77	9,61	59	7,37	69	7.24	4	0,50
2012	A	**3225**	106	3,28	741	22,97	642	19,90	518	16,06	469	14,53	329	10,20	381	11.81	39	1,21
	B	**2315**	53	1,64	444	13,76	479	14,85	378	11,72	384	11,90	271	8,40	270	9.88	36	1,11
	C	**910**	53	1,64	297	9,21	163	5,05	140	4,34	85	2,63	58	1,80	111	3.43	3	0,09
2013	A	**3252**	85	2,6	816	25,1	638	19,6	515	15,8	473	14,6	325	10	373	11.5	27	0,8
	B	**2382**	39	1,6	523	21,9	484	20,3	401	16,9	376	15,8	257	10,8	279	11.7	23	1,0
	C	**870**	46	5,3	293	33,7	154	17,7	114	13,1	97	11,2	68	7,9	94	10.8	4	0,5
2014	A	**3065**	118	3,8	756	24,7	611	19,9	487	15,9	418	13,7	306	10,0	336	11	33	1,1
	B	**2276**	55	2,4	514	22,6	472	20,8	375	16,4	351	15,4	245	10,8	237	10.4	27	1,2
	C	**789**	63	8,0	242	30,6	139	17,6	112	14,2	67	8,5	61	7,8	99	12.5	6	0,8
Toplam	**A**	**18050**	**614**		**4228**		**3655**		**2911**		**2644**		**1779**		**2059**		**160**	
	B	**13033**	**289**		**2591**		**2696**		**2254**		**2151**		**1397**		**1521**		**134**	
	C	**5017**	**325**		**1637**		**959**		**657**		**493**		**382**		**538**		**26**	

(TÜİK, 2000-2014).

Tablo 3'e bakıldığında Türkiye'de Yaşlı bireylerin gerçekleştirdiği intiharlarda öldürme kesinliği yüksek yöntemlerin tercih edildiği görülmektedir. Bu yöntemlerde ilk üç yöntem, asma, ateşli silah ve yüksekten atlamadır. Yaşlılıkt bireylerin karşılaştıkları sağlıksorunlarının ve toplumsal sorunların çözümü veya eski haline gelmesi çok zor olmaktadır. Bu yüzden öldürme kesinliği yüksek yöntemleri daha fazla tercih etmektedirler.

Tablo 4. Yıllara Göre Yaşlı İntiharlarında Kullanılan Yöntemler 2009-2014

Yöntemler	Yaş Grubu	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Toplam
Asma	**65-74**	102	88	80	93	117	109	**588**
	75 +	94	100	94	115	93	87	**583**
Kimyevi madde	**65-74**	18	4	11	14	5	10	**62**
	75 +	9	8	6	10	15	6	**54**
Yüksekten atlama	**65-74**	20	22	18	24	15	23	**122**
	75 +	19	25	24	26	27	22	**143**
Suya atlama	**65-74**	5	3	4	5	2	1	**20**
	75 +	1	2	-	2	1	2	**8**
Ateşli silah	**65-74**	31	32	30	45	36	25	**199**
	75 +	31	20	22	26	33	30	**162**
Yakma	**65-74**	-	1	1	-	2	-	**4**
	75 +	-	-	1	1	2	-	**4**
Kesici alet	**65-74**	2	4	3	4	2	2	**17**
	75 +	3	3	4	1	1	8	**20**
Doğalgaz, tüpgaz v.b.	**65-74**	-	-	1	-	-	-	**1**
	75 +	-	-	1	-	-	1	**2**
Tren veya motorlu taşıt altına atlama	**65-74**	4	1	-	-	-	2	**7**
	75 +	2	-	-	1	-	-	**3**
Diğer	**65-74**	3	3	4	7	9	9	**35**
	75 +	5	5	5	7	13	8	**43**

(TÜİK, 2000-2014).

Tablo 4 incelendiğinde en fazla yaşlı intiharının olduğu 10 il sırasıyla verilmiştir. Buna göre ilk üç ili İstanbul, İzmir ve Ankara oluşturmaktadır. En çok yaşlı intiharının gerçekleştiği 10 ile bakıldığında bu illerin tamamının yoğun göç alan iller olduğu görülebilmektedir. Bu araştırmada zaman darlığından dolayı nüfusa orantılı

olarak diğer illerin durumuna bakılamamıştır ancak nüfusa orantılandığında yaşlı intiharlarının göç veren illerde de yüksek oduğu hemen göze çarpan bir durumdur.

Yaşlı intiharlarında sebeplerin büyük çoğunluğunun bilinmiyor olması sorunun kavranmasını ve çözüm üretilmesini zorlaştırmaktadır. TÜİK'in intihar olaylarıyla ilgili formlarında sebeplerin tespitiyle ilgili sorunların olması yanında, bu formları dolduran güvenlik ve sağlık personelinin ilgisizliği veya bilgisizliği sorunu büyütmektedir.

Bilinmeyen sebeplerin dışında ve bilinen sebepler içinde en fazla öne çıkan sebep "hastalık"tır. "Diğer" seçeneği dikkate alınmadığında ikinci sebebin "Geçim zorluğu" olduğu, üçüncü sebebin ise "Aile geçimsizliği" olduğu görülebilmektedir.

Tablo 5. Yaşlı (65 yaş üstü) İntiharlarının En Fazla Görüldüğü İller

A. Toplam **B.** Erkek **C.** Kadın

Yıl		İstanbul	İzmir	Ankara	Bursa	Aydın	Antalya	Manisa	Kayseri	Adana	Konya
2009	A	48	27	16	13	13	11	8	6	4	2
	B	36	21	12	9	11	10	4	3	2	1
	C	12	6	4	4	2	1	4	3	2	1
2010	A	39	26	17	15	8	8	7	10	8	5
	B	30	16	14	12	7	6	5	6	8	5
	C	9	10	3	3	1	2	2	4	-	-
2011	A	42	27	17	11	12	8	9	3	8	4
	B	32	23	13	10	11	4	9	2	6	3
	C	10	4	4	1	1	4	-	1	2	1
2012	A	50	35	24	14	16	11	12	10	10	11
	B	35	30	13	11	7	8	10	7	6	8
	C	15	5	11	3	9	3	2	3	4	3

2013	A	43	24	18	18	13	13	10	8	4	10
	B	33	25	13	15	10	8	8	7	4	6
	C	10	3	5	3	3	5	2	1	-	4
2014	A	36	33	18	23	9	11	7	4	4	6
	B	19	25	13	21	8	6	5	3	4	6
	C	17	8	5	2	1	5	2	1	-	1
Topl.	**A**	**258**	**172**	**110**	**94**	**71**	**62**	**53**	**41**	**38**	**38**
	B	**185**	**115**	**78**	**78**	**54**	**42**	**41**	**28**	**30**	**29**
	C	**73**	**36**	**32**	**16**	**17**	**20**	**12**	**13**	**8**	**10**

(TÜİK, 2000-2014).

Görüşmelerde elde edilen sonuçlarda durum biraz daha farklılaşmaktadır. Tablo 7'de özetlendiği gibi; "kimsesizlik, aile tartışması, aile bireyleri ile geçmişten gelen çözümlenmemiş sorunlar, eş kaybı, sosyal uyumsuzluk ve çeşitli sebeplerden dolayı psikolojik bunalım veya bunama" olarak tespit edilmiştir. Genellikle tek bir sebepten intihara girişilmemekte, bir çok sebebin bir araya gelmesiyle eylem gerçekleştirilmektedir.

Görüşme verilerinin tamamı imkanların el vermemesi nedeniyle buraya alınamamış, onun yerine özet bir tablo şeklinde verilmiştir. Buna göre, görüşülen kişilerin dördü intihara girişen (görüşülen kişilerden biri intihara girişen yaşlı bireyin torunudur), biri de intihar eden bireyin oğlu ile gerçekleştirilmiştir. Biri Ankara'da biri Aydın'da diğerleri Muğla'dadır. Biri hariç diğerleri göç etmiştir. Göç edenlerden de sadece biri küçük şehirden büyük şehire göçle gelmiştir.

Tablo 6. Yaşa ve Cinsiyete Göre İntihar Nedenleri 2009-2014

		Toplam	Hastalık	Aile geçimsizliği	Geçim zorluğu	Ticari başarısızlık	Hissi ilişki ve istediği ile evlenememe	Diğer	Bilinmeyen
Yaş		**65+**	**65+**	**65+**	**65+**	**65+**	**65+**	**65+**	**65+**
2009	**A**	339	103	16	17	2	2	19	180
	B	256	73	14	15	2	2	16	134
	C	83	30	2	2	-	-	3	46
2010	**A**	321	109	16	13	4	3	19	157
	B	239	74	13	12	4	3	16	117
	C	82	35	3	1	-	-	3	40
2011	**A**	309	87	23	5	5	4	29	156
	B	240	71	20	4	5	3	22	115
	C	69	16	3	1	-	1	7	41
2012	**A**	381	100	13	18	3	5	39	203
	B	270	66	8	18	3	4	29	142
	C	111	34	5	-	-	1	10	61
2013	**A**	373	100	20	16	2	1	19	215
	B	279	79	15	14	2	1	15	153
	C	94	21	5	1	-	-	4	62
2014	**A**	336	105	9	20	1	1	13	189
	B	237	70	7	20	1	1	8	130
	C	99	33	2	-	-	-	5	59
TOP.	**A**	**2059**	**604**	**97**	**89**	**17**	**17**	**138**	**1037**
	B	**1521**	**433**	**79**	**82**	**17**	**12**	**116**	**791**
	C	**538**	**169**	**21**	**24**	**-**	**2**	**32**	**309**

(TÜİK, 2000-2014).

Öne çıkan en önemli sorun yalnızlık, çocukları ve torunlarıyla yeterince görüşememe, yaşanılan yere ve zamana uyumsuzluk, eş kaybı ve çeşitli hastalıklardır. Hemen hemen hepsinde yakınlarıyla anlaşmazlık veya tartışmalı durumlar yaşandığı tespit edilmiştir. Bu sorunlara ek olarak yaşadıkları hijyen ve sağlık sorunlarına, başkalarının yardımına ihtiyaç duyacak durumda fiziksel yetersizliklerine rağmen hiçbiri huzurevi veya bakımevine gitmek istememektedirler. Genel olarak daha önceki çalışmalarda da (Sezer ve Kemik, 2014) benzer durumlar tespit edilmiştir.

Tablo 7. Görüşmelerin Özeti

Görüşülen	**K1**	**K2**	**K3**	**E1**	**E2**	**E3**
Yaş	81	67	82	74	80	68
Sebep	Kimsesizlik	Aile tartışması	Geçmişten gelen çözümlenmemiş sorunlar	Eş kaybı, Uyumsuzluk	Bunalım	Uyumsuzluk
Görüşülen Kişi	Kendisi	Kendisi	Torunu	Oğlu	Kendisi	Kendisi
Düzenli Gelir	Var	Yok	Var	Yok	Var	Var
Eğitim	İlkokul	İlkokul	Okur-yazar	İlkokul	Ortaokul	Üniversite
Ort. Gelir	400	300	1000	-	900	2200
Ev	Kendisinin	Kendisinin	Kendisinin	Oğlunun	Kira	Kendisinin
Mülk	Zeytinlik	Zeytinlik-Tarla	Var	Tarla	Yok	Araba
Sağlık Sorunu	Şeker, tansiyon, kalp	Kemik erimesi	Depresyon, tansiyon	Alzheimer	Kalp, yürüme güçlüğü	Kalp, karaciğer
Engel	Yok	Ortopedik	Ortopedik, Zihinsel	Bunama	Ortopedik	Yok
Çocuk	2	2	4	3	1	1
Torun	3	5	6	7	2	1
Yaşanılan Yer	Köy	Şehir	Şehir	Şehir	Şehir	Şehir
Sosyal Güvence	Yok	Yok	Var	Yok	Var	Var
Yöntem	İlaç	Asma-yüksekten atlama	Kesici alet, kimyasal, yüksekten atlama	İlaç-Asma	Gaz	İlaç
Kaç Kez	1	2	10	3	1	1

Kiminle Yaşıyor	Yalnız	Yalnız	Kızıyla	Çocuk ve torunlar	Yalnız	Eş
Yaş. Yer. Sürekliliği	Köyden kente göç	Köy	Şehirden Şehire	Köyden kente göç	Köyden kente göç	Şehir
Komşuluk	İyi	İyi	Yok	İyi	Kötü	Kötü
Akrabalık	İyi değil	İyi değil	İyi değil	İyi	Kötü	Kötü
Çocuk ve Torunlarla Görüşe sıklığı	Bayramlarda	Ayda bir	Sürekli	Sürekli	Çok nadir	Çok nadir
Huzurevi-bakımevi	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır

SONUÇ

Yaşlı intiharları Türkiye'de yaşlı nüfusun, kentleşme ve kentlileşmenin artmasına paralel olarak yaşlı intiharlarının da arttığı ve gelecekte daha da artacağını söylemek mümkündür. Göç, kırsal alanlardaki nüfusu hızla azaltmaktadır. Geride kalanlar ise büyük oranda yaşlıdır. Kentleşmenin bu insanlara etkisi, göçle kente gelen tarım ve haycancılıkla uğraşan nüfusun geride yaşlıları yalnızlaştırmasıdır. Kent koşullarının ağırlığı ve kente gelen nüfusun düşük sosyo-ekonomik düzeyde olmalarından dolayı geride bıraktıkları bireylerine yeterince ilgi gösterememektedirler. Kırda kalan yaşlılar gerek kendi ekonomik koşulları, gerekse kente giden bireylerinin ekonomik koşulları gereği kıra özgü üretimlerine de devam etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu durum onların yaşam ve sağlık koşullarını daha da ağırlaştırmaktadır.

Türkiye geneli tüm yaş gruplarındaki intiharların oranı 2014 yılında ‰ 3.94 65 ve üzeri yaş grubunda ise bu oran ‰ 5.42'dir. Yaşlı intiharlarında erkekler kadınlara göre daha fazla risk altındadır. Bu durumun en önemli sebebi eşleri öldükten sonra erkeklerin kendi ihtiyaçlarını karşılamakta kadınlara göre daha fazla zorlanması ve ekonomik olarak da yoksullaşmalarıdır. Sadece erkeler öldükten sonra kadınların kocalarının maaşlarını (tamamını olmasa) alabiliyor olmaları kadınlar açısından olumlu bir durum yaratmaktadır.

Yaşlıların toplumsal yaşamdan kademeli olarak dışlanması veya koşulların onları

geriye çekilmeye zorlaması da diğer önemli bir sorundur. Kentleşmenin dayattığı ekonomik koşullar ve bireycilik yaşlıları gereksiz ve istenmeyen insan konumuna sokmaktadır. Kendi anne-babalarını her koşulda korumaya çalışmış bireylerin kendi evlatları tarafından istenmiyor olması onları intihara kadar giden sıkıntılı bir sürece sokmaktadır.

Türkiye'nin sosyo-ekonomik yapısı sağlıklı ve kaliteli bir yaşlanma sürecini zorlaştırmaktadır. Yeterince spor yapılmaması, dengeli ve yeterli bir beslenme alışkanlığının olmaması sağlıklı ve kaliteli yaşlanmanın önündeki en büyük engeldir. Emeklilik sonrası gelirin düşmesi ve çalışırken yeterince birikim sağlayacak gelirin olmaması da kaliteli yaşlanmayı engelleyen bir sorundur.

TÜİK'in gerçekleşmiş intiharlarla ilgili istatistikleri sağlıklı tutulmasa da yaşlı intiharları, nüfusu hızla yaşlanan Türkiye için iyi olmayan bir durumu göstermeye yetmektedir. Yaşlı nüfusu ve kentli nüfusu sürekli artan bir ülke olması, gelecekte hem ciddi bir yaşlı nüfus sorunuyla hem de yaşlı intiharları sorunuyla yüzleşen bir ülke olmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Yaşlıların korunması ve bakımıyla ilgili mevcut imkanları yetersizdir. Üstelik Türkiye yaşlılarının büyük bir kısmı henüz huzurevi veya bakımevine gitme konusunda negatif bir yargıya sahiptir ve gelecekte bunun değişeceğinin de bir garantisi yoktur. Her iki sebep de yaşlıların yaşam koşullarına negatif etkide bulunmaktadır.

Türkiye'de yaşlı intiharlarına İşlevselcilik açısından bakıldığında; üretkenliği ve yaratıcılığı azalan yaşlı bireylerin sosyal dışlanmaya maruz kaldıkları görülmektedir. Yaşamdan Geri Çekilme Teorisi'ne göre yaşlılık, çalışma ve emeklilikte olduğu gibi, toplumun ve bireyin karşılıklı olarak ayrılma, kopma ve uzaklaşma yaşadığı bir dönemdir. Bu açıdan bakıldığında da yine yaşlıları bekleyen risklerin ne derece büyük olduğu görülebilmektedir.

Son olarak; bir toplumun en zayıf bireyi kadar güçlü olacağı gerçeği göz önünde bulundurularak; yaşlılarla ilgili politikaların, bugün ve gelecekte yaşanabilecek sorunları iyi analiz ederek yeniden gözden geçirilmesi doğru olacaktır.

KAYNAKÇA

ASLAN, M., HOCAOĞLU, Ç. (2014). "Yaşlılarda İntihar Davranışı". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi,* Cilt: 6, Sayı: 3.

ALVAREZ, A. (2007). İntihar: Kan Dökücü Tanrı, (Çev. Zuhal Çil Sarıkaya). Öteki Yayınevi. İstanbul.

DURKHEİM, E. (2002). İntihar. (Çev: Özer Ozankaya). Cem Yayınevi. İstanbul.

DURU, G., ÖZDEMİR, L. (2009). "Yaşlı İntiharları, Nedenleri ve Önleyici Uygu-

lamalar", *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, cilt:16, sayı:2.*

ERSOY, S., OKÇAY, H. ve ÖZKAHRAMAN, Ş. (2013). "Kentleşmenin Yaşlı Üzerinde Etkileri". Akademik Geriatri Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 2, s. 51-56.

GERAY, C. (1975). "Türkiye'de Kırsal Yerleşme Düzeni ve Köy Kent Yaklaşımı", *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt: 30, Sayı:1,* S.45.

GİDDENS, A. (2000). *Sosyoloji,* (Yayına Hazırlayanlar: Cemal Güzel, Hüseyin Özel), Ankara: Ayraç Yayınevi.

GÜREŞÇİ, E. (2010). "Köyden Kente Göçün Köydeki ve Kentteki Yansımaları: Akpınar Köyü Üzerine Bir Değerlendirme", *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, cilt: 2, sayı: 2,* s. 51-54.

IŞIK, Ş. (2005). "Türkiye'de Kentleşme ve Kentleşme Modelleri", *Ege Coğrafya Dergisi, sayı: 14,* İzmir, s.61-62.

KAYA, E. (2007). *Kentleşme ve Kentlileşme,* İstanbul: Okutan Yayınları

KIRAY, M. B. (1998). *Kentleşme Yazıları,* İstanbul: Bağlam Yayınları.

OĞUZ, M.T. (2007). *Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı, Fizik Antropoloji Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

OKTİK, N., vd. (2004). *Huzurevinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi: Muğla Örneği.* Muğla: Rektörlük Yayınları.

SEZER, S. (2004). *Muğla'da Kentlileşme ve Kent Yönetimine Katılım. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi).* Muğla Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.

SEZER, S. (2014). "Effect of Migration and Urbanization on Elderly Suicides in Turkey", *Cities in the Globalizing World and Turkey: A Theoretical and Emperical Perspective, (Ed.: Recep Efe, Neslihan Sam, Rıza Sam, Eduardes Spiriajevas ve Elena Galay),* St.Kliment Ohridski University Press, Sofia.

SEZER, S. ve KEMİK, A. (2014). "A Practical Study About Elderly Isolation in Cities: Mugla Case", *Cities in the Globalizing World and Turkey: A Theoretical and Emperical Perspective, (Ed.: Recep Efe, Neslihan Sam, Rıza Sam, Eduardes Spiriajevas ve Elena Galay),* St.Kliment Ohridski University Press, Sofia.

TÜİK. (2007-2014). "İl, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060

TÜİK. (2002-2014). “Yıllara, Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Nüfus Tablosu”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060

TÜİK. (2000-2014). “İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması, Cinsiyet ve Nedene Göre İntiharlar”, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060

TÜİK. (2013). “Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075”, http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844

YILMAZ, C. (2010). *Risk Kapıyı Kırınca: Kentlerde Yoksulluk, Dayanıma, Güven ve Güvenlik*, İstanbul: Libra Kitapçılık.

WALLACE, R.A., WOLF, A. (2004). Çağdaş Sosyoloji Kuramları. (çev.) Leyla Elburuz, M.Rami Ayas. İstanbul: Punto Yayıncılık.

WHO. (2014). “First WHO Report on Suicide Prevention”, http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/en/ (Erişim: 12.11.2015).

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ENGELLİLER ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ ÇALIŞMALARI

Doç. Dr. Songül ATASAVUN UYSAL
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

ÖZETİ

Çocuk, yaşlı, hasta, engelli tüm bireylerin eğitim-öğretim, çalışma hayatı ve sosyal hayata katılımları; çevresel mimari engellerin kaldırılması, herkesin rahatça kullanabileceği ulaşım araçlarının hayata geçirilmesi, ekonomik bağımsızlığın sağlanması, kentin ulaşılabilirliğinin artırılmasıyla gerçekleşecektir. Ülkemizde bu alanda yapılan çalışmalara destek olmak, uluslararası işbirlikleri gerçekleştirmek, toplumsal bilinci artırmak için 2006 yılında Hacettepe Üniversitesi Engelliler Uygulama ve Araştırma Merkezi kurulmuştur.

Hacettepe Üniversitesi Engelliler Uygulama ve Araştırma Merkezi, bedensel, zihinsel, görme ve işitme engelli bireyler ile kronik hastalıklar nedeniyle toplumsal katılımda engelli olan tüm çocuk, genç ve yaşlı bireyler üzerinde çalışmalar yapan bir merkezdir. Amacı; toplumsal katılımda çeşitli nedenlerle engellenmiş bireylerin, bilgi ve becerilerini en etkin şekilde kullanarak eğitim, öğretim, sosyal yaşam ve kültürel alanlara eşit bir şekilde katılımlarına destek olacak bilimsel araştırmaları ve etkinlikleri gerçekleştirmek ve konu ile ilgili geliştirilecek planlamalara, stratejilere ve politikalara katkı sağlamaktır. Bu amaçla üniversitelerin ilgili bölüm ve anabilim dallarının işbirliği ile yurt içinde ve yurt dışında engelliler ile ilgili her alanda bilimsel araştırma ve uygulamalar yapar, eğitim faaliyetlerinde bulunur.

Engelliler Uygulama ve Araştırma Merkezi bu hedeflere ulaşabilmek pek çok alanda faaliyette bulunur. Bir disiplinler arası araştırma ve uygulama alanı olan "engellilik" konusunda, Hacettepe Üniversitesinin ilgili akademik birimlerinin eğitim, öğretim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerine katılımını sağlar. Öncelikle Hacettepe Üniversitesinde öğrenim gören ve çalışan engelli bireyler olmak üzere toplumun tüm kesimlerindeki engelli bireylere yönelik araştırmalar ve uygulamalar yapmak, konuya ilişkin bilimsel veri tabanını oluşturmak ve ilgili devlet kurumları ve sivil toplum kuruluşlarıyla konuyla ilgili bilimsel işbirliği çerçevesinde danışmanlık faaliyetlerini sürdürür. Farklı disiplinlerden engellilik konusunda araştırmalar yapan bilim insanları ile uzmanları bir araya getirerek, ulusal ve/veya uluslararası araştırma/geliştirme projeleri oluşturur ve yürütür. Engellilik konusunda

ulusal ve uluslararası katılımlı kongre, panel, sempozyum, konferans gibi bilimsel aktiviteler düzenler. Engelliler konusunda aydınlatıcı, bilimsel nitelikte bilgilerin sözlü ve/veya yazılı olarak kamuoyuna ulaştırılmasını sağlar. Birimler arası işbirliği yaparak konuyla ilgili toplumsal bilinci geliştirmek adına engelli ve engelli olmayan diğer bireylere eğitim hizmetleri verir. Engelliğin önlenmesi ve sorunların azaltılması yönünde çalışmalar yapar, engelli bireylerin etkin ve kaliteli rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanmasını sağlayan ve engelli bireyler ile iletişimde bulunduğu diğer bireylerin yaşam kalitesini artırıcı çalışmalar yapar.

Ülkemizde de yaşlılık ve engellilik konularında çalışmalar yapan merkezimiz, diğer üniversitelerin araştırma merkezleri, sivil toplum örgütleri, yerel yönetimler ve özel sektör ile bir arada çok yönlü bir bakış açısıyla yaşlılık konusunda da çözüm üretmeye devam edecektir.

ANAHTAR KELİMELER

Yaşlılık, Engellilik, Araştırma Merkezi

KULLANILAN KAYNAKLAR

Hacettepe Üniversitesi Engelliler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yönetmeliği, Ankara.

SOSYAL POLİTİKALARDA İNTERNET'İN KONUMLANMASI: İNTERNET KULLANAN YAŞLILARIN PROFİLİ ANTALYA ÖRNEĞİ

Dr. Türkan YILMAZ[36], Çağrı **ELMAS**[37]

Giriş: Geleneksel iletişim araçları git gide popülerliğini ve kullanım yaygınlığını kaybederken internet, sosyal medya, yeni medya ve kitle iletişim araçları ise geleneksel iletişim araçlarının yerini alır hale gelmektedir. Yaşlanan nüfus ile gelişen teknolojinin paralelliği, yaşlıların internet kullanımını bir nevi ihtiyaç haline getirmektedir.

Amaç: Bilgi üretimi ve bilgi paylaşımının değişimi günümüzde internet kullanımını gerekli kılmaktadır. Kamu ve özel kurumların verdikleri hizmetlere erişim ve bu kurumlara ilişkin bilgiler, internetten çok rahatlıkla erişebilir hale gelmiştir. Hizmet kalitesi ve erişilebilirliğini arttırmaya yönelik bu girişimlerden faydalanmak her vatandaşa tanınmış bir hak olmasına rağmen, belirli toplumsal kesimler bu hizmetlerden fayda sağlayamamaktadır. Bu çalışma ile birlikte internet kullanan yaşlıların profili ve internet kullanan yaşlıların, internet kullanmayan yaşlılara göre ne gibi farklılıklar gözettikleri ortaya konulmaya çalışılacaktır.

Metod: Antalya il merkezinde ikamet eden yaşlıların internet kullanımına ilişkin değerlendirmelere değinen Antalya Yaşlılık Araştırması (AYA) 384 katılımcı ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmadır. Antalya Yaşlılık Araştırması (AYA) için hazırlanan 7 farklı modülden oluşturulmuş soru kağıdı 55 yaş ve üzeri bireylere uygulanmıştır.

Bulgular: Analizler sonucunda Antalya'da ikamet eden yaşlıların yaklaşık dörtte biri interneti aktif olarak kullanmaktadır. Diğer yaşlıların ise internet kullanmama nedenlerinin en başında okur yazarlıklarının ve bilişim okur yazarlıklarının olmaması gelmektedir. Bunların yanında internet kullanım durumunda ayrıma götüren sebepler arasında eğitim seviyesi, kültürel etkinliklere katılım , sosyal ilişki düzeyi, yaş ve gelir ön plandadır.

36 Yrd. Doç., Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü Öğretim Üyesi, turkanyilmaz@akdeniz.edu.tr

37 Yüksek Lisans Öğrencisi, Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Merkezi, elmascagri@yahoo.com

Sonuç: Öngörülen düşüncelerin aksine yaşlıların sanılandan fazla internet kullandığı, bunun yanında kullanmayan yaşlıların ise çoğunlukla yaşam seyri boyunca karşılaşılmış yapısal eksikliklerden kaynaklı internet kullanmadıkları dikkat çekmektedir. Sosyal politikaların yapılanmasında ve bilgi toplumun oluşturulmasında öncelikli olarak sonuç odaklı yaklaşımlardan ziyade süreç odaklı yaklaşımlar yaşlanan nüfusun BİT gelişmelerine daha etkin şekilde içerme sağlayacağı öngörülebilir.

Anahtar kelimeler: İnternet Kullanımı, Yaşlılık, Yaşlanma, Aktif Yaşlanma, Sosyal Politika, Diskriminant Analizi

Giriş:

Bilgi ve iletişim teknolojilerine (BİT) erişimindeki eşitsizlik ortamları ve bu eşitsizliklerin oluşturduğu "dijital bölünme" ler literatürde birçok kez irdelenmiştir (Aytun,2005, Uçkan, 2008, Önür, 2007, Kılıç,2011). Teknolojinin gelişmesi ve buna bağlı olarak bilgi ediniminin farklılaşması ile günümüzde birçok hizmet ve bilgi internet ortamından edinilir hale gelmiştir. Öyledir ki, kamu hizmetleri ve kamu dışı hizmetleri de sunan yerel ve merkezi yönetimler bir çok hizmetini BİT vasıtasıyla vatandaşlarına sunmaktadır. Bu hizmet sunumları farklılıkları, sunulan hizmete erişimde bilgi ve iletişim teknolojileri kullanımını belli noktalarda zorunlu kılmaktadır.

Bilgi ve iletişim teknolojileri yazılım ve donanımsal olarak iki farklı formda incelenebilir. Bu teknolojilerde en çok kullanılan ve çalışmalara konu olmuş iki araç ise bilgisayar ve internettir. İnternet, Web 2.0 yapılanmasından itibaren sadece bilgi kaynağı olmaktan çıkmış, sağlık, yönetim, eğitim vb. kamu hizmetlerinin sunumunda ve yayılımında yer almaya başlamıştır. Bu tür kamu ve kamu dışı hizmetlere erişimde rol üstlenen internete erişim, sosyo-ekonomik durumu, eğitim seviyesi ve ikamet edilen yere göre eşitsizlik yaratan ortamlara sahiptir. Düşük gelire ve eğitim seviyesine sahip, özellikle kırsal alanlarda yaşayan bireyler, çoğunlukla internete erişimden mahrum kalmakta, bilgi akışları ve ağlarına erişime dahil olamamaktadırlar (UN, 2013).

Weber (2007) iletişim dünyasının etkili bir biçimde, dijital iletişim araçlarından olan internet alanında yoğunlaşacağını ve bu dönüşümdeki güncel gelişimleri takip edenlerin, etmeyenlere göre etkili ve anlaşılabilir bir iletişim kurabileceğini ileri sürmüştür (Weber, 2007:51 akt. Wright &Hinson, 2009)

Bu bağlamda e-içerme politikaları, her bir bireyin bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelere dahil olmasını sağlamayı amaçlayan tartışmalara yer vermektedir. Son yıllarda literatürde bir çok yönüyle tartışılan e-içerme terimi, sosyo-ekonomik konumu, toplumsal cinsiyeti, engelliliği, yaşı, sağlık durumunu vb. yapısal yaşam

durumlarını dikkate alarak tüm vatandaşların "bilgi toplumu" na dahil olmalarını sağlayan uygulamalar ve araçlar üzerine tartışmaları ele almaktadır (Bayrakçı v.d., 2014, Meyer v.d., 2006, Abbott, 2007).

Antalya'da 55 yaş ve üzeri bireyleri ele alan bu çalışma, internet kullanan ve kullanmayan yaşlılar arasındaki sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklara değinmeye çalışacaktır. Antalya Yaşlılık Araştırması bünyesinde gerçekleştirilen bu çalışmamızda internete erişim sağlayan yaşlıların ve internet kullanmayan yaşlıları ayrıma götüren sebepler belirtilmeye çalışılacak ve bu bulgular doğrultusunda hizmet verenlerin bilgi ve iletişim teknolojileri üzerinden yapacakları hizmet sunumlarında dikkat etmeleri gereken konulara değinilmesi düşünülmektedir.

1. Yaşlılık, Sosyal Politika ve E-İçerme

Özçetin ve ark.. (2012)'ın çalışmalarında internete ilişkin "ütopik" ve "iyimser" yaklaşımların yanında yeni iletişim teknolojilerinin ayrıcalıklı bir kesime açık olduğunu vurgulamışlardır (Özçetin v.d., 2012). Bu doğrultuda internete ve internetin oluşturduğu iddia edilen kamusal alana ancak ekonomik ve simgesel sermayeye sahip bireyler katılım göstermektedir. Bu teknolojilere sahip olmanın yanı sıra bu teknolojilerin kullanımını sağlayacak "bilişsel/eğitsel" arka plana sahip olmak gerekmektedir (Barber, 2006 akt. Özçetin v.d., 2012). Bu bakımdan yaşlıların sadece teknoloji sahipliği değil, bunun yanında teknolojiyi aktif olarak günlük hayatlarında kullanmaları, deneyimlemeleri ve bunun için gerekli "bilişsel/eğitsel" arka plana sahip olmaları gerektiğini söylemek mümkündür.

TUİK (2015) verilerine göre 2005 yılında Türkiye'deki yaşlı nüfusun %3.2 'si son 3 ayda internet kullandığını belirtirken, 2010'da bu oran neredeyse 3 katından fazlasına çıkarak %10,5, 2015 yılında ise %22,8 olmuştur. Bu oranlardan anlaşılacağı üzere yaşlı nüfus küçümsenmeyecek oranda internet kullanmakta ve bu oran hızlı bir şekilde artış göstermektedir.

Tablo-1: 55 yaş ve üzeri bireylerin toplumsal cinsiyet bazında internet kullanımları

	Kadın	*Erkek*	*Toplam*
2005	%1	%5.6	%3.2
2010	%4.8	%16.8	%10.5
2015	%14.4	%31.7	%22.8

Kaynak: TUİK, 2015

Türkiye'de hızla yaşlanan nüfusun yanında, yaşlanan nüfusun beraberinde getirdiği toplumsal cinsiyet, sosyal sınıf, sağlık ve engellilik gibi faktörler, dinamik yaşlı nüfusun, deneyim ve yaşam biçimlerinde farklılıklar yaratmaktadır (Arun, 2014). Bu farklılıklar göz önünde bulundurularak Türkiye'nin sosyal politikalarını yeniden yapılandırması ve bu dinamik süreci sürekli takip etmesi gerekmektedir. Nitekim bu politikaların ana başlığını "Aktif yaşlanma" politikaları oluşturmaktadır (Arun, 2013).

Aktif yaşlanma politikaları, yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik belirli başlıklar altında politika yapılanmaları sunmaktadır. Bunlar arasında teknoloji kullanımı ve BİT kullanımları da önemli bir yere sahiptir. WHO (2002) raporunda belirtildiği üzere teknoloji kullanımı kuşaklararası ilişkilerde köprü oluşturabilmektedir. Fakat aynı raporda belirtildiği üzere gelişmekte olan ülkelerde yaşlılar arasında okur-yazar olmayan yaşlıların oranlarının yüksek olması teknoloji kullanımını mümkün kılmamaktadır. Avrupa komisyonunun hazırladığı aktif yaşlanma göstergeleri raporunda ise, aktif yaşlanmanın gereklilikleri arasında BİT kullanımı mevcuttur (EU, 2014).

Türkiye'de kamu alanına ve sosyal alana etkili katılımı mümkün kılmak adına bilgi toplumu oluşturulmaya çalışılsa da (DPT,2006), mevcut durumda özellikle yaşlılar açısından bu yapılanmaların oluşturulması mümkün değildir. Bu bakımından yürütülen çalışmalarda, bilgi toplumu içermesinde en büyük engel olarak yapısal gecikmeler ön plana çıkmaktadır. Vatandaşların bu topluma dahil olamaması ve "sayısal uçurum"un derinleşmesine engel olmaya ilişkin politikaların geliştirilmesi, bir çok kez politika yapıcıları tarafından gündeme gelmiştir (Saz, 2011). Bu sayısal uçurumu ortadan kaldırmak amaçlı yürütülen "e-içerme" politikaları, oluşturulması planlanan bilgi toplumunda toplumun tüm bireylerini kapsayıcı faaliyet ve etkinlikleri tanımlamak için kullanılmaktadır (Bayrakçı v.d., 2013;111).

Bahsedilen sayısal uçurum içinde ön plana çıkan ve desteklenmesi gereken önemli gruplardan bir tanesine de yaşlı nüfustur. Her ne kadar yaşlıların internet kullanımı yıllara göre artış gösterse de (bkz: Tablo-1), çoğunluklu olarak yaşlılar internet kullanmamaktadır. İnternet kullanımının gerekliliği ve erişimindeki eşitsizlik ortamına ilişkin tartışmaların sürmesine rağmen, internet içerisinde var olan kamusal ortam, bilgiye erişim ve sosyal katılımda internet kullanımını zorunlu kılmaktadır. Bu bakımdan bu çalışmanın asıl amacı Antalya'da ikamet eden yaşlıları ele alarak internet kullanan ve kullanmayan yaşlılara ilişkin profil örnekleri sunmak ve internet kullanımını içeren sosyal politikalar için geniş bir çatı altında önerilere değinmek olacaktır.

2. Metodoloji

2.1. Örneklem ve uygulama

Antalya Yaşlılık Araştırması'nın (AYA) örneklemi, araştırmanın gerçekleştirildiği il olan Antalya'nın merkez nüfusunu temsilen tesadüfi olarak seçilmiştir. AYA kapsamında, Antalya merkezinde yaşayan 55 yaş ve üstü bireylerle yüz yüze görüşülerek standart bir soru formu aracılığıyla veriler toplanmıştır (Arun v.d., 2015).

Öncelikle küme ve arkasından sistematik tesadüfi örneklem tekniği ile 2013 yılı Mayıs ve Haziran ayları içerisinde 384 kişiye ulaşılmıştır.

Saha araştırması başlatılmadan önce, Antalya Valiliği ve Antalya Emniyet Müdürlüğü araştırmanın içeriği hakkında bilgilendirilmiş ve gerekli yasal izinler alınmıştır. Soru formunun uygulanmasında olası aksaklıkların önceden anlaşılabilmesi için 16-20 Mayıs 2013 tarihleri arasında pilot çalışma uygulanmıştır. Pilot çalışmada, görüşme süresinin ortalama 20 dakika sürdüğü tespit edilmiştir. Araştırma sırasında, gönüllülük esasına dayalı olarak katılımcılar çalışmaya davet edilmiş, görüşme öncesi, görüşmenin süresi hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

Saha çalışması 21 Mayıs 2013 tarihinde başlatılmış, Konyaaltı, Kepez ve Muratpaşa ilçelerinde, mahalle nüfusları Antalya İl Emniyet Müdürlüğü'nden talep edilmiştir. Nüfusu en fazla olan mahalleler belirlenerek, her bir ilçede en büyük 3 mahalle ziyaret edilmiştir.

Saha çalışması boyunca toplam 386 kişi ile görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerden 2 tanesi yarıda bırakıldığı için analizlere dahil edilmemiştir. Böylece, AYA, 384 kişiden oluşan bir örnekleme ulaşılarak 6 Haziran 2013 tarihinde tamamlanmıştır.

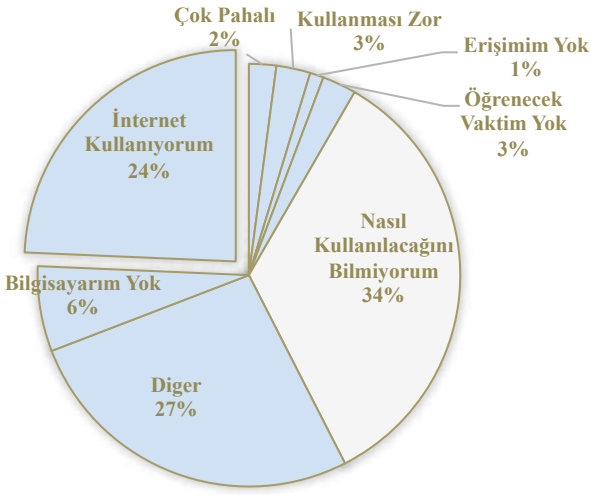
2.2. Ampirik Sınırlılıklar

AYA, tamamen araştırmacıların kendi öz kaynaklarıyla gerçekleştirilmiş kesitsel bir araştırmadır. Bu nedenle, Antalya il merkezinde, nüfus açısından üç büyük ilçedeki, üç mahalleden temsili ve tesadüfi olarak seçilen en küçük örnekleme ulaşmaya odaklanmıştır.

Araştırma süreci boyunca, örneklemler, rastgele tespit edilen evleri ziyaret ederek seçilmeye çalışılmıştır. Saha çalışmamız sırasında, ziyaret edilen mahallelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre katılım oranının değişkenlik gösterdiği gözlemlenmiştir. Sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan mahallelerde, katılımcılara ulaşmanın zorlaştığı ve çalışmaya katılım oranının düştüğü saptanmıştır. Bu yüzden sosyo ekonomik durumu yüksek mahalle ve semtlerde, katılımcılara ulaşmak üzere kartopu tekniği kullanılmıştır.

3. Bulgular

İnternet kullanımı ve internet kullanmama sebepleri bu çalışmanın en önemli alt yapısını oluşturmaktadır. Bu bağlamda öncelikli olarak Antalya'da yaşayan yaşlıların internet kullanma oranı ve neden internet kullanmadıklarına değinilecektir.



Şekil 1: Antalya'da İkamet Eden Yaşlıların İnternet Kullanma Durumları

Yukarıdaki şekilde görüldüğü üzere internet kullanmayan yaşlıların %34 'lük kısmı internetin nasıl kullanılacağını bilmemektedir. Belirtilen kategoriler dışında katılımcıların görüşlerini almak için yöneltilen açık uçlu soru ile internet kullanmama sebebinde ön görülemeyen cevaplar alınmaya çalışılmıştır. Katılımcılar çoğunlukla "ilgim yok" cevabını vermişlerdir. Ayrıca "diğer" kategorisi içinde yaklaşık %10 'luk kesim okur-yazar olmadığını belirtmiştir.

Yaşlıların internet kullanımında ayrıma götüren sebepleri sunmak isteyen bu çalışmada, istatistiksel analiz tekniklerinden "diskriminant analiz" tekniği kullanılmıştır. 384 örneklemin bulunduğu bu çalışmada eğitim durumu "okur-yazar değil" kategorisi veri setinden çıkarılarak, 355 örneklem üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir. Aşağıda bu örneklemlere ilişkin betimleyici bulgular, bağımlı/bağımsız değişkenler bazında sunulmaktadır.

Tablo-1 de bağımlı değişken olarak "internet kullanım durumu" ile bağımsız değişkenler olarak eğitim, yaş, sosyal ilişki, toplumsal cinsiyet, kültürel etkinliklere katılım, gelir 'in betimleyici bulgularına yer verilmiştir. Bağımsız değişkenlerden eğitim ve toplumsal cinsiyet kategorik değişken olarak belirlenmiştir. Bu kategorik

değişkenler arasında toplumsal cinsiyette 1 "Kadın" 'ı temsil etmekte 2 ise "Erkek" 'i temsil etmektedir. Eğitim değişkeni ise 1 "Okur yazar", 2 "İlkokul mezunu, 3 "Ortaokul ve Lise Mezunu", 4 "Yüksekokul ve Üniversite Mezunu" kategorilerinden oluşmaktadır.

İnternet Kullanımı		Ortalama	Min	Max	Mod	Medyan	Standart Sapma
İnternet Kullanmıyorum (n:262)	Eğitim	2.40	1	4	2	2	.81954
	Yaş	65.59	55	92	65	65	7.59242
	Sosyal İlişki Modülü	4.32	0	10	5	4,5	2.08449
	Toplumsal Cinsiyet	1.48	1	2	1	1	.50083
	Kültürel Etkinliklere Katılım	1.63	1	7	1	1	1.14228
	Aylık Gelir (Kişi)	1182.61	0	18000	0	1000	1568.78156
İnternet Kullanıyorum (n:93)	Eğitim	3.34	2	4	4	3	.69930
	Yaş	61.67	55	81	57	61	5.82006
	Sosyal İlişki Modülü	5.46	1.50	8.83	4	5.3	1.58678
	Toplumsal Cinsiyet	1.54	1	2	2	2	.50035
	Kültürel Etkinliklere Katılım	2.49	1	7	1	2	1.57855
	Aylık Gelir (Kişi)	1891.39	0	10000	1500	1500	1689.72508
Toplam (n:355)	Eğitim	2.65	1	4	2	3	.88997
	Yaş	64.56	55	92	65	64	7.36713
	Sosyal İlişki Modülü	4.62	0	10	5	4.61	2.02749
	Toplumsal Cinsiyet	1.50	1	2	2	2	.50069
	Kültürel Etkinliklere Katılım	1.86	1	7	1	1	1.32366
	Aylık Gelir (Kişi)	1368.29	0	18000	1100	1371,47	1629.09399

Tablo-2: İnternet Kullanım Durumuna Göre Betimsel Bulgular

Yapılan diskriminant analizi sonucu, internet kullanım durumunda ayrıma götüren sebepler sırasıyla eğitim, kültürel etkinliklere katılım, sosyal ilişki düzeyi, yaş ve gelir olarak saptanmıştır (p=0,0001). İnternet kullanımında cinsiyet ayrıma götüren diğer faktörler arasında anlamlı bir ayrım yaratmamaktadır (p=0,323).

Tablo-3: Bağımsız değişkenliklerin etkileri ve anlamlılıkları

(MANOVA-Diskriminant Analizi)

Bağımsız Değişkenler	Wilks' Lambda	F	df1	df2	p
Eğitim	.786	96.294	1	353	.000
Yaş	.945	20.439	1	353	.000
Sosyal İlişki Düzeyi	.939	23.127	1	353	.000
Toplumsal Cinsiyet	.997	.980	1	353	.323
Kültürel Etkinliklere Katılım	.919	31.246	1	353	.000
Aylık Gelir (Kişi)	.963	13.449	1	353	.000

(Wilks'Lambda: 0,735 χ^2 : 107.588 df: 6 p: 0.0001 Tahmin Oranı: %74,9)

Tablo-3'den de anlaşılacağı üzere internet kullanımında ayrıma götüren en etkin faktör olarak eğitim ön plana çıkmaktadır. Eğitimli yaşlılar daha yüksek oranda internet kullanmaktadırlar. Bunun yanında sosyal ilişkisi yüksek, kültürel etkinliklere katılım gösteren ve aylık geliri yüksek olan bireylerde de internet kullanım oranı kullanmayanlara göre yüksek çıkmaktadır. Yaş ise internet kullanımda olumsuz etki yaratmaktadır. Yaş arttıkça internet kullanım oranında azalma görülmektedir.

4. Tartışma ve Sonuç

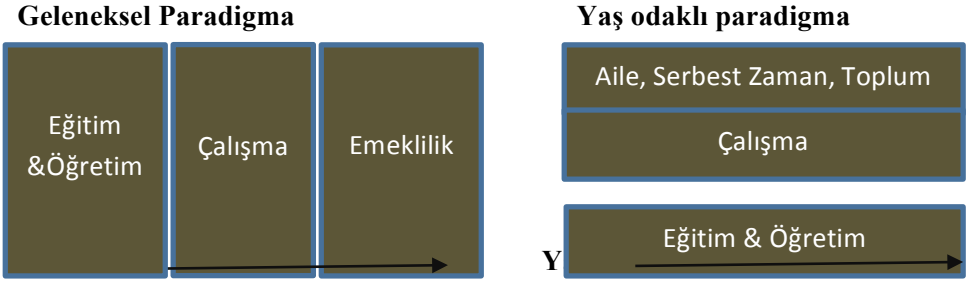
2008 yılından bu yana Türkiye Cumhuriyetinin uygulamalı olarak başlattığı "e-devlet" hizmetleri, bu kamusal alana dahil olmayı gerekli kılmaya başlamıştır. Zira, sunulan hizmetlerden haberdar olmanın en önemli ön koşulu internet kullanımıdır. Bunun yanında teknoloji alanında seküler değişimler, bireyler arasında eşitsizlik ortamı yaratmaktadır. Özellikle halihazırda kırılgan olarak nitelendirebileceğimiz bir kesim olan eğitim seviyesi, gelir düzeyi düşük, sosyal ilişkileri sınırlı yaşlı bireylerin internete erişim olanaklarının sağlanmaması, bu alanda yapılandırılacak olan sosyal politikalarda "içerme" politikalarını da dahil etmeyi gerekli kılmaktadır.

Yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada da elde edilen bulgularda da görüldüğü üzere teknolojik gelişmeler bazen kişilerin ihtiyaç ve kapasitelerinde daha hızlı şekilde

gelişme gösterebilmektedir. Bireylerin ihtiyaç ve ilgilerini arka planda bırakan ve sürekli gelişme halinde olan teknolojik gelişmeler böylelikle mevcut eşitsizlik ortamını destekleyen bir hal almaktadır (Fozard, 2005).

Teknoloji kullanımına dahil olabilmek ön koşul olarak sayılabilecek "okur yazarlık" koşulunu sağlamayacak kesimin, yaşlı nüfus oranındaki çoğunluğu "e-içerme" politikalarının gerçekleştirilmesinin yetersiz olacağını bizlere göstermektedir. Bunun yanında yaşam seyri boyunca elde edilen belirli yapısal belirleyicilerin internet kullanım durumunda anlamlı ayrılıklara neden olduğu bu çalışma bulguları ile gözlemlenmektedir.

Teknolojiye entegre olmak, kişinin sürekli belirli alanlarda eylem halinde olmasını gerektiren bir durumu gerektirmektedir. Bu bakımdan Walker & Maltby (2011) 'inde değindiği üzere yaşlanma politikalarına süreçsel yaklaşım, yapısal gecikmeleri (structural lag) önleyen olanaklar sağlayabilir.



Şekil -2: Yaşlanma Süreci Paradigması (Reday & Mulvey 2005, akt. Walker & Maltby, 2012)

Sonuç olarak, yapılan bu çalışmada yaşlıların internete ve oluşturulması planlanan bilgi toplumuna entegre olmasında engel teşkil eden faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Bu bağlamda yaşlıların internet kullanma durumlarında yapısal faktörlerin öncelikli rol oynadığı, süreçsel politikaların teknolojiye ve bilgi toplumuna entegre olmada daha etkili yöntem olduğu söylenebilir. Kırılgan kesime yönelik yürütülen/yürütülecek olan içerme politikalarının yanında, hali hazırda internet kullanabilen yaşlılara yönelik teşvik politikaları da yürütülmesi, sosyal politikaların değinmesi gereken konulardan bir tanesidir.

KAYNAKÇA

Abbott, C. (2007). e-inclusion: Learning Difficulties and Digital Technologies. FutureLab Report:15

Arun, Ö., (2013). International Spotlight: Developing a Gerontological Social Policy Agenda for Turkey. The Gerontologist, Vol. 53(6): 891-897. DOI:gnt071v1-gnt071.

Arun Ö., (2014) 'Que Vadis' Türkiye?2050'ye Doğru Yaşlanan Türkiye'yi Bekleyen Riskler -, Selcuk University,Journal of Institute of Social Sciences, Volume: 32, 2014, p. 1-12

Arun, O, Aydemir, A., Elmas, Ç., Yaşar, M.E. (2015). Yaşlılıkta Toplumsal Cinsiyet, Sınıf ve Sosyokültürel Çeşitlilikler: Yerel Yönetimlere Öneriler. Yaşlılık Atolyesi Çalıştayı: İstanbul.

Aytun, C. (2005). Dijital bölünme olgusu ve Türkiye üzerine bir uygulama.Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Adana.

Avrupa Komisyonu (2014). Active Ageing Index for 28 European Union Countries, AAI 2014:15

Barber, B. (2006). How Democratic Are the New Telecommunication Technologies?. IDP: Revista de los Estudios de Derecho y Ciencia Política de la UOC, 3, 6.

Bayrakçı, M. v.d.(2013). Türkiye ve Avrupa'da E-İçerme ve Uygulamaları Genel Profili. VI. Ulusal Lisansüstü Eğitim Sempozyumu, 2013, 111.

DPT (2006). Bilgi Toplumu Stratejisi ve Eylem Planı. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı

Fozard, J. L. (2005). Gerontechnology: Optimizing relationships between aging people and changing technology. Contemporary issues in gerontology: Promoting positive ageing, 241-268.

Kılıç, Ç. (2011). Küreselleşlen Dünyada Dijital Bölünme Sorunu. Erzincan Eğitim Fakültesi Dergisi, 13(1), 81-90.

Meyer, I. , Müler, S. ve Kubitschke,L. (2006). eInclusion- Towards a Coherent European Policy Response to Social Inequalities in the Information Society.

Önür, N. (2007). Dijital Bölünme ve Gençlik: Bilgi Toplumunun Sınırlarında

Erişilen Toplumsallık. Sosyoloji Dergisi, 17, 195-233.

Özçetin, B., Arslan, U. T., & Binark, M. (2012). Türkiye›de Internet, Kamusallık ve Demokratik Kanaat Oluşumu.” folklor/edebiyat, 18(4), 51-76.

Saz, B. S. (2011). AB Ülkeleri ve Türkiye'deki e-içerme Uygulamalarının Karşılaştırılması. Ankara: Başbakanlık SYD Genel Müdürlüğü.

TÜİK (2015). 2015 Yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması Sonuçları, Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu

Uçkan, Ö. (2008). Dijital bölünme ve bilgi uçurumu. Ulusal e-devlet Konferansı, 4-5.

UN (2013).Youth Information and Communication Technologie, World Youth Report, ch.12, ss. 316

Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. International Journal of Social Welfare, 21(s1), S117-S130.

Weber,L. (2007). Marketing to the Social Web: How Digital Customer Communities Buil Your Business. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Wright, D. K. & Hinson, M. D. (2009). An analysis of the increasing impact of social and other new media on public relations practice. International Public Relations Research Conference.

AKTİF YAŞLANMA SÜRECİNDE YAĞLI DEJENERASYONLU ROTATOR MANŞET KAS ATROFISINE BAĞLI FONKSIYONEL DURUM KARŞILAŞTIRMASI

Selda BAŞAR[1], Uğur SÖZLÜ[1], Zeynep HAZAR KANIK1[1], Ömer Osman PALA[1], Zeynep Beyza ALKAN[1], Ulunay KANATLI[1]

[1]Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara, Türkiye. E-posta: sozluugur@gmail.com

ÖZET

Amaç: Aktif yaşlanma, insan yaşamı boyunca yaşam kalitesini yükseltmek için gereken fırsatların en iyi şekilde kullanılması surecidir. Bu süreçte en sık karşımıza çıkan hastalıklardan biri rotator manşet sorunlarıdır. Rotator manşet rahatsızlıkları; anatomik, yaş ile ilgili dejenerasyon, tendon hipovaskülaritesi, genetik faktörler ve travma gibi birçok faktöre bağlı karşımıza çıkabilir. Meydana gelen rotator manşet yırtığı ve yağlı dejenerasyonlu kas atrofisi MRI gibi görüntüleme yöntemleri ile belirlenebilir. Amacımız 60 yaş üzerinde yağlı dejenerasyonlu kas atrofisi olan bireylerde fonksiyonel etkilenimi araştırmaktır.

Metod: Çalışmaya yağlı dejenerasyonlu rotator manşet yırtığı bulunan 29 hasta (yaş 64 yıl (60-71 yıl) (min-maks), VKİ 26.3±2 kg/m^2) ile yaş ve fiziksel özellikler açısından benzer 10 sağlıklı birey (yaş 65 yıl (61-69) (min-maks), VKİ 27.5±4. kg/m^2) dahil edildi. Tüm hastaların radyolojik değerlendirmesi MRI ile yapıldı. Rotator manşet tendonlarındaki yırtık sayısı ve boyutu Cofield'in yaptığı sınıflandırmaya göre belirlendi. Yağlı dejenerasyonlu rotator manşet kas atrofisi ise Goutallier'in tanımladığı sisteme göre tespit edildi. Üst ekstremite fonksiyonu Western Ontario Rotator Cuff Index (WORC) ve performansa dayalı fonksiyonel bir test olan 9 Delikli Peg Testi (9 PEG) ile değerlendirildi.

Bulgular: Hasta grubun verileri incelendiğinde rotator manşet kaslarından 2-4 tendonda yırtık ve yağlı dejenerasyonlu kas atrofisi olduğu belirlendi ($p<0.05$)(Tablo 1). Gruplar karşılaştırıldığında, WORC skorlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu ($p<0.05$) buna karşılık 9PEG sonuçlarının ise benzer olduğu bulundu ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tartışma: 60 yaş üzerinde yağlı dejenerasyonlu kas atrofisi bulunan bireylerde

rotator manşet hastalığının radyolojik komponenti ileri seviyede olsa da üst ekstremite fonksiyonu benzer fiziksel özelliklere sahip sağlıklı kontrol grubundan farklı olmayabilir. Yaşlanmayla birlikte dejenere olan rotator manşet tendonlarındaki yırtık boyutu ve kas atrofisinin radyolojik bulguları ilerlemeden gerekli tedaviler uygulanarak azaltılabilir. Sağlıklı yaşlanma çerçevesinde ele aldığımızda bireyin üst ekstremite fonksiyonlarının yaşlanma dışı faktörler nedeniyle azalmasının önüne geçilebilir.

Anahtar kelimeler: aktif yaşlanma süreci, rotator manşet, yağlı dejenerasyonlu kas atrofisi, fonksiyon

Kaynaklar:

Braune, C., von Eisenhart-Rothe, R., Welsch, F., Teufel, M., & Jaeger, A. (2003). Mid-term results and quantitative comparison of postoperative shoulder function in traumatic and non-traumatic rotator cuff tears. Archives of orthopaedic and trauma surgery, 123(8), 419-424.

Brooks, C. H., Revell, W. J., & Heatley, F. W. (1992). A quantitative histological study of the vascularity of the rotator cuff tendon. Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume, 74(1), 151-153.

Cofield, R. H., Parvizi, J., Hoffmeyer, P. J., Lanzer, W. L., Ilstrup, D. M., & Rowland, C. M. (2001). Surgical repair of chronic rotator cuff tears. The Journal of Bone & Joint Surgery, 83(1), 71-71.

Ekin A, Tatari H, Kabaklıoğglu T. Shoulder Impingement Syndrome: Anatomy, Etiology, Classification, Diagnosis And Treatment. Joint Dis Rel Surg 1994;5:19-25

Goutallier, D., Postel, J. M., Bernageau, J., Lavau, L., & Voisin, M. C. (1994). Fatty Muscle Degeneration in Cuff Ruptures: Pre-and Postoperative Evaluation by CT Scan. Clinical orthopaedics and related research, 304, 78-83.

Gumina, S., Carbone, S., Campagna, V., Candela, V., Sacchetti, F. M., & Giannicola, G. (2013). The impact of aging on rotator cuff tear size. Musculoskeletal surgery, 97(1), 69-72.

Harvie, P., Ostlere, S. J., Teh, J., McNally, E. G., Clipsham, K., Burston, B. J., ... & Carr, A. J. (2004). Genetic influences in the aetiology of tears of the rotator cuff SIBLING RISK OF A FULL-THICKNESS TEAR. Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume, 86(5), 696-700.

NEER, C. S. (1972). Anterior acromioplasty for the chronic impingement syn-

drome in the shoulder. The Journal of Bone & Joint Surgery, 54(1), 41-50.

Orhun, H., Gürkan, V., Dursun, M., Orhun, E., & Sener, B. (2010). [Results of limited open rotator cuff repair with partial acromioplasty for rotator cuff tears with subacromial impingement syndrome]. Eklem hastaliklari ve cerrahisi= Joint diseases & related surgery, 21(2), 73-79.

Yamaguchi, K., Ditsios, K., Middleton, W. D., Hildebolt, C. F., Galatz, L. M., & Teefey, S. A. (2006). The demographic and morphological features of rotator cuff disease. The Journal of Bone & Joint Surgery, 88(8), 1699-1704.

KIRILGAN YAŞLI BİREYLERDE EGZERSİZ EĞİTİMİNİN FİZİKSEL PERFORMANS ÜZERİNE ETKİSİ

Fzt. Ülkü Kezban ERTAN*, Prof. Dr. Nuray KIRDI* , Tbp. Yzb Galip BÜYÜKTURAN, Doç. Hv. Tbp. Alb. Ergün BOZOĞLU***, Dr. Fzt. Aydın MERİÇ*, Fzt. Merve KARAPINAR*, Fzt. Arzu DEMİRCİOĞLU*, Uzm. Fzt. Ayşe Abit KOCAMAN*,**

*Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Bölümü, ANKARA

** Türk Silahlı Kuvvetleri, Özel Bakım Merkezi, ANKARA

*** Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, ANKARA

AMAÇ

Kırılganlık, yaşlıda yeti yitimi riskini arttıran fizyolojik rezervlerin kaybıdır. Kırılganlığın üç öncü belirtisi nörolojik bozulma, mekanik performansta azalma ve enerji metabolizmasında azalmadır. Bu çalışmada kırılgan yaşlı bireylerde egzersiz eğitiminin fiziksel performans üzerine etkisini incelemesi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Türk Silahlı Kuvvetleri, Özel Bakım Merkezi'nde yaşayan 26 kırılgan birey çalışmaya dâhil edildi. Tedavi grubu 11 kişi ve kontrol grubu 15 kişiydi. Tedavi grubuna haftada 3 gün olmak üzere 1 ay süreyle dirençli egzersiz eğitimi verildi. Bu bireylerin performansları "Kısa Fiziksel Performans Testi" ile değerlendirildi.

SONUÇLAR

Tedavi grubundaki bireylerin vücut kütle indeksi ve yaşları sırasıyla; 25,81 ± 5,09 kg/m² ve 85,18±4,42 iken kontrol grubundaki bireylerin vücut kütle indeksi ve yaşları; 27,46±5,56 kg/m², 85,66±5,94 olarak tespit edildi. Tedavi grubunda ise tedavi öncesi ve tedavi sonrası fark, =2,55±1,29 iken kontrol grubunun bir ay sonraki ölçümünün farkı =0,20±1,82 bulundu. Edinilen istatistiki veriler ve değerlendirmeler ışığında gruplar arasında fiziksel performans açısından istatistiksel olarak anlamlı fark (= 0,00) saptandı.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, egzersiz eğitiminin kırılgan bireylerin fiziksel performans seviyelerini artırdığı gözlendi. Bu bireylerin yaşam kalitelerinin ve bağımsızlık seviyelerinin artırılması için medikal tedavinin yanı sıra egzersiz tedavisi de önerilmelidir. Fakat uzun dönem etkilerinin incelenmesi ve detaylı karşılaştırma yapılabilmesi açısından tedavi süresi ve kişi sayısının artırıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER

Kırılganlık, Yaşlı, Egzersiz

KULLANILAN KAYNAKLAR

1) Cadore EL, Pinto RS, Bottaro M, Izquierdo M. Strength and endurance training prescription in healty and frail elderly. Aging Dis. 2014 Jun 1;5(3):183-95.

2) Cherniack EP, Florez HJ, Troen BR. Emerging therapies to treat frailty syndrome in the elderly. Altern Med Rev. 2007 Sep;12(3):246-58.

3) Watt JR1, Jackson K, Franz JR, Dicharry J, Evans J, Kerrigan DC. Effect of a supervised hip flexor stretching program on gait in frail elderly patients. PM R. 2011 Apr; 3 (4): 330-5

4) Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Byers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. N Engl J Med. 2002 Oct 3;347(14): 1068-74

5) Sullivan DH, Roberson PK, Smith ES, Price JA, Bopp MM (2007). Effects of muscle strength training and megestrol acetate on strength, muscle mass, and function in frail older people. J Am Geriatr Soc. 2007 Jan; 55 (1): 20-8.

YAŞANABİLİR TOPLUMLAR VE SÜRDÜRÜLEBİLİR YERİNDE YAŞLANMA

Prof. Dr. Velittin KALINKARA
Pamukkale Üniversitesi, Denizli Teknik Bilimler MYO

Öz

Yerinde yaşlanma ileriki yıllarda bireyin fonksiyonlarında ve sağlığında potansiyel değişikliklere rağmen kendi evinde ya da toplum içinde kalmayı sürdürme yeteneğidir. Yaşanabilir toplum kavramı kent ve kasabalarda yaşlı bireyin yerinde yaşama yeteneğini destekleyen veya engelleyen fiziksel, sosyal ve ekonomik alt yapıya dikkat çekmektedir. Yerinde yaşlanma yalnızca yaşlılar yararına bir potansiyel sunmaz, aynı zamanda aile, toplum ve yönetimler açısından da yararlıdır. Sürdürülebilir yerinde yaşlanma her yaştaki mevcut ve gelecek nesillerin uzun vadeli ekonomik, sosyal ve çevre sağlığına hitap ettiği gibi yaşlı sakinlerin toplum içinde kalmalarına da yardımcı olur. Yerinde yaşlanmayı etkileyen yaşanabilir toplum özelliklerine ilişkin göstergeler çok yönlü olarak ele alınabilir. Yaşanabilir bir toplum yaşlılar için erişilebilir, ekonomik ve ziyaret edilebilir konut seçenekleri sunar ve böylece yaşlılar yerinde yaşlanabilir. Yaşanabilir bir toplum güvenli ve yürünebilir mahalleler, ulaşım seçenekleri, güvenli sürüş koşulları ve acil durumlar için hazırlıklıdır. Aynı zamanda geniş yelpazede sağlık bakımı, destek hizmetleri, sağlıklı yiyecek ve toplumsal yaşama katılma fırsatları da sunar.

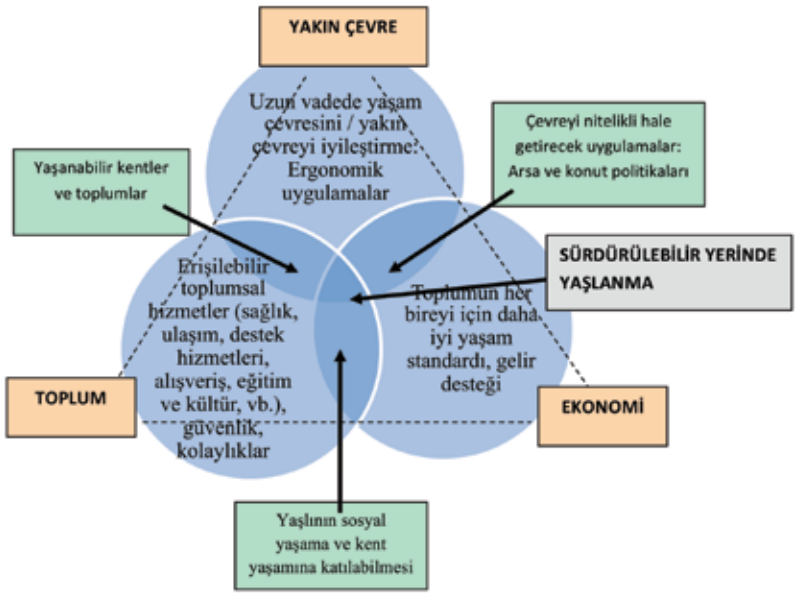
Yerinde yaşlanma yaşlılar, aileler, toplumlar ve yönetimler için çeşitli yararlar sağlayabilir. Yaşlılar için yerinde yaşlanmanın yararları arasında ev ve aile ortamı ile bildik bir ortam ve kimlik duygusu gelmektedir. Yerinde yaşlanma yaşam kalitesini artırdığı gibi mortalite riskini de azaltır. Yerinde yaşlanmanın yaşlılar, aileler ve hükümetler için uzun vadeli kurumsal bakıma göre daha az pahalı olduğuna inanılmaktadır. Bireylerin yerinde yaşlanması konusundaki çabalar toplumun gelişimini, komşular, bakıcılar ve gönüllü kuruluşların sürece katılmalarını sağlar. Böylece yaşam ortamlarının tasarımına da katkı sağlanır. Yürünebilir mahalleler her yaştan birey için güvenli ortamlar yaratarak fiziksel aktiviteyi teşvik edebilir ve bireyler arası etkileşimi artırabilir. Bu tebliğde amaç sürdürülebilir yerinde yaşlanmayı desteklemek ve yaşanabilir toplum özelliklerini ortaya koymaktır. Zira sürdürülebilir yerinde yaşlanma yaşlının alışık olduğu toplumda yaşamını sürdürmesini sağladığı gibi, mevcut ve gelecek nesillerin uzun vadeli ekonomik, sosyal ve çevre sağlığı ile sorunlarının çözümüne de katkı sağlar. Böylece kent ve kasabalarda yaşlanan nüfusun ihtiyaçları belirlenerek, düşük maliyetli çözüm önerileri ortaya konulabilir, yerel yönetimlerin kullanabileceği ergonomik ve uygulanabilir bilgi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, yaşanabilir toplum, yerinde yaşlanma, sürdürülebilirlik

GİRİŞ

Dünya nüfusu ve yaşlı nüfus giderek artmakta, yaşı ne olursa olsun daha fazla insan yüksek yaşam standardı istemektedir. Yüksek yaşam standardı beklentisi ile kentlerin nüfusu arttıkça ekonomik, sosyal ve çevresel refah giderek azalmaktadır. Kentlerde yaşlıların yaşamını etkileyen pek çok unsur yer almaktadır, bunlar arasında en önemlisi ulaşılabilirliktir. Kentlerde yaşam alanlarının genişlemesi, nüfusun ve ekonomik hareketliliğin artması bireylerin ulaşma ihtiyacını daha da önemli hale getirmektedir (Çöl 2009). Yaşanabilir toplum ve sürdürülebilir yerinde yaşlanma için kentsel ulaşım, konut arzı, toplumsal yaşam düzenlemeleri ve kentin diğerlerini (yaşlı, engelli, çocuk, hamile) de kapsayan ergonomik tasarımının (Şekil 1) sağlanması gereklidir (Kalınkara & Arpacı 2015).

Mekanı etkileyen kapitalist üretim ilişkileri ve örgütlenme biçimleri, mekan ve onu üreten süreçler arasındaki ilişki türleri mekanı sürekli dönüşüme itmektedir. Üretim ve tüketimin yoğun olarak konumlandığı kent merkezleri özellikle Batılı toplumların geçirmiş olduğu globalleşme adı verilen dönüşüm süreci içinde ön plana çıkmış olan önemli değişim eksenleridir. Türk toplumunun da bu süreçte, sürekli değişen ekonomik ve demografik trendlerden etkilenen ekonomik ve sosyal gelişme sürecinde değişen kent mekanının üretmiş olduğu yeni tüketici profili kompleks bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (Uysal ve Akyiğit 2012:555). Kentte yaşlı nüfusun giderek artması konut ve ulaşım başta olmak kentle ilgili yeni düzenlemeleri gerektirmektedir.



Şekil 1. Sürdürülebilir yerinde yaşlanma (Kalınkara 2015).

YAŞLILIKTA DEĞİŞİM VE GEREKSİNİMLER

Yaşlanma ile birlikte organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde, homeostatik kontrolde, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde ve stres cevap kapasitesinde azalma ortaya çıkar (Kalınkara 2014:112) ve engelli hale gelme oranı da artar. Yapılan bir araştırmada engelli hale gelme 65-74 yaşlarda yaklaşık % 25 iken, 75-84'de % 45'i, 85+ yaşta % 70'i aşmaktadır. Ülkemizde 2020'lerden itibaren 65+ yaş nüfusun oranının % 10'u geçecek olması - toplumun en hızlı artan nüfus diliminin 80+ yaş grubu olduğu hesaba katıldığında - uygun çözümleri üretmenin zorunluluğu ortadadır (Bernard 2014). Yaşlılar huzurevleri yerine kendi toplumlarında, evlerinde yaşamak istemektedir. Çoğu yaşlı kendisini eve ve mahalleye bağlı hissetmektedir. Yaşla birlikte sağlıkla ilgili sorunların ortaya çıkması nedeniyle fiziksel aktivite azalmakta, yaşlı birey günün önemli bölümünü evinde ve yakın çevresinde geçirmektedir. Çevresel zorluklar sağlıkla ilgili sorunları artırmasına ve yaşamlarını zorlaştırmasına karşın yaşlı için konut ve yakın çevre oldukça önemlidir. Yapılan çalışmalar olumsuz sağlık ve düşmeler arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Son çalışmalarda yaşanan çevre ile psikolojik sıkıntı, sakatlık, kardiyovasküler risk ve depresyon arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Çevresel özellikler ile psikolojik refah ve yaşam tatmini arasında olumlu ilişki olduğu görülmektedir (Oswald, Jopp, Rott, Wahl, 2010: 238).

Yaşlılar yaşamlarını mümkün olduğu kadar uzun süre aktif ve bağımsız olarak sürdürmek, kurumlarda değil, evlerinde yaşlanmak isterler (Rantz, Skubic, Miller, Krampe 2008:169). Politikacılar ve sağlık kuruluşları tarafından da masraflı kurum bakımı seçeneğini ortadan kaldırmak için yaşlıların kendi evlerinde ve toplumda kalması desteklenmektedir. Ancak araştırmalar fonksiyonel ve kognitif bozukluklar, kronik hastalıklar, azalan sosyal ilişkiler ve düşük fiziksel aktivitenin yaşlıların yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmelerini engellediğini göstermiştir. Kentsel düzenlemeler ve ev teknolojileri bu zorlukların bazıları için çözüm sağlayabilir, özellikle son on yıldır yerinde yaşlanmayı destekleyen sensör tabanlı ağlar, izleme, düşme ve dolaşmayı algılayan, e-sağlık uygulamaları yaygın biçimde kullanılmaktadır (Peek, Wouters, Hoof, Luijkx, Boeije, Vrijhoef 2014:236). Yerinde yaşlanma yaklaşımı ihtiyaç duydukları destekleyici hizmetler sağlanmak koşuluyla bireyin kendi çevrelerinde yaşamı sürdürmesine izin verir. Toplum destekli hizmetler ve sağlık bakım desteği sağlanarak, yerinde yaşlanma gerçekleştirilebilir. Düşük maliyetli sensörler, bilgisayarlar ve iletişim sistemleri gibi teknolojiler yaşlı bireyler için sağlık bakım hizmetlerine ulaşım sağlayabilir, yerinde yaşlanma ve bağımsızlık sürdürülebilir (Rantz et al 2008:169). Ancak yaşlılar tarafından bu teknolojilerin ve hizmetlerin kabulü konusunda güçlükler yaşanmaktadır.

YAŞANABİLİR TOPLUM

Bireyler için yerinde yaşlanmanın başarılabilmesi toplumların yaşanabilir olması ile doğrudan ilişkilidir. AARP'ye *(American Association of Retired Persons)* göre "*yaşanabilir toplum, bireysel bağımsızlık ve sivil ve sosyal yaşama kolaylıkla katılımı sağlama yanı sıra ekonomik ve uygun konut, destekleyici toplumsal özellikler*

ve hizmetler, yeterli hareket olanakları ve kişisel bağımsızlık" anlamına gelmektedir. Kentsel alanda yaşlılar konut ve alışveriş merkezlerine ulaşmak için otomobilleri yanı sıra diğer ulaşım olanaklarını kullanabilirler. Buna karşılık kırsal kesimde toplu ulaşımla ilgili sorunlar vardır ve genellikle yaşlılar yeteri kadar hizmet alamamaktadırlar (Farber, Shinkle, Lynott, Fox-Grage and Harrell 2011:2-3). "*Yaşanabilir toplum*" kavramı kent ve kasabalarda yaşlı bireyin yerinde yaşama yeteneğini destekleyen veya engelleyen fiziksel, sosyal ve ekonomik alt yapıya dikkat çekmektedir. Yerinde yaşlanma yalnızca yaşlılar yararına bir potansiyel sunmaz, aynı zamanda aile, toplum ve yönetimler açısından da yararlıdır (Lehning & Harmon, 2013:2).

Uygun yaya yolları ve kaldırımlar sağlandığında, yayalar güvenle hizmetlere ulaşabilirler. Her yerde yaşlılar için enerji verimli, erişilebilir ve toplu taşım araçlarına yakın uygun konut olanakları sağlanabilir. Yaşanabilir toplumlar her yaştan insanın yararınadır, ancak yaşanabilirlik yaşlı nüfus için daha önemlidir (Farber et al 2011:2-3). Günümüzde bağımsız olarak yaşamını sürdüremediği için kurumsal bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların desteklenmesi artan sosyal bir sorundur. Yerinde yaşlanma projeleri de yaşlıların uzun yıllar yaşadıkları evden ayrılmasını, kurumsal yaşama geçmesini geciktirme amacına dönüktür. Teknolojik destek hizmetleri ve kentsel düzenlemelerle yaşlıların uzun süre kendi evlerinde yaşamayı sürdüreceklerine inanılmaktadır (Mynatt, Essa, Rogers 2000). Bunun dışında son zamanlarda özellikle kendi başına yaşamı sürdürmesi mümkün olmayan yaşlılar için "*destekli yaşam*" önerilmektedir. Destekli yaşam hem düşük gelirlilerin bakımı için daha ekonomik ve kurumsal olmayan yollar arayanlar için hem de devlet ve yerel yönetimler için daha ekonomik uzun süreli bakım sistemlerinin önemli bir bileşeni haline gelmiştir. Destekli yaşam yaşlılar için destek hizmetleri sağlanmış "*ev gibi mekan*" olarak tanımlanır. Destekli yaşam üniteleri yerleşim tipi (daire veya oda biçiminde), verilen hizmet biçimi (günlük yaşam aktiviteleri -ADL- desteği), gizlilik düzeyi (özel veya ortak) ve bağımsızlık derecesine (kilitli kapı, hizmetleri reddetme, vb.) göre sınıflanabilir. Yerinde yaşlanma destekli yaşam endüstrisinin önemli ve vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Yerinde yaşlanmanın temel felsefesi bireyin değişen ihtiyaçlarını karşılamak için hizmet sunumu ve bakım kriterlerinin ayarlanması, bireyin erken kurumsallaşmasının engellenmesidir (Chapin, Dobbs-Kepper, 2001:43).

YERİNDE YAŞLANMA

"*Yerinde yaşlanma*" ileriki yıllarda bireyin fonksiyonlarında ve sağlığında potansiyel değişikliklere rağmen kendi evinde ya da toplum içinde kalmayı sürdürme yeteneğidir (Lehning & Harmon, 2013:2). Pek çok yaşlı insanın sağlıkta düşüş ve yaşlanma ve engelliliğe karşı dış ortam koşullarının, yakın çevrenin uygun olmaması nedeniyle yaşamını kendi evinde sürdürmesi giderek zorlaşmaktadır. Yaşlı birey için günlük yaşam aktivitelerinin (yürüyüş, hareket etme, banyo, giyinme ve tuvalet) yürütülmesi, alışveriş, pişirme veya temizlik faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi daha zor hale gelmektedir. Yaşlı bireyin yaşamını evde sürdürmesini zorlaş-

tıran pek çok faktör vardır, bunlar; yeterli ulaşım olmaması, evin uygun biçimde tasarlanmaması, toplumsal destek eksikliği, kentin kısa mesafelerde doktor, alışveriş merkezi ve yürüme yolları içerecek biçimde tasarlanmamasıdır. Kırsal kesimde yaşayanların bu kaynaklara / hizmetlere ulaşması daha zor olmakta, yaşlı birey pek çok sorunla karşılaşmakta, genellikle izole olmaktadır.

Bu engellere karşın AARP araştırmaları yaşlıların % 90'ının bakım tesisi veya diğer kurumların aksine kendi evinde yaşamayı sürdürmek istediklerini ortaya koymaktadır. Yaşlıların bu amacı başarabilmeleri için evlerin yaşlıyı evde tutabilecek şekilde tasarlanması ve engellerden arındırılmış olması konusunda yardımcı olunmalıdır. Yerinde yaşlanmanın amacı bireyin kendi evinde uzun süre güvenle yaşayabilmesini sağlamaktır. Yerinde yaşlanmayı destekleyen çok çeşitli kaynaklar vardır. Yeterli ulaşım yerinde yaşlanmanın ayrılmaz bir parçasıdır. Genellikle araba bakım, yakıt ve sigorta nedeniyle yüksek maliyetli ve güvensizdir. Kolay erişilebilen toplumsal ulaşım araçları, yakın mesafedeki alışveriş merkezleri ve sağlık merkezleri yerinde yaşlanma için temeldir. Yaşlılar için en temel sorun uygun konuttur. Konutların çoğunluğu yaşlının ihtiyaçlarına uygun değildir ve erişilebilir biçimde tasarlanmamıştır. Bu nedenle erişilebilir ve uygun fiyatlı konut seçenekleri, yaşlılara uygun hale getirilmiş yaşlı apartmanları veya bağımsız yaşam tesisleri sağlanması önemlidir. Bu amaçla tüm insanlara uygun olabilecek "*evrensel tasarım*" uygulanmış, erişilebilir evlere ihtiyaç vardır. Ya da mevcut konutlarda gerekli iyileşmeler (engelli duşu, tutamak, tuvalet-duş oturakları, merdiven liftleri vb.) sağlanarak, yaşanabilir mekanlar oluşturulabilir (https:// www.lifetime-resources.org/aginginplace.html 2015).

"*Sürdürülebilir yerinde yaşlanma*" her yaştaki mevcut ve gelecek nesillerin uzun vadeli ekonomik, sosyal ve çevre sağlığına hitap ettiği gibi yaşlı sakinlerin toplum içinde kalmalarına da yardımcı olur. Yerinde yaşlanmayı etkileyen yaşanabilir toplum özelliklerine ilişkin göstergeler çok yönlü olarak ele alınabilir. Yerel yönetimler yaşlıların özel ihtiyaçlarını inceleyerek düşük maliyetli çözümler sağlayabilirler. Bunun için bazı göstergelerden yararlanabilirler. Bu göstergeler yaşanabilir toplum özelliklerinin yerinde yaşlanmayı nasıl desteklediği konusunda bir yaklaşım sunmaktadır.

1. Yaşanabilir bir toplum yaşlılar için erişilebilir, ekonomik ve kolay kullanılabilir konut seçenekleri sunar ve böylece yaşlılar yerinde yaşlanabilir.
2. Yaşanabilir bir toplum güvenli ve yürünebilir mahalleler, ulaşım seçenekleri, güvenli sürüş koşulları sağlar ve acil durumlar için hazırlıklıdır.
3. Aynı zamanda geniş yelpazede sağlık bakımı, destek hizmetleri, sağlıklı yiyecek ve toplumsal yaşama katılma (sosyal entegrasyon) fırsatları da sunar (Lehning & Harmon, 2013:2). Buna karşılık yerinde yaşlanmayı zorlaştıran bir takım durumlar da söz konusudur. Bunlar arasında özellikle

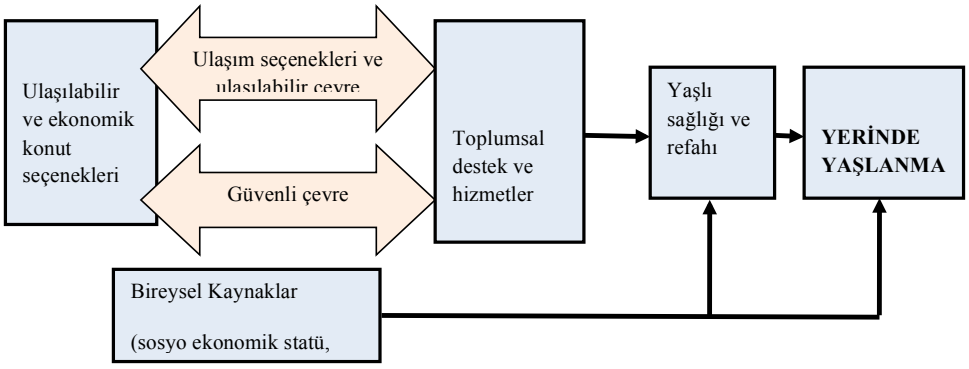
"çoklu kronik durumlar, fiziksel zayıflık, kognitif bozukluk ve demans, eğitimli profesyonellerin yetersizliği" sayılabilir. Yerinde yaşlanma fırsatlarının artırılabilmesi için;

- Gıda desteği,
- Ulaşım,
- Kentsel tasarımlar,
- Mobil bakım kliniği,
- Sosyal ağlar,
- Aile izleme gibi yerel politikaların izlenmesi gerekmektedir (Bernard 2014).

Son yıllarda bir dizi örgüt yaşlının yerinde yaşama yeteneği, sağlık ve refahını iyileştirme ve daha yaşanabilir toplumlar yaratma yönünde kontrol listeleri ve kılavuzlar geliştirmiştir. Bu çalışmalarda yaşlı bireylerin tercihleri, toplumun özellikleri ve bunların birbiriyle ilişkisi gibi pek çok faktör dikkate alınmıştır. Bu göstergeler tüm yaş gruplarının yaşam kalitesini artırdığı gibi yaşlı bireyler için daha yaşanabilir toplumlar oluşturmakta ve sürdürülebilir yerinde yaşlanmayı kolaylaştıracak fiziksel ve sosyal özellikler içermektedir. Her toplum nüfusun ihtiyaçlarını en iyi karşılayacak düzenlemeleri kendisine uydurmayı düşünmelidir. Bu göstergeler mevcut ve gelecekteki yaşlıların mümkün olduğu kadar uzun süre evlerinde ve toplumda kalmaları konusunda nasıl yardımcı olunacağına yönelik adımlardan biridir. Bu göstergeler ihtiyaca bağlı olarak tekrar ele alınabilir. Değişim için başlangıçta düşük maliyetli politika ve programlara odaklanarak, olumlu-yarar sağlayan değişiklikler benimsenebilir (Lehning & Harmon, 2013:3).

Yerinde yaşlanma yaşlılar, aileler, toplumlar ve yönetimler için çeşitli yararlar sağlayabilir. Yaşlılar için yerinde yaşlanmanın yararları arasında ev ve aile ortamı ile bildik bir ortam ve kimlik duygusu gelmektedir. Yerinde yaşlanma yaşam kalitesini artırdığı gibi mortalite riskini de azaltır. Yerinde yaşlanmanın yaşlılar, aileler ve hükümetler için uzun vadeli kurumsal bakıma göre daha az pahalı olduğuna inanılmaktadır. Bireylerin yerinde yaşlanması konusundaki çabalar toplumun gelişimini, komşular, bakıcılar ve gönüllü kuruluşların sürece katılmalarını sağlar. Böylece yaşam ortamlarının tasarımına da katkı sağlanır. Yürünebilir mahalleler her yaştan birey için güvenli ortamlar yaratarak fiziksel aktiviteyi teşvik edebilir ve bireyler arası etkileşimi artırabilir. Amaç sürdürülebilir yerinde yaşlanmayı desteklemek ve yaşanabilir toplum özelliklerini ortaya koymaktır. Zira sürdürülebilir yerinde yaşlanma yaşlının alışık olduğu toplumda yaşamını sürdürmesini sağladığı gibi, mevcut ve gelecek nesillerin uzun vadeli ekonomik, sosyal ve çevre sağlığı ile sorunlarının çözümüne de katkı sağlar. Böylece kent ve kasabalarda yaşlanan nüfusun ihtiyaçları belirlenerek, düşük maliyetli çözüm önerileri ortaya konulabilir, yerel yönetimlerin kullanabileceği ergonomik ve uygulanabilir bilgi sağlanabilir (Lehning & Harmon, 2013:5-6; Kalınkara &Arpacı 2015).

1. Yerinde yaşlanma öncelikle yaşlının yaşanacak bir yere sahip olmasını gerektirir. İdeal olarak, toplum engeli ve fiziksel yetersizliği, değişen gelir ve varlıkları olan yaşlılar için farklı konut alternatifleri (müstakil konut, apartman dairesi, huzurevi, destekli yaşam üniteleri ve aksesuarlı konut üniteleri gibi) sunabilir.
2. İkinci olarak**,** toplum içinde yaşayan yaşlının mevcut destek ve hizmetlere erişebilmeleri sağlanmalı, gerektiğinde toplum ve/veya yerel yönetimlerce bu destek ve hizmetleri kendilerine sağlayacak sistemler kurulmalıdır. Örneğin; toplu taşıma, yaşlılara özel taşıma sistemi ve yürünebilir mahalleler sunulduğunda yaşlıların bağlantıları, sosyal ilişkileri artar ve kendilerini mahallelerinde daha güvende hissederler.
3. ***Son olarak*****,** yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olacak destek ve hizmetler (sosyal etkileşim, market, pazar alışverişi, vb.) sağlanabilir. Yerinde yaşlanma yaşlıların fiziksel, zihinsel, sosyal ve ekonomik, sağlık ve refahını desteklemede yardımcı olur, ancak bunu sağlayacak kentsel alt yapı, ulaşım, yürünebilir mahalleler, destek ve hizmet sistemleri, sağlık hizmetleri ve iletişimi artıracak sistemlerin kurulduğunda bu sağlanabilir. Şekil 2'de yerinde yaşlanmayı etkileyen yaşanabilir toplum özelliklerine ilişkin bir model sunulmaktadır (Lehning & Harmon, 2013:7).



Şekil **2.** Yaşanabilir toplumlar ve yerinde yaşlanma (Lehning & Harmon, 2013).

Yaşanabilir toplum göstergeleri yaşlı bireylerin yerinde yaşlanma yeteneğini tümüyle artırmaz. Göstergeler öncelikle toplumun fiziksel ve sosyal özellikleri üzerinde durur, bireyin sağlığı, sosyal ve mali kaynakları üzerinde durmaz. Şekil 2'de görüldüğü gibi bu kaynaklar doğrudan yaşlının sağlığı, refahı ve yerinde yaşama yeteneğini etkileyebilir. Örneğin yaşlının geliri sınırlıdır ve yerinde yaşlanma konusunda büyük risk altında olabilir, bağımsızlığı sürdüremediklerinde mal ve hizmetleri satın alamayabilirler. İhtiyaç duyduğu kaynaklara ulaşamama ve riskli koşullarda yaşama onların sağlık ve refahını olumsuz etkiler, mahalle / yakın çevre sağlıklı gıdalara ulaşmanın engellenmesiyle veya çevre yüksek suç ve sosyal

bozulmayla karakterize edilebilir. Üstelik bu göstergeler yaşanabilir toplum özelliklerinin, yaşlının bu özelliklere erişebilme durumu ve bunları kullanıp kullanmadığının da bir göstergesidir. Örneğin, konutta tadilat yapılması ve yaşlıya uygun hale getirilmesi, engelli yaşlının uyum yeteneğini artırır ve mümkün olduğu kadar uzun süre kendi evinde yaşamasını sağlar. Ancak yaşlının bu hizmetlere erişimi ve maliyetinden haberdar olması, destek mekanizmalarını bilmesi gerekir (Lehning & Harmon, 2013:8).

SONUÇ

Sonuç olarak Türkiye'deki konut stokuna bakıldığında konutların önemli bir bölümünün yaşlı ve engellilere uygun olmadığı görülmektedir; bu konutlar sıfır adım giriş, geniş kapı, geniş koridorlar ve giriş katında en az bir banyo içermez. Doğal olarak engelli yaşlıların evlerinde yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmeleri zordur. Bağımsız yaşamı destekleyen tasarım özellikleri kapsamında evin dışında araba için uygun park alanı, giriş katında bir yatak odası, banyo ve tuvaletlerde ek düzenekler / destekler ve alçak kapı kolları sayılabilir. Böyle bir düzenleme engelli yaşlıların kaza olasılığını, ağrı ve depresyonunu engellediği gibi bakım veren bireyin de düşme, sırt incinmesi ve stresini de ortadan kaldırır. Buna karşılık, evde tadilatla erişilebilirliği artırmak, fiziksel sağlıktaki azalmaları engellediği gibi sağlık harcamalarının da azalmasına neden olur (Lehning & Harmon, 2013:9-10).

Birçok kentimiz yaşlılar ve kent sakinleri için yürüme, bisiklet kullanma ve toplu taşıma uygun olarak tasarlanmamıştır. Sokakların güvenli yürüme için çok geniş, trafikten arındırılmış olması veya kaldırımların alışveriş merkezlerine/dükkanlara yürüme ve geçişi engelleyecek biçimde düzenlenmiş olması önemlidir. "*Komple sokaklar*" fikri planlama, tasarım, yapım, ulaşım proje ve işletim sistemlerini yaş ve yeteneğine bakılmaksızın sürücü, bisikletli, yaya ve transit geçiş ihtiyacını karşılayacak biçimde düzenlemedir. Bugün pekçok gelişmiş ülkede ve eyalette "*komple sokaklar*" fikri yaşama geçirilmiştir. Komple sokaklar fikri giderek daha fazla kabul görmekte, pekçok ülke ve yerleşim yeri bu konuda yeni önlemler almaktadır (Farber et al 2011:VIII). Güvenli, erişilebilir ve canlı ortamların gelişmesini teşvik eden yaşanabilir toplum projeleri, yaşlıların yaşam kalitesini artırma yönünde çaba göstermekte; arazi kullanımı, konut, ulaşım vb. pek çok konuyu ele almaktadır. Böylece yaşlıların uzun süre konutlarında ve mahallelerinde yaşamlarını sürdürmeleri sağlanarak, erken kurumsallaşmaları engellenebilir.

KAYNAKÇA

Bernard, M.A. (2014). *Aging in Place*. National Institute on Aging.

Çöl, Ş.D. (1996). *Kentlerin Kimlik Sorunu ve Günümüz Kentlerinin Kimlik Derecesini Ölçmek İçin Bir Yöntem Denemesi*, Mimar Sinan Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Chapin, R. & Dobbs-Kepper, D. (2001). Aging in place in assisted living: Philosophy versus policy. *The Gerontologist*, 41(1): 43-50.

Farber, N., Shinkle, D., Lynott, J., Fox-Grage, W. & Harrell, R. (2011). *Aging in Place: A State Survey of Livability Policies and Practices*. Washington: AARP Public Policy Institute.

https://www.lifetime-resources.org/aginginplace.html erişim tarihi: 7 Kasım 2015.

Kalınkara, V. (2014). *Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi*. II. Basım. Ankara: Nobel Yayınevi. Yayın No: 145.

Kalınkara, V. ve Arpacı, F. (2015). Yerinde yaşlanma. V.Kalınkara (ed.). *Yaşlılık: Disiplinler arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler II.* Ankara: Nobel Yayınevi.

Lawton, M.P. (1989). Three functions of the residential environment. In L. A. Pastalan & M. E. Cowart (Eds.), *Lifestyles and housing of older adults: The Florida experience.* (pp. 35-50). New York: Haworth.

Lehning, A. & Harmon, A. (2013). *Livable Community Indicators for Sustainable Aging in Place*. New York: Stanford Center on Longevity.

Mynatt, E.D., Essa, I. & Rogers, W. (2000). Increasing the opportunities for aging in place. *CUU'00 Proceedings on the 2000 Conference on Universal Usability*, (p.65-71). New York.

Oswald, F., & Wahl, H.-W. (2005). Dimensions of the meaning of home. In G. D. Rowles & H. Chaudhury (Eds.), *Home and Identity in Late Life: International Perspectives* (pp. 21-45). New York: Springer.

Oswald, F., Jopp, D., Rott, C. & Wahl, H-W. (2010). Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? *The Gerontologist*, 51(2): 238-250.

Peek, S.T.M., Wouters, E.J.M., Hoof, J.V., Luijkx, K.G., Boeije, H.R. & Vrijhoef, H.J.M. (2014). Factors influencing acceptance of technology for aging in place: A systematic review. *Int J of Medical Informatics*, 83(4): 235-248.

Phillips,J., Walford, N. & Hockey, A. (2011). How do unfamiliar environments convey meaning to older people? Urban dimensions of placelessness and attachment. *International Journal of Ageing and Later Life*, 6(2): 73-102.

Rantz, M.J., Skubic, M., Miller, S.J. & Krampe, J. (2008). Using technology to enhance aging in place. *ICOST 2008*. S.Helal et al. (Ed.). Heidelberg: Springer- Verlag. (p169-176).

Rowles, G.D. (1983). Geographical dimensions of social support in rural Appalachia. In G.D. Rowles & R.J. Ohta (Eds.), *Aging and Milieu: Environmental Perspectives on Growing Old.* (pp. 111-130). New York: Academic Press.

Sixsmith, J.A. (1986). The meaning of home: An exploratory study in environmental experience. *Journal of Environmental Psychology*, 6:281-298.

Uysal, A.F. & Akyiğit, H. (2012). Tüketim toplumlarında kentsel dönüşüm projelerinin ve çevre-toplum anlayışının sosyolojik analizi. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 1(4): 545-565.

YAŞLI DOSTU KENTLERDE YAŞLILARIN YAŞAM DUYUMLARININ ARTIRILMASI: HUZUREVLERİNDE DİNİ-MANEVİ EĞİTİM VE DANIŞMANLIK

Dr. Yasemin GÜLEÇ
Vefa Lisesi

ÖZET

Giriş: Yaşlı nüfusun artması ile birlikte özellikle büyük şehirlerde yaşlılar, kırsal kesimde yaşamlarını sürdürenlere kıyasla daha fazla psiko-sosyal tükenmişlik halleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Kent yaşamında yaşlılar, ya aile tarafından zorla gönderilme, tercih etmek zorunda kalma veya kendi istekleriyle, yaşamlarını çoğunlukla huzur evlerinde ve diğer bazı kurumlarda sürdürmektedirler. Bu aşamada, dinin ve manevi değerlerin, yaşlı bireylerin ruh sağlığı ve yaşam doyumlarının artırılmasındaki rolü önemli bir yer işgal etmektedir. Dini ve manevi değerler, insanların çoğunluğunun hayatında yer alan bir konu olduğuna göre manevi danışmanlar, bireylerin hayatlarının önemli bir parçası olan dinden yararlanarak, fakat bunun yanı sıra psikolojiyle ilgili teorik bilgileri de yadsımadan, bunları da dini bilgilerine katarak daha iyi hizmet verme yolundadırlar. Dini-manevi eğitim ve danışmanlık, yaşananların üst bir bakış açısıyla değerlendirilerek, insanın yaşadıklarını anlamlandırmasına yardımcı olur. Olumlu ve olumsuz tecrübeler ışığında, olumsuz duygu ve düşüncelerle baş etmeyi, bunların yerine pozitif bakış açısını inşa etmeyi kendisine amaç edinir.

Amaç: Kent yaşamının en önemli olumsuz etkilerinden biri olan psiko-sosyal tükenmişlik, toplumu oluşturan bütün bireyleri, yaşamlarının bazı dönemlerinde az ya da çok etkilemektedir. Ancak bu tükenmişlik halleriyle başa çıkma durumu, kişinin içinde bulunduğu yaş, kişilik yapısı, sosyal çevre, sağlık, hastalık, ekonomik durum gibi birçok etkenden olumlu ya da olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu sebeple incinebilirliği daha fazla olan ve yaşanan durumların üstesinden gelmede, yardıma daha çok ihtiyacı olan bazı gruplar tanımlanmıştır. Bu gruplardan birisi de yaşlılardır. Yaşlılar içerisinde de şiddete maruz kalanların dörtte üçü, 65 yaş üstü kadınlardır. Kendine has fiziksel, biyolojik, ekonomik, sosyal, psikolojik, ruhsal, dini, ahlaki özellikleri bulunan yaşlılık döneminde, dini eğitim ve manevi danışmanlık hizmetlerinin, insan yaşamının diğer dönemlerine kıyasla, farklı yaklaşım ve metotlarla ele alınması önem arz etmektedir.

Yöntem: *Bu makale yaşlıların çoğunlukla baş etmek zorunda kaldıkları; yalnızlık, ölüm korkusu, ahlaki bastırma, suçluluk duygusu, işe yaramama düşüncesi, kızgınlık ve öfke gibi psiko-sosyal tükenmişlik hallerini deskriptif yöntemle ele almaktadır. Bu çalışma, maruz kalınan bu durumların sebep ve sonuçlarını dikkate alarak, huzur evleri ve yaşlıların toplu olarak bulundukları diğer kurumlarda yaşamlarını sürdüren kişilerin, yaşam doyumlarının artırılmasında, öneri niteliğinde uygulamalı bir eğitim programı ortaya koymaya çalışmaktadır.*

Bulgular ve Sonuç:

İnsanlar her yaşta ve dönemde eğitilebilir özelliklere sahiptir. Ancak bilinmesi gereken husus her dönemde verilecek olan eğitimin; özellikleri, yöntemi, muhatapları, fiziki ve psikolojik şartları, motivasyonları, öğrenmeye hazır bulunuş durumları farklı farklıdır. Yaşlılara verilecek din eğitiminde, doğrudan din eğitimi ve dini tebliğ uygun bir metot olmayacaktır. Huzur evlerinde sunulacak din eğitimi hizmetlerini, manevi bakım ve danışmanlık çerçevesinde düşünmek gerekmektedir. Amaç yaşlının yaşama bağlanması, yaşamla uyumunun artırılması ve yaşam niteliğinin yükseltilmesidir. Bu sebeple, manevi bakımın bu alanda yetişmiş eğitimciler tarafından hazırlanması ve uygulanması büyük önem arz etmektedir.

En az haftada bir oturum olarak uygulanabilecek 3 aylık bir programın içeriğinde bulunması gereken süreçler aşağıdaki gibi düzenlenebilir: a) Yalnızlık: Yalnızlık duygusuna karşı; birliktelik ve paylaşmayı artıracak dini ve ahlaki uğraşlar: Toplu dua ve ibadet, dini gün, ay ve bayramların birlikte kutlanması, kitap okuma saatleri, kutsal kitaptan okuma, birlikte film izleme (dini ve erdem ağırlıklı) ve değerlendirme, dini ve ahlaki sohbetler, dini ve tarihi mekânları ziyaret etme, yâd (anma) programları düzenlenebilir. b) Ölüm Korkusu: Her yaşlıda aynı düzeyde olmasa da yaşanan ölüm korkusuna karşı; insan doğasındaki ebedi olma arzusu ve adalet duygusunu canlandırmaya yönelik programlar hazırlanmalıdır (bu etkinlikler öncelikle bir yaratıcı ve ahiret inancı olan yaşlılara yöneliktir). c) Ahlaki Bastırma: Yaşlılık döneminde bir savunma mekanizması olarak ortaya çıkabilen vicdani duyguların bastırılmasına (ahlaki bastırma) karşı; tefekkür ve şükür seansları ile hissetme ve rahatlama egzersizleri, sanata ilgi ve sevginin geliştirilmesi, doğada, doğal etkinlikler yapma, misafirperverlik, komşuluk faaliyetleri, yardımseverlik, başkalarına yardım etme, çocuklarla bir araya gelme faaliyetleri düzenlenebilir. d) İşe Yaramama Duygusu ve Öfke**:** Suçluluk duygusu, işe yaramama düşüncesi, kızgınlık ve öfkeye karşı; yaşlı bireyi daha önce başarılı olduğu faaliyetlere yönlendirme, tecrübelerinden yararlanarak bilge kişi rolünün açığa çıkarılması, gençlerle yaşlıları bir araya getirme, her yaşlı bireyi dinleyerek anlamaya çalışma gibi programlar ve etkinlikler düzenlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Psiko-Sosyal Tükenmişlik, Başa Çıkma, Dini-Manevi Eğitim, Dini-Manevi Danışmanlık.

Kaynakça

Akgül, M. (2004). Yaşlılık ve Dindarlık: Dindarlık Hayattan Zevk Alma ve Mutluluk İlişkisi. *Dini Araştırmalar , 7* (19), 18-56.

Altaş, N. (2011). Dini Danışmanlığın Teorik Temelleri. *Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi , XLI*, 327-350.

Altaş, N., & Köylü, M. (Dü). (2012). *Dini Danışmanlık ve Din Hizmetleri.* Ankara: Gündüz.

Ardelt, M. (2003). Effect of religion and purpose in life on elderly' subjective well-being and attitudes toward death. *Journal of Religious Gerontology , 4* (14), 55-77.

Argyle, M. (1978). Dinin Yedi Psikolojik Temeli. *Eğitim Hareketleri* (M. Dağ, Çev., s. 272-273). içinde

Aşıkoğlu, N. (2008). Din Hizmetlerinin Sunumunda Alternatif Yöntem: Dini Danışmanlık. *I. Din Hizmetleri Sempozyumu.* Ankara: DİB.

Bahadır, A. (1999). Hayatın Anlam Kazanmasında Psiko-Sosyal Faktörler ve Din. (Yayımlanmamış doktora tezi). Uludağ Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

Blackburn, I. M. (2003). *Depresyon ve Başa Çıkma Yolları.* (N. H. Şahin, & R. N. Rugancı, Çev.) İstanbul: Remzi.

Certel, H. (2003). *Din Psikolojisi.* Ankara: Andaç.

Deutsch, H. *Kadın Psikolojisi: Annelik Ruhu ve Cinsiyet.* (H. Özgü, Çev.) İstanbul: Özgü.

Elias, J. L. (1993). *The Foundations and Practice of Adult Religious Education.* Malabar: Krieger Publishing Company.

Ellison, C. (1992). Are religious people nice people? evidence from the national survey of black americans. *Social Forces , 71* (2), 411-430.

Harris, D., & Cole, W. E. (1980). *Sociology of Aging.* Boston: Houghton Mifflin.

Hasyılmaz, H. (2007). Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlılarda Dini Hayat (Antalya Örneği). (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitusü, Konya.

Hayta, A. (2002). *İbadetler ve Ruh Sağlığı.* Ankara: Kitabiyat.

Hökelekli, H. (2003). *Din Psikolojisi* . Ankara : TDV.

Kalem, M. (2006). Yaşlıların Din Eğitimi ve Öğretimi Açısından Problem ve Beklentileri-

Huzur Evi Yaşlıları Üzerine Yapılmış Bir Araştırma. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi) . Uludağ Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa.

Kayıklık, H. (2003). *Orta Yaş ve Yaşlılıkta Dinsel Eğilimler.* Adana: Baki.

Klavuz, M. (2003). *Yaşlanma Dönemi Din Eğitimi.* Bursa : Arasta.

Klavuz, M. (2005). Batı Kültüründe Yaşlılık Dönemi Yalnızlık Duygusunu Azaltma ve Arkadaşlık İlişkilerini Geliştirme Açısından Dini Etkinliklerin Önemi. *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi , 14* (2), 25-39.

Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D., Pieper, C., Meador, K., Shelp, F., et al. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry , 149* (12), 1693-1700.

Koenig, H. G., Hays, J. C., Larson, D. B., George, L. K., Cohen, H. J., McCullough, M. E., et al. (1999). *Does religious attence prolong survival? A six year follw up study of 3.967 older adults.* (http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/content/full/54/7/M370). adresinden alınmıştır

Köylü, M. (2000). *Yetişkin Din Eğitiminin Teorik Temelleri.* Samsun: Etüt.

Köylü, M. (2002). Pedagojiden Androgojiye: Yaşam Boyu Eğitim. *Din Eğitimi Araştırmaları Dergisi* (9), 133-149.

Köylü, M. (2003). *Psiko-Sosyal Açıdan Dini İletişim.* Ankara: Ankara Okulu Yayınları.

Köylü, M. (2006). Yaşlılık Döneminde Eğitim ve Din Eğitimini Gerekli Kılan Nedenler. *Yaşlılık Dönemi ve Problemleri* (s. 205-229). İstanbul: İsav.

Larson, D. B., & Larson, S. S. (2003). Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: A brief review of the quantitative research. *Journal of Psychology and Teology , 31* (1), 37-51.

Lehr, U. (tb.). *Yaşlanmanın Psikolojisi.* (N. Eryar, Çev.) İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı.

Lök, N. (2015). Türkiye'de yaşlı istismarı ve ihmali: Sistematik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar , 7* (2), 149-156.

Mandıraoğlu, A., & Çam, O. (2004). Huzurevi çalışanlarının sorunları ve yaşlılar hakkında görüşleri. *Türk Gediatri Dergisi , 7* (1), 29-32.

Mutlu, Z. (2012). Yaşlı Bireylerde Yaşam Tatmini ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Onur, B. (1995). *Gelişim psikolojisi: Yetişkinlik, Yaşlılık, Ölüm.* Ankara: İmge.

Özdoğan, Ö. (2009). Hastalıklara Manevi-Psikolojik Yaklaşım. *IV. Din Şurası Tebliğ ve Müzakereleri* (s. 366-372). Ankara: TDV.

Özer, M. (2004). Huzurevlerinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Türk Gediatri Dergisi , 7* (1), 33-36.

Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping : Theory, Research, Practice.* New York: The Guildford Pres.

Pargament, K. (2003). Tanrım bana yardım et: Din psikolojisi açısından başa çıkmanın teorik çatısına doğru. (A.Albayrak, Dü.) *Tabula Rasa: Felsefe -Teoloji , 9* (3), 207-238.

Peker, H. (2003). *Din Psikolojisi* . İstanbul : Çamlıca.

Seyyar, A. (Dü.). (2008). *Manevi Sosyal Hizmetler* . İstanbul: Rağbet.

Tufan, İ. (2011). *Türkiy'de Yaşlılara Şiddet, I.Türkiye Gerontoloji Atlasından (Geroatlas) Bir Kesit.* Antalya: Gero Yayın.

Uysal, V. (2006). *Yetişkinlerde Dindarlık ve Kültürel Arka Plan,Yetişkinlik Dönemi Eğitimi ve Problemleri.* İstanbul: Ensar.

Worden, J. (2008). *Grief Counseling And Grief Therapy: A handbook For The Mental Practitioner.* Springer Publishing Company.

Bayraktar, M. F. (Dü.). (2007). Yaşlılık Dönemi ve Problemleri. İstanbul: İsav.

Yıldız, M. (2006). *Ölüm Kaygısı ve Dindarlık.* İzmir, İzmir İlahiyat Vakfı Yayınları .

DEMOGRAFİK DÖNÜŞÜM, YAŞLANMA VE İSTİHDAM

Yaşar KOCAOĞLU[38]

ÖZET

Bütün toplumlar, sosyo-ekonomik, değişim ve gelişim çerçevesinde, nüfus yapısı itibari ile demografik dönüşüm sürecinden geçmektedirler.

2010 Yılında yayınlanan "Birleşmiş Milletler, Dünya Nüfus Beklentileri Raporu" na göre; İnsanların ortalama ömrünün, 2010 yılında Türkiye de, 74,60 yıl, Dünya da 69,31 yıl olduğu, 2050 yılında ise Türkiye' de 78,50'ye, Dünya da 75,59'a yükseleceği beklemektedir. 21. yüzyılın ilk yarısında hızla yaşlanan nüfus, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı kişilerin oranı 2010 yılında %8 den, 2050 yılında %19 a çıkması beklenmektedir.

Kaba doğum hızının; Türkiye de 2010 yılında binde 16,95, Dünya ortalamasının binde 19,15 olduğu, 2050 yılında Türkiye' de binde 11,50, Dünya da ise binde 14,24 e düşeceği beklemektedir.

Türkiye'de; 65 + yaş grubunun genel nüfusa oranı 1935 yılında %3,9, 1990 yılında % 4,3 iken 2014 yılı sonunda % 8' e yükselmiş, 2023 yılında %10,2 (8,6 milyon), 2050 yılında %20,8 (19,5 milyon), 2075 yılında ise %27,7'ye (24,7 milyona) yükseleceği tahmin edilmektedir. [39]

Avrupa'da çalışma yaşındaki nüfusun (15-64) 2013 ve 2020 yılları arasında 7,5 milyon (%-2,2) azalması beklenirken, OECD bölgesinin genelinde nüfusun aynı oranda artacağı tahmin edilmektedir. Net göçün sıfır olacağı senaryosuna göre 28 AB ülkesinin çalışma yaşındaki nüfusunun daha da azalarak 2020'ye kadar 11,7 milyon (%-3,5) düşmesi beklenmektedir.

İşgücüne katılım oranlarında 2008 yılında; 55-64 yaş gurubunda; Türkiye›de erkeklerin yüzde 43›ü ve kadınların yüzde 16,5›i işgücüne katılırken söz konusu oranlar AB›de erkekler için yüzde 53,9 ve kadınlar için yüzde 36 seviyesindedir.[40]

38 *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, yykocaoglu@hotmail.com*

39 *www.tuik.gov.tr (Erişim tarihi:13.10.2015*

40 *Kalkınma Bakanlığı Kalkınma Planı 2014-2018, Yaşlılık Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014*

2014 yılında; 65 + yaş grubunun işgücüne katılma oranı; %11,5'dir. Erkek nüfusta bu oran %19,3, kadın nüfusta ise %5,4'tür. Yaşlı nüfustaki işsizlik oranı ise %2,1'dir. 2014 yılında 65 + yaş grubunun nüfusun; %74,1'i tarım sektöründe, %18,9'u Hizmet sektöründe, %7'si ise sanayi sektöründe istihdam edilmektedir. [41]

Anahtar kelime; Demografik Dönüşüm, Yaşlanma, Yaşlanma ve İstihdam İlişkisi

Demografik Dönüşüm Kuramı

Demografik Dönüşüm Kuramı'na göre bütün toplumlar kaçınılmaz olarak doğurganlık ve ölümlülük hızlarının yüksek olduğu bir aşamadan her ikisinin de düşük olduğu bir aşamaya dönüşüm yapacaklardır. Kuram uzun bir dönem boyunca Avrupa ülkelerinin doğum ve ölüm hızlarının izlenmesi ile geliştirilmiştir. Dört aşamalı ve beş aşamalı türevleri de bulunmasına karşın, Notestein (1953) tarafından geliştirilen ve sonrasında da yaygın olarak kullanılan demografik dönüşüm modeli üç aşamalıdır.[42] Sanayileşme öncesi aşamada hem doğum hem de ölüm hızları yüksektir. Nüfus artış hızı asgari düzeylerdedir.

1. Sanayi devriminin sonucu olarak iyileşen sağlık ve yaşam koşullarının etkisi ile ölüm hızları düşmeye başlamakta; doğum hızlarındaki düşüş onu gecikmeli olarak takip etmektedir. Bu aşamada hızlı bir nüfus artışı söz konusu olmaktadır.
2. Dönüşümün son aşamasında ise doğum ve ölüm hızları çok düşük düzeylere inmektedir. Bu aşamada da ilk aşamada olduğu gibi nüfus artış hızı yine minimal düzeydedir.

Demografik dönüşümün bu şekilde genel bir seyri olmakla birlikte başlangıç zamanı, ne kadar sürdüğü, hangi faktörlerin etkilerine tabi olduğu gibi konularda her ülkede, hatta ülkelerin alt-nüfus gruplarında farklılıklar gözlenmektedir. Her ülke kendi tarihinin ve karmaşık toplumsal süreçlerin sonucunda demografik dönüşüm sürecini kendine özgü bir şekilde yaşamaktadır. Örneğin, Avrupa ülkelerinin çoğunda bir yüzyılı bulan demografik dönüşüm süreci, Türkiye gibi ülkelerde ertelenmiş olarak ve daha kısa sürede yaşanan bir süreç olmuştur.

Dünya'da Yaşlı Nüfus

Antik Çağ'da her 100 insandan sadece biri 60 yaşına ulaşabilirken, 20. yüzyılın başlarına kadar dünyanın hiçbir ülkesinde uzun bir yaşam için gereken ortamın bulunmadığı, Avrupa'da ortalama yaşam süresinin 50 yıl olduğu belirtilmektedir. Yarım yüzyıl önce insanların büyük çoğunluğu 50 yaşından önce ölürken 2000 yılındaki doğumdaki ortalama yaşam beklentisi 70 yıla ulaşmıştır.[43]

41 *www.tuik.gov.tr (Erişim tarihi:13.10.2015*
42 *H.Ü, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, 2010*
43 *Kalkınma Bakanlığı Kalkınma Planı 2014-2018, Yaşlılık Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014.*

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun, 2012 yılında "21. Yüzyılda Yaşlanmak: Kutlama ve Meydan Okuma/Mücadele" konulu yayımladığı rapora göre; Dünyadaki yaşlı nüfusun kararlı bir şekilde arttığı belirtilmektedir. Raporda, "1950 yılında 60 yaş ve üzerinde 205 milyon kişi vardı. Bu sayı 2012 yılında 810 milyona yükseldi. En az 10 yıl içinde bu sayının 1 milyara çıkması, 2050'ye kadar ise 2 milyara çıkması öngörülüyor" denilmektedir.

21. yüzyılın ilk yarısında hızla yaşlanan nüfus, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı kişilerin oranı 2050 yılında %8 den %19 a çıkması beklenmektedir. 2025 yılında gelişmiş ülkelerdeki nüfusun %82' sinin kentlerde yaşayacağını, gelişmekte olan ülkelerde ise kentlerde yaşaması tahmin edilen nüfus oranının %50 civarında olacağı beklenmektedir.

Dünyada en hızlı büyüyen yaşlı grubu, en yaşlı grubu olan 80 yaş üstüdür. 2000 yılında, "en yaşlı" yaşlı sayısı 70 milyondur. Bu sayının gelecek 50 yıl içinde 5 katından daha fazla artacağı beklenmektedir.

2010 Yılında yayınlanan "Birleşmiş Milletler, Dünya Nüfus Beklentileri Raporu" na; göre; İnsanların ortalama ömrünün, 2010 yılında; Türkiye de 74,60 yıl, Dünya da 69,31 yıl olduğu, 2050 yılında; Türkiye' de 78,50'ye, Dünya da 75,59'a yükseleceği beklemektedir. Kaba doğum hızının; Türkiye de 2010 yılında; binde 16,95, Dünya ortalamasının; binde 19,15 olduğu, 2050 yılında Türkiye' de; binde 11,50, Dünya da ise; binde 14,24 e düşeceği beklemektedir.

Dünya çapında, 2000 ve 2050 yılları arasında 60 yaş ve üstü insanların oranının ikiye katlanacağı, bu oran %10'dan %21'e yükselecek, aynı zamanda çocukların oranının da üçte bir düşme beklenmektedir. Çocukların oranının, %30'dan %21'e ineceği tahmin edilmektedir. Bazı gelişmiş ülkelerde yaşlı kişilerin oranı şimdiden çocukların oranını aşmış ve doğum oranı "yerine alma" derecesinin altına düşmüştür. Bazı gelişmiş ülkelerde, yaşlı insanların sayısı 2050 yılında çocukların sayısının 2 katından daha fazla olacağı beklenmektedir.

2008 yılında 65 yaş ve üzeri dünya nüfusunun yaklaşık 1/3'ü Çin ve Hindistan'da bulunmaktadır. 2040 yılına gelindiğinde Çin'de 329, Hindistan'da 222 milyon olmak üzere toplam 551 milyon yaşlı bireyin yaşayacağı ve yaşlılıkla ilişkili sorunları daha ciddi şekilde artacağı tahmin edilmektedir. Kuzey Afrika, Asya ve Latin Amerika/Karayipler'de yaşlı nüfusun 2008 ile 2040 yılları arasında iki kattan fazla artması beklenmekte, Sahra altı Afrika' sında ise özellikle bazı ülkelerdeki HIV/AIDS sonucunda yaşanan yüksek düzeydeki ölümler nedeniyle yaşlı nüfusun orta düzeyde olacağı öngörülmektedir.

2014 yılı sonu rakamlarına göre; Japonya nüfusunun %21'inden fazlası 65 yaş ve üzerindedir. Almanya, Yunanistan, İtalya ve İsveç'te önceki yıllarda %18

olan yaşlı nüfus oranı son yıllarda %20'ye yükselmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) %13 yaşlı nüfus oranı ile gelişmiş ülke standartlarına göre oldukça genç bir nüfusa sahiptir.

Kuzey Amerika ve Pasifik Adaları bugün yüksek yaşlı nüfus yüzdesine sahiptir ve Kuzey Amerika'daki her 5 kişiden birinin, 2040 yılına kadar en az 65 yaşında olacağı öngörülmektedir.

Ortanca yaş bir ülkenin yaş yapısı hakkında genel bir gösterge olarak kullanılabilmektedir. 2008 yılında ABD'deki ortanca yaş 36'dır. Gelişmiş ülkelerde Yeni Zelanda ve ABD dışında yaş ortalaması 37'nin üzerindedir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunluğunda ise ortanca yaş 27'nin altındadır. 2008-2011 döneminde ortanca yaş 52 ülkede artmaktadır. 2040 yılında ise Japonya'nın 54 yaş olarak en yüksek ortanca yaşa sahip olması beklenmektedir.[44]

Dünya nüfusunun 2014 yılında %8,3'ünü yaşlı (65 +) nüfus oluşturmaktadır. Dünyada en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla; %29,5 ile Monako, %25,8 ile Japonya ve %21,1 ile Almanya' dır. Türkiye bu sıralamada 228 ülke arasında % 8,0 ile 94. sırada yer almaktadır. [45]

Türkiye'de Demografik Dönüşüm

Türkiye'de ilk nüfus sayımı 1927 yılında yapılmış ve nüfusu 13,6 milyon olarak bulunmuştur. Türkiye'de 1927 yılına gelindiğinde; uzun süren savaşlar, yetersiz hayat şartları, ölümler, göçler, kayıplar nedeniyle nüfus azalmıştır.

Türkiye'de kaba ölüm hızı; 1940 yılında binde 30,1960 yılında binde 18'e düşmüştür. Kaba doğum hızı ise bu dönemde (binde 45-48 arası) olduğu için, nüfus yüzde 3'e varan bir hızla artmış ve toplam nüfus 18 milyona yaklaşmıştır. Türkiye'de nüfus artış hızı 1970'lerde binde 25'e, 1980'lerde binde 20'ye, 2000'lerde ise binde 15'e gerilemiş, 2013 yılında, binde 13 seviyesinde olan nüfus artış hızı, 2023yılında binde 9 seviyelerine düşeceği öngörülmektedir.

Türkiye'deki nüfus artış hızı 1960'lardan başlayarak sürekli azalmasına karşın, nüfus büyüklüğü artarak 1990 yılında 56 milyona, 2000'li yılların sonunda 72 milyona, 2014 yılı sonunda 77.695.904 ulaşmıştır. Cumhuriyetin 100. yılı olan 2023Yılında nüfusun 82,3 milyon olması beklenmektedir.

2014 yılında Türkiye'de toplam nüfusun artış hızı ‰13,3 iken yaşlı nüfusun artış hızı ‰49,9'dur. Yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) nüfus oranı;1935 yılında 3,9, 1965 yılında 4,0, 2000 yılında 5,7 2011 yılında 7,3, 2014 yılında %8 iken nüfus

44 *Kalkınma Bakanlığı Kalkınma Planı 2014-2018,Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014*

45 *TUİK.* **İstatistiklerle Yaşlılar, 2014**

projeksiyonlarına göre; 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği ve "çok yaşlı" nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir.[46]

Yaşlı nüfus oranı il bazında incelendiğinde, 2014 yılında yaşlı nüfus oranının en yüksek olduğu il,%17,6 ile Sinop'tur. Sinop'u %16,5 ile Kastamonu ve %15,3 ile Çankırı izlemiştir. Yaşlı nüfus oranının en düşük olduğu il ise %2,9 ile Hakkâri'dir. Hakkâri'yi %3 ile Şırnak ve %3,4 ile Van izlemiştir.

Nüfusun yaşlanması ile ilgili bilgi veren göstergelerden biri olan ortanca yaş, nüfusun tek yaşa göre sıralandığında ortada kalan yaş olup, nüfusu iki eşit parçaya böler. Alttaki genç, üsteki yaşlı nüfus grubunda birbirine eşit sayıda kişi bulunur. Türkiye'nin 2014 yılındaki ortanca yaşı 30,7 olup, Dünya nüfusu için ortanca yaş 29,7'dir. Dünya'da en yüksek ortanca yaşa sahip ilk üç ülke 46,1 yaş ile Almanya ve Japonya, 44,5 yaş ile İtalya ve 44,3 yaş ile Avusturya'dır. Türkiye bu sıralamada 66. sırada yer almaktadır.

Tablo:1 Türkiye'de Demografik Dönüşüm Oranları

Yıl	Toplam Nüfus	Yaş Grupları (%)			Ortalama Yaşam
		0-14 Yaş	15-65 Yaş	65 + Yaş	
1935	16.158.385	41.4	54.7	3,9	35,5
1945	18.790.174	39.5	57.1	3,3	38,5
1955	24.064.763	39.3	57.3	3,4	47,0
1965	31.391.421	41.9	54.1	4.0	53,0
1975	40.647.719	40.6	54.8	4,6	57,0
1985	50.664.458	37.6	58.2	4,2	65,0
1990	56.473.35	35.0	60.7	4,3	67,5
2000	67.803.927	29,8	64.5	5,7	71,0
2007	70.586.256	26,4	66.5	7,1	71,0
2011	74.724.269	25,3	67.4	7,3	74,5
2012	75.627.384	24,9	67,6	7,5	74,7
2014	77.695.904	24,3	67,8	8,0	77,0

Kaynak:www.tuik.gov.tr (Erişim tarihi:15.10.2015), Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, H.Ü., Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010)

Türkiye'de ortanca (medyan) yaşın; 1935 yılında 21,2, 1960 yılında 20,3, 1980 yılında 19,9, 2000 yılında 24,8, 2010 yılında 29,2 iken 2014 yılı itibarıyla 30,7 olduğu; ortanca yaşın erkeklerde 30,1 iken, kadınlarda 31,3'e yükseldiği gö-

46 *TUİK, Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, 2012.*

rülmektedir. Ortanca yaş illere göre incelendiğinde değişiklik göstermektedir. 2014 yılında en yüksek ortanca yaşa sahip ilk üç il, 39,1 ile Sinop, 38,6 ile Balıkesir ve 38 ile Edirne ve Kastamonu'dur. En düşük ortanca yaşa sahip ilk üç il ise 19,1 ile Şırnak, 19,2 ile Şanlıurfa ve 20 ile Ağrı'dır.

Yaşlı bağımlılık oranı, çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısıdır. Türkiye'de 2014 yılında 100 çalışanın bakması gereken yaşlı sayısı 11,8 iken bu sayının 2030 yılında 19,3 olması beklenmektedir.

Çalışma Hayatı ve Yaşlı İşgücü

Yaşlanan toplumlarda çalışma yaşındaki nüfus azalırken; emekli sayısının arttığı bilinmektedir. Emekli sayısının artması ile sosyal güvenlik sisteminin ve kamu maliyesinin yükü de artmaktadır. Ayrıca yaşlanma ile birlikte bireylerin sağlık harcamalarının arttığı; kronik hastalıklar nedeniyle sağlık hizmetlerinden daha çok ve uzun süreli yararlandıkları, daha fazla sayıda ve uzun süre ilaç kullandıkları görülmektedir. Yaşlanmanın ekonomik maliyeti açısından en önemli konulardan biri ise iş gücünün yaşlanmasıdır.

Ülkemizde genç nüfusun toplam nüfus içindeki payı gelişmiş ülkelere göre oldukça yüksek düzeydedir. Ancak 2025 yılında nüfus artış hızı yüzde 0,86'ya gerileyerek nüfusun yaşlanma süreci başlayacaktır. 2050 yılında ise nüfus artış hızı yüzde 0,3'e düşerek nüfus sabitlenecektir ve nüfusun azalma dönemi başlayacaktır. Türkiye bu dönemde gelişmiş ülkeler benzeri yaşlılıkla ilgili sorunlar yaşayacaktır.

Nüfus artış hızındaki azalmaya karşın, 1990 yılında yüzde 60 seviyesinde olan çalışma çağındaki nüfusun toplam nüfusa oranının 2015 yılında yüzde 69,0 civarındadır. Bunların yanı sıra yaş bağımlılık oranı, 1990 yılında yüzde 64,7 iken, bu oranın 2020 yılında yüzde 44,8 olarak gerçekleşeceği tahmin edilmektedir.[47]

Tahminlere göre 2030 yılında 45-59 yaş grubunun toplam işgücü içindeki payının artışın en fazla olacağı ülkelerden biri Türkiye olacaktır. Türkiye'de bu yaş grubundaki işgücünün toplam işgücü içindeki payının yüzde 26,8'e yükseleceği tahmin edilmektedir.

AB tarafından da benimsenen en önemli önerilerden biri kademeli/ aşamalı emekliliğe geçiştir. Emeklilik yaşamı aniden aktif çalışma yaşamının sona ererek, çalışma ile elde edilen gelir, sosyal ilişkiler, çalışmadan duyulan tatminden yoksun kalma gibi sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Esnek çalışma saatlerinin uygulandığı; **"köprü istihdam"** kavramı ile bireylerin emekliliğe geçiş aşamasında ya da emeklilikten sonra kısmi süreli olarak, haftalık çalışma saatlerinden daha kısa çalışma

47 *Kalkınma Bakanlığı Kalkınma Planı 2014-2018,Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014*

ile bireyin tam süreli işlerden uzaklaşarak emekliliğe alışması ve hazırlanması kolaylaşmaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) verilerine göre; 2025 yılına kadar Avrupa Birliği'nde çalışma yaşamındaki 55 yaş ve üzeri bireylerin yüzde 32, Kuzey Amerika'da yüzde 30, Asya'da yüzde 21, Latin Amerika'da yüzde 17 olacağı tahmin edilmektedir.

Avrupa Birliği'nde emeklilik yaşı 65 olmasına karşın son veriler 55-59 yaşında çalışanların yüzde 60, 60-64 yaşlarında çalışanların ise yüzde 20 oranında olduğunu göstermektedir. [48]

Avrupa'da Yaşlı İstihdamını Teşvik Edici Çalışmalar

Avrupa Birliğinde çalışma çağındaki nüfusta 2012 yılından itibaren yaşanmaya başlanacak azalmaya karşın, 60 yaş üstü nüfusun her yıl 2 milyon kişi artması öngörülmektedir.[49]

AB'de, Aktif yaşlanmanın teşviki birbirini tamamlayan 2 hedefte ortaya konulmuştur. Bunlar;

1. 23-24 Mart 2000 tarihinde gerçekleştirilen Lizbon Avrupa Konseyi Zirvesinde kabul edilen Lizbon Stratejisinde 2010 yılı itibariyle ulaşılması amaçlanan hedeflerden biri, 55-64 yaş arası nüfusun % 50'sinin istihdam edilmiş olmasıdır.[50]

2. Hedeflerden bir diğeri ise 2002 Barselona Avrupa Konseyi Zirvesinde ifade edilen 2010 yılında insanların çalışmayı bıraktıkları ortalama yaşta 5 yıllık bir artışa ulaşılması hedefidir (emeklilik yaşı yaklaşık beş yıl ertelenerek çalışma yaşamının uzatılması).[51] Avrupa Yaşam ve Çalışma Koşullarını İyileştirme Vakfı (Eurofound) tarafından 2005 yılında gerçekleştirilen dördüncü Avrupa Çalışma Koşulları Anketi (EWCS)[52] yaşlanmakta olan işgücünün çalışma şartlarını ele almıştır. Söz konusu çalışmada yaşlanmakta olan işgücüne ilişkin temel sorunlar tespit edilmekte ve çözüm önerileri sunulmaktadır. Sunulan bu çözüm önerilerinin bazıları;

1. Emekliliğe kademeli geçiş,
2. Yaşlı çalışanların istihdam edilebilirliğinin artırılması için yaşlı çalışanların

48 *Kalkınma Bakanlığı Kalkınma Planı 2014-2018,Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014*

49 *Avrupa Birliği Bakanlığı, 2012 Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerrası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu.*

50 *http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/00100-r1.en0.htm*

51 *http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms data/docs/pressdata/en/ec/71025.pdf*

52 *http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/ 2008/57/tr/1/EF0857TR.pdf,*

yarı zamanlı işlere yönlendirilmesi,

3. Yaşlı çalışanların genellikle bakım yükümlülüklerinin de olması nedeniyle çalışma saatlerine esnek düzenlemelerin getirilmesi yoluyla uzun süre çalışmalarının teşvik edilmesi,
4. Yaşlı çalışanların deneyimlerinin genç çalışanlara aktarılmasının sağlanması ve genç çalışanlar ile yaşlı çalışanlara aynı eğitim imkânlarının sunulması,
5. Çalışma koşullarının iyileştirilerek, yaşlıların işgücü piyasasına katılımlarının teşvik edilmesi,
6. İşyerinin yaşlanmakta olan işgücünün ihtiyaçlarına göre düzenlenmesidir.

Bazı AB Ülkelerinde Uygulanan Yaşlı İstihdamı Teşvik Uygulamaları

AB üyesi ülkelerde aktif emek piyasasının temel hedef grupları arasında yer alan yaşlılara (45-64 yaş arası), istihdam sübvansiyonu, sosyal güvenlik primlerinde indirim, danışmanlık ve yeniden mesleki eğitim kursları ile yetiştirme kursları sağlanmaktadır.

Genellikle yaşlılara yönelik aktif emek piyasası tedbirleri yaşlıların emek piyasasına yeniden girişlerinin kolaylaştırılması şeklinde gerçekleşmektedir. AB üyesi bazı ülkelerde yaşlılara yönelik aktif önlemler belirli bir süre işsiz kalındıktan sonra örneğin İsveç, Finlandiya, Almanya ve Portekiz'de 12 ay, Lüksemburg'da 6 ay, İrlanda'da 9 ay sonra devreye sokulmaktadır.[53]

Mesleki eğitim, danışmanlık hizmetlerinin yanı sıra bazı ülkelerde yaşlıların istihdamının teşvik edilmesi amacıyla işverenlere istihdam sübvansiyonları da verilmektedir.

Örneğin, Almanya'da, 2003 yılından itibaren 55 yaş ve üstü bir işçiyi istihdam eden işveren, o işçi için işsizlik sigortası priminden muaf tutulmaktadır. Ayrıca 2003 yılından itibaren 50 yaş ve üstü işsizlere bir önceki işlerinde kazandıkları ücretten daha az bir ücrete razı olarak işe girmeleri halinde önceki ve şimdiki ücretleri arasındaki farkın yüzde 50'si kadar ücret sübvansiyonu sağlanmaktadır.[54]

Yunanistan'da 45-64 yaş arasındakilere mesleki eğitim ve istihdam sübvansiyonları sağlanmakta ve 2002 yılından itibaren yaşlıların istihdam edilmesi halinde sosyal güvenlik primlerinin işveren payında yüzde 50 indirim yapılmaktadır.

İsveç'te ise 2000 yılında uygulanmaya başlayan bir program ise, iki yıldan fazla süredir istihdam kurumlarına iş arayan olarak kayıtlı bulunan yaşlı işçilere yöneliktir. Bu programa katılanlar işsizlik ödeneğinin miktarı kadar bir ödenek almaktadır.

53 *AB Bakanlığı, 2012 Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerrası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu, 2012*

54 age

Dolayısıyla programa katılanlar önerilen işi kabul etmedikleri takdirde işsizlik ödeneği hakkını da kaybetmektedirler.[55]

Avrupa komisyonunun Avrupa'da çalışma ve sosyal gelişmeler konulu 2011 yılı raporunda; yaşlanma ile mücadelede hem özel sektör hem kamu sektöründe yaşlı bireylerin daha uzun süre çalışma yaşamında kalmaları için desteklenmeleri ve cesaretlendirilmeleri gerektiği belirtilmektedir.

Türkiye'de Yaşlı İstihdamı

2011 yılında 45-59 yaş grubundaki çalışmayan bireylerin sayısının 5.884 olduğu görülmektedir. Bu 10-15 yıl sonra Türkiye'de 65 yaş ve üzeri bireylerin en az % 21'inin çalışmayacağı ya da emekli maaşı almaya devam edeceği anlamına gelmektedir. Böylece Türkiye'de kuşakların emeklilik sistemi temelinde birbirine bağımlılığı ve dayanışması konusu öne çıkmaktadır. Diğer yandan OECD verilerine göre 2005 yılında AB'de yüzde 35,6 olan 65 yaş ve üstü grubunun işgücüne katılma oranının 2020 yılında yüzde 44,8 seviyesine yükselmesi öngörülmektedir. Türkiye'de ise 2005 yılında yüzde 16,1 olan söz konusu oranın 2020 yılında yüzde 24,2 olacağı tahmin edilmektedir. Yine AB İstatistik Kurumu verilerine göre 2008 yılında işgücüne katılımda AB ve Türkiye arasındaki en büyük fark, 55-64 yaş gurubunda kaydedildi. Bu yaş grubunda Türkiye'de erkeklerin yüzde 43'ü ve kadınların yüzde 16,5'i işgücüne katılırken söz konusu oranlar AB'de erkekler için yüzde 53,9 ve kadınlar için yüzde 36 düzeyindedir.[56]

2013 yılı verilerine göre Türkiye' de, 65 + yaş grubunun; işgücüne katılma oranı %12,4, İstihdam oranı %12,3 ve işsizlik oranı ise % 1,1'dir.[57]

2014 yılında; yaşlı nüfusun işgücüne katılma oranı; %11,5'dir. Erkek nüfusta bu oran %19,3, kadın nüfusta ise %5,4'tür. Yaşlı nüfustaki işsizlik oranı ise %2,1'dir.[58]

Yaşlanma, İstihdam ve Rekabet Gücü

Yaşlanma sorunu ülkelerin demografik yapılarının olgunlaşması ile kaçınılmaz bir şekilde ortaya çıkan doğal bir olgudur. Sağlık koşullarının iyileşmesi, hayatta kalma beklentisinin artması ve toplam doğurganlık hızının azalması süreçlerinin sonucunda bu gelişmelerin yaşandığı tüm ülkelerde yaşlanma sorunu yaşanmaktadır.

---

55 *Kalkınma Bakanlığı Kalkınma Planı 2014-2018,Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014*

56 *http://www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi 15.10.2015*

57 *TÜİK,* **İstatistiklerle Yaşlılar** *2013*

58 *TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2014*

Üretim sürecinde, yaşlanma ile birlikte toplumda çalışabilir nüfusun azalmasıyla işgücü kaybı yaşanması kaygısı yer almaktadır. Üretim sürecindeki yaşlanması ve dolayısı ile azalması, ücretlerin artmasına ve dolayısıyla ülkenin rekabet gücü üzerinde olumsuz bir etkiye yol açmaktadır. Türkiye'deki işgücü niteliğinde ve işlerde sürekli bir değişim yaşanmaktadır. Tarım işgücünde sürekli bir azalma ve nitelik değişikliği ile beraber sanayi üretimindeki işgücü ihtiyacı da eskiden olduğu gibi hızla artmamaktadır.

Yüksek teknolojiye ve yeniliğe dayalı sektörlerdeki gelişmeler daha nitelikli ve donanımlı işgücüne ihtiyaç duyulmasına sebep olmaktadır. Giderek işgücü içerisinde fiziksel aktivite ihtiyacı giderek azalmakta ve buna bağlı olarak Türkiye de ve bütün Dünya ülkelerinde genel olarak emeklilik yaşı giderek daha da ötelenmektedir. Emeklilik sonrası sağlıklı geçirilen yaşam süresi hızla artmaktadır.

Bu gelişmelere paralel olarak aktif yaşlanma kavramı benimsenmekte, yaşlıların işgücü piyasasında daha fazla kalmaları amaçlanmaktadır. Bu alanda sorun yaşayan ülkeler günümüzde karşılaştıkları yaşlanma sorununu bu şekilde mümkün olduğunca aşmaya çalışmaktadır.

Ülkemizde toplumsal düzeyde yaşlanma bilincinin oluşturulması, yaşlı haklarını geliştirecek bir hukuki ve kurumsal yapılanma gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Aktif ve sağlıklı bir yaşlanma sürecinin başarılabilmesi durumunda yaşlanma sonucunda yaşanacak işgücü kaybını azaltmak mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. AB Ekonomik Göç ve İşgücü Piyasası İhtiyaçlarının Örtüşmesi ile ilgili Komisyon-OECD ortak raporu, 2014

2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı 2013

3. Avrupa Birliği Bakanlığı, 2012 Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesillerrası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu, 2012

4. Birleşmiş Milletler, Dünya Nüfus Beklentileri Raporu, 2010

5. GÜNDOĞAN Naci, İşgücünün Yaşlanması ve İş Gücü Piyasalarına Etkileri, AÜ SBF Dergisi, 56-4

6. H.Ü, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, 2010

7. GÜNSOY Güler, TEKELİ Seda, Nüfusun Yaşlanması ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Analiz, Ankara, 2014

8. Kalkınma Bakanlığı Kalkınma Planı 2014-2018, Yaşlılık Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2014

9. ÖZTÜRK Hayriye, Yaşlanma ve Kırsal Yaşlılık, Ankara, 2015

10. Proposal for a Decision of the European Parliament and of the Council on the European Year for Active Ageing (2012). COM(2010) 462 final,

11. SEYHUN Ömer Kayhan, Avrupa Birliğindeki Demografik Dönüşümün Türkiye'nin Avrupa Birliğine Üyeliği çerçevesinde İş Gücü Piyasalarına Yansıması, T.C. Merkez Bankası Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012

12. T.C. Avrupa Birliği Bakanlığı, 2012 Avrupa Aktif Yaşlanma ve Nesiller Arası Dayanışma Yılı Hakkında Bilgi Notu, Ağustos 2011

13. TÜİK, Hanehalkı İşgücü Anketi Sonuçları, 2011-2013

14. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2013

15. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2014

16. TÜİK, Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, 2012

17. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem planı ve Uygulama Programı 2015-2020, Ankara 2015

18. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü, H.Ü. Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010

19. YAZICI Selamet, Yazıcı OECD Ülkelerinde Demografik Eğilimler ve Muhtemel Etkileri, Ankara, 2012

20. www.tuik.gov.tr

21. http://www.europarl.europa.eu

22. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/00100-r1.en0.htm

23. http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cmsta/docs/pressdata/en/ec/71025.pdf

24. http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/ 2008/57/tr/1/EF0857TR.pdf,

AKTİF YAŞLANMA- 3. YAŞ TURİZMİ

Doç. Dr. Zuhal KUNDURACILAR
Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu

ÖZET

Yaşlı Dostu kentlerin oluşturulmasında aktif yaşlanmayı destekleyen“3. Yaş Turizmi” projeleri gittikçe daha önem kazanmaktadır. Bu kapsamda yapılan Batı Karadeniz Kalkınma Ajansıve Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksek Okuluişbirliğinde, 2014 Yılı Sosyal Kalkınma Mali Destek Programı kapsamında “Zonguldak İlinde Alternatif Turizmin Geliştirilmesine Yönelik Farkındalık Yaratılması ve Hizmet Sunanların Eğitimi” projesi gerçekleştirilmiştir.

Proje ile, Zonguldak ilinde sağlık turizminin alt segmentlerinden olan 3.yas turizmi kapsamında, aktif yaslanma programı ve çeşitli turizm türlerientegre edilerek bir paket (destinasyon) oluşturulması ve bölgede farkındalık yaratılması amaçlanmıştır. Paket kapsamında,fizyoterapi ekipmanları ile programa katılan aktif ve yaslı bireylerin yaşlılıkta en çok karşılaştıkları problemlerle bağlantılı olarak postür, denge, el ve bacak kuvveti, esneklik ve duyu değerlendirmeleri yapılmıştır.Bilgisayarlı yürüme analiz programı ile kas iskelet sistemi ile ilişkili özel değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir. Bu değerlendirmeler sonucu 10 gün süreyle, günde ortalama 2-3 saat aktif yaslanma programı uygulamaları ve bilgilendirmeler yapılmıştır. Aktif yaslanma programı: kronik hastalıklarda koruyucu ve önleyici yaklaşımlar, fiziksel aktivitenin önemi, eklem koruma teknikleri, sağlığı geliştirici fiziksel uygunluk egzersizleri, ergonomik eğitimler, psikososyal yaklaşımlar, erişilebilirlik, sağlıklı yasam davranışlarının geliştirilmesinde farklı disiplinlerden eğitimler, tamamlayıcı terapiler, müzik ve dans terapilerini kapsayan bir paket oluşturulmuştur. Ayrıca reakreasyonel aktiviteler, çevre ve kültürel geziler, foto-safari turlarıda eklenerek hedef kitleye uygun ilk “3. Yaş destinasyonu” oluşturulmuştur. Bu program; 65 yaş üstü yurt içi ve yurt dışından toplam 10 kişinin katılımı ile Zonguldak’ta, toplam 10 gün sürmüştür.

Sonuç olarak; Proje ile bölge turizminin gelişmesini engelleyen önemli bir sorun olan paket tur eksikliğini gidermiş, hatta bunu saglık-3.yas-alternatif diğer turizm türleri ile entegre bir şekilde gerçekleşmiştir. Üçüncü yas turizmi kapsamında yaslıların aktif yaslanma programı ile sağlıkla ilgili yasam kalitelerinin arttırılması konusunda ve farkındalık sağlanmıştır. Ayrıca kentlerin3. Yaş turizmi konusunda çalışmalar yapabileceğine dikkat çekilmek istenmiştir.

ANAHTAR KELİMELER

Alternatif turizm ,sağlık turizmi, aktif yaşlanma

KULLANILAN KAYNAKLAR http://w3.beun.edu.tr/haberler/133/Alternatif-Turizm-Proje-Ekibinden-Almanya-Zonguldaklilar-Dernegine-Teknik-Gezi.html

YAŞLI DOSTU KENTLER SEMPOZYUMU

BELEDİYE BİLDİRİLERİ

YAŞLILARA HİZMET MERKEZİNDE YAŞLILARA VERİLEN HİZMETLER

Kaan SEVİM
Sosyal Hizmet Uzmanı
Yaşlı Hizmetler Ve Şefkat Evleri Şube Müdürlüğü
Ankara Büyükşehir Belediyesi

Her insan için değişik mana ve önem ifade eden yaşlılık, hayatın çok özel bir dönemidir. Yaşlılarımız dün ile bugün arasında köprü kuran, kültürümüzü ve değerlerimizi yarınlara taşımamızı sağlayan en değerli varlıklarımızdır. Yaşlılık dönemi itibar gerektirmektedir bu aynı zamanda bir minnet borcudur. Yaşlı bireylerin toplumla bütünleşmesi, daha aktif olması ve yaşama bağlı kılınmaları gerekir.

Bir ömrün büyük kısmını topluma ve ülkeye hizmetle geçirmiş insanların, yaşlandıkları ve bakıma muhtaç oldukları dönemde ömürlerinin sonuna kadar insan onuruna yakışır bir şekilde bakım talep etme hakları vardır. Ailelerinden ve çocuklarından bu hizmeti çeşitli nedenlerle alamayanlara bu hizmet imkânlar ölçüsünde belediyemiz tarafından verilmektedir.

Yaşlılara hizmet merkezi 5 Eylül 1994 tarihinde Belediye Başkanımız sayın Melih GÖKÇEK Beyin talimatları doğrultusunda hizmete açılmıştır.

Yaşlıyı ev ortamında destekleyen ve yaşlının toplumdan soyutlanmadan yaşamına devam etmesini sağlayan merkezimiz 21 yıllık bir geçmişe sahip olan Türkiye de ilk ve tek projedir, şuanda yaklaşık45000 civarında yaşlı üyemiz vardır.

Ankara ili sınırları içinde yaşayan 60 yaş ve üstü yalnız ya da eşiyle yaşayan her birey merkezimize telefonla ya da şahsen başvuru yapabilir. Sosyal hizmet uzmanları ile iletişime geçerler ve bazı belgeler istenir.

Nüfuz cüzdanı, maaş belgesi fotokopisi ve sağlık karnelerinin ilk sayfası gibi bazı belgeleri hazırlayan yaşlılarımızın evine en geç 1 hafta içinde sosyal hizmet uzmanlarımız tarafından ziyaret yapılır ve yaşlılarımız psiko-sosyal ve ekonomik olarak uzmanlarımız tarafından incelenir hizmetlerimiz konusunda bilgilendirilir ve yaşlılarımızın merkeze üyelikleri gerçekleştirilir. Yaşlılarımız randevu sistemi ile hizmetleri almaya başlar.

1. **Sağlık (Günde en az 15 üyemize evde sağlık hizmeti verilmekte ve talep edildikçe bu sayı artmaktadır.)**
2. **Psikolojik destek (Günde 10 üyemize evde psikolojik destek verilmek-**

te ve talep edildikçe bu sayı artmaktadır.)

3. **Bakım onarım (Günde 5 üyemize ve talep edildikçe daha fazla sayıda üyemize bakım onarım hizmeti verilmektedir.)**
4. **Temizlik (Günde 100 üyemize temizlik hizmeti verilmektedir.)**
5. **Vücut temizliği (Talep edildikçe kimsesi olmayan yaşlılara hizmet verilmektedir.)**
6. **Yemek (Talep edildikçe kimsesi olmayan yaşlılara hizmet verilmektedir.)**
7. **Sosyal aktivite (Ek-1 yaşlılar haftası kutlama program taslağı)**
8. **Berber hizmeti (Talep eden tüm üyelerimiz faydalanmaktadır.)**

vb hizmetler vermekteyiz.

Sağlık hizmetimiz yaşlılarımızın evlerinde tansiyon şeker ve kolesterol ölçümleri yapılarak danışman hekim şeklinde yaşlılarımıza hizmet vermekteyiz

Psikolojik desteğe ihtiyacı olan yaşlılarımıza yine kendi evlerinde psikologumuz tarafından 45 dakikalık periodlar şeklinde sorunlarının çözümü konusunda yaşlılarımıza destek olunmaktadır.

Bakım onarım hizmetimiz marangozluk, elektrik tesisatı tamiratı, su tesisatı tamiratı, vb ev içi küçük tamiratlarda yaşlılarımıza yardımcı olmaktayız

Yaşlılarımıza evlerinin genel temizliği konusunda yardımcı olmaktayız

Kimsesi olmayan yaşlılarımıza vücut temizliği konusunda ve yemek yapımı konusunda yardımcı olmaktayız

Yaşlılarımızın yalnızlık duygusu içinde toplumdan çevreden soyutlanmalarını engellemek amacıyla boş zaman uğraşıları, geziler ve kamplar ve çeşitli sosyal etkinlikler düzenlemekteyiz. Sosyal aktiviteler her ay düzenli olarak yapılır ve hava durumu göz önüne alınarak o ay aktivitenin niteliği belirlenir. Ör; yaşlılar haftası, anneler günü babalar günü, yazın hayatında denize gitmemiş yaşlılarımızı güneş ve kumdan faydalanmaları açısından akçay kampında ücretsiz 1 hafta tatile götürmekteyiz.

Bizleri bugünlere ve geleceğe hazırlayan yaşlılarımız için hayatı kolaylaştırmak ve kimseye muhtaç olmadan yaşamalarını sağlamak devletimizin öncelikli görevleri arasındadır.” Unutmayın ki bir gün herkes yaşlanacaktır.

Bu duygu ve düşüncelerle belediyemiz tarafından yaşlılarımızı yalnız bırakmayıp yaşlılık sürecini en iyi şekilde geçirmelerini sağlamak için uzman ekibimizle onlar için hizmetlerimizi en iyi şekilde sunarak yaşlımızı mutlu etmeyi amaçlıyoruz.

BELEDİYE HAKKINDA

Kentlilere birlikte yaşama ve planlı çalışma alışkanlığı kazandırmak; kentlilerde dostluk, dayanışma ve güven duygularını pekiştirmek; kent yoksullarını ekonomik, sosyal ve psikolojik yönden desteklemek; çocuklara ve gençlere yönelik koruyucu, önleyici, tedavi edici önlemler almak; engelli ve yaşlı vatandaşlarımızın hayatlarını kolaylaştırmak ve yaşam standartlarını yükseltmek; eğitime destek projeleriyle eğitimin kalitesine katkıda bulunmak; kentlilerin boş zamanlarını verimli bir şekilde değerlendirmelerini sağlamak; yerel demokrasiyi güçlendirmek; kent suçlarını ve kuşak çatışmasını azaltmaktır.

YAŞLI BAKIMINDA BURSA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ EVDE BAKIM VE AMBULASLA HASTA NAKİL HİZMETLERİ

Emel KILIÇ
Evde Bakım hizmetleri Koordinatörü
Bursa Büyükşehir Belediyesi

AMAÇ

Büyükşehir Belediyesi sınırlarında müracaat veya ihbar edilmiş olan sosyo-ekonomik yoksulluk ve yoksunluk içinde bulunan günlük yaşam faaliyetlerini tek başına sürdüremeyen hastalara; teşhis, tedavi, bakım, eğitim ve yönlendirme hizmetlerinin ve Ambulansla Hasta Nakil hizmetinin verilmesi amaçlanmaktadır. Bu hizmet kapsamında evde sağlık hizmetine ve Hasta Nakil Hizmetine ihtiyaç duyan hasta, yatalak, özürlü ve yaşlılara ulaşılacak, hasta sahipleri bilgilendirilerek hastaların yaşam kalitesi arttırılmış ve gereksiz hastane yatak işgalleri önlenmiş olacaktır.

KAPSAM

Kişinin ev ortamında ilgili dal uzman tabiplerince konulmuş olan tanı ve planlanan tedavinin uygulanması,

Muayene, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi,

Tıbbi cihaz ve malzeme kullanımına ilişkin raporların çıkarılmasında yardımcı olunması,

Hastanın ve ailesinin hastalık ve bakım süreçleri ile ilgili bilgilendirilmesi,

Evde kullanımı gerektiren tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılması konusunda eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesini kapsar.

EVDE VERİLEN SAĞLIK HİZMETLERİ

1. Sosyal inceleme ziyareti,
2. Hekim ziyareti,
3. Hemşire ziyareti,
4. Bakım destek ziyareti,
5. Psikolojik destek ziyareti,
6. FTR Uzman Hekim ziyareti,
7. Fizyoterapist ziyareti
8. Ambulansla hasta nakil hizmeti şeklindedir.

BAŞVURU

Hasta yakını şahsen ya da telefonla,
Hasta kendisi telefonla,
Komşusu aracılığı ile direkt veya telefonla,
Aile hekimi veya hekimin yönlendirmesi ile, (0224) 247 53 56 Çağrı merkezine başvuru ile gerçekleşir.

BURSA İLİ YAŞ DEMOGRAFİSİ

1. 35-44 yaş arası 432,356 kişi
2. 45-54 yaş arası 351,003 kişi
3. 55-64 yaş arası 249,108 kişi
4. 65-74 yaş arası 133,204 kişi
5. 75 yaş ve üstü 82.354 kişidir.

2014 TÜİK verilerine göre Türkiye'de yaşlı nüfus oranının (65 yaş ve üstü) %8 olduğu ve Bursa'nın 65 yaş üstü nüfus sayısının 215,558 olduğu tespit edilmiştir. Bursa Büyükşehir Belediyesi Evde Bakım ve Hasta Nakil Hizmetleri kapsamında hizmet verdiğimiz hastalarımızın %77.1'i bu %8'lik dilimde bulunmaktadır. Aşağıdaki tablo son üç ayın verilerine göre hazırlanmış olup, 75-84 yaş aralığı en fazla hizmet alan gruptur.

HİZMET VERDİĞİMİZ HASTALARIMIZIN YAŞ GRUPLARI

YAŞ	KİŞİ
0-14	22
15-24	25
25-34	42
35-44	89
45-54	180
55-64	366
65-74	608
75-84	1065
85-94	653
95+	51
Yaşı tespit edilemeyen hasta sayısı	64
Aktif Hasta Sayısı	**3.165**

*Son 3 ayın verilerine göre yapılan değerlendirmedir.

EVDE BAKIM VE HASTA NAKİL MERKEZİ PERSONEL SAYISI

2015	Unvan	Personel Sayısı
	Unvan	**Personel Sayısı**
1	P.SORUMLUSU	1
2	BİLGİ İŞLEM	3
3	SOSYAL İNCELEME	2
4	PSİKOLOG	3
5	DOKTOR	3
6	ATT	10
7	HEMŞİRE	12
8	FİZİK TEDAVİ UZM.DR (PART TİME)	1
9	FİZYOTERAPİST	6
10	SAĞLIK DESTEK ELEMANI	34
11	AMBULANS SÜRÜCÜ	10
12	BAKIM DESTEK	18
Toplam		**103 Kişi**

BÖLGELERDE ÇALIŞAN PERSONEL SAYISI		
1.BÖLGE	Merkez	78
2.BÖLGE	M.K.Paşa+Karacabey	1 Hemşire 1 Att 2 Bakım Destek 3 Sürücü **TOPLAM 7**
3.BÖLGE	İnegöl -Yenişehir	**7**
4.BÖLGE	Orhangazi+İznik-Gemlik	**7**
5.BÖLGE	Orhaneli-Keles- B.Orhan-Harmancık	**7**

HASTA NAKİL AMBULANSLARININ 2015 YILI VERİLERİ

AMBULAS SAYISI	ŞEHİRİÇİ	ŞEHİR DIŞI	TOPLAM
12	5492	212	5704

2010- 2015 YILLARI EVDE HASTA BAKIM VERİLERİ

SOSYAL İNCELEME	13.018
DOKTOR MUAYENE	28.255
FİZYOTERAPİT HİZMETİ	36.463
HEMŞİRE HİZMETİ	118.890
BAKIM DESTEK HİZMETİ	57.961
PSİKOLOJİK DESTEK HİZMETİ	3.648
TOPLAM	**258.614**

YILLAR	AKTİF HASTA SAYISI	SOSYAL İNCELE-ME HİZ-METİ	DOKTOR MUAYENE HİZMETİ	FTR HİZMETİ	HEMŞİRE HİZMETİ	BAKIM DESTEK HİZMETİ	PSK DESTEK HİZMETİ	TOP-LAM
2010		1.682	3.385	2.706	17.065	3.865		28.703
2011		2.007	4.311	3.942	16.644	7.090		33.994
2012		1.965	4.581	5.232	16.316	8.494		36.588
2013		2.007	5.413	8.707	26.711	10.347	413	53.598
2014		2.086	5.141	7.092	20.313	14.221	1.023	49.879
2015		3.271	5.424	8.784	21.841	13.944	2.588	55.852
GENEL TOPLAM		13.018	28.255	36.463	118.890	57.961	3.648	258.614

YILLAR	AKTİF HASTA SAYISI	SOSYAL İNCELE-ME HİZ-METİ	DOKTOR MUAYENE HİZMETİ	FTR HİZMETİ	HEMŞİRE HİZMETİ	BAKIM DESTEK HİZMETİ	PSK DESTEK HİZMETİ	TOP-LAM
OCAK		281	570	783	2094	1364	124	5.216
ŞUBAT		281	570	783	2094	1364	124	5.216
MART		246	505	664	1808	1118	267	4.608
NİSAN		306	398	722	1771	1214	226	4.637
MAYIS		280	460	794	1796	1085	240	4.655

HAZİRAN		430	579	983	2282	1366	317	5.957
TEMMUZ		340	556	950	2335	1432	310	5.923
AĞUSTOS		398	545	1009	2474	1590	318	6.334
EYLÜL	1845	301	514	985	2306	1580	323	5.724
EKİM		408	727	1111	2881	1831	339	7.297
TOPLAM		3.271	5.424	8.784	21.841	13.944	2.588	55.567

BURSA BÜYÜŞHEHİR BELEDİYESİ HUZUREVİ

Tarihçe: Zamanın Bursa Valisi (Hüdavendigar) Mahmut Celalettin Paşa tarafından 23 Nisan 1891 tarihinde kurulmuştur.1974 Tarihinden itibaren de Ertuğrulgazi Mahallesinde Huzurevi adı altında hizmet vermektedir.

Kurumda kalmakta olan 223 yaşlıdan 75'ünü kadın 148'ini erkek yaşlılar oluşturmakta, bu yaşlıların 60'ı yatağa bağımlı bakıma muhtaç durumdadır.

Bursa Büyükşehir Belediyesi Huzurevi yıllardır sabit gelirli veya hiç geliri olmayan yaşlılara kucak açarak sıcak aile ortamı sağlamaktadır. Yaşlıların huzurlu ve sağlıklı zaman geçirmeleri, bulundukları ortama aidiyet duygularının gelişmesi, bireysel yeteneklerinin desteklenmesi, sosyal yaşamla olan bağlarının güçlendirilmesi ve boş zamanlarını verimli bir şekilde değerlendirmeleri için eğitsel, sanatsal, sportif, sosyal ve kültürel faaliyetlere önem verilmektedir. Halkla İlişkiler ve Organizasyon Servisi tarafından yaşlılar için huzurevinde ve dışında sık sık etkinlikler yapılmakta, tabiat ve kültür gezileri düzenlenmektedir. Yaşlıların sosyal ve ruhsal yönden desteklenmesi amacıyla sağlık durumları ,mesleki bilgi ve becerileri dikkate alınarak, biçki-dikiş, koltuk kapllama, hediyelik eşya ve tamir-bakım-onarım vb. atölyeler kurulmuştur. Ziyaret amacıyla sivil toplum kuruluşlarından gelen gruplar yaşlılarla huzurevinde hoşça vakit geçirmektedirler. Ayrıca huzurevi sakinlerinden oluşan, 30 kişilik koro da verdiği konserlerle büyük beğeni kazanmaktadır.

SOSYAL HİZMETİMİZ

Bursa Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Engelli Hizmetleri Birimi tarafından verilen ev temizliği hizmeti, 02.03.2015 yılında faaliyete geçmiştir. Yoksunluk içinde bulunan günlük yaşam faaliyetlerini tek başına sürdüremeyen yaşlı ve engelli vatandaşlarımıza ait 438 adet ev temizliği yapılmış ve halen 91 adet hane aktif olarak bu hizmetten faydalanmaktadır.

Ayrıca ekonomik yoksulluk içinde bulunan yaşlı ve engelli vatandaşlarımıza yine Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığımız tarafından; yakacak, gıda, giysi, ilaç, sıhhi araç yardımı, akülü sandalye, duyma cihazları, havalı yatak, şehir içi ve şehir dışı ulaşımlarında da yardımcı olunmaktadır.

Yine Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığımız bünyesinde Barınma Evi ve Kadın Sığınma Evi de faaliyet göstermektedir.

SAĞLIKLI YAŞLANMA

Denizli Büyükşehir Belediyesi

BİLDİRİ ÖZETİ

Kentimizde yaşayan belirli bir yaşa gelmiş bireylerin Sağlıklı yaşlanmaları sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Belirli bir yaşa gelmiş bireyler; zamanla aktif çalışma yaşamının bitmesi ve sağlık problemleri nedeniyle sosyal ortamlardan uzaklaşmaktadır. Kişilerin; ruhsal, fiziksel ve aynı zamanda sosyal olarak hayattan kopmadan, sağlıklarını koruyarak ve bağımsız şekilde hareket etmelerini ve sağlıklı yaşlanmalarını sağlamak için çalışmalar yapılmaktadır.

Önceki yıllardaki emeklilik yaşının erken olması nedeniyle pek çok kişi genç yaşta aktif çalışma hayatından ayrılmıştır. Kişilerde yaşlılık ve topluma katkıda bulunmayan insanlar hissi oluşturmaktadır.

Kişilere emekliliğin hayatlarının 2. baharı olduğunu hissettirmek için el sanatları, müzik ve spor kurları düzenlenmektedir. Ürettikleri el sanatlarını sergilemekte ve satış yapmaktadır. Böylece ailelerine ve topluma katkıda bulunmakta aktif ve üretken bir yaşlılık süreci üzerinde durulmaktadır.

3 farklı noktada 15 farklı branşta Cam boncuk yapımı, ahşap boyama vb. el sanatları konularında ücretsiz eğitimler yapılmaktadır. Eğitimler restore olan tarihi evlerimizde gerçekleştirilmektedir. Kurslarımızdan 25-50 yaş aralığında toplam 500 kişi faydalanmaktadır.

Belediyemiz bünyesinde bulunan Kent Konseyimizde 25-60 yaş arası isteyen herkes gönüllü olarak görev almaktadır, kentin yönetiminde söz sahibi olmaktadır. Kent Konseyinde 440 kişi görev almaktadır.

Kent Konseyi Kadın Meclisi, kadınların toplumsal yaşamın her alanında söz sahibi olması, kent ve kadın sorunları ve sorumlulukları konusunda bilinçlenmesi, çözüm önerileri ve projeler üretilmesi, bu önerilerin ve projelerin gerçekleştirilmesine katılma ve katkıda bulunulması ve genelde yerel hizmetlerin yürütülmesinde daha çok sorumluluk üstlenilmesi gibi geniş kapsamlı hedefleri ve bunların gerçekleştirilmesine yönelik işlevleri bulunmaktadır. El Emeği Pazarı, Yeşil Adımlar gibi projelerin yanı sıra Vakıf ve Derneklerle çalışmaları, Halk Eğitim ve Milli Eğitim Müdürlüğü ile ortak yürütülen eğitim amaçlı kurslar, Alzheimer derneği ile hastalık hakkında bilgilendirme toplantıları, sağlık eğitimleri ve tiyatro

gösterileri düzenlenmektedir.

65 yaş üzeri vatandaşlarımıza toplu taşıma araçlarında ücretsiz ulaşım hakkı sağlanmıştır. Ayrıca kent merkezideki tüm yollar ve kaldırım yükseklikleri yeniden düzenlemiştir. Kentimizde kişi başına düşen yeşil alan miktarı 9m2 ye ulaşmış olup çok sayıda park ve fitnes alanları yapılarak kişilerin ulaşılabilirliği artırılmıştır. Kentimizin farklı noktalarında hazırlanan Kültür Evlerinde yaşlılarımız çaylarını içerek, gazete ve kitap okuyan, bünyesindeki kütüphane ve internet hizmetinden de ücretsiz yararlanmaktadır.

Evde bakıma muhtaç olan kişilerin bakımı sağlık görevlileri tarafından yapılmaktadır. Bu kişilerin sosyo-ekonomik durumu müsait değilse evinin ihtiyaç ve dönemsel olarak genel temizliği belediyemiz tarafından karşılanmaktadır.

Yılsonunda kurslarda elde edilen ürünlerinin sergilenmesi, kursiyerlerin çalışmalarının beğeni toplaması sonucu açılan kurslardan vatandaşın memnuniyet oranı oldukça yüksektir. Kentimizde yaşlı profolinin çıkarılması için çalışmalar yapılacaktır.

TOPLUMSAL HAYAT, YEREL YÖNETİM VE YAŞLILIK POLİTİKALARI

Saffet ACAR
Diner Belediye Başkanı

BİLDİRİ ÖZETİ

Demografik değişimler toplumsal hayatta da bir takım değişimlere sebebiyet vermektedir ve günümüz sosyal ihtiyaçları bu değişimlere göre şekillenmektedir. Azalan nüfusumuz ve artan yaşlı nüfusu ile birlikte yaşlanma ve yaşlılık kavramları geçmiş yıllara göre biraz daha önem arz etmektedir. Tüm sektörlerde olduğu gibi özellikle yerel yönetimlerin yaşlılık alanında çalışmaları giderek artmaktadır, hem yaşlı nüfusun ciddi derecede fazla olması hem de genç nüfusun ve doğum oranın azalması yaşlılık çalışmalarını irdelemek zorunda bırakmıştır. Araştırmada yaşlı olarak 60 yaş üstü bireyler belirtilmek istenmiştir. Bu yaş grubunun toplumsal hayatta aktif olabilmesi için bir dizi öneri ve örnekler ile anlatılacaktır.

2013 yılından beri Dinar'da yapmış olduğum Alzheimer ve Demans taramaları ile birlikte Dinar'daki kuşaklar arası ilişkiler durumu hastaların ve yaşlıların genel olarak aileleri ile yaşadığı bulgusu tespit edilmiştir. Ancak bulgularda bir diğer rastlantı yaşlıların evden dışarı çıkmadıkları çok az kısmının sadece kıraathane yada vakit namazları için camiye gittikleri görülmüştür. Yerel yönetim olarak bizler yaşlılarımızın aktif kalabilmesi ve toplumsal hayata daha sıkı tutunabilmesi için neler yapmışız, neler yapıyoruz ve neler yapmalıyız ? Sorularına Dinar Belediye Başkanı ile birlikte çalışmalar yapılmıştır. Araştırmada yaşlı olarak 60 yaş üstü bireyler belirtilmek istenmiştir. Bu yaş grubunun toplumsal hayatta aktif olabilmesi için bir dizi öneri ve örnekler ile anlatılacaktır.

ANAHTAR KELİMELER

Toplum, yaşlı, yaşlanma, hayat, Aktif Yaşlılık

BELEDİYE HAKKINDA

25.000 nüfuslu bir ilçenin yerel yönetimi olan Dinar Belediyesi, 2013 yılında Alzheimer Merkezini kurmuştur, 2014 yılında yaşlılığın dünü,bugünü ve geleceği konulu sempozyuma ev sahipliği yapmış olup, geçtiğimiz ekim ayında Ulusal Yaşlılık Konseyi üyesi ve yürütücülüğünü yapmaya başlamıştır.

YAŞLILARIN TOPLUMSAL HAYATA KATILIMI VE YAŞLILARRA SAYGI DİNAR ÖRNEĞİ

Faruk Yaşar GÜRDAL
Gerontolog, Dinar Belediyesi

ÖZET

Demografik değişimler toplumsal hayatta da bir takım değişimlere sebebiyet vermektedir ve günümüz sosyal ihtiyaçları bu değişimlere göre şekillenmektedir. Azalan nüfusumuz ve artan yaşlı nüfusu ile birlikte yaşlanma ve yaşlılık kavramları geçmiş yıllara göre biraz daha önem arz etmektedir. Tüm sektörlerde olduğu gibi özellikle yerel yönetimlerin yaşlılık alanında çalışmaları giderek artmaktadır, hem yaşlı nüfusun ciddi derecede fazla olması hem de genç nüfusun ve doğum oranın azalması yaşlılık çalışmalarını irdelemek zorunda bırakmıştır. 2013 yılından beri Dinar'da yapmış Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. İsmail Tufan ile birlikte yapmış olduğumuz Alzheimer ve Demans taramaları nihayetinde Dinar'daki kuşaklar arası ilişkiler durumu hastaların ve yaşlıların genel olarak aileleri ile yaşadığı bulgusu tespit edilmiştir. Ancak bulgularda bir diğer rastlantı yaşlıların evden dışarı çıkmadıkları çok az kısmının sadece kıraathane yada vakit namazları için camiye gittikleri görülmüştür. Yerel yönetim olarak bizler yaşlılarımızın aktif kalabilmesi ve toplumsal hayata daha sıkı tutunabilmesi için neler yapmışız, neler yapıyoruz ve neler yapmalıyız? Sorularına Dinar Belediye Başkanı Saffet ACAR ile birlikte çalışmalar yapılmıştır. Araştırmada yaşlı olarak 60 yaş üstü bireyler belirtilmek istenmiştir. Bu yaş grubunun toplumsal hayatta aktif olabilmesi için bir dizi öneri ve örnekler ile anlatılacaktır.

1. GİRİŞ

1.1. Yaşlanmanın Demografyası :

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre de ülkemizde 7.7 milyon 60 yaş üstü vatandaşımız vardır, ülkemizdeki oranda ortalama olarak dünyadaki durumla paraleldir yaşlılık tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bir problem teşkil etmektedir, halbuki insanlığın tüm evresi gibi bebek, çocuk, genç, yetişkin nasıl normal bir şekilde görülüyor ve sorunları için çözüm aranıyorsa yaşlılıkta bu döngünün doğal bir parçasıdır sorunlarına kulak verilmeli gerekli politikalar düzenlenmelidir. Sınırlarında bulunduğumuz Afyonkarahisar'da 22.752 kişi 60 yaş üst; İlçemiz Dinar'da ise 7988 vatandaşımız 60 yaş üstündedir. (Tuik 2012)

DİNAR OCAK 2012

Yaş grubu	Toplam	Erkek	Kadın
0-4	3,516	1,811	1,705
05.-09.	3,58	1,827	1,753
10.-14	4,239	2,159	2,08
15-19	3,976	2,019	1,957
20-24	3,263	1,633	1,63
25-29	3,358	1,782	1,576
30-34	3,449	1,76	1,689
35-39	3,235	1,608	1,627
40-44	3,058	1,488	1,57
45-49	3,428	1,65	1,778
50-54	2,745	1,366	1,379
55-59	2,942	1,379	1,563
60-64	2,226	1,053	1,173
65-69	1,763	782	981
70-74	1,549	697	852
75-79	1,312	568	744
80-84	816	332	484
85-89	276	99	177
90+	46	9	37

Dinar :	60+ Yaşın Nüfusa Oranı :	% 16.38
A.Karahisar	60+ Yaşın Nüfusa Oranı :	% 13.29
Türkiye :	60+ Yaşın Nüfusa Oranı :	% 10.26

Yaş grubu	Toplam	Erkek	Kadın
60-69	3989	1835	2154
70-79	2861	1265	1596
80-89	1092	431	661
90+	46	9	37

Tablo 2 : Dinar yaş gruplarına göre nüfusu gösteren ayrıntılı bir tablo (Kaynak: Tuik, Hazırlayan : TUFAN, 2012)

Yukarıdaki tabloda ise bölgenin 60 yaş üstü bireylerin nüfusu açık olarak görülmektedir buna göre 7988 kişi belirtilen yaş kategorisine girmektedir.

Dinar Belediyesi Yaşlıların Toplumsal Yaşama Katılımı projesiyle yukarıda geniş tablo ile gösterilen 60 yaş ve üstü vatandaşlarımızın toplumsal hayatta aktif olabilmeleri; gerekli sağlık, sosyal, teknik ve diğer ihtiyaçlarının karşılanabilmesi; hak ettikleri değerde yaşamalarını idame ettirebilmeleri planlamaktadır.

1.2. Yerel Yönetimler

"Yerel yönetimler, belli bir coğrafi alan üzerinde yaşayan yerel topluluk üyelerinin kendi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, ekonomik, sosyal, kültürel zenginliğe ve refaha ilişikin yerel hizmetleri genel yetkiyle, kendi sorumluluğu doğrultusunda yerine getiren, işleyişinde açıklığı, şeffaflığı çoğulcu ve katılımcı demokrasi ilkelerini hayata geçiren,

yetkilerin yerel halka en yakın yönetim birimince kullanıldığı, **kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk, demokratik** bir kuruluştur." (Fidan, 2010)

Yerel Yönetim, yerel topluluk üyelerinin ortak ihtiyaçlarını karşılamak, ekonomik sosyal ve kültürel zenginliğine ve refahına ilişkin yerel hizmetleri görmek üzere kurulan; bu hizmetleri, genel yetki ile kendi sorumluluğu altında ve yerel topluluğun yararları doğrultusunda yerine getiren; hiçbir ayrım gözetmeden insanı yerel demokrasinin temeli kabul eden; işleyişinde açıklığı, şeffaflığı insan haklarını, çoğulcu ve katılımcı demokrasi ilkelerini yaşama geçiren, yetkilerin yerel topluluğa en yakın yönetim birimince kullanıldığı, kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk ve en yakın yönetim birimince kullanıldığı, kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk ve demokratik bir yönetimdir.(İnci, 2007)

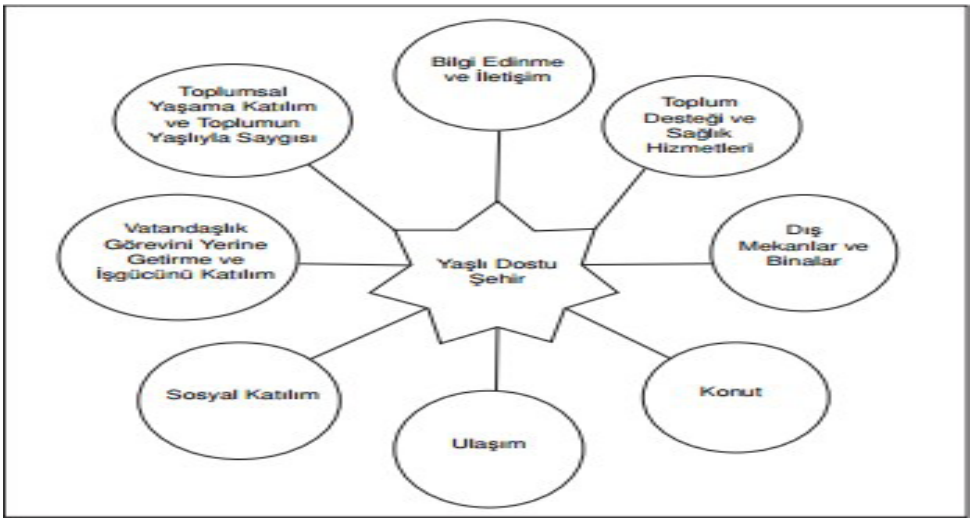
Yukarıdaki tanımlardan yerel yönetimler; yerel topluluğun ortak ihtiyaçlarını karşılamak, sosyal ve kültürel zenginliğine, refahına ilişkin yerel hizmetleri görmek üzere kurulan bir yönetim olduğu çıkarılmaktadır. Hitap ettiği yerel topluluğun sosyal ve kültürel açıdan da hizmet vermesi var olan görevlerinden bir tanesi. Hangi yerel yönetim olursa olsun; yaşlanma ve yaşlılık yakından ilgilenilmesi gereken kavramların başında geliyor; çünkü artık tüm dünyada nüfus azalmakta ve yaşlanma artmaktadır, geliştirilen politikalar genel olarak bu kavramda birleşmektedir.

1.3. Yaşlı Dostu Kent Kavramı :

Yaşlı için kent içinde yaşadığı, çoğu zaman ömrünün geri kalanını bulunduğu kentte geçirmek zorunda kaldığı mekansal ve sosyal sistemi ifade eder. Kent yaşamının getirdiği bir takım zorluklar ve bunların yanında olanakları da mevcuttur. Hareket kabiliyeti, mekanlara erişim, formel ve resmi ilişkiler gibi durumlar kentin getirdiği sıkıntılardan sayılabilir(Ersoy,2010). Bunların çözüm ve olanakları ise kentte yaşamanın getirdiği imkanlardır sağlık hizmetleri, sosyal hizmetlerin varlığı iletişim imkanlarının fazla olması ancak bu yapılar yukarıda saydığımız gibi olumsuzluklara da yol açmaktadır önemli olan bunların yaşlılar için uygun planlanması ve kontrolüdür.

Küresel yaşlanma sorunu BM ve uluslararası pek çok kuruluşu harekete geçirmiştir. BirleşmişMilletler tarafından ilki 1982 yılında Viyana'da, ikincisi 2002 yılında Madrid'de yapılan DünyaYaşlanma Toplantıları'nda tüm dünya ülkelerinin dikkati yaşlanma olgusuna çekilmiştir.İki bin elli yılında sayısı iki milyarı bulacak olan bu gruba yönelik konut, gelir, kuşaklararasıdayanışma, sosyal ilişkiler, toplumsal katılım, yaşlı güvenliği, bakım gibi konularda şimdidenaltyapı çalışmalarına başlanması, var olan altyapıların iyileştirilmesi, ülkeler ve bölgeler arasıortak çalışmaların yapılması konularında çeşitli öneri kararları alınmıştır (19). Bu kararlardansonra tüm ülkeler yaşlılara yönelik bir örgütlenme biçimi geliştirmek zorunda kalmıştır.Bu bağlamda, Yaşlı Dostu Toplum ve Yaşlı Dostu şehir gibi kavramlar önem kazanmıştır."Yaşlı Dostu şehir" olgusu, DSÖ tarafından 2006 yılında kabul edilen bir program olup, toplumlardaaktif ve sağlıklı yaşlanmayı sağlamayı amaçlayan uluslararası bir çabadır(Caner ve Ark. , 2013).

"Yaşlı Dostu şehir" kavramının ortaya çıkış sebepleri; dünya nüfusu içinde yaşlılık yüzdesininve yaşlı nüfusun artış göstermesi, yaşlı insanların toplumlarda önemli roller oynayacak olması, demografik yaşlanmaya bağlı olarak etkin politikalar ihtiyacı olarak karşımızaçıkmaktadır. "Yaşlı Dostu şehir", aktif yaşlanmayı destekleyen kapsamlı ve erişilebilir kentselçevreyi ifade etmektedir. Yaşlı Dostu şehir, yaşlıların rahat bir biçimde toplumun diğerkesimleriyle birlikte uyumlu bir hayat sürdürebilecekleri ortam ve imkânların sağlandığı,temiz, güvenli, yaşanabilir ve sürdürülebilir kentsel çevreleri ifade etmektedir. Bu özellikleriyle"Yaşlı Dostu şehir" sadece yaşlı toplum için değil, başta çocuklar ve engelliler olmaküzere tüm kent halkının yararı için düzenlemelerin yapıldığı ve tedbirlerin alındığı kentselbir yaşam çevresi olmaktadır(Caner ve Ark. , 2013)



şekil 1:Yaşlı Dostu Kent Denetim Listesinde Yer alan Faktörler (Caner ve Ark.2013)

Son yıllarda yaşlı nüfusunda artması ile birlikte başta dünya sağlık örgütü, birlemiş milletler tarafından ortaya çıkan ve daha sonra ülkeler, yerel yönetimler ile birlikte yaşlı dostu kent konumuna gelebilmek için farklı çalışmalar yapmaktadırlar. Yaşlı dostu şehir kavramı içinde barındırdığı aktif yaşlanma, kullanılabilirliği ve erişilebilirliği rahat kentleri ifade etmektedir. Toplumumuzda henüz bu kavramlar yeni öğrenilmekte ve hızlı bir şekilde girişimlere başlanmaktadır. Bu konuda en büyük adımları ise ilk olarak yerel yönetimler atmakta ve başarılı olmaları ile birlikte devlet tarafından da desteklenmektedirler. Toplumsal yaşama katılım ve toplumun yaşlıya saygısı, Dış Mekânlar ve Binalar, Ulaşım, Konut, , Vatandaşlık Görevini Yerine Getirme ve İşgücüne Katılım,Bilgi Edinme ve İletişim, Toplum Desteği ve Sağlık Hizmetleri,Sosyal Katılımfaktörleri yaşlı dostu kent denetim listesinde yer almaktadır. Elinizdeki çalışmada Yaşlıların Toplumsal/ Sosyal hayata katılımı ile igili bilgiler ve öngörüler bildirilecektir.

1.4. Toplumsal Yaşam

Toplum, ortak bir kültürü paylaşan, belli bir toprak parçası üzerinde bulunan, az çok örgütlü bir bütünlüğe ve göreli bir sürekliliğe sahip, kendilerini birleşik ve özgün bir varlık olarak gören insan birlikteliğidir (MEB, 2011) Yaşamı boyunca içinde bulunduğu topluluktaki diğer insanlarla sürekli bir ilişki içinde bulunan insan sosyal bir varlıktır. İnsanlar tarafından ortaya konan sosyal davranışlar sosyalolayları doğurur. Sosyal olayı ortaya çıkaran davranış biçimi, ortaya konuluş şekli ve davranışla etkileşimde bulunan bireylerin sayısı, sosyal olayın önemini ortaya koyar (MEB, 2011).

Sosyal bir varlık olan insanın temel, fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için toplumla iletişim içinde olması gerekir. Toplum içerisinde yaşı, konumu, eğitimi,

ekonomik düzeyi fark etmeksizin her birey girmektedir. Ancak günümüzde özellikle ülkemizde yaşlı kesim emekli olduktan sonra bir köşeye çekilip adeta ölümü beklemektedirler yerel yönetimlerin,yaşlıların sosyal hayatta daha aktif kalmalarını sağlamak için uygun sosyal projeler geliştirmeli ve bu alanda örnek ve öncü olması gerekmektedir.

2. Yaşlılar ve Toplumsal Yaşam

2.1. Yaşlılık ve Toplumsal Yaşam Kavramları

Toplum kavramında çiftçi, memur, esnaf, çocuk, genç, orta yaşlı, yaşlı hemen söyleyebileceğimiz toplumu oluşturan kavramların başında gelmektedir. Ülkemizde yaşlılık ve toplum olarak biraz düşündüğümüzde ise bayramlarda hatırlanan, daima evinde oturan, çoğu zaman yalnız, bir takım insanlar aklımıza gelmektedir. Oysa ki Yaşlanma ömrü olan herkesin başına gelebilecek bilgelik, huzur, örnek insan, tecrübe, deneyim gibi olumlu kavramlarla örtüşen bir olgu olması gerekmektedir.

Yaşlanma, tüm dünya ülkeleri açısından önemi her geçen gün artan evrensel bir gerçekliktir. Yaşlınüfusunhızlaartmasıylauzunyaşamıngetirdiğiyalnızlık, yoksulluk, özürlülük, kronik hastalıklar, bakım ve destek gereksinimi yaşlı sorunları ve yaşlılık hizmetlerinin tüm yönleriyle yeniden ele alınmasını gündeme getirmiştir. Dolayısıyla tüm dünyada giderek önem kazanan, insanların sağlıklı ve başarılı yaşlanmaları, yaşlıların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, toplumla bütünleşmeleri ve toplumla uyumlu olarak yaşamaları konusu gündemdedir. Yaşlanma doğal bir süreçtir, bu dönemde insanların fiziksel sorunları kadar psikolojik ve sosyal uyum sorunlarıyla da ilgilenme ihtiyacı artmıştır. Yaşam her dönemde kendine özgü özellikleriyle değerlidir. Doğumdan itibaren, bireylerin gereksinmeleri gözönünde bulundurularak sosyal devlet tarafından sağlanacak hizmetler ve kişilerin bilinçlendirilerek bu hizmetlerden yararlanır hale gelmeleri hem sağlıklı hem de nitelikli bir yaşamın vazgeçilmez koşuludur. Böylece ileri yaşlarda da bireyler toplumdan soyutlanmadan mutlu bir yaşam sürdürebilecektir. Sonuç olarak; bütün yaş gruplarının toplumsal yaşama ve toplumsallaşmanın sürdürülmesine karşılıklı olarak katkıları vardır ve hiçbiri ihmal edilebilir değildir. Bu nedenle toplumsal değerlerimizi korumak ve sürdürmek için kuşaklararası ilişkileri güçlendirecek, aktarımları kolaylaştıracak yaşlı ve genci, yaşlı ve çocuğu biraraya getirecek projelerin geliştirilmesi önem kazanmıştır. (Hazer, O. Aslan, Ö, 2009)

2.2. Toplumsal Hayata Katılım/ Sosyal Katılım

Bu güne kadar öğrenmiş olduğumuz tüm gerontolojik bilgilerimize ve tecrübelerimize göre yaşlılık; engellenemeyen, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleri olan ilerleyici bir süreçtir ve ömrü olan herkes bu çarktan geçecektir. Gelişen teknoloji, toplumsal refahın artışı ve ilerleyen tıp ile birlikte insan ömrü de uzamakta giderek yaşlı nüfus toplumumuzun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Dinar Belediyesi olarak taslak halindeki Uygulamalı Gerontolojik Hizmetler Birimimiz bünyesinde

yaşlılarımızın sosyal hayatta aktif olabilmeleri, unutulmuş yaşlılarımızın hatırlanması ve toplumun parçası olduklarının gün yüzüne çıkartılması "Bende Varım" sloganı ile bu proje ortaya çıkmıştır.

Yaşlanma olgusu tüm dünya ülkelerinde önemini giderek arttırdığı evrensel bir gerçekliktir. Yaşlı nüfusun artmasıyla kronik hastalıklar, engellilik, yalnızlık, yoksulluk gibi sorunlar yaşlılarda bakım ve destek ihtiyaçlarını gün yüzüne çıkarmış sosyal politikalar oluşturulmuş ve gerekli çalışmalar yapılmaya devam edilecek bir süreçtir. Sosyal devlet olarak yönetilen ülkemizde de artık yaşlı potansiyelimizin yükselmesiyle yeni hizmetler sunulmaktadır.

Dinar Belediyesi emektar insanlarımızın yanında olarak ömürleri boyunca vatanımızın çeşitli bölgelerinde hizmet eden yaşlılarımıza teşekkür mahiyetinde kamu yararına bir proje sunmaktadır. Toplumsal değerlerimizi korumak ve sürdürmek için kuşaklar arası ilişkileri güçlendirecek, yaşlı ve genci, yaşlı ve çocuğu, yaşlı ve kadını kısaca yaşlı ve toplumu kucaklatacak "Yaşlıların Toplumsal Yaşama Katılımı" projesi ile vatandaşlarına yeni bir hizmet vermenin planlarını yapmaktadır.

2.3. Dinar Belediyesi Yaşlılık Çalışmaları :

Dinar Belediyesi Yaşlanma ve yaşlılar alanında farklı politikalar izlemiştir. Geçmiş zamanlarda belediye bünyesinde bulunan sağlık hizmetleri müdürlüğü tarafından evde sağlık ekibi oluşturulmuş, belediye tarafından hasta nakil aracı ile birlikte evde sağlık hizmetleri, tansiyon kontrolleri, küçük ölçekli pansuman işleri, diyabet kontrolü yapılmıştır.

ihtiyaca göre hasta nakil aracı ile birlikte ücretsiz olarak civar hastanelere yada tıp fakültelerine hastalarının nakillerini gerçekleştirmiştir.

İTGE Vakıf danışmanlığında 2005 yılından beri yürütülen Atık Bina Değerlendirme projesi kapsamında bugüne kadar İzmir, Aydın, Ordu, İstanbul ve son olarak ta Dinar'da eskiden meteoroloji gözlem sahası olarak kullanılan, ancak işlevliğini kaybettikten sonra kullanıma terk edilen bu bina Dinar Belediyesi tarafından 2014 yılında Alzheimer Hasta ve Yakınları Buluşma Merkezine çevrilerek Dinarlı vatandaşların hizmetine sunulmuştur.

ABİDE(Atık Bina Değerlendirme Projesi) İl ve ilçelerde bulunan kamuya ait atıl binaların küçük değişiklikler ile Gerontolojik çalışma merkezlerine çevirme projesi olarak 2005 yılında Prof. Dr. İsmail Tufan'ın hayata geçirdiği bir projedir.

Ülkemizde Sosyal Katılım Projeleri Uygulayan Bazı Yerel Yönetimler :

1. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi
2. Antalya Büyükşehir Belediyesi Sosyal Hizmetler birimi altında Yaşlılar lokali, Tekerlekli Sandalye, Evde Bakım ve Tadilat desteği, Tıbbi Cihaz ve Malzeme destekleri.
3. Aydın Belediyesi AYBA projesi
4. Aydın /Nazilli Belediyesi Alzheimer Hasta ve Yakınları Buluşma Merkezi
5. İzmir Büyükşehir Belediyesi Yaşlı Genç el ele Projesi
6. Isparta Belediyesi Evde bakım Hizmetleri
7. Antalya Muratpaşa Belediyesi Yaşlı Evi
8. Dinar Belediyesi Alzheimer Hasta ve Yakınları Buluşma Merkezi

9. Ulusal Yaşlılık Konseyinin destekleriyle hayata geçirilen, Aymelek derneği Gündüz bakım evi, Aydın Sevgi Evleri, Aydın Alzheimer Hasta ve Yakınları Buluşma merkezi
10.İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Hizmetleri

3. Yaşlılık ve Saygı

3.1. Kavramsal Çerçeve

Saygı sözcüğü " Değeri, üstünlüğü, yaşlılığı, yararlılığı, kutsallığı, dolayısıyla bir kimseye, bir şeye karşı dikkatli, özenli, ölçülü davranmaya sebep olan sevgi duygusu, hürmet, ihtiram" yada "başkalarını rahatsız etmekten çekinme"(vikipedia). Bu gibi tanımları çoğaltmak mümkün, tanımlardan birinde değer, üstünlük, kutsal gibi insanı yücelten kavramların yanında yaşlılıkta katılmış. Yaş almak olarak algılayabileceğimiz yaşlanmak ile saygınlık birbirine paralel olarak arttığını anlamaktayız. Ancak yapılan araştırmalar ve herkesin kişisel gözlemine dayalı olarak toplumda yaşlılara saygının azaldığını hatta yerini şiddet ve suistimale bıraktığını görmekteyiz. Yaşlılara saygınlık kavramı değişen tarihle birlikte kendini başka kavramlara bırakmıştır.

Yaşlılara saygının tarihsel sürecine bakıldığında Milattan Önceki yıllara kadar gittiği görülmektedir. "Yaşlılar deneyimleri nedeni ile eski Yunanda her zaman saygı görmüştür. Ünlü tarihçi Homeros, eserlerinde özellikle yaşlıların yetenek ve deneyimlerinden gençlerin yararlanmaya hazır olduklarını ifade etmiştir. Öte yandan Eflatun da (MÖ 427-347), "*Politeia*" isimli eserinde, yaşlılık döneminin bireysel yönüne vurgu yapmış ve bu dönemdeki yaşam biçiminin gençlik ve yetişkinlik döneminde biçimlenip belirlendiğini ileri sürmüştür."(Kalınkara,2011)

İnsanların dünya üzerinde mensup olduğu dinlerde de yaşlılığa saygı gösterilmesi gerektiğini bildirse de dünya tarihinde bunun böyle olmadığına dair bulgular oldukça fazladır. Yaşlılıkla birlikte meydana gelen vücuttaki düşkünlük ve halsizlik hali, toplum tarafından da yük olarak görülmüş; ilkel toplumlardan başlayarak ölüme gönderme ya da yaşlı için ölüm törenleri yapılmıştır. Günümüzde de yaşlılara psikolojik ya da sosyolojik olarak artık kendisinin yük olduğunu belli edici davranışlarda bulunulduğu da gözlemlenmiştir." Romalılarca yaşlılık başlangıcının 61 yaş olarak kabul edildiği dönemde yaşayan ünlü düşünür Çiçero (MÖ 106-43), "*CatoMajor de Senectute*" isimli yazısında, yaşlıların ileriki yaşlarda zihinsel kapasitelerinde ortaya çıkan değişimlere ilişkin bilgiler vermiş, yaşlıların devlet yönetimi ile sanat ve bilim dallarındaki başarılı performanslarına değinmiştir (Lehr 1994). Antikçağdan kalan bu eserlerde yaşlılıktan övgüyle söz edilmesi, yanlış anlaşılarak yaşlıların "***altın çağı***" olarak ilan edildi (Tews 1971)".

Birleşmiş Milletler genel kurulu 15 Haziran tarihini Yaşlılara şiddet ve suistimal farkındalık günü olarak; yaşlılara şiddetin farkındalığı amaçlı bir raporu kabul etmiştir. Bu gününde tüm dünyada kabul edilmesi dolayısıyla yaşlılıkta saygının yerini artık olumsuz durumlara bıraktığı anlaşılmaktadır. Ancak az örneklerine rastlanılan özellikle de dini bayramlarda medya reklamlarında yaşlılara saygının olduğunu gösteren içerikler insanların aklında gerçekten bunun böyle olduğu algısı düşürmektedir. Bununla birlikte geçmişe övünme hali de yaşlılara saygının geçer bir

kural olduğu düşüncesini yaşatmaktadır. Geçmişte yaşlılarımız baş tacıydı demek artık çok fazla anlam ifade etmediğini anlamalı; yaşlıların sorunlarına çözümler aranmalıdır. Saygı soyut bir kavramdır ancak bu kavrama somut olarak artık dokunmak gerekmektedir.

"Romalılarca yaşlılık başlangıcının 61 yaşolarak kabul edildiği dönemde yaşayan ünlü düşünür Çiçero (MÖ 106-43), "*CatoMajor de Senectute*" isimli yazısında, yaşlıların ileriki yaşlarda zihinsel kapasitelerinde ortaya çıkan değişimlere ilişkin bilgiler vermiş, yaşlıların devlet yönetimi ile sanat ve bilim dallarındaki başarılı performanslarına değinmiştir (Lehr 1994). Antikçağdan kalan bu eserlerde yaşlılıktan övgüyle söz edilmesi, yanlış anlaşılarak yaşlıların "***altın çağı***" olarak ilan edildi (Tews 1971)".

"Günümüzün gelişmiş ülkelerinde yaşlılar geleneksel toplumlarda olduğu gibi saygı ve hürmetle tedavi edilmezler. Geçmiş kaynaklar daha çok yaşlılara saygıyı vurgulamaktadır. Oxford İngilizce Sözlükte yaşlı "*derin saygı ve hürmet duygusu*"nu ifade eden "*dini huşu ve saygıyla kabul etmek*" anlamına gelen Latince "*veneror*" kelimesinden türetilmiştir.

Günümüzde yaşlı daha çok dini korku veya saygı nedeniyle kabul görmektedir." (Kalınkara 2011)

3.2. Dinar'da Yaşlanmak :

Yapılan derinlemesine araştırma sonuçlarında ise Afyonkarahisar İli Dinar İlçesinde yaşlılara saygı kavramından daha çok toplumda henüz varlığını yitirmemiş birlik ve beraberlik kavramları yer almaktadır. Yapılan görüşmelerde toplum genel olarak yaşlısına bakmayı bir borç bilmekte, onlarla birlikte yaşamanın doğanın bir gereği olduğunu

düşünmektedir. Görüşülen kişilerin ifadelerinde "Bazen bakımı zor oluyor, ağır geliyor, ancak toplumdaki el ne der düşüncesi ile bunu aşıp işime bakıyorum" gibi cümleler dikkat çekmiştir. Başka bir hanede ise "Dinar 1995 yılındaki depremde ben çok küçüktüm şuan yaşlı olarak baktığım kişi benin kayınpederim oldu; benim üzerimde Ogünlerde çok emeği ve hakkı var, o zor günlerde bizi köyündeki evinde ağırladı, yiyecek ekmeğe muhtaçtık bize ekmek verdi, döşek verdi, sonrada oğlu ile evlendim ona bakmak benim asli görevim üzerimde çok emeği var" gibi cümleler ile kendisini özetliyor.

Araştırma bulgularında Dinar ilçesinin küçük bir yer olması, akrabalık ilişkilerinin kuvvetli olması, akrabalık ağının geniş olması ve herkesin birbirini tanıması sonucunda Dinar'da yaşlıların diğer yerler göre daha şanslı olduğunu gösteriyor.

Ayrıca 1995 yılındaki deprem faciası belki o yıl facia olarak gözükse de 2015 yılının yaşlısı o facia sonucu şuan iyi bir bakım alıyor. Deprem insanları birbirine bağlamış, herkes birbirine yardımcı ve kenetlenmiş bir şekilde yaşamlarını sürdürüyorlar. Her an deprem olabilecek düşüncesiyle de tedirginler, ayrıca bu

durum başka bir sorunu "Demans" hastalığını da tetikleyen başka bir bulgu. 20 yıl önceki geçirdikleri felaket sonucu ağır yıkımlar ve depresyon 20 yıl sonra ilçeye başka bir felaket olan Alzheimer hastalığı olarak geri dönmüş ilçedeki 65 yaş üstü "Demans" hastalarının sayısı da yaşlı nüfusunun %11.2 oranında olduğu görülmüştür.

4.ARAŞTIRMA

4.1.Amaç :

Proje, sürdürülebilir ve dengeli sosyal kalkınması ile toplumsal gelişimine katkı sağlanmasına hizmet edecek olup, Dinar Belediyesi Başkanlığı sunmuş olduğu bu proje ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının öncelikli konularından; dezavantajlı grupların sosyal içermelerinin ve hizmetlere eşit erişiminin sağlanması için ihtiyaç duyulan altyapıların tesis edilmesi kapsamında Bakım- Onarım- Temizlik ve Diğer teknik hizmetler, Geziler ve Sosyal Aktiviteler, Yaşlılar Lokali (Oyun salonu, Fitness Salonu, Bilgisayar Eğitimi, Resim ve Müzik eğitimleri) gibi merkezlerin yapılarak ve uygulamalı faaliyetler gerçekleştirerek toplumumuzda yalnızlaşmış, unutulmuş yaşlılarımızın toplumsal hayatta var olduklarını

"bende varım" sloganı ile yaşamımızın bir parçası olduklarını göstermek ve hayatta aktif kalabilmeleri amaçlanmıştır.

Maddeler halinde aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

1. Yaşlılarımızın toplumsal hayatta aktif bulunması.
2. Aktif ve Başarılı yaşlanmak için önceki kuşağa örnek olmak
3. Olumlu sosyal ilişkiler oluşturmak.
4. Yaşlıların kendilerini daha iyi hissetmesi ve daha uygun koşullarda yaşaması için çevreyi iyileştirme adına küresel bir olgu oluşturmak.
5. Kuşaklar arası ilişkileri güçlendirmek,Yaşlılarımızın sosyal hobiler edinmesi ve yaşamlarına uygulamaları.
6. Sosyal izolasyonu ortadan kaldırabilmek.

4.2. Yaşlılıkta Toplumsal Yaşamın Önemi :

Yaşam her dönemde kendine özgü özellikleriyle değerlidir. Doğumdan itibaren, bireylerin gereksinmeleri gözönünde bulundurularak sosyal devlet tarafından sağlanacak hizmetler ve kişilerin bilinçlendirilerek bu hizmetlerden yaralanır hale gelmeleri hem sağlıklı, hem de nitelikli bir yaşamın vazgeçilmez koşulları olmaktadır. Böylece ileriyaşlarda da bireylertoplumdansoyutlanmadan mutlu bir yaşam sürdürebilecektir.

Bütün yaşgruplarının toplumsal yaşama ve toplumsallaşmanın

sürdürülmesine karşılıklı olarak katkıları vardır ve hiçbiri ihmal edilebilir değildir. Ancak hızlı değişme sürecinde özellikle yaşlılar, yaşantı birikimlerinin kıymeti nedeniyle toplumun devamı yönünden kültürel rehber konumundadır. Bu nedenle, toplumsal değerlerimizi korumak ve sürdürmek için kuşaklararası ilişkileri güçlendirecek, aktarımları kolaylaştıracak yaşlı ve genci, yaşlı ve çocuğu biraraya getirecek projelerin geliştirilmesi önemlidir. Yaşlı birey potansiyelini geliştirme şansına sahip olabilmeli, nerede yaşarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, olabildiğince uzun sure kendi ortamında ve güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, kapasite ve ilgi alanine gore hizmet verebilmeli, işgücüne katılabilmeli, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendi ile ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmelidir (Hazer, O. Aslan, Ö, 2009).

4.3. Daha Aktif bir Yaşlılık İçin :

Aktif yaşlanma kavramı,Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1990'lıyıllarda, Dünyanın gündemine sokulmuş olan bir kavramdır. Aktif yaşlanma süreci yaşlıların günlük yaşamlarında sosyal, ekonomik, kültürel aktivitelere katılımlarını esas alır. Bu dönemin istenilen yönde olmasını toplumdaki ekonomik, sosyal, çevresel, bireysel, davranışsal, sosyal koşullar belirlemektedir. Yaşlı bireyler herhangi bir engellilik durumları olması halinde bile toplumda yürütülen faaliyetlere katılabilirler, deneyimlerini daha genç kuşaklara aktarabilirler. Bu süreç onların ailelerine, akranlarına, daha başka bir ifadeyle yaşadıkları toplumlarına katkılarını artırabilir(Aslan,D)

Daha sağlıklı ve aktif bir yaşlılık için literatürde ve izlediğimiz televizyon programlarında yapılması gereken hallerden sık sık bahsedilmektedir örneğin,Günde En Az Üç Öğün Beslenilmelidir, İdeal Vücut Ağırlığı ve Kas Gücü Korunmalıdır. Sebze ve Meyve Tüketimi Arttırılmalıdır, Ekmek ve Diğer Tahıllar Yeterli Miktarda Tüketilmelidir. Doymuş Yağ Tüketimi Azaltılmalıdır, Su ve Diğer Sıvılar Yeterli Miktarda Tüketilmelidir, Posa Tüketimi Arttırılmalıdır, Kalsiyum İçeriği Yüksek Besinler Tüketilmelidir, Tuz ve Sodyum Tüketimi Azaltılmalıdır, şeker Tüketimi Azaltılmalıdır, Alkol ve Sigara İçilmemelidir, hayatta olduğunu unutmayıp yaşam için sorumluluk ve aktiviteler yapılmalıdır.

4.4. Yerel Yönetimler Neler Yapabilir :

Yaşlı bakımı, korumaya muhtaç yaşlılara sahip çıkma, yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri, yaşlılara yönelik sosyal hizmetler, maddi ve manevi yardımlar gibi yaşlılarla ilgili pek çok hizmet konusunda yerel yönetimlere önemli görevler yüklenmiştir. Elinizdeki kitapçıkta yerel yönetimler olarak sizlerin, yaşlıların toplumsal/sosyal hayata katılımı ve aktif olarak yaşamlarını sürdürebilmeleri

için öngörüler, ip uçları ve bu konuda çalışanlara ufuklarını açacak bir takım aktivitelerden bahsedilecektir.

Projenin İçeriği Hedef Gruplar :

Yukarıda yazılı olarak bulunan hizmetlerden kendilerine uygun gördükleri ve gönüllü olarak katılmak istedikleri hizmetlerden yararlanmak isteyen 60 yaş ve üstü tüm vatandaşlarımız.

Verilecek Hizmetler :

1 Bakım- Onarım- Temizlik ve Diğer Teknik Hizmetler
- Hane temizliği
- Elektirik, su, doğalgaz cihazlarının kontrolü ve bakımı
-

2. Geziler ve Sosyal Aktiviteler
- İlçemizin ve Bölgemizin turistik yerlerine geziler
- Önemli Gün ve Haftaların Kutlanması
- Doğum Günü Partiler
-

3 Yaşam Merkezi
- Yaşlılar Lokali
- Oyun salonu (Bilardo, okey vs.)
- Fitness Salonu
- Yüzme Havuzu (Aquaterapi)
- Bilgisayar Eğitimi
- Resim ve Sergi Salonu
- Müzik
- Okuma ve Yazma Eğitimleri
- Park, Bahçe İşleri
- Meyve, sebze üretimi
- Üretilen ürünlerin hasat dönemlerinde düzenlenecek olan " Hasat şenlikleri ve Festivali

Projenin başarılı bir şekilde gerçekleşebilmesi ve hizmet verebilmesi için asıl amacımız olan yaşlılarımızın toplumsal hayatta aktif kalabilmeleri ve evlerinden çıkarak aktif, mutlu ve sağlıklı olabilmeleri için öncelikle sağlılarının yerinde olması, yaşadıkları bölgede kendilerine sıkıntı veren ve düşündüren problemlerinin olmaması gerekmektedir, tahmin edebilirsiniz ki sağlıksız yada evindeki banyo musluğunun boşa su kaçırması gibi problemleri olan bir insan gönül rahatlılığı ile aktivite yada diğer farklı uygulamaları yapması beklenemez.

1. Bakım-Onarım-Temizlik ve Diğer Teknik Hizmetler :

- Günlük ev işlerine yardımcı olunması genel temizliğin yapılması. Evdeki her türlü elektrik, su, doğalgaz, elektrikli ev aletlerinin onarımı ve bakımı.

2. Geziler ve Sosyal Aktiviteler :

İlçemiz ve bölgemizin turistik yerlerine geziler ve piknikler düzenlemek, Önemli Gün ve Haftaların Kutlanması organizasyonları (Cumhuriyet Bayramı, Yaşlılar Günü, Yaşlılara Saygı Haftası, Ramazan Bayramı, Kurban Bayramı, Yılbaşı vs.)

Etkinliğime katılan yaşlılarımıza sürpriz doğum günü partileri düzenlemek.

3. Yaşam Merkezi :

Yaşlılarımızın 12 ay boyunca yararlanabileceği ve gönüllülük esaslı hizmetler.

- Yaşlılar Lokali : Yaşlılarımızın ve vatandaşlarımızın buluşup, sohbet edebileceği mekanlar.

- Oyun Salonları : Bilardo ve okey oyunlarının oynanabileceği yaşlılarımızın rekreasyon aktiviteleri yapabileceği yerler.

-

-

-

- Spor Salonu : Sağlık için spor sloganı ile birlikte kemik ve eklem rahatsızlıklarınada uygun, herkesin bedensel durumuna göre yapılabilecek spor hareketleri.

- Yüzme Havuzu : Uygun görüldüğü takdirde AQUATERAPİ metotları ile sağlığımıza katkı ve stres azaltıcı faaliyetler.

- Bilgisayar Eğitimi : Ülkemizde bir çok yerel yönetimin, üniversitelerin ve diğer kamu kuruluşlarının sıkça yaptığı yaşam boyu eğitim projesi kapsamında bilgisayar eğitimi ile yaşlılarımıza gelişen teknolojiyi aktarmak.

- Resim ve Sergi Salonu : Gönüllü yaşlılarımızın katılacağı ve faaliyet sonunda çıkan eserlerin, sergileneceği hatta uygunluğu boyutunda satışının yapılabileceği faaliyetler.

- Müzik : Dinar Musiki Cemiyeti ile birlikte ve değerli müzik hocalarımız eşliğinde dinlendirici müzikal etkinlik faaliyetleri ve çeşitli enstrümanların öğretisi.

- Okuma ve Yazman Eğitimi : Emekli öğretmenlerimiz yada eğitime gönül vermiş gönüllü vatandaşlarımızdan oluşan ekibimiz ile ilçemizde okuma ve yazma bilmeyen kimselere eğitim verilerek toplumunda daha ileri seviyeye gelmesini amaçlamaktadır.

- Bahçe İşleri : İlçe merkezinde bulunan uygun alanlara küçük çaplı bahçeler kurularak, çiçek, ağaç sevgisi kazandırmak, yaşlılıkta boş zamanı doldurmak, yaşlılarımız anlamlı işler yaptığını görerek daha motive bir şekilde hayatlarını idame ettirmesi planlanmaktadır.

- Hasat şenlikleri : Bahçede gönüllü yaşlılarımızın ürettiği meyve yada sebzeleri toplayarak, ihtiyacı olan insanlara vermek, köylerde bulunan ve unutulmaya yüz tutmuş bir olgu olan İMECE usulünü tekrar canlandırmak, ve hasat sonunda küçük bir konser yada şenlik oluşturarak hasat mevsimini eğlenceli bir şekilde sonlandırmak.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de yaşlı nüfus potansiyeli giderek artmakta olduğunu daha önceden de bahsetmiştik. Her çalışmada ve sosyal projelerde olduğu gibi yaşlıların toplumsal hayata katılımı projesinde de yerel yönetimler öncülük etmeli ve devletin diğer organları ile sivil toplum kuruluşları, diğer özel kuruluşlar olmak üzere cesaret vermelidirler.

Yerel yönetimlerin başlıca görevlerinden olan sosyal ve kültürel faaliyetler toplumumuzun daha refah yaşayabilmesi için önemli ve gereklidir. Bu projeler içinde toplumda arka sıralara itilen, unutulmaya yüz tutmuş ancak herkesinde hızlı bir şekilde ilerlediği evre olan yaşlılık ayrıca bir önem arz etmektedir.

Sosyal projelerin tümü hedef kitle göz önünde bulundurularak hedefteki kimselerinde fikri ve görüşleri alınarak, istekleri de sorularak uygulanırsa hem katılım açısından hem de maddi olanaklar açısından daha anlamlı olacaktır. Burada tekrar altını çizmek istiyorum çalıştığımız ve proje hedefindeki olan kimseler yaşlı vatandaşlarımızdır, onlarında toplumsal hayata katılımı, aktif ve başarılı yaşlanmaları için istekleri göz önünde bulundurulmalı, fizibilite çalışması yapılmalıdır.

Uygulanacak olan bu proje ile yaşlılıkta boş zamanın değerlendirilmesi,aktif ve sağlıklı yaşlanma *pren*siplerinin gerçekleşmesi planlanmakta. Yerel yönetim ve personeli ile birlikte toplumun el ele çalışması özellikle de yaşlılar ile çalışması birlik ve beraberliğin sağlanması hedeflenmiştir.

Her proje mekanında içerik,metot,süre ve öğrenme ortamı detayları hedef grupların ihtiyaç ve odak konularına göre belirlenecektir.

Yaşlılıkta saygı artık soyut bir kavram olarak değil somut şekilde yaşlılarına hizmet eden, onların ihtiyaçlarını karşılayabilen politikalar yürütülmeli, sadece "eskiden yaşlılarımız el üstünde tutulurdu" sözü ile öğünme ile yetinmemeli toplumu da bu konuda yapılabilecek çalışmalara hazırlamak gerekmektedir.

Yaşlanma ve yaşlılık alanında bu işin uzmanları olan Yaşlanma ve yaşlılığın bilimi olan Gerontoloji Bilimine kulak verilmeli bu bölümden mezun olan Gerontologlarada görev verilmelidir.

Bu konuda Prof. Dr. İsmail Tufan'ın hemen hemen her yerde söylediği " Türkiye sessiz ve hızlı bir şekilde yaşlanıyor" cümlesindeki anlamı çok geç olmadan kavrayabilmeli ileride "yaşlı nüfus sorununu" daha az bir hasar ile atlatabilmenin

yolları aranmalı ve uygulanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. CANER, C. GÖZÜN, G. HİLWAY, A. GÖKÇEK, M.(2013) Yaşlı dostu şehirler: Kavramsal çerçeve ve örneklerle değerlendirmeler Ankara. Güneş Tıp Kitapevleri.

2. MANDIRACIOĞLU, A.(2010) Dünyada ve Türkiye'de yaşlıların Demografik Özellikleri, İzmir Ege Tıp Dergisi.

3. TC BAşBAKANLIK TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. (2012). *Türkiye Nüfus İstatistikleri.* Ankara: TÜİK.

4. TC BAşBAKANLIK TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. (2013). *Türkiye Nüfus İstatistikleri.* Ankara: TÜİK.

5. Ankara Büyükşehir Belediyesi Yaşlılara Hizmet Merkezi

6. TUFAN ,2012. GeroAtlas

7. http://www.dicle.edu.tr/Contents/4cbad890-cdc3-494c-8025-c6a8ec740777.pdf(Yaşlı Sağlığı)

8. Dinar Belediyesi, Basın Birimi (2011)

9. Fidan, A. (2010) http://www.yerelyonetim.net/yerel-yonetim-nedir/123/#respond

10. İnci, H. YEREL YÖNETİMLER YASASI'NDAKİDEĞİşİKLİKLERİN BELEDİYELERİN YÖNETİM VE ORGANİZASYON YAPISI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ: EDİRNE BELEDİYESİ ÖRNEK OLAYI, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

12. Caner, Ö. , Gözün, G.,Hilwah, A. ,Gökçek, M., (2013) Yaşlı Dostu şehirler : Kavramsal Çerçeve ve Örneklerle Değerlendirmeler, Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri Sy. 9.

7. http://www.turkgeriatri.org/pdf/Yasli_Dostu_Sehirler_Baski11_11_2013.pdf

13. Caner, Ö. , Gözün, G.,Hilwah, A. ,Gökçek, M., (2013) Yaşlı Dostu şehirler : Kavramsal Çerçeve ve Örneklerle Değerlendirmeler,Ankara, Güneş Tıp

Kitapevleri Sy. 18.

14. M.E.B. (2011) Aile ve Tüketici Hizmetleri Toplumsal Yaşam, Ankara

8. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Toplumsal%20Ya%C5

9. %9Fam.pdf

15. Hazer, O.Aslan, Ö, 2009, YaşlılıktaSosyalİlişkiveToplumsalHayataKatılım, ANKARA

10. http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2010-03/html/2010-2-3-143-147.htm

16. Aslan, D. AKTİF YAşLANMA, Türk Geriatri Derneği

17. Yaşlılar ve toplum hayatı projesi,Sen Em Power

18. Ersoy, M. 2010, Kent ve Yaşlılık üzerine bir söyleşi, Ankara

19. Lehr, U. (1994). *Yaşlanmanın Psikolojisi*. (Çev: N.Eryar). Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul.

20. Kalınkara, V. (2011). *Temel Gerontoloji: Yaşlılık Bilimi*. Nobel Yayınevi, Ankara.

“GELECEĞİNİZ PARMAKLARINIZIN UCUNDA” PROJELERİ (1-2-3)

Ferruh ERKAN[1]
Erzincan Belediyesi[2] – ferruherkan@yahoo.com

ÖZET

Sosyal Farkındalık Projesi

Erzincan Valiliği Koordinasyonunda Erzincan Belediyesinin yürütmüş olduğu ve T.C. Kalkınma Bakanlığı tarafından Sosyal Destek Programı (SODES) 2015 kapsamında finanse edilen “GELECEĞİNİZ PARMAKLARINIZIN UCUNDA 2” İsimli Proje, çocuklara ve gençlere yönelik 4 farklı dalda ve 4 farklı gruba eğitim veren, ülkemiz çapında yayılması ve örnek teşkil etmesi hedeflenen ve bu anlayışla projenin her alanına itina gösterilen bir sosyal sorumluluk projesidir.

“Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda” ismi, başarının da başarısızlığın da bizlere parmaklarımız kadar yakın olduğu, eğer onları aklımızla ve kalbimizle beraber doğru kullanabilirsek bizleri başarıya götüreceği, yanlış kullanırsak başarısızlığa sürükleyeceği gerçeğini aşılamak için insanlar üzerinde “Farkındalık” oluşturabilmesi amacı ile verilmiştir.

Proje, Erzincan Halk Eğitim Merkezi ve A.S.O’nda oluşturmuş olduğumuz sınıflarımızın içerisine bedensel engelli 10 çocuğumuza “Piyano Dersleri”, zihinsel engelli 10 meleğimize “Halk Oyunları Dersleri”, gelir düzeyleri düşük ihtiyaç sahibi 50 öğrenciye “Mental Matematik Dersleri” ve yine gelir seviyeleri düşük ihtiyaç sahibi 36 öğrenciye konuşmaya dayalı “İngilizce Dersleri” verilmesi şeklinde olmuştur. Eğitim araçları (Piyanolar-Ses Sistemleri-Bilgisayarlar-Eğitim Setleri vb.) proje kapsamında alınmış ve halen kullanılmaktadır.

“Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda 2” projesinde başarı yöntemlerinin farklı fakat ulaşılacak hedefin aynı olduğu yönünde dikkat çekmek, bunu yaparken birilerine örnek olmak istenmiştir. Bedensel engelli bir çocuğun engeli olmayan gençlere, zihinsel engelli bir çocuğun hayat sevinci olmayan büyüklerine, pratik matematik öğrenen bir çocuğun “Matematiği sevmiyorum” diyen diğer çocuklara, ingilizce öğrenen bir çocuğun ise çevresindeki bütün insanlara örnek olması arzulanmıştır. Bütün bunları yaparken hiç birisinin mağduriyeti ve yaşadıkları engel ön plana çıkarılmamıştır. Eğitimlerini verirken hepsinde aynı güzellikte olan yalnızca kalpleri ve mutlulukları görülmüştür.

Projenin ilkinde, internetin zararlı kullanımına ilişkin bir çalışma yapılmıştır. 2011 yılı içerisinde bu kapsamda 9 ay süren ve 840 ilköğretim ve lise öğrencisine "internetin zararlı kullanımı" ile ilgili üçer günlük psikolojik ve bilgisayar eğitimleri verilmiştir. Toplam 42 okuldan 20'şer öğrenci Erzincan Belediyesi'ne ait servisler ile okullarından alınarak 3 gün boyunca süren eğitimlere tabi tutulmuştur. Vermek istediğimiz mesaj: "Teknolojiyi doğru kullanmak başarıyı getirir. Bu yüzden, Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda" olmuş ve hazırlanan tanıtım filmlerinde de bu mesaj slogan halinde verilmiştir.

Projenin ikinci serisi olan "Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda 2" projesinde de ters bağlantı kurarak çocukların yapamayacaklarını düşündükleri işleri eğitimle yapabileceklerini ve bunları çevredeki topluma göstermeleri istenmiştir. Bu kapsamda hafıza problemi yaşayan zihinsel engelli çocuklara ezber ve uygulamaya yönelik figürler öğretilerek yöresel halk oyunlarından harmandalı-zeybek eğitimleri verilmiştir. Kas problemi olan bedensel engelli çocuk ve gençlere piyano dersleri verilerek daha önce tuşlarına bile dokunmadıkları piyano eserleri öğretilmiş ve bedensel yönde olumlu gelişmeleri gözlemlenmiştir. Üniversitedeki yaşam kalitelerini biraz olsun arttırabilmek amacı ile bu yaş gurubuna konuşmaya dayalı İngilizce dersleri verilmiş, beyin duyarlılığını arttırabilecek ölçüde teknikler kullanılmıştır. Son gurup derslerinde ise, sosyal çevre bazında geçim sıkıntısı çeken ailelerin çocuklarına abaküs temelli mental matematik dersleri verilmiş, pratik matematik işlemleri saniye bazında yaptırılarak beyin gelişimine büyük katkıda bulunulmuştur. Bütün bu çalışmalar sonucunda ve tabi ki bizlerin ve onların isteği ile başarıya adım adım yaklaştığımızı gördük. Bu derslerin verilme sürecinde kursiyerler "Özel Engelli Aracı" ile evlerinden alınıp kurs bitiminde tekrar evlerine bırakıldı.

"Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda 2" projesinde başarı yöntemlerinin farklı fakat ulaşılacak hedefin aynı olduğu yönünde dikkat çekmek istenmiştir. Başarılı olabilmenin onlara parmakları kadar yakın olduğunu, eğer onları doğru kullanırlarsa ne olursa olsun hangi statüde, hangi yaşta, hangi durumda, hangi düşüncelerde olunursa olunsun onları başarıya götüreceği vurgulanmak istenmiştir. Bunu yaparken birilerine örnek olmak, bedensel engelli bir çocuğun engeli olmayan gençlere, zihinsel engelli bir çocuğun hayat sevinci olmayan büyüklerine, pratik matematik öğrenen bir çocuğun "Matematiği sevmiyorum" diyen diğer çocuklara, İngilizce öğrenen bir çocuğun ise çevresindeki bütün insanlara örnek olması istenmiştir. Bütün bunlar yapılırken hem proje ekibi tarafından hem de öğrenciler tarafından gelişmelere vakıf olunmuştur. Engelli çocukların hayatlarındaki engelleri aşmak için bir basamak olunmuş, onların özgüvenlerini ve mutlulukları paylaşılmıştır. Geçim sıkıntısı çeken çocukların herhangi bir ücret ödemeden yaşam kalitelerini biraz olsun güçlendirerek sosyal statülerinin artmasına, bir kapıyı açmak için mutlaka paraya ihtiyaç olmadığına, en güzel zenginliğin kalpten geçen duyguların beyne hükmetmesi ve parmaklara yansıyan başarının sonunda onları mutlu edeceğinin planları yapılmıştır. Bu sebeple 4 eğitim dalında 4 farklı çocuk

grubu ile çalışmak, çok kapsamlı olsa da güçlü bir ekiple aynı sürede onlarca çocuğun aynı anda mutlu olduğunun görülmesi arzu edilmiştir. Yapılan çalışmalarda da bu durum gözlemlenerek görseller haline getirilip ölümsüzleştirilmiştir.

Hedefler:

1. Bedensel engeli bulunan çocuklara engellerini unutturmak,
2. Engellerinin üzerlerine giderek yaşadıkları sorunlarla direk alakalı yetenekleri eğitimle ve istemeleri ile başarabileceklerini göstermek,
3. Her birinin ailelerini çocuklarına bir kez daha hayran bırakmak,
4. Diğer sağlıklı kişilerin örnek almalarını ve bu gerçeklerden ders çıkarmalarını sağlamak,
5. Geçim sıkıntısı çeken çocukların sıra dışı eğitimlerle statülerini ve pratik zekalarını görmelerine destek olmak,
6. Eğitim dışı faaliyetlerde kurulan web sitesi (www.geleceginizparmaklarinizinucunda.com), sosyal paylaşım sitesi sayfası ile ilgili-ilgisiz bütün sorunlarını ve sorularına cevap vererek ekip olarak yanlarında olunduğunu hissettirmek
7. İstedikleri zaman çalışabilecekleri sınıflar oluşturmak,
8. Oluşturulan sınıfların proje sonunda da halkın kullanımına açık olacak bir yatırım gerçekleştirmek,
9. Mutlu insan sayısını her geçen gün arttırmak… Mutlu Olmak…
10. Proje sonunda düzenlenen kapanış gecesi ile davet edilmek sureti ile gelen konuklara sahnede yardımla, tekerlekli sandalye ile gelen çocuklara piyanolar eşliğinde parçalar çalmasını sağlamış, yöresel kıyafetler giymiş zihinsel engelli çocuklaraa harmandalı-zeybek oyunları oynatılmış, mental matematik gösterileri yapılmış ve İngilizce Tiyatro gösterilerini sergileyerek Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda 2 projesi tamamlanmıştır.

Projede Uygulanan Faaliyetler

Piyano sınıfı için proje kapsamında yetenekli bir piyano öğretmeni bularak işe başlanmıştır. Öğretmenin fikirleri doğrultusunda, öğrencilere eğitimleri ve sunum gecesi için 5 adet duvar piyanosu, tabureleri, kulaklıkları, güçlü hoparlörler, koro mikrofonları, yaka mikrofonları ve mikser alınmıştır. Müziğe yatkın, piyano çalmak isteyen bedensel engelli çocukları bulmak için ilanlar ve duyurular hazırlanmıştır. Yoğun başvuruların ardından sadece 7-18 yaş arası 10 çocuk seçilebilmiştir. Onlar için alınan, arkasında taşıma lifti bulunan "Engelsiz Erzincan Aracı" ile haftanın 4 günü evlerinde alıp eğitimlere getirilmiş ve eğitim bitiminde evlerine geri bırakılmıştır. Çocukların arasında tekerlekli sandalyede olanların heyecanı, kas sorunları olanların istekleri, konuşma ve duyma engeli bulunan çocu-

ğumuzun dili-kulağı oldukça tek yürek olunmuştur.

Halk oyunları kursu için konusunda yetenekli öğretmenler arasından seçim yapılmıştır. Harmandalı-Zeybek oyunu öğretme kararı verilmiştir. Halk Oyunlarına yatkın, öğrenmek isteyen başta down sendromlu olmak üzere zihinsel engelli çocukları bulmak için ilanlar ve duyurular hazırlanmıştır. Yoğun başvuruların ardından yine sadece 8-12 yaş arası 10 çocuk seçilebilmiştir. Bu melekler de "Engelsiz Erzincan Aracı" ile haftanın 2 günü evlerinden alınarak eğitime getirilmiştir. Proje bitiminde hazırlanan güzel bir gecede efe kıyafetleri ile başarı ile gösterilerini yapmışlardır.

Mental Matematik kursu için daha önceden yine projeler kapsamında alınan 20 adet tam teşekküllü masaüstü bilgisayarı masa ve sandalyeleri ile birlikte Erzincan Halk Eğitim ve Akşam Sanat Okulu içerisinde proje için ayrılan sınıfa taşınmıştır. Bilgisayarların hepsi internete bağlanıp aralarında ağ kurulmuştur. Mental Matematik öğretmenlerinin en istekli ve en yeteneklisi seçilmiştir. Çocuklar için Erzincan İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne başvuru yapılmış, Matematik Dersine yatkın geçim sıkıntısı çeken, gizli cevher 7-12 yaş arası 50 çocuk tespit edilmiştir. Aileleri ile geçim sıkıntısı çektiklerini hissettirmeden bağlantılar kurulmuş ve izinleri alınmıştır. Çocuklar, haftanın 2 günü modern bilgisayar sınıfında abaküs temelli eğitimlerini tamamlamış ve hazırlanan gecede matematik gösterilerini başarıyla sergilemişlerdir

Pratik Konuşma İngilizcesi için aynı sınıfı farklı zamanlarda kullanılmış, yetenekli bir İngilizce Öğretmeni seçerek işe başlanmıştır. O'nun fikirleri doğrultusunda Bilinçaltı Eğitim Setimiz seçilmiş, ingilizce tabanı olan, konuşmada sıkıntı çeken, geçim sıkıntısı bulunan 16-20 yaş arası 36 tespit edilmiş, onları haftanın 2 günü eğitimlere alıp konuşma eğitimleri başlatılmıştır. 36 genç ile çıkılan bu yol her çocuğa iki kişilik kazandırarak 72 çocukla bitirilmiştir.

İnternet üzerinden kurulan sosyal paylaşım sitesi sayfası ile eğitimciler sürekli çocuklar ile bağlantı kurmakta, paylaşımlar yapmaktadır.

Projenin 3 serisi, T.C. Kalkınma Bakanlığı tarafından onaylanmış ve halen uygulama aşamasında olan "Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda 3" projesidir. Bu proje kapsamında 9 ayrı dalda 6 farklı gruba eğitimler verilecektir. Birinci çalışma ilk ve orta dereceli çocuklar üzerinedir. Bu kapsamda "Minik Adımlar Tiyatro Sahnesinde" alt başlıklı bir çocuk tiyatrosu oluşturulacaktır. Çocuk Tiyatrosu, çocuklara değil genç kesime hitap edecek derecede ve kalitede olacaktır. Buradaki amaç, çocukların çalışarak ve bu çalışmalarına yeteneklerini katarak büyük işleri de yapabileceklerini göstermektir. Proje sonunda 2 hafta süre ile Salon gösterimleri yapacaklardır. Senaryo, değerli Tiyatrocu Metin ZAKOĞLU tarafından temin edilecektir. 65 yaş üstü gençler için "Resim Kursu" (Senin Hikayen Kaleminin Ucunda), Zihinsel ve Bedensel Engelli çocuk ve gençler için "Futbol" (Geleceğin Yeşil Sahalarda)-"Bilgisayar" (Geleceğin Teknolojinin Ucunda) ve "Toplu Ses Eği-

timleri" (Engelsiz Şarkılar Notaların Ucunda), Ev hanımları için "Mefruşat Kursu" (Geleceğin Hünerlerinin Ucunda), Üniversite öğrencileri için "Fotoğrafçılık Kursu" (Geleceğin Objektifin Ucunda) eğitimleri verilecek ayrıca oluşturulacak bir merkezde "Elbise-Eşya Geri Dönüşüm Mağazası" (Sıcak Bir Kış Soğuk Rafların Ucunda) geçim sıkıntısı çeken insanların kullanımına açılacaktır.

"Geleceğiniz Parmaklarınızın Ucunda 1-2-3" Projeleri Erzincan'dan doğarak tüm ulusa açılmayı hedefleyen ve bu konuda "Farkındalık" oluşturmak isteyen Sosyal Sorumluluk Projeleridir. Bu kapsamda yerel, ulusal ve yurtdışı basınında haberlerimiz yapılmakta, internet üzerinde açmış olduğumuz sosyal paylaşım sitesi ve video paylaşım sitesinde yapmış olduğumuz işler görsellerle tanıtılmaktadır.

"TEKNOLOJİYİ DOĞRU KULLANMAK BAŞARIYI GETİRİR.
BU YÜZDEN,
GELECEĞİNİZ PARMAKLARINIZIN UCUNDA"

SODES 2013
SOSYAL YAŞAM
YETENEK VE BİLGİ LABORATUVARI
PROJESİ
GELECEĞİNİZ PARMAKLARINIZIN UCUNDA 2
10 DOWN SENDROMLU MELEĞE HALK OYUNLARI EĞİTİMİ
10 MELEK,
"GELECEĞİNİZ PARMAKLARINIZIN UCUNDA"
DİYEBİLMEK İÇİN
HALKOYUNLARI ÖĞRENİYOR...
HAYATI PAYLAŞMAK İÇİN ENGEL YOKTUR
ERZİNCAN VALİLİĞİ KOORDİNASYONUNDA
ERZİNCAN BELEDİYESİ TARAFINDAN
YÜRÜTÜLEN BU PROJE
T.C.KALKINMA BAKANLIĞI TARAFINDAN
SODES KAPSAMINDA FİNANSE EDİLMEKTEDİR.

GAZİEMİR BELEDİYESİ

SAĞLIK İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
EVDE HASTA VE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ

KONUŞMACI: İç Hastalıkları Uzm. Dr Hasan ANIK
Evde Bakım Hizmetleri Sorumlu Hekimi

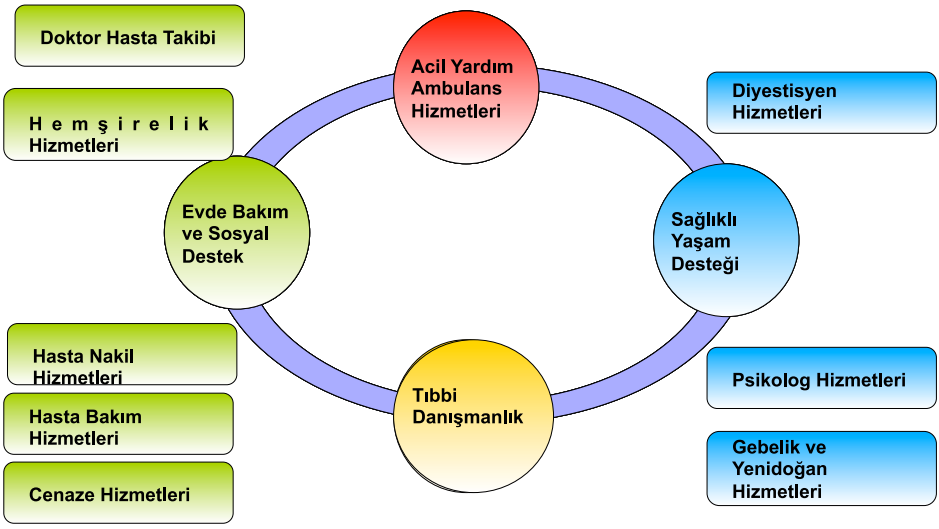
EVDE HASTA VE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİ

Gaziemir Belediyesi, halk sağlığının geliştirilmesi amacı ile 2011 yılında "Evde Bakım ve Sosyal Destek Hizmeti" projesini hayata geçirmiştir.

Bu hizmet ile kişilerin yaşam kalitesi arttırılırken **toplumun bedensel, zihinsel ve sosyal sağlığının korunması** hedef alınmıştır.

Bu hizmeti Belediye Kanunu 14. maddesine dayanarak ve kamu ihale kanununun 19. maddesine(açık ihale usulü) göre hizmet satın alma yolu ile yapıyoruz.

GAZİEMİR BELEDİYESİ HALK SAĞLIĞINI GELİŞTİRME PROJE ŞEMASI



2013

2013 yılından itibaren 1 dahiliye uzmanı, 4 hemşire, 1 ebe, 5 hasta bakıcı, 8 şoför, 3 ATT, 1 psikolog, 1 diyetisyen, ve 1 büro personeli olarak 25 kişiye çıkarılarak hizmetlerimiz devam etmektedir. Hizmette 5 adet binek araç, 3 adet Hasta Nakil Ambulansı, 1 adet Cenaze Nakil Aracı kullanılmaktadır.

YAŞAM İLE ZAMAN ARASINDA SINIRSIZ HİZMET…

KİMLERE HİZMET VERİLİYOR?

- Günlük ihtiyaçlarını tek başına karşılayamayan;
  - Hasta
  - Yaşlı
  - Engelli
  - Yatağa Bağımlı
  - Kronik rahatsızlığından dolayı bakıma muhtaç kişilere
  - Kanser hastalarına

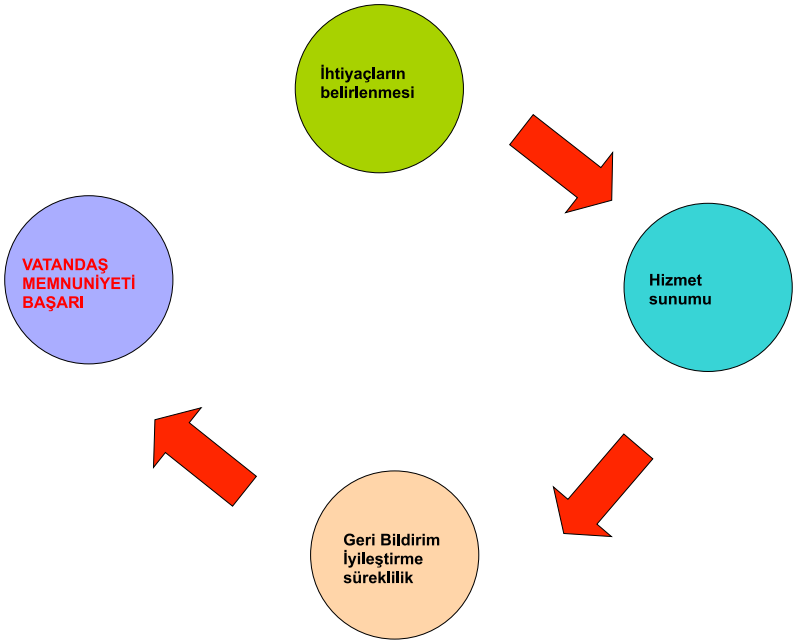
Evde Yaşlı ve Hasta Bakım Hizmetleri

- İLK TESPİT NASIL YAPILIR?

  Vatandaşın kendilerinin yada yakınlarının talepleri doğrultusunda tespitler gerçekleşir.

  Hizmetten yararlanmak isteyen vatandaşın evine ilk ziyaret hemşire ve hasta bakım personeli ile gerçekleştirilir.

- Biyografisi çıkartılıp ihtiyaçları belirlenir,hasta bilgilendirilmesi yapılır tespit dosyası açılır ve onam formu hasta/yakınına imzalatılır.
- Hastanın tıbbi değerlendirilmesi hekim tarafından yapıldıktan sonra hemşireninde belirlediği tıbbi ve sosyal ihtiyaçlar doğrultusunda uygulanacak işlemler planlanır.
- Hekim hastayı belli aralıklarla ziyaret eder.Hemşirenin ziyaretleri ise süreklilik arz eder.



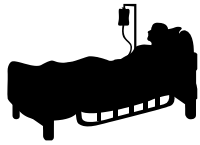
EVDE YAŞLI VE HASTA BAKIM HİZMETLERİ

Evde hangi hizmetleri veriyoruz?

- Evde doktor muayenesi
- Evde Hemşirelik Hizmetleri
  - Tansiyon ve kan şekeri ölçümleri
  - Enjeksiyon uygulamaları
  - İnfüzyon(Serum takma ve takibi)
  - Lavman
  - Aspirasyon
  - Nazogastrik ve üriner sonda uygulama
  - Post-op bakımlar(Ameliyat sonrası bak
  - Yara bakımı ve pansuman
  - Kolostomi ve stoma bakımı
  - Kişisel Bakım (Banyo-Ağız Bakımı-Perine Bakımı-Tırnak Kesimi-Traş vb..)
  - Hasta ve yakınlarının eğitimi
  - Hastanın heyet raporlarının çıkartılması veya yenilenmesi için girişimde bulunmak.(Gaziemir Nevvar Salih İşgören Devlet Hastanesinin evde Bakım Hizmetleri ile koordineli çalışılmaktadır)
  - EKG çekmek

EVDE YAŞLI VE HASTA BAKIM HİZMETLERİ

- Nakil ambulansı hizmetleri
- Laboratuvar hizmetleri
- Hastanın yaşadığı ortamı iyileştirmek ve yaşam standartlarını yükseltmek adına her türlü yardım talebini değerlendirmek ve gerekli yerlerden temininin sağlanması için girişimde bulunmak (badana, ev temizliği, ufak çaplı tamiratlar v.b.)
- Hastanın ekonomik durumu iyi değil ise ihtiyaçlarının karşılanması için Gıda Bankası Derneği ve belediyemiz sosyal yardım müdürlüğü ile iletişime geçilerek yardımcı olunuyor.
- Gerekli durumlarda psikolog ve diyetisyen desteği sağlanır.
- Yenidoğan,gebe ve loğusa bakımı



GAZİEMİR BELEDİYESİ
Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri

Evde Yaşlı ve Hasta Bakım Biriminde Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri

2011 yılından bu yana Gaziemir Belediyesi'nde Evde Bakım Hizmeti kapsamında evde ve birimde psikolojik destek verilmektedir.

Yaşlılarda

- Farkındalık çalışmaları
- Depresif belirtileri en aza indirgeme
- Bakım veren görüşmeleri
- Psiko-sosyal destek
- Gevşeme egzersizleri
- "Şimdi ve Burada" seansları
- Diğer muayene konsültasyonları
- Konuşma terapisi

Alzheimer Derneği ile çalışmalar yürütülüyor, Salı günleri 1. derece alzheimer hastaları ve yakınları ile birlikte psiko-sosyal aktivitelere katılım sağlanıyor.

Çocuk ve Ergen görüşmeleri yapılıyor.

DİYETİSYENLİK HİZMETLERİ

Sosyal Belediyecilik anlayışı içinde bu hizmetin amacı;

- Toplumun yanlış beslenme alışkanlıklarını saptayıp,
- Yetersiz ve dengesiz beslenmenin yol açtığı sağlık sorunlarına karşı önlemlerin alınması ve eğitimlerinin sağlanması,
- Çeşitli hastalık durumlarındaki birey ve gruplar için hastalık durumlarına uygun diyetlerin planlanması ve uygulanmasını sağlıyor.
- Toplumu sağlıklı ve ekonomik beslenme yöntemleri konusunda eğitmektir.
- Evde bakım verdiğimiz hastaların diyetlerinin düzenlenmesi.
- İhtiyaç halinde hizmet verdiğimiz gebe ve emziren annelerin diyetlerinin düzenlenmesi

Hastanın kendi hekimi ile görüşülerek insülin ayarlamaları ve mama değişikliği yapıldı. Hasta 2 günde bir ziyaret edildi.Pansumanları yapıldı.Bakım verenin özverisi ve uyumlu davranışlarınında yardımıyla dekübit ülserlerinde bariz bir iyileşme gözlendi.

YIL	2011	2012	2013	2014	2015
AKTİF HASTA SAYIMIZ	264	520	968	1224	1683

YATALAK HASTA SAYISI: 120 KİŞİ

2011-2015 YILLARI ARASI

EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN HASTA SAYISI:

HASTALARA YAPILAN ZİYARET SAYISI: 34.297

PSİKOLOJİK DESTEK VERİLEN HASTA SAYISI: 5.765

DİYETİSYEN HİZMETİ ALMIŞ HASTA SAYISI: 6.921

EBELİK VE YENİDOĞAN HİZMETİ: 5384

AMBULANS HASTA NAKİL SAYISI: 13.836

Gaziemir Belediyesi

Sağlık İşleri Müdürlüğü
Sağlıklı Yaş Alma Merkezi
Ata Evi

Konuşmacı: Dr. Nuran ELÇİN
Sağlık İşleri Müdürü

Gaziemir Belediyesi
Sağlık İşleri Müdürlüğü
Sağlıklı Yaş Alma Merkezi
Ata Evi

Ata Evi genç büyüklerimizin sağlıklı yaş almalarını sağlamak amacı 14.05.2015 tarihinde faaliyete geçmiştir.. Hedef kitlemiz Gaziemir'de yaşayan 60 ve üzerinde yaşayan 10.000 kişi olarak belirlenmiştir.

HEDEFİMİZ

Gaziemir Belediyesi'nin Ataevi (Sağlıklı Yaş Alma Merkezi) adı altında ve üyelik sistemi ile hayata geçirdiği projenin öncelikli amacı; yaş alan kişilerin evlerinde yalnız vakit geçirmeleri yerine günlük aktivitelerini yaşıtlarıyla birlikte karşılamalarını sağlamak ,bilgi birikimlerinden,öngörülerinden faydalanmak, özel alanlarında özgürce düşünerek kendilerini ifade etmelerini sağlamak , birlikte eğlenebilecekleri, üretebilecekleri, hafızalarını zinde tutabilecekleri kısaca sosyalleşebilecekleri yeni bir yaşam alanı oluşturmak , kendilerini daha dinamik hissettirmek ve geriatrik hastalıklara(Alzheimer-Demans,hipertansiyon vb.) karşı önleyici tedbir geliştirmektir.

- **MERKEZİMİZ**
- Merkezimiz 1000 m²lik bir arazi içerisinde olup, bina yüzölçümü 500 m²dir. Ata Evi içerisinde psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve idari memur odalarından oluşan idari bölüm, kütüphane, etkinlik odası, eğitim odası, spor odası, dinlenme odası ve mutfak bulunmaktadır.

- **PERSONEL**
- 1 Psikolog ,1 sosyal hizmet uzmanı, 1 idari memur,1 temizlik personeli ve 1 güvenlik elemanı olmak üzere 5 personel hizmete devam etmektedir.

Ataevi Dış Mekan

Ataevi İç Mekan

ETKİNLİKLER

• **ATAEVİ** Türk Müziği Korusu; Koro şefi eşliğinde haftalık koro çalışmaları
•**Spor Aktiviteleri;** Spor hocası eşliğinde haftada iki gün hafif egzersiz ve esneme-gevşeme hareketlerini kapsayan spor çalışmaları,
•**Rutin Faaliyetler;** Meslek elemanları eşliğinde haftalık film gösterimi, sudoku egzersizleri, kitap okuma saatleri ve yapılan etkinlikler hakkında grup çalışmaları,
•**Geziler;** Meslek elemanları eşliğinde aylık gezi faaliyetleri,
•**Üye Etkinlikleri;** Üyeler arası bilgi aktarımı yoluyla briç, resim, seramik, yemek yapımı gibi alanlarda deneyim paylaşımları,
•**Günlük Faaliyetler;** Maket, puzzle, magic words, dixit, jenga, brain teaser, distraction, soma küpü, pentamino, trivial pursuit gibi motor beceri ve zihinsel aktiviteyi koruyucu ve geliştirici, üyeler arası sosyalizasyonu pekiştirici masa oyunu faaliyetleri düzenlenmektedir.

Yaşlılarımızla beraber yaptığımız gezilerimizden kareler

Türk Müziği Korusu; Koro şefi eşliğinde haftalık koro çalışmaları. Haftada 2 saat olmak üzere profesyonel hocalar eşliğinde Türk Sanat Müziği ve Türk Halk Müziği türünde eserlerin çalışıldığı koroda, koro çalışmasının yanı sıra, üyelerin solo performansları da olmaktadır. Yaşlılar Haftasında konser vermeyi planlayan Ata Evi Türk Müziği Korosu, her hafta çalışmalarını keyifle sürdürmektedir.

Spor Aktiviteleri; Spor hocası eşliğinde haftada iki gün birer saat olmak üzere hafif egzersiz ve esneme-gevşeme hareketlerini kapsayan spor çalışmalarıyla birlikte yaşlıların fiziksel dayanıklılığını arttırmak ve daha dinç hissetmelerini sağlamak amaçlanmaktadır. Spor hocası eşliğinde masa tenisinin temel kurallarını ve hareketlerini öğrenen üyeler, istekleri doğrultusunda, zaman kısıtlaması olmadan masa tenisi oynayabilmektedir.

Film izleme odamız

Sudoku egzersizlerimiz ve seminerlerimiz

Kitap okuma etkinliğimiz ve aşure yapımı etkinliğimiz

KORUYUCU-ENGELLEYİCİ ÇALIŞMALAR

Ataevi'ne üye olmak için başvuran 60 yaş üstü vatandaşlara, psikolog tarafından gerçekleştirilen Alzeheimer-Demans tanılama testi uygulanmaktadır. Yapılan test sonrasında, Alzeheimer-Demans belirtileri gösteren yaşlılara ve ailelerine hastalıkla ilgili detaylı bilgilendirme yapılıp, nöroloji uzmanına yönlendirilmektedir.

MESLEKİ ÇALIŞMALAR

Ata Evi'nde görevli **psikolog**, üyelere yönelik depresyon, intihar eğilimi, eş kaybı, sosyal izolasyon, yas danışmanlığı, geriatrik psikoloji gibi konularda motivasyonel bireysel danışmanlık hizmeti verip, izleme takip çalışmaları gerçekleştirmektedir.

Ataevinde görevli **sosyal hizmet uzmanı**; üyelere yönelik ileri yaşla baş etme, kuşak çatışması, eş kaybı, sosyal izolasyon gibi konularda motivasyonel bireysel danışmanlık ve grup çalışmaları gerçekleştirmektedir

GENÇ-YAŞLI EL ELE PROJESİ

İzmir Büyükşehir Belediyesi tarafından yürütülen Genç-Yaşlı Elele Projesinin amacı; giderek artan yalnız yaşayan yaşlı nüfusunun psiko-sosyal rehabilitasyonuna destek sağlanması, gençlerin sosyal sorumluluk projelerinde yer almasının sağlanması, kuşaklar arası iletişim ve dayanışmanın güçlendirilmesidir.
2010 yılında yaptığımız protokol gereği projede yer alan üniversite öğrenciler öncelikli olarak Çağdaş Yaşamı Destekleme Derneği ve Ege Çağdaş Eğitim Vakfı bursiyer ya da gönüllülerinden seçilmektedir. Yapılan ön görüşme doğrultusunda projeye uygun bulunan gençler, yaşlı ziyaretleri öncesinde sağlık, sosyal hizmet alanlarından uzmanlar tarafından verilen ve iki gün süren bir eğitimden geçirilmektedirler.
Yaşlı ziyaretleri, haftada bir kez olmak üzere, ayda dört kez gerçekleşmekte, haftalık ziyaretler en az bir saat sürmektedir. Gençler yaşlıların evini iki kişi olarak ziyaret etmekte ve proje ofisine yaptıkları etkinliklerle ilgili aylık rapor yollamaktadırlar.

- **Proje içeriği olarak aşağıdaki etkinlikler düzenlenmektedir.**
  - Demans, alzeimer, bunama gibi rahatsızlıkların ötelenmesi amacı ile birlikte hafıza geliştirici scrabble, puzzle
  - gibi bulmacaların çözülmesi
  - Ev kazalarına karşı evi gözlemleme, yaşlıya bu konuda yardımcı olma
  - Kitap ve gazete okuma
  - Hafif ev yardımı
  - Hafif çarşı yardımı
  - Yaşlılara dışarıdaki işleri için refakat etme
  - Uygun yaşlılarla sözlü tarih/anı çalışması
  - Konser, tiyatro, yürüyüş gibi ortak etkinliklerde projeye katılan genç ve yaşlıların bir araya gelmesi
- İzmir Büyükşehir Belediyesinin hazırladığı bu projeye Ata Evi üyelerinden de 50 kişi katılmaktadır. İzmir Büyükşehir Belediyesi Genç-Yaşlı El Ele Projesi ve Gaziemir Belediyesi Ata Evi ortak faaliyetlerde buluşmaktadır.

KATILIM ŞARTLARI
•60 yaş üstü olmak
•Gaziemir'de ikamet etmek
•Alzheimer-Demans hastası olmamak

KAYIT İÇİN GEREKLİ BELGELER:
•Nüfus Cüzdanı Fotokopisi
•İkametgah Belgesi
•1 Adet Fotoğraf
•Üyelik Aidatı (3 Aylık 15 TL)

SOSYAL MEDYA
Facebook üzerinden **Gaziemir Belediyesi Ata Evi** ismiyle açılan sayfamızda, Ataeviyle ilgili duyurular ve fotoğraf-video paylaşımları yapılmaktadır. Aktif internet kullanımı olan üyelerimiz sayfamız üzerinden değerlendirme ve paylaşımlarını gerçekleştirmektedir.

Üyelerimizin arkadaşları, çocukları, torunları **Gaziemir Belediyesi Ata Evi** sayfasını takip ederek, büyüklerinin Ataevi yaşantıları ve gündelik aktiviteleri hakkında bilgi sahibi olmaktadır.

İLETİŞİM
ADRES: Sevgi Mahallesi 663 Sokak No:2 (Eski İzelman Kreşi)
TELEFON: 999 0 251 (1860-1865)/ 274 36 09

YAŞLILARIN SOSYAL KATILIMI: GÖLCÜK BELEDİYESİ HOBİ BAHÇESİ ÖRNEĞİ

E. Fatih BAYRAM,Gülay KÜÇÜKBERBER
Gölcük Belediyesi
Merkez Mah. Atatürk Bulvarı No: 121 Gölcük/KOCAELİ
efatihbayram@gmail.com

BİLDİRİ ÖZETİ

Yaşlılık insan hayatının kaçınılmaz sürecinin son aşaması, aynı zamanda yaşlı vatandaşlarımızın hayatlarının ikinci baharı denilen kısmıdır. Yaşlılık tanımlamasında genellikle 65 yaş üzerinde olan bireyler akla gelmektedir. 65 yaş sınırı ise genellikle emekliye ayrılmış bireyleri kapsamaktadır. Emekli bireyler emekli (yaşlı) olduktan sonra sosyal hayata atılımlarında bir takım sorunlar yaşamaktadırlar. Emekli (yaşlı) bireylerin bu sorunlarını en aza indirgenmesi ve aynı zamanda sosyal hayata uyum sağlayabilmeleri için bir takım desteklere ihtiyaçları vardır.

Kentleşme süreci ile birlikte giderek topraktan ve doğadan uzaklaşan günümüz insanının en yaygın hayallerinden biri bahçeli bir eve sahip olmak, toprak ile uğraşmak, temiz hava solumak ve kendi yetiştirdiği organik ürünleri tatmaktır. Gölcük ilçesinde ikamet eden emekli vatandaşlarımızda bu arzular daha sıklıkla görülmektedir. Bu arzu ve istekle yola çıkarak Gölcük Belediye Başkanı Mehmet ELLİBEŞ tarafından Gölcük Belediyesi sınırları içerisinde belirlenen yerlerde Hobi Bahçeleri kurulmuştur.

Emeklilerin sosyal yaşama katılımlarına katkı sağlamak, doğayla ve toprakla iç içe zaman geçirip ekip biçerek tarımla uğraşabilecekleri alanlar yaratmak, emeklilere destek olmak amacıyla Gölcük Belediyesi tarafından Tarımsal Amaçlı Kullanım Bahçeleri adıyla hayata geçirilen proje 18 Temmuz 2008 tarihinde açılışı yapılan Hobi Bahçelerinin kullanımına günümüzde de devam edilmektedir.

Hobi Bahçeleri; Gölcük Belediyesi tarafından sosyal belediyecilik anlayışı doğrultusunda emeklilerin doğaya duyduğu özlemi gidermek amacıyla yapılan çalışmalardan birisidir. Emekli vatandaşların emekli olduktan sonraki sosyal yaşamlarına destek sunmaktadır. Gölcük Kent Konseyi Emekli Meclisine üye olan emekliler arasından Gölcük Belediyesi Hobi Bahçeleri Yönergesine uygun olarak kulübeli ya da kulübesiz olarak tahsis edilmektedir.

Yaklaşık 4500 metrekarelik bir alanda her biri 70 metrekarelik oluşturulan bahçelere domates, biber, salatalık, patlıcan gibi ürünleri kendi elleriyle eken emekliler ürünlerini toplarken ayrı bir keyif yaşamaktadırlar.

Hobi bahçelerinin ürünlerini toplayan emekli vatandaşlarımız Gölcük Belediyesinin sunmuş olduğu bu hizmetten dolayı memnuniyetlerini dile getirerek, şehrin gürültüsünden, betonlaşan yapısından uzakta kendi elleriyle ektikleri sebzelerin yetiştirilmesini görmekten mutluluk duyduklarını, topladıkları ürünleri sofralarında tatmanın keyfini dile getirmektedirler.

Emeklilerin yaşam kalitesini arttırmak, boş zamanlarını değerlendirmek ve bu yönde hobi olarak tercih edilen bahçe düzenlemeleri konusunda teşvik etmek ve bilgi paylaşımını arttırmak için emeklilere tahsis edilmiştir. Tahsis edilen bu alanların bakımını, sulamasını, ekip biçmesini emeklilerimiz tarafından yapılmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER

Gölcük Belediyesi, Gölcük Kent Konseyi, Hobi Bahçesi, Yaşlı, Emekli

KULLANILAN KAYNAKLAR

www.golcuk.bel.tr

YAŞLILAR İÇİN KURUMSAL DESTEK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

İBB - **Kayışdağı Darulaceze Modeli**

Dr. Hafize DOĞAN
İstanbul Büyükşehir Belediyesi

İstanbul Büyükşehir Belediyesi **Darülaceze** Müdürlüğü Kurumsal Yapı:

1877 Osmanlı-Rus Harbi sonrası sosyal hayattaki bozulmaları düzene sokmak amacıyla Sultan Abdülhamid Han tarafından 31 Ocak 1896 tarihinde Okmeydanı'nda açılmıştır. 1924 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla İstanbul Büyükşehir Belediyesine devredilen Darülaceze müessesesi 1998 yılına kadar İstanbul Büyükşehir Belediyesine bağlı olarak hizmet vermiş olup, 1998 yılında İçişleri Bakanlığı'na devredilmiştir. 1998 yılında İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından hizmete açılan Darülaceze Müdürlüğü, 46.000 metrekaresi kapalı olmak üzere toplam 151.000 metrekare alan üzerine kurulmuştur.

983 kişilik kapasitesi ile Türkiye'nin en büyük bakım ve huzurevi olma özelliğini taşımaktadır. Yaşlılarımız fiziksel ve psikolojik durumlarına göre gruplandırılmış olup kendilerine en uygun yaşam sitelerinde hizmet verilmektedir.

İstanbul Darülaceze Müdürlüğünde 871 sakine hizmet verilmektedir.

Darülaceze'ye başvuru Koşulları:

- İstanbul il sınırları içerisinde ikamet ediyor olmak,
- Kadınlarda 55 yaş ve üzeri, erkeklerde 60 yaş ve üzeri yaşlarda olmak,
- Kanunen bakmakla yükümlü kimsesi bulunmamak (Medeni Kanun Md:364),
- Sosyal ve ekonomik yoksunluk içinde bulunduğu sosyal inceleme raporu ile tespit edilmiş olmak,
- Bulaşıcı hastalığı olmamak,
- Uyuşturucu madde ya da alkol bağımlısı olmamak,
- Ağır psikiyatrik hastalık veya mental gerilik bulunmamak.

Kurumda sakinlerin fiziksel kapasiteleri, bilişsel durumları ve bunlara bağlı olarak bakım ihtiyaçlarına göre çeşitli siteler bulunmaktadır. Sitelerin isimleri o sitelerde yaşayan sakinler tarafından belirlenmiştir.(Sevgi,Şefkat siteleri gibi)

Sitelerde 474 kendine yetebilen, 125 psikiatrik tanılı, 92 demans tanılı ,152 yatağa

tam veya tama yakın bağımlı sakin barınmaktadır.

HİZMETLERİMİZ:

A- **SOSYAL HİZMETLERİMİZ:**

Manevi Bakım:

Sakinlerimizin manevi ihtiyaç ve talepleri göz önünde bulundurularak İstanbul İl Müftülüğü'nün koordinasyonu ile her hafta manevi bakım programları düzenlenmektedir.

Bu programlar, sakinlerin fiziksel ve bilişsel durumlarına göre sınıflandırılmaktadır.

Ayrıca önemli gün ve gecelerde, özel programlar da çok katılımlı olarak gerçekleşmektedir.

İbadethaneler:

Üç büyük dine mensup sakinlerimizin ibadetlerini yapabilmeleri için camii, şapel ve midraş oluşturulmuştur.

Ergoterapi

Eğitimciler tarafından resim, müzik, örgü, ahşap boyama ve takı tasarımı gibi branşlarda dersler verilmekte ortaya çıkan ürünler belirli dönemlerde düzenlenen kermeslerle ziyaretçilerin beğenisine sunulmaktadır.

Hobi Bahçesi:

Sakinlerimizi rehabilitasyonuna yönelik oluşturulan hobi bahçesinde, arzu eden sakinler kendilerine ayrılan alanda sebze-meyve yetiştirmektedirler.

Çok Amaçlı Kompleks:

Kompleks içerisinde 60 kişi kapasiteli sinema salonu, internet kafe ve 450'si sesli olmak üzere toplam 3.350 adet kitaptan oluşan bir kütüphane mevcuttur.

Spor Merkezi :

Sakinlerimizin fiziksel ve zihinsel durumlarına uygun spor aktivitelerine katılabilecekleri kapalı ve açık oyun alanlarını bünyesinde barındıran spor kompleksi mevcuttur.

Sosyal Organizasyonlar:

Sakinlerimizin sosyal hayata adaptasyonlarına yönelik kurum içi ve kurum dışı organizasyonlar düzenlenmektedir.

- Konser Programları
- Yemek organizasyonları
- Bilgi Yarışması
- Turnuvalar
- İstanbul içi ve dışı geziler vb.

Sosyal Duyarlılık:

Öğrencilerin sosyal konulardaki gönüllü çalışmalarını desteklemeyi hedefleyen proje Darülaceze Müdürlüğü'nün Sakinlerin Sosyal Hayata Adaptasyonu Projesi ile birleştirilmiştir. Öğrenciler kendilerine en uygun sakin profili ile ilişkilendirilerek proje kapsamında çalışmaları desteklenmektedir.

Bilimsel Etkinlikler:

Yurt içinde ve yurt dışında yaşlılık alanında faaliyet gösteren kurum ve STK'larla bilimsel çalışmalar yapılmakta ,bilgi alışverişinde bulunulmaktadır. İstanbul Üniversitesi ve Marmara Üniversitesi işbirliğinde ayda bir olmak üzere Geriatri Konseyleri düzenlenmektedir. Ayrıca bu üniversitelerin destekleri ile hizmetiçi eğitimler yürütülmektedir.

"**ISO9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Belgesi"**

İstanbul Darülaceze Müdürlüğü, sunduğu hizmetlerin kalitesini belirlemek, sosyal hizmet alanında kalite standartlarını tespit etmek ve geliştirmek, aynı zamanda da verdiği hizmeti sürekli olarak iyileştirmek adına uluslararası geçerliliği olan "ISO9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi Belgesi"ni almaya hak kazandı.

Ziyaretçilerimiz:

Bireysel, gönüllü, sosyal çalışmacılar ve kurumsal ziyaretler olmak üzere kurumumuzu 2014 yılı içerisinde toplam 32.458 kişi ziyaret etmiştir.

2015 yılı Eylül ayı sonu itibari ile toplam 23.313 kişi ziyaret etmiştir.

B- SAĞLIK HİZMETLERİMİZ

1. Psiko-Sosyal Hizmetler

Hastaların kuruma uyum ve diğer kişisel psikolojik problemlerini önlemek ve iyileştirmek amacıyla, bire bir görüşmeler yapılmaktadır.

- ✓ Hastalara kurumda Destekleyici psikoterapiler,

- ✓ Kısa psikodinamik terapi,
- ✓ Bilişsel Davranışçı Terapi ,
- ✓ Davranışçı Terapi,
- ✓ Anımsama terapisi
- ✓ Grup terapisi uygulanmaktadır.

2. Fizyoterapi Hizmetleri

Sakinlerimizin fonksiyonel kapasitelerini artırarak yaşam standartlarını yükseltmek hedeflenmektedir.

- ✓ Aktif ve pasif egzersiz
- ✓ TENS
- ✓ Hot pack
- ✓ Cold pack
- ✓ Elektrik stimülasyon
- ✓ Vakum
- ✓ Elektrodlu cihazlar
- ✓ Tilt table cihazı
- ✓ CPM (Continue Passive motion) cihazı
- ✓ Lokomat cihazı kullanılarak sakinlerin profilaksi ve terapileri uygulanmaktadır.

3. Teşhis ve Tedavi Hizmetleri

Sakinlerimizin periyodik muayeneleri kurumumuzda görevli uzman hekimler tarafından yapılmakta, akut hastalıkların tedavisi,kronik hastalıkların takip ve tedavisi yapılmakta, 2. veya 3. basamak hizmet gerektiren tetkik-tedavi ve operasyonları için tam teşekküllü hastanelere sevk edilmektedir.

4. Beslenme:

Diyetisyen denetim ve gözetiminde, dengeli karbonhidrat,protein,yağ, vitamin ve mineral içeren, sakinlerin damak tadlarına uygun olarak 3 ana ve 2 veya 3 ara öğün çıkmaktadır.Sakinlerin kişisel taleplerine uygun öğün sağlanabilmektedir. Kronik hastalık ve kısıtlamalarına uygun olarak içerik değiştirilmektedir.

5. Palyatif Bakım

- ✓ Onkoloji hastaları,
- ✓ Kalp hastaları,

- ✓ Demans,
- ✓ Beklenen yaşam süresi 6 aydan kısa olan hastalar,
- ✓ Tedaviye dirençli akciğer hastaları, kronik nörolojik hastalığı olanlar(inme, parkinson, multipl skleroz vb.),
- ✓ Klinik tablosunda akut değişiklik olan (öz bakımı azalan hastalar)
- ✓ 153 yatağa bağımlı sakine palyatif bakım hizmeti verilmektedir.

Etkili bir palyatif bakım multidisipliner bir yaklaşımla hasta gereksinimlerine odaklanır.

Hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, bakım personeli, ve din görevlisi bu ekipte önemli bir role sahiptir.

AKTİF YAŞLANMA İÇİN YEREL YÖNETİMLERİN ROLÜ VE KADIKÖY ÖRNEĞİ

Ebru PEŞTERELİ
Başkan Yardımcısı
Kadıköy Belediyesi

Özet

21. yüzyılın ortalarından itibaren, dünyada toplam nüfus içindeki yaşlıların oranı artmaktadır. Gerek dünyada gerekse de Türkiye'de son zamanlarda yapılan çalışmalarda, geleceğin en önemli konusunun yaşlanma üzerine olacağını göstermektedir. Türkiye'de yaşlanma üzerine yapılan çalışmalara ve uygulamalara bakıldığında "sorun odaklı" ele alındığı görülmektedir. Yaşlanmayı sorun olmaktan çıkaran yeni yaklaşımlar geliştirilmelidir. Dünyada ve Türkiye'de yaşlanma ile ilgili uygulamalardaki gelişmelere bakıldığında yerindenlik ilkesinin öne çıkmaya başladığı görülmektedir. Bu kapsamda da yerel yönetimlere yönelik çok önemli görevler düşmektedir. Bu çalışmada da aktif ve yerinde yaşlanma için yerel yönetimlerin üzerine düşen yeni roller Kadıköy örneği üzerinden incelenecektir. Kadıköy Belediyesi'nin Sosyal Yaşam Merkezi'ndeki uygulamalar, birer aktif yaşlanma merkezi olan 21 mahallede bulunan Gönüllü Evleri kapsamında yürütülen çalışmalar aktarılacaktır. Çalışmada ayrıca evde bakım, Aktif Yaşlanma ve Alzheimer Destek Merkezi, hasta bakım gibi hizmetlerin yanı sıra yaşlı dostu kentsel mekan tasarım süreçleri çalışmalarının bilgileri verilecektir. 2014 yılı itibariyle 14.377.018 nüfuslu İstanbul kentinin % 6'lık oranı 65 yaş üstü iken 482.571 nüfuslu Kadıköy'de ise bu oran % 17'dir. Kadıköy kenti, Türkiye'nin yüzyıl ortasında ulaşacağı değerlere yaklaşık olarak şimdiden ulaşmış durumdadır. Bu kapsamda Kadıköy, yaşlanma konusunda yenilikçi ve öncü bir yerel yönetim olarak 'Yaşlı Dostu Kent' olacaktır.

Giriş

21. yüzyılın ortalarından itibaren, dünyada toplam nüfus içindeki yaşlıların oranı artmaktadır. Küresel yaşlanmanın günümüzde gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm ülkelerin gündemini oluşturan bir mesele olduğu görülmektedir.

Birleşmiş Milletler'in tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %8 ile %10 arasında olması o ülke nüfusunun "yaşlı",

%10'un üzerinde olması ise "çok yaşlı" olduğu anlamına gelmektedir. Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye'nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2'ye yükseleceği ve "çok yaşlı" nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir.

2014 yılı itibariyle 14.377.018 nüfuslu İstanbul kentinin % 6'lık oranı 65 yaş üstü iken 482.571 nüfuslu Kadıköy'de ise bu oran % 17'dir. Kadıköy kenti, Türkiye'nin yüzyıl ortasında ulaşacağı değerlere yaklaşık olarak şimdiden ulaşmış durumdadır.

Yaşlı nüfusun dünya genelindeki artışı dünyanın birçok bölgesinde, doğum hızlarında kayda değer düşüşlerin olması, beslenmedeki, temel sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin bir yansıması olarak ortalama yaşam süresinin uzaması, erken yaş ölümlülüğünün kontrol edilebilir düzeye gerilemesi ile gerçekleşmiştir.

Küresel yaşlanma sorunu Birleşmiş Milletler (BM) ve uluslararası pek çok kuruluşu harekete geçirmiştir. Birleşmiş Milletler tarafından ilki 1982 yılında Viyana'da, ikincisi 2002 yılında Madrid'de yapılan Dünya Yaşlanma Toplantıları'nda tüm dünya ülkelerinin dikkati yaşlanma olgusuna çekilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 21. yüzyılda "Herkes İçin Sağlık" temasında 5. Hedef doğrudan yaşlı bireyle ilgiliyken, 13. hedef sağlıklı ortam olanağı sağlamaya ilişkin düzenlemeler getirmektedir. 1994 Yılında Kahire'de yapılan, Türkiye'nin de katıldığı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda, dünya nüfusunun giderek yaşlanması ve nüfusun yaşlanmasının sosyal ve ekonomik etkileri üzerinde durulmuş, yaşlı bireyin toplumun kalkınmasında önemli bir kaynak olarak ele alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bu bağlamda, Yaşlı Dostu Toplum ve Yaşlı Dostu Kent gibi kavramlar önem kazanmıştır. "Yaşlı Dostu Kent" olgusu, DSÖ tarafından 2006 yılında kabul edilen bir program olup, toplumlarda aktif ve sağlıklı yaşlanmayı sağlamayı amaçlayan uluslararası bir çabadır.

"Yaşlı Dostu Kent" olabilmenin ölçütleri, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenerek sekiz başlık altında toplanmıştır:

1. Dış Mekânlar ve Binalar
2. Ulaşım
3. Konut
4. Sosyal Katılım
5. Toplumsal Yaşama Dâhil Olma ve Toplumun Yaşlıya Saygısı
6. Vatandaşlık Görevini Yerine Getirme ve İşgücüne Katılım
7. İletişim ve Bilgi Edinme

8. Toplumsal destek ve sağlık hizmetleri

Türkiye'de de yaşlılar ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. "TÜRKİYE'DE YAŞLILARIN DURUMU VE YAŞLANMA ULUSAL EYLEM PLANI" Yüksek Planlama Kurulu'nun 01.05.2007 tarih ve 2007/17 sayılı kararı ile kabul edilmiştir. Aktif yaşlanma ve kuşaklararası dayanışma kapsamında yaşlılara yönelik hizmetlerin geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Türkiye'de yaşlılarla ilgili hizmetler, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Müdürlüğü tarafından verilmektedir. Sosyal politikalara yönelik yerel hizmetlerin yerindenlik ilkesi çerçevesinde yerel yönetimler tarafından verilmesi yönünde yenilikçi yaklaşımlar genel kabul görmeye başlamıştır. Türkiye'de yerel yönetimler yaşlılara yönelik hizmetler vermeye başlamıştır.

Engelsiz Kadıköy ve Yaşlı Dostu Kent Mekanları

Kadıköy Belediyesi, herkes için "Engelsiz Kadıköy" politikasını, engelli ve engelsiz tüm bireylerin maruz kaldıkları hak ve özgürlük ihlalleri, fırsat eşitsizliği, ayrımcılık, dışlanma gibi engelleri ortadan kaldırma hedefi ile gerçekleştirmektedir.

Fiziksel ve Mimari Erişilebilirlik

"Evrensel Tasarım" ilkesiyle engelli-engelsiz bir arada faydalanılabilecek mekanlar ve ortak sosyal etkinlikler hedefi ile farklılıklara göre izole edilen merkezler yerine, fonksiyonları temel alan düzenlemeler ile mekanların farklı bedenlerin ihtiyaçlarına uygun olarak düzenlenmesi hedeflenmektedir.

Kadıköy Belediyesi olarak başladığımız "Engelsiz Güzergâh" çalışmalarıyla, engellilerin öncelikleri doğrultusunda belirleyeceğimiz güzergâhları ve sosyal yaşamı engelsiz hale getirebilmek üzere ilgili müdürlüklerle açık ve kapalı alanlarda uygulama alanı oluşturmak üzere iki komisyon kurulmuştur. Komisyon çalışmalarına, Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü, İmar ve Şehircilik Müdürlüğü, Yapı Kontrol Müdürlüğü, Ruhsat ve Denetim Müdürlüğü, Park ve Bahçeler Müdürlüğü, Fen İşleri Müdürlüğü, Zabıta Müdürlüğü, Destek Hizmetleri Müdürlüğü, Kentsel Tasarım Müdürlüğü ve Etüt Proje Müdürlüğü katılmaktadır.

Engelsiz Kadıköy politikasının bir önemli unsuru da Yaşlı Dostu Kent mekanlarının yaratılmasıdır. Bu kapsamda Kentsel Tasarım Müdürlüğü ile birlikte yaşlıların yoğun yaşadığı kentsel mekanlar için yaşlı dostu tasarımlar geliştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır.

Sosyal Yaşam Evi

Yaşlılık, 65 yaş ve üstü dönemi kapsayan, çeşitli zihinsel, bedensel ve ruhsal değişimlerin meydana geldiği bir yaşam evresidir. Bu dönemde, sosyal rollerde azalma ve fiziksel durumda olumsuz değişiklik gibi yaşam olayları bireyler üzerinde sosyal izolasyon ve hayattan kopmaya neden olmaktadır. Amacımız bu yaş grubundaki kişilere aktif yaşlanmalarında yardımcı olmak, psikolojik destek sağlamak, sosyalleşmelerine ve kişisel gelişimlerine katkıda bulunarak koruyucu, önleyici ve destekleyici hizmetler sunmaktır.

Hedeflerimiz;

1. 65 yaş ve üstü tüm vatandaşlara temel sağlık hizmeti sunmak,
2. Hedef grubun kendi sağlığını koruması ve geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla sağlık alanında bilgilendirici eğitimler gerçekleştirmek,
3. Hedef gruba yönelik psikolojik ve sosyal destek hizmetleri sunmak,
4. Kişisel bakımını yerine getiremeyen 65 yaş ve üstü bireylere yönelik hijyenik temel bakım (saç tırnak kesimi,diyabetik ayak bakımı vs.) hizmetleri sunmak,
5. Yaşlılık döneminin özellikleri göz önünde bulundurularak, gerçekleştirilecek olan dış etkinlikler ve sosyo-kültürel faaliyetlerle bireylerin sosyal adaptasyonuna destek olmak,
6. Hedef gruba yönelik çeşitli kurslar ve eğitimler düzenleyerek bireylerin, kişisel gelişimlerine katkı sağlamaktır.

Sahrayıcedid Mahallesinde bulunan Sosyal Yaşam Evi'mizde Sosyal Hizmet görevlerinin yanı sıra psikolog ve hemşire bulunmaktadır.

Ambulans ve Evde Sağlık Hizmeti

Kadıköy Belediyesi, ambulans ve evde sağlık hizmetlerinde doktor, paramedik, 7 acil tıp teknisyeni bulunmaktadır. Hasta nakil ambulanslarımızla, evden hastaneye, hastaneden eve, evden eve, acil (112 tarafından verilen vakalar ve sosyal endikasyonlar), hastaneler arası hasta transportu hizmetlerini vermekteyiz. Ayrıca kendi araçları ile hastalarını taşıyabilen fakat yüksek katlı apartmanlarda oturduklarından hastalarını araçlarına ve araçtan eve ulaştırma zorluğu çeken yurttaşlarımıza sandalye sedye ile hasta indirme hizmeti de verebilmekteyiz.

Evde sağlık hizmetimiz girişimsel hemşirelik hizmeti olarak planlanmıştır.

Mevcut yasalarda evde sağlık hizmetlerini yerine getirmek isteyen belediyelerin meclis kararı çıkartmaları yeterli olmaktadır.Bununla birlikte Evde Bakım hizmeti vermek için yeni bir birim kurmak, mesul müdür atamak ve yeni bir çağrı merkezi kurmak gerekmektedir. Buna rağmen biz Evde (Yerinde Sağlık) Sağlık ismiyle girişimsel hemşirelik hizmetlerini ambulans çağrı merkezini kullanarak vermeye başladık. Evde sağlık ekiplerimiz mesai saatleri içinde hizmet vermekte. Randevularını 1 gün önceden aldığımız vakalara ATT veya Paramedik personelimiz yönlendirilmekte. Gerekli görülen vakalara doktor yönlendirmekteyiz.

Yine yaşlılarımıza evde kuaförlük hizmeti, eğitim merkezlerimizde ücretsiz bilgisayar kursu, engellilik ile yaşlılığın bir arada olduğu durumlarda ayni destekler (tekerlekli sandalye, hasta yatağı, hasta bezi, erzak v.b), ücretsiz kardiyoloji, diyabet v.b. sağlık kontrolleri, belediyenin kültür ve sanat etkinliklerinden faydalanma gibi hizmetler verilmektedir.

Aktif Yaşlanma Eğitimleri

Maltepe Üniversitesi Aktif ve Akıllı Yaşlanma Merkezi ile işbirliğinde kurum içi ve dışı YAŞLILIKTA ZİHİNSEL DÜZEYİN KORUNMASI eğitimleri yapılmaktadır. Eğitimlerle, beynin aktivitesinin, 40 yaştan sonraki bütün yaşalma süreçlerinde canlılığını muhafaza edebilmesi için neler yapılması gerektiği konusunda farkındalığı arttırmak ve neler yapılabileceği konusunda bilgilendirme amaçlanmaktadır. Yapılan eğitimlerin hedef kitlesi ise Üniversite ve Eğitim Kurumlarında Görev Alan Uzmanlar, Huzurevi, Yaşlı Bakım Evi Uzmanları, Yerel Yönetimlerin Uzmanları, İşletmelerin İnsan Kaynakları Birimlerinde Çalışan Katılımcılarda Aranan Yetkinliklere Uygun Eğitim Almış Uzmanlar, İşveren ve İşçi Çatı Kuruluşlarının Uzmanları, Sağlık Kuruluşları Uzmanları, Araştırmacılar, Bu konuda çalışan ya da istek gösteren diğer tüm gönüllülerdir.

Kadıköy Belediyesi Gönüllü Evleri

Kadıköy Belediyesi Gönüllüleri 1995 yılında kurulmuş olup 5393 sayılı belediye kanunun 73. Maddesi olan belediye gönüllüleri olarak faaliyet yürütmektedirler. Kadıköy'ün 21 mahallesinde bulunan Gönüllülerin 19 mahallede Gönüllü Evleri vardır. Gönüllü Evlerinde başta spor aktiviteleri olmak üzere Müzik, resim gibi sanatsal faaliyetler yapılmaktadır. Ayrıca Gönüllü Evlerinde aylık, (tansiyon, göz, diyabet, hipertansiyon, işitme kaybı, depresyon, kronik hastalıklar gibi konulara ilişkin) sağlık eğitimleri verilmekte ve yaşlılarımız için gönüllü programları düzenlenerek yaşamın içerisinde aktif olarak yer almaları sağlanmaktadır. Her mahallede bulunan

Gönüllü Evlerimiz, yaklaşık 6000 yaşlının gönüllü olarak faaliyet gösterdiği birer aktif yaşlanma merkezidir.

Aktif Yaşlanma ve Alzheimer Destek Merkezi

19 Mayıs Mahallesi'nde kurulacak olan Aktif Yaşlanma ve Alzheimer Destek Merkezi aynı zamanda aktif ve akıllı yaşlanma kapsamında yaşlılar için sosyal yaşam alanları da oluşturulacaktır. Etüt Proje Müdürlüğü tarafından mimari tasarımı yapılan proje için Aklımdaki Kadıköy kapsamında yurttaşların öneri ve katkılarına açılarak Kadıköy'lülerin görüşleri alınacaktır.

Sonuç olarak, Kadıköy Belediyesi yapmakta olduğu ve planladığı çalışmalarla Yaşlı Dostu Kent olma yönünde faaliyetlerini sürdürmektedir. Yaşlılığa sorun odaklı değil, vatandaş odaklı ve bu anlamda geleceğin yaklaşımını geliştirmeyi hedeflemektedir. Yaş ayrımcılığına karşı mücadele ederek nesiller arası diyaloğun geliştirildiği, farkındalığın arttırıldığı Engelsiz, Eşitlikçi Bir Kadıköy…

YAŞLILAR DİNLENME SALONU VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Hasan BALBABA
Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyesi

ÖZET

Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyesi sosyal belediyecilik anlayışı içerisinde 25 sosyal-hizmet başlığı içinde yaşlı hizmetleri bir başlık olarak yer almaktadır. Şehrin değişik noktalarında 5 adet yaşlılar dinlenme ve okuma salonu bulunmaktadır.Ücretsiz çay,gazete, televizyon, berberhane hizmetleri sunulmaktadır. Ayrıca evde yaşlı temizlik ve bakım-hizmetleri, hamam hizmetleri ve diğer yaşlı sosyal hizmetleri bulunmaktadır.

KAHRAMANMARAŞ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ YAŞLILARA SUNULAN HİZMETLER

A-YAŞLILAR DİNLENMEVE OKUMA SALONLARI

ŞEKERDERE GÖNÜL DOSTLARI YAŞLILAR DİNLENME SALONU

Yaşlılarımız dün ile bugün arasında köprü kuran, kültürümüzü ve değerlerimizi yarınlara taşımamızı sağlayan en değerli varlıklarımızdır. Bugünümüzü borçlu olduğumuz büyüklerimize sahip çıkmak, korumak hepimizin asli görevlerinin başında gelmektedir.Yaşlılarımız, dünün gençleri,bugünün yaşlıları olarak bizim hayatımızda ve gönlümüzde özel bir yere sahiptir. Büyüklerimizin gönlüne dokunmaken temel sorumluluklarımızdandır.

Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyesi olarak yaşlılarımıza karşı olan sorumluluklarımızı yerine getirmek için 21 Nisan 2005 tarihinde, Şekerdere Bulvarı üzerinde bulunan belediyemize ait sosyal tesislerde 300m²'lik biralanda, çay ocağı, berberhane, televizyon izleme bölümü, günlük gazetelerin takip edildiği bir oturma alanı gibi bölümlerden oluşan Yaşlılar

Dinlenme Salonumuz yaşlı vatandaşlarımızın boş zamanlarını geçirebileceği, maziye dönük hoş sohbetler yapılabilecekleri, arkadaşlarıyla birarada olabilecekleri dinlenme salonları faaliyet göstermektedir.

SAÇAKLIZADE YAŞLILAR DİNLENME SALONU

19 Mart 2007 tarihinde açılışı yapılarak halkımızın istifadesine sunulan Saçaklızâde Halk Kütüphanesi bünyesinde kurulan yaşlılar dinlenme salonu faaliyetlerine devam etmektedir.

Yaşlılar dinlenme salonu, toplumun eşsiz bir parçası olan değerli büyüklerimize saygı ve sevgiyi ilke edinerek açılmıştır. Salonumuzun ihtiyacı olan masa ve sandalyeleri, televizyonu diğer araç ve gereçleri mevcut olup Çay ikramı ve günlük gazeteleri belediyemiz görevlilerine zaretinde sunulmaktadır.

DOĞUKENT YAŞLILAR DİNLENME SALONU

3 Mart 2014 tarihinde, tek katlı olarak 120 metre kare alan üzerine inşa edilen Doğukent Yaşlılar Dinlenme ve Okuma Salonunda yine televizyon, çay, kitap ve gazete okuma imkanları bulunmaktadır.

4-SÜTÇÜ İMAMOKUMAVE DİNLENMESALONU

Kahramanmaraş Belediyesi tarafından Fevzi Paşa Mahallesinde bulunan Sütçü İmam Türbesi yanında 07.10.2008 tarihinde hizmete açılan Sütçü İmam Okuma ve Dinlenme Salonu içerisindeki tapokuma, dinlenme, TV izleme bölümü ve çayocağı bulunmaktadır. Yaklaşık 40–50 kişi kapasiteli salondaki tap,günlük ulusal ve yerel gazeteler bulunuyor. Sütçü İmam Türbesini ziyarete gelen yerli ve yabancı turistlerin çay ve kahve içerek yorgunluklarını atabilecekleri bu mekândan özellikle çevre halkı ve Kahramanmaraşlı hemşerilerimiz yararlanabiliyor.

DİVANLI YAŞLILAR DİNLENME VE OKUMA SALONU

2015 yılı içerisinde inşaatı tamamlanan Divanlı Yaşlılar dinlenme salonu Büyükşehir Belediyemiz tarafından vatandaşlarımızın hizmetine sunulmuştur.

B-EVDEBAKIMHİZMETLERİ

EV TEMİZLİĞİ VE EVDE BAKIMHİZMETİ

01.04.2009 tarihinden itibaren müdürlüğümüzce yürütülen ihtiyaç sahibi, fakir, kimsesiz

ve bakıma muhtaç yaşlı vatandaşlarımızın ev temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere ev temizlik ekibince ilgili iş ve işlemler yerine getirilmektedir.Yardım Tespit Ekibi tarafından yerinde tespiti yapılarak belirlenen ihtiyaç sahibi ve bakıma muhtaç vatandaşlarımızın ev temizlik ihtiyaçları karşılanmaktadır.

Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan ev temizlik ekibi tarafından hizmet veren ve belediyemizce maddi imkânı olmayan, engelli, kimsesiz, terkedilmiş, hasta ve benzeri durumda, kendi evini temizleyemeyecek kadar güçsüz olan özürlü ve yaşlı kişilerin söz konusu ekip tarafından evinde yapılan tespit neticesinde uygun görülen kişilerin aylık veya haftalık rutin olarak evleri temizlenmektedir.

ŞEFKAT EVLERİ

Belediye olarak maddi imkanı olmayan evsiz ailelere verilmek üzere Şefkat Evleri inşa edilmekte olup biten 2 blok ailelere teslim edilmiştir.

GIDA VE GİYİM YARDIMI

Şehrimizin 3 ayrı bölgesinde bulunan Gıda Bankalarımızdan ihtiyaç sahibi vatandaşlarımız marketten alışveriş yapar gibi ücretsiz gıda ve giyim yardımlarını almaktadırlar. Yaşlı ve hasta ihtiyaç sahiplerinin gıda ve giyim yardımları evlerine teslim edilmektedir.

HAMAM VE EVDEBERBER HİZMETİ

Sosyal belediyecilik gereği vatandaşlarımızdan ihtiyacı olanlara Berber hizmeti ve Belediyemizin anlaşma yaptığı yerlerde hamam fişi hizmeti verilmektedir.

ÇAMAŞIRLARININ YIKANMASI

Hasta, düşkün, öğrenci ve yaşlı vatandaşların kısacası bu işlevi yerine getiremeyecek vatandaşların kirlenen kıyafetleri, halıları, perdeleri, vs. temizlik ekiplerimiz tarafından çamaşır hanemizde ve anlaşmalı halı yıkamacılarda temizletilerek vatandaşın kullanımına sunulmaktadır.

DİĞER SOSYAL HİZMETLERİMİZ:

1- Mutfak Aşevi Hizmetleri (Personel yemeği Emniyet ve 12 Şubat Belediyesi dahil, İkram Çeşmesi, Çorba dağıtım noktaları (3adet), mobil mutfaktırı)

2- Öğrenci Çamaşırhanesi

3-Bebek Paketi

4-Eğitim, kırtasiye yardımları

5-Şehit Cenazeleri yemek ve mevlütorganizasyonu,

6-Gıda Bankası

7-Konuk ev iHizmetleri (Misafirhane ve Şefkatevleri)

8-Ramazan Hizmetleri (Ramazan Çadırı, Gıdadağıtımı)

9-Odun Dağıtımı

10-Cami Temizliği

11-Ev Temizliği ve evde bakım hizmetleri

12-Ev tamirat hizmetleri

13-Şehirlerarası bilet hizmeti

14-İdari hizmetler, Kalem, İhale ve satınalma hizmetleri

15- Sosyal Tespitler (8 EkipAraçlı), puantaj, Değerlendirme Komisyonu ve Arşiv Hizmetleri

16-Ayni Yardımlar (Gıda, odun, çeyizeşyası, eveşyalarıvs.)

17-Afet yardım

PLANLANAN HİZMETLER:

1- SICAK YEMEK DAĞITIMI

Evinde bir kap yemek yapacak kimsesi olmayan yada hastalığı dolayısıyla buna takati olmayan herkese Aşevimiz tarafından günde 2 öğün 3 kap sıcak yemek evlerine kadar götürülebilir. Yemek yapacak fiziksel yeterliliği variseprensipolar akerzak yardımı yapılması tercihedilir.

2- NEZAKET VE MERHAMET OKULLARI

Milli Eğitim Müdürlüğü ile Nezaket ve Merhamet Okulları Projesi hazırlanıp; Yeni nesillere yapılabilecek yardım faaliyetlerinde göre valdırarak muhtaç durumdaki insanların her zaman yanlarında olması gerektiklerini ve iyilik yapma bilincini aşılamaktır.

DERMANKART PROJESİ

Bu projenin amacı; merkez dışındaki ilçelerde oturan yardıma muhtaç vatandaşlarımızın mağdur olmadan müdürlüğümüzün bütün hizmetlerinden rahatça faydalanabilmesine yönelik olarak hazırlanmıştır. Kendilerine en yakın anlaşmalı noktalardan ihtiyaçlarını karşılamaları planlanmaktadır.

4- İLÇE MERKEZLERİNEYAŞLILAR DİNLENMESALONLARI

Şuan on iki şubat ve dulkadiroğlu ilçelerinde toplamda beş noktada hizmet veren yaşlılar dinlenme salonları tüm ilçelerde yaygınlaştırılıp yaşlı vatandaşlarımızın hizmetine açılacaktır.

YAŞLI DOSTU KENT: MEZİTLİ

Hürrem BETÜL, Levent ERDAL
Yüksek Şehir ve Bölge Plancısı

ÖZETİ

Mezitli Belediyesi, Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği, Avrupa Sağlıklı Kentler İletişim Ağı'na aday, Avrupa Sağlıklı Bölgeler Ağı takipçisi ve Sağlıklı, Mutlu Mezitli vizyonu ile çalışmalarını yürüten bir ilçe belediyedir.

Bu çalışma ile Sağlıklı Kent, Mutlu kent, Aktif Yaşlanma, Yaşlı Dostu kent kavramlarına ve Mezitli Belediyesi'nde bu kapsamda gerçekleşen, gerçekleştirilen ve hedeflenen çalışmalara değinilecektir.

ANAHTAR KELİMELER

Mutlu Kent, Yaşlı Dostu Kent, Sağlıklı Kent, Aktif Yaşlanma ve belediyecilik

KULLANILAN KAYNAKLAR

http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn

http://www.who.int/ageing/age-friendly-world/en/
http://www.icaa.cc/

Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century (2013)
Active ageing policy framework document (2002), WHO

BELEDİYE HAKKINDA

Mezitli Belediyesi, 1960'lara dek köy merkezi Kocaören iken, 1960'lardan sonra Eski Mezitli önem kazanır. 1968 yılında belediye statüsünü kazanan Mezitli Beldesi, 06.03.2008 tarihinde TBMM tarafından kabul edilen ve 22-Mart-2008 tarihli, 26824 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5747 sayılı kanunla ilçe olmuştur.
Mersin ilinin ¾'ü dağlık, yaylalık ve tarım alanları ile kaplı, güneyi tamamen Akdeniz ile sınır, kuzeyi Toros Dağları ile sınır bir merkez ilçesidir. 40 mahalleden oluşan 416,52 kilometrekare oturuma sahiptir.

Mezitli Belediyesi olarak belediye başkanımız Neşet TARHAN'ın sevgi ve kültür ile yoğrulmuş; huzur ve barışın hissedildiği; tarihi, kültürü, denizi, turistik konumu, yaylaları ve yeşili ile kucaklaşmış; plan ve programlarını buna göre yapmış, uygulamış, denetlemiş, özgün yapıyı bozmadan geliştirmeye ve geleceğe taşımaya özen göstermiş sosyal, kültürel ve modern bir belediyecilik anlayışı ile yaşlı dostu, sağlıklı, mutlu belediyecilik hizmetleri verilmektedir.

YAŞLI BEKLENTİLERİ ANKETİ YAŞLI HİZMETLERİ VERİ ANALİZİ

YAŞLI HİZMETLERİ – PENDİK BELEDİYESİ

Aşkın BUZ
Sosyolog
Pendik Belediyesi

Pendik ilçemizde yaşayan 65 yaş üstü vatandaşlarımızın Pendik'ten ve Pendik Belediyesinden beklentilerini, değerlendirmelerini, taleplerini ve isteklerini tespit etmek amacıyla **36** mahallede toplam **35.018** vatandaşımızın kapısı çalınmış **15.089** haneye hem ziyaret hem de anket yapılmıştır. Çalışma kapsamında **15.145** vatandaşımız evde bulunamamış, **4.784** vatandaşımızla da çeşitli nedenlerle (Müsait Değil, Ret, Vefat Etmiş, Taşınmış vs.) anket yapılamamıştır.

GENEL DURUM	YAPILAN ANKET	EVDE YOK	RET	* DİĞER	TOPLAM HANE
SAYISI	15.089	15.145	1.191	3.593	35.018
%	43,1 %	43,3 %	3,4 %	10,3 %	100,0 %

Anket çalışmasının demografik yönü incelendiğinde **%60** oranında **bayan**larla %40 oranında erkek vatandaşlarla yapıldığı, yaş ortalamasının **65-74** arasında yoğunlaştığı, **evli** yaşlıların bekar yaşlılara oranının Pendik genelinde yüksek olduğu ancak %34,1'lik bir kısmının da dul olduğu görülmüştür.

	Katılım	%
Kadın	9.053	60,0
Erkek	6.036	40,0
Toplam	**15.089**	**100,0**

	Katılım	%
65-69	6.189	41,0
70-74	3.950	26,2
75-79	2.319	15,4
80-84	1.674	11,1
85-89	602	4,0
90 ve Üzeri	285	1,9
Cevaplan-madı	70	0,5
Toplam	**15.089**	**100,0**

Pendik'te yaşayan yaşlı vatandaşlarımızın büyük bir kısmının **ilkokul mezunu (%38,2)** veya **okuryazar olmadığı (%31,8)** ve okuryazar olmasına rağmen herhangi bir mezuniyetinin olmadığı (%13,4) tespit edilmiştir.

	Katılım	%
İlkokul	5.769	38,2
Okur Yazar De-ğil	4.801	31,8
Okur Yazar	2.016	13,4
Lise	912	6,0
Ortaokul	805	5,3
Üniversite	330	2,2
Yüksekokul	221	1,5
Yüksek Lisans - Doktora	13	0,1
Cevaplanmadı	222	1,5
Toplam	**15.089**	**100,0**

Yaşlı vatandaşlarımızın **%52,4'ü** belirli kurumlardan **emekli olup çalışmayarak** geçirirken, **%43,6'sı** emekli olmadığı halde çalışmadığı belirlenmiştir. Araştırmada önemli bir bulgu olan geçimin tespit edilmesine baktığımızda yaşlılarımızın **%84,6'sı emekli maaşı** ile geçinirken diğer %15,4'lük kısmının ise çeşitli

desteklerle geçimini sağladığı tespit edilmiştir. Araştırmanın bir diğer önemli tespiti olan gelir düzeylerine bakıldığında **%51,1'i 501-1000 TL** arasında olması geçim kaynağının asgari ücret seviyesinde olduğunu göstermiştir. **%21,9'luk** kesimin ise 1001-1500 TL arasında bir gelir seviyesine sahip olduğu, yaşlılarımızın bu bölümünün emekli maaşından veya asgari ücretin dışında bir işyerinden gelir sağladığını göstermektedir. Yaşlı vatandaşlarımızın **%10,5'inin** ise herhangi bir **gelirinin olmadığı** tespit edilmiştir.

	Katılım	%
Emekli Maaşı	12.769	84,6
Çocukların ve Yakın Çevrenin Yardımı	799	5,3
Kamu Yardımı (SHÇEK, SYDV, Belediye vb.)	575	3,8
Vakıf, Dernek Yardımı	324	2,1
Kira Geliri	125	0,8
Geliri Yok	19	0,1
Maaş	18	0,1
Cevaplanmadı	460	3,0
Toplam	**15.089**	**100,0**

Belediye, STK, öğrenci vb. tarafından **ziyaret edilmesini isteyen** vatandaşlarımızın en yoğun olduğu mahalleler **Ramazanoğlu, Esenyalı, Kurtköy** ve Çamçeşme olarak tespit edilmiştir. **Ziyaret istemeyen** mahalleler arasında en üst sırada yer alanlar ise Çamlık, **Harmandere, Yayalar, Doğu** ve **Batı**'dır. 65 yaş üzeri vatandaşlarımıza yönelik yapılan saha araştırması sonucuna göre belediye STK, öğrenci vb. tarafından ziyaret edilme talebine ankete katılan vatandaşların %49,6'sı hayır, %48'i evet cevabını vermekte iken %2,4'ünün bu soruya cevap vermediği görülmüştür.

	Katılım	%
Hayır	7.485	49,6
Evet	7.242	48,0
Cevaplanmadı	362	2,4
Toplam	**15.089**	**100,0**

Araştırmada diğer önemli tespit olan hastalıklar incelendiğinde %36,4'ünün fiziksel veya zihinsel engeli olduğu; bunların en çok **%27,4** oran ile **yürüme zorluğu** yaşadığı sonucu elde edilmiştir. Yürüme engeli olanları **%13,3** oranla unutkanlık yaşayan, **%7,4** oranla da romatizma sorun yaşayanların takip ettiği belirlenmiştir. Yaşlı vatandaşlarımızın kronik rahatsızlıkları araştırıldığında **%80,3'ünün** hastalığı olduğu, bunların da başında **%27,4** ile **tansiyon**, **%15,1** ile hem şeker hem tansiyon, **%9** ile hem kalp, hem şeker, hem de tansiyon hastalıkları geldiği gözlenmiştir.

KRONİK RAHATSIZLIK DURUMU	Katılım	%
Var	12.113	80,3
Yok	2.925	19,4
Cevaplanmadı	51	0,3
Toplam	**15.089**	**100,0**

Belediyemiz tarafından düzenlenen etkinliklere katılım durumlarına bakıldığında %76,4'ünün katılmadığı ve %22,6'sının ise katıldığı sonucuna varılmıştır. Ankete katılan vatandaşlarımızın **%10,7'si** gün içerisinde **gezi** programlarına, %4,9'u hem gezi hem de sohbet programlarına katılmak istediği belirlenmiştir. Bu araştırma mahallelerimize göre yapıldığında ise Çamçeşme ve Çamlık dışındaki mahallelerde en çok talep edilen etkinliğin **gezi programlarına katılmak** olduğu, Çamçeşme ve Çamlık'ta yaşayan vatandaşlarımızın ise hem **gezi** hem de **sohbet programlarına katılmak** istediği sonucuna varılmıştır.

ETKİNLİKLERE KATILMA DURUMU	Katılım	%
Hayır	11.526	76,4
Evet	3.414	22,6
Cevaplanmadı	149	1,0
Toplam	**15.089**	**100,0**

65 yaş üzeri vatandaşlarımızın mahallelere göre **kişisel olarak bakıma muhtaçlık** durumları incelendiğinde mahallelerin yarısı kadarında çoğunluğun **bütün bakımlara** ihtiyaç duyduğu, diğer yarısında ise çoğunluğun kıyafet temizliğine ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir. Bütün bakımlara ihtiyaç duyan mahallelerin başında **Sülüntepe, Kurtköy, Orhangazi** ve **Yayalar**; kıyafet temizliğine ihtiyaç duyan mahallelerin başında ise **Esenyalı, Esenler, Güzelyalı** ve Çınardere mahalleleri geldiği belirlenmiştir.

KİŞİSEL	Katılım	%
Kıyafet Temizliği	872	5,8
Banyo Bakımı	115	0,8
Saç - Tırnak Bakımı	80	0,5
Saç - Tırnak Bakımı / Banyo / Kıyafet Temizliği	79	0,5
Banyo Bakımı / Kıyafet Temizliği	76	0,5
Saç - Tırnak Bakımı / Banyo Bakımı	75	0,5
Ağız Bakımı	32	0,2
Diğer	2.341	15,5
Hepsi	707	4,7
Cevaplanmadı	10.712	71,0
Toplam	**15.089**	**100,0**

Anket verilerine göre genel olarak bakıma muhtaçlık incelendiğinde Çamlık Mahallesi haricinde diğer mahallelerde çoğunluğun **ev temizliği, yemek yapımı, alışveriş** gibi bütün bakımlara ihtiyaç duyduğu, Çamlık mahallesinde ise çoğunluğun hem **ev temizliği** hem de **yemek yapımı**na ihtiyaç duyduğu sonucuna varılmıştır. Bütün bakımlara ihtiyaç duyan mahallelerin başında **Kurtköy, Orhangazi** ve **Güllübağlar**; ev temizliğine ihtiyaç duyan mahallerin başınsa ise **Esenyalı, Esenler** ve Çınardere mahalleleri olduğu saptanmıştır.

GENEL	Katılım	%
Ev Temizliği	1.016	6,7
Ev Temizliği / Yemek Yapımı	323	2,1
Alışveriş / Yemek Yapımı	149	1,0
Alışveriş / Ev Temizliği	91	0,6

Alışveriş	85	0,6
Yemek Yapımı	46	0,3
Diğer	2.352	15,6
Hepsi	842	5,6
Cevaplanmadı	10.185	67,5
Toplam	**15.089**	**100,0**

Araştırma sonucuna göre ankete katılan vatandaşlarımızın temel ihtiyaç olarak en çok **%10,2** ile **sağlık**, **%4** ile de nakdi ihtiyacı olduğu, **%73,7'sinin** ise bir **ihtiyacı olmadığı** belirlenmiş olup; **sağlık** ihtiyacı için **Kaynarca, Ertuğrulgazi,** Çamlık ve **Harmandere** mahallelerinin başı çektiği sonucuna varılmıştır.

TEMEL İHTİYAÇ DURUMU	Katılım	%
İhtiyacı Yok	11.128	73,7
Sağlık	1.536	10,2
Nakdi	605	4,0
Cihaz & Protez	297	2,0
Nakdi / Sağlık	189	1,3
Cihaz & Protez / Sağlık	65	0,4
İstihdam	35	0,2
Eğitim	28	0,2
Diğer	250	1,7
Cevaplanmadı	956	6,3
Toplam	**15.089**	**100,0**

Ankete katılanların **%3,1'i** ise çalışmalardan memnun olduğunu belirterek **teşekkür**lerini iletmiştir. Anket yapılan 65 yaş üzeri vatandaşlarımızın belediyeden beklentileri incelenmek istendiğinde %3,1'inin memnun olup teşekkür ettiği, %1,4'ünün Maddi Yardım, %1,1'inin Erzak Yardımı talep ettiği belirlenmiştir. Ankete katılan vatandaşların %0,9'u İmar ve Tapu Sorununa Çözüm, yine aynı oranla da Sosyal Yardım talebinde bulunduğu sonucu elde edilmiştir.

BELEDİYEDEN BEKLENTİLER	Katılım	%		Katılım	%
Memnun, Teşekkür Eder	461	3,1	Hasta Nakil Aracı	28	0,2
Maddi Yardım	215	1,4	Erzak / Kömür Yardımı	28	0,2
Erzak Yardımı	162	1,1	Geçitlere Yürüyen Merdiven	26	0,2
İmar ve Tapu Sorununa Çözüm	136	0,9	Yeşil Alan Park	23	0,2
Sosyal Yardım	135	0,9	Çocuk Parkı	19	0,1
Beklenti Yok	113	0,7	Otopark Sorununun Çözülmesi	19	0,1
Hasta Bezi	109	0,7	Hasta Bakımda Yardım	18	0,1
Erzak / Maddi Yardım	105	0,7	Etkinlik Düzenleme	17	0,1
Sağlık Malzemesi Yardımı	87	0,6	Bakıcı Talebi	17	0,1
Gezi Düzenleme	68	0,5	Sokak Hayvanların Toplanması	17	0,1
Erzak/ Kömür/ Maddi Yardım	65	0,4	Kaldırım Düzenlenmesi	16	0,1
Kömür Yardımı	38	0,3	Yürüyüş Parkı	14	0,1
Maddi / Sosyal Yardım	38	0,3	Oyun Parkı	6	0,0
Evde Sağlık Hizmeti	37	0,2	Etkinliklere Ulaşım Talebi	5	0,0
İstihdam	36	0,2	Diğer*	466	3,1
Erzak/ Maddi/ Sosyal Yardım	33	0,2	Cevaplanmadı	12.501	82,8
Yaşlılık Maaşı Talebi	31	0,2	Toplam	**15.089**	**100,0**

Pendik Belediyesi olarak Yaşlılar ile ilgili yapılacak olan tüm faaliyetlere ışık tutması ve yapılacak olan çalışmaların daha verimli olması açısından, kendi öz kaynaklarımız ile 2014ve 2015 yılı içerisinde alan tarama yaparak ilçe genelinde 15089 yaşlı vatandaşımız ile ikametlerinde birebir görüşme gerçekleştirdik.

Pendik Belediyesi olarak böyle bir çalışma yapmamızda bazı sonuçları daha net görebilmeyi hedefledik. İlçe genelinde yaşayan yaşlıların; sosyo-ekonomik profilleri, yaşlıların yaşam koşulları, yaşlıların talepleri ve yaşlıların daha rahat bir yaşam sürebilmeleri için sorunları tespit etmek istedik.

Yaşlılara yönelik risk grupları oluşturarak, tüm yapılacak çalışmalarda bu gruplara göre hareket etmeyi ve daha faydalı çalışmalar yapmayı amaçlamaktayız. Yapılan bu çalışma sonrasında çıkacak verileri tüm ilgili müdürlükler çalışmalarında yönlendirici olarak baz alacaktır.

Pendik belediyesi olarak tüm ilçemizi yaşlıların daha rahat bir ömür sürmesini sağlayacak şekilde dizayn ederek ve yapılacak tüm çalışmalarda tüm bireylerin birer yaşlı adayı olduğunu bilerek çalışmalarımıza yön vermekteyiz.

60 YAŞ ÜSTÜ BAKIMA MUHTAÇ HASTALARIN YAŞADIĞI YERDE BAKILMASI ALZHEMER, DEMANS VE PARKİNSONLU HASTALARIN GÜNDÜZLÜ OLARAK BİR MERKEZDE BAKILMASI

Necmi ÇAMAŞ
Kültür ve Sosyal İşler Daire Başkanı
Samsun Büyükşehir Belediyesi

Samsun; Yakın geçmişimizde yok edilmek istenen bir milletin Dünya tarihinde eşi görülmemiş bir mücadele ve onur savaşının ilk meş'alesinin Mustafa Kemal ATATÜRK ve bir avuç yürekli insan tarafından yakıldığı şehir olması nedeniyle tarihteki yerini taçlandırarak büyük bir misyon ve sorumluluk yüklenmiştir.

Bizler bu sorumluluğu iliklerimize kadar hissediyoruz. Bunun için de Samsunumuzu tarihi misyonuna uygun bir cazibe merkezi haline getirerek yeni Türkiye Cumhuriyetinin ve modern dünyanın önemli bir şehri yapma azmi ve kararlılığı içindeyiz.

Samsunumuzu her alanda yüceltmek ve örnek alınan şehir olarak dünyadaki yerini aldırmak üzere önemli çalışmalar yapılmaktadır . Bu amaçla şehrimizin alt ve üst yapısıyla ilgili çalışmalar tamamlanmıştır. Kentsel dönüşüm projeleri hızlı bir şekilde devam etmektedir .Konaklamaya ve kongre turizmine imkan sağlayacak tesisler bir bir yükselmeye başlamıştır. Önümüzdeki üç yıl içinde şehrimiz en az üç tane 5 yıldızlı otele sahip olacaktır. Sahilimizi bölge insanının faydasına sunmak ve kentimizi cazibe merkezine dönüştürmek için turizm projelerine önem verilmiştir. Bunlardan bazılarını kısaca şöyle sralayabiliriz; Bandırma plajı, Bandırma vapuru gemi müze ve milli mücadele açık hava müzesi, su kayağı tesisler, Türkiye de bir ilk olan denizin içinde yapımı devam eden engelliler eğitim –dinlenme- rehabilitasyon kampı ve plajı ,doğu park, mert plajı, sevgi gölü, hayvanat bahçesi, kurtuluş iskelesi ve yolu, yabancılar pazarı modernizasyonu, fener plajı, batı park, amazon adası ve köyü,arkeolojik park, teleferik, Adnan Menderes Bulvarı sahil düzenlemeleridir.

.Bütün bunlar 2023 yılında yaşanılmaktan keyif alınan Büyük ve modern bir şehirde olması gereken bütün konforların bulunduğu ancak sıkıntılarının yaşanmadığı, kentin bütün güzellik ve zenginliklerinin ön plana çıktığı Samsun'u herhangi bir şehir değil Samsun olarak anılmasını sağlamak hedefine yöneliktir.

Yaklaşık 100 yıl kadar önce şehirleşme süreçlerini tamamlamış olan gelişmiş ülkelerden ayrı olarak, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde de son 50 yıldır gö-

rülen hızlı kentleşme hareketi sonucunda, şehirlerde toplanan nüfusa daha kaliteli bir hayat sağlamak için yerel yönetimler de sürekli arayış ve çaba içinde olmuştur. Tüm yapılan işlerin geleceğe taşınması sağlanan konforlu ortamların kullanımının devam etmesi ancak ve ancak insan unsuru ile mümkün olacaktır. İnsan da aile ile var olabilecektir. Yaşadığımız çağda toplumlar bilim ve teknoloji anlayışlarını ve alt yapılarını değişen dünyaya uyum sağlayacak şekilde yenileme,araştırma geliştirme etkinliklerini de faydaya dönüştürme yönünde çaba sarf etmektedirler. Bizim bu teknolojik gelişmeleri faydaya dönüştürme çabalarımız kesintisiz devam edecektir.Ancak bizi diğer milletlerden ayıran sahip olduğumuz en önemli değerimiz aile yapımızdır.Geçmişimizin hafıza kaydı yaşlılarımız,neslimizin devamını sağlayan kadınlarımız ve geleceğimizin teminatı çocuklarımızdır.Onların sorunlarına çözüm bulmak ve onlara yönelik politikalar üretmek en önemli görev olarak omuzlarımızdadır.Çünkü biz yaşlılarının saygı duyulduğu, kadınlarına hak ettiği yerin ve anlamın verildiği,çocuklarına modern eğitimin yanında aile kültürünün de eksiksiz verildiği bir yöntemin uygulandığında çok faydalı olacağı inancındayız. işte bütün bu düşüncelerle doğan ve gelişen aşağıda kısaca detayları verilecek olan ailenin hafızası büyüklerimizden başlayarak yürütülen , çalışmalarımız 2007 yılından itibaren kesintisiz devam etmektedir.

1927'de 30.372 olan Samsun kent nüfusu, 1970'te 134.000'e, 1990'da 304.000'e, nihayet 2015 yılı verilerine göre şehir merkezi 620.928'e il geneli l.251.000'e ulaşmıştır.TÜİK verilerine göre nüfusumuzun %50.65 ini kadın %49.35 ini erkek nüfus oluşturmaktadır..Bu oranlara göre Büyükşehir Belediyemiz sınırları içinde 289.000 kadın,281.000 erkek yaşamaktadır.Bu nüfusun %13 ünü yaklaşık 74.000 nini 60 yaş ve üstü insanlarımız oluşturmaktadır.Bu günkü varlığımızın sebebi olan, çok zor şartlarda büyük mücadeleler veren büyüklerimizin, bu ülke için yaptıklarını unutmadık. Onların baş tacımız olduğunu, bizim büyük bir aile olduğumuzu ve onların da bu ailenin şerefli büyükleri olduğunu hissettirmek için, bu gün bir şekilde kendi ihtiyaçlarını karşılayamayan bu insanlarımıza 2007 nisan ayından itibaren 'Çocukken yanınızda anneniz vardı şimdi biz varız sloganıyla 'kendi yaşadıkları ev ve aile ortamında hizmet vermeye başladık..Bu çalışmalarımızın detayları aşağıda sunulmuştur.

Tüm medeniyetler varlıklarını devam ettirebilmek ve geleceğe taşıyabilmek için sahip olduğu değerleri yazının icadın dan bu yana kayıt altına almaya başlamışlardır.Bu konuda başarılı olan medeniyetler ve milletler hala varlıklarından söz ettirebilmektedirler.İşte tam bu noktadan hareketle ;geçmişten günümüze sahip olduğumuz değerlerin en önemlisi olarak yaşatmamız gereken aile kültürümüzün önce bir hafızasını oluşturmamız gerekmektedir.Milletlerin hafızasını oluşturan unsurların birinci ve en önemli unsuru ailelerdir.Onun için biz bu projeye ailelerin şu andaki yaşayan hafızası durumundaki büyüklerimizle başladık.

Günümüzde ülkeler hatta şehirler gelişmişlik düzeylerini sahip oldukları teknolojik üstünlüklerden daha ziyade geleceğe taşıyabildikleri somut ya da somut olmayan kültürel miraslarıyla kıyaslayarak belirlemektedirler. Bu noktadan hareketle

şüphesiz bizim Millet olarak sahip olduğumuz sayısız değerlerimiz vardır. Ama bizim en önemli mirasımız geçmişten günümüze aile yaşantımız ve aile kültürümüzdür. Bu proje günümüzde çeşitli nedenlerle hasar görmeye başlayan bu değerlerimize sahip çıkmak adına ailenin kurucusu ve hafızası yaşlılarımız a yönelik çalışmalar yapmayı amaçlamaktadır.

Ailenin hafızasını oluşturan ve geçmişi bu güne bağlayan ama şu anda kendi ihtiyaçlarını gideremeyen büyüklerimizin yaşadıkları ortamda ihtiyaçlarını gidermek ve yalnız olmadıklarını hissettirmek 'çocukken yanınızda anneniz vardı şimdi biz varız' sözünün gereğini yerine getirmek için;

Samsun Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yaşayan 60 yaş üstü büyüklerimizin ve Onların hangi hizmetlere ihtiyaç duyduğunun tesbiti Sosyal hizmet uzmanları ve Sosyologlarımız tarafından yapılmıştır. Yapılan tesbitler ve büyüklerimizden gelen isteklere göre aşağıdaki hizmet çeşitleri belirlenmiş ve uygulanmaya başlanmıştır.

----Kişisel bakım ve temizlik (saç-sakal traşı ,tırnakların kesilmesi,Genel temizlik(evin tüm detaylarıyla genel temizliği, çamaşırların yıkanması ütülenmesi)

----Yemek yapılması(malzemesi varsa ve evinde yemek pişirilmesini istiyorsa evinde yemek pişirilmesi, malzemesi yoksa her gün üç çeşit sıcak yemek verilmesi)

----Sağlık kontrollerinin yapılması, ilaç takiplerinin yapılması, şeker ölçümü,-reçeteli enjeksiyon yapımı ve gerektiğinde ilgili yerlere yönlendirilmesi ve refakat edilmesi.

----Psikolojik olarak destek verilmesi, yaşlı ve ailesinin toplumsal hayata katılımını arttırma, yaşadıkları bireysel ve çevresel sorunlarla başa çıkma yalnızlık hissi gibi duygularının giderilmesi. Gerektiğinde aile üyelerinin psikolojik yönden güçlendirilmesi ,

----Kültürel ve Sosyal etkinlikler düzenlemesi ,özel günlerde yaşlılarımıza ve ailelerine yönelik olarak, yıl boyunca tarihi ve turistik mekânlara gezi programları düzenlenmesi. Bu program sayesinde yaşlılar daha önce görme fırsatı yakalayamadıkları tarihi, turistik yerleri yakından inceleme imkânı bulmalarının sağlanması,

büyüklerimizle aile bireylerinin bir araya getirilmesi için çeşitli yemek ve sosyal etkinlik programları düzenlenmesi , periyodik olarak sohbet etmek için ziyaretlerin yapılması,Büyükşehir belediye başkanımız ve diğer yetkililerle birlikte yaşlılarımızın evlerinde programlar yapılması,

--Çeşitli ayni ve nakdi yardımların yapılması ,kendi giderlerini karşılayamayan yaşlılarımızın ,nakit,gıda ,yakacak gibi ihtiyaçlarının karşılanması;

Bu hizmetleri yerine getirebilmek için için aşağıda detayları verilen ekipler kurulmuş ve belirtilen işler yapılmıştır

YILLARA GÖRE HİZMET ALANINDAKİ GELİŞMELER

Hizmet Verilen İlçeler

İlkadım, Atakum, Canik, Salıpazarı, Tekkeköy, Ayvacık, Kavak, Ondokuzmayıs

	2007 - 2013	2014	2015
İLÇE SAYILARI	4	5	8

	2007	2013	2014	2015
TEMİZLİK	7	26	41	47
SAĞLIK	2	3	3	3
PSİKO-SOSYAL	-	3	3	5
ŞÖFÖR	2	5	8	11
FİZYOTERAPİST	-	-	1	1
SPOR EĞİTMENİ	-	-	2	2
MİNÜBÜS	1	3	4	6
PANELVAN	1	2	4	5

Yaşlı Üye Sayısı

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ÜYE SAYISI	328	659	743	830	910	972	1164	1391	2200

Hizmetlerden Faydalanan Üye Sayıları

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık	166	360	387	435	512	522	618	769
PDR	35	45	56	80	110	107	117	158
Temizlik	250	346	363	428	460	600	667	800
Kişisel Bakım	28	32	49	63	106	219	312	331
Yemek Yapımı	20	32	42	48	52	36	52	55
Sıcak Yemek	22	26	39	53	60	72	90	93

Verilen Hizmet Rakamları

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık	3000	4152	4356	5136	5520	6274	7420	9604
PDR	420	540	672	960	1320	1293	1410	1896
Temizlik	1992	4320	4644	5220	6144	7210	8012	9228
Bakım	336	384	588	756	1272	2635	3747	3972
Yemek Yapımı	240	384	504	576	624	432	632	612
Sıcak Yemek	265	312	468	644	725	866	1087	1116

Kişi Başı Aylık Hizmet Maliyeti

	2013	2014
MALİYET	112 TL	154 TL

Bu hizmetimiz devam ederken sadece yaşlı ve hastalarımızın değil,onlara bakanlarında desteğe ihtayaç duyduklarını sahada tesbit ettik.ve bunun üzerine hastalık çok zor ancak hastaya bakmak daha zor düşüncesinden yola çıkarak ,

Alzhamier,demans,Parkinson v.b hastalara evlerinde yakınları tarafından bakılanların yakınlarınıda sosyal hayata kazandırmak için bir proje geliştirdik ve uygulamaya başladık.

Bir an düşünelim siz sağlıklısınız ancak yaşlınızı yada hastanızı bir an bile yalnız bırakıp yanından ayrılamıyorsunuz.İşte biz 2015 yılı başından itibaren bu durumda olan hemşehrilerimizi evlerinden alıp her türlü sosyal ve sağlık hizmetlerinin verildiği ,kişisel bakım ve temizliklerinin yapıldığı bir merkezde biz bakıyoruz.Hasta yakınlarıda bu sayede hafta iki gün kendilerine zaman ayırma fırsatı yakalamaktadır.Tabi burada özellikle çözüm ortağımız yüklenici firmanında hizmet anlayışını taktir etmek gerektiğini özellikle vurgulamak isterim.

Merkezde verilen hizmetler

Sağlık Hizmetleri

Kendi başına yaşamını sürdüremeyecek durumda ki yaşlılar ile Parkinson, Alzheimer,-Demans rahatsızlıkları olan yaşlı hastalar için gerileyen hareket kabiliyetlerini ve bilinç düzeylerini yerinde sabit tutabilmek ve daha ileriye götürebilmek adına sağlık hizmetleri verilmektedir. merkezimizde rehabilitasyona yönelik yüzme havuzu, iş uğraşı salonları, sanat atölyeleri, hobi salonları, fizik tedavi ve rehabilitasyon üniteleri bulunmaktadır. İç hastalıkları ve fizik tedavi uzmanlarının, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyolog ve sosyal hizmet uzmanı gözetiminde; kalp hastalıkları, ritim bozuklukları, solunum problemleri, kalp yetmezliği, kalp krizi, kronik akciğer hastalıklarında erken müdehale, kas iskelet sistemi rahatsızlıklarında geriatrik rehabilitasyon, yaşam kalitesini üst düzeyde tutacak fizik tedavi programları çözüm ortağımızın sağladığı ortamlarda verilmektedir.

AKTİVİTE ALANLARI

Egzersiz ve Spor Salonu

Geriatrik hasta grubunda Parkinson hastalığı, polinöropati, alzheimer hastalığı ve inmeye bağlı denge bozuklukları sıktır. Bu hastalarda denge ve koordinasyonu artırmaya yönelik Paralel Barda denge, koordinasyon ve yürüme eğitimi yapılır.

Fiziksel egzersizler kardiyopulmoner dayanıklılığı, dengeyi, fleksibiliteyi, metabolik kapasiyeti sonuç olarak da yaşam kalitesini artırır. Bu amaçla hazırlanan spor salonunda yaşlılarımız için;

Kardiyo Aletleri (Koşu ve Yürüyüş Bandı, Yatay Dikey Bisiklet, Eliptik)

Ayrıca merkezimizde 1 adet Yüzme Havuzu bulunmaktadır.

Hobi Sanat Atölyeleri

Merkezimizde yaşlılarımızın fiziksel, psikososyal, iş ve meşguliyet açısından hazırlanan 6 adet iş – uğraş- eğitim amaçlı salonlar bulunmaktadır.

Kültür

Yaşlılarımızın kaliteli zaman geçirebilmesi için hazırlanan mekanlar arasında 1 adet Sinema Salonu, 1 adet Kütüphane Salonu hazırlanmıştır.

Kişi başı sağlık hizmeti maliyeti günlük 59 tl dir.

Sonuç olarak geleceğe umut ve heyacanla bakabilmek için ,geçmişten gelen her türlü değerlerimize sahip çıkmamız elzemdir.Bizim varlık sebeblerimiz olan büyüklerimiz bunu fazlasıyla hak etmektedirler.Şüphesiz kurum bakımları da önemlidir ancak;sahada gördüklerimiz bize kısıtlıda olsa insanımız kendi evinde verilen hizmetlerden çok daha fazla memnun olmaktadır.Biz onlara sevgiyle muhabbetle ve iyiliklerle yaklaşmayı becerebilirsek inanın onların çok fazla bir şey istemediklerini göreceğiz .

POSTER BİLDİRİLERİ

EVDE YAŞAYAN YAŞLI BİREYLERDE TOPLUMSAL KATILIM VE BİLİŞSEL DURUM ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Arzu DEMİRCİOĞLU, Songül ATASAVUN UYSAL, Nuray KIRDI, Ülkü Kezban ERTAN, Merve KARAPINAR, Ayşe ABİT KOCAMAN
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

AMAÇ

Normal yaşlanmayla beraber hastalık söz konusu olmadan meydana gelen bazı bilişsel işlevlerde bozulma toplumsal katılımı kısıtlayan nedenlerden biridir. çalışmanın amacı evde yaşayan yaşlı bireylerin toplumsal katılımı ve bilişsel durumları arasındaki ilişkiyi araştırmaktı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Bölümü Geriatrik Rehabilitasyon Ünitesi'nde yapılmıştır. çalışmaya evde yaşayan, bağımsızlığını engelleyen herhangi bir fiziksel engeli olmayan 50 yaşlı birey dahil edildi. bireylerin yaş, cinsiyet, vücut kütle indeksi, kullanılan ilaç sayısı, son bir yıl içerisindeki düşme sayısı gibi demografik verileri kaydedildi. olguların bilişsel durumları mini mental durum testi, toplumsal katılımları ise toplumsal katılım anketi ile değerlendirildi.

SONUÇ

Çalışmaya katılan bireylerin 21'i (%42) erkek, 29'u (%58) kadındı. ortalama yaş 70,9±5,6 yıl, vücut kütle indeksi 28±3,7 kg/m², eğitim süresi 4,4±4,9 yıl, kullanılan ilaç sayısı 3,4±2,9 tane idi. bireylerin tamamı ailesiyle yaşamakta; 42'si (%84) geçen yıl boyunca hiç düşmemişken, 4'ü (%8) bir kere, geri kalanı ise çoklu düşme hikayesine sahipti. sonuç olarak toplumsal katılım anketi'nin alt ölçeklerinden olan sosyal katılım ile mini mental durum testi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p:0,001, r:0,448). ayrıca toplumsal katılım anketi toplam puanı ile mini mental durum testi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (p:0,032,r:0,304).

TARTIŞMA

Yaşlanmayla beraber meydana gelen bilişsel alandaki kayıplar sosyal alandaki kayıpları da beraberinde getirmektedir. Evde yaşayan yaşlı bireylerde bilişsel durumdaki kayıplar arttıkça toplumsal katılım kısıtlılığı da artmakta-

dır. Ancak kişi sayısının arttırıldığı daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler :yaşlı, toplumsal katılım, bilişsel durum

KULLANILAN KAYNAKLAR

1. Leung, g., fung, a., tam c., lui v., chiu, h., chan, w. , lam, l. (2011) examining the association between late-life leisure activity participation and global cognitive decline in community dwelling elderly chinese in hong kong. Internatıonal j. Ger. Psyc., 26(1): 39–47.

2. Zimmer, z. And lin, h. (1996) "leisure activity and well-being among the elderly in taiwan: testing hypotheses in an asian setting", journal of cross-cultural gerontology, 11(2): 167-186.

TÜRK TOPLUMU YAŞLI BAKIMEVLERİNİ NEDEN KABULLENMİYOR? NE YAPMALI?

Prof. Dr. Baha TANELİ
Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Büyük, küçükle kaynaşmış aile bağları kuvvetli bir ailede çocuklar evlenirken-yeni ev açarken bu bağların gevşemesine olanak yoktur. Ancak iş ve aş için büyük yerleşim yerlerine zorunlu göç edilmesi iletişimi azalttığı için gevşemeler olmuştur.

Böyle bir aile yapısına sahip toplumda yaşlılık döneminde günün teknolojik olanakları ile (telefon, mesajlaşma, e-posta, görüntülü konuşma) bir derece hasretlikler ve meraklanmalar giderilmeye çalışılmaktadır.

Belirli bir yaştan sonra bu teknolojik olanakları kullanamayan yaşlılar, kendilerini unutulmuş, ihmal edilmiş kişiler olarak görmeye başlar. Çiftlerden birinin kaybı şartları değiştirir, yeni bir düzen gerekir. O zaman yaşlı bakımevleri çare olarak düşünülür. 2014 sonu itibariyle Türkiye'de faal olan resmi ve özel 33963 adet yaşlı bakımevi veya huzurevi adındaki kurumlar yaşlı için ailesinin istediği yaşam şartlarını karşılamadığı için aileler kendi yaşlılarını bu kurumlara bırakmak istemiyor. Bu yazıda bu kurumlar 6 grupta toplanan yaşlılara nasıl hizmet etmeli, kurum düzeni nasıl olmalı, binalarda yerleşim nasıl olmalıdır sorusuna cevap aranmıştır. Yaşlılar;

1-Yaşamı için fiziki desteğe ihtiyacı olmayan motor aktiviteleri yerinde olan yaşlılar,

2-Yaşamı için basit fiziki destek isteyen, sağlıklı yorgun yaşlılar,

3-Desteksiz yaşamını sürdürmek için yardım isteyen sağlıklı yorgun yaşlılar,

4-Desteksiz yaşamını sürdürebilen, fakat kronik hastalığı olan ve ilaç kullanan yaşlılar,

5-Kronik hastalığı olan, ilaç kullanan, walker ve bastona ihtiyaç duyan, yalnız sokağa çıkamayan yaşlılar,

6-Kronik veya akut hastalığı olan kendi ihtiyaçlarını kendi göremeyen veya yatalak yaşlılar olmak üzere en ağır yoğun bakım gerektiren gruplarda toplanabilir.

Kurumun genel yöneticisi bir uzman hekim olmalı 24 saat ulaşılabilir aile hekimi gibi hekim kadrosu olmalıdır. En az 100-120 en çok 450-500 yaşlının bakımı için organize edilmiş, geleneksel Dadı-Kalfa benzeri bir bakıcı düzeni olan, ulaşımı kolay bir yerleşkede, bahçeli, yeşil alanı bol, içinde çocuk kreşi de olan bir yerleşim yeri olmalıdır.

Bu kurumların devletin evde bakım hizmeti ödeneğinden yararlanması için yasal

düzenleme yapılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELER

Yaşlı bakımevleri, yaşlı sağlığı, bakım evleri organizasyonu

KULLANILAN KAYNAKLAR

Kişisel görgü ve deneyimleri

EVDE BAKIM VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE SOSYAL ÇALIŞMACILARIN/SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ROL VE SORUMLULUKLARI

Doç. Dr. Bilge ÖNAL DÖLEK
Turgut Özal Üniversitesi, Sosyal Hizmetler Bölümü

Evde bakım; yaşlıların gereksinim duydukları, ancak tek başına ya da evde bulunan aile bireylerinin koşulları nedeniyle gideremedikleri gereksinimlerini, yaşlı bireyi sosyal çevresinden ayırmadan, kendisini ve aile üyelerini destekleyici çeşitli hizmetlerin sunumunu ve yaşlı bireylerin yaşamlarını kendi evlerinde sürdürmelerine yönelik "özbakım" hizmetlerini içeren, ekip çalışması anlayışına dayalı bir hizmet modelidir.
Evde sağlık ise yaşlı bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin niteliği ve niceliğinin önceden değerlendirilmesi koşuluyla yaşadıkları ev ortamında ekip çalışması anlayışıyla sunulan bir sağlık hizmetleri sunum modelidir.

1988 yılında İngiltere'de yayınlanan "Griffiths Raporu"nda sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanının evde bakım ve hizmetlerindeki rol ve sorumlulukları; yaşlı bireyin ve yakınlarının gereksinimlerinin belirlenerek uygun hizmetlerin ev ortamına götürülmesi, evde bakım hizmet süreci ile ilgili kısa ve uzun vadeli müdahale planlarının hazırlanması, ekip çalışması kapsamında disiplinlerarası koordinasyon ve eşgüdümün sağlanması, yaşlı bireyin ve yakınlarının güçlendirilmesi, problem çözme kapasitelerinin arttırılması…şeklinde tanımlanmıştır (Kraan, Baldock ve diğerleri, 1991).

Sosyal hizmet mesleği; koruyucu-önleyici, rehabilite edici, izleyici olmak üzere üç temel hizmet çerçevesinde uygulamalarını gerçekleştirmekle sorumludur. Evde bakım ve sağlık hizmetlerinde sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanının rol ve sorumlulukları da bu üç temel hizmet altında çeşitlenmektedir. Sunulacak olan bildiri tam metninde evde sağlık ve evde bakım hizmetlerinde sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanının rol ve sorumlulukları bu üç temel hizmet çerçevesinde ve ekip çalışması anlayışına dayalı olarak detaylı bir biçimde anlatılacaktır.

ANAHTAR KELİMELER

Evde Sağlık, evde bakım, sosyal çalışma/sosyal hizmet, sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı

KULLANILAN KAYNAKLAR

Kraan, R.,J. B. ve diğerleri (1991). **Care For The Elderly Significant Innovations In Three European Countries.** USA. Westviev Press.

Sevil, H.T.,(2005), **Yaşlılığın Sosyal Anatomisi.** SABEV, Ankara.

Aiken, R. L. (1995). *Aging: an introduction to gerontology.* London: Sage Publications.

Akdemir, N. (2002). Yaşlılarda evde bakım ve yaşam kalitesine etkisi. Yeşim Gökçe Kutsal (Ed.). *Geriatri*.. Ankara: Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi. 235-241.

Johnson, L. C., Yanca, S. J.. (2007). **Social work practice: a generalist approach**. Boston, MA: Pearson Allyn and Bacon.

Önal Dölek, B. "*Evde ve Kurumda Uzun Dönemli Bakım*", İstanbul Tabip Odası Klinik Gelişim Dergisi, Yıl: (25) Temmuz 2012, Sayı:3.

EVDE BAKIM HİZMETLERİ KAPSAMINDA HEMŞİRENİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Derya Tülüce, Burcu Bayrak Kahraman, Naile Bilgili
Gazi Ün. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü

Evde bakım hizmetleri felsefe olarak; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici yaklaşımları esas alan sağlık ve sosyal hizmetleri kapsamaktadır. Evde sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetlerini kısmen içerse de çoğunlukla medikal bir hizmet olup, özel gereksinimi olan kişilerin evde sağlık bakım hizmeti alabilmesini kapsamaktadır.

Evde bakım hizmetleri kapsamlı ve karmaşık olup, etkin ve kaliteli bir hizmet sunumu için interdisipliner ve multidisipliner ekip anlayışı gerekmektedir. Bu nedenle ekip içinde yer alan her meslek grubunun görev yetki ve sorumluluklarının Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelikte açık olarak belirtilmesi önem taşımaktadır. Bu amaçla, evde bakım hizmetlerinin yürütülmesinde önemli yeri olan hemşirelerin Hemşirelik Yönetmeliği'nde de yer alan evde bakım hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları açıklanmaktadır.

Evde Bakım Hemşiresi, hemşirelik yönetmeliğinde belirtilen hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler.

2. Hemşirelik tanılama süreci kapsamında hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

3. Hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

4. Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

5. Hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

6. Ev ortamını bireyin/hastanın gereksinimlerine uygunluk ve güvenliği yönünden değerlendirir.

7. Bireyin günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, çevre düzenlemesi ve sosyal gereksinimlerin karşılanmasında görev alan bakım destek elemanlarının denetimini yapar, gerektiğinde ilgililere bildirimde bulunur.

8. Birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacının belirler ve yerine getirir.
9. Gereksinim duyulan sağlık bakımını alabilmeleri için mevcut kaynaklara ulaşmada hasta ve yakınlarına yardımcı olur.
10. Bireyin bakıma ilişkin öneri, istek ve şikâyetlerini dinler, değerlendirir, çözüm üretir ve gerekli durumlarda ilgili birimlere yönlendirir.

ANAHTAR KELİMELER

Evde bakım, hemşirelik bakımı, evde bakım hemşiresinin görevleri

KULLANILAN KAYNAKLAR

1. T.C. Resmi Gazete, 27515, 03 Mart 2010, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.
2. T.C. Resmi Gazete, 29280, 27 Şubat 2015, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Yönelik Yönetmelik
3. http://www.eldercare.gov/ELDERCARE.NET/Public/Resources/Factsheets/Home_Health_Care.aspx
4. http://ailehekimligi.gov.tr/genel-mevzuat/yoenergeler/603-salk-bakanlnca-sunulan-evde-salk-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar-hakknda-yoenerge-.html

SPORCU YAŞLILARDA EMEKLİLİK DÖNEMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Ezgi UYRAL
Akdeniz Üniversitesi, Gerontoloji-Öğrenci

Özet

Sporu elit düzeyde, profesyonel olarak sürdüren bireyler, genellikle yeni davranışlar ve yetenekler öğrenme imkanı bulamamakta ya da ihtiyaç duymamaktadır. Bu bağlamda genellikle branşına göre değişse de yaşamın erken evresinde profesyonel sporu bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Genelde orta yaş dönemine gelen bu evrede birey topluma adapte olamamakta ve dezavantajlı konuma düşmektedir. Toplumlarda emeklilik süreci ve öncesi zor bir dönemdir. Çünkü çoğu birey bu döneme kendini hazırlamamaktadır. Bununla birlikte sporcular da ise bu süreç daha zorlu bir dönemi işaret etmektedir.. Profesyonel sporcuların, gönüllü ya da gönülsüz olarak emekliliğe geçiş süreci zor ve travmatik bir durum halini almaktadır. Profesyonel sporcular, bu süreçte ağır psikolojik, biyolojik ve sosyal zorluklarla baş başa kalmaktadır. Ülkemizde sportif anlamda yeterlilik düzeyi tartışılabilir düzeydedir. Çünkü toplumun yapısıyla paralel olarak spora teşvik çalışmaları tam anlamıyla daha yeni başlamıştır. Ebeveynlerin çocuklarını spora yönlendirmeleri çağa uygun olarak yeni şekillenmektedir. Peki spora teşvik çalışmaları devam ederken sporu elit düzeyde yapan insanlar kariyer sonrası dönemde yani emeklilik ve yaşlılık süreçlerini nasıl planlamaktadır. Bu çalışmanın amacı, sporcuların; profesyonel olarak sürdürdükleri spor hayatlarına son verme planı, süreci ve emeklilik döneminde yaşam şekillendirmelerini ortaya koymaktır. Çalışmanın sonucu olarak, sporu bırakma öncesi, esnası ve sonrasında sporcuların oldukça zor bir süreç geçirdikleri ve sporda emeklilik sonrası, yaşlılık döneminde hayatlarını düzene sokmada yardıma ihtiyaç duydukları söylenebilir. Bu dönemde sporcuların ne türde ve ne düzeyde yardıma ihtiyaçları vardır?

ANAHTAR KELİMELER

Yaşlılık, emeklilik, spor, elit sporcu

KULLANILAN KAYNAKLAR

1. McPearson B.P.(1980). Retirement from Professional Sport, The Process And Problems of Occupational And Psychological Symposium, 30: 126-143

2. Gall, T.G. and R. Evans, 2000. Pro-retirement expectations and the quality of life male retires in later retirement. Canadian Journal of Behavioral Science, 32:187-197

3. Kerr G, Dacyshyn A.(2000). The Retirement Experiences of Elite Female Gymnasts, Journal Applied of Sport Psychology, 12; 115-133

4. Atchley, R.C., (1988). “Social forces and aging”, Belmont C.A., Wadswort, pp: 54

5. Nakuda J D. (2009). The Effect of Retirement on Vigorous Physıcal Activity Controlling for the Socio-Demographic Variables of Ages, Gender, Education, İncome,Race, and Perceived Health Status Affect. Phd Thesis , University of Nebraska.

6. Pearson R., Petitpas A. (1990) Transition of athlets: Pitfalls and Prevention. Journal of Counseling & Development,69: 7-10

7. Kasapoğlu,M., Çon,M.ve Taşmektepligil,Y.(2012) Üst Düzey Sporlardan Emekliliğin Psikolojik Etkileri Üzerine Bir Çalışma. Akademik Bakış Dergisi.29.1-17

8. Kasapoğlu,M. ve Tunçkol,M.(2012). Sporda Emeklilik Olgusu ve Emeklilik Uyum Modelleri.ASOShttp://asosindex.com/journal-article stractid=26297#.VHhmG_msU7

9. Sinnott,R.(2012) The Effect of Dietary Supplements on the Quality of Life of Retired

   Professional Football Players

SPORCULARIN EMEKLİLİK DÖNEMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Yrd.Doç.Dr. Türkan Yılmaz | Ezgi Uyral

ÖZET

Profesyonel sporcuların, gönüllü ya da gönülsüz olarak emekliliğe geçişi zor ve travmatik bir durum halini almaktadır. Sporu bırakma esnasındaki değişimler kişilerin psikolojik durumlarını, yeteneklerini ve yaşam kalitelerini etkileyebilir (Erpic ve ark., 2004). Profesyonel sporcular, yüksek derecedeki müsabaka sporlarını sonlandırırken, farklı meslek gruplarındaki akranları hayata neredeyse yeni başlamakta, evlenmekte, çocuk sahibi olmaktadır (Pearson ve Petitbas, 1990).

Mcknight emeklilikte problemler genellikle kimlik ve özsaygı kaybıyla ilişkilidir diye açıklamıştır.(Aktaran: Bayrak, Çon &Taşmektepligil (2012)) Toplumsal normlar neticesinde şekillenen emeklilik olgusu kavramı ile birlikte birey, geçmişte büründüğü kimliği bırakıp, kendine yeni roller ve sorumluluklar yükleyen yeni bir toplumsal konuma geçer. Emeklilik kişinin kalan yaşam sürecinde hayatını nasıl şekillendireceğini doğrudan etkileyecek olan faktördür. Çünkü birey emeklilikle birlikte toplumdaki konumuna uygun olarak zamanlarını düzenleyecektir.

Bu bağlamda yapılan çalışmanın amacı; sporcuların emeklilik dönemlerine geçiş süreci ve bu süreçte karşılaştıkları sorunları algılamak ve bunlara çözüm önerileri sunabilmektir.

GRAFİK 1. Türkiye'de lisanslı sporcu sayıları

TABLO 2. Yaş gruplarına göre referans ayda spor faaliyetlerine katılım oranları

METODOLOJİ

Katılımcılar kartopu örneklem tekniğiyle belirlenmiştir. Profesyonel olarak elit düzeyde spor yapmış otuz beş yaş üstü 10 birey ile görüşülmüştür. Katılımcıların 2'si kadın, 8'i erkektir. Araştırmada yarı yapılandırılmış soru kağıdı ile derinlemesine mülakat tekniği kullanılmıştır. Araştırma üç başlık altında toplanmıştır; Kariyer dönemi, kariyer sonrası ve ilerleyen yaş dönemi.

TABLO 2. Katılımcıların ortalama yaş özellikleri

KATILIMCILARIN	ORTALAMA
Bugün ki yaşları	40.6
Spora başlama yaşları	11.0
Aktif spor yapma yıl	16.3
Aktif sporu bırakma yaşları	26.9

BULGULAR

KARİYER DÖNEMİ

Katılımcılar kariyer dönemlerinde odak noktalarını spor olarak belirlemişlerdir. Bu bağlamda eğitim ve sosyal hayatlarında aksaklıklar yaşamışlardır. Bu da bireylerin toplumdan soyutlanmalarına neden olmuştur.

KARİYER SONRASI

Bu dönemde bireyde kendini sporu bırakmaya hazır hissetmeme, emeklilik kaygısı, topluma entegre olamama ile ilgili sorunlarla birlikte en önemlisi statü kaybı göze çarpmaktadır. Bireyler özellikle statü kaybına adapte olmaya aynı zamanda beraberinde ki sorunlarla baş etmeye çalışmaktadır.

İLERLEYEN YAŞ DÖNEMİ

Katılımcılar 65 yaş ve üzeri dönem için sporun içinde yer almak istediklerini, sporu hayatlarından uzaklaştıramayacaklarını ve durumlarına uygun olarak spor yapmaya devam edeceklerini belirtmişlerdir. Toplumsal hayatta birey olarak var olmaya devam etmek istediklerini de belirtmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların, kariyer sonrası döneme geçişte problemler yaşadığı görülmüştür. Emeklilik döneminde bireyler psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak sorunlar yaşamaktadır. Bireyler hem toplumda var olmaya hem de sorunlarla başa çıkmaya çalışmaktadırlar. Bunların yanı sıra bireylerde **eğitim düzeyi, aktif sporculuk harici herhangi bir meslek sahibi olma durumu, sosyal güvenliğe sahip olma ve kadın olma** hem kariyer dönemini hem kariyer sonrası dönemi etkilemektedir. Özellikle sosyal güvenliğe sahip olma durumu bireylerin emekliliğe adapte olma durumlarını etkilemektedir. Ülkemiz sporcuların kariyer sonrasına geçiş, emeklilik ve ilerleyen yaş dönemi için sorunlara karşı çözümler oluşturulmalıdır. Bireylere oluşturulacak çözümler neticesinde hizmetler sunulmalı, bireylerin toplumun içinde var olmaları sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA
Erpic SC. Wylleman P. Zupancic M. The Effect of Athletic and Non-athletic Factors on the Sport Career Termination Process, Psychology of Sport and Exercise, 2004; 5: 45-59
Pearson R., Petitpas A. (1990) Transition of athletes: Pitfalls and Prevention. Journal of Counseling & Development,69: 7-10
Kasapoğlu,M., Çon,M.ve Taşmektepligil,Y.(2012) Üst Düzey Sporlardan Emekliliğin Psikolojik Etkileri Üzerine Bir Çalışma. Akademik Bakış Dergisi.29.1-17

BESLENME KÜLTÜRÜNÜN AKTARILMASINDA YAŞLILARIMIZ

(Kapadokya Bölgesi Örneğinde)

Arş. Gör. Eda BAŞMISIRLI, Yrd. Doç. Dr. Meltem SOYLU
Nuh Naci Yazgın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ : Tarihi M.Ö. 3000'lere dayanan Kapadokya kendine özgü coğrafik yapısı ile gelişmiş bir kültür birikimine sahiptir. Bölgenin bu özelliği, beslenme kültürüne yemeklerin ve beslenme uygulamalarının çeşitliliği ile yansımıştır. Ancak hızla küreselleşen dünya ve modern beslenme alışkanlıklarının yaygınlaşması ne yazık ki tarihler boyu süregelen beslenme kültürünün sürdürülmesini engellemektedir. Yeni yetişen genç kuşakların bu kültür zenginliğini öğrenerek geleceğe aktaracağı yeterli düzeyde ve doğru bilgi kaynaklarının bulunmaması bunun en önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Çalışmada kendinden önceki nesillerden devir aldığı, uygulamalarıyla beslenme kültürünün oluşmasına katkı sağlayan en doğru bilgi kaynağı olarak değerlendirilen yaşlılarımızdan Kapadokya Bölgesinin beslenme alışkanlıkları ve uygulamalarına yönelik bilgi edinilmesi, bunların değerlendirilmesi ve yeni kuşaklara aktarılabilmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde en çok turisti çeken bölgenin beslenme kültürü ile de tanıtılmasının önemli olacağı düşünülmüştür. Çalışmada o bölgede doğup yetişen yaşlılar ile odak grup görüşmeleri yapılarak, uygulamalar yerinde gözlemlenmiştir. Bölgede yüzyıllardır geleneksel olarak yapılan çanak çömlekçilik halen devam etmekte olup çanaktan tabaklar, testiler, çömlekler ve güveçler mutfaklarda ve yemek servisinde kullanılmaktadır. Bu bölgede üzüm yetiştiriciliği oldukça eski zamanlara dayanmaktadır. Dolayısı ile Kapadokya mutfak kültüründe üzüm önemli bir yere sahiptir. Şeker tüketiminin kısıtlanması gerektiği bugün tüm sağlık otoriteleri tarafından önemle vurgulanmaktadır. Ne yazık ki günümüzde aşırı derecede tüketilen şeker, Kapadokya' da çok az kullanılmıştır. Şekersiz yapılan üzüm hoşafları, pekmezler ve pekmezlerden yapılan helvalar, bulamaçlar sağlıklı olan tatlı seçeneklerini oluşturmuştur. Ayrıca glisemik indeksi düşük ve posa içeriği yüksek olan tam buğday ve çavdar ekmeğinin tüketim oranının oldukça yüksek olduğu dikkat çekicidir. Ayrıca tuz ve yağ eklenmeden yapılan çorba çeşitleri sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kültüre olan önemli bir yansımasıdır. Kapadokya yöresinde yaşayan yaşlılardan öğrenilen yöresel yemekler ve bu yemeklerin içerikleri aşağıda özetlenmiştir.

Kesti Kebabı: Doğranan kuş başı etler, karabiber, domates, sarımsak, sivri biberle harmanlanarak testinin içine yerleştirilir. Üzerine tereyağı döküldükten sonra testinin ağzı hamurla kapatılır. Sonra testi ateşin üstünde 2 saat bekletilir. En sonunda kırılarak içindeki muhteşem lezzet açılıp yenmeye başlanır. Kapadokya yemeklerinden en bilineni ve popüleridir.

Çömlek Fasulyesi: Kuru fasulye, odun ateşinde haşladıktan sonra doğranmış etlerle birlikte bir çömleğin içine konur. Üzerine su dökülür. Önce kısa bir süre közde pişirilir, sonrasında soğan ve salça ilave ettikten sonra da tekrar pişirilir.

Düğü Çorbası: Düğü adı verilen ince bulgur ile yapılır. Tereyağı ve salça kavrulduktan sonra su ilave edilir ve içine düğü atılır (Düğü,ince bulgurun yöredeki adıdır.)

Sütlü Çorba: Kaynatılan bulgura süt ilave edilerek hazırlanır. Çok sık tüketilen Kapadokya yemeği turistlerin de beğenisini kazanmaktadır.

Nohutlu Yahni: Koyun eti soğanla birlikte kavrulur. Malzemeler nohutla birlikte çömleğe konur. Su ve salça ilave edildikten sonra tandırda pişmeye bırakılır.

Gendime: Soğan ve salça tereyağı ile kavrulur. İçerisine yarma eklenir. Diğer yanda kurutulmuş kemik çömleğin altına konur. Üzerine kavrulmuş yarma eklenir ve su koyulur. Tandırda pişirilir.

Dıvıl: Haşlanmış patates bulgur ile yoğrulup küçük köfteler halinde kızartılır. Geleneksel Kapadokya yemekleri arasında yer alır.

Ayva Dolması: Ayvaların içi oyulduktan sonra düğü ve kıyma karışımı ile doldurulur. Tepsiye yerleştirilir. Üzerine su ve pekmez dökülür.

ANAHTAR KELİMELER

Yaşlılar, odak grup, Kapadokya, beslenme kültürü

KULLANILAN KAYNAKLAR:

Odak grup görüşmeleri Kapadokya yöresinden yaşlılar- 12 kişi

Ayşe BAYSAL- Beslenme,2007, Hatipoğlu Yayıncılık

Ayşe Baysal, Beslenme Kültürümüz, T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Geleneksel El Sanatları / Kültür Eserleri Dizisi, 3. Baskı, 2002

YAŞLIDA AĞRI: BAŞARISIZ BEL CERRAHİSİ ARDINDAN BEL AĞRISI ÇEKEN 60 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA EPİDUROSKOPİ SONRASI RAHATLAMA DÜZEYİ

Fulya UZUNER
Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü-Öğrenci

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ

Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı'na (1979) göre ağrı, var olan veya olası doku hasarı ile ilgili veya bu hasarla açıklanabilen hoş olmayan duyusal ve duygusal bir deneyimdir. Ağrı konusunda çeşitli teoriler ortaya atılmış olsa da günümüzde yaygın olarak kabul gören teori Melzack ve Wall (1965) tarafından ortaya koyulan Kapı Kontrol Teorisi'dir. Bu teoriye göre belirli bir eşik değerini aşmayan uyaranlar ağrı olarak algılanmaz. Ağrı kaynağına, süresine ya da bölgesine göre çeşitli biçimlerde sınıflandırılabilir. Ağrının tedavisi ise ağrının biçimine göre şekillenir. Ağrının, bireyde korku, kaygı, üzüntü, depresyon, öfke gibi negatif duygularla pozitif bir ilişkisi de vardır. Dolayısıyla ağrının tanısı ve tedavisi oldukça karmaşık süreçler içermektedir. Patolojik sebeplerle meydana gelen ağrıda tanı ve tedavi için başvurulan etkili yollardan biri de epiduroskopidir.

Bu çalışmanın amacı Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu (BBCS) nedeniyle oluşan kronik ağrı yaşayan 60 yaş ve üzeri hastalarda epiduroskopi sonrası rahatlama düzeyini değerlendirmektir.

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı Algoloji Bilim Dalı'nda epiduroskopi uygulanmış, her iki cinsiyetten yaşları 60 ile 84 arası değişen (ortalama= 70), BBCS yaşayan 16 (%75 kadın, %25 erkek) hastayla çalışılmıştır. Etik kurul izni alındıktan sonra hastalara telefon ile erişilerek standart soru kâğıdı uygulanmıştır.

Yapılan analiz sonuçlarına göre uzun dönem takiplerinde hastalarda epiduroskopi sonrası yeniden ağrı gözlemlenmiştir. Günlük Yaşam Aktivitelerinde rahatlama ortaya çıkmamış ancak Araçsal Günlük Yaşam Aktivitelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir rahatlama gözlemlenmiştir (z_w= -2,746, p= 0,0002). Öte yandan hastaların %81,3'ünde ağrı kesici kullanım miktarı azalmış, %18,8'inde ise ağrı kesici kullanım miktarı değişmemiştir (z_w= -3,272, p= 0,0001).

Ağrı sübjektif bir durumdur ve bireyleri sadece fiziksel olarak değil, psikolojik ve emosyonel olarak da etkiler. Bu nedenle yaşa bağımlı olmaksızın her bireyin ihtiyacı olan, gerekli ve uygun ağrı tedavi yöntemlerinden faydalanması yadsınamaz bir

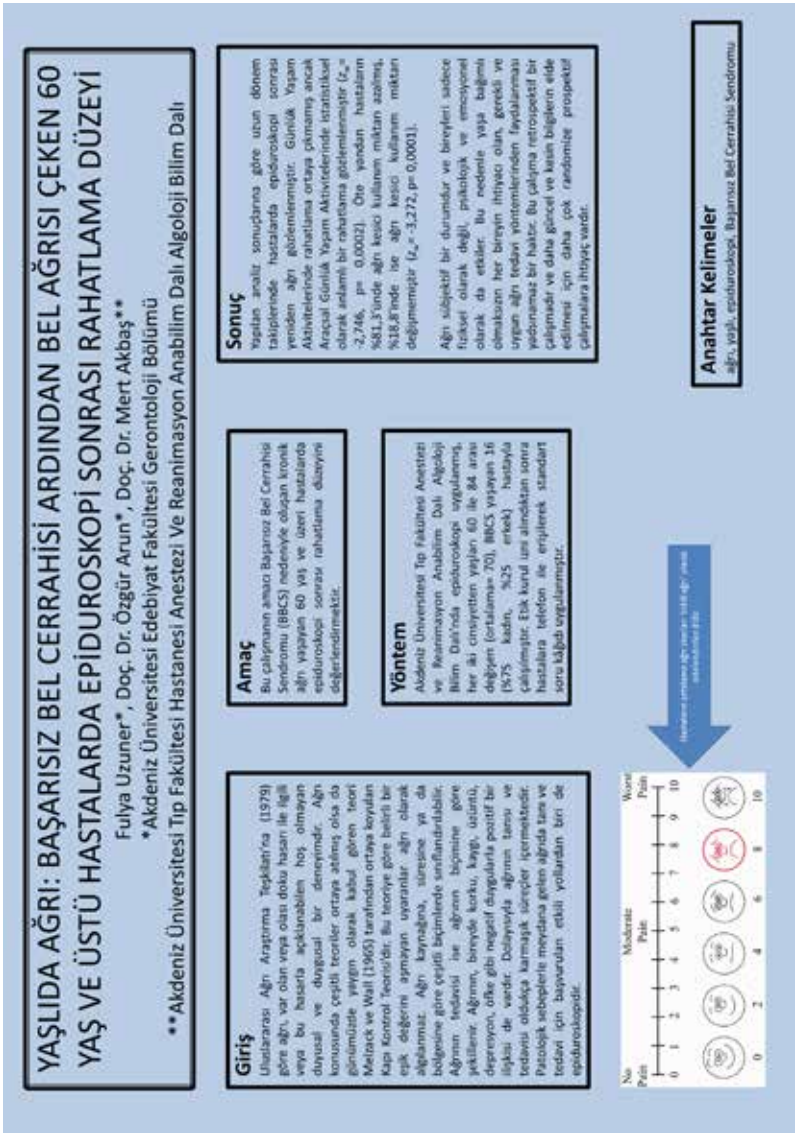
haktır. Bu çalışma retrospektif bir çalışmadır ve daha güncel ve kesin bilgilerin elde edilmesi için daha çok randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER

ağrı, yaşlı, epiduroskopi, Başarısız Bel Cerrahisi Sendromu

KULLANILAN KAYNAKLAR

Uzuner, F., 2015. *Lisans Bitirme Tezi*.



YAŞLILARIN TELEVİZYON İZLEME ALIŞKANLIKLARI: ANTALYA ÖRNEĞİ

Hatice Selin IRMAK/Doç. Dr. Özgür ARUN
Gerontolog

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ

Son 100 yılda sosyoloji alanında yapılmış nicel ve nitel çalışmalara bakıldığında; özellikle son 20-30 yılda açıklamaların veya anlama pratiklerinin sınıf, toplumsal cinsiyet, kültür gibi kavramlarla gerçekleştirilmeye çalışıldığı görülmüştür. Kültürel tüketim ve kültürel tüketim alışkanlığı meselesi bunların en önemlileri arasında yer almaktadır. Türkiye'deki kültürel tüketim pratiklerine bakıldığında, televizyon kadar hayatın içine yerleşebilmiş başka hiçbir aktivite bulunmamaktadır. Bu çalışmada, televizyonun en geniş izleyici kesimi arasında yer alan yaşlıların televizyon izleme alışkanlıkları, teknolojik sahiplik durumu, aktiflik durumu ve motivasyon düzeyi alt boyutları kapsamında, öznel ve toplumsal değişkenler çerçevesinde incelemiştir. Bu bağlamda saha araştırması Antalya şehir merkezinde yaşayan 60 yaş ve üzerindeki 114 yaşlı bireye televizyon izleme alışkanlıklarını ölçmek üzere hazırlanmış soru formunun uygulanması şeklinde gerçekleştirilmiştir. Toplanan veriler SPSS Programı aracılığı ile analiz edilerek, betimleyici istatistikler ve hipotez testleri gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda yaşlıların en çok izledikleri program türleri arasında haber programları, yerli diziler ve yarışma programları yer almaktadır. Kadın yaşlılar günde ortalama 5,1 saat, erkek yaşlılar ise 3,7 saat televizyon izlemektedirler. Yaşlıların %1,9' u yoğun aktif, %53,5' i motivasyon düzeyi yüksek, %43,9' u ise yüksek teknolojik sahipliği olan izleyicilerden oluşmaktadır. Sonuç olarak bireylerin televizyon izleme alışkanlıkları sosyodemografik (cinsiyet, medeni durum, yaş) ve sosyoekonomik özellikleri (gelir durumu, eğitim durumu) açısından değerlendirildiğinde; medeni durumları, öğrenim durumları, gelir durumları televizyon izleme alışkanlıklarına etki eden faktörler arasında yer almaktadır.

ANAHTAR KELİMELER

Yaşlı, Kültürel Tüketim, Televizyon, Televizyon İzleme, İzleme Alışkanlığı

KULLANILAN KAYNAKLAR

- Arun, Ö. (2010). *Türkiye'de Televizyon Alanının Sosyal Yapısı Ve Televizyon Alanında Kültürel Tüketim Pratikleri*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.

- Çamlıbel, D. (6 Eylül 2012). *Marx'a Karşı Bourdieu: Sermaye ve Kültür – Kültürel Aktarım ve Tahakküm.* 20 Şubat 2015, http://www.kavramveduyum.com/2012/09/marxa-kars-bourdieu-sermaye-ve-kultur.html.

-Göker, G., Alpman, P.S. (2011). Tüketim Toplumuna Sinemasal Bir Yaklaşım: Fight Club. *Atatürk İletişim Dergisi,* (1), 111-130. 17 Şubat 2015, http://perweb.firat.edu.tr/personel/yayinlar/fua_1664/1664_60784.pdf.

- Hürmeniç, P., Baban, E. (2012). Sımmel, Veblen Ve Sombart'ın Penceresinden Hedonik Tüketim: Ütopyada Negotium Ve Otium. *Global Media Journal,* (4), 87-101. 18 Şubat 2015, http://globalmediajournaltr.yeditepe.edu.tr/makaleler/GMJ_4._sayi_Bahar_2012/pdf /Hurmeric_Baban.pdf.

- Koçak, A. ve Terkan, B. (2010). *Medya ve Yaşlılar: Yaşlıların Medya İzleme Davranışları ve Motivasyonları.* Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları.

- Tuna, M. (Ed.). (2013). *Uluslararası Katılımlı 7. Ulusal Sosyoloji Kongresi Bildiriler Kitabı-Yeni Toplumsal Yapılanmalar: Geçişler, Kesişmeler, Sapmalar.* Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi. 10 Şubat 2015, http://www.sosyolojikongresi.org /ekitap/Cilt%201. pdf.

- Türkoğlu, N. (2010). *Toplumsal Dönüşümler ve Medyada İzleyici Katılımı*. Ankara: TÜBİTAK. Proje No: SOBAG -110K004. 12 Şubat 2015, http://www.cost-transforming-audiences.eu/system/files/pub/nt_research_report2010.pdf.

YAŞLILARIN TELEVİZYON İZLEME ALIŞKANLIKLARI: ANTALYA ÖRNEĞİ

Hatice Selin IRMAK
Danışman: Doç. Dr. Özgür ARUN
Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü, selinirmak07@gmail.com
Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü, arun@akdeniz.edu.tr

GİRİŞ

TEORİK ARKA PLAN: Son 100 yılda sosyoloji alanında yapılmış nicel ve nitel çalışmalara bakıldığında; özellikle son yıllarda açıklamaların veya anlama pratiklerinin sınıf, toplumsal cinsiyet, kültür gibi kavramlarla gerçekleştirilmeye çalışıldığı görülmüştür (Türkoğlu, 2010; Tuna, 2013). Kültürel tüketim ve kültürel tüketim alışkanlığı bunların en önemlileri arasında yer almaktadır (Arun, 2010; Çamlıbel, 2012; Göker ve Alpman, 2011, Hürmeniç ve Baban, 2012). Türkiye'deki kültürel tüketim pratiklerine bakıldığında, televizyon kadar hayatın içine yerleşebilmiş başka hiçbir aktivite bulunmamaktadır. Bu çalışma, televizyonun en geniş izleyici kesimi arasında yer alan yaşlıların televizyon izleme alışkanlıklarını sosyo-demografik ve sosyoekonomik değişkenler çerçevesinde incelemiştir.

AMAÇ: Bu araştırmanın temel amacı televizyonun en geniş izleyici kesimi arasında yer alan yaşlıların televizyon izleme alışkanlıklarının saptanmasıdır.

METODOLOJİ

Örneklem Tekniği: Araştırmanın örneklemini olasılıklı olmayan örneklem tekniklerinden Amaca Yönelik Örneklem Tekniği ve Kartopu Örneklem Tekniği kullanılarak ulaşılan Antalya'da yaşayan 60 yaş ve üstü 114 yaşlı kadın ve erkek birey oluşturmaktadır.

Veri Toplama Tekniği: Yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak katılımcılara televizyon izleme alışkanlıklarını ölçmek üzere hazırlanmış soru formu uygulanmıştır.

Analiz Tekniği: Toplanan verilerin analizi SPSS Paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

ARAŞTIRMA SORUSU

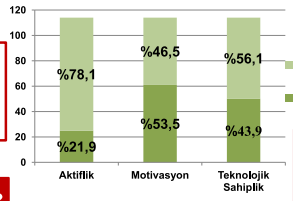
"Televizyonun en geniş izleyici kitleleri arasında yer alan yaşlıların; televizyon izleme alışkanlıklarını etkileyen faktörler nelerdir?"

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Kültürel Tüketim, Televizyon, Televizyon İzleme, İzleme Alışkanlığı

BULGULAR ve TARTIŞMA

Yaşlılar neler izliyor?

Haber → %95,6
Yarışma Programları →%74,6
Yerli Diziler → %71,9



Yaşlılar kaç saat tv izliyor?

* Kadınlar: **5,1 saat**
* Erkekler: **3,7 saat**

Yaşlılar neleri izlemiyor?

* Kültür-sanat programları
* Kuşak programları
* Ekonomi programları

YAŞLILARIN

%78,1'i aktif - **%21,9'u** yoğun aktif

%46,5'i motivasyon düzeyi düşük - **%53,5'**i motivasyon düzeyi yüksek

%56,1'i düşük teknolojik sahipliği olan - **%43,9'u** yüksek teknolojik sahipliği olan

Yaşlıların **%56,1'i** televizyonu en çok aileleri ile birlikte izliyor.

Yaşlılar en çok **hafta içi** televizyon izliyor.

Her yaşlının evinde ortalama **2** tane televizyon var.

Yaşlıların %57,9'u **plazma-LCD** türünde televizyona sahip.

SONUÇ

→Bireylerin televizyon izleme alışkanlıkları sosyo-demografik (cinsiyet, medeni durum, yaş) ve sosyoekonomik özellikleri (gelir durumu, eğitim durumu) açısından değerlendirildiğinde; medeni durumları, öğrenim durumları, gelir durumları televizyon izleme alışkanlıklarına etki eden faktörler arasında yer almaktadır.

→Yaşlıların televizyon izlemeye çok fazla zaman ayırmaları onlara yönelik sosyal aktivitelerdeki eksikliği de ortaya koymaktadır. Dolayısıyla yaşlıların sosyal yaşama katılımlarına ilişkin çalışmalar yürüten kurum ve kuruluşların sosyal politikalar geliştirerek yaşlıların yaşam kalitelerinin artmasına,, daha aktif ve mutlu bireyler olarak yaşamlarını devam ettirmelerine olanak sağlaması gerekilir.

KAYNAKÇA

•Arun, Ö. (2010). *Türkiye'de Televizyon Alanının Sosyal Yapısı Ve Televizyon Alanında Kültürel Tüketim Pratikleri*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi.
•Cumhuriyet, D., (5 Şubat 2012). *Merve'nin Kavga Bisiklileri, Sarmaşık ve Kültür-Kültürel Anlamın ve Tahakküm*. 20 Şubat 2015, http://www.kavgamerveyen.com/2012/05/merve-nin-kavga-bisiklileri-sarmasik-ve-kultur.html.
•Göker, G., Alpman, R.S. (2011). Tüketim Toplumuna Sinemasal Bir Yaklaşım: Fight Club, *Atatürk İletişim Dergisi*, (1), 11-130, 17 Şubat 2015, http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ataunidfd/article/view/5000115568/5000102647.pdf.
•Hürmeriç, R., Baban, E. (2012). Sermaye Yoğun Ve Sembolik Perakendeciler Hedonik Tüketim Ürünlerini Nasıl Satıyor? Bir Okuma, *Global Media Journal*, (4), 87-101, 18 Şubat 2015, http://akademikperspektif.com/wp-content/uploads/2012/04/GMJ_4_sayi_Bahar_2012.pdf#page=87.
•Koçak, A. ve Terlan, B. (2010). *Medya ve Yaşlılar: Yaşlıların Medya İzleme Davranışları ve Motivasyonları*. Konya: Çizgi Kitabevi Yayınları.
•Tuna, M., Ed.), (2013). *Uluslararası Katılımlı 7. Ulusal Sosyoloji Kongresi Bildiriler Kitabı-Yeni Toplumsal Yapılanmalar: Gerçekler, Kavramlar, Sapmalar*. Muğla: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, 10 Şubat 2015, http://www.sosyolkongresi.org.tr/kitap/CILT01.pdf.
•Türkoğlu, N. (2010). *Toplumsal Dönüşümler ve Medyada İzleyici Kalıtımı*, Ankara: TÜBİTAK, Proje No: SOBAG-1106304, 12 Şubat 2015, http://www.osmanfarukmemisoglu.com/wp-content/files/publish_research_paper/2010ozet.pdf.

"55 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERİN YAŞAM BOYU ÖĞRENME PRATİKLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA: ANTALYA KONYAALTI ASMEK ÖRNEĞİ"

Arife Gizem UYGUN
Akdeniz Üniversitesi Geronlotolji-Yüksek Lisans Öğrencisi

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ

Dünya'da meydana gelen toplumsal ve ekonomik değişim ve gelişimler demografik yapıyı etkilemektedir. Yaşlıların toplam nüfus içinde artması sonucu, bu süreçte ortaya çıkan öğrenme ve eğitim ihtiyacına karşı yaşam boyu öğrenme olgusu bu konuda kilit bir rol oynamaktadır. Araştırma, Antalya Konyaaltı ASMEK (Antalya Sanat ve Meslek Eğitimi Kurumu) merkezindeki kursiyerlerin yaşam boyu öğrenme pratikleri ve kurslara katılım nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Nitel bir araştırma olan çalışmanın katılımcı grubunu, 2014-2015 öğretim yılı içinde Antalya ASMEK merkezi kurslarına katılan ve halen devam eden 55 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Bireylere önce demografik özelliklerini belirlemek amacıyla 'Görüşmeci Bilgi Formu', daha sonra ise 'Araştırmanın Amacına Yönelik Yarı Yapılandırılmış Soru Formu' yöneltilmiştir.

Bireyleri yetişkin eğitimine yönelten kişisel faktörler arasında, kurslarda başarı olacaklarına ilişkin sahip oldukları özgüven, öğrenmeye karşı sahip oldukları olumlu tutum, kendilerine yararlı olacağı düşüncesi, yarar sağlama hedefi, öğrenmenin bir ihtiyaç olduğu algısı ve psikolojik olarak kendini iyi hissetme, günlük sıkıntı ve streslerden biraz da olsa uzaklaşma ihtiyacı yer almaktadır.

Katılımcıları kurslara yönelten toplumsal faktörler arasında ise, yaşlılık ve emeklilik gibi yaşam geçişleri, arkadaş ve çevre edinme ve sosyalleşme isteği, zamanlarının çok olması ve maliyet gibi katılımı engelleyen bir durumun olmaması, sosyal ve teknik becerilerinin gelişmesine olanak sağlayan bu kursların ücretsiz olması, kursların bireyleri geliştirmesi ve beklentilerini karşılaması yer almaktadır.

Bu anlamda yetişkin eğitimi faaliyetleri düzenleyen kurslar bireyin hayatla bağını koparmaması, sosyalleşmesi adına bir fırsat sunarak onlara aktif bir yaşam biçimi

kazandırmaktadır.

ANAHTAR KELİMELER

Yaşam Boyu Öğrenme, Yetişkin Eğitimi, Aktif Yaşlanma.

KULLANILAN KAYNAKLAR

Tezcan, F. (2012). Halk Eğitimi Merkezi Kurslarına Katılan Yetişkin Öğrenenlerin Güdüsel Yönelimleri . Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

Kılavuz, M., A. (2002). Yetişkinlik ve Yaşlılık Döneminde Eğitim ve Din Eğitiminin Önemi. T.C. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 2, 59-72

Yayla, D. (2009). Türk Yetişkin Eğitimi Sisteminin Değerlendirilmesi, Milli Eğitim Bakanlığı Eğitimi Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı (EARGED), Ankara

Özdemir, (bt.). Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11, 1

Poyraz, H. (2013). Türkiye'de Hayat Boyu Öğrenmenin Geliştirilmesi, Sakarya Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Eğitim Fakültesi

Hayat boyu öğrenme strateji belgesi, (2009), T.C. Milli Eğitim Bakanlığı

Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi (MEGEP). (2007). Hayat Boyu Öğrenme Strateji Belgesi, Ankara

Yazar, T. , (2012). Yetişkin Eğitiminde Hedef Kitle. Doktora Tezi, Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi

Oğuz, M., (2007). Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi

Erdoğan, A., (2012). Yaşam boyu Öğrenme: Kavram, Politika, Araçlar ve Uygulama. İstanbul Üniversitesi, Yüksek Öğretim ve Bilim Dergisi, 2, 72

Özen, Y., (2011). Algın Öğrenme Teorisi, Erzincan Üniversitesi. Eğitim Fakültesi

Türkiye›de Hayat Boyu Öğrenme Strateji Belgesi ve Eylem Planı, (2014-2018). Milli Eğitim Bakanlığı

Sağlam, M. ve Çıray, F., (2011). Türkiye'deki Üniversitelerin Sundukları Yaşam Boyu Öğrenme Uygulamaları ve Olanaklarının İncelenmesi

Duman, A., (2007). Yetişkinler Eğitimi. (Genişletilmiş İkinci Baskı).Ankara: Ütopya Yayınevi

Akman, G., N., (2014). Nicel ve Nitel Araştırma Yöntemleri. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversite

Karataş, S., E., (2009). Yetişkinlerin Eğitime Katılma Güdüsünü Etkileyen Psikolojik ve Toplumsal Faktörler. Yüksek Lisans Tezi,Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü

TÜİK, (2012-2013. Milli Eğitim İstatistikleri, Yaygın Eğitim

Dığrak, E., (2014). Meslek ve Hobi Edindirme Kursuna Katılan ve Katılmayan Kadınların Ruh Sağlığı Durumlarının Karşılaştırması. Yüksek Lisans Tezi, Konya Üniversitesi

Anonim, (2015). Yetişkin Eğitimin Anlamı. 10.04.2015. http://www.karanu.com/yetiskin-egitimi

Dönmez, Y., (2007). Yaşlılarda Teknoloji Kullanımı Üzerine Bir İnceleme "Eskişehir İli Örneği". Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu, Bursa

Demirbilek, S., (bt). Yaşlılık ve Emeklilik İlişkisinin Sosyolojik Boyutu. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi

Taşpınar, M., (2014). Mesleki Eğitimde Uzaktan Eğitim ve Toplumsal Algı. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 3, 4

EVDE YAŞAYAN YAŞLILARIN HUZUREVİNDE YAŞAMAYA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Gökçe ÇELİK
Akdeniz Üniversitesi-Gerontoloji Bölümü-Yüksek Lisans Öğrencisi

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ

Bu araştırma evde yaşayan yaşlıların huzurevinde yaşamaya ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma Ordu ili merkezinde ikamet eden 60 yaş üstü yaş grubundan 15 kişi ile görüşülerek yapılmıştır. Araştırma verileri açık uçlu sorulardan oluşan bir görüşme formu vasıtasıyla yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi tekniği kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; yaşlılar huzurevini kimsesizlerin yaşadığı yer olarak algılamaktadır ve huzurevinde yaşamayı çocukları bakmadıklarında ya da bakıma muhtaç olduklarında tercih etmektedirler.

ANAHTAR KELİMELER

Yaşlı, Huzurevi, Huzurevinde Yaşamaya İlişkin Görüşler

KULLANILAN KAYNAKLAR

1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2013. Erişim tarihi: 07.04.15. Erişim Adresi: http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/54292ce0369dc32358ee2a46/taya2013trk.pdf

1. Aközer, M., Nuhrat, C., Say, Ş. (2011), Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması, Aile ve Toplum Eğitim-Kültür Araştırma Dergisi, (7)27,103-127

2. Altındiş, S. & Yoldaş, Ö. (2013), Yaşlılarda Evde Bakım ve Yaşam Kalitesine Etkisi, M. Altındiş, (Ed.), Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları içinde, İstanbul Tıp Kitabevi

3. Ardahan, M. (2010), Yaşlılık ve Huzurevi, Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 25-32

4. Arpacı, F. (2009), Yaşlıya Bakan Kadınların Bakım Yüklerinin İncelenmesi, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, (1):61-72

5. Arpacı, F. & Ersoy, A. F. (2009). Evde Yaşayan Yaşlıların Huzurevinde Yaşamaya İlişkin Görüşleri, Aile ve Toplum Eğitim-Kültür Araştırma Dergisi 87-97

6. Arslantaş, D. (2012). Halk Sağlığı Bakışıyla Evde Bakım Hizmetleri Durum Tespiti. D. Aslan & M. Ertem (Ed.). Halk Sağlığı Sorunları içinde (80-86). Palme

Yayıncılık.

7. Arslan, A. (2004), Medyanın Birey, Toplum Ve Kültür Üzerine Etkileri, Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, 1-12

8. Arun, Ö. (2014), 'Que Vadis' Türkiye? 2050'ye Doğru Yaşlanan Türkiye'yi Bekleyen Riskler, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 32: 1-12

9. Bahar, A. & Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4)

10. Bahar, G., Bahar, A., Savaş, H. A. (2009), Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler, Fırat Saglık Hizmetleri Dergisi, 4(12):85-99

11. Bakıma Muhtaç Özürlülere Yönelik Resmi Kurum ve Kuruluşlar Bakım Merkezleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 21.10.2010. Resmi Gazete Sayısı: 27736. Erişim Tarihi: 11.04.2015. Erişim Adresi: http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/bakima-muhtac-ozurlulere-yonelik-resm%C3%AE-kurum-ve-kuruluslar-bakim-merkezleri-yonetmeligi

12. Beğer, T. & Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi. 25:1-3

13. Bulduk, E.Ö. (2014), Yaşlılık ve Toplumsal Değişim, Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2, 53-59

14. Caner, Ö. C., Gözün, G., Hilwah, A. & Gökçek, M. (2013), Yaşlı Dostu Şehirler: Kavramsal Çerçeve ve Örneklerle Değerlendirme (1.baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi

15. Cindoruk, M. & Şen, İ. (2009), Yaşlının Evde Bakımı, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 29:110-112

16. Çoban, M., Esatoğlu, A. E., İzgi, M.C. (2014), Türkiye'de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi, Türkiye Biyoetik Dergisi, 1(3): 154-76

17. Danış, M.Z., (b.t.), Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. Erişim tarihi: 07.04.15. Erişim yeri: http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/sosyal_boyut/yaslilik_yoksuluk_yanlizlik.pdf

18. Demir Çelebi, C. & Yukay Yüksel M. (2014), Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uygulamalarına Bir Bakış. Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi, 4(2):175-202

19. Doğan, C., 2007, Türkiye'de Yaşlılık ve Huzurevi Olgusu. F. Bayraktar, (Ed), Yaşlılık Dönemi ve Problemleri içinde (25-35). İstanbul: Enser Neşriyat Ticaret Anonim Şirketi.

20. Dönümcü, Ş. (2014). Makale Arşivi. Medya Huzurevi Algısını Nasıl Yönetiyor? Erişim tarihi: 30.03.2015 Erişim adresi: http://www.bianet.org/biamag/toplum/159758-medya-huzurevi-algisini-nasil-yonetiyor

21. Er, D. (2009). Psikososyal açıdan yaşlılık. Fırat Saglık Hizmetleri Dergisi, 4 (11): 131-144

22. Ersanlı, E. (2008), Yaşlıya Bakım Hizmetleri. E. Kurtman & M. Kalkan, (Ed), Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açıdan Yaşlılık içinde (184-189). Ankara: Pegem Akademi

23. Ersoy, S. Okçay, H. & Özkahraman, Ş. (2012), Kentleşmenin Yaşlı Üzerine Etkileri. Erişim tarihi: 07.04.15. Erişim yeri: http://www.akadgeriatri.org/manage-te/fu_folder/2013-02/html/2013-5-2-051-056.htm

24. Gökkoca, Z.U., Baharlıetik, N. (1999). Yaşlılık Döneminde Sosyal Hizmet Programları. H.Ü. Toplum Hekimliği Bülteni. 20: 3-4.

25. Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 21.02.2001. Resmi Gazete Sayısı: 24325. Erişim Tarihi: 11.04.2015. Erişim Adresi: http://www.eyh.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-ve-rehabilitasyon-merkezleri-yonetmeligi

26. Işık, C. (2002). Huzurevi ve Yaşlılık, Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı

27. İçli, G. (2004), Huzurevinde Kalan Yaşlılar Üzerine Bir Araştırma, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, 5-24

28. Kalkan, M. (2008). Yaşlılık: Tanımı, Sınıflandırması ve Genel Bilgiler. E. Kurtman & M. Kalkan, (Ed), Psikolojik, Sosyal ve Bedensel Açıdan Yaşlılık içinde (1-17). Ankara: Pegem Akademi

29. Kurumsal Bakım (Dünü Bugünü)., (b.t.), Erişim tarihi: 07.04.15. Erişim adresi: http://www.sosyalhizmetuzmani.org/turkiyedeyaslilar.htm

30. Mandıracıoğlu, A. (2010), Dünyada ve Türkiye'de Yaşlıların Demografik Özellikleri. Ege Tıp Dergisi (49)3, 39-45

31. Merriam, S. B. (2013), Qualitative Research A Guide to Desing and Implementation. (S. Turan, Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık

32. Milli Eğitim Bakanlığı, Aile Ve Tüketici Hizmetleri Yaşlı Bireylere Sosyal Destek Hizmeti Veren Kurum Ve Kuruluşlar, 2011, Erişim tarihi: 08.04.15. Erişim Adresi: http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ya%C5%9Fl%C4%B1%20Bireylere%20Sosyal%20Destek%20Hizmeti%20

Veren%20Kurum%20Ve%20Kurulu%C5%9Flar.pdf

33. Oğlak, S. (2008), Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (2.baskı). Hatay: İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları.

34. Oğlak, S. (2011), Türkiye'de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri, İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 13(4):115-130

35. Oğlak, S. (2014). Türkiye'de Yaşlının Uzun Süreli Bakımında Bakım Politikaları. S. Yazıcı & N. Korkmaz, (Ed), Küreselleşme ve Yaşlılık Eleştirel Gerontolojiye Giriş içinde (215-234). Ankara: Ütopya Yayınevi.

36. Öz, F. (b.t.). Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme, Kriz Dergisi 10(2): 17 – 28

37. Özel Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 07.08.2008. Resmi Gazete Sayısı: 26960. Erişim Tarihi: 11.04.2015. Erişim Adresi: http://www.eyh.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/ozel-huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-merkezleri-yonetmeligi

38. Saban, A., ve diğer. (2010), Eğitimbilim Alanında Nitel Araştırma Metodolojisi İle Gerçekleştirilen Makalelerin Analiz Edilmesi, Ahmet Keleşoğlu Eğitim Fakültesi Dergisi, 30: 125-142

39. Savaş, S. (2010). Avrupa ve Dünya'da Gündüz Bakım Evleri. Akademik Geriatri Dergisi. 132-136

40. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Sosyal Riski Azaltma Projesi Koordinasyon Birimi., (2006). Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi. Erişim tarihi: 29.03.2015. Erişim adresi: http://www.huzurevleri.org.tr/docs/YaslilaraSunulanSosyalHizmetlerinDegerlendirilmesi.pdf

41. Tezcan, S. & Seçkiner, P. (2012). Türkiye'de Demografik Değişim: Yaşlılık Perspektifi. D. Aslan & M. Ertem, (Ed), Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler içinde (1-8). Palme Yayıncılık

42. Tufan, İ. (2003), Modernleşen Türkiye'de Yaşlılık ve Yaşlanmak: Yaşlanmanın Sosyolojisi. İstanbul: Anahtar Kitaplar Yayınevi

43. Tufan, İ. (2007), 1. Türkiye Yaşlılık Raporu, Antalya: GeroYay.

44. Tufan, İ. (2014), Türkiye'de Yaşlılığın Yapısal Değişimi (1. Baskı). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları

45. Tufan, İ. (b.t.). Gerontolojiye giriş. Erişim Tarihi: 20.03.2015. Erişim Adresi: http://www.itgevakif.com/pdfs/Gerontolojiye_Giri%C5%9F_itufan_sicher.pdf

46. TÜİK. (2014), İstatistiklerle Yaşlılar, 2013, Haber Bülteni, Yayınlanma tarihi: 19.03.2014. Erişim Tarihi: 28.03.2015 Erişim Adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057

47. TÜİK. (2015), İstatistiklerle Yaşlılar, 2015, Haber Bülteni, Yayınlanma tarihi: 18.03.2015 Erişim tarihi: 14.04.2015. Erişim adresi: http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620

48. TÜİK. (2015). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2014, Haber Bülteni. Yayınlanma Tarihi: 28.01.2015. Erişim Tarihi: 10.04.2015. Erişim Adresi: file:///C:/Users/HP/Downloads/Adrese_Dayal%C4%B1_N%C3%BCfus_Kay%C4%B1t_Sist_28.01.2015.pdf

49. Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. (2007). Yayın no. DPT: 2741. Erişim tarihi: 28.03.15 Erişim adresi: http://eyh.aile.gov.tr/data/544f6b29369dc328a057d006/yaslanma_ulusal_eylem_plani.pdf

50. Türkiye'de Sosyal Hizmet Uygulamaları, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim tarihi: 07.04.15. Erişim adresi: http://www.eyh.gov.tr/uygulamalar/yasli-bakim-hizmetleri/turkiye-de-sosyal-hizmet-uygulamalari

51. Yağcıoğlu, R. (2013). Huzurevinde Kalan 65 Yaş Üstü Yaşlıların Yaşam Kalitesini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

52. Yakar, M. (2012), İç ve Dış Göçlerin Kırsalda Nüfusun Yaş Yapısına Etkisi: Emirdağ İlçesi Örneği, Coğrafi Bilimler Dergisi 10 (2), 129-149

53. Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 07.08.2008 Resmi Gazete Sayısı: 26960. Erişim tarihi: 10.04.15. Erişim adresi: http://www.eyh.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/yasli-hizmet-merkezlerinde-sunulacak-gunduzlu-bakim-ile-evde-bakim-hizmetleri-hakkinda-yonetmelik

54. Yazıcı, S., 2014. Gerontoloji ve Gelişim süreci. S. Yazıcı & N. Korkmaz, (Ed), Küreselleşme ve Yaşlılık Eleştirel Gerontolojiye Giriş içinde (21-39). Ankara: Ütopya Yayınevi.

55. Yazıcıoğlu, S. (2010), Ege Yaşlı Hizmet Merkezinde Verilecek Sosyal Hizmetin Kuramsal ve Yasal Dayanağı. Erişim tarihi: 10.04.15. Erişim adresi: http://akademikgeriatri.org/files/Akademik_Geriatri_2010/Konusma_Metinleri/12.pdf

56. Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2004), Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (4. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık

57. Yıldız, M. (2012), Bağlanma Kuramı Açısından Yaşlılık Dönemine Genel Bir

Bakış, CÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 36(1): 1-30

58. Yılmaz, S., Açıkgöz, A., Çevik, C., Selçuk, K.T. & Uçku, R. (2013), Yaşlılara Yönelik Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu; Ülke Örnekleri Üzerinden Değerlendirmeler, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 22(3): 105-115

59. Yumurtacı, A. (2013). Demografik değişim: Psiko -Sosyal ve Sosyo-Ekonomik Boyutları ile Yaşlılık, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, 6:9-31

YAŞLILAR İÇİN TOPLUMSAL DESTEK VE SAĞLIK HİZMETLERİ EVDE SAĞLIK /EVDE BAKIM HİZMETLERİ DÜZENLEMELERİ DEĞERLENDİRMESİ

Hatice Reyhan ÖZGÖBEK, Hülya YIKILKAN, Nuran AKDEMİR, Uğur ÖZCAN, Tülin Düger, Nurcan ÇEVİK
ASPB Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

BİLDİRİ ÖZETİ

Sağlık Bakanlığı, 2005 tarih ve 25751 sayılı "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik dışında güncel olan 2015 tarihinde Resmî Gazete de 29280 sayılı "Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik" yayınlamıştır. Bakanlık ve bağlı kuruluşları bünyesindeki eğitim ve araştırma hastaneleri, genel hastaneler veya dal hastaneleri, Ağız Diş Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulan birimler ve Aile Hekimliği Birimlerinde evde sağlık hizmetlerinin verilmesine ilişkin düzenlemeleri içermektedir.

Evde Bakım Derneği 2005 tarihinde İstanbul'da kurulmuştur. Derneğin kuruluş amacı Türkiye'de evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyan birey ve aileler için ulusal boyutta evde bakım sisteminin, gereken standartlarda kurulması ve evde bakım alanının sağlık ve sosyal hizmetler sistemimize entegre edilmesi için çalışma yapmaktadır. Üyeler, farklı disiplinlerin yanı sıra evde bakımla ilgili alanlarda çalışma yapan üniversite öğretim görevlileri, kamu ve özel evde bakım kurumu yöneticileri, sivil toplum örgütü temsilcileri, evde bakım çalışanları gibi farklı çalışma alanları ve kurumlardan gelmektedir. Bu tecrübelerin ışığında Evde Bakım Derneği, Yönetmeliğin tamamını incelemiş, 9 maddesini memnuniyetle karşılamasına rağmen 13 maddesinde eleştiri ve önerileri oluşmuştur. Söz konusu yönetmelikte evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve yönetimine ilişkin çeşitli komisyonlarının oluşturulmasını, hizmet verecek kuruluşların tanımlanmasını, malzeme ve ulaşıma dair yapılan düzenlemeleri, veri paylaşımı ve diğer kurum-kuruluşlarla işbirliğine dair atıfları memnuniyetle karşılamıştır. Bunun yanı sıra evde sağlık hizmetlerinde öngörülen koordinasyona, verilen hizmete ait kayıtlara, "ekip personeli"nin (hem-

şire, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, hekim, psikolog, bakım elemanı) rol ve sorumluluklara dair düzenlemeler gibi konuların geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu düşünmektedir.

Sonuç olarak, yaşlılar için toplumsal destek ve sağlık hizmetlerinin kaliteli, verimli ve etkin olarak kurgulanması için, Türkiye'de evde sağlık hizmetleri/evde bakım hizmetlerinin birlikte düşünüldüğü düzenlemelere ivedilikle ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı gibi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının kuruluş kanunu ve 4 yönetmeliğinde evde bakım hizmetleri tanımlanmıştır. Çalışmada, Bakanlıkların yerinde yaşlanma vizyonuna uygun olarak ilgili kurum ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliğine olan ihtiyacın büyük önem arz ettiğinin altı bir kez daha çizilmek istenmiştir.

ANAHTAR KELİMELER

Evde bakım, evde sağlık, koordinasyon,

KULLANILAN KAYNAKLAR

I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri Ve Rehabilitasyon Turizmi Kongresi ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi- Kasım 2012
http://eyh.aile.gov.tr/data/54732e16369dc54930f7ead4/ULUSLARARASI%20KATILIMLI%20YAŞLI%20BAKIM%20KONGRESİ_YENİ_fuat.pdf

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Engelli Bakım Dairesi Başkanlığı brifing raporu-2014
http://eyh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/engelli-bakim-hizmetleri/engelli-bakim-hizmetleri-dairesi-baskanligi-birifing-raporu

Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği
http://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/huzurevleri-ile-huzurevi-yasli-bakim-ve-rehabilitasyon-merkezleri-yonetmeligi

"Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik"
http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm

“EVDE BAKIM VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE HEKİMİN ROL VE SORUMLULUKLARI”

Doç Dr Hülya YIKILKAN, Uzm Dr Erkan DAMAR,
Uzm Dr Uğur Osman ÖZCAN
Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.Hastanesi

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ

Dünya Sağlık Örgütü, kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanmada ve yaşamının devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyan etkinlikleri “evde bakım” olarak tanımlamaktadır. Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği’nde ise, “hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil, tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin sunulması” evde bakım hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetlerin süreleri değişkenlik göstermektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastalıktan sonra iyileşme dönemi içinde verilmektedir. Uzun süreli evde bakım hizmetlerinde ise amaç, bakım hizmetlerine sürekli ihtiyaç duyan kronik hastalar, yaşlılar ve engellilerin sağlığını korumak, onlara bağımsız yaşamayı sağlayacak becerileri kazandırarak profesyonel anlamda kaliteli bakım hizmeti sunmaktır.

-Evde sağlık hizmetinin sunumu tanımlardan hareketle bir ekip hizmetidir. Evde sağlık hizmetlerinin bir ekip anlayışı içerisinde planlaması ve uygulanmasını sağlamak amacıyla yönetmelik gereği müdür/genel sekreter tarafından evde sağlık biriminin sorumlu tabibi görevlendirilir.

-Yönetmelikte atfedilen sorumluluk ve yetkilere bakıldığında sorumlu hekim hastanın ilk değerlendirmesini ve kapsamlı tıbbi muayenesini yapar. Tanıyı koymuş olan hekimin de bilgilerinin ve görüşlerinin ışığında evde sağlık hizmet planını hazırlar. Hazırlamış olduğu bu planın gerektirdiği, hastanın ihtiyacı olan hizmeti ekip arkadaşları ile birlikte sunar ve sunulmasını sağlar. Hastaya verilen sağlık hizmetini ve takipleri değerlendirir eğer gerekli görüyorsa diğer branş hekimlerinin görüşünü

alarak evde sağlık hizmet planını revize eder. Verilen hizmetle ilgili hastanın aile hekimini bilgilendirir.

Aile bireylerinin eğitimi ve danışmanlık ile görevlidir. Özellikle evde sağlık hizmetleri sırasında kullanılacak ilaç, tıbbi cihaz ve malzemelerin tedariki, uygun koşullarda saklanması, kullanımı, tıbbi atıkların toplanması ve muhafaza edilmesi, enfeksiyonlardan ve bulaşıcı hastalıklardan korunma gibi konularda kişi ve aile bireylerinin eğitiminden sorumludur.

Sunulan hizmetin kayıtlarının tutulması ve hizmet sunumu esnasında ortaya çıkacak aksaklık ve taleplerin sorumlu idarecilere bildirilmesinden yine hekim sorumludur.

Sorumlu hekimin ekip arkadaşlarının eğitimini organize etmektir. Ekibinin en iyi hizmeti verebilmesi için kendini geliştirmesine yardımcı olur ve uygun hizmet içi eğitimleri planlar.

Evde sağlık hizmetinde kullanılan araç-gereç ve tıbbi cihazların temizliğinin, dezenfeksiyon ve sterilizasyonunun, düzenli bakım ve kalibrasyonunun yapılmasını sağlar. Verilen hizmetin hasta haklarına uygun deontolojik kurallar çerçevesinde verilmesi evde sağlık hizmetleri sorumlu hekiminin sorumluluğundadır.

ANAHTAR KELİMELER

Evde Bakım, Evde Sağlık, Hekim Sorumlulukları,

KULLANILAN KAYNAKLAR

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Yönergesi. Tarih: 01.02.2010, Sayı: 3895 http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-71581/h/yonerge.docx, Erişim Tarihi:15.10.2015

Özer Ö, Şantaş F. Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt: 3 • Sayı: 2 • Nisan 2012

Danış Z, Solak Y. Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu: Hollanda Örneği International Journal of Social Science Number: 24 , p. 57-71, Spring 2014

Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kurumlarınca Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Tarih: 27.02.2015, Sayı: 29280

YAŞLANAN NÜFUS KARŞISINDA YEREL YÖNETİMLER VE KENT KONSEYLERİNİN ÇABALARI: 2011 KENT KONSEYLERİ AMASYA ÇALIŞTAYI

ERSOY MEHMET[1], DEDE OKAN MURAT [2]
KARAMUSTAFAOĞLU ORHAN [3]
ERGEN YAŞAR BAHRİ [4]

Amasya Üniversitesi

Özet

Nüfusun giderek yaşlanması olgusu küresel anlamda birçok sosyo-ekonomik problemin sebebi olarak görülmektedir. Küresel bir olgu olmasına rağmen yaşlanan nüfusun yol açtığı sorunların çözüm düzeyi yerel alanda olmaktadır. Merkezi yönetimlerin politikalar bazında ele alacakları çözüm önerilerinin yanı sıra yerel yönetimlerin bu sorun karşısındaki rolleri ve alacakları somut ve eyleme dönük görevler önem arz etmektedir. Küresel yaşlılık ve yaşlanan nüfus karşısında yerel yönetimlerin ve yerel yönetimlerin yeniden yapılanması kapsamında ortaya çıkan kent konseylerinin rolleri, bu makalenin ana temasını oluşturmaktadır. Bu bağlamda, makale kapsamında Türkiye'de ilk kez düzenlenen ve teması kent konseyleri ve yaşlılık olan bir çalıştay ve bu çalıştayın sonuçları ele alınmıştır. Bu çalıştay, sivil insiyatifin her kesimden ve her eğitim seviyesinden katıldığı bir çalıştay olması bakımından önem arz etmektedir. Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, Nüfus, Yerel Yönetimler, Kent Konseyleri, Türkiye EFFORTS OF LOCAL GOVERNMENTS AND CITY COUNCILS AMONG AGING POPULATION: CITY COUNCILS AMASYA WORKSHOP 2011 Abstract Aging and aging of the population seems as the cause of many socio economic problems in global context. Though it is a global concept, the solution field fort he problems of aging is the local one. Roles and perceptible action oriented missions of

1 Prof.Dr. Amasya Üniversitesi, Sağlık YüksekOkulu, e-posta: mehmet.ersoy@amasya.edu.tr
2 Yrd.Doç.Dr. Amasya Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü, e-posta: okan.dede@amasya.edu.tr
3 Doç.Dr. Amasya Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, İlköğretim Bölümü, e-posta: orhan.karamustafaoglu@amasya.edu.tr
4 Yrd.Doç.Dr. Amasya Üniversitesi, Mimarlık Fakültesi, Şehir ve Bölge Planlama Bölümü, e-posta:

the local governments are important besides the provided solutions of central governments taken at political levels. The main theme of this article is the explanation of the roles of local governments and city councils which arise as a result of restructuring of local governments among the problem of aging of the population. In this respect, results of the workshop which main themes are the aging and city councils are covered within this article. This workshop is important as all sections of civil initiatives and all people from different educational levels come together.
Keywords: Aging, Population, Local Governments, City Councils, Turkey

Giriş

II. Dünya Savaşı'nın hemen ardından başlayan ve 1990'lı yıllarla beraber hızlanan süreçte, artan çevre problemleri ve dünya nüfusunun giderek yaşlanması en önemli küresel problemler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bireyin yaşlanması doğal bir süreç olmasına karşın, toplum içinde yaşlı nüfusun sürekli olarak artması bazı sorunları da beraberinde getirdiğinden, "küresel yaşlanma", bir sorun olarak kabul edilmektedir. Sosyal, ekonomik, toplumsal olarak genelleştirilebilecek bu sorunlar; artan sağlık sorunları, artan bakım ve sigorta masrafları, işgücü eksiği v.b. olarak detaylandırılabilir. Tüm bu sorunlar karşısında politika temelinde uluslararası ve ulusal çabalar yoğunlaşmaktadır.

Bu bildiride; Türkiye'de yerel yönetimlerin, küresel gelişmelerin bir uzantısı olan kent konseyleri vasıtasıyla yaşlılığa ve yaşlanmaya karşı olan bakış açısının belirlenmesi ve değerlendirilmesi ana tema olarak yer almaktadır. Bu bağlamda Ekim 2011 de Amasya'da yapılan Ulusal Yaşlanma Şurası, 2012-2023 Ulusal Yaşlanma Stratejik Planı Kent Konseyleri Amasya Çalıştayının sonuçları bu makalenin ana temasını oluşturmaktadır.

Yaşlılık ve Dünya Nüfusunun Yaşlanması Olgusu

Dünyamız 20. yüzyılın sonları itibarı ile önemli iki küresel problemle karşı karşıya gelmiştir. Birincisi küresel çevre felaketleri diğeri ise, toplumların giderek yaşlanması olgusudur. Günümüz itibarı ile özellikle Avrupa ve Japonya'da hissedilen bu durum, 2050 yılı itibarı ile Afrika kıtası hariç, tüm dünya toplumlarını bekleyen bir tehdit olarak algılanmaktadır. 2000 yılında 605 milyon civarında olan 60 yaş üzeri nüfusun 2050 yılı itibarı ile 2 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir (http://www.un.org/ageing). Bu rakamlar, dünya genelinde yaşlı nüfus oranının % 10 dan % 25'lere çıkacağını göstermektedir (http://www.un.org/ageing).

Küresel yaşlanmanın artma sebepleri olarak, azalan ölüm oranları, azalan doğum oranları, artan hayat beklentisi, uzun ömür gibi faktörler gösterilmektedir (World Population Ageing: 1950-2050, www.un.org). Artan yaşlanma ile ilgili olarak Birleşmiş milletlerin 2002 yılında yayınladığı "World Population Ageing 1950-2050" raporuna göre küresel ve yanı sıra bazı kıta ve Türkiye'nin de içinde olduğu bazı ülke verileri tablo.1ve tablo.2'de verilmektedir.

Tablo 1. Yaşlı (65+ ve 80+ Yaş) Nüfus Oranlarının Değişimi (1975-2050)

	1975	1975	2000	2000	2050	2050
Yaşlı Nüfus Oranı	*65 + YAŞ*	*80+ YAŞ*	*65 + YAŞ*	*80+ YAŞ*	*65 + YAŞ*	*80+ YAŞ*
DÜNYA	5,7	0,8	6,9	1,1	15,6	4,1
AVRUPA	11,4	1,8	14,7	3,0	29,2	10,0
AFRİKA	3,1	0,3	3,3	0,4	6,9	1,1
JAPONYA	7,9	1,1	17,2	3,8	36,4	15,4
A.B.D.	10,5	2,1	12,3	3,2	21,1	7,6
TÜRKİYE	4,5	0,4	5,8	0,6	17,9	3,8

Kaynak: World Population ageing 1950-2050, www.un.org dan derleme

Aynı şekilde, aynı raporda belirtildiği üzere medyan yaş ise yıllara göre şöyle olmaktadır:

Tablo 2. Yıllara Göre Medyan Yaş

Medyan Yaş	1975	2000	2050
DÜNYA	22	26,5	36,2
AVRUPA	32,1	37,7	49,5
AFRİKA	17,4	18,4	27,4
JAPONYA	30,4	41,2	53,1
A.B.D.	28,8	35,5	40,7
TÜRKİYE	19,3	24,9	38,7

Kaynak: World Population Ageing 1950-2050, www.un.org dan derleme

Her iki tablodan da izleneceği üzere, bugünkü nüfus temayüllerinin devam etmesi durumunda 21. yüzyılın ortası itibarı ile tüm dünyayı ve özellikle gelişmiş ülkeleri; nüfusun yaşlanması problemi tehdit etmektedir. Küresel bir sorun olan bu durum, Türkiye için de geçerlidir. 2050 itibarı ile Türkiye nüfusunun % 18'i, 65 yaş ve üzeri kimselerden oluşacaktır. Yine 2050 yılı itibarıyla Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranının dünya ortalamasını geçeceği görülmektedir. Bu durumun tehlike olmasının sebepleri olarak; devamlı azalan üretken işgücü, artan hastalıklara bağlı olarak sağlık ve bakım masraflarının artması, artan yaşlı nüfusa bakacak genç nüfus oranının sürekli düşmesi gibi faktörler gösterilebilir.

Küresel Yaşlanma Karşısında Uluslararası Çabalar

Küresel yaşlanma da; aynen küresel çevre problemlerinde olduğu gibi uluslararası çabalara konu olmuş ve bu konu ile ilgili olarak çeşitli toplantılara gidilmiştir. Bunların ilki 1982 yılında Viyana'da yapılmış ve Viyana Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı adlı doküman yayınlanmıştır (www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf). Bu toplantı ve dökümanın önemi, küresel yaşlanma olgusunun bir problem olacağını öngören ilk uluslararası çaba olmasından gelmektedir.

Bu toplantının yaklaşık 20 yıl sonrasında 2002 yılında Madrid'de "Yaşlanma" üzerine ikinci toplantı 160'a yakın ülke temsilcisi ve sivil toplum örgütlerinin katılımıyla gerçekleşmiştir. Bu toplantının bir sonucu olan Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem planı özellikle farklı devlet yönetimlerini, yaşlı hakları ve ihtiyaçları açısından ve uluslararası ilişkiler, farklı ekonomik ve sosyal politikalar da göz önüne alınarak entegre etme amacını taşımaktaydı (www.globalageing.org/agingwatch/docs/mipaa.pdf). Eylem planının temelini şu unsurlar oluşturuyordu:

1- Yaşlılık ve kalkınma

2- Yaşlılıkta sağlık koşullarının iyileştirilmesi

3- Yaşlılığı destekleyen çevrelerin oluşturulması

2002 Madrid toplantısı ile birlikte küresel yaşlılık problemi uluslararası gündeme girmiş ve bu konudaki çalışmalar yaygınlaşmaya başlamıştır.

Bu tarihten sonra bu konu ile ilgili uluslararası çabalar hız kazanmıştır. Özellikle yerel yönetimleri ilgilendirecek düzeyde somut adımlar da atılmaya başlanmıştır. Örnek olarak B.M. Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) Tarafından 2006 yılında kabul edilen "Yaşlı Dostu Kent" olgusu verilebilir. Yaşlı Dostu Kent, 2006 yılında kabul edilen Yaşlı Dostu Çevreler Programı çerçevesinde toplumlarda aktif ve sağlıklı yaşlanmayı sağlayabilmek için çevresel ve sosyal faktörlerin değerlendirildiği ve D.S.Ö. tarafından organize edilen uluslararası bir çabadır (http://www.who.int/ageing). Yaşlı Dostu Kent, aktif yaşlanmayı destekleyen kapsamlı ve erişilebilir bir kentsel çevreyi ifade etmektedir. 2006 yılında 24 ülkeden 33 kent yönetimi, aktif ve sağlıklı yaşlanmayı sağlayacak temel kentsel elemanları belirlemek için bir araya gelmiş ve sonuçta "Küresel Yaşlı Dostu Kentler Rehberi" oluşturulmuştur (http://www.who.int/ageing/Brochure).

Bu programı geliştirmek için D.S.Ö. Yaşlı Dostu Kentler Küresel Ağını oluştur

muştur. İsteyen kentlerin yerel yönetimleri bu rehberde bulunan yükümlülükleri taahhüt etmek kaydıyla bu ağ sayesinde resmi olarak Yaşlı Dostu Kent olma sürecine girebilmektedir. Bu bağlamda en büyük görev yerel yönetimlere ve yerel yönetimlere destek veren sivil toplum örgütlerine düşmektedir.

Bu anlayışla beraber yerel yönetimlerin; sadece huzurevi açmak, bunları işletmek, yaşlıları barındırmak ve yaşlı nüfus için altyapı hizmetlerini yerine getirmek yerine, sivil toplum kuruluşları ile beraber tüm kent sathını yaşlıların ve dolayısıyla tüm handikaplı (engelli, yaşlı, çocuk) kesimlerin rahat ve mutlu bir şekilde yaşayabilecekleri bir ortam haline getirmek olduğunun altı çizilmektedir.

Yaşlılık Karşısında Yerel Yönetimler ve Türkiye'de Durum

Yaşlılık ve yerel yönetimler bağlamında iki taraflı bir ilişki bulunmaktadır. Yaşlı nüfusun artması ve yaşlanma problemi yerel yönetimleri bazı konularda zorlarken aynı şekilde yerel yönetimlerin de toplumdaki yaşlılara karşı görev ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Nüfusun giderek yaşlanması yerel yönetim fonksiyonlarında şu tür etkilere yol açtığı belirtilmektedir (O Brien, Phibbs, 2011);

- Yaşlı nüfusa göre altyapı ve hizmetlerin taleplerinin artması

- Yaşlanan nüfusun kendi oranına göre daha fazla derecede olan gereksinimleri (65 yaş ve üstü nüfus nüfusun % 20'sini oluşturmasına karşılık altyapının % 30'unu kullanmaktadır)

- Yaşlanmaya bağlı olarak gelirlerin düşmesi

- Gönüllü programlarında artış gözlemlenmesi

Gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının ortalama % 60 -75'si yaşlı nüfusun hastalıkları ve bakımı için harcanmaktadır (Özmen, 2011). Avrupa ülkeleri için belirtilen yukarıdaki faktörlerden ilk ikisi Türkiye için de geçerlidir. Türkiye'de özellikle sağlık harcamalarında yaşlı nüfusun çok büyük payı bulunmaktadır (Özmen, 2011).

Bunların dışında belediye bütçelerine gelen yük de önem arz etmektedir. Yaşlılara verilecek olan hizmetler birçok alanı kapsamaktadır. Bunlar; altyapı, ulaşım, konut, toplumsal hizmet ve programlar, sağlık hizmetleri, sportif hizmetler, açık ve yeşil alanlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Batı ülkelerinde verimli olarak yaşlanma programları üzerinde durulmakta ve sürdürülebilir ve yaşlıya saygılı bir gelecek

için bunların önemi vurgulanmaktadır. (O'Brien, Phibbs, 2011).

Türkiye'de yerel yönetim olarak adlandırdığımız belediyelerin klasik belediyecilik görevlerinin (temizlik, altyapı, ulaşım v.b.) yanı sıra toplumsal açıdan ihtiyacı olan ve düşkün kimseleri korumak ve kollamak da bulunmaktadır.

Türkiye'de yerel yönetimlerin somut olarak yaşlılık ve yaşlanan nüfus ile ilgili olarak çabaları arasında huzurevleri ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri kurmak ve bunları işletmek olduğunu görmekteyiz. 1930'lu yıllarda yaşlıya sahip çıkma olgusuyla birlikte merkezi otorite kadar yerel yönetimleri de özellikle yataklı bakım üniteleri kurma yoluyla yaşlıya yönelik hizmetlerin oluşacağı yargısı önem kazanmıştır (DPT, 2007). Bu kapsamda ilki 1957 yılında Aydın ilinde olmak üzere belediyelere ait 21 adet huzurevi kurulmuştur (DPT, 2007).

Türkiye'de 2011 sonu itibarı ile yaklaşık 23.400 kapasiteli 286 adet huzurevi bulunmaktadır (www.shcek.gov.tr/yasli-bakim-hizmetleri.aspx). Yerel yönetimlere ait 21 adet huzurevinde 2040 kapasite bulunmaktadır ki, bu rakam toplam kapasitenin yaklaşık % 9'udur.

Bazı kanuni düzenlemeler sonrasında, 2001 yılında açılan Yaşlı Dayanışma Merkezleri 2009 yılı itibarı ile "Yaşlı Hizmet Merkezleri" adını almıştır. Yaşlı Hizmet merkezlerinde ağırlıklı olarak gündüzlü bakım bulunmakla beraber şu hizmetler verilmektedir: Psikolojik destek hizmetleri, genel sağlık hizmetleri, temizlik ve bakım hizmetleri, acil yardım hizmetleri, ekonomik destek, ev içi tamirat hizmetleri, refakat hizmetleri, sosyal ve kültürel etkinlikler (http://www.shcek.gov.tr/yasli-hizmet-merkezleri.aspx). Bu merkezlerden altı adet bulunmakta olup ikisi Ankara'da, diğerleri ise Çanakkale, Eskişehir, İzmir ve Kırıkkale'de yer almaktadır (http://www.shcek.gov.tr/yasli-hizmet-merkezleri.aspx).

Ankara Büyükşehir Belediyesi, Türkiye'de evde bakım hizmetleri uygulamasını başlatan ilk Büyükşehir belediyesi olma özelliğini taşımaktadır (Seyyar, Öz, 2010). Ankara'nın yanı sıra İstanbul, Kocaeli, İzmir gibi diğer Büyükşehirlerde de Yaşlı Hizmet Merkezleri oluşturulmuştur. Bu durum, diğer belediyeler için de örnek olmakta ve bu kurumların sayısı hızla artmaktadır.

Yerel yönetimler yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili politikaların yerelde uygulayıcısı olarak önem arz etmektedirler. Bununla beraber, ilgili politikaların dayandığı önemli bir nokta da sivil toplum iradesidir. Bu noktada Türkiye'de henüz tarihi çok

yeni olan bir oluşum olarak kent konseyleri ön plan çıkmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde özellikle kent konseylerinin niteliğinin ve amaçlarının ve yapabileceklerinin anlaşılması açısından bu sivil toplum örgütleri kısaca irdelenecektir.

Yerel Yönetimler ve Kent Konseyleri

Türkiye'deki Yerel Gündem 21 uygulamalarının 1997 yılında Birleşmiş Milletler (B.M.) kalkınma programının desteğiyle Türkiye YG-21 programına dönüştürülmesinin ardından Türkiye'de yeni bir "yerel yönetişim" modeli olarak kent konseyleri gündeme gelmiştir (Kent Konseyleri, 2010). Bunun arkasında kamu kuruluşları, yerel yönetimler ve sivil toplum üçgeninde karar alma süreçlerinin geliştirilerek zenginleştirilmesi bulunmaktadır (Kent Konseyleri, 2010).

Kent konseyleri; YG-21 süreçlerinin başlıca katılımcı yapıları ve yerel yönetişimin en geniş kapsamlı örneklerini oluşturan bir oluşum olarak tanımlanmıştır (Kent Konseyleri, 2010). 2005 yılında Belediye Kanununda yasal dayanağa kavuşmuş, 2006 yılında ise Kent Konseyleri Yönetmeliği çıkmıştır.

Kent Konseyleri, gönüllülük esasına dayalı, katılımcı, hemşerilik hukuku, ortak akıl, uzlaşma kültürü ve demokratikleşmenin gelişimine katkıda bulunmak üzere kurulmuş bir oluşum (Kent Konseyleri, 2010) olarak karşımızda durmaktadır. Kent konseylerinin önemli görevleri arasında, ortak yaşam bilincinin, çok ortaklı ve çok aktörlü yönetişim anlayışının benimsenmesini sağlamak, kente ilişkin temel stratejiler ve faaliyet planlarında tüm kenti kapsayan ortak bir aklın oluşmasına katkıda bulunmak, kentin kimliğine ilişkin tüm değerlere sahip çıkmak, kent kaynaklarının etkili ve verimli kullanılmasını sağlamak olarak görülmektedir. Esasen bir yaptırım gücü olmamakla beraber, belediyelerin faaliyetlerinde çok önemli bir tavsiye verici ve yönlendirici durumundadır. Görevleri arasında, kent konseylerinde oluşturulan görüşlerin değerlendirilmek üzere ilgili belediyelere gönderilmesi de bulunmaktadır.

Kent Konseyleri ve Yaşlılık

Kent Konseyleri yönetmeliği 2006 yılında 26313 sayılı Resmi gazetede yayınlanmasıyla beraber yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin Kent Konseylerinin görevlerini belirten 6. maddesinin "ğ" bendinde "Çocukların, gençlerin, kadınların ve engellilerin toplumsal yaşamdaki etkinliklerini artırmak ve yerel karar alma mekanizmalarında aktif rol almalarını sağlamak" ibaresi yer almaktadır (http://www.mevzuat.

adalet.gov.tr). Konumuz olan yaşlılık ve yaşlanma karşısında yerel yönetimler açısından kent konseyleri yönetmeliğine bakıldığında görevleri arasında yaşlı veya yaşlılık ile ilgili bir ibarenin olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte "Kent Konseyleri" resmi dokümanında yaşlılar; kıdemli hemşeriler olarak geçmekte ve özel ilgi grubu olarak kent Konseyinin katılımcı mekanizmalarına etkin olarak katılımlarının sağlandığı belirtilmektedir (Kent Konseyleri, 2010).

Yerel yönetimlerin yaşlanma karşısındaki görevlerinin, kent konseyi kararları ve tavsiyeleri ışığında gelişeceği açıktır. Bu açıdan 2011 yılı Ekim ayında düzenlenen "Ulusal Yaşlanma Şurası, 2012-2023 Ulusal Yaşlanma Stratejik Planı Kent Konseyleri Amasya Çalıştayı", kent konseylerinin ve dolayısıyla yerel yönetimlerin yaşlılık ve yaşlanma olgusuna bakış açısını anlamak bakımından önem arz etmektedir. Bununla birlikte, "Yaşlılık Karşısında Kent Konseyleri" temasını taşıyan ilk toplantıdır.

Ulusal Yaşlanma Stratejik Planı Kent Konseyleri Amasya Çalıştayı ve Kararları

Yerel yönetimlerin Yaşlılık ve Yaşlanma gibi kavramlar karşısında rolleri ve üstlenebilecekleri görevler ile ilgili olarak Türkiye'de bir ilk olarak, 22-23 Ekim 2011 tarihlerinde Amasya Üniversitesi ve Amasya Kent Konseyinin organizatörlüğünde Ulusal Yaşlanma Stratejik Planı Kent Konseyleri Amasya Çalıştayı gerçekleştirilmiştir. 2012- 2023 Ulusal Yaşlanma Stratejik Planı Kent Konseyleri Amasya Çalıştayı, 22-23 Ekim 2011 tarihlerinde Amasya Üniversitesi ve Amasya Kent Konseyinin organizatörlüğünde Amasya'da gerçekleştirilmiştir. Çalıştayın ana temaları olarak Yerel Yönetimlerde Yaşlanma Politikaları, 21.yüzyılda Yerel Yönetimlerde Yaşlı ve Engelli Hizmetlerinin Planlanması ve 2012-2023 Erişilebilir ve Yaşlı Dostu Kentler olarak belirlenmiştir. Çalıştay'a 21 adet Kent Konseyi (Sancaktepe, İzmit, Gebze, Yalova, Bursa, Bolu, İzmir, Kütahya, Amasya, Merzifon, Gümüşhacıköy, Çorum, Kastamonu, Çankırı, Zonguldak, Ordu, Gümüşhane, Konya, Batman, Adıyaman, Kars) katılmış ve yedi adet çalıştay grubu oluşturulmuştur. Çalıştaya 109 katılımcı katılmış olup bunların 29'u akademisyen, 80'i farklı kent konseylerinden gelen temsilciler ve misafir katılımcılardır.

Çalıştayda belirlenen konular hakkında tartışılmış, farklı kentlerin durumları ortaya konmuş, ve sonuçta Yaşlanma Karşısında Kent Konseyleri ana temalı ortak bir bildiri yayınlanmıştır.

Çalıştay Gruplarında Kent Konseyi katılımcılarının illerinden getirmiş olduğu bilgiler ve ham veriler ışığında Çalıştay gruplarının tartıştığı konu başlıkları şunlardan oluşmaktadır (www.amasyakentkonseyi.org.tr);

1- Yaşlanma sürecinde yerel yönetimlerin rolü,

2- Yaşlanma sürecinde kentlerde halkın ve sivil toplum örgütlerinin katılımını arttırma,

3- Yaşlı bakımı ve hizmetlerini sunacak personelin eğitimi,

4- Yaşlanma sürecinde gönüllü projelerin teşviki,

5- Yerelde yaşlı sağlığı ve yaşlanmaya yönelik mevcut durum,

6- Yerelde kent konseylerinin ve belediyelerin yaşlıya yönelik hizmetlerinde mevcut durum,

7- Yaşlanma sürecinin sağlıklı yönetiminde, yerelde ve ulusal düzeyde öngörülebilecek model ve stratejik planlama,

8- Yerelde yaşlı ve engelli turizmi mevcut durum tespiti.

Çalışma grupları birbirinden farklı coğrafi konum ve sosyo-ekonomik ve kültürel değişikliklerden dolayı birbirleri ile örtüşmeyen bulgulara da ulaşmıştır. Ayrıca, bölgelere yönelik SWOT (Güçlü, Zayıf, Fırsat, Tehdit) analizleri yapılmış ve ulaşılan genel sonuçların yanı sıra bölgeler için önemli olan özel sonuçlara da hazırlanan raporda yer verilmeye çalışılmıştır.

Ulusal Yaşlanma Stratejik Planı Kent Konseyleri Amasya Çalıştayının ardından yayınlanan rapor bağlamında ortaya çıkan bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur (www.amasyakentkonseyi.org.tr) :

- Ülkemizin büyük şehirlerinin göç alması, hizmet sunulan nüfusun artmasına ve kaynakların verimli olarak dağıtılamamasına neden olmaktadır.
- Sağlıklı yaşlanma ve yaşlılara yönelik yerel yönetim hizmetleri; hali hazırda ülkemizdeki yerel yönetimlerin gündeminde yeterli düzeyde yer almamaktadır.
- Sivil Toplum Kuruluşları ve belediyeler bu tür projelere eskiye oranla daha aktif katılımlar sağlamaktadır.
- Türkiye'de Dünya Sağlık Örgütü "Sağlıklı Kentler Ağı" üye belediye sayısı giderek artmaktadır.
- Ülkemiz, Yaşlı dostu kentler oluşturulmasında zengin beşeri kaynaklara ve kültürel birikime sahiptir.

Her ilde üniversite kurulmuş olması bu tür projelere bilimsel desteğin artmasına neden olmaktadır.

- Ülkemizdeki zengin sıcak su kaynakları, gelişen sağlık sektörü ve sosyal hizmetler, sağlık hizmetlerinin iyileşmesine ve sağlık turizminin gelişmesine katkı sağlamaktadır.
- Geriatri / Gerontoloji alanındaki çalışmalar artış göstermektedir.
- Yaşlı bakımında kullanılan teknolojik tele-sağlık ve tele-bakım hizmetleri ülkemize girmiştir.
- İlgili konulara yönelik hazırlanan projelere Avrupa Birliği, Kalkınma Ajansları, Tübitak vs. kurumların desteği giderek artmaktadır.
- Birçok ilimizde gönüllü hizmet projeleri artış göstermektedir.
- Almanya, Japonya gibi yaşlanma olgusunu derinden yaşayan ülkelerin çalışmaları daha fazla takip edilmekte ve ülkemiz şartlarına uygun olanların adapte edilmesine yönelik çalışılmalar sürdürülmektedir.
- Gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan "Bakım Sigortası Kanunu"nun ülkemizde de yasalaşarak uygulanmaya başlaması gerekmektedir.

Bu sonuçların yanı sıra aynı deklarasyonda kaleme alınan bazı öneriler de şu şekilde sıralanmaktadır (www.amasyakentkonseyi.org.tr) :

- Her ilde Kent Konseyleri bünyesinde "Yaşlılar Meclisi" kurulması,
- Bu çalışmalar sonucunda Ulusal bir "Yaşlanma Stratejik Planını" nın oluşturulması,
- Yaşlılık ile birlikte engelli hizmetlerinin de planlanması,
- 2012-2023 yıllarını kapsayan erişilebilir ve Yaşlı Dostu Kentler projelerine yönelik hedeflerin belirlenmesi, projelerin geliştirilmesi ve çalıştayların düzenlenmesi,
- Ülkemizin B.M. nezdinde Yaşlı Dostu Ülke ilan edilmesine dair çalışmaların yürütülmesi,
- Ülkemizin yaşlılık ile ilgili edindiği bu deneyimlerin diğer ülkelerle paylaşılması,
- Yaşlı Dostu kentler küresel ağına üye şehirlerle ortak çalışmaların yapılması,
- Kent Konseylerince organize edilecek şekilde, yaşlılar ile gençlerin buluşturulması suretiyle yaşlıların tecrübelerinden faydalanma ve aynı zamanda yaşlıların sosyal yaşama katılımlarının sağlanması,
- Ülkemizde giderek büyük bir sorun haline gelen ve sağlıklı yaşlanmaya etki eden obezite ve diğer sağlık sorunlarıyla mücadele konusunda çalışmaların yapılması,
- Sağlıklı ve aktif yaşlanma için yaşlılara yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi

Konunun yerel yönetimlerin gündemine daha aktif bir biçimde getirilmesine yöne-

lik ulusal ölçekte kampanya başlatılması,
- Bakım Sigortası Kanunu'nun yasalaşması konusunda genel destek faaliyetlerinde bulunulması öngörülmüştür

Sonuç ve Öneriler

Yaşlanma ve yaşlılık küresel bir problem haline gelmesine karşın bununla ilgili somut önlemlerin alınabileceği ölçek küresel alan değil yerel alandır. Bu konudaki görev aslen yerel yönetimlere düşmektedir. Bu durum tüm ülkeler için olduğu kadar, Türkiye için de geçerlidir. Türkiye'de yerel yönetimlerin yaşlılar için hali hazırda birçok faaliyetleri ve çabaları bulunmaktadır. Bununla beraber bu faaliyetler küreselleşen ve değişen dünyada yeterli olmamakta ve adeta demode kalmaktadırlar.

Küreselleşme ile birlikte yerel yönetimler de önemli değişim ve dönüşümlerle karşı karşıya kalmıştır. Yerinden yönetim, yönetişim, sürdürülebilirlik gibi kavramlar önem kazanmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Özellikle bu kapsamda 1990'lı yılların başında başlayan sürdürülebilirlik tartışmaları ile beraber 1990'lı yılların ortalarından itibaren yerel yönetimler
anlamında önemli gelişmeler olmaya başlamıştır. Kent Konseyleri; özellikle Türkiye için yerinden yönetim ve yönetişimin önemli bir yapıtaşı haline gelmiştir. Esasen kent konseylerini doğrudan yerel yönetim birimleri olarak algılamak doğru

olmamakla beraber, alacağı kararlar ve yaptırım gücü ve etkisi bakımından yerel yönetimlere yol gösterici oldukları ve yerel yönetimler kadar etkili oldukları genel kabul görmektedir. Bu nedenden dolayı kent konseyleri, kentsel politikaların oluşturulması ve sürdürülmesinde önemli ve etkin bir rol oynamaktadırlar. Kent konseyleri sayesinde proje imkanları, fikir verme, demokratik katılım ve sosyal olgulara dahil olma oranı artan yerel yönetimlerin birçok konuda olduğu gibi, yaşlılık ve yaşlanan dünyaya karşı duyarlılığı ve bakış açıları da değişmektedir.

Türkiye'de şu ana kadar kent konseylerinin yönetmeliği olmasına karşın bu yönetmelik kapsamında yaşlılık veya yaşlanan nüfus karşısında herhangi bir hüküm yer almamakta, bununla beraber yönetmelikte genç ve kadın konseyleri bulunan kent konseylerinin yaşlılık ve yaşlanma konularında önemli girişimleri olmamıştır.

2011 yılında Amasya Üniversitesi ve Amasya Kent Konseyinin organizatörlüğünü yaptıkları Amasya Çalıştayı, kent konseylerinin yaşlılığa bakış açılarının ortaya konduğu ve kent konseyleri tarafından bu konudaki farkındalığın belli edilmesi bakımından oldukça önem arz etmektedir. Ulusal Yaşlanma Stratejik Planı Kent Konseyleri Amasya Çalıştayının önemi iki hususta ileri gelmektedir. Bu çalıştay ilk olarak, yerel yönetimlerin ve yerel yönetimlerin önemli bir yardımcısı ve destekleyicisi olan kent konseylerinin yaşlılık ve yaşlanma konusunda neler yaptıklarını ve yapabileceklerini göstermesi bakımından önem arz etmektedir. İkincisi önemli nokta ise, bu çalıştayın sivil insiyatiften her kesimin toplumsal bir soruna bakış açısının belirlenmesi ve bu konuda düşünmesini ve çaba sarf etmesini sağlayan bir girişim olmasıdır.

Bunun yanı sıra bu çalıştay, yaşlılığa bakış açısı ve ilgili politikaların ve yol haritasının belirlenmesi açısından da önemlidir. Bu çalıştayın en önemli özelliği ise; bir üniversitenin yönlendiriciliğinde olması ve bilimsel bir metodoloji kullanılarak yapılmış olmasıdır. Tüm kesimlerden akademik olmayan kent konseyi temsilcileri akademik, demokratik ve katılımcı bir ortamda yaşlanma problemi ile ilgili olarak akademik bir tartışma yapma imkanı bulmuşlardır. Bu çalışma başarılı olmuş, hedefine ulaşmış ve önemli sonuçlar alınmıştır. Bununla birlikte en önemli sonuç ilk defa demokratik katılım ve yönetişimin simgesi olan kent konseylerinin yaşlanma ve yaşlılık konusundaki farkındalığının artması ve bu konuda ciddi biçimde çabalara girişmesidirler. Bu durum özellikte gelişmekte bir ülke olan Türkiye için çok önemlidir. Yaşlanma ile ilgili hususlar yerelde çözülmek durumunda olduğundan demokratik katılımın ve yönetişimin anahtarı olan kent konseyleri bu konuda aktif

rol oynayacaklar ve yerel yönetimleri olumlu yönde yönlendireceklerdir.

KAYNAKLAR

Amasya Kent Konseyi, "Ulusal Yaşlanma Şurası 2012-2023 Ulusal Yaşlanma Stratejik Planı Kent Konseyleri Amasya Çalıştayı" Derleyen: Yrd.Doç.Dr. Okan Murat Dede, Basılmamış Yayın, www.amasyakentkonseyi.org.tr, 2012, Erişim: 12.03.2012.

Başara, Berrak B, "Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler", Hacettepe Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.

Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Ulusal Yaşlanma Eylem

Planı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, DPT Yayın No: 2741, 2007.

Emrealp, Sadun, " Kent Konseyleri: Türkiye'nin Katılımcı Demokratik Yerel Yönetişim Modeli Olarak Dünyaya Armağanı" Hazırlayan: Sadun Emrealp, UC-LG-MEWA Yayını, ISBN: 978-975-7741-55-8, 2010.

Kent Konseyi Yönetmeliği, http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/27177.html, 2006,

Erişim: 05.03.2012

O'Brien Elizabeth, Phibbs Peter, Local Government and Ageing: Final Report, University of Western Sydney, Urban Research Center, http://www.adhc.nsw.gov.au/__data/assets/file/0005/250826/20_OBrien_and_Phibbs_2011_Local_Govt_Ageing.pdf, 2011, Erişim: 12.03.2012

Özmen, Mustafa, 21. Yüzyılda Sağlık, Abant Bilgilendirme Toplantısı, PPT Sunumu, www.titubb.org/.../4%20Abant%20Bilgilendirme%20Toplantısı%20, 2011,

Erişim: 12.03.2012

Seyyar A, Öz C., "Türkiye'de Evde Bakım Hizmetleri: Ankara Büyükşehir Belediyesi

Örneği, Yerel Siyaset Dergisi, Temmuz 2010 Sayı:42, http://www.yerelsiyaset.com/v4/sayfalar.php?goster=ayrinti&id=1202, 2010, Erişim: 12.03.2012

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, Yaşlı Hizmet Merkezleri, http://www.shcek.gov.tr/yasli-hizmet-merkezleri.aspx., 2012, Erişim: 29.02.2012.

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, Yaşlı Bakım Hizmetleri,

www.shcek.gov.tr/yasli-bakim-hizmetleri.aspx, 2012, Erişim: 29.02.2012.
United Nations, ,Vienna International Plan of Action on Aging,
www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf., 1983, Erişim: 05.03.2012
United Nations, Madrid Report of the Second World Assembly on Aging,
www.globalageing.org/agingwatch/docs/mipaa.pdf.,2002, Erişim: 05.03.2012
United Nations, World Population Ageing 1950-2050,
http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/., 2002, Erişim: 05.03.2012.
World Health Organisation, Age Friendly Environments Programme,
http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities/en/index.html, 2008, Erişim:01.03. 2010.
United Nations, U.N. Programme on Ageing,http://www.un.org/ageing/popageing.html,
2009, Erişim: 01.03. 2010.
World Health Organisation, WHO Global Network of Age Friendly Cities,
www.who.int/ageing/Brochure-EnglishAFC9.pdf, 2009, Erişim:01.03. 2010.

YAŞLILARIN BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN GÜNCEL BİLİMSEL YÖNTEMLER

Yrd. Doç. Dr. Meltem SOYLU, Arş. Gör. Eda BAŞMISIRLI
Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik Bölümü

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ

Yaşlılara yönelik beslenme ve sağlık hizmetleri yürütülürken yaşlı bireylerin nütrisyonel durumunun değerlendirilmesi, beslenme programının uygulanmasında ve başarısında kilit rol oynar. Beslenme durumunun değerlendirilmesinde çok çeşitli yöntemler bulunması yaşlı sağlığı ile ilgilenen ve beslenme hizmeti sunanları çelişkiye düşürebilmektedir. Oysa yaşlılara özgü, geçerlilik ve güvenilirlik kazanmış, güncel ve bilimsel yöntemlerin kullanılması programların başarısını etkileyen en önemli adımı oluşturmaktadır. Bu çalışmada

bilimsel literatür taranarak güncel, geçerli ve aynı zamanda tüm yaşlılara uygulanabilecek yöntemler incelenmiştir.

SNAQ(Basitleştirilmiş İştah Anketi): Wilson ve arkadaşlarının 8 maddelik bir iştah anketinden basitleştirdiği 4 maddelik 5'li likert ölçeğinde hazırlan toplam 20 puanlık anket. 6 ay içinde vücut ağırlığının en az %5'lik kısmını kaybedeceğine dair önemli bir riski gösterir. (Wilson ve ark. 2005)

MNA(Mini Nutrisyonel Değerlendirme):Özellikle yaşlı populasyonda yetersiz beslenmenin değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Bu test antropometrik ölçümleri, yaşamsal alışkanlıkları, ilaç kullanımını, diyetsel tüketimi, sağlığın subjektif değerlendirmesini içermektedir. Test yaklaşık 10-15 dakika içerisinde tamamlanan hızlı bir yöntemdir. MND skoru ≥24 ise malnütrisyon riski yoktur, 17-23.5'de malnütrisyon riski vardır, 7 olması yaşlıda protein enerji malnütrisyonunu (PEM) gösterir. Testin en önemli özelliği skor 17-23.5 arasında iken, vücut ağırlığı ve serum albümin düzeylerinde şiddetli değişiklikler oluşmadan önce malnütrisyon riskinin tespit edilmesidir. Bu durumda yaşlı hasta takip edilmeli, riske neden olan faktörler düzeltilmelidir (Kaiser ve ark. 2009).

WHOQOL-OLD (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülü): Modül altı alt alan (duyusal işlevler, özerklik, geçmiş bugün gelecek faaliyetleri, sosyal katılım, ölüm ve ölmek, yakınlık) içinde, cevapların beşli likert ölçeği ile saptandığı, 24 sorudan oluşmaktadır. Olası boyut puanları, 4-20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla toplam puan hesaplanabilir. Puan arttıkça

yaşam kalitesi iyileşmektedir (Eser ve ark 2010).

El Kavrama Gücü: Yaşlılarda kas gücü ölçümü için çoğunlukla pratik olan el kavrama gücü kullanılır. El kavrama gücü ölçümü sarkopeni teşhisi için önemli bir araçtır. Yapılan calışmalarda el kavrama gücünün erkeklerde 30 kg, kadınlarda 20 kg'ın altında olması sarkopeni lehine bir bulgudur (Gül ve ark. 2012).

Antropometrik Ölçümler: Vücut ağırlığının ölçülemediği durumlarda diz boyu (DB), üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) ve supskapular deri kıvrım kalınlığı (SDKK) kullanılabilinir. Bu ölçümler yaşlıların yağ depolarının ve yağsız kas kütlesinin ölçülmesini sağlar. Üst orta kol kas çevresi ve üst orta kol kas alanı sıvı metabolizmasında önemli değişiklikleri olan yaşlı bireylerde yararlıdır. Bunun yanında baldır çapı, yaşlılarda, kas kitlesinin değerlendirilmesinde önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Baldır çapının 31 cm altında olması azalmış kas kitlesi olarak değerlendirilir. (Rakıcıoğlu, 2014).

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılır. Ağırlığın (kg), boyun (m2) karesine bölünmesi ile hesaplanır. Ancak değerlendirme kriteri farklıdır. BKİ'nin 21 kg/m^2'nin altında olması yetersiz beslenmenin göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında yaşlılarda yürüme ve denge değerlendirmesi de fonksiyonel kapasitenin tespiti icin **TUG (Zamanlı Kalk Yürü Testi)** özbildirime dayalı 30 sorudan oluşan, yaşlıların kolayca işaretleyebileceği, "evet" ya da "hayır" olarak yanıtlanabileceği **GDÖ (Geriatrik Depresyon Ölçeği)**, mobilite, beslenme gibi günlük etkinliklerin yapılabilirliğinin test edildiği **Barthel'in GYA (Günlük Yaşam Ölçeği)** beslenme durumunu etkileyebilecek araçlardır(Koyuncu,2013;Ertan 2000;Yavuz 2007).

ANAHTAR KELİMELER

YAŞLI, BESLENME, DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

KULLANILAN KAYNAKLAR

1. *Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures? Int Psychogeriatr 2000; 12: 163-72.*

2. *Eser, S., Saatli, G.,Eser, E., Baydur, H.,Fidaner C. (2010). Yaşlılar İçin Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Modülü WHOQOL-OLD: Türkiye Alan Çalışması Türkçe Sürüm Geçerlilik ve Güvenilirlik Sonuçları, Türk Psikiyatri Dergisi; 21(1): 37-48.*

3. *Gül, H., Evcili, G., Karadaş, Ö.(2012). Geriatrik Depresyon ve İlişkili Risk Etkenleri: Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresif Belirti Düzeyi, J Clin Anal Med ;3(3): 308-10.*

4. *Kaiser, M.J., Bauer, J.M., Ramsch, C., Uter, W., Guigoz, Y, ve ark. (2009). Validation of The Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): A Practical Tool for Identification of Nutritional Status. The Journal of Nutrition, Health & Aging. 13(9), 782-788.*

5. *Koyuncu, G.(2013). 65 Yaş Üstü Bireylerde Denge Durumunun Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı*

6. *Rakıcıoğlu, N. 2014.YAŞLILIK DÖNEMİNDE MALNÜTRİSYONUN SAPTANMASI, Hacettepe Üniversitesi, Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları.*

7. *Wilson, MM. G., Thomas, D.R., Rubenstein, L.Z., Chibnall, J.T., Anderson, S., Baxi, A. ve ark. (2005). Appetite Assessment: Simple Appetite Questionnaire Predicts Weight Loss in Community-Dwelling Adults and Nursing Home Residents. The American Journal of Clinical Nutrition.* ***82,*** *1074-1081*

8. *Yavuz, B.(2007). Geriatrik Değerlendirme ve Testler - İç Hastalıkları Dergisi, 14,1,5-17*

BESLENME KÜLTÜRÜNÜN AKTARILMASINDA YAŞLILARIMIZ
(Kapadokya Bölgesi Örneğinde)

Yrd. Doç. Dr. Meltem Soylu, Arş. Gör. Eda Başmısırlı, Ferhan Düzgün, Sinem Nur Tufan
Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü KAYSERİ

Tarihi M.Ö. 3000'lere dayanan Kapadokya kendine özgü coğrafik yapısı ile gelişmiş bir kültür birikimine sahiptir. Bölgenin bu özelliği, beslenme kültürüne yemeklerin ve beslenme uygulamalarının çeşitliliği ile yansımıştır. Ancak hızla küreselleşen dünya ve modern beslenme alışkanlıklarının yaygınlaşması ne yazık ki tarihler boyu süregelen beslenme kültürünün sürdürülmesini engellemektedir. Yeni yetişen genç kuşakların bu kültür zenginliğini öğrenerek geleceğe aktaracağı yeterli düzeyde ve doğru bilgi kaynaklarının bulunmaması bunun en önemli nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Çalışmada kendinden önceki nesillerden devir aldığı, uygulamalarıyla beslenme kültürünün oluşmasına katkı sağlayan en doğru bilgi kaynağı olarak değerlendirilen yaşlılarımızdan Kapadokya Bölgesinin beslenme alışkanlıkları ve uygulamalarına yönelik bilgi edinilmesi, bunların değerlendirilmesi ve yeni kuşaklara aktarılabilmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde en çok turisti çeken bölgenin beslenme kültürü ile de tanıtılmasının önemli olacağı düşünülmüştür. Çalışmada o bölgede doğup yetişen yaşlılar ile odak grup görüşmeleri yapılarak, uygulamalar yerinde gözlemlenmiştir. Bölgede yüzyıllardır geleneksel olarak yapılan çanak çömlekçilik halen devam etmekte olup çanaktan tabaklar, testiler, çömlekler ve güveçler mutfaklarda ve yemek servisinde kullanılmaktadır. Bu bölgede üzüm yetiştiriciliği oldukça eski zamanlara dayanmaktadır. Dolayısı ile Kapadokya mutfak kültüründe üzüm önemli bir yere sahiptir. Şeker tüketiminin kısıtlanması gerektiği bugün tüm sağlık otoriteleri tarafından önemle vurgulanmaktadır. Ne yazık ki günümüzde aşırı derecede tüketilen şeker, Kapadokya' da çok az kullanılmıştır. Şekersiz yapılan üzüm hoşafları, pekmezler ve pekmezlerden yapılan helvalar, bulamaçlar sağlıklı olan tatlı seçeneklerini oluşturmuştur. Ayrıca glisemik indeksi düşük ve posa içeriği yüksek olan tam buğday ve çavdar ekmeğinin tüketim oranının oldukça yüksek olduğu dikkat çekicidir. Ayrıca tuz ve yağ eklenmeden yapılan çorba çeşitleri sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kültüre olan önemli bir yansımasıdır. Kapadokya yöresinde yaşayan yaşlılardan öğrenilen yöresel yemekler ve bu yemeklerin içerikleri aşağıda özetlenmiştir.

Kesti Kebabı: Doğranan kuş başı etler, karabiber, domates, sarımsak, sivri biberle harmanlanarak testinin içine yerleştirilir. Üzerine tereyağı döküldükten sonra testinin ağzı hamurla kapatılır. Sonra testi ateşin üstünde 2 saat bekletilir. En sonunda

kırılarak içindeki muhteşem lezzet açılıp yenmeye başlanır. Kapadokya yemeklerinden en bilineni ve popüleridir.

Çömlek Fasulyesi: Kuru fasulye, odun ateşinde haşladıktan sonra doğranmış etlerle birlikte bir çömleğin içine konur. Üzerine su dökülür. Önce kısa bir süre közde pişirilir, sonrasında soğan ve salça ilave ettikten sonra da tekrar pişirilir.

Düğü Çorbası: Düğü adı verilen ince bulgur ile yapılır. Tereyağı ve salça kavrulduktan sonra su ilave edilir ve içine düğü atılır (Düğü,ince bulgurun yöredeki adıdır.)

Sütlü Çorba: Kaynatılan bulgura süt ilave edilerek hazırlanır. Çok sık tüketilen Kapadokya yemeği turistlerin de beğenisini kazanmaktadır.

Nohutlu Yahni: Koyun eti soğanla birlikte kavrulur. Malzemeler nohutla birlikte çömleğe konur. Su ve salça ilave edildikten sonra tandırda pişmeye bırakılır.

Gendime: Soğan ve salça tereyağı ile kavrulur. İçerisine yarma eklenir. Diğer yanda kurutulmuş kemik çömleğin altına konur. Üzerine kavrulmuş yarma eklenir ve su koyulur. Tandırda pişirilir.

Dıvıl: Haşlanmış patates bulgur ile yoğrulup küçük köfteler halinde kızartılır. Geleneksel Kapadokya yemekleri arasında yer alır.

Ayva Dolması: Ayvaların içi oyulduktan sonra düğü ve kıyma karışımı ile doldurulur. Tepsiye yerleştirilir. Üzerine su ve pekmez dökülür.

ANAHTAR KELİMELER: Yaşlılar, odak grup, Kapadokya, beslenme kültürü

KULLANILAN KAYNAKLAR:

-Odak grup görüşmeleri Kapadokya yöresinden yaşlılar- 12 kişi

-Ayşe BAYSAL- Beslenme,2007, Hatipoğlu Yayıncılık -Ayşe Baysal, Beslenme Kültürümüz, T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Geleneksel El Sanatları / Kültür Eserleri Dizisi, 3. Baskı, 2002

YAŞLI HASTALARDA DÜZENLİ EGZERSİZ ALIŞKANLIKLARI VE EGZERSİZ ENGELLERİNİN BELİRLENMESİ

Merve Karapınar*,Arzu Demircioğlu*, Ülkü Ertan*, Ayşe Abit Kocaman*, Nuray Kırdı*, Mehmet Emin Kuyumcu , Cemal Kılıçarslanoğlu****

* Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü,

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilimdalı,

BİLDİRİ ÖZETİ

AMAÇ: Yaşlanma, organizmadaki pek çok sistemi etkileyen bir süreçtir. Bu sürecin sonucu olarak, fiziksel uygunluk ve endurans azalmaktadır. Yaşlılarda, egzersiz ve fiziksel aktivitenin sağlıklı bir yaşam, fonksiyonel bağımsızlığı sağlama ve yaşam kalitesini iyileştirmedeki faydaları bilinmektedir. Buna rağmen yaşlı bireyler çeşitli kişisel ve çevresel engeller ileri sürerek egzersiz yapmak istememektedir. Bu çalışmanın amacı yaşlı hastalarda egzersize engel olan faktörlerin araştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Servisi'nde yatan 70 yaşlı birey (21 kadın, 49 erkek) dahil edildi. Hastaların sosyodemografik verileri, kullandıkları ilaç sayısı, son bir yılda düşme hikayeleri ve sistemik hastalıkları sorgulandı. Düzenli egzersiz alışkanlığı ve egzersiz yapmayan hastaların ise egzersiz yapmama nedenleri sorulmuştur.

BULGULAR: Çalışma sonuçları istatistiksel olarak analiz edildiğinde; hastaların yaş ortalaması 73±6.8 **yıl, VKİ ortalaması 27.9**±6.3 kg/m² idi. Kişilerin %24.3'ünün düzenli egzersiz alışkanlığı vardı. Egzersiz yapmayanların % 49.1'i egzersiz yapacak yer olmadığını, % 28.4'ü egzersiz yapacak yerlerin tehlikeli olduğunu, %43.4'ü destekleyen kimselerinin olmadığını, %24.5'i egzersiz alanlarının uzak olduğunu, % 69.8'i düşmekten korktuğunu ve %43.4'ü ise egzersiz yapmak için çok yaşlı olduğunu engel olarak olarak belirtmiştir. Eğitimi olan hastaların %45.7'si egzersiz yaparken, eğitimi olmayan hastaların %20.7'sinin egzersiz yaptığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p:0.001). Egzersiz yapmayanların sistemik hastalıkları (diabetes mellitus, hipertansiyon, kalp hastalığı gibi) sayısı ortalama 2.9±1.2 iken egzersiz yapanların ortalaması ise 1.7±1.1 olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.001).

SONUÇ: Bu çalışmada yaşlı hastaların büyük bir kısmının egzersiz alışkanlığı olmadığı görülmüştür. Egzersiz yapmayanlar daha fazla sistemik hastalığa sahip olup görülüp, bu hastalıklar sonucunda hastanede kalma süreleri artmaktadır. Bunun sonucunda ülke ekonomisine, ailesine, çevresine maddi ve manevi olarak

yük olmaktadır. Yaşlı popülasyonun hızla arttığı ülkemizde egzersiz yapmayan hastaların egzersiz yapmama gerekçeleri belirlenip bunlara yönelik olarak çözüm ve önerilerde bulunularak kişinin daha yüksek oranda, yeterli süre ve düzenli olarak egzersiz yapmaları sağlanabilir ve yaşam kaliteleri arttırılır.

ANAHTAR KELİMELER

geriatrik hasta, egzersiz alışkanlığı, egzersiz engelleri

KULLANILAN KAYNAKLAR

1-Moschny A, Platen P, Klaassen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2011 Nov 2; 8: 121. doi: 10.1186/1479-5868-8-121.

2- Bird S, Kurowski W, Feldman S, Browning C, Lau R, Radermacher H, Thomas S, Sims J. The influence of the built environment and other factors on the physical activity of older women from different ethnic communities. *J Women Aging* 2009; 21(1): 33-47

3- Damush TM, Stewart AL, Mills KM, King AC, Ritter PL: Prevalence and correlates of physician recommendations to exercise among older adults. *J Gerontol Ser A-Biol Sci Med Sci* 1999, 54: M423-M427

EVDE BAKIM VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE DİYETİSYENLERİN ROL VE SORUMLULUKLARI

Doç. Dr. Nilüfer ACAR TEK, Arş. Gör. Betül KOCAADAM
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ

Evde bakım; sağlık hizmetlerinin ev ortamında uzman ekip ile sunulmasıdır. Hastaya tanı koymaktan ziyade tanısı konulmuş hastaların tedavileri ve izlemlerinin yapılmasını içerir. Ayrıca bu süreç içinde gelişebilecek malnutrisyon ve diğer komplikasyonların erken dönemde saptanması, önlenmesi ve tedavisini, bireylerin mevcut durumlarını yönetebilmeleri için eğitimlerini kapsamaktadır.

Evde bakım beslenme hizmetleri, beslenme müdahelesi ve izlemiyle daha iyi yönetilebilecek istemsiz ağırlık kaybı veya kazanımı, malnutrisyon, disfaji, diyabet, kalp hastalığı, osteoporoz, karaciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, gibi sağlık sorunu olan bireyler için hayati önem taşımaktadır.

Bu çerçevede diyetisyen, optimal beslenmeyi sağlamada rolü yanında, tıbbi beslenme tedavisi uygulamaları ile bakım ihtiyacı olan her bir hastanın sağlığının iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin arttırılmasına önemli katkılarda bulunmaktadır. Evde bakım ve evde sağlık hizmetleri çerçevesinde beslenme hizmetleri; sağlık personellerinin eğitimi, çocuklardan yaşlılara kadar tüm bireylere beslenme değerlendirmesi ve danışmanlığı, enteral-parenteral beslenme tedavisi yönetimi ve izlemine kadar her biri başlı başına irdelenecek çeşitli süreçleri kapsamaktadır.

Diyetisyenin evde bakım hizmetlerinde görevleri; beslenme durumunun taraması ve değerlendirmesi, hasta eğitimi, beslenme danışmanlığı, izlem ve takibini kapsar. Diyetisyen, özel beslenme bakımının merkezinde yer alır. Diyetisyenin rolü ve uzmanlığı, yetersiz beslenme riski taşıyan bireylerin erken dönemde saptanması ve gerekli bireylere tıbbi beslenme tedavisinin uygulanmasıdır. Özellikle evde enteral-parenteral beslenme desteği gereken, beslenme durumu riskli olarak belirlenen tüm hastalarda beslenme durumu saptanması yapılmalıdır. Doktorla iş birliği halinde olarak hastaların farklı durum ve patolojilerine uygun beslenme terapilerini sağlanması gereklidir. Beslenme durumu saptanmasının sonuçları ve önerileri tüm hasta bakımından sorumlu kişilerle paylaşılmalıdır. Bunlara ek olarak hastalara, hastanın yakınlarına, hasta bakıcılarına ve hasta bakımı ile ilgilenen tüm personele etkili, kanıta dayalı beslenme durumu değerlendirmesi, diyet önerileri ve desteği sağlar.

Diğer bir yandan diyetisyenin görev ve sorumlulukları içinde; konuyla ilgili disiplinlerarası bilimsel toplantı veya konferanslara katılmak, gruba yönelik ulusal plan ve politikaların ve prosedürlerin geliştirilmesinde ve güncellenmesinde de aktif

görev almak olmalıdır. Bu sayede planlanacak hizmetin bütüncüllüğü ve etkinliği arttırılabilir.

ANAHTAR KELİMELER

Evde Bakım, Diyetisyen, Rol ve Sorumluluk

KULLANILAN KAYNAKLAR

1. M. Arvanitakis P Coppens L. Doughan A. Van Gossum. Nutrition in care homes and home care: Recommendations a summary based on the report approved by the Council of Europe. Clinical Nutrition , 2009;28(5):492-96

2. Nutrition In Care Homes And Home Care Report And Recommendations: From Recommendatıons To Action. Council of Europe 2009.

3. Debra S. Kovacevich et all. Standards for Specialized Nutrition Support: Home Care Patients American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors and the Standards for Specialized Nutrition Support Task Force. Nutrition in Clinical Practice, 2005; 20:579–590.

BURSA'DAKİ ONKOLOJİ HASTANE VE KLİNİKLERİNDE, PALYATİF BAKIM HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI

Dr. Murat DERİN
Bursa Sağlık Müdürlüğü

Amaç
Ülkemizde palyatif bakım kavramı yeni yerleşmekte olup, hastalarımız ve sağlık çalışanlarımız tarafından yeterince bilinmemektedir. Bu çalışma, ile İlimizde kanser hastalarına hizmet veren hastanelerde palyatif bakım hizmetlerinin, mevcut durum, sağlık personeli, hasta ve morfin preparatı kullanımı açısından araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem ve Gereçler
Çalışma, tanımlayıcı tipte olup, araştırmanın evrenini; onkoloji klinikleri bulunan dört hastanenin onkoloji ve yoğun bakım kliniklerinde görev yapan personel ile hastane yöneticileri oluşturmaktadır. Örnekleme yöntemine gidilmemiş gönüllü olan 174 çalışan araştırma kapsamına alınmıştır. Katılımcılara 12 sorudan oluşan anket uygulanmıştır.

Bulgular
Araştırma kapsamına alınan çalışanların, %9.8'i (n=17) uzman % 74.7'si (n=130) ebe- hemşire, % 2.8'i (n=5) sağlık memuru, % 2.8'i (n=5) hasta danışmanı, % 1.7'si (n=3) radyoloji teknisyeni, % 1.1'ini (n= 2) anestezi asistanları oluşturmaktadır.
Araştırma yapılan hastanelerin hiç birinde tam teşkilatlı palyatif bakım merkezi bulunmamaktadır.
Katılımcıların, % 7.5'i (n=13) hiç bilgisi olmadığını, %81'i (n=141) bilgisi olduğunu ancak bu konuda eğitim ve toplantıya katılmadığını belirtmiştir.
Katılımcıların, % 4'ü (n=7) morfini rahatça kullandığını, 14.4'ü (n=25) prosedürün kullanımı kısıtladığını ancak ihtiyaç duyduğunda kullanabildiğini belirtmiştir.

Sonuç
Çalışmamız sonucu, ülkemize paralel olarak ilimizde de palyatif bakım hizmetlerinin gelişmediği görülmüştür. Öncelikle Türk aile yapısına uygun palyatif bakım sistemi belirlenmesi (buna yönelik araştırmalar yapılması önerilir) ve bu doğrultuda, ilimizde palyatif bakım sisteminin hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler :palyatif bakım, onkoloji hastanesi, onkoloji kliniği, morfin kullanımı

KULLANILAN KAYNAKLAR

Ay, F., Gençtürk, N., (2013). Ebe Öğrencilerin Ölüm, Terminal Dönem ve Palyatif Bakım ile İlgili Görüşleri: Odak Grup. F.N. Hemşirelik Dergisi Sayı 3: 164-171

Yıldırım, Y., Fadıllıoğlu, Ç., Uyar, M., Kanser, Ağrı ve Yaşam Kalitesi.
Turgay, G., Kav, S., Sağlık Personelinin Palyatif Bakıma İlişkin Görüşleri PowerPoınt Sunusu.

Elçigil, A., (2005). Pediatrik Palyatif Bakım ve Hemşirelik.Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Sayı 4.

Bag, B., (2012). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. Türk Onkoloji Dergisi Sayı 3: 142-14

Gültekin, M., *Özgil*, N., Olcayto, E., Tuncer, M., Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu.(2010). Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2010-1, sayfa 1-6

Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Palyatif Bakım programı.

POSTER BİLDİRİ BAŞLIĞI: EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE BAKIM ELEMANININ GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Orhan ACAR
Sağlık Bakım Hizmetleri (Yaşlı/Evde Bakım Teknikerleri) Derneği

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ:

Bakım Elemanı Evde Bakımda en önemli meslek gruplarından birisidir. Sağlığın korunması ve mevcut hastalığın daha da ileriye gitmesini önlemenin ana amacı iyi bir bakımdan ve koordineli bir sağlık hizmetinden geçer. İşin temelinde bakım var ise o zaman en büyük gerçek temelin sağlam olmasıdır. Bu temel ise ancak ve ancak alanda mümkün mertebe fazla pratik ve eğitim ile mümkündür. Bu kapsamda Sağlık Bakım Hizmetleri bünyesinde Halk Eğitimler, Liseler ve Üniversiteler kalifiye eleman yetiştirmektedir. Bu kalifiye elemanların en önemlisi hiç şüphesiz hem pratik hem de eğitim olarak yüksek donanıma sahip Yaşlı/Evde Bakım Teknikerleridir. Yaşlı/Evde Bakım Teknikerleri aldıkları eğitimde Hastalık Bilgisi, Enfeksiyon Hastalıkları, Ramotolojik Hastalıklar, Fizik Tedavi Hastalıkları, Nörolojik Hastalıklar, İlaç Uygulamaları, Farmakoloji, Evde Hasta Bakımı, Psikoloji gibi oldukça önemli dersleri görmekte ve bu dersler doğrultusunda dönem içi, dönem dışı stajlar görmektedirler. Sağlığın Bakımdan asla ayrılamayacağının açıkça ispatı niteliğinde olan bu bölümler, verdikleri eğitimlerle hem sağlık bilgisini hem de bakım bilgisini en üst düzeyde aşılamayı hedeflemektedir. Ülkemizde halen daha net ve kesin çözüme ulaştırılamayan ve hizmet alanların her seferinde mağdur olduğu Bakım Hizmetleri ancak ve ancak bu Meslek Elemanlarının sahada aktif görevde olduğunda aşılacaktır.

Yukarıda geçen Ç bendinde Sağlık ekibinin planladığı tıbbi bakımı takip eder, ibaresinin önemi açıktır ve bir Sağlık Teknikeri olan Sağlık Bakım Teknikeri gerektiğinde doktorun uygun gördüğü Tıbbi bakımı takip edebilir.

Evde bakım hizmetlerinde bütün olan bir kitle vardır. Mutlak başarı için ise koordinasyon ve tamamlayıcı ekip desteğine ve dayanışmasına ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER

Bakım elemanı, evde bakım, rol ve sorumluluk

KULLANILAN KAYNAKLAR

T.C Resmi Gazetesi

EVDE BAKIM VE SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİZYOTERAPİSTLERİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Tülin DÜGER, Nuray KIRDI, Filiz CAN
Reyhan ÖZGÖBEK, İlke KESER
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ
Yaşlılar için toplumsal destek ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde evde sağlık hizmetlerinin önemi büyüktür. Bu çerçevede 2015 yılında Sağlık Bakanlığının yürürlüğe koyduğu "Evde Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği"nde hizmetin kurgulanmasında mesleklerin rol ve sorumluluklarının daha belirgin hale getirilmesi gerekliliği dikkati çekmektedir.
Evde sağlık ve bakım, dünyada interdisipliner ve multisektörel çalışmanın iyi örneklerinden biridir. Başarılı ve kaliteli bir evde sağlık ve bakım hizmeti alacak yaşlı bireye ait tüm sağlık ve sosyal alandaki bilgilerin tek bir merkezde toplanarak ekip üyelerinin tamamının bu bilgilere ulaşabilmesi ve ihtiyaç doğrultusunda verilecek hizmetin ayrıntılarının belirlenmesi, hizmetin verimliliğini ve kalitesini artıracaktır. Bu nedenle de ekip arasında iyi bir koordinasyonun sağlanması ve tüm personelin görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması gereklidir.
Evde bakım gereksinimi ülkemizde her ne kadar çoğunlukla doktor tarafından belirleniyorsa da doğru olan, vaka yönetimi modeli ve interdisipliner yaklaşım ile belirlenmesidir. Yaşlının sosyal desteğe ve bakıma gereksinimi bu yaklaşım içinde mutlak yer almalıdır.
Evde sağlık hizmetlerinde; yaşlılar, palyatif bakım hastaları, kronik hastalığa sahip kişiler, engelliler ve aile yakınları koruyucu, düzeltici ve rehabilite edici hizmetler yönüyle fizyoterapi ve rehabilitasyona ihtiyaç duyarlar. Fizyoterapistler, evde fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerinde hastanın değerlendirilmesi ve problemlerin saptanması, uzun ve kısa süreli hedeflerin belirlenmesi, evde riskleri önlemeye yönelik koruyucu fizyoterapi ve rehabilitasyon, evde fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerinde yaşam kalitesini ve farkındalığı artırma, hasta eğitimi ve evde bakım verenlerin rehabilitasyonla ilgili eğitimi konularındaki uygulamaları ile ekip çalışmasına destek verir. Bireyin motor, duyu, algılama, bilişsel ve fonksiyonel problemlerini değerlendirir. Fizyoterapist değerlendirme sonuçlarını ekibin diğer üyeleri ile paylaşarak hastanın beklentileri, fizyoterapi ve rehabilitasyon problem listesi, hastalıkla ilgili gereksinimler ve ekip üyelerinin görüşleri doğrultusunda fizyoterapi ve rehabilitasyon müdahalelerine karar verir. Bireyin genel sağlık düzeyini ve fiziksel aktivite düzeyini göz önünde bulundurarak kişiye özel egzersiz programını

planlar, semptom yönetiminde görev alır, günlük yaşamdaki bağımsızlık düzeyini korunmasını ve artırılmasını sağlar, evde ve sosyal çevredeki limitasyonları belirleyerek uygun ergonomik yaklaşımların gerçekleştirilmesini, inaktiviteye bağlı olarak gelişen ikincil problemlerin önlenmesini, denge, mobilite ve ambulasyon problemlerinin önlenmesini, yaşam kalitesinin korunması ve artırılmasını ve tekrarlı hastaneye yatışların önlenmesini sağlar.
Evde bakım ve sağlık hizmetlerinde, fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarındaki kalite ve etkinliğin artırılması için bireyler hastaneden taburcu olurken bundan sonraki rehabilitasyon gereksinimleri planı yapılmalı, kişi herhangi bir zorlukla karşılaşmaksızın problemler ve çözüm listesi hazırlanmalıdır. Fizyoterapistlerin evde sağlıkta ülkemizde de etkin çalışabilmeleri için, 27 Şubat 2015 tarihinde yayınlanan evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik yönetmelikte fizyoterapistler ve diğer ekip üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının açıklayıcı şekilde düzenlenmesine ihtiyaç vardır.

ANAHTAR KELİMELER
Evde Bakım, Evde Sağlık, Yaşlanma, Fizyoterapist

KULLANILAN KAYNAKLAR
1.Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, 27 Şubat 2015, Resmi Gazete.
2. Geriatrik Hastalar İçin Evde Bakim Modeli ve Ekip Eğitimi Projesi- Multidisipliner Bir Ekiple Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Ünitesine Başvuran ve Ankara'da Yaşayan Yaşlı Hasta ve Yakınlarına Yönelik Bir Evde Bakım Modeli Uygulaması, Devlet Planlama Teşkilatı tarafından desteklenmiştir, 2007 K120950 no.lu proje, Ankara, 2010.
3.Tekerlekli Sandalye Kullanan Paraplejik Hastalarda Ev Rehabilitasyonu, HÜ SBE Yüksek Lisans Tezi,1994, Ankara.

TÜRKİYE'DE İNFORMAL BAKIM KAPSAMINDA SOSYAL DESTEK (GÖKBÜK ÖRNEĞİ)

Veli ÖZKURT
Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ

Tüm dünyada olduğu gibi nüfus yaşlanması Türkiye'de de kendini göstermektedir. Yaşlı bireylerin sayısının artmasına bağlı olarak hastalık, engellilik ve bakıma muhtaçlık riski de artmaktadır. Bu bağlamda Antalya'nın Finike ilçesi Gökbük Mahallesi'nde gerçekleştirilen bu çalışma bakıma muhtaçlık ve informal bakım ilişkileri kapsamında literatürde yer alan üç sosyal destek modelinden hangisinin olduğunu veya ne açılardan benzerlikler ve farklılıklar içerdiğini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Görüşmeler, Gökbük Yaşlılık Araştırması(Arun vd., 2015) kapsamında bakıma muhtaçlığı tespit edilen 18 hanedeki 30 birey ile yaşam öyküsü tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılanların 17'si(%56,7) kadın, 13'ü(%43,3) erkektir. Katılımcıların en küçüğü 42 en büyüğü 90 yaşında olup ortalama yaş 67,3'tür ve kişilerin 27'si(%90) en az bir kronik hastalığa sahiptir. Görüşme yapılan 18 hanede yaşayan toplam 40 kişinin 14'ü(%35), katılımcıların ise 9'u(%30) engellidir. Kronik hastalık, engellilik ve felç durumlarının her biri kadınlarda erkeklerden daha fazladır. Yaşam süresinin uzaması farklı kuşakların aynı dönemde yaşaması sonucunu doğurmuştur. Bu da özellikle son yıllarda bakım ilişkileri ve bakım yönünün değişmesine neden olmuştur. Genç yetişkinlerden yaşlıya doğru olan bakımın yönü, yaşlılardan torunlara doğru yeni bir boyut daha kazanmıştır. Bunun dışında kendisi bakıma muhtaç olan kişinin başkasına bakım vermesi ve/veya farklı kuşaklara birden bakım vermesi durumunu ortaya çıkarmıştır. Bakıma muhtaçlıkta bakım desteği ve sosyal destek en fazla birlikte yaşanan eşler tarafından sağlanmaktadır. Eşler ve/veya mevcut bakım verenler dışından en fazla çocuklardan destek beklenmektedir ancak bakıma muhtaçlıkta ilk dikkate alınan, gereksinim duyulan durumun giderilmesidir. Bu gereksinmenin giderilebilmesi için mümkünse önce eş ve çocuklardan yardım beklenir, onların dışındaki kişilerde ise genellikle bir öncelik yoktur. Ama katılımcıların her biri için en önemlisi destek alınan kişin yaşam seyri boyunca iletişimde olunan kişiler olmasıdır. Sosyal destekle ilgili Hiyerarşik Karşılayıcı/Telafi Edici Model ve İşlevsel Özgüllük Modeli ile ilgili benzerlikler olsa da en kapsayıcı modelin Konvoy model olduğu söylenebilir. Kişilerin sosyal ağları sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Bakım ve sosyal destekle ilgili olarak ağ büyüklüğü ve ağdaki bireylerle ilişkilerin niteliği önemlidir. Bu bağlamda Gökbük Mahallesi'ndeki kişilerin tamamının sosyal ağlarının oldukça küçük olduğu ve kişilerin çoğunun sosyal ağı içindeki bireylere rağmen kendini yalnız hissettiği görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELER

Bakım, Bakıma Muhtaçlık, Informal Bakım, Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Hiyerarşik Karşılayıcı/Telafi Edici Model, İşlevsel Özgüllük Modeli, Konvoy Model.

KULLANILAN KAYNAKLAR

Tezin yazımı sürecinde kullanılan tüm kaynaklar şu şekildedir:

Abduşoğlu, A. (2012). Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması. *Kuşaklararası Dayanışma ve Aktif Yaşlanma Sempozyumu Bildirileri* (1. Baskı) içinde (80-115). Ankara: Grafer Tasarım.

Aboderin, I. (2004). Modernisation and Ageing Theory Revisited: Current Explanations of Recent Developing World and Historical Western Shifts in Material Family Support for Older People. *Ageing & Society, 24*(1): 29–50.

Adak, N. (2003). Yaşlıların Gayri Resmî Bakıcıları Kadınlar. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2(6): 81-89.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2011). *Dünya Engellilik Raporu.* Ankara: Anıl Group Matbaa.

Ajrouch, J. K., Blandon, Y. A. ve Antonucci, C. T. (2005). Social Networks Among Men and Women: The Effects of Age and Socioeconomic Status. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 60*(6): 311-317.

Akalın, H. E., Tanrıöver, M. D. ve Sayran, F. (b.t.). *Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık* Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü. TÜSİAD.

Akalın, H. E. (4 Şubat 2010). *Yaşlanan Nüfus ve Sağlık Sorunları*. 21 Nisan 2015, http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/online-makaleler/160-yaslanan-nufus-ve-saglik-sorunlari.

Akça, K. N. ve Taşçı, S. (2005). 65 Yaşüstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 14*(Ek Sayı): 30-36.

Akçacı, T. (2013). Kadın İstihdamına Farklı Bir Bakış: Haneiçi İstihdam. *Asia Minor Studies - International Journal of Social Sciences, 1*(2): 1-13.

Akın, G., Kalınkara, V., Aral, N., Baran, G. ve Özkan, Y. (2005). *Yaşlı ve Aile İlişkileri Araştırması Ankara Örneği.* Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları.

Aksayan, S., Çimete, G. (1998). Kronik Hastalıklı Bireylerin Evde Bakım Gereksinimleri, Olanakları ve Tercihleri. *I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı*, 24-26 Eylül, İstanbul.

Akyar, İ ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 16*(3): 32-49.

Alptekin, D. (2011). Gerontososyoloji Ekseninde Yaşlılık Sürecinin Sosyo-Ekonomik Boyutları. *Yardım ve Dayanışma, T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, 2*(3)7-15.

Altay, B. ve Avcı, İ. A. (2009). Samsun Alanlı Köyünde Yaşayan Yaşlılarda Aileden Algılanan Sosyal Destek ile Depresif Belirti Yaşama Sıklığı Arasındaki İlişki. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 18*(4): 139-146.

Altınoluk. (Mart 2011). *Dünyada Yaşlı Nüfus Hızla Artıyor.* 2 Kasım 2014, http://dergi.altinoluk.com/index.php?sayfa=yillar&MakaleNo=d301s013m1

Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 23*(3): 159-164.

Antonucci, T. C. (2001). Social Relations: An Examination of Social Networks, Social Support, and Sense of Control. In J. E. Birren (Ed.), Handbook of the Psychology of Aging (5th ed., pp. 427–453). San Diego, CA: Academic Press.

Antonucci, T. C., Fiori, K. L., Birditt, K. S., & Jackey, L. M. H. (2010). Convoys of social relations: Integrating life-span and life-course perspectives. In R. M. Lerner, M. E. Lamb, & A. M. Freund (Eds.), *The handbook of life-span development* (Vol. *2*, pp. 434–473). Hoboken, NJ: Wiley.

Arber, S., Ginin, J. (1991). Independence and Access to Resources. *In Gender and Later Life: a Sociological Snalysis of Resources and Constraints*. London: Sage Publications.

Armağan, A. (2014). Yalnızlık ve Kişilerarası İletişim İlişkisi: Öğrenciler Üzerinde Bir Araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7*(30): 27-43.

Arpacı, F. (2009). Yaşlıya Bakan Kadınların Bakım Yüklerinin İncelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi,* (1): 61-72.

Arun, Ö. (2015). Eşitsizliklerin Kavşağında: Çağdaş Türkiye'de Yaşlılık ve Sağlık. D. Alptekin, (Ed.) *Hasta Toplum* **içinde (125-144).** Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Arun, Ö. (2014). 'Que Vadis' Türkiye?: 2050'ye Doğru Yaşlanan Türkiye'yi Bekleyen Riskler. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* (32): 1-12.

Arun, Ö. (2013$_a$). Türkiye'de Yaşlanma ve Yaşlılık: Peter Pan Sendromu mu?. *ODTÜ'lüler Bülteni 234 İkinci Bahar-2* . 32-33.

Arun, Ö. (2013$_b$). International Spotlight: Developing a Gerontological Social Policy Agenda for Turkey. *The Gerontologist, 53*(6): 891-897.

Arun, Ö. (2011). Yaşlılıkta Bağımlılık: Türkiye'de Yaşlanma. 25 Ekim 2011 tarihinde gerçekleştirilen *Yaşlılıkta Bağımlılık, İki Ülke Bir Problem: Türkiye-Avusturya* kongresinde sunulan bildiri.

Arun, Ö. (2008). Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Kaliteli Yaşlanma İmkânı Üzerine Senaryolar. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7*(2): 313-330.

Arun, Ö. ve Arun, B. K. (2011). Türkiye'de Yaşlı Kadının En Büyük Sorunu: Dulluk. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *10*(4): 1515 -1527.

Atagün, İ. M., Balaban, D. Ö., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Özpolat, Y. A. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3*(3): 513-552.

Babayiğit, M. A. ve Kurt, M. (2013). Hastane Ergonomisi. İstanbul *Medical Journal,14*: 153- 159.

Bahar, G., Bahar, A. ve Savaş, H. A. (2009). Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4*(12): 85-98.

Bahar, A. ve Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve Evde Bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2*(4): 32-39.

Baran, G. A. (2011$_a$). Aile ve Yaşlanma. A. Kasapoğlu ve N. Karkıner, (Ed.), *Aile Sosyolojisi.*(1) içinde (134-165). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Web-Ofset.

Baran, G. A. (2011$_b$). Yaşlılığın Sosyal Boyutu. Y. K. Gökçe, (Ed.), *Yaşlanmak Ayrıcalıktır* içinde Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Baran, A.G., Kalınkara, V., Aral, N., Baran, G., Akın, G. ve Özkan, Y. (2005). *Yaşlı ve Aile* İlişkileri: Ankara Örneği. Ankara: Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları.

Baran, G. A. (2004). Yaşlılık Sosyolojisi. V. Kalınkara, (Ed.), Y*aşlılık: Disiplinler Arası Yaklaşım, Sorunlar, Çözümler* içinde (35-57). Ankara: Odak Yayınları.

Becerikli, Y. S., (2013). Kuşaklararası İletişim Açısından Yeni İletişim Teknolojilerinin Kullanımı: İleri Yaş Grubu Üzerine Bir Değerlendirme. İstanbul Üniversitesi İletişim *Fakültesi Dergisi, 1*(44): 19-31.

Berg, S., Mellstrom, D., Persson, G. ve Svanborg, A. (1981). Loneliness in the Swedish Aged. *Journal of Gerontology,* 36(2): 342-349.

Birditt, K. S., & Antonucci, T. C. (2007). Relationship Quality Profiles and Well-being Among Married Adults. *Journal of Family Psychology*, *21*, 595–604. doi:10.1037/0893- 3200.21.4.595.

Boldwin, L. A, (1967) Theories of Child Development. John Willey and Sons, Inc. New York.

Borchers, A. (1997). Die Sandwich-Generation. *Ihre Zeitlichen und Finanziellen Leistungen und Belastungen.* Frankfurt, New York: Campus.

Bryman, A. ve Burgess, G. (1994). Analyzing Qualitative Data. London: Routledge.

Burt, R. S. (2001). Structural Holes Versus Network Closure As Social Capital. In N. Lin, K. Cook, & R. S. Burt (Eds.), Social capital (pp. 31–56). New York: Aldine de Gruyter.

Canatan, A. (2008). Toplumsal Değerler ve Yaşlılar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1*(2): 62-71.

Carr, D. ve Moorman, M. S. (2011). Social Relations and Aging. R. A. Settersen ve J. L. Angel, (Ed.), *Handbook of Sociology of Aging* içinde (145-160). New York: Springer Science+Business Media.

Chronic Disease and Health Promotion. (9 Mayıs 2014). 19 Nisan 2015, http://www.cdc.gov/chronicdisease/overview/.

Coles, R.L., (2001). Elderly Narrative Reflections on the Contradictions in Turkish Village Family Life After Migration of Adult Children. *Journal of Aging Studies*, *15*: 383-406.

Connidis, I. A. (2010). *Family ties & aging* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.

Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu. (2009). *Denetleme Raporu* (5). Ankara.

Çakır, Ö. (2011). *Emekliliğin Psiko-Sosyal Boyutu* (1. Baskı). Ankara: Türkiye Emekliler Derneği.

Çiftçili, S. (2012). Aktif Yaşlanma: Fiziksel Boyut. *Turkish Family Physician, 3* (1). 21 Mart 2015, http://turkishfamilyphysician.com/detay.asp?id=69.

Danış, M. Z. (2006). Toplum Temelli Bakım Anlayışı. Özveri Dergisi, (3): 44- 47.

Danış, M. Z. (2011). Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık. Y. K. Gökçe, (Ed.), *Yaşlanmak Ayrıcalıktır* içinde ANKARA: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Demirbilek, S. (2007). Yaşlılık ve Emeklilik İlişkisinin Sosyolojik Boyutu. *Selçuk* Üniversitesi Sosyal Bilimleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 10(1-2): 131-145.

Demirbilek, S. (2005). *Sosyal Güvenlik Sosyolojisi*. İstanbul: Legal Yayıncılık.

Dey, I. (1993). Qualitative Data Analysis: A User-Friendly Guide for Social Scientists. London: Routledge Publications.

Dhar, H. L. (2001). Gender, Aging, Health and Society. *J. Assoc Physician India,*

(49):1012- 20.

Dünya Bankası. (2012). *Büyümenin Altın Kuralı: Avrupa Ekonomik Modeli'ne* **Görkeminin** *Yeniden Kazandırılması.* Gill, S. I. ve Raiser, M.: Yazar.

50'li Kuşak "Sandviç nesil". (7 Ekim 2010). 22 Nisan 2015, http://www.milliyet.com.tr/50-li-kusak-sandvic-nesil /yasam/haberdetay/08.10.2010/1298762/default.htm.

Emiroğlu, V. (1989), *Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu* (1. Baskı), Ankara: Başkent Yayınevi.

Erdal, R., Ayan, D. M., Aydın, A. T., Opçin, E., Özaydın, C. ve Özkalkan, B. (2014). Engelsiz Yaşam. 14-16 Mayıs 2014 tarihinde gerçekleştirilen *XVI. Öğrenci Sempozyumu Çalışma Grubu Sunumları* sempozyumunda sunulan bildiri.

Eriksen W. (2003). The Prevalence of Musculoskeletal Pain in Norwegian Nurses' Aides. *Int Arch Occup Environ Health, 76*: 625-30.

Ezzy, D. (2002). Qualitative Analysis: Practice and Innovation. Crows Nest: Routledge.

Fiori, L. K., Antonucci, C. T. ve Cortina, S. K. (2006). Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 61*(1): 25-32.

Fiori, L. K., Smith, J. ve Antonucci. C. T. (2007). Social Network Types Among Older Adults: A Multidimensional Approach. *Journal of Gerontology: Psychologıcal Sciences, 62*(6): 322-330.

Genç, Y. ve Dalkılıç, P. (2013). Yaşlıların Sosyal Dışlanma Sendromu ve Toplumsal Beklentileri. *The Journal of Academic Social Science Studies, International Journal of Social Science, 6*(4): 461-482.

Gençtan, E. (1998). *Kim bilir?*. İstanbul: Metis Yayınları.

Gitmez, K. Ş. (2000). *Yaşlıların Farklı Kentsel Koşullarda Yaşam Uyumları, Eğilimleri, Tutum ve Davranışları*. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi.

Grundy, E. ve Henretta, J. C. (2006). Between Elderly Parents and Adult Children: A New Look at the Intergenerational Care Provided by the 'Sandwich Generation'. *Ageing and Society, 26*(5): 707-722.

Gün, F. (2006). *Kent Kültüründe Yalnızlık Duygusu.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı.

Haberkern, K., Schmid, T. ve Szydlik, M. (2013). Gender Differences In Intergenerational Care In European Welfare States. *Ageing And Society,* 1-23.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2010). *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler:1968-2008.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Hawkley, L. C., Browne, M. W. & Cacioppo, J. T. (2005). How Can I Connect With Thee? Let me Count the Ways. *American Psychological Society: Psychological Science, 16*(10): 798-804.

Hoffman, G. J., Lee, J. ve Mendez-Luck, C. A. (2012). Health Behaviors Among Baby Boomer Informal Caregivers. *The Gerontologist, 52*(2): 219-230.

Holdsworth, K. J. (2013). *Burden of Care Impacting Family Caregivers of Dependent Community-Dwelling Older Adults in Rural and Urban Settings of Southern Turkey: A Mosaic of Caregiver Issues and Recommendations*. Yayınlanmamış doktora tezi, Technical University of Dortmund.

Hooyman, N. R. ve Kıyak, A. (1988). *Social Gerontology / A Multidicsiplinary Perspective*. Washington: Washington Uni. Press.

Howe, J. ve Tufan, İ. (2007). Yaşlılarda Bakım Gereksinimin Önlenmesi. *Gerobilim Dergisi, 1*(1): 72-85.

İnci, F. H. ve Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 11*(4): 85-95.

Kalınkara, V. (2000). Yaşlılıkta Sosyal Katılım ve Kent Hizmetleri. G. Erkan ve V.

Işıktan, (Ed.), *Antropoloji ve Yaşlılık: Prof. Dr. Vedia Emiroğlu'na Armağan.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını.

Kanıta Dayalı Tıp Derneği[KDTD]. (2013). *Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporu*. Ankara.

Karadağ, İ. (2007). **İlköğretim Beşinci Sınıf Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Sosyal** *Destek Kaynakları Açısından İncelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karahan, A. ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. *Türk Geriatri Dergisi, 5*(4): 155- 159.

Karakız, A. (13 Şubat 2013). **İşte Türkiye**'*nin Engelli Nüfusu*. 20 Nisan 2015, http://www.ied.org.tr/forum/thread-364-post-530.html.

Karanfil, N. (21 Ağustos 2014). *Sosyal Yardım 5 Kat Arttı.* 24 Mart 2015, http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/27043008.asp.

Karaoğlu, N., Avşaroğlu, S. ve Deniz, M. E. (2009). Yalnız Mısın? Selçuk Üniversitesi **Öğrencilerinde Yalnızlık Düzeyi İle İlgili Bir Çalışma**. *Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22*(1): 19-26.

King, Valerie. (2003). "The Legacy of a Grandparent's Divorce: Consequences for Ties Between Grandparents and Grandchildren." *Journal of Marriage and Family* 65:170 - 83.

Koç, İ., Eryurt, M.A., Adalı, T., & Seçkiner, P., (2010). *Türkiye'nin Demografik Dönüşümü*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Kurt, G., Beyaztaş, F. Y. ve Erkol, Z. (2010). Yaşlıların Sorunları ve Yaşam Memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi, 24*(2): 32-39.

Kurt, G. (2008). *Türkiye'de Yaşlılık Olgusuna Sosyolojik Bir Bakış (Sivas İl Örneği)*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı.

Lauterbach, W. (1998). Die Multilokalität Später Familienphasen Zur Räumlichen Nähe und Ferne der Generationen. *Zeitschrift für Soziologie, 27*(4): 297-315.

Lehr, U. (1990). *Yaşlanmanın Psikolojisi* (B. Çotuk ve N. Eryar Çev.). İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınlar Çeviri Vakfı Yayın.

Litwin, H. (2001). Social Network Type and Morale in Old Age. *The Gerontologist*, *41*, 516– 524. doi:10.1093/geront/46.6.735.

Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). Network Type and Mortality Risk in Later Life. *The Gerontologist*, *46*, 735–743. doi:10.1093/geront/46.6.735.

Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2011). Social Network Type and Subjective Well-Being in A National Sample of Older Americans. *The Gerontologist*, *51*, 379–388. doi:10.1093/geront/gnq094.

Lyons E. ve Coyle, A. (2007). Analysing Qualitative Data In Psychology. Los Angeles: SAGE Publications.

Marshall, W. V. ve Bengston, L. V. (2011). Theoretical Perspectives on the Sociology of Aging. R. A. Settersen ve J. L. Angel, (Ed.), *Handbook of Sociology of Aging* içinde (17-33). New York: Springer Science+Business Media.

McCann, M. R. ve Giles, H. (2007). Age-Differentiated Communication in Organizations: Perspectives from Thailand and the United States. *Communication Research Reports,* 24(1): 1–12.

MEB. (2011$_a$). *Aile ve Tüketici Hizmetleri: Yaşlılıkta Görülebilen Uyum Sorunları.* Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı.

MEB. (2011$_b$). *Aile ve Tüketici Hizmetleri: Yaşlı Bireylere Sosyal Destek Hizmeti Veren Kurum ve Kuruluşlar.* Ankara: Millî Eğitim Bakanlığı.

Mejia, T. S. ve Hooker, K. (2013). Relationship Processes Within the Social Convoy: Structure, Function and Social Goals. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(3): 376-386.

Miles, M. B. ve Huberman, A. M. (1984). Qualitative Data Analysis: A Source Book of New Methods. London: SAGE Publications.

Miller, D. A. (1981). The 'Sandwich' Generation: Adult Children of the Aging. *Social Work 26*(5): 419-423.

Mueller, Mary, Bernard Wilhelm, and Glen H. Elder Jr. 2002. "Variations in Grandparenting." *Research on Aging,* 24: 360–88.

Mullins, C. L., Woodland, A. ve Putnam, J. (1989). Emotional and Social Isolation Among Elderly Canadian Seasonal Migrants in Florida: An Emprirical Analysis of a Conceptual Typology. *Journal of Gerontological Social Work, 14*(3-4): 111-130.

Nichols, L. S. ve Junk, V. W. (1997). The Sandwich Generation: Dependency, Proximity and Task Assistance Needs of Parents. *Journal of Family and Economic Issues, 18*(3): 299-326.

Neuman, W. L. (2011). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (7th ed.). Boston: Pearson/Allyn & Bacon.

OECD. (2009). *Population And Migration - Total Population - Evolıtion of the Population.* OECD Publishing.

OECD. (2014_a). *Life Expectancy at Age 65, Females,* OECD Publishing.

OECD. (2014_b). *Life Expectancy at Age 65, Males,* OECD Publishing.

OECD. (2014_c). *Life Expectancy At Birth*, OECD Publishing.

OECD. (2014_d). *Life Expectancy at Birth, Total Population,* OECD Publishing.

OECD. (2014_e). *How Was Life,* OECD Publishing.

OECD. (2014_f). *Population Agee: Elderly Population,* OECD Publishing.

Oğuz, T. M. (2007). *Yaşlılarda Görülen Biyolojik ve Sosyal Değişimler*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Onat Ü. (2004). Yaşlanma ve Sosyal Hizmet. *Yaşlılık Gerçeği.* Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Arastırma Merkezi. Ankara: H.Ü. Hastaneleri Basımevi.

Onur, B. (1995). *Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik - Yaşlılık - Ölüm* (3. Baskı). Ankara: İmg Kitabevi.

Onur, B. (2006). *Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik - Yaşlılık - Ölüm* (7. Baskı). Ankara: İmge Kitabevi.

Öz, F. (2002). Yaşamın Son Evresi: Yaşlılık Psikososyal Açıdan Gözden Geçirme. *Kriz Dergisi, 10*(2): 17-28.

Özata, M. ve Aslan, Ş. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki İmaj Algılamalarının Araştırılması. *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 13*(19): 251-268.

Özdemir, M. (2010). Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11*(1): 323- 343.

Özer, Ö. ve Şantaş, F. (2012). Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*(2): 96-103.

Öztop, H., Şener, A. ve Güven, S. (2008). Evde Bakımın Yaşlı Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, (1): 39-49.

Peblau, L. A. & Periman, D., (1984). Loneliness Research: A Survey of Emprical Findings. Peplav, La., Goldstan (Ed.). Preventing The Harmful Consequences of Severe and Persistant Loneliness. Rockville Marylond. National Institute of Mental Health.

Polat, Ü ve Kahraman, B. B. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi, 18*(4): 213-218.

Remennick, L. I. (1999). Women of the "Sandwich" Generation and Multiple Roles: The Case of Russian Immigrants of the 1990s in Israel. *Sex Roles, 40*(5-6): 347-378.

Riley, L. D. ve Bowen, C. (2005). The Sandwich Generation: Challenges and Coping Strategies of Multigeneration Families. *The Family Journal, 13*(1): 52-58.

Sağlık Bakanlığı. (2010). *Türkiye Kalp Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı* (812). Ankara: Anıl Matbaası.

Samancıoğlu, S. ve Karadakovan, A. (2010). Yaşlı Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5*(13): 125-141.

"Sandviçler" Çoğalıyor. (b.t.). 22 Nisan 2015, http://ismailtufan.com/kusak.html.

Sermat, V. (1980). Some Situational and Personality Correlates of Loneliness. In J. Hartog, J. R. Audy & Y. A. Cohen, (Ed.). *The Anotomy of Loneliness* (305-318). New York: International University Press.

Seyyar, A. ve Genç, Y. (2010). *Sosyal Hizmet Terimleri: Ansiklopedik* "*Sosyal Pedagojik* Çalışma" Sözlüğü (1. Baskı). Sakarya: Sakarya Yayınevi.

Seyyar, A. ve Oğlak, S. (2005). Almanya ve Japonya'da Bakım Sigortası Uygulamaları(Mukayeseli Bir Değerlendirme). İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi *Mecmuası, 55*(1): 735-757.

Silverman, D. (2001). Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction. London: SAGE Publication.

Sorias, O. (1986). Sosyal Beceriler ve Değerlendirme Yöntemleri, *Psikoloji Dergisi, 5* (20) 25–30.

Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü. (29 Eylül 2014). 24 Mart 2015, http://www.sosyalyardimlar.gov.tr/hakkimizda/sosyal-yardimlar-genel-mudurlugu.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu. (29 Eylül 2014). 24 Mart 2015, http://www.sosyalyardimlar.gov.tr/hakkimizda/sosyal-yardimlasma-ve-dayanismayi-tesvik-fonu.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları. (26 Eylül 2014). 24 Mart 2015, http://www.sosyalyardimlar.gov.tr/uygulamalar/sosyal-yardimlasma-ve-dayanisma-vakiflari.

Soyuer, F. ve Soyuer, A. (2008). Yaşlılık ve Fiziksel Aktivite. İnönü Üniversitesi Tıp *Fakültesi Dergisi, 15*(3): 219-224.

Spillman, B. C. ve Pezzin, L. E. (2002). Potential and Active Family Caregivers: Changing Networks and the 'Sandwich Generation'. *The Milkbank Quarterly, 78*(3): 347-374.

Strauss, A. (1987). Qualitative Analysis for Social Scientists. Cambridge: UK University Press.

Sunuş. (29 Eylül 2014). 24 Mart 2015, http://www.sosyalyardimlar.gov.tr/kakkimizda/ sıunus.

SYDGM. (2006). *Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi.* Ankara: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü.

Şener, A., Oztop, H., Doğan, N., & Guven, S., (2008). Family, Close Relatives, Friends: Life

Satisfaction Among Older People, *Educational Gerontology*, *34 (10)*, 890-906.

Tamam, L. ve Öner, S. (2001). Yaşlılık Çağı Depresyonları. *Demans Dergisi,1*(1): 50-60.

Tezcan, S. ve Seçkiner, P. (2012). Türkiye'de Demografik Değişim: Yaşlılık Perpektifi. D. Aslan, ve Melikşah. E, (Ed.), *Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler* (1. Baskı) içinde (1-8). Ankara: Palme Yayıncılık.

Tezcan, T. (2013). *Discrimination Experienced by Disabled Employees in the Public Sector: Institutional Discrimination Area*. Yayınlanmamış yüksek tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi.

Thompson, E. W. ve Hickey, V. J. (2002). Society in Focus: An Introduction to Sociology, Boston.

Top, M., Eriş, H., & Kabalcıoğlu, F., (2012). Quality of Life (QOL) and Attitudes Toward Aging in Older Adults in Şanlıurfa, Turkey. *Research on Aging*, 0164027512447822, first published on July 17, 2012.

Tufan, İ. (2012$_a$). *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Yaşlı ve Özürlü Hizmet Genel Müdürlüğü'nün Hazırladığı Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı: Takdir, Eleştiri, Öneri*. Antalya: GeroYay.

Tufan, İ (2012$_b$). Türkiye'de Demografik Değişimlerin Yaratacağı Yaşlanma ve Yaşlılık Olgusu ve Gelecek İçin Öneriler. *Sosyal Dönüşüm, Biyoetik ve Kamu Politikaları* içinde (15-29). Ankara: Güzeliş Ofset.

Tufan, İ. (2011). *Türkiye'de Yaşlılara Şiddet I. Türkiye Gerontoloji Atlası'ndan(-GEROATLAS) Bir Kesit*. Antalya: GeroYay.

Tufan, İ. ve Yazıcı, S. (2009). Yaşlılıkta Kuşaklararası İlişkiler. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 20*(1): 47-52.

Tufan, İ. (2007). *Birinci Türkiye Yaşlılık Raporu*. Antalya: GeroYay.

Tufan, İ. (2005). *Yaşlılıkta Bakıma Muhtaçlık ve Yeni Bir Bakım Kültürü. Sosyal Bakım Sigortası: Demografik Değişimlerin Yarattığı Bir Sorun ve Tartışmaya Açık Bir Konsept*. Antalya: GeroYay.

Tufan, İ. (b.t.). *Gerontolojiye Giriş*. Antalya: GeroYay.

Tufan, İ. (2002). *Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık, Sosyolojik Yaşlanma*. İstanbul: Aykırı Yayıncılık.

Turan, A. H. ve Çolakoğlu, B. E. (2009). Yaşlı Tüketicilerde Algılanan Marka Değeri ve Satınalma Niyeti. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 10*(1): 277-295.

TÜİK. (2015$_a$). *Haber Bülteni, Sayı 18620, İstatistiklerle Yaşlılar 2014.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2015$_b$). *Haber Bülteni, Sayı 18635, İşgücü İstatistikleri, Aralık 2014.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2014$_a$). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2013.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2014$_b$). *Haber Bülteni, Sayı 15974, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2014$_c$). *Haber Bülteni, Sayı 16057, İstatistiklerle Yaşlılar.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2014$_d$). *Haber Bülteni, Sayı 16053, İstatistiklerle Aile, 2013.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2014$_e$). *Haber Bülteni, Sayı 16048, Doğum İstatistikleri, 2013.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2014$_f$). *Haber Bülteni, Sayı 18522, Hayat Tabloları.* Ankara: Türkiye İsta

tistik Kurumu.

TÜİK. (2014$_g$). İstatistiklerle Yaşlılar *2014*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2014$_h$). İstatistiklerle Türkiye 2013. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2013$_a$). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2013$_b$). Özürlülük Oranları, 2002. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2013$_c$). *Sosyal Güvenliğe Sahip Olma ve Kayıtlı Olma Durumuna Göre Özürlü Nüfus Oranı, 2002*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2012). İstatistiki Göstergeler 1923-2011. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜİK. (2011). *Haber Bülteni, Sayı 71, Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010.* Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

Uluocak, Ş., Aslan, C., Gökulu, G. ve Bilir O. (2013). **Çanakkale Yaşlı Atlası: Çanakkale** *Kent Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Kişilerin Sosyo-Kültürel, Demografik, Ekonomik Özellikleri ile Sağlık Durumları ve Yaşam Kalitesi* (1). **Çanakkale: Çanakkale Olay** Gazetesi.

UN. (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision.* New York: United Nations.

UN. (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision*. New York: United Nations.

Utz, B. L., Carr, D., Nesse, R. M., & Wortman, C. (2002). The Effect of Widowhood on Older Adults' Social Participation: An Evaluation of Activity, Disengagement and Continuity Theories. The Gerontologist, 42, 522–533.

Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: An Update on Hypotheses and Evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26: 56–82.

Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi eğitim Fakültesi Dergisi 1*(13): 81-87.

Yılmaz, M. (2013). Yaşlılıkta Manevi Destek ve Din Eğitiminin Önemi. *Atatürk Üniversitesi* İlahiyat Fakültesi Dergisi, 1(39): 241-264.

Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy Far Personality Disorders*, Sarasota: FL: Professional Resorce Exchange Inc.

Yüceşahin, M. M. (2009). Türkiye'nin Demografik Geçiş Sürecine Coğrafi Bir Yaklaşım. *Coğrafi Bilim Dergisi, 7*(1): 1-25.

Walker, A. ve Walker, C. (1997). *Britain Divided: The Growth of Social Exclusion in the1980s and 1990s,* London: Child Poverty Action Group Press.

TÜRKİYE'DE İNFORMAL BAKIM KAPSAMINDA SOSYAL DESTEK (GÖKBÜK ÖRNEĞİ)

Veli ÖZKURT
Danışman: Doç. Dr. Özgür ARUN

Gerontoloji Bölümü, Akdeniz Üniversitesi
veli_ozkurt@hotmail.com

GİRİŞ

Yaşlanmayla birlikte hastalık, engellilik, bakıma muhtaçlık ve bağımlılık oranları artmaktadır. Bu durum hem ülkesel hem de bireysel açıdan, psikolojik ve ekonomik riskleri arttırmaktadır. Dolayısıyla informal bakım ve sosyal destek önemli hâle gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakıma Muhtaçlık, İnformal Bakım, Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Hiyerarşik Karşılaycı/Telafi Edici Model, İşlevsel Özgüllük Modeli, Konvoy Model.

Nüfusun yaş yapısının değişimi, 1935-2023

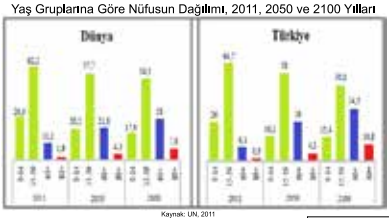
Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010; TÜİK, 2014,

METODOLOJİ

Araştırma nitel araştırma tekniklerinden yaşam öyküsü(*life history*) tekniği ile yarı-yapılandırılmış soru formu kullanılarak Gökbük Mahallesi'nde gerçekleştirilmiştir.

Örneklem Gökbük Yaşlılık Araştırması'nın(Arun, Yılmaz, Holdsworth ve Murakami, 2015) nicel verilerinin analizi ile elde edilmiştir.

Yaş Gruplarına Göre Nüfusun Dağılımı, 2011, 2050 ve 2100 Yılları



Kaynak: UN, 2011

24 saat BAKIM

Bağımlılık Oranlarının Değişimi, 1935-2023

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010

Katılımcıların Demografik Özellikleri, Hastalık-Engellilik ve Bakım Muhtaçlık Durumu

	HANE NO	CİNSİYET	DOĞUM YILI	MEDENİ DURUM	KRONİK HASTALIK	ENGELİ DURUMU	BAKIM GEREKSİNİMİ
♂	H1	Erkek	1943	Evli	Var	Yok	Var
♀	H1	Kadın	1949	Evli	Var	Yok	Var
♀	H1	Kadın	1969	Hiç evlenmemiş	Var	Var	Var
♂	H2	Erkek	1948	Evli	Var	Yok	Yok
♀	H2	Kadın	1954	Evli	Var	Var	Var
♂	H3	Erkek	1938	Evli	Var	Yok	Yok
♀	H3	Kadın	1944	Evli	Var	Var	Var
♂	H4	Erkek	1925	Evli	Var	Yok	Var
	H4	Kadın	1927	Evli	Var	Var	Var
♂		Kadın	1954	Evli		Yok	Yok
♂	H5	Erkek	1947	Evli	Var	Var	Var
♀	H5	Kadın	1950	Evli	Yok	Yok	Yok
♂	H6	Erkek	1931	Evli	Var	Yok	Var
♀	H6	Kadın	1935	Evli	Var	Var	Var
♂	H7	Erkek	1949	Boşanmış	Var	Yok	Var
	H7	Kadın	-	Dul	Var	Yok	Var
♀	H8	Kadın	1971	Dul	Var	Yok	Yok
	H8	Erkek	1994	Hiç evlenmemiş	Yok	Yok	Yok
	H8	Erkek	1977	Hiç evlenmemiş	Var	Var	Var
♂	H9	Erkek	1955	Evli	Var	Yok	Yok
	H9	Kadın	1968	Evli	Var	Var	Var
	H9	Erkek	1993	Hiç evlenmemiş	Yok	Var	Var
	H9	Kadın	1999	Hiç evlenmemiş	Yok	Yok	Yok
♂	H10	Erkek	1967	Evli	Yok	Var	Yok
♀	H10	Kadın	1973	Evli	Var	Var	Yok
♂	H11	Erkek	1944	Evli	Var	Yok	Var
	H11	Kadın	1945	Evli	Var	Yok	Var
♀	H12	Kadın	1939	Dul	Yok	Var	Var
	H12	Kadın	1958	Dul	Var	Yok	Var
♂	H13	Erkek	1930	Evli	Var	Yok	Var
♀	H13	Kadın	1932	Evli	Var	Yok	Var
♀	H14	Kadın	1939	Evli	Var	Yok	Var
	H14	Erkek	1939	Evli	Var	Var	Var
♂	H15	Kadın	1943	Evli	Var	Yok	Var
♂	H15	Erkek	1943	Evli	Var	Yok	Var
♀	H16	Kadın	1950	Evli	Var	Yok	Var
♀	H16	Erkek	1949	Evli	Var	Yok	Yok
♂	H17	Kadın	1946	Dul	Var	Var	Var
	H18	Erkek	1955	Evli	Var	Yok	Yok
♀	H18	Kadın	1957	Evli	Var	Yok	Yok

♂ işaretli hanede görüşme yapılan bireyleri göstermektedir.

BULGULAR

✓Katılımcıların sosyal ağları küçük, ilişki sıklığı az, ilişki kalitesi düşüktür.

✓Katılımcıların yaklaşık %80'i kendisini yalnız hissetmektedir.

✓Bakım ve sosyal destek motivasyonu; sevgi, mecburiyet, toplumsal baskı, ebeveyne olan borç faktörleri ile ilişkilidir.

✓Sosyal destek en fazla manevidir.

✓Bakım verenlerinde neredeyse tamamı bakıma muhtaçtır.

SONUÇ

Yaşamın erken dönemlerinde kurulan ilişkilerin niteliği, coğrafi mesafe artışı, görüşme sıklığının azalması, ekonomik sıkıntılar sosyal desteği azaltmaktadır.

Yaşam süresinin uzamasıyla farklı kuşakların bir arada yaşaması, bakım yönünün değişmesi ve çok yönlü bakımı doğurmuştur.

Gökbük Mahallesi'ndeki sosyal destek Hiyerarşik Karşılaycı/Telafi Edici Model(***Hierarchical Compensatory Model***) ve İşlevsel Özgüllük Modeli(***Functional Specificity Model)*** ile benzerlikler içerse de en çok Konvoy Model***(Convoy Model)*** ile örtüşmektedir.

ANA AKIM MEDYADA AGEİSM (YAŞ AYRIMCILIĞI) TÜRKİYE TELEVİZYON REKLAMLARINDAKİ AGEİSM

Zahide YUVAKGİL, Doç. Dr. Özgür ARUN

POSTER BİLDİRİ ÖZETİ

Ömür uzamasıyla birlikte yaşlı tüketicilerin sayısı da artmaktadır. Artan yaşlı tüketici sayısının sektörlerdeki etkinliği düşünüldüğünde, reklamlardaki yaşlı temsillerinin ve reklamların ageism düzeylerinin belirlenmesi önemlidir. Bu nedenle Türkiye televizyon reklamlarındaki yaşlı temsil biçimlerini ve ageism düzeyini belirlemek amacıyla 04-24 Mart 2015 tarihleri arasında Star Tv, Samanyolu Tv, TRT Haber ve TRT Spor kanallarında, prime-time da yayınlanan reklamlar arasından tesadüfi örneklem tekniği ile 579 reklam seçilmiş, bunların arasından tekrar eden reklam çıkarıldıktan sonra 268 reklam elde edilmiştir. Bu 268 reklam arasından yaşlı temsili içeren 35 tekil reklama içerik ve söylem analizleri yapılmıştır. Analizler sonucunda Türkiye televizyon reklamlarında yaşlı bireylerin, diğer yaş gruplarından bireylere göre daha az temsil edildiği özelliklede kadınların, erkeklere göre az temsil edildiği, teknoloji sektöründe yaşlılara yer verilmediği, bunun aksine gıda sektöründe diğer sektörlere göre daha fazla yaşlıya yer verildiği, yaşlıların çoğunlukla geleneksel ebeveyn rolünde temsil edildiği bulunmuştur. Ayrıca yaşlılar kırışık cilt, beyaz saç gibi bedensel ya da gözlüklü, bastonlu, hırkalı gibi nesnesel kalıplarla ilişkilendirilmektedirler. Yaşlılar reklamlarda evde ve pasif halde gösterilmektedirler. Yapılan analizler sonucunda Türkiye televizyon reklamlarının ageist olduğu ve bu ageismin sinsi bir şekilde reklamlar aracılığıyla toplumsal yapıda yeniden şekillendirildiği sonucuna ulaşılmıştır.

ANAHTAR KELİMELER

Ageism, Medya, Reklamlar, İçerik Analizi, Söylem Analizi

KULLANILAN KAYNAKLAR

Alliance for Health and Future, 2006 aktaran; Peace, Dittman-Kohli, Westerhof ve Bond, 2007: 12; Palmore, 1990; aktaran Mc Mullin ve Marshall, 2001: 112; Bytheway,1995)

Angus, J., Reeve, P. (2006). Ageism: A Threat to "Aging Well" in the 21st Century. *The Journal of Applied Gerontology, 25* (2), 137-152. 21 Aralık 2014, http://jag.sagepub.com/content/25/2/137.full.pdf+html

Bond, J. ve Rodrigues, C. (2007). Health and Dependency in Later Life. J. Bond, S. Peace, F. Dittmann-Kohli, ve G. Westerhof, (Ed.) *Ageing in Sociaty* (3. Basım)

içinde (113-141). London: Sage Publications.

Bytheway, B. (1995). *Rethinking Ageing: Ageism.* USA: Open University Press.

Mc Mullin, j. A., Marshall, V. W. (2001). Ageism, Age Relations, and Garment Industry Work in Montreal. *The Gerontologist 41* (1) 111–122. 21 Aralık 2014, http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/41/1/111.full.pdf+htm

ANA AKIM MEDYADA AGEISM
Türkiye Televizyon Reklamlarındaki Ageism

Zahide YUVAKGİL (zahideyuvakgil05@gmail.com)
Danışman: Doç. Dr. Özgür ARUN (arun@akdeniz.edu.tr)
Akdeniz Üniversitesi, Gerontoloji Bölümü

Anahtar Kelimeler: ageism, medya, reklamlar, içerik analizi, söylem analizi

Yaşlı Dostu Kentler Sempozyumu
(26-27 Kasım 2015 Bursa)

GİRİŞ

Bir ayrımcılık türü ageism:
"Irkçılık ve cinsiyetçilik gibi ayrımcılığın başka bir formu, yaşlı oldukları için insanlara karşı yapılan ayrımcılık ve sistematik stereotipleştirme süreci" olarak tanımlanmaktadır (Angus ve Reeve, 2006: 139). Avrupa toplumunda da ageism, yaş temelli ön yargı ve sistematik stereotipleştirme süreci olarak tanımlanmaktadır (Bond, Peace, Dittmann-Kohli ve Westerhof, 2007: 117).

Yaşlıların, yaş ayrımcılığına maruz kaldığı alanlar arasında:
*sağlık ve sosyal bakım sektörü,
*emekli ve finans servisleri,
*kamusal alanda
*aile ve hane
*devlet kurumları,
*ücretli emek sektörü ve
***medya** bulunmaktadır.

(Alliance for Health and Future, 2008 aktaran; Peace, Dittman-Kohli, Westerhof ve Bond, 2007: 12; Palmore, 1990; aktaran Mc Mullin ve Marshall, 2001: 112; Bytheway,1999)

Amaç:

Türkiye televizyonlarında prime-time da yayınlanan reklamlarının ageism düzeyini ve yaşlı temsil biçimlerini belirlemek

Araştırma Sorusu:

Türkiye televizyon reklamlarındaki hangi imgeler yaş ayrımcılığının göstergesidir ? Reklamlarda yaşlıların temsil edilme biçimleri nelerdir ?

YÖNTEM

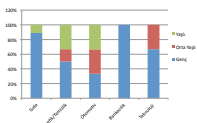
Seçilen kanallar
*Star Tv
*Samanyolu Tv
*TRT Haber
*TRT Spor

Seçilen Günler
*1. Hafta başı
*2. Hafta ortası
*3. Hafta sonu

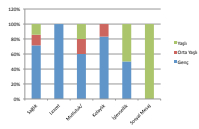
→ Tesadüfi Örneklem Tekniği
→ İçerik ve Söylem Analizi

Prime-time da yayınlanan 268 reklam 35'i (%13) Ageist

Tablo 1. Reklamlardaki Ana Karakterin Yaş Grubuna Göre Reklamın Sektörü



Tablo 2. Reklamdaki Ana Karakterin Yaş Grubuna Göre Reklamda Verilen Mesaj



Sonuç

Türkiye televizyon reklamlarında yaşlılara, diğer yaş grubundan bireylere göre daha az yer verilmektedir. Yaşlılar pasif, geri kalmış, huysuz ve hasta gibi negatif stereotiplerle temsil edilmesinin yanı sıra tavsiye verici ve geleneksel ebeveyn olarak da temsil edilmektedir.

Kaynakça:
Angus, J., Reeve, P. (2006). Ageism: A Threat to "Aging Well" in the 21st Century. *The Journal of Applied Gerontology*. 25 (2), 137-152. 21 Aralık 2014, http://jag.sagepub.com/content/25/2/137.full.pdf+html
Bond, J. ve Rodrigues, C. (2007). Health and Dependency in Later Life. J. Bond, S. Peace, F. Dittmann-Kohli, ve G. Westerhof, (Ed.) Ageing in Society (3. Basım) içinde (113-141). London: Sage Publications.
Bytheway, B. (1995). Rethinking Ageism: Ageism. USA: Open University Press.
Mc Mullin, j. A., Marshall, V. W. (2001). Ageism, Age Relations, and Garment Industry Work in Montreal. *The Gerontologist* 41 (1) 111–122. 21 Aralık 2014, http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/41/1/111.full.pdf+html

YAŞLI DOSTU KENTLER SEMPOZYUMU

SONUÇ BİLDİRGESİ

26-27 KASIM 2015

BURSA

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Türkiye Belediyeler Birliği, Bursa Büyükşehir Belediyesi ve Sağlıklı Kentler Birliği işbirliği ile 26-27 Kasım 2015 tarihinde Bursa'da düzenlenen "YAŞLI DOSTU KENTLER SEMPOZYUMU"NUN sonuç bildirgesini arz ederiz.

Bu sempozyum üniversiteler, kamu kuruluşları, özel sektör, belediyeler, sivil toplum kuruluşları, öğrenciler, yaşlıları bir araya getiren ve konuyu Türkiye'de gündeme taşıyan ilk sempozyumdur. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bursa İl Müdürlüğü, diğer il müdürlükleri ve bağlı kuruluşların aktif katılımı ile sempozyuma yaklaşık 600 kişi iştirak etmiştir. Kişiler ve kurumlar arası aktif etkileşim sağlanmıştır.

Sempozyumda; Açılış oturumu ile birlikte 13 oturumda 49 sözlü bildiri sunulmuştur. Sempozyumda 14 belediye yaşlı dostu kent uygulamalarını içeren bildirilerini açıklamışlardır.

Sempozyum açılışında yaşlı dostu kent kapsamında iyi uygulama örnekleri nedeni ile katılımcı belediyelere ödül ve plaket verilmiştir. Sempozyum kapsamında 30 kişi katılımlı Evde Bakım Çalıştayı gerçekleştirilmiştir.

Sempozyumda 23 poster bildiri sunulmuştur. Bursa Valiliği, Bursa Büyükşehir Belediyesi, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Darülaceze Müdürlüğü, Alzheimer Vakfı, Sağlıklı Kentler Birliği, Gaziemir Belediyesi, Bursa Engelli Bakım Derneği, Bursa Hemofili Derneği, Ankara Evde Bakım Derneği, Dinar Belediyesi, Muğla Büyükşehir Belediyesi ve Geriatrik Fizyoterapistleri Derneği Yaşlı Dostu Kentler Sergisine katılmıştır.

Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Doğum oranları düşmekte, doğumda beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Dünya önemli demografik dönüşümün eşiğindedir. Süreçte sağlıklı olarak yaşanabilen yılların sayısını ve kalitesini artırmak, yaşam dönemi yaklaşımını dikkate alarak toplumu ve bireyi çevresi içinde değerlendirerek müdahale yaklaşımlarını harekete geçirmek önemlidir.

Öne çıkan müdahale yaklaşımlarından biri "yaşlı dostu kent" uygulamalarıdır.

DSÖ Yaşlı Dostu Kentler Rehberinde "Yaşlı Dostu Kent" uygulamaları çerçevesinde;

1. Dış mekânlar ve binalar
2. Ulaşım
3. Konut
4. Sosyal katılım
5. Toplumsal yaşama dâhil olma ve toplumun yaşlıya saygısı
6. Vatandaşlık görevini yerine getirme ve işgücüne katılım
7. Bilgi edinme ve iletişim
8. Toplum desteği ve sağlık hizmetleri

değerlendirilmesi uygulanması gereken alanlar olarak belirlenmiştir.

Sempozyumda özellikle; Yaşlı dostu kentleri oluşturan bütün bu bileşenler arasında dinamik bir ilişki olması gerekliliğinin üzerinde durulmuştur.

Yaşlı dostu kent bilincinin ve pratiğinin yaşam alanlarında var olabilmesi için uygulayıcı mekanizmaların yer almasına; yapılanma, görev ve toplumsal sorumluluklarda yerel yönetimlerin ana uygulayıcı konumunda olması gerektiğine vurgu yapılmıştır.

Yerel yönetimlerin bu görevlerini sürdürebilmeleri için yeterli kaynak tahsisi ile planlama, uygulama, değerlendirme ve geliştirme/iyileştirme gibi adımları kapsayan bütüncül programları geliştirilmelerine ivedi ihtiyaçları oldukları konusuna değinilmiştir.

Sempozyum gündeminde; DSÖ Aktif Yaşlanma Politika Çerçevesinde yaşlılıkta görülen sağlık sorunlarına ve kronik hastalıklara ilişkin gelişmeler ve çözüm önerileri tartışılmış; 2030 yılına kadar dünyada 75 milyon kişinin Alzheimer hastalığından etkileneceği, yalnızca demans nedeni ile dünyada sağlık harcamalarının %10 artacağı belirtilmiştir(DSÖ,2015).

Sempozyumda Yaşlı Dostu Kent Uygulamaları kapsamında, aktif yaşlanma, kuşaklararası dayanışma, yaşlı dostu kentte yaşlı hakları ve yaşlılık hukuku, yaşlı turizmi, yaşlanma sürecinde boş zaman uygulamaları, yaşlılar için toplumsal destek, evde bakım, kurumsal bakım ihtiyacı, yaşlı dostu kentlere önerilebilecek bakım modelleri, sağlık hizmetleri, beslenme, düzenli egzersiz alışkanlıklarını engelleyen faktörler, toplumsal yaşama katılım ve yerel politikalar gibi önemli başlıklar altında

tartışmalar yapılmıştır.

Ayrıca, yaşlılar ve teknoloji kullanımı, yaşlılar için tasarım ve erişilebilirlik, yerinde yaşlanma, geroantropoloji, yaşlı ayrımcılığı, manevi eğitim ve danışmanlık gibi konuların yanısıra makro düzeyde eşitlik ve adalet ilkesine dayalı olarak yaşlılara yönelik sosyal politikalar, refah devletinde yaşlı nüfus politikalarının çerçevesi sunulmuştur. Bütüncül sosyal politika içerisinde yaşlılara yönelik sosyal politikaların önemine dikkat çekilmiştir.

Bu konular çerçevesinde;

Her yaşlının biricik olduğu, aynı özelliklere sahip olmadığı, bireysel ve çevresel faktörlerin yaşlı üzerinde etkilerinin tespit edilmesi ve dikkate alınması gerektiği, yaşlılara ilişkin toplumsal olumsuz ön yargıların değiştirilmesi ve pozitif ayrımcılığın desteklenmesi,

Sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin bütüncül bir yaklaşımla biçimde yeniden gözden geçirilmesi,

Yaşlıların ihtiyaçlarına göre evde bakım, kurumsal bakım ve diğer alternatif bakım seçeneklerinin yapılandırılması, nitelikli ve eğitimli bakım personelinin istihdamının artırılması,

Erişilebilir fiziksel çevre düzenlemeleri ile konutta, dış çevrede yaşlının hareketliliğini destekleyen yaşlı dostu sistemlerin oluşturulması, böylece yaşlının bağımsız, kendi kararını verebilen, aktif bir şekilde topluma katılımının sağlanması,

Yaşlının güvenli bir çevrede yaşama ihtiyacının karşılanması,

Yaşlının yaşamının bütün boyutları ile yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, gibi öneriler sunulmuştur.

Türkiye'de bu öneriler çerçevesinde yaşlılar adına gelişmelerin sağlanabilmesi için en önemli paydaşlardan birinin belediyeler olduğu ve yaşlı dostu kent uygulamaları çerçevesinde yerel yönetimlere önemli görevler düştüğü, iyi uygulamaların yaygınlaştırılması gerektiği, belediyelerin ve diğer paydaşların işbirliği içinde koordinasyon ile çalışması gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır.

27 Kasım 2015

YAŞLI DOSTU KENTLER

leri
DOSTU KENTLER
EMPOZYUMU
26 - 27 KASIM 2015

YAŞLI DOSTU KENTLER
NTLER
MU

YAŞLI DOSTU KENTLER

YAŞLI DOSTU KENTLER

Hizmetleri
ğü
AŞLI DOSTU KENTLER
SEMPOZYUMU
26 - 27 KASIM 2015

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri
Genel Müdürlüğü
YAŞLI DOSTU KENTLER
SEMPOZYUMU
26 - 27 KASIM 2015

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri
Genel Müdürlüğü
YAŞLI DOSTU KENTLER
SEMPOZYUMU
26 - 27 KASIM 2015

YAŞLI DOSTU KENTLER
SEMPOZYUMU
26 - 27 KASIM 2015

Logomuzun Hikayesi

Osmanlıda Şehir Vakıfları

YAŞLI VE KİMSESİZ HANIMLARI KORUYAN VAKIFLAR

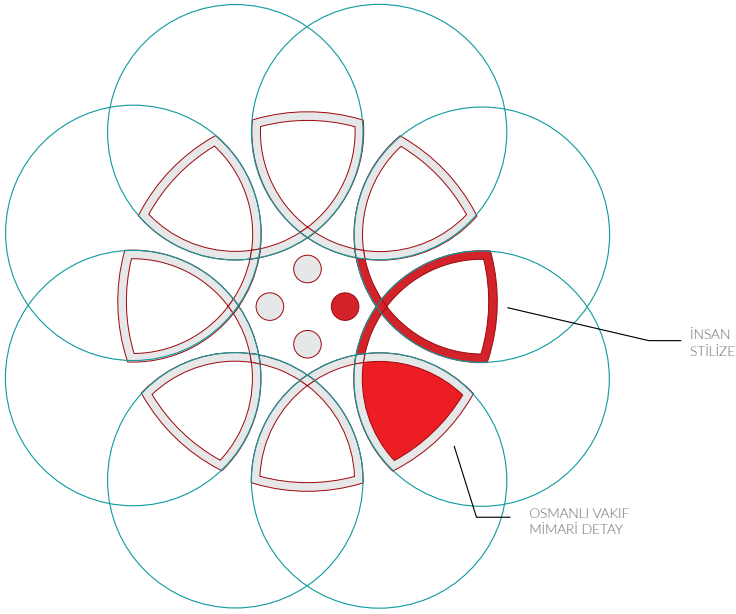
Osmanlıda şehirlerde yaşlı ve kimsesiz hanımları korumak için kurulan vakıflar câlib-i dikkattir Bunlar, doğrudan yardım yaparak yaşlıların ve kimsesiz hanımların onur ve haysiyetlerini zedelememek için, onlara temizlenmiş, yıkanmış ve taranmış yün temin eder ve o ihtiyarlar da bunları eğirip iplik hâline getirirlerdi. Onların âhir ömürlerini huzur içinde geçirebilmeleri için bu emeklerinin mukâbilinde onlara dolgun ücretler veren vakıf yetkilileri, bu hizmetleriyle kimseye muhtaç olmadan yaşamaya çalışan bu ihtiyarların, emekleriyle geçinmesine yardımcı olurlardı.

OSMANLIDA VAKIF MİMARİSİ

DESTEK, DESTEK OLMAK

OSMANLIDA VAKIF MİMARİSİ

DESTEK, DESTEK OLMAK
KOLKOLA GİRMEK



YAŞLI DOSTU KENTLER
SEMPOZYUMU