

Yaşlılık ve Sağlıkta Eşitsizlikler

Zuhal BAHAR, Nihal Gördes AYDOĞDU

Özet

Doğurganlık hızındaki azalma ve yaşam süresinin uzaması gibi nedenlere bağlı olarak dünyada değişen sosyo-demografik yapı ile birlikte başarılı yaşlanma daha fazla önemli bir kavram haline gelmiştir. Sağlıkta eşitsizlikler üzerine yapılan çalışmalar çoğunlukla çalışma yaşındaki erişkin nüfus üzerine odaklanmış iken son dönemlerde ileri yaşlarda sosyo-ekonomik statü ile sağlık arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmalar üzerinde durulmaya başlanmıştır. İleri yaşlarda başarılı yaşlanma olgusunun sosyo-ekonomik statüden etkilenmesinin yanı sıra bireylerin sağlık davranışlarından da etkilendiği görülmektedir. Bu derlemenin amacı yaşlılıkta sosyo-ekonomik statünün sağlık ve maluliyet üzerine etkisini açıklamaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Sağlıkta eşitsizlikler, Sosyo-ekonomik statü.

Aging and Health Inequalities

Successful aging has become a more important concept depending on causes such as reduction in the fertility rate and the extension of the life span with the changing socio-demographic structure in the World. While the studies made on health inequalities mostly focused on adult population of working age, recently studies focused on explaining the relationship between health and the socio-economic status in older ages. We can see that successful aging in older ages is affected by socio-economic status as well as individual's health behaviour. The purpose of this review is to explain the effect of socio-economic status on health and disability in older ages.

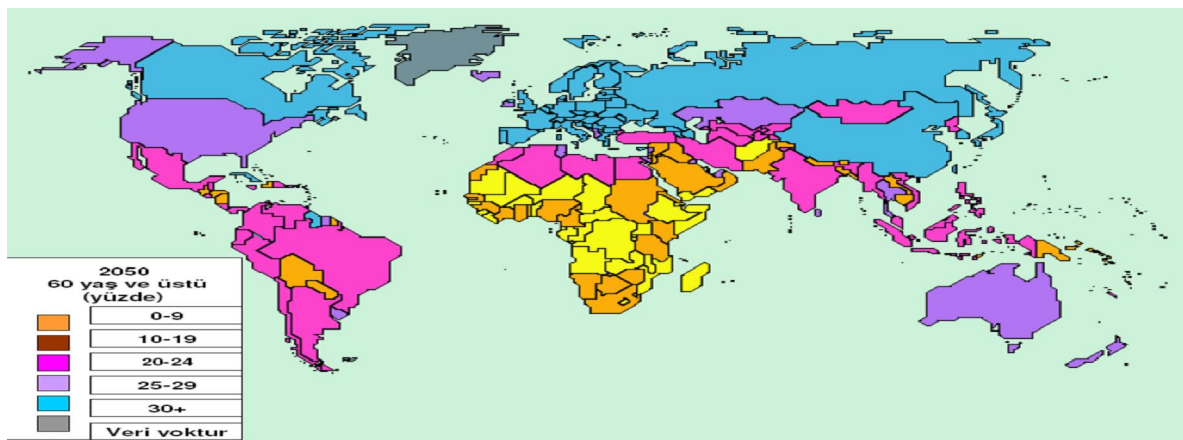
Key Words: Aging, Health Inequalities, Socio-economic status.

Geliş tarihi:03.04.2012 **Kabul tarihi:** 02.07.2012

Sağlık ne varılsın, ne de yoksul, ırk, millet, din ayrımı yapmaksızın bir "insan hakkı" dır. Sağlıklı toplum; yalnız beden ve ruhsal yönden değil "sosyal" yönden de tam iyilik halinde bulunan toplumdur. Sağlık hakkı ve bu haktan ayırım gözetmeksizin eşit olarak yararlanmak yasal olarak belgelerle onaylanmış olmasına karşın hem ülkeler arası hem de ülkenin farklı bölgelerinde sağlıkta eşitsizlikler her yaş grubunda görülmektedir (İnandı, 1999; Belek, 1998). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlıkta eşitsizlik; yalnızca gereksiz ve önlenilebilir değil aynı zamanda haksız ve adil olmayan farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Sağlıkta eşitsizliğin bireysel ölçekli belirleyicileri sosyo-ekonomik statüyü belirleyen eğitim, gelir, meslek ve sınıf olarak belirtilmektedir (Belek, 1998). Yaşam seyri boyunca oluşan sosyo-ekonomik koşulların sağlığı etkileyebileceği konusunda sürekli yeni kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Sosyo-ekonomik koşullar sağlığı erken ve geç maruziyet olmak üzere iki şekilde etkilemektedir. Erken maruziyet doğum öncesi ve çocukluk dönemini kapsamaktayken, geç maruziyet ise sosyo-ekonomik statünün bireyleri uzun dönemli etkilemesi sonucu ortaya çıkan sağlıkta eşitsizlikleri ifade etmektedir.

Annenin hayat boyunca etkilendiği olumsuz maddi koşullardan kaynaklanan düşük doğum ağırlığı, yetişkinlik dönemindeki yüksek diyabet oranları, koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon ve solunum hastalıkları ile ilişkilendirilmektedir. Geç maruziyette ise sosyo-ekonomik dezavantajlar birey üzerinde yaşam sürecinde birikerek etkisini ileri yaşlarda göstermektedir (McMunn, Breeze, Goodman, Nazroo, Oldfield, 2009).

Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlık üzerine etkileri kadın, çocuk ve yaşlı gibi risk gruplarında daha belirgin olmakla birlikte tüm toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir (Koçoğlu & Akın, 2009). Son yüz yıldır doğumda beklenen yaşam süresinin artması, doğurganlık hızının azalması, enfeksiyon hastalıklarının insidansının azalmasına paralel olarak çocuk ve genç erişkinler arasında yaşam beklentisi artmış ve nüfusun yaşlanması en önemli demografik olgulardan biri haline gelmiştir. Dünya'da yaşlı nüfus oranı 1950'li yıllarda tüm nüfus içerisinde %8 iken, 2009 yılında bu oran %11'e yükselmiştir ve 2050 yılı tahminlerine göre yaşlı nüfus oranının %22'ye çıkacağı bildirilmektedir (Şekil 1). Yaşlı nüfus büyüme oranı ise yılda %2.6'dır (United Nations, 2009).

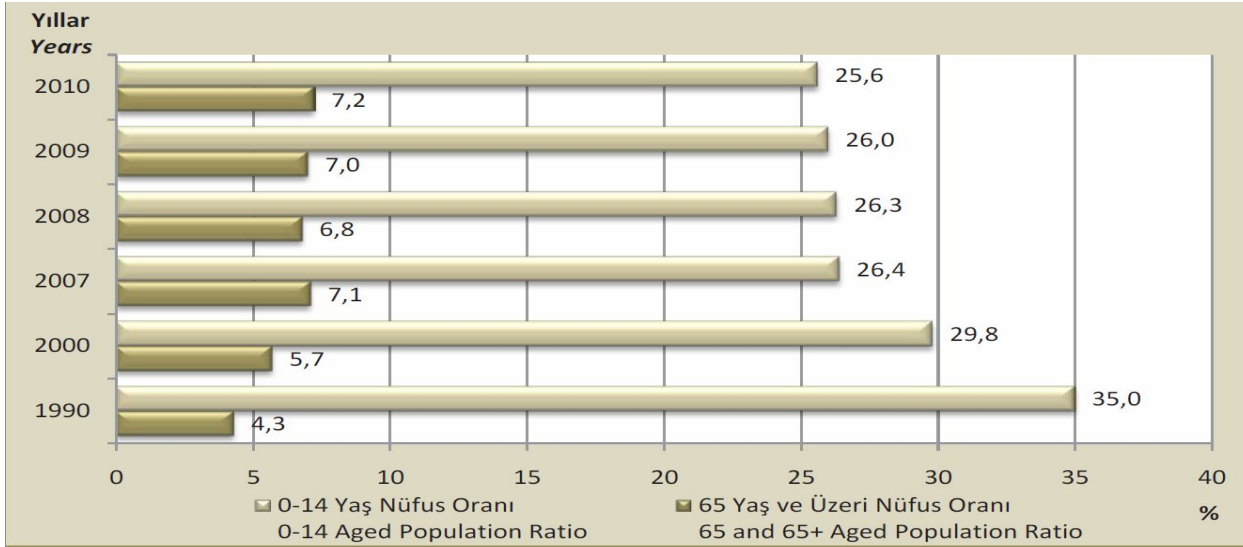


Şekil 1. Dünya Yaşlanma Haritası (BM, 2006)

*Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İnciraltı/İzmir, **Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İnciraltı/İzmir, nihalgordes@gmail.com

Çoğunlukla gelişmiş ülkelerde daha görünür olan yaşlanma olgusu, artık gelişmiş ülkeler kadar, gelişmekte olan ülkeler açısından da önemle değerlendirilmesi gereken bir konudur. Yüksek gelirli ülkelerde 60 yaş ve üzeri popülasyon büyüme oranı %0.7 iken, yoksul ülkelerde bu oran %2.2'dir (World Health Organization, 2011). Dünya'da görülen demografik değişim benzer şekilde ülkemizde de yaşanmakta olup yakın bir gelecekte, şu

anda 2,23 olan toplam doğurganlık hızının yenilenme düzeyine inmesi ve bunun bir sonucu olarak da çocuk ve genç nüfusun zaman içerisinde azalması ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payının artması öngörülmektedir. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı'na (2010) göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfus oranı 2000 yılında %5.2 iken 2010 yılında bu oran %7.2'ye yükselmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Yıllara Göre 0-14 Yaş Nüfus ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı, Türkiye

Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre ile ilgili konulardan eğitime, iş olanaklarına, sosyal-kültürel faaliyetlere ve aile hayatına kadar toplumun bütün yönlerini etkilemektedir. Birçok kişi yaşlılıkta ortaya çıkan sağlık sorunlarının kaçınılmaz olduğunu düşünmesine rağmen, bunların birçoğu ya önlenemez ya da kontrol edilebilir sorunlardır ve önlenemez olması nedeniyle sağlıktaki eşitsizliklere neden olmaktadır (DPT, 2007).

Sağlıktaki eşitsizliklerin yaşlılar arasında nasıl dağıldığını ve bunların altında yatan süreçleri anlamak bu grubun ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanmasının yanı sıra nüfusun tüm gruplarına sunulan hizmetlerin planlanması noktasında da önemlidir. Ampirik ve teorik çalışmaların büyük kısmı yaşlılıkta sağlıktaki eşitsizlikleri "istihdam yanlılığı" olarak ele almaktadır. Yapılan çalışmalar 1980 yılından itibaren çalışan nüfus üzerine odaklanmış iken, yaşlılık, sağlık ve sosyo-ekonomik statü arasındaki ilişkiye 10 veya 20 yıl sonra değinilmeye başlanmıştır. Amerika'da yapılan çalışmalar eğitim ve gelir üzerine odaklanmış iken, İngiltere'de mesleki sınıf üzerinden sağlıktaki eşitsizlikler ele alınmaktadır (McMunn, ve ark., 2009).

Amerika'da yapılan kesitsel ve uzamsal çalışmalarda, yaşlılarda eğitime erişim ile maluliyet arasında ters orantı olduğu belirtilmektedir. Bu bulguları, Finlandiya ve İtalya'da yapılan kesitsel çalışmalar desteklemektedir. İspanya'da yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerde eğitim ve fonksiyonel çöküş arasındaki ilişkinin temelinde sağlık durumu olduğu belirtilmektedir (Beland ve Zunzunegui, 1999). Bu çalışmalara zıt olarak Kuzey Amerika'da yapılan Manitoba Uzamsal Yaşlanma Çalışması'nda kadın ve erkekler 12 yıl süre ile izlenmişlerdir. Çalışmada başarılı yaşlanmanın meslek, eğitim ve gelir ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Roos ve Havens, 1991). Reed ve arkadaşlarının çalışmasında 45-68 yaş grubu bireyler 15 ve 25 yıl izlenmiştir. Çalışmada eğitim ve mesleğin başarılı

yaşlanma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ayrıca Kanada ve Avrupa'da yapılan bazı çalışmalarda fiziksel fonksiyonlar dışındaki bilişsel fonksiyonların ve algılanan sağlığın eğitim ile ilişkili olduğu gösterilmektedir (Cairney, 2000; Rautino ve ark., 2001; Veenstra, 2000). Türkiye'de Kılıçoğlu ve Yenilmez'in (2005) 39 yaşlı birey üzerinde yaptıkları çalışmada Kısa Form SF 36'nın sosyal fonksiyon ve ağrı alt boyutlarının yüksek eğitim seviyesi ile ilgili olduğu saptanmıştır. Cankurtaran ve arkadaşları (2002) eğitim seviyesinin düşük olmasının geriatrik depresyon için bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir. Altay ve Avcı (2009), huzurevinde yaşayan 56 yaşlı birey ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi düşük olan bireylerin özbakım gücünün de düşük olduğunu saptamışlardır. Yaşlı bireylerde ev kazalarının sıklığı ve nedenlerini ortaya koymak amacıyla yapılan bir çalışmada; eğitim seviyesinin düşmesi ev kazaları açısından risk faktörü olarak gösterilmektedir (Topaç, Ateşkan, Vural, Doruk, 2002).

Sağlığın bir diğer belirleyicisi olan mesleki sınıf ile yaşlılıkta algılanan sağlık, fiziksel engellilik, uzun süreli hastalıklar arasında ilişki olduğunu gösteren kesitsel çalışmalar bulunmaktadır (McMunn, ve ark., 2009). Yaş ile birlikte sınıf ve sağlık arasındaki azalan ilişki, ileri yaş grubunda mesleğe dayalı sosyal sınıf ölçümlerinin kullanımı konusundaki soruları arttırmaktadır. Bu durum kadınların işgücüne düşük katılımı ve doğum sonrası kalıcı iş statüsündeki kayıpları araştırmada metodolojik bir problem olarak tanımlanmaktadır. Emeklilerde sosyo-ekonomik statünün meslek tabanlı ölçümlerinin kullanımının problem olduğunu gösteren Whitehall İngiliz devlet memurları ile yapılan bir çalışmada; mortalite tahmininde mesleki sınıfın etkisinin emeklilik sonrası azaldığı gösterilirken, bir araba sahibi olmanın gücünün çok daha az düştüğünü göstermektedir (Marmot ve Shipley, 1996). Bu durum sosyo-ekonomik konum farkının emeklilik

öncesi mortalite için, emeklilik sonrasına göre daha önemli olduğunu göstermektedir.

Sosyo-ekonomik statü belirleyicilerinden gelir ile sağlık ve ileri yaşlarda insanların işlevselliği arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok çalışma bulunmaktadır. Kuzey Amerika'da yapılan kesitsel çalışmalar hane halkı gelirinin işlevsellikle olumlu bir ilişki içerisinde olduğunu göstermektedir (Berkman ve Gurlund, 1998; Cairney, 2000; Veenstra, 2000). Yapılan bazı çalışmalarda ise gelir ile işlevsellik arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Rogers ve arkadaşlarının (1992) yaptığı "Yaşlanma Uzamsal Çalışması" nda 70 yaş ve üzeri insanlar arasında yoksulluğun engellilikle ilişkili olmadığı saptanmıştır. Sağlıkta gelir eşitsizliğinin etkisini değerlendiren çalışmaların yanı sıra yapılan bazı çalışmalar gelir yerine varlık üzerine odaklanmıştır. İngiltere'de 50 yaş ve üzeri bireylerde yapılan "Uzamsal Yaşlanma Çalışması" (ELSA) varlık, gelir ve sağlığın birbiriyle olan etkileşimini ölçen ilk çalışmadır. Çalışmaya göre algılanan sağlık statüsü iyi olan bireylerin varlık durumu kötü iken, sağlık statüsünü kötü olarak belirten bireylerden üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Taylor ve ark., 2007). Koçoğlu ve arkadaşlarının (2002), 65 yaş ve üzeri 226 birey üzerinde yaptıkları çalışmada kadınlarda SF 36'nın tüm alt boyut puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu, düşük gelir ve sosyal güvence durumunun düşük ölçek puanları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Ev ortamında yaşayan yaşlıların depresyon düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, gelir seviyesi düşük olan yaşlıların yüksek olanlara göre depresyon oranlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Ekinci, Tortumluoğlu, Okanlı ve Sezgin, 2002).

Yaşlı bireylerde sosyo-ekonomik statü sağlıkta eşitsizliklere neden olmasının yanı sıra, cinsiyet, sosyal destek sistemleri ve bireylerin sağlık davranışları da sağlığı etkilemektedir. Cinsiyet açısından bakıldığında Dünya'da doğumda beklenen yaşam süresi 2010 yılında kadınlarda 66 yıl iken erkeklerde 62.7 yıl olarak bildirilmektedir. Türkiye'de ise bu oran kadınlarda 76.1 yıl, erkeklerde 71.5 yıldır. Bu veriler doğrultusunda beklenen yaşam süresi açısından erkekler kadınlara göre daha dezavantajlı konumda olmalarına karşın yapılan çalışmalar kadınlarda depresyon, anksiyete, üriner inkontinans gibi durumların erkeklere göre daha sık görüldüğünü belirtmektedir (Ateşkan ve ark., 1999; Cankurtaran ve ark., 2002; Coşkun, 1998).

İleri yaşlarda sosyal destek, morbiditenin ve işlevselliğin önemli belirleyicilerindedir. Sosyal desteğin sağlık üzerine doğrudan etkisini gösteren çalışmalarda; sosyal desteğin kronik hastalıklarda stresle başetmede önemli olduğu ve hastalığı kabullenmeyi hızlandırarak, ekonomik harcamaları azalttığı gösterilmektedir (Cameron, 1996; Lesperance ve ark., 1996). Sosyal destek hastalık başlangıcının birey üzerindeki olumsuz etkisini azaltmakta ve ekonomik statü ile sağlık arasındaki ilişkiyi olumlu etkilemektedir. Benzer şekilde ELSA çalışmasında sağlık ile sosyal ilişki arasında olumlu bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Taylor ve ark., 2007). Ülkemizde 65 yaş ve üzeri 259 yaşlı birey üzerinde yapılan bir çalışmada yalnız yaşamının ve eş kaybının geriatrik depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Cankurtaran ve ark., 2002). Özer ve Erefe (2002), 240 yaşlı birey üzerinde yaptıkları çalışmada sosyal destek ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır.

Bireylerin sağlık davranışları da başarılı yaşlanmayı etkilemektedir. Kişilerin nasıl yaşlanacağı genetik

olmaktan öteye yaşam tarzı biçimleriyle belirlenmektedir. Sağlık davranışları ise sosyal konum, gelir ve kültür ile yakından ilişkilidir. Örneğin yaşla birlikte sigara içenlerin prevalansı kısmen ağır içicilerin seçici mortalitesine bağlı olarak azalmaktadır. Ayrıca farklı ülke ve sosyal gruplarda kültürel uygulamalar sigaraya başlamayı ve bırakmayı etkileyebilmektedir (McMunn, ve ark., 2009). Cairney (2000) 55 yaş ve üzeri bireylerde yaptığı çalışmada, düşük gelir ve eğitim düzeyinin sigara ve alkol kullanımını arttırdığı, sedanter yaşamı etkilediği bildirilmektedir.

Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, çevre ile ilgili konulardan eğitime, iş olanaklarına, sosyal-kültürel faaliyetlere ve aile hayatına kadar toplumun bütün yönlerini etkilemektedir. Ayrıca yaş yapısındaki değişiklikler yaşlanma dinamiklerini de değiştirmektedir. Örneğin Birleşik Devletler'de morbidite seviyesi, mortalite seviyesinden daha hızlı bir şekilde düşmektedir ve bu durum daha yaşlı ancak daha sağlıklı bir nüfus ile sonuçlanacağını göstermektedir (McMunn, ve ark., 2009).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1999 yılında "Sağlıklı Yaşlanma Deklerasyonu" yayınlanmış, herkes için sağlık hedefleri raporunda, "sağlıklı yaşlanma/yaşanan yıllara yaşam katılması" hedefi yer almıştır. Nüfusun yaşlanması ile birlikte yaşlanmanın kaçınılmaz bir hastalık ve çöküş ile ilgili olmasıyla ilişkili geleneksel yaşlanma klişelerine karşın "başarılı yaşlanma" görüşü Birleşik Devletler'de ortaya çıkmıştır. Başarılı yaşlanma hastalık ve maluliyetin olmaması, bilişsel ve fizyolojik fonksiyonların devam etmesi ve hem insanlarla hem de üretici uğraşlarla bağlantılı olmak olarak tanımlanmaktadır (Rowe ve Kahn, 1997). Başarılı yaşlanma kavramında asıl vurgulanmak istenen bireylerin hayat tarzı seçimlerinde ve sağlıklarının üzerinde kontrolleri olduğudur. İngiltere'de ortaya çıkan üçüncü yaş teorisi ise geç dönemdeki yaşamı, bireylerin hayatlarını planlamak ve bu planların peşinden gitmek için maaşlı iş ve çocuk bakımı gibi sorumluluklarından kurtulduğu, potansiyel bir kendi kendine yetme dönemi olarak tanımlanmaktadır. Başarılı yaşlanma görüşü ve üçüncü yaş teorisi yaşlılıkta para ve sağlığa erişim varsayımını, yaşlılar arasında ekonomik ve sağlıkta eşitsizlikleri dikkate almadan yapmaktadır. Örneğin 1997-1999 döneminde mesleki açıdan 1. sosyal sınıftaki 65 yaş erkekler için doğumda beklenen yaşam süresi 5. sosyal sınıftaki erkeklerden %30 oranında daha uzun olduğu belirtilmektedir (McMunn, ve ark., 2009).

Yetişkinler ve çocuklar kadar, yaşlılar da koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanma ve bu hizmetlere ulaşma hakkına sahiptir. Bunun için yaşlılarla ilgili sağlık ve bakım hizmetlerinde, personel eğitimine ve yaşlıların gereksinimlerini karşılayacak düzenlemelere ihtiyaç vardır. Dünya'da küreselleşme eğilimleri 1980'li yıllardan bu yana ülkemizi de etkilemiş ve sağlık sisteminde yeniden yapılanmaya gidilmiştir. "Sağlıkta Dönüşüm" adı altında yapılan düzenlemelerin "vatandaşa hizmet seçimi sağlayacağı, bürokrasiyi azaltacağı, ayrıcalıkların sona ereceği, daha iyi hizmet sunulacağı" belirtilmiştir (Bahar, 2006). Bu modeli uygulayan İngiltere'de yaşlı bakım hizmetleri, elektif cerrahi hizmetler (estetik gibi tıbbi zorunluluğu bulunmayan müdahaleler), temizlik ve mutfak hizmetleri gibi otelcilik hizmetleri özel şirketlere devredilmiştir. Maliyetleri artıran ve hastane yataklarının %47'sini işgal eden yaşlılar, evlerine ya da huzurevlerine gönderilmektedir. Evlerinde daha önce ücretsiz olan uzun dönemli hemşirelik bakım hizmetlerini, reformlar sonucunda paralı olmuştur. Devamlı bakıma

muhtaç hastaların işgal ettikleri yatak sayısı %40 oranında düşmüş, ilaç fiyatları artmıştır. Aynı biçimde Almanya'da da bu sistemle vatandaşların sağlığa harcadığı para da artış, hizmet kalitesinde düşüş yaşandığı saptanmıştır. Almanya'da yaşlı nüfusun sağlık sistemi üzerindeki maliyetini azaltmaya çalışmaktadır. Bunun için sigorta kapsamındaki uzun dönemli hemşirelik bakım hizmetleri sigorta kapsamından çıkarılmıştır. Dolayısıyla evde bakım harcamaları 1992'den 2001'e kadar 5 kat oranında artmıştır (Çetin, 2007).

Hollanda, Avusturya, Almanya ve İngiltere ile karşılaştırıldığında devlet tarafından yaşlılara ayırdığı pay daha fazladır. Amerika'da ise bu yap en düşük değerdedir (Gran, 1997). Bir başka çalışmada son on yıldır yaşlı bakım hizmetleri bir ülke gelirin %3.5-4'e denk düştüğü, her yıl yaşlıların %1 artması nedeniyle yıllık yaşlı bakım giderlerinin arttığı, ciddi vergiler getirilemezse yaşlıların sağlık hizmetlerinden daha az yararlanabilecekleri belirtilmektedir (Fuchs, 1999). Bu nedenle de yaşlılar ücret ödenecek listelerin dışında bırakılır, giderek sosyoekonomik güçleri zayıflamaya başlar ve yaşlılarda görülen mental problemlerin bir sebebi de bu olabilir (Singh, Hawthorne, Vos, 2001). Birçok endüstrileşmiş ülkede yaşlıların intihar etmesi önemli bir halk sağlığı sorunudur. Japonya'da 2003 yılında yaşlı nüfus %19 ile dünyanın en yüksek oranına sahiptir. Bu ülkede yaşlıların intiharı toplam intiharların 3'de birinden fazlasını oluşturmaktadır (Awata ve ark., 2005). Japonya yaşlı ve çocuk sağlığını geliştirmek için çaba harcamaktadır. Yaşlıların sağlık hizmetine ulaşımını kolaylaştırmak için vergi indirimi yapmıştır (Peng, 2002). Amerika'da son yıllarda sağlık hizmetleri maliyeti giderek artmıştır. Amerika'da 42 milyon insanın sağlık güvencesi yoktur, yaşlıların çoğunun reçete masrafı yıllık 1000-3000 dolar arasındadır (Bahar, 2006).

Dünyada ve ülkemizde giderek artan yaşlı nüfusa yönelik olarak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması, ulusal ve uluslararası girişimlerle birlikte, yaşlı bireye sunulan hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin de artması gerekmektedir. Dünya literatürüne bakıldığında hemşirelik bakımının yaşlılar içerisinde ağırlıklı olarak ev ziyaretleri şeklinde gerçekleştirildiği görülmekte olup, bu yolla bireylerin hem sağlık hizmetlerine ulaşımının artırılması hem de tanımlanmamış sağlık problemlerinin belirlenerek uygun girişimlerde bulunulması hedeflenmektedir.

Garcia-Pena, Thorogood, Armstrong, Reyes-Frausto ve Munoz'un (2001) yaptıkları çalışmada hemşireler tarafından deney grubuna verilen yaşlanma, yaşam biçimi değişikliği, hipertansiyon gibi konuları içeren eğitimlerin ve 6 ay süren ev ziyaretlerinin hipertansiyonu olan yaşlı bireylerin kan basınçlarının kontrolünün sağlanmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Nicolaides-Bouman, Rossum, Habets, Kepmen ve Knipschild (2007), sağlık problemleri olan 70-84 yaş grubu bireylere yönelik gerçekleştirdikleri ev ziyareti programında, bireylerin fonksiyonel yeteneklerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Program sonrasında katılımcıların ev ziyaretlerinden memnun kaldıkları, bu yolla tanı konmamış çeşitli sağlık sorunlarının belirlenip uygun girişimlerin planlandığı belirtilmektedir.

Stuck, Egger, Hammer, Minder ve Beck (2002), çok yönlü bir değerlendirme ve sürekli izlemler yapılarak sürdürülen ev ziyaretlerinin yaşlı bireylerde fonksiyon kayıplarını azaltmada etkili olduğunu belirtirken, Elkan ve ark. (2001), mortalite oranlarının azaltılmasında hemşirelerin ev ziyaretlerinin etkili olduğunu saptamışlardır.

Hollanda'da yapılan bir çalışmada 300 yaşlı bireye ev ziyaretleri yapılarak, bu ziyaretlerin bireylerin sağlık ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Tüm grupta ev ziyaretlerinin yaşlı bireylerin sağlıklarını geliştirmede çok yüksek bir etkisinin olmadığı ancak, sağlık algısı kötü olan yaşlı bireylerde 3 yıllık izlem sonrasında fonksiyonel işlevlerinde gelişme ve mortalite oranlarında düşme olduğu saptanmıştır. Ayrıca deney grubunda hastaneye yatma oranı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Van Rossum, Frederics, Philipsen, Portengen, Wiskerke, Knipschild, 1993).

Hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretlerinin etkili olduğunu gösteren çalışmalardan Nikolaus ve Bach (2003), düşmeye bağlı sonuç göstergelerinin olumlu yönde geliştiğini, Hansen, Spedtsberg, Schroll, (1992) kontrol grubunda bakımevine yatış oranlarının daha fazla olduğunu, Markle-Reid (2006) deney grubundaki yaşlı bireylerin psikososyal fonksiyonlarında gelişme olduğunu, Pathy, Bayer, Harding, Dibble (1992), 64-75 yaş grubu bireylerde hastanede yatış sürelerinin kısaldığı ve sağlık algılarının yükseldiğini belirtmektedir.

Türkiye'de sağlığa ayrılan kaynaklar OECD ülkelerinin altındadır ve bu kaynaklar verimsiz kullanılmaktadır. Bireylerin tümünü kapsayan genel sağlık sigorta sistemi yoktur ve mevcut sigorta kurumları da birbirinden farklı çalışma prensiplerine sahiptir. Özel sağlık sigorta sistemi ise çok yeni başlayan, henüz oturmamış ve yaygınlaşmamış bir sistemdir. Sonuç olarak bu durum, sağlık hizmetlerinden yeterince ve doğru bir biçimde yararlanma açısından yaşlı bireyleri olumsuz yönde etkilemektedir (DPT, 2007). Bu nedenle geliştirilmiş ve genişletilmiş yeni sağlık politikaları ile gençlikte ve erişkinlikte olduğu gibi, yaşlılıkta da yaşamın en iyi şekilde devam ettirilmesi için gerekli koşullar oluşturulmalıdır. Yaşlı nüfustaki artışla birlikte, yaşlı bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını geliştirmeye yönelik çabalarda, yaşlı bireye sunulan sağlık hizmetlerinde ve harcamalarında artış gözlenmiştir. Ekonomik, sosyal ve sağlık alanlarında çoğunlukla kamu kaynaklarına bağımlı olan ve kendine özgü sorunları, kronik hastalıkları olan yaşlı nüfusun diğer yaş gruplarından ayrı olarak ele alınması gerekmektedir. Yaşlılık kaçınılmaz bir süreçtir; ancak bu süreç sağlıklı ve kaliteli olabilir ve yaşlı nüfusa bağlı toplumsal yük azaltılabilir. Bu dönem sırasında yaşam kalitesinin artırılması ve sağlıklı yaşlanma ile ilgili stratejilerin geliştirilmesi, toplumsal sağlığın artırılmasında önemli bir yoldur. Bunun için Türkiye'deki genel sağlık politikalarının dışında, yaşlılara yönelik özel sağlık politikaları geliştirilmeli ve bir an önce hayata geçirilmelidir. Bireysel ve toplumsal anlamda sağlıklı yaşlanma ve sağlıklı yaşlanmanın önemi ortaya konulmalı, bununla ilgili toplumsal eğitim verilmelidir (Kut, 1992). Ayrıca her yaş grubunda olduğu gibi yaşlı bireyler arasında görülen sağlıksız eşitsizlikleri önlemede; yaşlı nüfusun içinde buldukları sosyal durumların saptanması, sağlık hizmetleri kullanımında yaşadıkları problemlerin değerlendirilmesi, sağlık politikalarının gözden geçirilerek yaşlı bireyler için koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, uluslararası dayanışmanın artırılması, sağlık alanında herkese eşit fırsatlar tanınması ve gereksinimi olana daha fazla hizmet felsefesiyle sağlık hizmetlerinin sunumunun yapılandırılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Altay B., Avcı İ. (2009). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumunu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4), 275-282.
- Ateşkan, Ü. (1999). Yaşlı Türk populasyonunda üriner inkontinans: görülme sıklığı, muhtemel klinik tipleri ve birey açısından önemini değerlendirilmesi. Geriatri Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, GATA. Ankara, Türkiye.
- Awata, S., ve ark (2005). Factors associated with suicidal ideation in an elderly urban Japanese population: A community-based, cross-sectional study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 327-336.
- Bahar, Z. (2006). Ülkemizde yaşlı sağlığı hizmetleri nasıl olmalı. 5. Ulusal Geriatri Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya. 06-10 Eylül, 49-54.
- Beland, F., & Zunzunegui, M. V. (1999). Predictors of functional status in older people living at home. *Age Ageing*, 28, 159-159.
- Belek, İ. (1998). Sağlıkta eşitsizlik: önenebilir ve kabul edilemez bir politik ekonomi sorunu. *Toplum ve Hekim*, 1998, 13(2).
- Berkman, C. S., & Gurland, B. J. (1998). The relationship among income, other socioeconomic indicators and functional level in older persons. *Aging Health*, 10, 81-98.
- Cairney, J. (2000). Socio-economic status and self-rated health among older Canadians. *Canadian Journal of Aging*, 19, 456-478.
- Cameron, O. (1996). Depression increases post-MI mortality: how? *Psychosomatic Medicine*, 58, 111-112.
- Cankurtaran, M., ve ark. (2002). Geriatrik yaş grubunda depresyon. I. Ulusal Geriatri Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya. 30 Ekim-03 Kasım.
- Coşkun, M. (1998). Samsun İl Merkezinde yaşayan yaşlıların sürekli kaygı düzeyleri ve bazı sosyoekonomik etmenleri. Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi. Samsun, Türkiye.
- Çetin, R. (2007). İngiltere, Almanya ve Türkiye'de sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık reformları. Erişim: 04.07.2012 <http://www.emekdunyasi.net/ed/arastirmalar/450-ingiltere-almanya-ve-turkiye-de-sosyal-guvenlik-sistemleri-ve-saglik-reformlari>.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2007). Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı. Erişim: 18.06.2012. www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/2230/eylempla.pdf
- Ekinci, M., Tortumluoğlu, G., Okanlı, A., Sezgin, S. (2002). Ev ortamında yaşayan yaşlıların depresyon düzeylerinin saptanması. I. Ulusal Geriatri Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya. 30 Ekim-03 Kasım.
- Elkan R, ve ark. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 323(7315), 719-725.
- Fuchs, V. R. (1999). Health care for the elderly: how much? who will pay for it? Medicare reform may be too little, too late if we do not address policy issues raised by the rapid growth in use of health care by the elderly. *Health Affairs*, 18(1), 11-21.
- Garcia-Pena, C., Thorogood, M., Armstrong, B., Reyes-Frausto, S., ve Munoz, O. (2001). Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1485-1491.
- Gran, B. (1997). Three worlds of old-age decommmodification? A comparative analysis of old-age support using the Luxembourg income study. *Journal of Aging Studies*, 11(1), 63-79.
- Hansen, F. R., Spedtsberg, K., Schroll, M. (1992). Geriatric follow-up by home visits after discharge from hospital: a randomized controlled trial. *Age Ageing*, 21(6), 445-450.
- İnanlı, T. (1999). Sağlık Hakkı ve Eşitsizlikler. *Toplum ve Hekim*, 14(5).
- Kılıçoğlu, A., Yenilmez, Ç. (2005). Huzurevindeki yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ve bireye özgü etkenler ile ilişkisi. *Düşünen Adam*, 18(4), 187-195.
- Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *DEU Hemşirelik Yüksekokulu E-Dergi*, 2(4), 145-154.
- Koçoğlu, G. O., ve ark. (2002). Ankara Gülveren Sağlık Ocağı'na bağlı Anadolu Mahallesi'nde yaşayan 65 yaş ve üstü kişilerin bazı özellikleri ve genel sağlık durumlarının saptanması. I. Ulusal Geriatri Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya. 30 Ekim-03 Kasım.
- Kut, S. (1992). Yaşlı hizmetleri politikası. Sağlıkla Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyumu (Sempozyum Kitabı). Ankara. 26-27 Kasım.
- Lesperance, F., Frasure-Smith, N., & Talajic, M. (1996). Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosomatic Medicine*, 58, 99-110.
- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advance Nursing*, 54(3), 381-395.
- Marmot, M. G., & Shipley, M. (1996). Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the Whitehall study. *British Medical Journal*, 313, 117-180.
- McMunn, A., Breeze, E., Goodman, A., Nazroo, J., Oldfield, Z. (2009). İleri yaşlarda sağlığın sosyal belirleyicileri. In Marmot, M., Wilkinson, R. G. (Ed), *Sağlığın sosyal belirleyicileri* (1. Baskı, pp:305-338). İstanbul: İncev Yayınları.
- Nicolaides-Bouman, A., Van Rossum, E., Habets, H., Kepmen, G., & Knipschild, P. (2007). Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 58(5), 425-435.
- Nikolaus, T., Bach, M. (2003). Preventing falls in community-dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): results from the randomized Falls-HIT trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 51(3), 300-305.
- Özer, M., Erefe, İ. (2002). Huzurinde ve aile ortamında yaşayan yaşlılarda yaşam doyumunun incelenmesi. I. Ulusal Geriatri Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya. 30 Ekim-03 Kasım.
- Pathy, M. S., Bayer, A., Harding, K., Dibble, A. (1992). Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet*, 340(8824), 890-893.
- Peng, I. (2002) Gender, demography, and welfare state restructuring in Japan. *Social Politics*, 9(3), 411-443.
- Rautino, N., Heikkinen, E., & Heikkinen, R. L. (2001). The association of socio-economic conditions with physical and mental capacity in elderly men and women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 33, 163-178.
- Rogers, R. G., Rogers, A., & Belanger, A. (1992). Disability free life among elderly in the United States. *Aging Health*, 4, 19-42.
- Roos, N. P., & Havens, B. (1991). Predictors of successful aging: a twelve year study of Manitoba elderly. *American Journal of Public Health*, 81, 63-68.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Sağlık Bakanlığı (2011). Sağlık istatistikleri yılı 2010. Erişim: 12.02.2012. http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri_villigi_2010.pdf
- Singh, B., Hawthorne, G., Vos, T. (2001). The role of economic evaluation in mental health Care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(1), 104-117.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-1028.
- Taylor, R., ve ark. (2007). Health, wealth and life styles of older population in England: The 2002 English longitudinal study of ageing. Erişim: 03.04.2012. http://www.ifs.org.uk/elsa/report03/w1_tech.pdf
- Topaç, Ş., Ateşkan, Ü., Vural, H., Doruk, H. (2002). GATA eğitim hastanesinde rutin incelemeye tabi tutulan yaşlı bireylerde ev kaza sıklığı, kaza özellikleri ile nedenleri ve bunun yaşadıkları konut özellikleri ile ilişkisi. I. Ulusal Geriatri Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya. 30 Ekim-03 Kasım.
- United Nations (2009). World populations aging 2009. Erişim: 12.02.2012. http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf

Van Rossum, E., Frederiks, C. M., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J., Knipschild, P. (1993). Effects of preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal*, 307(6895), 27-32.

Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: an individual level analysis. *Social Science and Medicine*, 50, 619-629.

World Health Organization (2011). World Health Statistics. Erişim: 15.02.2012. http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf