

BÖLÜM 1 : Yaş, Yaşam ve Yaşlanma

Yaş, Yaşam ve Yaşlanma

Prof. Dr. Bozkurt Güvenç

Hacettepe Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi - Emekli

Not . Pover point sunusu ektedir

BÖLÜM 2 YAŞLILIK GERÇEĞİ

Toplumsal Cinsiyet Bakış Açısıyla Yaşlanan Kadın

Prof. Dr. Ayşe Akın

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, HÜKSAM Başkanı

Not : Power point sunusu ektedir.

Yaşlılık ve Üretkenlik

Prof. Dr. R veyde Bayraktar

Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü- Emekli

Not: Power point sunusu ektedir

Yalnızlık, Yoksulluk ve Yaşlılık

Prof. Dr. Sevil Atauz

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu- Müdür

Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Yaşlılarda Aile İçi Kararlara Katılımı

Doç. Dr. Aylin Görgün-Baran*, Prof. Dr. Velittin Kalıncara**, Prof. Dr. Neriman Aras***
Prof. Dr. Galip Akın****, Doç. Dr. Gülen Baran***, Yard. Doç. Dr. Yasemin Özkan***

* Hacettepe Üniversitesi, Sosyoloji Bölümü

** Pamukkale Üniversitesi, Meslek Yüksek Okulu

*** Ankara Üniversitesi, Ev Ekonomisi Y.O.

**** Ankara Üniversitesi, DTCF, Antropoloji Bölümü

I. Giriş

Günümüzde yaşlı bireylerin kendi yaşamlarını devam ettirmeleri ve kendi özbakımlarını sağlamaları konusunda sorunlar yaşadıkları görülmektedir.

Teknoloji, sağlık ve beslenme alanlarındaki gelişmeler, insanların yaşam beklentilerinin uzamasını sağlamıştır. Türkiye’de yaşam beklentisi (süresi) kadınlarda 70, erkeklerde 66,4 yıldır. Gelişmiş ülkelerde kadınların erkeklere göre daha uzun süre yaşadıkları bilinmektedir. Kadınların beklenen yaşam süresi uzadıkça, toplumda ileri yaşlardaki kadın sayısında bir artış gözlenmektedir. Bu sürecin uzunluğuna karşılık, sağlık yönünden daha fazla risk altında oldukları ve yaşam kalitelerinin düştüğü ifade edilmektedir (HÜKSAM 2004:92).

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı yaşamın her döneminde görülmele birlikte, kadınlar açısından olumsuz sonuçları daha belirgindir. Bireylere toplumun norm ve değerleri sosyalizasyon süreci boyunca öğretilmeye çalışılır. Özellikle ailenin bir sosyalizasyon ajanı olduğu dikkate alınır, aile içinde kadına ve erkeğe yüklenen statüler, onların belli rolleri oynamasını zorunlu kılar. Bu zorunluluk yapısal-fonksiyonalist görüşe göre aile içi ilişkileri düzenlediği gibi, toplumdaki düzeni ve uyumu da sağlaması bakımından önemlidir. Özellikle Parsons’la doruğa erişen bu görüş, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yeniden üretilmesinde etkili olmuştur. Bu bağlamda kadını ev-içi, erkeği ise ev-dışı görevleri ile sınırlayan ve bu görevlerden dolayı kadına anlamsal, erkeğe araçsal rol yükleyen bu anlayış toplumsal cinsiyet ayrımcılığının örneğini oluşturması bakımından önem taşır (Klein ve White 1996:158-160).

Kimlik bakımından cinsiyet, bireylerin sosyal yaşamları süresince etkilenecekleri bir durum arz eder. Bu süreçte tüm toplumlar kadın ve erkeklere farklı roller yüklerler. Bu farklılıklar, bazen iki cins arasındaki fizyolojik ayrılıklara dayalı olarak açıklanır. Ancak kadın ve erkeklere verilen rollerin tümü bu farklılıkların kültürel olduğunu ortaya koymaktadır. Hatta bazı psikolojik özelliklerin bile fizyolojik olmaktan öte, kültürel temelli olduğu vurgulanmaktadır (Malionis ve Plummer 1997:350-351).

Burada vurgulanması gereken nokta, cinsiyet (sex) ile toplumsal cinsiyet (gender) arasındaki anlam farklılığıdır. Kadınlar ve erkekler arasındaki farklar köken itibariyle biyolojik olmaktan çok, kültürel niteliktedir (Giddens 1989:158-159). Cinsiyet doğumla birlikte edinilen, temelde biyolojik bir ayrıma, toplumsal cinsiyet ise toplumun normatif beklentilerine bağlı ilişkiler aracılığı ile söylemsel pratiklere gönderme yapar (Beere 1990:21; Walsh1997:7).

Toplumsal cinsiyet, çocuğun cinsiyetinin belirlenmesi ile aile içinde doğum öncesi hazırlıklarla başlar. Bebek için alınacak eşyaların seçiminden, yeni doğanın bakım tarzına ilişkin ritüellere kadar bu farklılık devam eder. Oyun biçimleri, oyuncakları, giyim eşyaları toplumdaki kadın ve erkek anlayışlarına bağlı olarak yeniden yeniden üretilir (Unger ve Crawford 1992:231-241).

Sosyolojik anlamda bireylerin kendi cinsiyetlerinden dolayı toplum tarafından ona atfedilen rollerin neler olduğu ve cinsiyete dayalı bu toplumsal atfetme biçimlerinin nedenlerinin ne olduğu soruları farklılık ve eşitsizlik olmak üzere iki farklı yaklaşım ekseninde ele alınmaktadır (Marsh 2000:333). Farklılık yaklaşımı, farklı sosyal ilişkilerin, kurumların ve süreçlerin kadın ve erkek arasında nasıl bir ayrıma yol açtığını ve kadınlık ve erkeklik kavramlarının bu süreçte nasıl oluşturulduğunu anlamaya çalışır. Eşitsizlik yaklaşımı ise toplumsal cinsiyet ayrımının eşitsizlik, hiyerarşi ve güç ilişkileri ile olan bağlantılarını açıklar.

Bu iki yaklaşım birbirinden ayrı görünse de cinsiyetin toplumsallığının değişik görünümelerini nesnel bir düzeye taşıyabilme kaygısını taşırlar. Toplumsal cinsiyetin yüklenmesi, toplumda bireylerin kadın ve erkekler olarak nasıl davranmaları gerektiğini belirler. Bu beklentilerin yerine getirildiği ve yeniden üretildiği yer gündelik yaşamın pratikleridir (Giddens 1989:102).

Hemen hemen tüm toplumlarda kadınların ortalama olarak erkeklerle karşılaştırıldığında daha az güce (iktidar), statüye ve parasal kaynaklara, otonomiye ve bağımsızlığa sahip oldukları görülmektedir (Türmen 2003:7). Bu bağlamda kadınlar ataerkil yapı ve ilişkiler içerisinde genelde belli alanlar içinde tanımlanmışlardır. Bu alanların en yaygın ve bilineni ev içidir. Kadınlara biçilen roller de genelde bu ev içi yaşamın barındırdığı rollerdir. Bunlar annelik ve karılık olarak nitelendirilmektedir. Çalışan bir kadının bile yaptığı kamusal görevi ile değil; ev içi rollere göre değerlendirildiği görülür. Ev içi alan kadınlar açısından oldukça daraltılmış ve belirlenmiştir. Bu alan içinde anneyi örnek alan kız çocuklar bu alanın gerektirdiği kurallar içinde kimliğini oluşturur. Bu anlamda yaşamı da bir bütünlük ve devamlılık söz konusudur (Demren 2003:36).

Ancak erkekler ataerkil ađ içerisinde kadınlar gibi kısıtlanmamışlardır. Hemen hemen her kadın en azından bir erkeğin (baba, ağabey, erkek kardeş, koca, amir) koruması ve kontrolü altındadır. Dolayısıyla tüm davranışları ataerkil anlayış ve kabuller çerçevesinde denetlenmekte ve sınırlanmaktadır. Erkekler bu sistem içinde görelide anlamda eziliyor olsalar bile, toplumda belli bir politik ve ideolojik iktidarı paylaşıyor olması bir anlamda özgür ve bağımsız davranışlar göstermesini de beraberinde getirir (Demren 2003:37). Dolayısıyla kadının iktidar alanı ev içi ile sınırlanır. Kadının yaşının ilerlemesi ve çocuklarının evliliği iktidar alanını genişletmesine neden olabilir. Ancak kadının iktidar alanı yine erkeğin ailedeki statüsel saygınlığı aracılığı ile belirlenir. Kadının iktidar alanı ataerkil sınırlar içinde var olabilmektedir. Bu durum nesilden nesile içselleştirilerek bireyler tarafından kabullenilme ve rıza gösterme yolu ile hegemonik bir durum halini alır.

Bu araştırmada, toplumsal cinsiyet bağlamında yaşlı bireylerin aile içindeki kararların alımındaki etkinliklerine bakılmıştır. Yaşlılıkta cinsiyetin daha çok nötrleştiği, özellikle kadınların iktidar alanının genişlediği bir dönem olarak görölmektedir. Yaşlıya saygı noktasından hareketle ve erkeğin önceki statülerini kaybedip emekli olmasıyla bağlantılı olarak bu alanın görelide olarak kadınlar lehine bir ayrıcalık yarattığı söylenebilir. Ancak bu ataerkil kültürel anlayışın dışına çıkıldığı anlamına gelmemektedir.

II. Genel Olarak Yaşlıların Sosyo-Demografik ve Ekonomik Özellikleri

Bu çalışma “Aile ve Yaşlı İlişkileri Araştırması: Ankara Örneği” projesinden bazı soruların toplumsal cinsiyet bakımından yorumlanması ile oluşturulmuştur.

Araştırma 1999-2001 yılları arasında tamamlanmıştır. Ankara’da yaşlı bireyi ile birlikte ikamet eden toplam 10000 aileden 1300’ü örnekleme dahil edilmiştir. İstatistiki değerlendirmelere uygun olan 1268 yaşlı bireyin verileri esas alınmıştır. Veriler 75 sorudan oluşan bir görüşme formu ile araştırmacıların yüz yüze yaptıkları görüşme yolu ile elde edilmiştir. 60 yaş üzerindeki yaşlı bireyler araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırma Ankara’nın alt, orta ve üst sosyo-ekonomik düzeye ilişkin farklı semtlerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan alt SED’deki yaşlı kadınların oranı %70,4, orta SED’dekilerin % 64,3, üst SED’dekilerin oranı ise %65,5’dir. Alt SED’deki erkek yaşlıların oranı %29,6, orta SED’dekilerin %35,7 ve üst SED’dekilerin oranı ise %34,5’dir. Bu veriler yaşlı kadınların oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Aiken (1995)’in de vurguladığı gibi kadınların

yaşam beklentisi erkeklere göre daha uzundur. Bu nedenle hemen hemen her toplumda yaşlı kadın sayısı erkeklere göre yüksektir.

Alt SED'deki yaşlıların %83,8'i 60-74, %14,8'i 75-89, %1,3'ü 90+ üzeri yaştaadır. Orta SED'deki yaşlıların %85,6'sı 60-74, %13,5'i 75-89, %0,9'u 90+ üzerindedir. Üst SED'deki yaşlıların %81,8'i 60-74, %16,8'i 75-89 ve %1,4'ü 90+ üzerin yaştaadır.

Alt SED'deki yaşlıların %25'i orta SED'dekilerin %16,1'i, üst SED'dekilerin %30,8'i ilkokul mezunudur. Alt SED'den üst SED'e doğru gidildikçe eğitim düzeyinde yükselme görülmektedir. Okur yazar olmayanların oranı alt SED'de %58,8, orta SED'de %36,3, üst SED'de %22,5'dir.

Alt SED'deki yaşlıların % 22,6'sının, orta SED'dekilerin % 2,3'ünün, üst SED'dekilerin %16,9'unun 4 çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Çok çocuğa sahiplik oranı alt SED'den üst SED'e doğru gidildikçe düşmektedir. Örneğin alt SED'deki yaşlıların %11,2'si, orta SED'dekilerin %9,6'sı, üst SED'dekilerin %3,3'ü 7 ve üzeri sayıda çocuğa sahiptir.

Alt SED'deki yaşlıların %53,5'i, orta SED'dekilerin %39,2'si, üst SED'dekilerin % 7,1'i 9 ve üzeri sayıda bireyle birlikte yaşamaktadırlar. Alt SED'den üst SED'e doğru gidildikçe birlikte yaşadıkları birey sayısında düşme görülmektedir.

Alt SED'deki yaşlıların %51,3'ü, orta SED'dekilerin %58,9'u, üst SED'dekilerin % 55,6'sı evlidir. Eşi ölenlerin oranı alt SED'de %46,7, orta SED'de %39,1, üst SED'de % 43,0'dır.

Alt SED'deki yaşlıların %23,7'si, orta SED'dekilerin % 34,2'si, üst SED'dekilerin %38,2'sinin emekli olduğu saptanmıştır. Alt SED'deki yaşlıların %39,2'si, orta SED'de % 50,5, üst SED'de %59,3 oranında emekli maaşı aldıkları tespit edilmiştir. Alt SED'deki yaşlıların %12,6'sı, orta SED'dekilerin %5,8'i, üst SED'dekilerin %4,3'ü yaşlılık maaşı aldıklarını belirtmişlerdir.

Alt SED'deki yaşlıların %82,7'si, orta SED'dekilerin %78,6'sı, üst SED'dekilerin % 55,7'si kendilerine ait geliri yeterli bulmamaktadır. Üst SED'den alt SED'e doğru gidildikçe gelirinden memnun olmayanların oranı yükselmektedir.

Bu bulgular ışığında yaşlı bireylerin aile içi kararlarının alımındaki etkinliklerini toplumsal cinsiyet bağlamında değerlendirmeye çalışalım. Aile içi kararlar 13 başlık altında ele alınmıştır. Bu kararlar sırasıyla; çocukların eğitimi, çocukların evliliği, torunların eğitimi, torunların evliliği, çocukların ve torunların iş seçimi, diğer çocuklarla görüşme, günlük yiyecek alışverişi, dayanıklı tüketim malları alımı, gayri menkul alımı, menkul alımı, ailenin nerede oturacağı, ailece tatile gidilecek yer, kendine ait geliri nasıl harcayacağıdır.

III. Araştırmanın Bulguları

Tablo 1. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireylerin Çocuklarının Eğitimine İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	5	4	9
		Sütun yüzdesi	%1,6	%3,0	%2,0
Alt Sed	Kendim	Sayı	95	68	163
		Sütun yüzdesi	%29,9	%50,7	%36,1
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	155	57	212
		Sütun yüzdesi	%48,7	%42,5	%46,9
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	63	5	68
		Sütun yüzdesi	%19,8	%3,7	%15,0
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	6	4	10
		Sütun yüzdesi	%2,0	%2,4	%2,2
Orta Sed	Kendim	Sayı	67	61	128
		Sütun yüzdesi	%22,4	%36,7	%27,5
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	157	85	242
		Sütun yüzdesi	%52,5	%51,2	%52,0
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	69	16	85
		Sütun yüzdesi	%23,1	%9,6	%18,3
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	10	3	13
		Sütun yüzdesi	%4,3	%2,5	%3,7
Üst Sed	Kendim	Sayı	55	27	82
		Sütun yüzdesi	%23,9	%22,3	%23,4
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	119	77	196
		Sütun yüzdesi	%51,7	%63,6	%55,8
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	46	14	60
		Sütun yüzdesi	%20,0	%11,6	%17,1
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $x^2=29,310$
Sd=3
p<0,05

Orta Sed için; $x^2=18,633$
sd=3
p<0,05

Üst Sed için; $x^2=6,140$
sd=3
p<0,05

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin çocuklarının eğitimiyle ilgili kararları kimin aldığına ilişkin dağılıma bakıldığında, kadınlar için tüm SED'lerde en yüksek oranda bu karar hane içi bireylerle birlikte verilmektedir (alt SED %48,7, orta %52,5, üst %51,7). Erkeklerde bu oranlara bakıldığında ise orta ve üst SED'lerde yine en yüksek oranda hane içi bireylerle birlikte verilmektedir (orta %51,2, üst %63,6). Ancak alt SED'de erkekler daha çok bu kararı kendileri vermektedirler. Bu kararı verme ile toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında ise alt ve orta SED'lerde erkeklerin kadınlara göre bu kararı kendi başlarına

verme eğiliminin daha yüksek olduğu, üst SED’de bu kararın verilmesinde daha eşitlikçi olduğu görülmektedir. Dolayısıyla tüm SED’ler için toplumsal cinsiyetle bu kararın verilmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Kentsel aileler çocuklarının geleceği ile ilgili kararlarda eşitlikçi bir yapı sergilemektedirler. Eğitimin aynı zamanda iyi bir iş ve eş bulma ile ilişkisi dikkate alındığında ailelerin eşitlikçi bir anlayışı sergilemeleri anlamlı görülebilir. Toplumumuzda okumak-egitim almak her zaman için önem taşımaktadır.

Tablo 2. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireylerin Çocuklarının Evliliğine İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	14	6	20
		Sütun yüzdesi	%4,4	%4,5	%4,4
Alt Sed	Kendim	Sayı	69	44	113
		Sütun yüzdesi	%21,7	%32,8	%25,0
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	171	69	240
		Sütun yüzdesi	%53,8	%51,5	%53,1
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	64	15	79
		Sütun yüzdesi	%20,1	%11,2	%17,5
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	18	16	34
		Sütun yüzdesi	%6,0	%9,6	%7,3
Orta Sed	Kendim	Sayı	57	39	96
		Sütun yüzdesi	%19,1	%23,5	%20,6
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	158	90	248
		Sütun yüzdesi	%52,8	%54,2	%53,3
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	66	21	87
		Sütun yüzdesi	%22,1	%12,7	%18,7
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	23	12	35
		Sütun yüzdesi	%10,0	%9,9	%10,0
Üst Sed	Kendim	Sayı	33	13	46
		Sütun yüzdesi	%14,3	%10,7	%13,1
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	125	82	207
		Sütun yüzdesi	%54,3	%67,8	%59,0
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	49	14	63
		Sütun yüzdesi	%21,3	%11,6	%17,9
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $x^2=9,074$
Sd=3
 $p<0,05$

Orta Sed için; $x^2=8,030$
sd=3
 $p<0,05$

Üst Sed için; $x^2=7,394$
sd=3
 $p>0,05$

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin çocuklarının evliliği ile ilgili kararları kimin aldığına ilişkin dağılıma bakıldığında, hem kadın hem erkek için tüm SED’lerde en yüksek oranda bu

karar hane içi bireylerle birlikte verilmektedir. Bu kararı kendisi veren yaşlı erkeklerin oranı alt ve orta SED’lerde yaşlı kadınlara göre daha fazladır. Buna göre bu kararın verilmesi ile toplumsal cinsiyet arasında alt ve orta SED’lerde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ailede erkek egemen anlayışın varlığı görülmekle birlikte, tüm SED’lerde çocuklarının evliliği gibi gelecek ile ilgili önemli bir kararı aile bireyleri ile birlikte almak kolektif anlayışa dayalı aile yapısının önemini ön plana çıkarmaktadır. Özellikle kentsel ailelerde çocuklarının hayatı ile ilgili kararlarının ortak alımında kolektif dayanışmanın hakimiyeti buna karşın bireysel davranış kalıplarına önem verilmemesi durumu ilgi çekicidir.

Tablo 3. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireylerin Torunlarının Eğitimine İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	19	9	28
		Sütun yüzdesi	%6,0	%6,7	%6,2
Alt Sed	Kendim	Sayı	24	18	42
		Sütun yüzdesi	%7,5	%13,4	%9,3
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	129	62	191
		Sütun yüzdesi	%40,6	%46,3	%42,3
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	146	45	191
		Sütun yüzdesi	%45,9	%33,6	%42,3
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	22	19	41
		Sütun yüzdesi	%7,4	%11,4	%8,8
Orta Sed	Kendim	Sayı	24	12	36
		Sütun yüzdesi	%8,0	%7,2	%7,7
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	145	76	221
		Sütun yüzdesi	%48,5	%45,8	%47,5
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	108	59	167
		Sütun yüzdesi	%36,1	%35,5	%35,9
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	25	18	43
		Sütun yüzdesi	%10,9	%14,9	%12,3
Üst Sed	Kendim	Sayı	10	8	18
		Sütun yüzdesi	%4,3	%6,6	%5,1
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	73	53	126
		Sütun yüzdesi	%31,7	%43,8	%35,9
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	122	42	164
		Sütun yüzdesi	%53,0	%34,7	%46,7
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $x^2=7,715$
Sd=3
 $p>0,05$

Orta Sed için; $x^2=2,286$
sd=3
 $p>0,05$

Üst Sed için; $x^2=10,748$
sd=3
 $p<0,05$

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin torunların eğitimine ilişkin kararları vermeleri arasındaki ilişkiye dair dağılıma bakıldığında, tüm SED’lerde bu kararı kendisinin verdiğini belirten bireylerin oranı en düşüktür. Alt ve üst SED’lerdeki yaşlı kadınlar en yüksek oranda bu kararı hane dışı bireylerle birlikte verdiklerini; orta SED’deki yaşlı kadınlar ise hane içi bireylerle birlikte verdiklerini belirtmişlerdir. Tüm SED’lerdeki yaşlı erkekler bu kararın en yüksek oranda hane içi bireylerle birlikte verildiğini ifade etmişlerdir. Erkekler için hane içi bireylerle birlikte bu kararın alınma oranı üst SED’den alt SED’e doğru artmaktadır (alt % 46,3, orta%45,8, üst%43,8). Torunların eğitime ilişkin kararların alımı ile toplumsal cinsiyet arasında alt ve orta SED’lerde anlamlı bir ilişki bulunmazken; üst SED için bu ilişki anlamlıdır. Torunların eğitimi konusu onların anne-babalarının ilgilendirdiği açıklamalarından yola çıkarak, tüm aile bireylerinin bu kararda etkili olmalarını kolektif yaşamın bir sonucu biçiminde yorumlanabilir. Ancak üst SED’de erkeklerin etkinliği yine aile reisliği ve yaş olarak büyüklüğü açısından açıklanabilir. Bu durum aile bireylerinin mesleki yaşam konusuna önem verdiğinin bir göstergesi sayılabilir

Tablo 4. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireylerin Torunlarının Evliliğine İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	19	10	29
		Sütun yüzdesi	%6,0	%7,5	%6,4
Alt Sed	Kendim	Sayı	23	13	36
		Sütun yüzdesi	%7,2	%9,7	%8,0
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	117	70	187
		Sütun yüzdesi	%36,8	%52,2	%41,4
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	159	41	200
		Sütun yüzdesi	%50,0	%30,6	%44,2
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	28	22	50
		Sütun yüzdesi	%9,4	%13,3	%10,8
Orta Sed	Kendim	Sayı	25	10	35
		Sütun yüzdesi	%8,4	%6,0	%7,5
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	109	58	167
		Sütun yüzdesi	%36,5	%34,9	%35,9
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	137	76	213
		Sütun yüzdesi	%45,8	%45,8	%45,8
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	30	20	50
		Sütun yüzdesi	%13,0	%16,5	%14,2

Üst Sed	Kendim	Sayı	15	9	24
		Sütun yüzdesi	%6,5	%7,4	%6,8
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	60	34	94
		Sütun yüzdesi	%26,1	%28,1	%26,8
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	125	58	183
		Sütun yüzdesi	%54,3	%47,9	%52,1
	Toplam	Sayı	230	121	351
		Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0

Alt Sed için; $x^2=14,505$
Sd=3
p<0,05

Orta Sed için; $x^2=2,344$
sd=3
p>0,05

Üst Sed için; $x^2=1,519$
sd=3
p>0,05

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin torunların evliliğine ilişkin kararları vermeleri arasındaki ilişkiye dair dağılıma bakıldığında, tüm SED'lerde bu kararı kendisinin verdiğini belirten yaşlıların oranı, torunların eğitiminde olduğu gibi, en düşüktür. Tüm SED'lerdeki yaşlı kadınlar ile orta ve üst SED'lerdeki yaşlı erkekler en yüksek oranda bu kararın hane dışı bireylerle birlikte verildiğini belirtmektedirler. Ancak araştırmanın amacı bağlamında bu dağılıma bakıldığında yalnızca alt SED'deki erkeklerin bu kararı en yüksek oranda aile içi bireylerle birlikte verdikleri görülmektedir. Torunların evliliğine ilişkin kararların alımı ile toplumsal cinsiyet arasında yalnızca alt SED'de anlamlı bir ilişki bulunmakta; diğer SED'lerde bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Torunların evliliği daha çok onların anne-babalarını ilgilendirdiği için yaşlı bireylerin bu konudaki kararlara katılımı düşüktür. Bu ilişkinin alt SED'de anlamlı bulunmasının nedeni erkek yaşlıların statüsel saygınlığın yüksek olmasından ve aile başkanı olarak görülmesinden, diğer bir ifade ile son sözü söyleyen bir konumda olmasından ileri gelebilir. Böylece toplumsal cinsiyet ayrımcılığı burada da kendini göstermektedir.

Tablo 5. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireylerin Çocuklarının ve Torunlarının İş Seçimine İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	19	11	30
		Sütun yüzdesi	%6,0	%8,2	%6,6
Alt Sed	Kendim	Sayı	28	20	48
		Sütun yüzdesi	%8,8	%14,9	%10,6
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	158	82	240
		Sütun yüzdesi	%49,7	%61,2	%53,1
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	113	21	134
		Sütun yüzdesi	%35,5	%15,7	%29,6
	Toplam	Sayı	318	134	452
		Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0
	Cevapsız	Sayı	28	20	48
		Sütun yüzdesi	%9,4	%12,0	%10,3

Orta Sed	Kendim	Sayı	22	14	36
		Sütun yüzdesi	%7,4	%8,4	%7,7
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	156	90	246
		Sütun yüzdesi	%52,2	%54,2	%52,9
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	93	42	135
		Sütun yüzdesi	%31,1	%25,3	%29,0
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
Cevapsız	Sayı	25	14	39	
	Sütun yüzdesi	%10,9	%11,6	%11,1	
Üst Sed	Kendim	Sayı	19	13	32
		Sütun yüzdesi	%8,3	%10,7	%9,1
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	105	61	166
		Sütun yüzdesi	%45,7	%50,4	%47,3
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	81	33	114
		Sütun yüzdesi	%35,2	%27,3	%32,5
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $\chi^2=18,932$
Sd=3
 $p<0,05$

Orta Sed için; $\chi^2=2,226$
sd=3
 $p>0,05$

Üst Sed için; $\chi^2=2,492$
sd=3
 $p>0,05$

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin çocukların/torunların iş seçimine ilişkin kararları vermeleri arasındaki ilişkiye dair dağılıma bakıldığında, tüm SED’lerde hem yaşlı kadınlar hem de yaşlı erkekler için en yüksek oranda bu kararın hane içi bireylerle birlikte verildiği görülmektedir. Bu kararı kendisinin verdiğini belirten yaşlıların oranı tüm SED’de en düşük olmakla birlikte, kendim yanıtını veren yaşlı erkeklerin oranı tüm SED’lerde yaşlı kadınlardan fazladır. Hane dışı bireylerin bu kararın alınmasındaki etkisi de tüm SED’lerdeki kadınlar için erkeklere göre daha fazladır. Çocukların ve torunların iş seçimine ilişkin kararların alımı ile toplumsal cinsiyet arasında yalnızca alt SED’de anlamlı bir ilişki bulunmakta; diğer SED’lerde bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Yaşlı erkeklerin çocukların ve torunların iş seçimindeki etkisi, onlara iş bulma ve takip etmeleri ile bağlantılı olabilir. Alt SED’deki anlamlılık cemaat ilişkileri bağlamında ele alınabilir. Aile üyeleri birbirleri ile ilgili bu tür kararlarda kolektif davranabilmektedirler. Üst SED’e doğru ise konunun kişisel bir kararı gerektirmesi bağlamında bireyselliğin ağırlık taşıdığı ifade edilebilir.

Tablo 6. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireyin Diğer Çocuklarıyla Görüşmesine İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	6	4	10
		Sütun yüzdesi	%1,9	%3,0	%2,2
Alt Sed	Kendim	Sayı	264	94	358
		Sütun yüzdesi	%83,0	%70,1	%79,2
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	34	28	62
		Sütun yüzdesi	%10,7	%20,9	%13,7
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	14	8	22
		Sütun yüzdesi	%4,4	%6,0	%4,9
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	6	4	10
		Sütun yüzdesi	%2,0	%2,4	%2,2
Orta Sed	Kendim	Sayı	241	129	370
		Sütun yüzdesi	%80,6	%77,7	%79,6
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	37	24	61
		Sütun yüzdesi	%12,4	%14,5	%13,1
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	15	9	24
		Sütun yüzdesi	%5,0	%5,4	%5,2
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	10	3	13
		Sütun yüzdesi	%4,3	%2,5	%3,7
Üst Sed	Kendim	Sayı	191	91	282
		Sütun yüzdesi	%83,0	%75,2	%80,3
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	16	22	38
		Sütun yüzdesi	%7,0	%18,2	%10,8
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	13	5	18
		Sütun yüzdesi	%5,7	%4,1	%5,1
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $\chi^2=10,117$
Sd=3
p<0,05

Orta Sed için; $\chi^2=0,580$
sd=3
p>0,05

Üst Sed için; $\chi^2=10,939$
sd=3
p<0,05

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin diğer çocuklarıyla görüşmelerine ilişkin kararların alınmasına ilişkin dağılıma bakıldığında, bu kararı kendisi veren yaşlıların oranı tüm SED’lerde en yüksek oranda olmakla birlikte; yaşlı kadınların oranı, alt SED’de % 83.0, orta SED’de % 80.6, üst SED’de ise % 83.0 ile yaşlı erkeklerin oranından daha fazladır. Bu oranlar arasındaki ilişki ise alt ve üst SED için anlamlı bulunmuştur. Yaşlı kadınların annelik duygularının daha ağır bastığı düşünülmele birlikte, bu tablonun önemli bir okuması da Türkiye’de kadının çocuklarının evlenmesi, kayınvalide olması ve yaşının ilerlemesine paralel olarak “iktidar”

alanını genişletmesi biçiminde gündeme gelmesidir. Evliliğinin başlangıcından itibaren ailesinde ikinci konumda yer alan kadın böyle bir durumda iktidarını kullanma yoluna gitmektedir. Ancak yaşlı kadının bu anlamda iktidar alanının var olduğunu ifade etmek bile güçleşmektedir.

Tablo 7. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireyin Günlük Alışverişine İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	12	4	16
		Sütun yüzdesi	%3,8	%3,0	%3,5
Alt Sed	Kendim	Sayı	67	52	119
		Sütun yüzdesi	%21,1	%38,8	%26,3
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	126	44	170
		Sütun yüzdesi	%39,6	%32,8	%37,6
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	113	34	147
		Sütun yüzdesi	%35,5	%25,4	%32,5
	Toplam	Sayı	318	134	452
		Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0
	Cevapsız	Sayı	6	2	8
		Sütun yüzdesi	%2,0	%1,2	%1,7
Orta Sed	Kendim	Sayı	70	51	121
		Sütun yüzdesi	%23,4	%30,7	%26,0
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	133	77	210
		Sütun yüzdesi	%44,5	%46,4	%45,2
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	90	36	126
		Sütun yüzdesi	%30,1	%21,7	%27,1
	Toplam	Sayı	299	166	465
		Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0
	Cevapsız	Sayı	4	3	7
		Sütun yüzdesi	%1,7	%2,5	%2,0
Üst Sed	Kendim	Sayı	68	33	101
		Sütun yüzdesi	%29,6	%27,3	%28,8
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	103	48	151
		Sütun yüzdesi	%44,8	%39,7	%43,0
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	55	37	92
		Sütun yüzdesi	%23,9	%30,6	%26,2
	Toplam	Sayı	230	121	351
		Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0

Alt Sed için; $\chi^2=15,578$
Sd=3
p<0,05

Orta Sed için; $\chi^2=5,466$
sd=3
p>0,05

Üst Sed için; $\chi^2=2,188$
sd=3
p>0,05

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin günlük yiyecek alışverişi ile ilgili kararları kimin aldığına ilişkin dağılıma bakıldığında, tüm SED'lerdeki yaşlı kadınlar ve orta ve üst SED'deki yaşlı erkekler için en yüksek oranda bu karar hane içi bireylerle birlikte verilmektedir. Alt SED'deki yaşlı erkekler ise bu kararı daha çok kendileri vermektedirler. Alt ve orta SED'lerde

bu kararı kendi veren yaşlı erkeklerin oranı yükselirken, üst SED’de böyle bir farklılık görülmemektedir. Buna göre bu kararın verilmesi ile toplumsal cinsiyet arasında sadece alt SED’de anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu tabloda eşitlikçi bir aile yapısının varlığından söz etmek mümkündür. Ancak toplumsal cinsiyet normları gereği alışveriş erkeğe atfedilen bir görev olmakla birlikte, evde neyin eksik olduğunu saptayan kadındır. Böyle karşılıklılık esası söz konusu olduğundan ev halkı ile birlikte karar vermenin öne geçtiği görülmektedir. Ancak alt SED’de bu ilişkinin anlamlı bulunması, geliri harcamanın erkeğe ait bir görev olarak algılanmasından ve maddi durumun kısıtlı olmasından kaynaklanabilir.

Tablo 8. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireyin Dayanıklı Tüketim Malları Alımına İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	11	3	14
		Sütun yüzdesi	%3,5	%2,2	%3,1
Alt Sed	Kendim	Sayı	52	54	106
		Sütun yüzdesi	%16,4	%40,3	%23,5
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	151	59	210
		Sütun yüzdesi	%47,5	%44,0	%46,5
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	104	18	122
		Sütun yüzdesi	%32,7	%13,4	%27,0
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	6	2	8
		Sütun yüzdesi	%2,0	%1,2	%1,7
Orta Sed	Kendim	Sayı	48	66	114
		Sütun yüzdesi	%16,1	%39,8	%24,5
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	155	69	224
		Sütun yüzdesi	%51,8	%41,6	%48,2
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	90	29	119
		Sütun yüzdesi	%30,1	%17,5	%25,6
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	3	2	5
		Sütun yüzdesi	%1,3	%1,7	%1,4
Üst Sed	Kendim	Sayı	52	38	90
		Sütun yüzdesi	%22,6	%31,4	%25,6
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	124	62	186
		Sütun yüzdesi	%53,9	%51,2	%53,0
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	51	19	70
		Sütun yüzdesi	%22,2	%15,7	%19,9
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $\chi^2=36,719$
Sd=3
p<0,05

Orta Sed için; $\chi^2=33,858$
sd=3
p<0,05

Üst Sed için; $\chi^2=4,232$
sd=3
p>0,05

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin dayanıklı tüketim malları alımı ile ilgili kararları kimin aldığına ilişkin dağılıma bakıldığında, tüm SED’lerdeki hem yaşlı kadınlar hem yaşlı erkekler için en yüksek oranda bu karar hane içi bireylerle birlikte verilmektedir. Bu kararı kendisi veren yaşlı erkeklerin oranı alt SED’den üst SED’e doğru düşmektedir (alt SED % 40.3, orta SED %39.8, üst SED % 39.4). Yaşlı kadınların dayanıklı tüketim mallarının alımına ilişkin kararlara katılım oranı tüm SED’lerde yaşlı erkeğe göre çok düşüktür. Alt SED’deki yaşlı kadınların bu karara katılım oranı %16,4, orta SED’de %16,1, üst SED’de %26,6’dır. Buna göre toplumsal cinsiyet ile bu kararın alınması arasındaki ilişki alt ve orta SED’de anlamlı bulunmuştur. Bu tabloda da satın alma işleri erkeğin görevi olarak bilindiğinden dayanıklı tüketim mallarının alımına yaşlı kadınlardan çok yaşlı erkeklerin karar vermede etkin olduğu anlaşılmaktadır. Paranın bir güç ilişkisi doğurduğu dikkate alınır ve genellikle bu güce erkek sahip ise bu tür malların alımında erkeğin kararı ön plana geçmektedir. Çünkü alışveriş erkeğe ait bir görev olarak normlaştırılmıştır. Erkek egemen anlayış bu noktada kendini açıkça göstermekle birlikte üst SED’e doğru gidildikçe yaşlı kadınların bu karara katılım oranı artmaktadır. Bu konuda eğitim ve ekonomik faktörün önemli olduğu kadar kadının yaşının ilerlemesinin de etkili olduğunun vurgulanması gerekir.

Tablo 9. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireyin Gayri Menkul Alımına İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	13	5	18
		Sütun yüzdesi	%4,1	%3,7	%4,0
Alt Sed	Kendim	Sayı	28	65	93
		Sütun yüzdesi	%8,8	%48,5	%20,6
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	137	40	177
		Sütun yüzdesi	%43,1	%29,9	%39,2
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	140	24	164
		Sütun yüzdesi	%44,0	%17,9	%36,3
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	16	7	23
		Sütun yüzdesi	%5,4	%4,2	%4,9
Orta Sed	Kendim	Sayı	37	71	108
		Sütun yüzdesi	%12,4	%42,8	%23,2
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	136	59	195
		Sütun yüzdesi	%45,5	%35,5	%41,9
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	110	29	139
		Sütun yüzdesi	%36,8	%17,5	%29,9
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	11	3	14
		Sütun yüzdesi	%4,8	%2,5	%4,0

Üst Sed	Kendim	Sayı	34	47	81
		Sütun yüzdesi	%14,8	%38,8	%23,1
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	113	50	163
		Sütun yüzdesi	%49,1	%41,3	%46,4
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	72	21	93
		Sütun yüzdesi	%31,3	%17,4	%26,5
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $x^2=94,189$
Sd=3
p<0,05

Orta Sed için; $x^2=58,584$
sd=3
p<0,05

Üst Sed için; $x^2=27,808$
sd=3
p<0,05

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin gayri menkul alımı ile ilgili kararları kimin verdiği arasındaki ilişkide, yaşlı erkekler için alt ve orta SED’de bu kararın en yüksek oranda bireyin kendisi tarafından verildiği görülmektedir. Yaşlı kadınlar için ise orta ve üst SED’de bu karar en yüksek oranda hane içi bireylerle birlikte verilmektedir. Tüm bu oranlar göz önüne alındığında, toplumsal cinsiyet ile gayri menkul alımı konusundaki kararların verilmesi arasındaki ilişki tüm SED’lerde anlamlıdır. Bu tablo incelendiğinde eşitlikçi bir aile yapısının varlığından söz edilebilir. Gayri menkul alımı önemli bir maddi birikimi gerektirdiğinden ve tüm aile üyelerini ilgilendirmesi bakımından bunun alımına ilişkin kararın aile üyeleri tarafından verilmesi anlamlı bulunmaktadır. Ekonomik zorlukların ve çalışma koşullarının olumsuzlukları dikkate alındığında bu harcamalara daha dikkatli yaklaşıldığı söylenebilir. Toplumsal cinsiyet anlayışının bu yönde değiştiğini söylemek mümkündür. Ancak yaşlı kadın ve erkeklerin bu kararı aile üyeleri ile birlikte almaları demokratik olmakla birlikte toplumsal cinsiyet ayrımcılığının yapılmadığı anlamı çıkartılmamalıdır.

Tablo 10. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireyin Menkul Alımına İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	15	8	23
		Sütun yüzdesi	%4,7	%6,0	%5,1
Alt Sed	Kendim	Sayı	34	57	91
		Sütun yüzdesi	%10,7	%42,5	%20,1
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	119	42	161
		Sütun yüzdesi	%37,4	%31,3	%35,6
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	150	27	177
		Sütun yüzdesi	%47,2	%20,1	%39,2
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	17	13	30
		Sütun yüzdesi	%5,7	%7,8	%6,5

Orta Sed	Kendim	Sayı	35	72	107
		Sütun yüzdesi	%11,7	%43,4	%23,0
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	136	50	186
		Sütun yüzdesi	%45,5	%30,1	%40,0
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	111	31	142
		Sütun yüzdesi	%37,1	%18,7	%30,5
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
Cevapsız	Sayı	12	3	15	
	Sütun yüzdesi	%5,2	%2,5	%4,3	
Üst Sed	Kendim	Sayı	44	49	93
		Sütun yüzdesi	%19,1	%40,5	%26,5
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	102	42	144
		Sütun yüzdesi	%44,3	%34,7	%41,0
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	72	27	99
		Sütun yüzdesi	%31,3	%22,3	%28,2
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $x^2=66,334$
Sd=3
 $p<0,05$

Orta Sed için; $x^2=65,477$
sd=3
 $p<0,05$

Üst Sed için; $x^2=19,118$
sd=3
 $p<0,05$

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin menkul alımı ile ilgili kararları kimin verdiği arasındaki dağılıma bakıldığında, tüm SED’lerdeki yaşlı erkekler bu kararı kendileri verirken, orta ve üst SED’lerdeki yaşlı kadınlar bu kararı hane içi bireylerle birlikte almaktadırlar. Tüm bu oranlar göz önüne alındığında, toplumsal cinsiyet ile menkul alımı konusundaki kararların verilmesi arasındaki ilişki tüm SED’lerde anlamlıdır. Menkul alımında yaşlı kadınların yaşlı erkeklere göre karar verme durumu oranının düşük olması, alım işlerinin erkeklik alanına ilişkin olmasından kaynaklanmaktadır. Her ne kadar günlük alışveriş ve dayanıklı tüketim malları alımında kararlar daha eşitlikçi bir anlayışı sergilese bile, menkul alımının ilgi alanı toplumsal cinsiyet anlayışı bakımından erkeğin iktidar alanına girmektedir. Bu davranışta “erkeklik” adına bir değişim söz konusu değildir.

Tablo 11. Toplumsal Cinsiyet ile Ailenin Nerede Oturacağına İlişkin Kararın Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
Alt Sed	Kendim	Sayı	99	84	183
		Sütun yüzdesi	%31,1	%62,7	%40,5
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	126	43	169
		Sütun yüzdesi	%39,6	%32,1	%37,4
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	93	7	100
		Sütun yüzdesi	%29,2	%5,2	%22,1
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Orta Sed	Kendim	Sayı	94	86	180
		Sütun yüzdesi	%31,4	%51,8	%38,7
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	143	71	214
		Sütun yüzdesi	%47,8	%42,8	%46,0
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	62	9	71
		Sütun yüzdesi	%20,7	%5,4	%15,3
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
Üst Sed	Kendim	Sayı	80	52	132
		Sütun yüzdesi	%34,8	%43,0	%37,6
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	108	64	172
		Sütun yüzdesi	%47,0	%52,9	%19,0
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	42	5	47
		Sütun yüzdesi	%18,3	%4,1	%13,4
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $\chi^2=49,204$
Sd=2
 $p<0,05$

Orta Sed için; $\chi^2=28,428$
sd=2
 $p<0,05$

Üst Sed için; $\chi^2=13,805$
sd=2
 $p<0,05$

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin ailenin nerede oturacağına ilişkin kararları vermeleri arasındaki ilişkiye dair dağılıma bakıldığında, yaşlı kadınların tüm SED'lerde en yüksek oranda bu kararı hane içi bireylerle birlikte aldıkları görülmektedir. Yaşlı erkekler de bu karar, alt (%62,7) ve orta (%51,8) SED'lerde en yüksek oranda yaşlı bireyin kendisi tarafından alınmaktadır. Üst SED'deki erkekler ise bu kararı en yüksek oranda (%52,9) diğer aile bireyleri ile birlikte vermektedirler. Bu kararı kendisi veren erkeklerin oranı alt SED'den üst SED'e doğru azalmaktadır. Dolayısıyla tüm SED'ler için toplumsal cinsiyet ile bu kararın alınması arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ailenin nerede oturacağı konusu önemli bir karar olarak tüm aileyi ilgilendirdiğinden tüm SED'lerde aile bireylerinin birlikte karar verdikleri gözlemlenmiştir. Bu konuda eşitlikçi bir anlayışın var olduğu söylenebilir. Bu tabloda ekonomik gelir faktörünün de etkili olduğu düşünülmektedir. Alt ve üst SED'deki anlamlılık alt SED'in kısıtlı imkanlarından, üst SED'dekilerin ise görece daha iyi bir gelire sahip olmalarından dolayı aile bireyleri ile birlikte karar verdiklerini düşünmemize yol açmaktadır.

Tablo 12. Toplumsal Cinsiyet ile Ailece Tatile Gidilecek Yere İlişkin Kararın Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
	Cevapsız	Sayı	17	3	20
		Sütun yüzdesi	%5,3	%2,2	%4,4
Alt Sed	Kendim	Sayı	52	43	95
		Sütun yüzdesi	%16,4	%32,1	%21,0
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	134	59	193
		Sütun yüzdesi	%42,1	%44,0	%42,7
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	115	29	144
		Sütun yüzdesi	%36,2	%21,6	%31,9
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	12	4	16
		Sütun yüzdesi	%4,0	%2,4	%3,4
Orta Sed	Kendim	Sayı	47	52	99
		Sütun yüzdesi	%15,7	%31,3	%21,3
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	155	83	238
		Sütun yüzdesi	%51,8	%50,0	%51,2
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	85	27	112
		Sütun yüzdesi	%28,4	%16,3	%24,1
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
	Cevapsız	Sayı	6	2	8
		Sütun yüzdesi	%2,6	%1,7	%2,3
Üst Sed	Kendim	Sayı	39	24	63
		Sütun yüzdesi	%17,0	%19,8	%17,9
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	131	79	210
		Sütun yüzdesi	%57,0	%65,3	%59,8
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	54	16	70
		Sütun yüzdesi	%23,5	%13,2	%19,9
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $\chi^2=19,485$
Sd=3
p<0,05

Orta Sed için; $\chi^2=19,635$
sd=3
p<0,05

Üst Sed için; $\chi^2=5,785$
sd=3
p>0,05

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin ailece tatile gidilecek yerle ilgili kararları kimin aldığına ilişkin dağılıma bakıldığında, hem yaşlı kadın hem yaşlı erkek için tüm SED'lerde en yüksek oranda bu karar hane içi bireylerle birlikte verilmektedir. Yaşlı erkeklerde ise bu kararı kendisi verenlerin oranı yaşlı kadınlara göre daha yüksektir (alt %32,1, orta% 31,3, üst % 19,8).. Buna göre bu kararın verilmesi ile toplumsal cinsiyet arasında alt ve orta SED'lerde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkide tatili ayarlamak, finans ayırmak, ön bilgileri toplamak genelde erkeklere atfedilen görevler arasında bulunduğundan kadın yaşlıların bu konuda karar verme durumu etkin değildir. Erkeklerin yaşlı da olsa paraya dayalı ilişkilerde

aktif oldukları söylenebilir. Bu durum da toplumsal cinsiyet ayrımcılığı temelinde yetiştirilme ile bağlantılıdır. Ayrıca kadının ekonomik özgürlüğünün olmadığı ya da kısıtlı olduğu durumlarda aktif olması beklenilemez.

Tablo 13. Toplumsal Cinsiyet ile Yaşlı Bireyin Kendine Ait Geliri Nasıl Harcayacağına İlişkin Kararların Kimler Tarafından Alındığına Ait Dağılım

			Kadın	Erkek	Toplam
Alt Sed	Kendim	Sayı	198	96	294
		Sütun yüzdesi	%62,3	%71,6	%65,0
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	42	32	74
		Sütun yüzdesi	%13,2	%23,9	%16,4
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	78	6	84
		Sütun yüzdesi	%24,5	%4,5	%18,6
Toplam	Sayı	318	134	452	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
Orta Sed	Kendim	Sayı	204	111	315
		Sütun yüzdesi	%68,2	%66,9	%67,7
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	55	46	101
		Sütun yüzdesi	%18,4	%27,7	%21,7
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	40	9	49
		Sütun yüzdesi	%13,4	%5,4	%10,5
Toplam	Sayı	299	166	465	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	
Üst Sed	Kendim	Sayı	162	72	234
		Sütun yüzdesi	%70,4	%59,5	%66,7
	Hane içi (Kendim,eşim,çocuklarım vb.)	Sayı	36	43	79
		Sütun yüzdesi	%15,7	%35,5	%22,5
	Hane dışı bireylerle birlikte	Sayı	32	6	38
		Sütun yüzdesi	%13,9	%5,0	%10,8
Toplam	Sayı	230	121	351	
	Sütun yüzdesi	%100,0	%100,0	%100,0	

Alt Sed için; $\chi^2=28,229$
Sd=2
p<0,05

Orta Sed için; $\chi^2=0,706$
sd=2
p<0,05

Üst Sed için; $\chi^2=21,223$
sd=2
p<0,05

Toplumsal cinsiyet ile yaşlı bireylerin kendilerine ait geliri nasıl harcayacağı ile ilgili kararları kimin aldığına ilişkin dağılıma bakıldığında, tüm SED'lerde en yüksek oranda bu kararı bireylerin kendisi vermektedir. Bu kararı kendisi veren yaşlı kadınların oranı alt SED'den üst SED'e doğru artmaktadır (alt SED % 62,3, orta SED % 68,2, üst SED % 70,4). Yaşlı kadınlarda bu kararı kendisi verenlerin oranı alt SED'de yaşlı erkeklerden düşük; diğer SED'lerde ise yüksektir. Özellikle üst SED'de erkekelerin hane içi bireylerden etkilenmesi yüksektir. Tüm bu oranlar göz önüne alındığında toplumsal ile cinsiyet kendine ait geliri nasıl

harcayacağı arasında tüm SED'ler için anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Sosyo-ekonomik düzey yükseldikçe kadının kendine ait geliri harcama konusunda daha bağımsız karar verdiği söylenebilir; çünkü kadının çalışması aile bütçesine bir katkı olarak algılandığından bağımsız davranması ancak yaşın ilerlemesi ve ekonomik düzeyin yükselmesi ile söz konusudur. Kadının ekonomik özgürlüğünün bulunması modern yaşamda önemli bir değişken olarak görülmekle birlikte hepsinden önemlisi kullanma hakkına sahip olması bakımından problem yaratmaktadır. Geliri kullanma hakkına sahiplik kısıtlıdır. Dolayısı ile toplumsal cinsiyet normları ile bu durum örtüşmektedir

Genel Değerlendirme

Son yıllarda sosyolojide hem yaşlılık hem de toplumsal cinsiyet araştırmaları ve tartışmaları önemli bir yer edinmiştir. Teknolojik gelişmelere paralel olarak insan ömrünün uzaması, yaşlı-yaşlılık ve yaşlanma kavramlarının sosyal bilimlerde yeniden tanımlanmasını gerektirmiştir. Benzer şekilde özellikle feminizmin akademik alandaki ve aktivistlerin de “sokaklar”daki başarıları, kadın ve erkekler arasındaki farkları biyolojik özelliklere atfeden yaklaşımları yıkmıştır. Günümüzde artık kadınlık ve erkekliklerin kültürel inşalar olduğu; bundan dolayı toplumsal cinsiyet kimliğinin sabit olmadığı tartışmasız kabul edilmektedir.

Bu çalışma da yaşlılık ve toplumsal cinsiyeti, yaşlı bireylerin aile içi kararlara katılımı bağlamında birlikte ele almaktadır. Ankara’da yaşayan 1268 yaşlı bireyle yapılan görüşme formlarıyla elde edilen verilerin yorumuna geçmeden, altının çizilmesi gereken önemli bir nokta bulunmaktadır. Bu da Türkiye’de kırsal alanda olduğu gibi kentte de ataerkil ideolojinin hakim olduğu ve bunun da başta aile yapısında olmak üzere, tüm toplumsal yapıda etkili sonuçları bulunduğudur. Ataerkil ideolojinin ideal kadını özel alanda yer alır, duygusal ve hassas bir yapıya sahiptir. Diğer yandan ataerkil ideolojinin erkeği neredeyse bir makine gibi kontrollü, mantıklı ve koruyan kollayan kişidir. Bu temel düzeydeki tanımlama, gündelik hayatta toplumsal cinsiyetler arasında erkeğin lehine bir hiyerarşiyi de beraberinde getirip, buna paralel olarak bireylere toplumsal cinsiyetine göre roller biçer. Bu rollere bakıldığında özel alana ait görülen kadının sorumlulukları da ev içinde ve ev içiyle ilgili olmaktadır. Buna rağmen kadın ev içinde bir “özel alana”, otonomiye ya da söz hakkına sahip değildir; ya da erkeğe oranla “sesi” az çıkmaktadır. Diğer yandan kamusal alanda yer alan erkek “eve ekmek getiren” ve dolayısıyla maddi kaynakları elinde bulunduran kişidir. Bu anlayış Parsons tarafından anlamsal ve araçsal roller olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu bağlamda toplumsal cinsiyet ayrımcılığı desteklenmiştir.

Bu bağlamda araştırmanın bulgularının toplumsal cinsiyet ekseninde ele alınması, aile içi kararlara katılımın yaşlılıktaki durumunu ve toplumsal cinsiyet rollerinin yaşla ne yönde

değiştirdiğini gösterecektir. Bu noktada ilk olarak, ele alınan kararların genelinde kadınların “hane içi” bireylerle birlikte karar aldıkları, erkeklerin ise kendi başlarına karar verdikleri görülmektedir. Bu durumun oranları karara ve sosyo-ekonomik düzeylere göre farklılık gösterse de buna paralel olarak birçok kararın alımı ile toplumsal cinsiyet arasında anlamlı ilişkiler olduğu anlaşılmaktadır. Diğer yandan, “kendim” cevabının hem kadınlar hem de erkekler için tüm SED’lerde en düşük oranda kaldığı durumlarda bile, örneğin çocukların ve torunların iş seçiminde olduğu gibi, kendim yanıtını veren yaşlı erkeklerin oranı yaşlı kadınlara göre daha fazladır. Bu durumun tek istisnasını, diğer çocuklarla görüşme konusundaki karar oluşturmaktadır. Ancak burada da yaşlı erkekler de yaşlı kadınlar gibi en çok kendim yanıtını vermişlerdir. Yaşlı erkeklerin kendi başlarına karar almaları, örneğin diğer aile bireylerini de yakından ilgilendiren günlük yiyecek alışverişiyle ilgili kararda bile olduğu gibi (alt SED’deki erkekler), erkeğin gücünü ve hiyerarşideki yerini göstermektedir.

Yalnızca alt SED’de (torunların evliliği, çocukların ve torunların iş seçimi, günlük yiyecek alışverişi) veya alt ve orta SED’lerde (dayanıklı tüketim malları alımı, ailenin nerede oturacağı, çocukların evliliği) toplumsal cinsiyetle anlamlı çıkan ilişkiler bulunmaktadır; aynı kararın alımı ile toplumsal cinsiyet arasında üst ve orta SED’ler’de veya üst SED’de bu ilişki farklılaşmamaktadır. Bu durum aile içi kararların alımında alt SED’den üst SED’de doğru kadınların giderek daha fazla yer aldığını gösterebilir.

Örneğin çocukların ve torunların iş seçimi ya da ailenin nerede oturacağı ile ilişkili kararlarda kadınların en yüksek oranda hane içi bireylerle birlikte karar vermekte oldukları görülmektedir. Ancak hane dışı bireylerle birlikte karar verdiğini belirten kadınların oranı, kendim yanıtını verenlere yaklaşmaktadır. Kadınların hane dışı bireylerle birlikte karar alma oranı erkeklere göre her zaman daha fazla olmaktadır. Dolayısıyla yaşlı kadınların hane dışı bireylerden karar alma sürecinde erkeklere göre daha fazla etkilenmeleridir.

Çocukların eğitim ve evlilikleriyle ilgili kararların hem erkekler hem de kadınlar için daha çok hane içi üyelerle birlikte alındığı görülmektedir. Torunlarla ilgili benzer kararlar da ise büyük anne ve büyük babalar olan yaşlıların, bu kararları torunlarının ebeveynlerine yani çocuklarına bıraktıkları görülmektedir.

Alımlarla ilgili kararlara bakıldığında, hane içi bireylerle birlikte karar alındığı görülmekle birlikte, gayri menkul ve menkul alımında kendim yanıtını veren yaşlı erkeklerin oranı fazladır. Ekonomik alanda güçlü ve son sözü söyleme hakkına sahip olan erkekler bir iktidar alanı yaratma konusunda inşalarını sürdürmekte ve bu davranışları yeniden üretmektedirler. Kadının da bu konudaki destekleyici rolleri toplumsal cinsiyet ayrımcılığının ve ataerkil kültürel kalıpların pekişmesine yol açmaktadır.

Sonuç olarak yaşlı kadının yaşının ilerlemesine ve çocuklarının evliliğine bağlı olarak bir lde iktidar alanının genişlediği görülse bile, bu durum ataerkilliğin izin verdiği ller içinde kalmaktadır.

Kaynakça

- Aiken, L.R. (1995). *Aging, an Introduction to Gerontology*, Sage Publication, London.
- Beere, A. Caroley (1990). *Gender Roles: A Handbook of Tests and Measures*, Greenwood Press, London.
- Canetti, Elias (1998). *Kitle ve İktidar*, ev. Glsat Aygen, İstanbul:Ayrıntı Yayınları.
- Demren, ağdaş (2003). *Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı*, Toplumsal Cinsiyet Sağlık Kadın, Hksam, Ankara: Hacetrepe Üniversitesi Yayınları.
- HÜKSAM (2004). *Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık*, KSS, HÜKSAM, UNFPA Ortak Yayını.
- Giddens, Anthony (1989). *Sociology*, Basil Blackwell Ltd. Polity Press, U.K.
- Klein, D., J. M.White (1996). *Family Theories: An Introduction*, Sega Publications, Inc. Thousand Oaks, California.
- Macionis, J., Ken Plummer (1997). *Sociology: A Global Introduction*, Pearson education, Prentice Hall, England.
- Marsh, Jan (2002). *Sociology: Making Sense of Society*, Pearson Education Lmt. Press, England.
- Türmen, Tomris (2003). *Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı*, Toplumsal Cinsiyet Sağlık Kadın, Hksam, Ankara: Hacetrepe Üniversitesi Yayınları.
- Unger, R. ve M. Crawford (1992). *Women and Gender-A Feminist Psychology*, McGraw-Hill, Inc.U.S.
- Walsh, Mary Roth. (1997). *Women, Men and Gender*, YaleUniversity Pres, New York, London.

BÖLÜM 3 SAĞLIKLI YAŞLANMA

YAŞLANAN KADININ SAĞLIK SORUNLARI

Dr.Yeşim Gökçe-Kutsal

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Öğretim Üyesi,

Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM) Müdürü

“It is not age that is at fault but rather our attitudes toward it”

CICERO

TARİHSEL SÜREÇTE YAŞLILIK OLGUSU

Yaşlı insandan ve onun saygınlığından söz eden, bilinen ilk eser Homeros’un “**İlyada ve Odysseia**” adlı eseridir. Bu eserdeki Nestor karakteri ile her anlamda olumlu bir yaşlı görüntüsü çizilmiştir. Seksenbir yaşındaki ünlü düşünür Platon, bilgelik ve huzur kapılarını açan tek doğru davranışın “**Bilinçli yaşanılan bir gençlik ve orta yaşlılık**” olduğunu ve bunun yaşlılığa hazırlanmanın en iyi yolu olarak gördüğünü ifade etmiştir. Dolayısı ile günümüzde yaygın olarak benimsenen bu kanının 2400 yıllık bir mazisi olduğu söylenebilir. Sophokles 89 yaşında iken yaşlı insanı; “bilge” olarak tanımlamakta ve öğütlerine kulak verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Buna karşın Aristoteles “Rhethorik” adlı eserinde; “hastalık erken gelen bir yaşlılık, yaşlılık ise doğal bir hastalıktır” ifadesini kullanmaktadır. Pergamon’lu Galen’e göre ise, yaşlanma doğal ve olağan bir süreçtir.

Tarihteki en ünlü düşünürlerden biri olan, Çiçero, “**İnsan yaşlılığında da başarılar imza atabilir**” demekte ve insan yaşamının bu dönemindeki üretkenliğin önemini vurgulamaktadır.

Bilindiği gibi ölümün çehresinin “genç” olduğu antik çağda sadece 100 insandan bir tanesi 60 yaşına ulaşabiliyordu. Roma’lı bir askerın ortalama ömrü 22 yıl idi. Yirminci yüzyılın başlarına kadar dünyanın hiçbir ülkesinde uzun bir yaşam için gereken ortam yoktu. Avrupa’da ortalama yaşam süresi 50 yıl idi,ölüm genellikle gençlik yıllarına rastlıyor,iyi koşullarda yaşayıp yaşlanabilenlerin sadece devlet adamları, krallar, filozoflar ve yüksek rütbeli subaylar olduğu dikkati çekiyordu. Tarihsel kayıtlara bakıldığında ortalama yaşam sürelerinin 1797 de 25, 1897 de 48 yıl,1947 de 65 yıl, 1997 de ise 76 yıl olarak bildirildiği görülmektedir.

Yirminci yüzyılda tıp, bilim ve teknoloji üçgenindeki gelişmelere paralel olarak, dünya nüfusundaki artış hızlanmış; 1900 de 1.650 milyar iken 1950 de 2.520 milyara ulaşmış, 1950 lerden sonra ise ölüm oranlarındaki belirgin azalma ile birlikte dünya nüfusu hızla artmaya

devam etmiştir. Mevcut artış hızının projeksiyonu ile 2050 yılında dünya nüfusunun 8.909 milyara ulaşacağı hesaplanmaktadır. Yine projeksiyonlara dayanarak, 2050 yılında nüfusun % 59.1'inin Asya kıtasında, %19.8'inin Afrika'da, %7 sinin ise Avrupa'da yerleşim göstermesi beklenmektedir. Birleşmiş Milletler'in istatistiklerine bakıldığında 2050 yılında Türkiye nüfusunun da 100.664.000 olacağı görülmektedir..

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğum hızının azalması ile, dünya nüfusu bir önceki elli yıla göre daha hızlı yaşlanmıştır. Yaşlı bireylerin sayısı 1998 de 580 milyon iken, 2050 yılında 1.97 milyara ulaşacağı hesaplanmaktadır. **1998 yılında ilk defa yaşlı bireylerin oranı çocukların oranını geçmiştir** (%19.1'e karşın,%18.8). Bilindiği gibi, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun artışı daha fazla olmaktadır; 60 yaş ve üzerindeki nüfusun 1998-2050 yılları arasında 9 kattan daha fazla artacağı düşünülmektedir. Aynı dönemlerde ortanca yaş 37.1 yıldan 47.4 yıla ulaşacaktır. Önümüzdeki yıllarda dünyadaki 600 milyon yaşlı bireyin yaklaşık 2/3'ü gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Bu oran 1960 larda yaklaşık %50 olarak bulunmuştur. İleriki yıllarda yaşlı nüfustaki bu artışın özellikle Asya'da belirgin olacağı ifade edilmektedir. 1998-2020 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerin tüm nüfusunun %95 oranında, yaşlı popülasyonun ise yaklaşık %240 oranında artması öngörülmekte, günümüzde 100/88 olarak bildirilen yaşlı kadınların erkeklere oranının ise gelecekte 100/87 olarak değişeceği beklenmektedir.

YAŞLANMA VE SAĞLIK

Yaşlanma; ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir. Organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür. Moleküler, hücresel yaşlanma, dokuların, organların, bireyin ve nihayet toplumun yaşlanması bazında ele alınabilir.

Yaşlılardaki patolojik değişiklikleri anlayabilmek için yaşlanmanın normal seyrini öğrenmek gerekmektedir. Gerçek biyolojik yaşlanma değişik bireylerde farklı hızlarda olmaktadır; çünkü genetik özellikler, yaşam tarzı, hastalıklar ve kişilerin hastalıklar, travmalar ve stresle fizyolojik başa çıkma yolları çok değişiklikler göstermektedir. Normal yaşlanma sürecinde, zamana bağlı olarak ortaya çıkan değişiklikler, normal koşullar altında işlev kaybına neden olmazlar, ancak organ sistemlerinin rezervlerinde ve homeostatik kontrolde bir azalma söz konusudur ve bu nedenle vücudun çeşitli stres ve değişen koşullara adaptasyonu azalmaktadır.

Yaşlılar daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorun ile yaşamak zorunda kalmakta, çoğu kez birkaç sağlık problemini bir arada göğüslemeye çalışmakta, bütün bunların sonucunda da sağlık merkezlerine daha fazla başvurmakta ve hastanelerde daha uzun süre kalmaktadırlar. Yaşlılarda sadece hastalıkların klinik boyutu ve tedavi yaklaşımları değil, tanısal mantık da değişiklikler göstermektedir. Konunun sosyal, kültürel, yasal, ekonomik ve etik boyutları da göz önüne alınacak olursa ne kadar geniş bir yelpazeye yayıldığı da ortaya çıkacaktır.

Yaşlanmaya bağlı yeti kayıplarının ve hastalıkların tedavi ve rehabilitasyon giderlerinin artması, yaşlılarda görülme sıklığı artan hastalıklara bağlı sorunların yoğunlaşması, yaşlanmanın altında yatan yapısal ve işlevsel mekanizmaların gün geçtikçe daha fazla aydınlanması, yaşlı sağlığı ile ilgilenen bilim dallarına sadece gereksinimin değil, ilginin de artmasına neden olmaktadır. Her tıbbi sorun ve uygulamanın yaşlı ile ilgili önemli ayrıcalıkları vardır ve tıp eğitiminde bunları bilinçli olarak öğretmek ve uygulamak zorunluluğu doğduğunu vurgulamak gerekir. Ayrıca, yaşlıların sağlığının korunmasının ve yaşam kalitesinin artırılmasının da ana tıbbi sorunlar kadar önemli olduğu göz ardı edilmemelidir. Tıbbın hiçbir dalında bu kadar çeşitli konunun ve bilim dalının iç içe girdiği görülmez , dolayısı ile “Toplumun sağlıklı yaşlanması” ve “Yaşlıların sağlık sorunlarına bilimsel ve akılcı çözüm önerilerinin geliştirilmesi” tıpta tüm uzmanlık dallarının katılımını gerektiren konulardır.

Yaşlanan popülasyonun gereksinimleri de değişmektedir. Çalışmalar yaşlı popülasyonun genç popülasyona göre sağlık hizmetlerini daha fazla kullandığını göstermektedir. Kronik hastalıklar ve özürlülükteki dramatik artışlar nedeni ile uzun dönem bakım hizmetlerine (huzurevleri, bakımevleri vb) duyulan gereksinim artmıştır. Yaşlı bireylerin önceki yetilerini geri kazanmaları için uzun bir süreye gereksinim vardır. Amerika Birleşik Devletleri’nde bakım evlerindeki yatak sayısının hastaneleri geçtiği bildirilmektedir. Araştırmalara göre bakımevinde kalan her bireye karşılık toplum içinde 2-3 birey profesyonel olan ya da olmayan bireyler tarafından bakılmaktadır.

Kronik hastalıklar hızla artmaktadır. Üç temel hastalığın (kalp ve damar sistemi hastalıkları, kanser ve inme) tedavisindeki gelişmeler ile, bu hastalıklar tam olarak iyileşme ile sonuçlanmasalar da yaşlı hastaların yaşam süreleri uzamaktadır. Yine bazı hastalıklar (kronik akciğer hastalıkları, Alzheimer, Parkinson, duyu ve görme bozuklukları) bireyin yetisinde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Bunlar yaşlılarda görülen hastalıklardır ve yaşam süresinin uzaması ile gelecekte daha sık görülür olacaklardır. Ayrıca ölüm ile ilgili istatistiklerde yer almayan, fakat önlenemeyen Alzheimer, Parkinson, Osteoporoz ve

Osteoartroz gibi hastalıklar ölüme neden olmasalar da ciddi özür lülü ğe neden olmaktadır. Tüm hastalıklarda amaç işlevlerin iyileştirilmesi veya aynı düzeyde kalmasının sağlanmasıdır. Dolayısı ile yaşlı sağlığı açısından tedavinin amaçları arasında yaşam kalitesinin yüksek tutulması önemli yer tutmaktadır.

Yaşlanma; bazı kaynaklarda yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinde görülen azalma, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalması olarak da tanımlanmaktadır.

Yaşlı hastanın değerlendirilmesi aşamasında bazı temel özellikler yaşlı sağlığı ile ilgilenen klinisyenlerce göz önüne alınmalıdır. İleri yaştaki bir hasta hem akut hem de kronik şekildeki pek çok karmaşık psikososyal ve fiziksel patoloji nedeni ile hastanelere başvurabilir. Yaşlılığın özgül organ, sistem veya hastalık bazında değil, fonksiyonellik bazında ve multidisipliner bir anlayış ile değerlendirilmesi önerilmektedir. Geriatrik değerlendirme yaşlılardaki multipl (çoklu) problemleri kapsayan tanımlayıcı, açıklayıcı ve çözüm üretici bir tarz içinde yapılmalıdır.

Şu bir gerçektir ki; yaşlılarda bildiri mi yapılmamış hastalık sayısı ve oranı çok yüksektir. Altmışbeş yaş üstündeki bireylerin % 90 ında 1, %35 inde 2, %23 ünde 3, %15 inde ise 4 veya daha fazla kronik hastalık bir aradadır. Ayrıca yaşlı hastalarda hastalıklar ile ilgili olarak bilinen ve genç erişkin kişilerde görülen alışılmış belirtiler olmayabilir. Ör: Göğüs ağrısı olmaksızın miyokard infarktüsü (kalp krizi) (% 40), öksürük olmaksızın zatürre (akciğere iltihaplanma), bilinç bulanıklığı ile belirti veren akut karın (sıklıkla nedeni karın içi organlarının acil müdahale gerektiren iltihaplanmasıdır) ve ateşsiz seyreden sepsis (kana mikrop karışması) örnek olarak verilebilir. Ayrıca ne yazık ki; yaşlılar ve yaşlı yakınları çoğu zaman sağlık sorunlarını “yaşlılık” için normal sayarak hekime başvurmayı ihmal etmektedirler.

Yaşlılarda sık rastlanan belirtiler:

Belli bir organ sistemine veya hastalığa ait olmayan bazı yakınmalara ve belirtilere yaşlı hastalarda sık rastlanmaktadır. Bu gruptaki hastaları değerlendirilirken mutlaka göz önüne alınması gereken yakınma ve belirtiler şunlardır:

1-Baş ağrısı: Yaşlılarda birdenbire aniden başlayan baş ağrılarının nedeni sıklıkla intrakranial kitle (kafa içinde tümör) veya temporal arterit (şakak damarlarının iltihaplanması) olabilir. Süre gen ağrılarının ise servikal spondiloza (boyun omurlarının kireçlenmesi) bağlı oksipital (kafatasının arka bölgesi) baş ağrılarının olabileceği de ve bunun daha sık görüldüğü de unutulmamalıdır.

2-Halsizlik: Bu belirtinin akut olarak gelişmesi klinisyene miyokard enfarktüsünü (kalp krizi), serebral trombozisi (beyin damarlarında tıkanma) veya bir infeksiyon hastalığını, kronik olarak gelişmesi ise; aterosklerotik kalp hastalığını (kalp damar hastalığı), anemiyi (kansızlık) , kronik pulmoner hastalıkları (akciğer hastalıkları) , kronik infeksiyonları, tiroid fonksiyon bozukluklarını (guatr benzeri tiroid bezi hastalıkları) , tiazid grubu diüretik (idrar söktürücü) kullanımına bağlı hipopotasemiyi (kanda potasyum düzeyinin normalin altına inmesi) , hipnotik kullanımını (psikiyatride kullanılan ilaçlardan biri) hatırlatmalıdır.

3-İştahsızlık: Depresyon, kronik karaciğer ve böbrek hastalıkları, gastrointestinal (sindirim) sistem hastalıkları yanında tat ve koku duyusundaki kayıplara bağlı yeme isteğinde azalma da olabilir.

4-Vertigo (baş dönmesi) : Sıklıkla vertebral arter yetmezliği (boyundan beyne giden ve beyni besleyen atar damarlardaki sorunlar) , iç kulak hastalıkları, serebellum (beyincik) , beyin sapı lezyonu (omurilik soğanı hastalıkları) veya postural hipotansiyona (aniden pozisyon değiştirerek ayağa kalkma sonucunda ortaya çıkan tansiyon düşmesi) bağlı olarak gelişebilir.

5-Konstipasyon (kabızlık) : Lifli besinlere diyetle az yer verilmesi, abdominal adalelerde (karın bölgesi) kuvvet kaybı ve pelvik tabanda (karın bölgesinin altındaki adaleler) gevşeme nedeniyle ortaya çıkmaktadır.

Herhangi bir hastalık veya belirti nedeni ile hastaneye başvuran yaşlı kişide tedavi edilmesi gereken pekçok sorun olabilir. Dolayısı ile tüm belirtiler tek hastalık ile açıklanmaya çalışılmamalı, herhangi birinin farklı hastalık belirtisi olabileceği göz önüne alınmalıdır.

Hastalıkların erken tanısı açısından bazı taramaların önemi büyüktür.

Yaşlı bireyler için önerilen tarama:

- Serum Lipid ve Kolesterol incelemeleri
- Osteoporoz açısından röntgen filmleri,kemik yoğunluk ölçümleri,kan ve idrar incelemeleri
- Cilt kanseri danışmanlığı
- İşitme kaybına yönelik taramalar
- Hipertansiyon kontrolü
- Pap smear
- Glokom ve vizüel (görme) keskinlik testleri
- Prostat taramaları
- Meme kanserine yönelik taramalar
- Kolon (barsak) kanserine yönelik taramalar

Yaşlılarda acil müdahale gerektiren durumlar:

- Göğüs ağrısı

Nedenleri: Koroner arter hastalığı (kalp damarlarını tutan hastalıklar), Torasik aorta diseksiyonu (göğüsteki ana atardamarın yırtılması), Pulmoner emboli (akciğer damarlarında tıkanma), Pnömotoraks (göğüs boşluğunda hava toplanması), pnömoni (zatürre) , Perikardit (kalp zarı iltihabı), akut kolesistit (safra kesesi iltihabı), peptik ülser, özofajit (yemek borusunda iltihaplanma), herpes zoster (herpes virüsünün göğüs duvarındaki sinirleri tutması), kas ve iskelet sistemine ait patolojiler olabilir.

-Senkop (bilinç kaybı)

Nedenleri: İlaçlar (Diüretikler, hipertansifler, nitratlar, kalsiyum kanal blokerleri, antiaritmikler, antidepresanlar, antipsikotikler, B-blokerler, dijital), Vazovagal senkop (vagus sinirinin uyarılma bozukluğuna bağlı) , Miyokard infarktüsü, Kardiyak Aritmi (kalpte ritm bozukluğu), Nöbetler, Aort stenozu (kalp kapak hastalığı),Hipertrofik kardiyomiyopati (kalp kası hastalığı), pulmoner hipertansiyon (akciğer damar basıncının yükselmesi), Ortostatik hipotansiyon olabilir.

-Gastrointestinal sistem (sindirim sistemi) kanaması

Nedenleri: Üst GIS için: Gastrik (mide) ülser, Duodenal (oniki parmak) ülser,

Özofajit olabilir

Alt GIS için: Divertikülozis (barsak duvarında bozukluk), Vasküler ektazi (damar genişlemesi), Radyasyon proktitisi (radyoterapiye bağlı barsağın alt kısmını tutan iltihab), Kolorektal (barsak) kanser,Kolon polipleri (barsak duvarında çıkıntı) olabilir.

-İnfeksiyonlar

Üriner infeksiyon (idrar yolu iltihabı) , Pnömoni

-Termoregülasyon (vücut ısısını ayarlayan mekanizmalar) bozukluğu

Hipotermi (vücut ısısının azalması) veya Hipertermi (vücut ısısının artması) olabilir.

Yaşlılıkta koruyucu hekimlik

Yaşlılıkta koruyucu hekimliğin temel ilkeleri şunlardır:

-Yalnızlıktan korunma, iş-uğraşı olanaklarının sağlanması

-Fiziksel etkinliklerin, egzersizlerin sürdürülmesi

-Beslenmeye dikkat edilmesi

(Yaşlılar ekonomik nedenlerle,eğitimsizlik nedeni ile, dış sorunlarından dolayı veya mental bozukluklar nedeni ile yeterli beslenemeyebilirler)

-Kazalardan korunma

-Ayak bakımı

-Sigaranın bırakılması

-Aşılama programları

(Pnömonokok, İnfluenza, Virüs)

-Kanser taramaları

-Görme ve işitmenin korunması

-Nöropsikiyatrik işlevler

(Yaşlılarda bir yakınının kaybedilmesi, hastalık nedeniyle evden çıkamama, hastaneye yatırılma bu işlevlerde yitime neden olur)

-Anemi (kansızlık) araştırılması

(Yaşlılarda anemi oranı %2 dir. Gizli kanama odağı, malnutrisyon yani beslenme bozukluğuna veya gizli enfeksiyona bağlı olabilir).

YAŞLANAN KADINA ÖZGÜ SAĞLIK SORUNLARI

Toplumsal cinsiyet analizlerine sağlık perspektifinden bakıldığında yaşlanan kadının sağlığını etkileyen en önemli faktörün; sağlığa ulaşmadaki sınırlamalar ve bu sınırlamalar ile baş edebilme yollarının yetersizliği olduğu görülmektedir. Ayrıca diğer önemli parametreler ise; kadınların farklı sağlık riskleri taşımaları ve gereksinimlerine sağlık hizmetlerinin verdiği cevap olarak ortaya çıkmaktadır. Bu süreçler içinde; kadınların biyolojik özellikleri, sosyoekonomik sınıfları, etnik yapıları ve yaşları da göz önüne alınması gereken diğer faktörlerdir.

Bilindiği gibi, kadınların beklenen yaşam süreleri erkeklerden daha uzundur. Ayrıca kadınlar bazı tıbbi durum yada hastalıklara erkeklere oranla daha fazla yatkınlık göstermekte ve yaşamları boyunca bu nedenlerden dolayı sağlık merkezlerine daha sık başvurumaktadırlar. Erkekler ve kadınlar arasındaki psikolojik ve fizyolojik farklılıkların varlığı da göz önüne alındığında yaşlanmanın kadın sağlığı açısından ayrı bir antite olarak ele alınması ve değerlendirilmesi de doğaldır.

Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler her bireyde farklı tip ve hızda olmakta, heterojen bir özellik arz etmektedir, çünkü yaşlanmayı etkileyen genetik özellikler, çevre, psikolojik durum ve yaşam biçimi gibi birçok faktör bireyden bireye farklılık göstermektedir. Yaşlılarda sık görülen sağlık sorunları İngilizce'deki baş harfleri dikkate alınarak "Yaşlılığın 7 I'sı" olarak adlandırılmıştır:

1-Intellectual failure (Bilişsel yetersizlik),

2-Immobility (Hareketsizlik)

3-Instability (Dengesizlik)

4-Incontinence (İdrar-gaita tutamama)

5-Insomnia (Uykusuzluk)

6-Iatrojenik problems (Tanı veya tedavi girişimlerinden kaynaklanan sorunlar)

7-Involvement of the families (Ailelerin katılımı)

Yaşlanma süreci içinde kadınların en sık karşılaştığı sorunlar; hareket kısıtlamalarına neden olan, osteoartrit (eklem kireçlenmesi) ve osteoporoz (kemik erimesi), kalp ve damar hastalıkları, mental (zihinsel) hastalıklar ve çeşitli kanserlerdir.Vulva kanseri saptanan kadınların yarısından fazlasının 70 yaşın üzerinde olduğu bildirilmektedir.

Menopoz sonrasında ortaya çıkan; vücudun üst yarısında aniden başlayan kızarıklık ve ısı artışı ile karakterize vazomotor belirtiler, uyku bozuklukları ve gece terlemeleri yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen belirtilerdir.Yine menopozu takiben östrojen desteğinin azalması, vajina epitelinin atrofik bir görünümün almasına ve buna bağlı olarak, travma ve infeksiyon riskinin artmasına neden olur.Sık doğumlar ve karın içi basıncının artması gibi durumlar genital organları destekleyen adale ve destek dokunun zayıflamasına ve vajinal prolapsusa neden olabilir.

Osteoartrit ve osteoporoz genetik yatkınlığı olan kadınlarda daha belirgin olmak kaydı ile seyri menopoz sonrasında giderek hızlanan ve kadının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen hareket sistemi hastalıklarıdır.

Osteoartrit, yani eklem kireçlenmesi tedavisinde yük taşıyan eklemler açısından vücut ağırlığının azaltılması, uygun medikal veya fizik tedavi yöntemlerinin uygulanması, eklem içi enjeksiyonlar veya ilerlemiş olgularda ekleme yönelik artroskopik veya açık cerrahi yaklaşımlar söz konusu olabilir.

Osteoporoz, yani kemik erimesi tedavisinde ise, öncelikle diyetle alınan kalsiyum miktarının artırılması, kemiklere yük taşıyan, denge ve kuvveti artıran egzersizler, kalsiyum ve D vitamini desteği, kemik yapımını artıran veya yıkımını azaltan ilaçlar kullanılmalıdır.

Her ne kadar gerçek etkinlikleri bilinmese de bazı kanser tiplerine yönelik tarana testleri geriatric yaş grubunda önem kazanmaktadır. Teorik olarak taramalar belirgin bulgusu olmayan ve sadece bir bölgede yerleşmiş kanserlerin erken tanı ve tedavi şansını artırmakta, risk faktörlerinin kontrol altına alınmasına ve hastanın bilgilendirilmesine olanak sağlamaktadır.Yaşlanan kadında en sık olarak ölüme neden olan kanserler; meme, akciğer ve kalın barsak kanserleridir.Akciğer kanserine yönelik kesin ve uygun bir tarama yöntemi mevcut olmamasına karşın, en etkili teknik arken yaşlarda risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıdır.Bunlar arasında sigara kullanımının veya zararlı maddelere maruz kalınmasının önlenmesi ve bireylerin bilinçlendirilmesi sayılabilir. Tüm meme kanserlerinin yaklaşık yarısı 65 yaş ve üzeri kadınlarda saptanmaktadır. Taramanın meme kanserlerinde ölümü %30 lara

varan oranlarda azalttığı bilinmektedir. Tüm kadınlarda olduğu gibi yaşlı kadınlarda da tarama yöntemleri olarak; sık kendini muayene, yıllık kendini muayene ve mamografi önerilmektedir. Ancak yaşlı kadınlarda kendini muayene yönteminin çok güvenilir olamayabileceği de unutulmamalıdır. Yaşla birlikte kalın barsak kanserlerinde de bir artış söz konusudur. Ancak tarama olarak dışkıda gizli kan araştırılması ve sigmoidoskopinin (kalın barsağın endoskopik yöntemle incelenmesi) yeri tartışmalıdır. 65 yaş üzerindeki kadınlarda rahim ağzı kanseri meme ve kalın barsak kanserlerine oranla daha az görülmektedir. Yumurtalık kanserlerinde kanda kanser belirleyicilerinin düzeyi ve üreme organlarının ultrasonografik olarak incelenmesinin rutin uygulamalardaki yeri tartışmalıdır.

Yaşlılarda en sık rastlanan solunum sistemi hastalığı kronik tıkaçıcı akciğer hastalığıdır. Sigara, hava kirliliği, infeksiyon ve mesleki risk faktörleri nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Yaşlılardaki zatürre tedavisinde erken başlanan uygun ampirik antibiyotik tedavisi, uygun beslenme ve vücudun su gereksiniminin karşılanması önemli yer tutar. Aşıların zamanında yapılması da hastalığa yakalanma ve ölüm oranını azaltacaktır.

Koroner arter hastalığı ve yüksek tansiyona bağlı hastalıklar yaşlılarda sık görülmektedir. Yüksek tansiyon inme ve kalp yetmezliği gibi hastalıklara zemin hazırlaması yönünden önemlidir ve mutlaka tedavi gerektirir.

Yaşlılarda sinir sistemini ilgilendiren en önemli sorunlar demans (ör: Alzheimer) ve inme (felç) lerdir. İnmeler 55 yaştan sonra her on yılda iki kat artmaktadır. 55-64 yaş arasında erkeklerde inme kadınlara göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Bu hastalık kalp hastalıkları ve kansere bağlı ölümlerden sonra üçüncü en sık ölüm nedeni olarak karşımıza çıkmakta, ayrıca yeti kaybı ve yaşam kalitesinin bozulması sonucunda uzun dönem rehabilitasyon gerektiren hastalıkların başında gelmektedir.

Menopoz ve sonrasındaki üreme sağlığı sorunları, yaşlanan kadının zihinsel sağlığı ve yaşlılıkta estetik konularındaki detaylar kitabın ilgili bölümlerinde sunulmuştur.

YAŞLILARDA İLAÇ KULLANIMI

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlılardaki ilaç tüketimi azımsanmayacak boyutlardadır. Oysa uygulanacak olan ilaç tedavisini titizlikle planlamak ve hastayı izlemek gerekmektedir. Çünkü ilaçların vücuttaki etkisini belirleyen farmakokinetik ve farmakodinamik olaylarda yaşlanmaya bağlı olarak bazı değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma ile dokuların ilaca cevabı değişmekte, tedaviye uyum azalmakta, birçok hastalık birarada bulunabilmektedir.

Yaşlılarda ilaç farmakolojisini etkileyebilecek fizyolojik değişiklikler:

İlacın dokular tarafından emilimi, vücut içindeki dağılımı, vücuttaki kullanımı, vücuttan atılımı ve etki etmesi beklenen dokulardaki algılayıcı duyarlılığında ortaya çıkan değişikliklere bağlı olarak; etkisi yaşlılarda farklılıklar arz etmektedir.

İlaç tüketimi açısından göz ardı edilmemesi gereken bir başka nokta da; yaşlılığın derecesinin kronolojik yaştan bağımsız olabileceğidir. Kişilerde bu açıdan genetik varyasyonlara rastlanabilmekte ve çevresel etkenlere de değişik oranlarda maruz kalılabilmektedir. Yaşlılarda en sık yan etki oluşturan ilaç grubu merkezi sinir sistemini baskılayan ilaçlardır, bunları antibiyotikler, analjezikler (ağrı kesiciler), antikoagülanlar (kan sulandıran ilaçlar), antihipertansifler (tansiyon düşüren ilaçlar), bronkodilatatörler (akciğerlerdeki hava yollarını açan ilaçlar), diüretikler (idrar söktürücüler) ve oral hipoglisemik ajanlar (kan şekerini düşürmek amacı ile ağızdan alınan ilaçlar) izlemektedir. İlaç yan etkisi olabileceğini düşündürmesi gereken bulguları ise yaşlılar göz önüne alındığında şöyle sıralayabiliriz; Depresyon, konfüzyon (bilinç bulanıklığı), huzursuzluk, düşme, hafıza kaybı, ekstrapiramidal sistem bulguları (Parkinsonizm, tardiv diskinezi), konstipasyon (kabızlık) ve inkontinans (idrar ve gaita kontrolünün olmaması).

Yaşlılardaki ilaç kullanımına yönelik çalışmalarda reçetesiz olarak kullanılan ilaçların %40-60 mın analjezikler (ağrı kesiciler), laksatifler (kabızlık gidericiler) ve vitaminler olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde huzurevlerinde yapılan araştırmalarda; en sık kullanılan ilaçların kalp damar hastalıkları için kullanılan ilaçlar ve analjezikler olduğu saptanmış, polifarmasi yani çoklu ilaç kullanımı ile ilaç yan etkileri arasında da belirgin ilişki olduğu saptanmıştır.

Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımına zemin hazırlayan faktörler:

- Farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alma
- Reçetelere çok kalem ilaç yazılması
- Doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları
- Hastaların beklentileri
- Tanıdan ziyade yakınma ve belirtilere yönelik olarak ilaç kullanılması
- Eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi
- Kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması
- Çok sayıda reçetesiz ilaç satılması
- Aileden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğilimi

Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri dokuz ana başlık altında ele alınmaktadır:

- 1-İlaç tedavisinin gerekli olup olmadığı irdelenmelidir.

- 2-Halen kullanılan ilaç ve sigara-alkol gibi maddeler bilinmelidir.
- 3-Reçeteye yazılan ilaçların farmakolojik özelliklerinin bilinmesi gerekir.
- 4-Yaşlılarda tedaviye düşük doz ile başlanmalıdır.
- 5-Doz veya ilaç kombinasyonları, ya da ilacı kesme kriterleri dikkatle belirlenmelidir.
- 6-Tedavi mümkün olduğunca basitleştirilmelidir, böylece yaşlı hastanın uyuncu artacaktır.
- 7-Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
- 8-Hastanın gereksinimi olmayan ilaçlar tedaviden çıkarılmalıdır.
- 9-Her ilacın yeni sorunlar yaratabileceği akılda tutulmalıdır.

YAŞLILARDA İLAÇ ARAŞTIRMALARI

İleri yaştaki kişilerde ilaç araştırmaları; gönüllülük oranının az olması, çalışmayı terk etme oranının yüksek olması, yaşlanmayla ortaya çıkan görme ve işitme yetilerindeki kayıplara bağlı olarak aydınlatılmış onam (yapılacak tedavi veya uygulana ile ilgili olarak bilgi verildikten sonra kişinin yazılı rızasını, onayını alma işlemi) alınmasının güçlüğü ve bütün bunlara bağlı olarak daha fazla denek alınması gerektiği için araştırmanın giderlerinde artış olması nedeni ile oldukça zordur. Aydınlatılmış onam; hastanın bilgilendirilmesi, tıbbi karara katılımının sağlanması ve hekimin hasta ile işbirliğine girmesi sürecini kapsar. Bu süreçte yaşlının anlayabilme, kavrayabilme, değerlendirebilme ve seçebilme yetisinin olması, yani akli yeterliliği gösterir yetilerin sağlam olması gerekir ki, Alzheimer ve demans hastalarında bu yetilerin kaybı söz konusudur. Böyle durumlarda yaşlıyı temsil eden kişi, yani vekil tayini gerekir. Potansiyel vekil; eş, çocuk veya hekimdir.

Yaşlı ve demanslı hastalar ile ilgili olarak ilaç araştırmalarında uygulanan aşırı koruyucu önlemlerin, demanslı yaşlı hastaların yararlanma olasılığı olan araştırmaları engellediği yönünde görüşler de mevcuttur.

GERİATRİK REHABİLİTASYON

Beklenen yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlı popülasyonun giderek artması; gerek fiziksel yetilerin kaybı, gerekse bu yaş grubunda görülen kronik ilerleyici hastalıklara bağlı olarak gelişen işlev kayıpları geriatrik rehabilitasyona verilen önemi daha da artırmaktadır. Yaşlı bireylerin kaybettikleri fiziksel yetilerini tekrar kazandırmak, günlük yaşamda bağımsız veya en az bağımlı hale getirmek, fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yaşam kalitesini mümkün olan en üst düzeye çıkarmak rehabilitasyonun ana hedeflerini oluşturmaktadır.

Yaşlılara yönelik rehabilitasyon programlarının hazırlanması aşamasında aşağıdaki noktalar önem kazanmaktadır:

1-Sinir sistemi, kas iskelet sistemi, kalp damar ve dolumun sistemi açısından yaşlının fiziksel durumu ve sahip olduğu işlevsel düzey belirlenmeli ve bireye özgü bir program hazırlanmalıdır.

2-Yaşlı hastanın ve ailenin beklentileri göz önüne alınmalı, gerçekçi hedefler belirlenmelidir.

3-Eşlik eden psikolojik veya psikiyatrik sorunlar rehabilitasyona yanıtı yavaşlatacağından hızla ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır.

4-Egzersiz programları yaşlı hastanın öğrenme potansiyeli göz önüne alınarak mümkün olduğunca basite indirgenmelidir.

5-İlaç tedavileri olabildiğince azaltılmalıdır.

6-Hareketsizlikten kaçınılmalıdır.

7-Hedeflenen düzeye ulaşmanın yavaş olacağı veya bazı yitirilmiş işlevlerin tekrar geri kazanılmayabileceği konusunda yaşlı hasta ve ailesine bilgi verilmelidir.

8-Rehabilitasyon multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğinden, yaşlı sağlığı ile ilgili diğer tüm uzmanlık dallarının rehabilitasyon ekibine katılımı sağlanmalıdır.

9-Rehabilitasyon uzmanı hekim tarafından düzenli aralıklar ile yaşlı hasta değerlendirilmeli, varılan düzey saptanmalı ve tedavi şemasında gerekli değişiklikler veya uyarlamalar yapılmalıdır.

İlerleyen yaş ile birlikte, yaşlı bireylerin bazı fiziksel yetilerini kaybetmeleri, içinde buldukları sosyal konumlarını da değiştirmekte, üretkenliklerinin azalmasına, toplumdan dışlanmalarına, ihmal veya istismara maruz kalmalarına neden olmaktadır. Bu durum kadınlarda, özellikle evlenmemiş veya eşini kaybetmiş kadınlarda daha sık olarak görülmektedir. Bütün bu olumsuzluklar, toplumsal duyarlılığın artırılması, toplumun bu konuda bilinçlenmesi, konuya yönelik eğitim hizmetlerinin artırılması ile mümkün kılınacaktır.

YAŞLANAN KADIN İÇİN KAZALARDAN KORUNMA VE EV GÜVENLİĞİ

Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan işitsel ve görsel algılamadaki bozukluklar, koordinasyon ve dengedeki bozukluklar ve kuvvet azalması; yaşlıların çevresel tehlikelerle karşı karşıya kalmalarını kolaylaştırmaktadır. Ev güvenliği açısından dikkat edilmesi gereken konular şunlardır:

1.Banyo-Tuvalet

-Havalandırma yeterli olmalıdır. Baca çekişi yeterli değilse, zehirlenme riski doğar.

-Elektrikli aletler kullanılmadıkları zaman kapalı tutulmalı, ıslak alanlardan uzakta bulundurulmalıdır. Islaklık elektrik akım geçirgenliğini artırır.

- Acil durumlar için yakında hemen ulaşılabilecek bir telefon bulundurulmalıdır.
- Zemin kaygan olmayan bir malzeme ile kaplanmalıdır.
- Banyoda kullanılan suyun ısısı termostat ile ayarlanmalıdır. Çok sıcak suya maruz kalan yaşlılarda haşlanma ve yanıklar meydana gelebilir.
- Banyo ve tuvalet yanında sağlam tutamaklar olmalı, duş ve küvette kaymayan tabure bulundurulmalıdır.

II. Mutfak

- Mutfakta çalışırken uygun kıyafet kullanılmalıdır. Kol ağzları dar ve kısa olmalı, uzun, sarkan giyecekler kullanılmamalıdır.
- Ocak düğmelerinin AÇIK-KAPALI konumu kolayca fark edilecek şekilde işaretlenmelidir.
- Kullanılan elektrikli araçların kabloları lavaboya veya ocağa yakın olmamalıdır; aksi halde kablolar kolayca hasar görür ve elektrik çarpması riski artar.
- Yeterli aydınlatma sağlanarak tezgah üzerinde yiyeceklerin kesildiği, soyulduğu alan iyi ışıklandırılmalı ve kesilerin oluşması önlenmelidir.
- Ocak veya fırının yanında kolay tutuşabilecek malzemeler bulundurulmamalıdır.
- Yere dökülen sıvılar hemen temizlenmelidir.

III.Merdivenler

- Merdiven başlarında aydınlatma ve açıp kapama düğmesi olmalıdır.
- Merdiven kaplamaları iyi durumda olmalı, kenarları kalkmışsa mutlaka yapıştırılmalıdır.Basamak kenarlarına da kontrast renk veya fosforlu yapış yapıştırılmalıdır.
- Kenarlarda trabzanlar olmalıdır.
- Basamaklar eşit ve uygun genişlikte olmalıdır.
- Merdivenlere eşya konmamalıdır.

IV.Elektrik ile ilgili konular

- Uyumadan önce ısıtıcılar ve elektrikli battaniyeler mutlaka kapatılmalıdır, aksi halde yanık veya elektrik çarpması gibi durumlar meydana gelebilir.
- Elektrik kablolarında aşınma, zedelenme varsa değiştirilmelidir. Hasarlı kablolar yangın riski taşır.
- Elektrik fiş ve prizleri kolayca görülebilecek şekilde ışıklı olmalıdır, acil durumlarda ortamın hemen aydınlatılması kolay sağlanmalıdır.
- Elektrik düğmeleri kolayca açılıp kapatılabilen türden seçilmeli, kolay ulaşılabilir şekilde yerleştirilmelidir.

-Elektrik kabloları takılmaya neden olacak şekilde ortada bırakılmamalıdır.

-Evdeki ısıtıcıların sabit olması, elektrik bağlantılarının uygun yapılmasını sağlar ve çevresinde yanabilecek malzemelerin bulunmasını önler.

-Evde kullanılan sigorta sistemin kapasitesine uygun olarak seçilmeli, tel sarılanlar tehlikeli olduğu için tercih edilmemeli, acil durumlarda hemen atarak devreyi kesecek olanlar kullanılmalıdır.

V.Genel Önlemler

-Sık kullanılan eşyalar kolayca ulaşılabilecek raflarda olmalıdır. Yüksekteki eşyaya ulaşmak için kullanılan merdiven, sandalye v.b. kullanımı düşme riskini artırır.

-Kaçma, kurtulma gerektiren acil durumlarda kapılar içerden kolayca açılabilmesi, önüne çıkışı engelleyecek şekilde eşya konmalıdır.

-Tehlike anında kolayca ev dışına çıkabilmek için;

- 1.Ayakkabıyı kolay giymeyi sağlayan uzun çekecek
- 2.Gereği halinde tutunulabilecek duvar tutamakları, trabzanlar
- 3.Kolay açılan kapı kolları
- 4.Kolay yakılabilen koridor, merdiven lambası
- 5.Antrede bir el fenerinin bulunması gerekir.

VI. İlaç kullanımı ile ilgili pratik öneriler:

-İlaçların kullanımı ile ilgili detaylı bir plan-takvim görülecek bir yere (ör: buzdolabının kapısı) asılmalıdır.

-Her ilaç kendi kutusunda tutulmalı, birbiri ile karıştırılmamalıdır.

-Doktor önerisi dışında ilaç kullanılmamalıdır. İlaçların halen var olan hastalıklar ile veya halen kullanılmakta olan diğer ilaçlar ile etkileşime girebileceği unutulmamalıdır.

-Şifalı bitkiler vb. kullanılacak ise yine ilaçlar ile veya başka hastalıklar ile olumsuz bir etkileşimin söz konusu olacağı akılda tutulmalıdır.

VII. Evin Isısı ve Havalanması

-Pencereler gerektiği zaman kolayca açılabilmesi; kapalı ortam kirliliğinden kaçınılmalıdır.

-Evde çabuk buharlaşan uçucu maddeler bulundurulmamalıdır. Parlayıcı, patlayıcı madde depolanmamalıdır.

-Etkin ısıtma sağlanmalıdır; yaşlılar ani ısı değişikliklerinden olumsuz etkilenirler.

-Kesinlikle yatakta sigara içilmemelidir. Sigara içimi engellenemiyorsa derin kül tablaları kullanılmalı ve içine biraz su konmalıdır.

VIII.Zemin

-Zemine kayabilecek parça halı, kilim vb. konmamalıdır.

- Halıların kenarı düşmeye neden olacak şekilde kalkık, kıvrık olmamalıdır.
- Yerde oyuncak, paten, bilye vb. malzemeler olmamalıdır, yaşlılar görme sorunu nedeniyle kolayca basıp düşebilirler.
- Koridorlarda çarpıp düşmeye neden olacak kutu-koli vb. bulundurulmamalıdır.
- Takılmaya neden olan eşikler kaldırılmalıdır veya halı ile kaplanmalıdır.

IX.Günlük Aktiviteler

- Sirtınızı rahatça dayayıp oturabileceğiniz ev eşyası alınız.
 - Gece baş ucunuza kolayca erişip açabileceğiniz, iyi aydınlatan bir lamba koyunuz.
 - Telefonunuzu hemen ulaşabileceğiniz yerlere yerleştiriniz.
 - Birkaç dakikadan fazla ayakta durarak iş yapmanız gerekiyorsa; ayağınızın birini bir basamağa koyunuz ve sonra ayak değiştiriniz.
 - Ağır yük kaldıracaksanız kollarınızı vücudunuza yakın tutup bel kemiğinizi koruyarak yükü alınız ve dizlerinizi bükerek yere bırakınız.
 - Ayakkabı ve çorap giyerken eğilmede zorlanıyorsanız ayağınızı bir tabureye koyup bel-sırt eğrilerinizi bozmadan ayakkabıyı bağlayınız.
 - Öksürürken, hapşırırken elinizle belinizi destekleyiniz, aniden öne doğru eğilmeyiniz.
 - Yatağa yatıp kalkarken önce oturunuz, yan tarafınızın üzerine uzanınız ve her iki ayağı aynı zamanda yukarı yatağa çekiniz,daha sonra dönerek sırt üstü uzanınız. Kalkarken nefes alınız, bir tarafınıza dönünüz, bir elinizi kullanarak gövdenizi kaldırınız, bacaklarınızı yatağın kenarından sarkıtınız. Ayağa hemen kalkmayınız, bir süre yatağın kenarında oturunuz.
- Bilinçli fakat basit önlemler ile ev içinde karşılaşılabilecek kazaların önlenmesi mümkün olacaktır.

GERİATRİ VE ETİK

Klinisyenlerce göz ardı edilmemesi gereken temel konulardan biri de etik kavramıdır. Etik boyut; klinik koşullarda o anda ne yapılması gerektiği ve tıbbi tercihle ilgili olarak hastaya yardım edilmesi konusunda pratikteki kararlardır. Tıbbın insan bedenine müdahalesinin amacı yaşamın sürdürülmesine hizmet edilmesidir. Herhangi bir karar aşamasında da bunun hasta ile birlikte ortak olarak alınmış bir karar olması gerekir ki; o zaman da gündeme “**aydınlatılmış onam**” konusu gelir. Amaç bilgilendirdikten sonra hastadan gerekli girişim için onay alınmasıdır, çünkü kişinin bedensel bütünlüğü yasa ve etik değerler veya kurullarca korunmuştur. Yaşlı hastanın kendisine anlatılan bilgiyi anlaması ve karar vermesi aşamasında hekime büyük sorumluluk düşmektedir.

İnsan yaşamı uzadıkça sağlık harcamaları artmakta, yaşlılar tüketici bir nitelik kazanmakta, üretime katkı payları azalmaktadır. Operasyon, diyaliz ve organ nakli gibi konularda genellikle genç hastalar yaşlılardan daha şanslıdır, oysa hasta biyolojik bir canlı değildir ve “**İnsan olmanın getirdiği bir saygınlığı vardır**”.

Etik açıdan Hipokratik bir gelenek olan; Yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri yanında çağdaş dünyanın getirisi olan; hasta özerkliğine saygı ve adalet ilkelerini göz önünde bulundurmak gerekir.

Özerklik; bireyin özgür ve herhangi bir dış baskı altında kalmadan, bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme akli yeterliliği içerisindedir. Yaşlılık döneminde Alzheimer, Demans gibi, akli yeterliliği gösterir yetilerin sağlam olmaması halinde yaşlıyı temsil eden kişinin (vekil) tayini gerekir. Potansiyel vekiller; eş, çocukları veya hekimdir. Klinisyenlerin göz önünde bulundurması gereken önemli bir nokta şudur: Hasta tercihi ile vekil tercihleri arasında ciddi farklılıklar olabilir ! Tıbbi vasiyetin büyük önemi vardır. Yeterlilik kaybı önceden görülebilmeli, vekil tayini ihmal edilmemelidir.

Yaşam destek sistemleri ile ilgili olarak; DNR- Do Not Resuscitate (Yaşama döndürme işlemlerinin yapılmaması), diyalizin kesilmesi veya suni beslenmenin-sıvı desteğinin sonlandırılması aşamalarındaki kararlar son derece kritik kararlardır.

Hasta ile yakınları arasındaki çıkar çatışmasında; hekim hastadan yana tavır almalıdır.

YAŞLI SAĞLIĞININ SOSYAL BOYUTU

1999 yılı dünya sağlık Örgütü tarafından “**Uluslararası Yaşlılar Yılı**” olarak belirlendi. Yaşlıların ailelerine ve topluma katkıda bulunmayan insanlar olarak algılanmalarının yanlış olduğu vurgulanarak aktif ve üretken bir yaşlılık sürecinin önemi üzerinde duruldu. Ailesel, sosyal ve çevresel faktörleri kapsayan doğru bir yaşam tarzı yanında sosyal eşitsizlik ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik politikalar da yaşlılık sürecinin en iyi şekilde yaşanabilmesine destek olacaktır.

Pek çok platformda gündeme getirilen 1982 “**World Assembly on Ageing**” raporundaki önemli noktaları tekrar anımsatmakta yarar vardır; yaşlılar fiziksel ve mental olarak kötüye kullanılmamalı, toplumun sosyal, eğitsel ve kültürel kaynaklarını kullanabilmeli, yaşlı birey potansiyelini geliştirme şansına sahip olabilmeli, nerde yaşarsa yaşasın temel özgürlük ve insan haklarına sahip olmalı, hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabilmeli, olabildiğince uzun süre kendi ortamında yaşayabilmeli, yeterli gelire sahip olmalı, güvenli bir çevrede yaşayabilmeli, kapasite ve ilgi

alanına göre hizmet verebilmeli, iş gücüne katılabilmeli, bilgi ve deneyimlerini genç kuşaklara aktarabilmek için kendi ile ilgili politikaların saptanmasında aktif rol alabilmelidir.

2000 li yıllarda ailesel ve sosyal destek sistemleri tam olarak geliştirilemeden yaşlı nüfusta belirgin bir artış olmuştur. ABD de tek başına yaşayan ve yakınları ile bir telefon görüşmesi bile yapmayan yaşlı oranının %20 olduğu ifade edilmektedir.

Yaşlı nüfusun her türlü gereksinimlerinin karşılanabilmesi için gereken toplum kaynaklarının ivedilikle artırılması elzemdir, çünkü yaşlılar göz ardı edilemeyecek bir oy potansiyelinin oluşturduğu ciddi bir baskı unsuru haline gelmektedir.

2002 yılındaki “**Uluslararası Yaşlanma Asamblesi**” tarafından yayınlanan “**Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı**” nın amacı; “**Her yerde insanların güvenli ve saygın şekilde yaşlanmalarını ve toplumlarında bütün haklara sahip birer vatandaş olarak yaşamaya devam etmelerini garanti etmek**” şeklinde ifade edilmektedir.

Üretken yaşlılığın yolu sağlıklı yaşlanmadan geçer, oysa Dünya Sağlık Örgütü’nün 1998 Sağlık Raporundaki verilere göre Türkiye’de her yüz kişiden 38’i 50 yaşına varmadan ölmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık güvencesine kavuşabilme, mevcut sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, yataklı ve temel koruyucu sağlık hizmetlerinin tatmin edici bir düzeye ulaşması doğal olarak hem yaşam süresini uzatacak, hem de yaşam kalitesini arttıracaktır. Dolayısı ile hekimlerin yaşlanan nüfusun gereksinimlerini en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim almaları ve deneyim kazanmaları gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki; her yaşlı birey toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına ve hakkına sahip olmalıdır. Bu anlamda tüm uzmanlık dallarındaki hekimler son derece önemli bir misyon yüklenmektedirler.

Toynbee’nin ifade ettiği gibi “**toplumun kalite ve dayanıklılığı yaşlı vatandaşlarına gösterilen özen ve saygı ile ölçülür**”.

UZUN YAŞAMAK ÜZERİNE

Ünlü piyanist Eubie Blake, 100. doğum gününde “Bu kadar uzun yaşayacağımı bilseydim, kendime daha çok dikkat ederdim” demiştir.

İnsanın kendine fiziksel, duygusal, sosyal, ruhsal ve ekonomik açıdan daha iyi bakabilmeye çalışması, emeklilik döneminde yaşamını yeniden düzene sokması, bu aşamada önüne çıkan olanakları değerlendirmesi ve yaşamının son dekatlarını heyecanlı bir hale getirmesi; **yaşamına yıllar katarken yıllara da yaşam katması** temel hareket noktaları olmalıdır.

Yüzyıllar öncesinden gelen “uzun yaşamın sırları” şunlardır:

-Çevreniz ile yakın ve canlı bir ilişki sürdürünüz,

- Yeni tecrübelerle karşı açık fikirli olunuz,
- Kişisel bilgilerinizi artırmak için istekli olunuz,
- Başkalarına karşı ilgili olunuz,
- El, zihin ve diğer becerilerinizi sürekli kullanarak koruyunuz,
- Yaratıcı düşüncelerinizi geliştirmeye çalışınız,

Günümüzde bunlara ilave edilmesi gereken öneriler ise şu şekilde sıralanabilir:

- Beklenen yaşam süresi uzamaktadır; çok uzun yaşayacağınızı farz ediniz,
- İleri yaşlarınız en güzel yıllarınız olabilir, planlar yapınız,
- Kendinizi iyi hissetmenizi sağlayacak hobiler, uğraşlar bulunuz,
- Aileniz, dostlarınız ve arkadaşlarınızla ilişkide kalınız, yaşamı paylaşınız,
- Fiziksel olarak aktif olmaya çalışınız,
- Bilinçli besleniniz; sebze, meyve, süt ürünleri ve tahıl tüketmeyi ,su içmeyi ihmal etmeyiniz,
- Kötü alışkanlıkları; sigarayı, alkölü bırakınız,
- Yaşama olumlu, yapıcı ve esprili bir gözle bakmaya çalışınız,
- Başarılı ve üretken kalabilmek için önce “sağlık” ilkesini benimseyiniz,sağlık kontrollerinizi ihmal etmeyiniz,
- Kazalardan korunmak için bir işi yapmanın en güvenli yolunu araştırınız,
- Yapabileceklerinizi belirleyiniz, kendinizi zorlamayınız,
- Sizde oluşabilecek değişiklikleri öngörünüz ve plan yapınız,
- Evinizin düzenlenmesinde, alış verişlerinizde öncelikle kendi konforunuzu düşününüz,
- Mali durumunuzu gözden geçiriniz, gerekirse yardım isteyiniz,
- Her şeyi tek başına yaşamaya çalışmayınız,
- Koşullar değişebilir, uyum sağlamaya çalışınız,
- Başkalarına yardımcı olabileceğiniz pek çok konu, size gereksinimi olan pek çok insan var, bunun bilincinde olunuz,
- Dışarıda koskoca bir dünya var, farkında olunuz,
- Yaşlanma doğal ve evrensel bir süreçtir kabul ediniz ve lütfen Thomas Dekker’in sözlerine kulak veriniz; **“Yaş da sevgi gibidir; saklanamaz”**.

KAYNAKLAR:

1-Aslan Ş,Gökçe-Kutsal Y:Yaşlılarda özürllülüğün değerlendirimine yönelik çok merkezli çalışma raporu,Türk Tabipleri Birliği yayınları (No:003/2000).Ankara, 2000.

- 2-Arslan Ş,Gökçe-Kutsal Y:Geriatrı ve Etik.In:Yaşama dair etik bir bakış.Ankara Tabıp Odası yayınları, Ankara, 2002,s:112-132.
- 3-Arslan Ş,Atalay A,Gökçe-Kutsal Y:Drug use in older people.J Am Geriatr Soc 2002; 50:1163-1168.
- 4-Geriatrı, Modern Tıp Seminerleri Serisi No: 30,Gökçe Kutsal Y (Ed) Güneş Tıp Kitabevi, Ankara,2004.
- 5-Gökçe Kutsal Y :Osteoporoz.In: Gökşin E, Durukan T, Gürđan T,Kişnişci H,Ayhan A, Önderoğlı L, Üstay K (Eds): Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 1996,s:1352-1365.
- 6-Gökçe Kutsal Y: Osteoporoz. In: Gökçe Kutsal Y,Çakmakçı M, Ünal S (Eds). Geriatrı, Cilt 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1997, s:396-413.
- 7-Gökçe Kutsal Y (Ed): Analjezik ve Antiinflamatuvar İlaçların Akılcı Kullanımı, Ankara Tabıp Odası yayını, Ankara, 1998.
- 8-Gökçe- Kutsal Y (Ed) :Osteoporoz, Sinangil Matbaası, İstanbul, 1998,s:81-103.
- 9-Gökçe Kutsal Y: Osteoporoz, In: Beyazova M, Gökçe Kutsal M (Eds): Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Cilt 2, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2000,s: 1872-1893.
- 10-Gökçe Kutsal Y:Neden Geriatrı. Geriatrı 2000 Sempozyum Kitabı, Ankara Tabıp Odası yayınları, Ankara,2000,s:39-41.
- 11-Gökçe-Kutsal Y,Aydın E,Güç O,Güler Ç:Geriatrı.Hacettepe Tıp Dergisi 2000;31 (1): 40-58.
- 12-Gökçe-Kutsal Y:Yaşlılarda analjezik ve antiinflamatuvar ilaçların akılcı kullanımı. In:Gökçe-Kutsal (Ed) Geriatrı 2002,Turgut Yayıncılık, İstanbul, 2002,s:173-179.
- 13-Gökçe Kutsal Y: Osteoporoz ve Siz (5. Baskı), İstanbul,2003.
- 14-Gökçe Kutsal Y: Osteoartrit ve Siz, İstanbul, 2003.
- 15- Gökçe Kutsal Y: Yaşlanan Dünya, Yaşlanan Toplum, Yaşlanan İnsan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni ,2003;24(3-4):1-6 .
- 16-Gökçe Kutsal Y,Bal S: Yaşlılık ve Kadın Sağlığı, Akın A (Ed):Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın, HÜKSAM Yayını,Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2003, s:191-208.
- 17-İnanıcı F,Gökçe-Kutsal Y: Geriatrı.In: İliçin G,Biberoğlu K,Süleymanlar G,Ünal S (Eds) İç hastalıkları,Cilt 1, Güneş Kitabevi, 2003,s:215-236.
- 18-Koçoğlu GO, Bilir N:Yaşlanma 2002,Uluslararası Eylem Planı, H.Ü.GEBAM Yayınları,Ankara 2002.

- 19-Sağlıklı ve Başarılı Yaşlanma Sempozyum Kitabı, GEBAM Yayını,Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2004.
- 20-Sağlıklı Yaşlanma, Mayo Clinic (Çeviri Ed: Gökçe Kutsal Y), Güneş Kitabevi, Ankara, 2004.
- 21-Sağlıklı Yaşlanma, Geriatri Derneği Yayını, 2. Baskı, Öncü Matbaası, Ankara, 2005.
- 22-The Geriatric Patient ,In:Swartz MH (Ed) Textbook of Physical Diagnosis,WB Saunders Comp, 2002,s:733-746.
- 23-Yaşlılık Gerçeği-H.Ü.GEBAM Araştırma Raporu,GEBAM Yayını,Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara 2004.

İLERİ YAŞ ve KADIN SAĞLIĞI

Prof. Dr. Lütfü S. Önderoğlu*, Dr. Özgür Özyüncü**

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Doğum Kadın Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı

İleri yaş grubundaki kadın sayısı, başta gelişmiş ülkelerde olmak üzere artmaktadır. Örneğin ABD’de bu oran %30’dur[1]. Menopoz insanlığın başından beri varolan bir durum olmasına rağmen medikal ve psikolojik açıdan son zamanlarda incelenmeye başlanmıştır.

Menopoz, folliküler fonksiyonların kaybı nedeniyle azalan östrojen üretimine bağlı olarak adetlerin 1 yıldan daha uzun süre kesilmesi demektir. Perimenopozal dönem ise adetlerin kesilmesinden öncesini de içeren, adetlerin kesilmesi ve sonraki yılları kapsayan bir dönemdir. Bu döneme genelde menopozal geçiş denilir ve klinik olarak oldukça belirgindir. Postmenopoz (menopoz sonrası) dönemde ise belirgin bir şekilde artan ve bir kısmı östrojen eksikliğine bağlı klinik bulgular içeren dönemidir.

Perimenopozal Dönemin Evreleri

Perimenopoz, menopozun öncesini ve sonrasını içeren bir bölüm olup genelde 40’lı yaşlardan itibaren azalan folliküler aktiviteyle başlar ve adetlerin kesilmesinden bir yıl sonrasına kadar devam eder. Süresi değişken olmakla beraber 7-8 yıl sürdüğü kabul edilir[2]. Perimenopoz ve evreleri şekil 1’de gösterilmiştir.

Menopozal geçiş dönemi over (yumurtalık) fonksiyonlarının azalmasına bağlı olarak belirgin somatik semptomlar içerir. Bu dönemde somatik değişikliklerin bir kısmı strese bağlıdır ve tam bir ayırım yapılamayabilir. Dolayısıyla bu dönemde hasta tedavi edilirken her iki neden de göz ardı edilmemelidir.

Bazı kadınlarda menstrüel düzensizlikler en çok gözlenen bulgudur[3]. Bu düzensiz kanamalar genelde hormonal dalgalanmalara bağlıdır ve medikal olarak tedavi edilebilir ya da bilinçli olarak takip edilebilir. Bu bulgu uterusu bağlı problemlerde de sık olarak gözleendiğinden ayırıcı tanısı mutlak bir şekilde yapılmalıdır.

Yumurtalık fonksiyonlarının kaybı ile beraber adetlerin kesilmesi doğal bir olaydır ve yaşlanmanın bir sürecidir. Menopoz yaşı kalıtsal olarak belirlidir ve ortalaması 51’dir[4]. Irk

veya diyet farklılıkları bunu değiştirmez ancak sigara kullanan, nullipar ve histerektomize kadınlarda menopoz daha erken başlayabilir[5].

Geleneksel olarak menopozun tanısı retrospektif olarak menstruasyonun kesilmesi ile konulur. Menopozun tanısı için gerekli kriterler amenore, hipoöstrojenemi belirtileri ve artan serum folikül stimüle edici hormon (FSH, >40 IU/mL) seviyeleridir. Sıcak basması gibi subjektif belirtiler ve semptomlar menopoza yaklaştıkça iyice artar.

Postmenopozal dönem, kadın genel yaşam süresine bakıldığında hayatın üçte birinden daha fazlasını kapsamakta olup bu dönemde kadın, östrojen eksikliğini de içeren birçok medikal sorunla karşı karşıya kalabilmektedir.

Şekil 1: Perimenopozal dönem ve evreleri

Evreler	Son Menstruel period							
	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2
Terminoloji	Reproduktif			Menopozal Geçiş		Postmenopoz		
	Erken	Tepe	Geç	Erken	Geç	Erken	Geç	
Evrenin Süresi	Değişken			Değişken		a	b	Ölüme kadar
						1 yr	4 yıl	
Menstruel Siklus	Düzenli veya Değişken		Düzenli		Siklus uzunluğu değişken (normalden >7 gün)	2 siklusun kaçması ve amenore dönemi (>60 gün)	Hiçbiri	
							Amen x 12 mos	
Endokrin	normal FSH		↑ FSH		↑ FSH		↑ FSH	

Perimenopozal Dönemde Gözlenen Hormonal Değişiklikler

Menopozal geçiş döneminde östrojen düzeyleri göreceli olarak sabit kalsa da over foliküllerinde FSH'ya karşı direnç yavaşça artar. Bu dönemde ovulasyon gittikçe azalır ve dolayısıyla progesteron üretimi de azalır. Menopozal dönemde ise over tarafından üretilen östrojen, progesteron ve androjenler üzerinde belirgin değişiklikler olur.

Postmenopozal dönemde overden üretilen östrojen düzeyleri oldukça az olsa da kanda ölçülebilir düzeyde östrojen bulunmaya devam etmektedir[6]. Menopoz öncesi östrojen düzeyleri 50-300 pg/ml iken menopoz sonrasında bu düzey 100pg/ml civarında ölçülebilir.

Bunun nedeni periferal dokuların adrenal ve ovaryan androjenleri aromatzasyona tabi tutmasıdır.

Androstenedion esas olarak adrenal bez ile overden salgılanır ve kas ile yağ dokuları tarafından aromatzasyon sonucu östrojene dönüştürülür. Ovulasyonun olmaması nedeniyle siklik progesteron üretimi de durur ve menopoz sonrası kadınlarda progesteron sentezi azalır. Bu nedenle obez kadınlarda artmış miktarda progesteron ile karşılanmamış östrojen bulunur ve bu nedenle obez hastalarda endometriyal kanser riski artmıştır. Yine meme dokusu gonadal hormonlara oldukça hassas olmasından dolayı bu karşılanmamış östrojen etkisinin postmenopozal hastalarda meme kanseri riskini arttıracığı ileri sürülmektedir[7].

Over tarafından salgılanan diğer bir steroid ise androjendir. Menopozdan önce kadının vücudundaki androstenedionun yarısı ve testosteronun %25'i overler tarafından salgılanır. Menopoz sonrası kadında androjen miktarı esas olarak ovaryan sentezin azalması ve ayrıca adrenal üretiminde azalması ile azalır[8].

Menopoza Bağlı Olarak Sık Görülen Problemler

Hastaların menopozla ilgili endişeleri

Menopozda olan birçok hormonal değişiklikler ve yaşlanma duygusunun getirdiği stress kadın hayatını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu hastalarla ilgilenen hekimlerin menopozal kadınlarda olabilecek psikolojik stresi gözardı etmemeleri ve etkileri hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir.

Kadının, fertilitte fonksiyonlarının kaybına yönelik endişeleri değişkenlik gösterir ve birçok sosyal faktörlere bağlıdır. Bazı toplumlarda kadın için üreme çok önemlidir ve böyle toplumlarda menopozla giren bireylerde bu doğal süreç kadında yoğun stres nedeni olabilir[9].

Menopoz yaşlanma sürecinin bir bulgusu olması nedeniyle yine bu dönemde ki kadınlarda bu süreçle beraber yaşlılığın başlaması endişesi bir stres faktörüdür. Bu durum bazı kadınlarda büyük sorun getirirken her kadın için bunun bir sorun olmayabileceğini unutmamak gereklidir.

Yaşlanmanın bir sonucu olarak ve özellikle menopoz sonrasında kadınlarda hızlanan cilt değişiklikleri birçok kadın için büyük bir sorundur. Eldeki veriler östrojenin cilt üzerindeki etkisini kanıtlamakta ve uygun hormon replasman tedavisinin cilt kalınlığını

arttırılabileceğini göstermektedir[10]. Bu etkinin nedeni tam olarak bilinmemektedir fakat östrojenin kollajende olan yaşa bağlı değişimleri hem önlediği hemde koruduğu düşünülmektedir.

Menopoz, Davranış ve Duygudurumda olan değişiklikler

Depresyon, kadınlarda ve yaşlı insanlarda sık olarak gözlenen bir durumdur. Menopozla depresyon arasında bir ilişki olduğuna inanılsa da yapılan çalışmalarda depresyonun hormonal faktörlerle ilişkisi gösterilememiştir[11]. Bu nedenle menopozda depresyonun nedeninin kişisel, sosyal ve hayat tarzında olan değişikliklere bağlı olarak ortaya çıktığına inanılmaktadır.

Çoğu kadınlar perimenopozal dönemde anksiyete ve irritabilitenin arttığını belirtmektedir. Bu nedenle bu semptomlar klimakterik sendrom denilen bir durumun belirtileri sayılmaktadır[12]. Bu belirtiler vazomotor semptomlara ve uyku düzensizliklerine bağlı olarak ortaya çıkabilir. Anksiyete ve irritabilitenin, menopozla ve dolayısıyla östrojen eksikliğine bağlı olarak ortaya çıktığına yönelik yaygın bir inanış vardır fakat yapılan çalışmalarda bu durum gösterilememiştir[2].

Menopozdaki birçok kadın libidoda ve cinsel doyumda azalmadan şikayetçidir. Seksüel aktivite sayısı genel olarak menopoz sonrası sabit kalsa da bazı değişiklikler cinsel doyumda olan bu azalmanın nedeni olabilir. Vajinal kuruluk hormon replasman tedavisi almayan postmenopozal hastaların üçte birinde gözlenen sık bir durumdur. Vajinal atrofi ve kuruluk ilişki sırasında ağrıya ve cinsel hazda azalmaya neden olabilir[13]. Androjenlerin kadınlarda libido'ya etkisi ise tartışmalı bir konudur.

Anormal Kanama

Menstruel düzensizlikler perimenopozal kadınların hemen hemen yarısında gözlenen bir bulgudur. Menstruel kanamalar düzensiz, ağır veya uzamış olabilir ve genelde anovulasyona bağlıdır. Anovulasyon en sık olan neden olsa da perimenopozal hastalarda anormal kanama durumunda gebelik her zaman düşünülmelidir.

Perimenopozal dönemde ve özellikle postmenopozal dönemde anormal vajinal kanama varlığında endometrial kanser mutlaka düşünülmelidir. Postmenopozal hastalarda endometriyal kanser riski yılda %0.1 iken postmenopozal kanaması olan kadınlarda bu risk % 10'dur[14]. Ayrıca endometriyal kanser için öncü lezyonlardan olan atipik endometriyal

hiperplazi gibi patolojiler perimenopozal dönemde daha sık olarak gözlenmektedir. Bu nedenle erken tanı için postmenopozal kanaması olan tüm kadınlarda endometriyal değerlendirme yapılmalıdır[2].

Değerlendirme;

Önceden tanısız yöntemler günümüzdeki kadar çeşitli olmaması nedeniyle postmenopozal kanaması olan her hastaya körleme endometriyal biyopsi yapılırdı. Günümüzde ise yeni teknolojik gelişmeler ışığında artık tanısız modaliteler artmıştır fakat yinede postmenopozal kanamanın nedenini belirlemek için histolojik değerlendirme önemini korumaktadır.

Günümüzde endometriyal kanamanın değerlendirilmesinde ultrasonografi ilk yapılan tetkikler arasındadır. Özellikle postmenopozal hastalarda transvajinal ultrasonografinin değeri premenopozal hastalardaki yerinden daha değerlidir. Transvajinal ultrasonografiye eklenen salin infüzyonu ile (hidrosonografi) ile transvajinal ultrasonun etkinliği artmakta ve ayrıca endometriyal biyopsi yapılacağı zaman en uygun yöntemi seçmeye yardımcı olmaktadır.

Transvajinal ultrasonografide endometriyal kalınlık için sınır 5mm kabul edildiğinde hastaları endometriyal kanser için yüksek ve düşük riskli gruplara ayırmak mümkündür[15]. Postmenopozal kanaması olan yaklaşık 6000 kadının alındığı bir metaanaliz sonuçlarında endometriyal kalınlığın transvajinal ultrason ile ölçümünde ≥ 5 mm sınır kabul edilirse endometriyal kanser ve endometriyal patoloji olgularını belirlemede hassasiyeti %96 ve %92, yanlış pozitif oranları ise %39 ve %19 olarak belirlenmiştir. < 5 mm sınırının negatif prediktif değeri de oldukça yüksektir[16]. Yine yapılan bir metaanalizde bu sınırın HRT alan ve almayan kadınlar için değişiklik göstermediği görülmüştür. HRT kullanan hastalarda ≥ 5 mm sınırının endometriyal patolojileri belirlemede sensitivitesi %91 fakat yanlış-pozitif oranları daha yüksek(%23) olarak belirlenmiştir[17].

Endometriyal kalınlığın < 5 mm ölçüldüğü olgularda ekspektan bir tedavi mi yoksa endometriyal biyopsinin yapılması mı gerektiği tartışmalı bir konudur. < 5 mm endometriyumda endometriyal kanser gelişme riski oldukça düşüktür (%0.1-1)[17]. Endometriyal biyopsi yapılmadığı zaman ise endometriyal kanser olgularının %4'ü kaçırılmış olur[17]. Yapılan bir randomize[18] ve bir prospektif araştırma[19] sonuçlarında, < 5 mm endometriyal kalınlığı olan kadınların ultrason ile takip edilebileceği, tekrar kanama veya kalınlığın ≥ 5 mm olması durumunda endometriyal biyopsinin yapılabileceği önerilmiştir.

<5mm endometriyal kalınlık olan postmenopozal kanaması olan hastalarda servikal neoplazilerin olabileceği unutulmamalıdır.

Endometriyal patolojilerin çoğunda lezyon fokal olarak gelişir ve fokal lezyonların güvenilir bir şekilde tedavisi histeroskopi ile mümkündür. Bu nedenle endometriyal kalınlık ≥ 5 mm olan hastalarda hidrosonografi ile fokal lezyonların varlığı güvenilir bir şekilde belirlenebilir. Hidrosonografinin fokal lezyonları belirlemede hassasiyeti %93-100 ve yanlış-pozitif oranı %6-15'dir[20].

Ofis endometriyal biyopsinin etkinliği dilatasyon ve küretaj ile aynıdır ve üstelik daha ekonomiktir[21]. Ameliyathane koşullarında ve genel anestezi altında yapılacak olan dilatasyon ve küretaj anormal endometriyal patoloji varlığında veya servikal stenoz gibi ayaktan yapılamayacak durumlarda uygulanmalıdır[2]. Küretaja histeroskopinin eklenmesi fokal intrauterin lezyonların değerlendirilmesinde ki etkinliği arttırmış olup hekime lezyonu görebilmesi ve yönlendirilmiş biyopsi yapabilme imkanını sağlamıştır.

Menopoz ve Jinekolojik Kanserler

Endometriyal Kanserler

Endometriyal karsinom ABD'de en sık gözlenen jinekoloji kanserdir ve meme, akciğer ve kolon kanserinden sonra 4. en sık kanserdir. Kadınların ortalama %2-3'ü hayatı boyunca endometriyal kanser geliştirir[22].

Endometriyal kanser esas olarak postmenopozal dönemin kanseridir ve artan yaşla beraber daha tehlikeli olur. Östrojenin endometriyal kanser gelişimindeki yeri gösterilmiştir ve karşılanmamış östrojenin endometriyum kanserine neden olduğu bilinmektedir.

Epidemiyoloji

Endometriyum kanserinin iki patogenetik tipi vardır[23]; en sık olarak gözlenen formu perimenopozal hastalarda ve karşılanmamış endojen veya ekzojen östrojene maruz kalan kadınlarda gözlenir. Bu hastalarda kanser hiperplastik bir lezyon zemininde başlar. Östrojene bağımlı olan bu tip genelde iyi diferansiyedir ve sonuçlar daha iyidir. Diğer tip endometriyal karsinoma ise hiperplastik veya östrojen maruziyeti altında oluşmaz ve atrofik endometriyum zemininde ortaya çıkar. Östrojenden bağımsız olan bu kanserler genelde postmenopozal, zayıf

ve ileri yaşlı kadınlarda gözlenir. Tümör genelde daha az diferansiyedir ve prognoz daha kötüdür.

Endometriyum kanserlerinde belirgin bazı risk faktörleri vardır. Bu faktörlerin çoğu uzamış ve karşılanmamış östrojen stimulasyonu ile ilgilidir[24]. Bu risk faktörleri ve relatif riskleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 1: Endometriyum kanseri için risk faktörleri

<i>Risk faktörleri</i>	<i>Relatif risk</i>
Nulliparite	2-3
Geç menopoz	2.4
Obesite	3-10
Diabet	2.8
Karşılanmamış östrojen tedavisi	4-8
Tamoksifen tedavisi	2-3
Atipik endometriyal hiperplazi	8-29

Östrojen tedavisi endometriyal karsinoma için bir risk faktörüdür. Postmenopozal dönemde karşılanmamış östrojen tedavisi alan kadınlarda risk 4-6 kat artmaktadır ve risk artışı doz ve kullanım süresinin artmasıyla orantılıdır[24]. Bu risk artışı östrojen tedavisine progesteron eklenmesiyle azalacaktır. Postmenopozal uterin kanaması olan hastaların %5-10'unda endometriyal hiperplazi gözlenmektedir ve endometriyal hiperplazisi olan kadınların genel olarak %10'unda endometriyal karsinom gözlenmektedir.

Endometriyal Hiperplazi

Endometriyal hiperplazi değişik derecelerde morfolojik ve histolojik özellikler gösteren ve endometriyal bezlerin ve stromanın abartılı fizyolojik durumundan karsinoma in situ'ya kadar değişik yapısal özelliklerini barındıran bir durumdur. Klinik olarak gözlenen hiperplaziler genelde östrojen stimulasyonu altındaki proliferatif endometriyumda olur. Yapısal olarak hiperplaziler basit veya kompleks olarak gözlenir. Yapısal olarak bezlerde ve stromada kompleks görünüm sergileyen hiperplazilere kompleks hiperplazi denirken beraberinde histolojik bazı kriterlerin ve atipinin bulunması ile atipik hiperplazi adını alır. Son yapılan klasifikasyonlarda endometriyal hiperplazilerin yapısal özellikleri ve doğal gidişi ön planda tutulmuştur[25]. Bu klasifikasyon ve karsinoma gelişme oranları tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Endometriyum hiperplazi tipleri ve karsinoma riski

<i>Hiperplazi tipi</i>	<i>Kanser progresyonu(%)</i>
Basit (atipi yok, kistik)	1
Kompleks (adenomatöz, atipi yok)	3
Atipik	
Basit (kistik ve atipili)	8
Kompleks (adenomatöz, atipi yok)	29

Endometriyal hiperplazinin kanser progresyonu atipi derecesi ile orantılıdır. Progestin tedavisi atipisiz hiperplazilerde etkili bir tedavi yöntemi iken atipili hiperplazilerde rezistans gözlemlenebilir.

Hormon Replasman Tedavisi ve Endometriyum Kanseri

Endometriyum kanseri riskinin, sadece östrojen replasman tedavisi kullanmış olan kadınlarda 2.8 kat arttığı gözlenmiştir[24]. ERT kullanan kadınlarda kullanım süresi arttıkça endometriyum kanseri riskide artmaktadır. Kullanım süresi 1, 4, 8 ve 12 yıl kullanıldığında relatif risk sırasıyla 1.7, 3.4, 5.4 ve 7.1 olarak hesaplanmıştır[26]. ERT kesildikten sonra endometriyum kanseri riaki azalmaktadır fakat risk 12 yıl sonra bile hiç kullanmayanlara göre 1.9 kat fazla olabilir[26]. Endometriyum kanseri riski kullanılan östrojenin tipine göre değişiklik göstermemektedir. Kullanmayanlara göre karşılaştırıldığında konjuge östrojenlerin kullanılmasıyla risk 2.6 kat ve diğer östrojenlerin kullanılmasıyla risk 3 kat artmaktadır ve aradaki fark anlamlı değildir[26]. ERT kullanımı ile ortaya çıkan kanserlerde ölüm riski bundan bağımsız olarak çıkan kanserler göre daha azdır çünkü östrojene bağımlı olarak ortaya çıkan kanserlerde evre ve grade daha düşük bulunmuştur[26]. Hormon replasman tedavilerinde östrojen ile beraber progesteron kullanılması endometriyum kanseri riskini sadece östrojen kullananlara göre azaltmıştır. Burada önemli olan progesteronun miktarıdır. Siklus içinde 10 günden daha az siklik kullanımında risk halen yüksek iken sürekli progesteron kullanımında risk kullanmayanları riskinden daha düşük olmaya başlar[26].

Over Kanseri

Epidemiyoloji

Tüm jinekolojik kanserler içerisinde over kanserleri tedavisi en zor olan kanserler içindedir. Epiteyal kanserler over kanserleri içinde en sık gözlenen kanserlerdir ve hastalık ileri evre oluncaya kadar bulgu vermemesinden dolayı tanı geç dönemde konulur.

Over kanserlerinin %90'nı epitelyal over kanserleridir. İnvazif epitelyal over kanserleri için risk 20 yaşından sonra başlar ve 80 yaşına kadar devam eder. İnsidansın en yüksek olduğu yaşlar 56-60 arasındır [27]. Erken yaşlarda ortaya çıkan ovaryan kanserler genelde epitelyal olmayan ovaryan neoplazilerdir. Postmenopozal ovaryan neoplazilerin yaklaşık %30 malign iken premenopozal kadınlarda bu oran sadece %7'dir.

Etiyoloji

Over kanserinin düşük parite ve infertilite ile ilgisi vardır. Over kanserinin gelişiminde etkisi olan talk kullanımı, galaktoz tüketimi veya tüp ligasyonu gibi birçok faktör ileri sürülse de hiçbirinin kanser ile ilişkisi parite ve infertilite ile ilişkisi kadar kuvvetli değildir[27]. Erken menarş ve geç menopoz risk faktörüdür. Teorik olarak yüzey epiteli siklik olarak yaralanma ve iyileşmeye maruz kalır ve bu sikluslar sırasında malign transformasyon gözlenenbilir[27]. Dolayısıyla ovulasyonun supresyonunun kanser gelişimini azaltabileceği düşünülmüştür.

Parite arttıkça over kanseri gelişimi azalmaktadır. Her gebelik genel over kanseri riskini 0.3-0.4 azaltmaktadır. Oral kontraseptif kullanımı ise kanser gelişme riskini yine azaltmaktadır. 5 yıl oral kontraseptif kullanımının relatif riski 0.5 azalttığı gösterilmiştir[27]. İki çocuk sahibi olan ve 5 yıl oral kontraseptif kullanmış olan kadınlarda risk %70 azalmaktadır. Dolayısıyla bu gün için oral kontraseptif over kanseri için tek kemoprevensiyon yöntemidir.

Yaşam boyu over kanseri riski yaklaşık %1.4'dür. Epitelyal over kanserlerinin çoğu sporadiktir ve ailevi geçiş gösteren kanserler %10'dan daha azdır[27]. BRCA-1 ve BRCA-2 gen mutasyonları sonucu oluşan ve ailevi geçiş gösteren kanserler daha erken yaşlarda ortaya çıkar. Mutasyonlar otozomal dominant geçişli olur ve ailesinde mutasyon varlığı durumunda over kanseri için yüksek riskli kabul edilmeli ve profilaktik ooforektomi düşünülmelidir[27].

Bulgu ve Belirtiler

Epitelyal over kanserleri genelde belirti vermez ve verdikleri zaman genelde belirgin değildir. Bazen tek bulgu fizik muayene sırasında pelvik kitle olabilir. Bu nedenle hastaların büyük bir kısmı başvurduğunda hastalığın evresi ileri olarak bulunur.

Tanıdan genelde labaratuvar ve görüntüleme yöntemleri yardımıyla şüphelenilir ve son tanı histolojik incelemeyle konulur. Çok yüksek CA₁₂₅ düzeyleri ile beraber kompleks

yapıda adneksiyel kitlenin bulunması durumunda pozitif prediktif değer yaklaşık %96'dır. Premenopozal hastalarda bu rakam geçerli değildir. Genelde tanı için laparotomi gereklidir ve histolojik olarak tanı kesinleştirilir.

Over kanseri ve hormon replasman tedavisi

Over kanseri ve HRT arasındaki ilişki belirgin değildir. 12 vaka kontrol çalışmasının metaanalizinde HRT kullanan kadınlarda relatif risk 0.0-1.1 olarak bulunmuştur[28]. 1470 kadını içeren avrupa kaynaklı 4 çalışmanın metaanalizinde ise relatif risk 1.71 olarak bulunmuş ve kullanım suresi ile zayıf bir ilişki olduğu gözlenmiştir[29]. ABD'de 10 yıldan daha fazla sure ERT kullanan 211.580 postmenopozal kadının incelendiği başka bir çalışmada ise ovaryan kanser mortalitesinin 1.59-2.22 oranında arttırdığı gözlenmiştir[30]. Replasman tedavisine progesteronun eklenmesinin risk üzerine etkisi ise halen belirgin değildir. Sonuç olarak hormon tedavisinin epitelyal over kanseri üzerine etkisi belirgin değildir ve relatif risk genel olarak 1 civarında olmaktadır. Eldeki veriler ışığında eğer bir risk artışı varsa bunun sadece östrojen içeren rejimlerde olduğu gözlenmektedir. Bunun nedeninin kombine preparatların tek başına östrojene göre apoptozu yaklaşık 20 kat arttırdığı olabilir[31].

Serviks Kanseri

Etkin tarama yöntemleri sayesinde serviks kanserlerinin sıklığı azalmaktadır. Servikal kanserler önlenebilir kanserler arasındadır nk uzun bir preinvazif dönemleri vardır. Serviks kanserlerinin ortalama görülme yaşı 52.2'dir ve ilk olarak 35-39 yaşlarında ve daha sonra 60-64 yaşlarında olan bimodal yaş dağılımına sahiptir[22].

Serviks kanseri için risk faktörleri; ilk coitusun erken yaşta olması, çok sayıda seksüel partnerin olması, sigara kullanımı, ırk, yüksek parite ve düşük sosyoekonomik düzeydir. Oral kontraseptif kullanımının serviks kanserini arttırdığına yönelik iddialar kanıtlanamamıştır.

Günümüzde etyolojide en çok sorumlu tutulan ajan HPV enfeksiyonudur. Serviks kanseri vakalarının yaklaşık %99'unda HPV enfeksiyonu gözlenmiştir[32]. Neredeyse 80'den fazla HPV tipi vardır fakat yüksek riskli gruptan tip 16 ve 18 servikal karsinomaların % 62'sinde gözlenir.

Serviks kanserlerinde en sık olarak gözlenen belirti vajinal kanamadır. Postcoital, intermenstruel veya postmenopozal kanama gözlenebilir. İleri evrelerde ise kötü kokulu akıntı veya kilo kaybı gibi belirgin olmayan bulgular gözlenebilir.

Servikal kanserlerin tansında biyopsi altın standarttır. Kitle varlığında alınan biyopsinin sonuçlarına göre tedavi planlanır. Servikal kanserin evrelemesi kliniklidir ve erken evrelerde tedavi cerrahi, ileri evrelerde ise radyoterapi tercih edilir.

Olguların %90'ında epidermoid karsinomlar gözlenir. Bunların dışında adenokanserler, adenoskuamoz karsinom, mezenkimal tümörler ve metastatik tümörler gözlenebilir. Temel yayılım yolları lenfatik ve komşuluk yayılımıdır.

Prognoz erken evrelerde oldukça iyidir. Evre I olgularda 5 yıllık sürvi %86.3 iken evre IV'de bu oran %14'e kadar düşmektedir.

Vulva Kanseri

Vulva kanserleri kadın genital sistemi kanserlerinin %3-4'ünü oluşturur. %90'ı skuamoz epitel kanserleridir fakat melanoma, bazal hücreli karsinoma ve adenokarsinoma gözlenebilir. İn situ kanserlerin sıklığı son zamanlarda artmış olsada invazif kanserlerin sıklığı sabit seyretmektedir[33].

Vulva kanserlerinin etyolojisi multifaktöriyeldir. Histopatolojik ve çevresel faktörlerler sonucunda vulvanın skuamoz hücreli karsinomunun iki çeşit kliniği vardır;

- Bazaloid tip: multifokal olmaya eğilimli ve özellikle genç hastalarda gözlenir. Sigara kullanımı, vulvar intraepitelyal neoplaziler ve HPV enfeksiyonları ile ilişkilidir.
- Keratinize tip: yaşlı hastalarda unifokal olma eğilimindedir. HPV enfeksiyonu ile ilişkili değildir ve lichen sklerosus veya epitel hiperplazisinin yakın bölgelerinde gözlenir.

Erken evre vulvar intraepitelyal neoplazilerin invazif kansere dönüşme oranı oldukça düşüktür. VIN potansiyel prekanseröz lezyon olarak kabul edilmelidir.

Klinik Özellikler

Vulvanın skuamoz hücreli kanseri esas olarak postmenopozal dönemin bir hastalığıdır. Tanı sırasında ortalama yaş 65'dir fakat vakaların %15'i 40 yaşından önce gözlenebilir. Altta yatan ve uzun süredir devam eden lichen sclerosus, skuamoz hiperplazi veya VIN gibi intraepitelyal lezyonlar gözlenebilir. Vulva kanseri olgularının %27 kadarında özellikle servikste ikinci

primer bir tümör olabilir. Bu nedenle vulva kanser olan olgularda kolposkopi ile tüm vajen ve serviks değerlendirilmelidir[33].

Genelde hastalar asemptomatiktir fakat en sık gözlenen semptomlar kaşıntı, şişlik veya kitledir. Daha nadir olarak ülsere lezyon, akıntı, ağrı veya dizüri gözlenebilir. Vulvar lezyonlar en sık labia majora ve minora'da gözlenir.

Tanı

Tanı için genelde gereken lokal anestezi altında şüpheli lezyonun rezeksiyonu ve histolojik incelenmesidir. Lezyon 1cm'den büyük değilse eksizyonel biyopsi tercih edilmelidir.

Tedavi ve Prognoz

Vulva kanserlerinde temel tedavi modalitesi cerrahidir. Vulva kanseri direkt komşuluk, hematojen ve lenfatik yolla yayılabilir. Bu nedenle lezyonun kendisi ve olası tüm yayılım alanları çıkartılmalıdır. Erken evrelerde prognoz oldukça iyidir. En önemli prognostik faktörler lenf nod tutulumu ve lezyonun büyüklüğüdür.

Menopoz ve Osteoporoz

Osteoporoz kemiğin mikro yapısındaki bozukluk ve buna bağlı olarak artan fragilitedir[34]. ABD'de postmenopozal kadınların %13-18'inde osteoporoz ve buna ek olarak %37-50'sinde osteopeni gözlenmektedir. Osteoporozla ilgili olarak morbidite ve mortaliteyi arttıran faktörler femur boynu kırıkları ve vertebra kırıklarıdır. Osteoporoz menopozun genel olarak önlenilebilen bir sorunudur.

Tanımlar

Dünya sağlık teşkilatı risk altındaki grubu standart olarak tarayabilmek amacıyla osteoporozu ve osteopeniyi uzun kemiklerin dansite ölçümlerine göre belirlemiştir. Bu tanımlar özellikle lumbar vertebra ve femur boynunun dual energy X-ray absorpsiometry (DXA) ölçümleri ile elde edilen T skorlarına göre yapılır[34]. Buna göre osteoporoz ve osteopeni Tablo 3 'de verilmiştir.

Tablo 3: WHO kriterlerine göre osteoporoz tanı kriterleri

<i>Klasifikasyon</i>	<i>T-skoru</i>
Normal	≥ -1
Osteopeni	-1, -2.5
Osteoporoz	≤ -2.5

Patofizyoloji

Kemik sürekli olarak yıkılan ve yenilenen bir dokudur. Yenilenme döngüsü 4 fazdan oluşur; 1) dinlenme, 2) rezorpsiyon, 3) reversal ve 4) resorpsiyon. Her bir döngünün tamamlanması birkaç ay alabilir. Tip I kollajen kemik mineral matriksin %90'ını oluşturur. Protein matriks gerilme gücünü oluşturken mineral matriks ise kompresyon gücünü oluşturur.

Kemik vücutta trabeküler ve kortikal olmak üzere iki tiptir;. Kortikal kemik tüm kemiklerin dış yüzeyini oluşturur ve total kemik kitlesinin %75'dir. Trabeküler kemik ise süngerimsi bir yapıdır ve kortikal kemiğin içi kısmını oluşturur. Trabeküler kemik total kemik kitlesinin %25'ini oluşturur ve süngerimsi yapısı nedeniyle kemik hacminin çoğunluğunu oluşturur. Trabeküler kemiğin yüzey alanı daha fazla olduğundan kemik döngüsü daha fazla olur ve erken kemik kaybından etkilenir. Trabeküler kemik özellikle vertebra, kalça ve uzun kemiklerin uç kısmında oluşur.

Kemik yapımı ve yıkımı bir denge içerisindeydir. Tepe kemik kitlesine ortalama 30'lu yaşlarda ulaşılır ve her yıl ortalama %0.4 oranda kemik kaybı başlar. Menopozdan sonra kadınlar özellikle ilk yıllarda kortikal kemiğin %2'sini ve trabeküler kemiğin ise %5'ini kaybetmeye başlar. Menopozun ilk yıllarında kemik kaybı artan osteoklast aktivitesi ile beraberken daha sonra azalan osteoblast aktivitesi gözlenir[34].

Kemik Kaybını Etkileyen Faktörler

Kemik kütlesi birçok faktörden etkilenebilir. Bu faktörlerden bazıları değiştirilebilir iken (sigara kullanımı vs) bazıları ise değiştirilemez (aile hikayesi). Bir kadının kemik kitlesini etkileyen en önemli faktör genettir. Genel olarak ağır kaldırma egzersilerinin kemik kütlesini arttırıcı etkisi vardır. Bu egzersizler kemik kaybını tam olarak engellemese de rezorpsiyon oranını azaltır[35].

Bazı medikal hastalıklar (hipertiroidi, cushing vs) kemik yıkımını arttırabilir. Postmenopozal hastalarda osteoporoz risk faktörleri Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4: Postmenopozal hastalarda osteoporotik kırıklar için risk faktörleri

-
- | | |
|------------------|---------------------------|
| ○ Kırık hikayesi | ○ Düşük ağırlık ve BMI |
| ○ Aile hikayesi | ○ Östrojen eksikliği |
| ○ Beyaz ırk | ○ Düşük kalsiyum alımı |
| ○ Demans | ○ Alkolizm |
| ○ Kötü beslenme | ○ Yetersiz fizik aktivite |
-

Osteoporoz İçin Tarama

Osteoporoz için tarama kadının risk faktörlerine göre belirlenir ve sonuçlar tedavi veya yönetimi değiştirmeyecekse endike değildir. Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Cemiyetinin (ACOG) önerilerine göre kemik dansite ölçümleri postmenopozal hastalarda 65 yaşından sonra başlanmalıdır. Bir veya daha fazla risk faktörü olan postmenopozal hastalarda tarama 65 yaşından önce başlanabilir. Kemik mineral dansite ölçümü kırık olan tüm postmenopozal kadınlarda gerekmektedir[34].

Eğer yeni risk faktörleri yoksa taramanın 2 yıldan daha sık aralarla yapılmasının bir anlamı yoktur. İleri yaşta ve osteoporotik kırığı olan hastalarda tedavi kemik dansitesine bakılmadan başlanabilir. Yine de tedavinin etkinliğini takip için bazal kemik dansite ölçümü faydalı olabilir.

Osteoporoz için Progestin ve Östrojen

WHI çalışması sonularında hormon tedavisi alan hastalarda kalça ve vertebra kırıklarında belirgin bir azalma gözlenmiştir [36]. Konjuge östrojen ve progestin içeren formülasyonların klinik vertebra kırıklarını %34 ve genel olarak kırık oranlarını %24 azalttığı gözlenmiştir[36]. Bununla beraber iki yıllık bir çalışmanın ön sonuçlarında düşük doz konjuge östrojen ve progestin içeren formüllerin de kırık riskini azalttığı gözlenmiştir[37]. Tedaviye başlamak için optimal zamanlama veya optimal süre belirlenmemiştir fakat ideal olan menopoza başladıktan sonra ilk 5-10 yıl içerisinde kullanılmalıdır. Hormon tedavisi kesildikten sonra takip daha önce anlatılan kriterlere göre olmalıdır[34]. Hormon tedavisinin uzun süre kullanımının getirdiği riskler osteoporoz için hormon kullanımında göz önünde bulundurulmalıdır.

Osteoporoz tedavisine başlama zamanı

Kemik dansitesinde 1 standart sapma durumunda kemik mineral dansitesinde %10-12'lik bir azalmaya ve kırık riskinde yaklaşık 2 kat artışa neden olmaktadır. Genel olarak tedaviye başlama için kabul edilen sınır T skor değerleri risk faktörleri varlığında -1.5, risk faktörleri yokluğunda ise -2'dir[34]. Fakat bu değerleri T skoru <-2.5 olarak kabul edenlerde vardır. Osteoporoz tedavisinde kullanılacak ilk ilaçlar bifosfonatlar ve selektif östrojen reseptör modülatörleridir.

Menopoz ve Üriner Sistem Problemleri

Ürogenital sistemde olan değişiklikler vazomotor semptomlarla beraber klimaterik dönemde en sık olarak gözlenen değişikliklerdir. Vajen karakteristik rugalarını kaybeder ve mukoza ince, parlak ve transluse hale gelir. Vajinal pH'da olan değişiklikler nedeniyle laktobasiller azalır ve patojenler için uygun bir ortam oluşur. Bu değişiklikler en çok vajen ve müllerian sistemde ortaya çıksa da mesane ve proksimal üretrada progesteron ve östrojen reseptörleri bulunur ve benzer değişiklikler burada da gözlenir.

Menopozla beraber üriner sistemde de bazı semptomlar ortaya çıkabilir. Bunlar rekürren idrar yolu enfeksiyonları, urgensi (birden idrar yapma isteğinin gelmesi), dizüri, idrar frekansında artma, stres inkontinans ve urge inkontinans (birden idrar yapma isteğiyle beraber idrar kaçırmaya) olabilir.

Üriner İnkontinans Tanımı

Uluslararası kontinans topluluğu (International Continence Society - ICS) yaptığı tanıma göre üriner inkontinans objektif olarak gösterilebilen, sosyal veya hijyenik olarak problem olan istem dışı idrar kaçırmaya olayıdır[38]. Üriner inkontinans nedeniyle değerlendirilen hasta, üriner inkontinans semptomunu hafif veya ciddi olarak algılayabilir. Hastanın semptomunu algılama, semptom dolayısıyla rahatsız olma derecesi son derece önemlidir.

Stres İnkontinansın Epidemiyolojisi

Üriner inkontinansın prevalansı, belli bir zaman aralığında ve belirli bir grupta inkontinans oluşma olasılığıdır. Üriner inkontinans prevalansı 15-60 yaş grubunda %10-25 arasında bulunmuştur[39]. Elving ve ark 30-59 yaşları arasında gelişigüzel seçilen hastalarda yaptığı çalışmada, kadınların %26'sının erişkin hayatında üriner inkontinans yaşadığını ve %14'ünde bunun sosyal ve hijyenik bir problem yarattığını belirtmiştir[40].

Bakımevlerine yatırılmayan 60 yaşının üzerindeki hastalarda üriner inkontinans prevalansı değişkendir. Bu çalışmalarda ortaya çıkan prevalansların farklılığı üriner inkontinans tanımının çalışmalar arasındaki farklılığıdır. İnkontinansın bazı zaman aralıklarında örneğin son bir hafta içinde, ayda iki veya daha fazla[39], son 12 ay içinde[41] veya herhangi bir zamanda olup olmaması[42] şeklinde araştırılmıştır. Bazı çalışmalarda ise ICS'nin tanımladığı gibi "sosyal veya hijyenik bir problem....." şeklinde araştırılarak inkontinansın ağırlığı esas alınarak araştırılmıştır[43]. Bazı çalışmalarda ise idrar kaçırmının derecesi belirtilmiş ve "majör inkontinans" çamaşırın veya inkontinans pedlerinin ıslanmasına neden olacak idrar kaçırmaya olarak tariflenmiştir[44]. Bu şekilde inkontinansın derecesi tanımlanarak yapılan çalışmalarda daha düşük prevalanslar bulunmuş ve çalışmalar arasındaki sonuç farklılıkları daha az olarak gözlenmiştir. Bu tür çalışmalarda toplumda inkontinans prevalansları kadınlarda %6 [41, 44] ile %25 [43] arasında bulunmuştur. Bazı kuruluşlarda yapılan çalışmalarda ise inkontinansın belirgin bazı risk faktörlerinin(akut hastalıklar, inme, fiziksel veya bilişsel gerileme) daha çok izlenmesinden dolayı daha yüksek bulunmuştur. Prevalanslar arasındaki farklılıkların diğer nedenleri ise çalışma dizaynları arasındaki farklılıklar, sosyal ve kişisel faktörler(eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, vs.), çalışma yapılan toplumların karakterleri arasındaki farklılıklar(yaş, cinsiyet), fiziksel ve kognitif bozukluklardır.

Prevalansı belirlemek için birçok çalışma yapılmıştır fakat üriner inkontinansın insidansının ve remisyon oranının belirlenmesi için yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. ABD'de Yaşlanmanın medikal, epidemiyolojik ve sosyal yönleri çalışması (Medical Epidemiologic and Social Aspects of Aging, MESA) 60 yaşının üzerindeki kadınlarda yıllık insidansın %20 olduğunu belirlemişlerdir [45]. Bu kadınlarda mikst tip üriner inkontinans %55.3 ile en sık olarak gözlenen form olmuştur. Stres üriner inkontinans %26.7 ve urge inkontinans ise %9.1 izlenmiştir[45].

Üriner İnkontinansın Sınıflandırılması

Kontinansın sağlanması için işlevli bir sinir sistemi, detrusor kası ve üretral sfinkter gerekmektedir. Ayrıca kontinansın sağlanması için kişinin fiziksel ve bilişsel fonksiyonları yeterli olmalıdır. Üriner inkontinans birçok risk faktörü olan multifaktöriyel bir hastalıktır.

İdrar kaçırmının tipine göre ve/veya disfonksiyonun intrinsik (içsel) (alt üriner sistem bozukluklarına bağlı) veya ekstrinsik nedenlere (dışsal) (mesane fonksiyonunu etkileyen dış sebepler, örn. bozulmuş üretral mobilite) bağlı olup olmamasına göre bazı sınıflama sistemleri

yapılmıştır.[38, 46] Üriner inkontinansın altta yatan patolojilerine göre sınıflandırılması ve yaklaşık oranları Tablo 5’de gösterilmektedir. Üriner inkontinans tiplerinin kısaca anlatılması faydalı olacaktır. Burada özellikle urge ve stres inkontinans üzerinde durulacaktır.

Tablo 1: Üriner inkontinansın altta yatan patolojilere göre sınıflandırılması ve yaklaşık oranları[47].

1- Üretral sfinkterik yetmezlik	%30-40
a- Anatomik stress inkontinans	>%98
I- Anatomik destek yetersizliği (Tip I ve II ASI)	>%95
II- İntrinsik sfinkterik yetmezlik (Tip III)	<%2
b- İstemsiz üretral sfinkter relaksasyonu	%20-30
2- Mesane instabilitesi	< %3
a. Detrusor hiperrefleksisi	>%97
b. Detrusor instabilitesi	%25-35
3- Miks tip inkontinans	<%1
4- Taşma inkontinans	<%2
5- By-pass inkontinans	<3
6- Fonksiyonel inkontinans	<1
7- Psikojenik inkontinans	

Urge İnkontinans

Urge inkontinans birden oluşan şiddetli idrar yapma isteği (urgency) ile beraber idrarın kaçırılması olayıdır. Urge inkontinansda idrarın gelmesi çok anidir ve genelde tuvalete yetişecek kadar zaman yoktur. Bu semptomu ek olarak genelde sık tuvalete gitme (frekans, günde >8 defa idrara gitme), nokturi ve noktürnal enüresis olabilir. Fakat bunlar diğer tip inkontinanslarla beraber de izlenebilir.

Urge inkontinans genelde ürodinamik olarak gösterilebilen iki değişik disfonksiyon sonucu oluşur; yüksek detrusor fonksiyonu (motor urgency) ve hipersensitivite (sensoryal urgency). Artmış idrar yapma sonrası rezidü idrar miktarı (post-voiding residual urine, PVR) ve azalmış mesane kapasitesi izlenebilir. İdrar yolu enfeksiyonu, mesane taşları, karsinoma veya ekstrinsik bası bu semptomu yol açabilir. Motor urge inkontinansın en sık nedeni “idiopatik”tir, yani belirgin bir neden izlenmemektedir. Eğer nörolojik bir neden (multiple sclerosis, spinal kord yaralanması vs...) urge inkontinansa neden oluyorsa o zaman “detrusor hiperrefleksisi” adını alır[47].

Genel olarak urge inkontinans alışkanlık olarak sık idrara çıkan, mesane kapasitesi küçük olan kişilerde gözlenmektedir. Birçok psikolojik faktörler urge inkontinansın patofizyolojisi içinde yer alır[48].

Stress İnkontinans

Stress inkontinans zayıflayan pelvik taban kasları ile ve/veya sfinkter patolojisine bağlı olarak artan intraabdominal basınçla beraber idrar kaçırma olayıdır. Pelvik taban kaslarının zayıflamasına bağlı olarak normal retropubik konumda olmayan üretra nedeniyle intraabdominal basınç tam olarak mesane boynuna iletilemez ve idrar kaçağı olur. Stress inkontinans ayrıca intrinsik sfinkter mekanizmasının direkt olarak hasarı veya pelvik kaslarda hasara yol açan nörolojik hastalıklardan dolayı (Kauda equina lezyonları, meningomyelose, sakral kord lezyonları) olabilir. Bu konu ileriki bölümlerde daha detaylı bir şekilde anlatılacaktır.

Overflow (Taşma) İnkontinansı

Taşma inkontinansında çıkım obstruksiyonu veya mesanenin kontraktilesinin bozulmasına bağlı olarak idrar yapılamaz. Beraberinde %45-85 oranında urge inkontinans veya urgency bulunur[47]. Genelde erkeklerde prostat veya prostat cerrahisine bağlı olarak ortaya çıkar. Kadınlarda ise daha nadir olarak ortaya çıkar ve genelde geçirilmiş inkontinans cerrahisine bağlı olarak ortaya çıkan obstruksiyona bağlıdır.

Devamlı inkontinans

Total inkontinans olarakta bilinir ve idrar kaçağı farkedilmez. Etyolojide üretraya yapılan çok sayıda operasyonlar sonucu gelişen periüretral fibrozis, pelvik radyoterapi sonucu mesanede fibrozis gelişimi ve kompliansı azalmış mesane, alt motor nöron hastalığı, üretero vajinal, vezikovajinal ve üretro vajinal fistüller ve ektopik ureter bulunur. Tedavi ise nedene yöneliktir. Periüretral fibrozis nedeniyle üretral yetmezlik gelişmişse sling operasyonları, periüretral enjeksiyonlar ve artifisyel üriner sfinkter düşünülmektedir.

Mikst inkontinans

Urge inkontinans ve stress inkontinans'ın beraber görüldüğü durumlarda konulan tanıdır.

Fonksiyonel inkontinans

Üriner inkontinans tarifliyen bir grup hastada yapılan ürodinamik çalışmalar ve sistoüretroskopi dahil olmak üzere yapılan araştırmalarda mesane ve üretra normal olarak

gözenmiştir. Üriner inkontinansa dolaylı olarak neden olan bu hasta grubunda alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı gibi nedenler bulunur.

Üriner Kontinans Mekanizmasının Anatomisi

Stres kontinans kontrol sistemi anatomik olarak 2 bölüme ayrılabilir; üretral destek sistemi ve sfinkterik kapanma sistemi[49].

Üretral destek sistemi

Üretral destek sistemi üretranın üzerinde bulunduğu doku ve bu dokuya destek olan tüm yapılardan oluşur[50]. Bu destek dokusu içerisinde anterior vajen, endopelvik fasya, arcus tendineus fascia pelvis ve levator ani kasları vardır. Üretral destek sisteminin normal fonksiyonu için levator kaslarının kontraksiyonu gereklidir. Öksürme sırasında refleks olarak levator kasının kontraksiyonu ile subüretral fasya gerilecek ve üretral kapanma sağlanacaktır. Ayrıca bu şekilde bağ dokusu gereksiz stresten korunacaktır. Yaşlı kadınlar üzerinde üzerinde yapılan çalışmalarda, levator kasının bu fonksiyonu gerçekleştirecek güce erişmesi için gereken sürenin %35 oranında azaldığı ve maksimum kuvvetinde %35 azaldığı gözlenmiştir [51]. Ayrıca levator kaslarının bu fonksiyonu ırka ve yaşa bağlı değişiklikler göstermektedir.

Sfinkterik Kapanma Sistemi

Üretranın sfinkterik kapanma sistemi normal olarak üretral çizgili kaslar, üretral düz kaslar ve submukozal vasküler elemanlar tarafından sağlanmaktadır[52]. Her birinin istirahat halinde üretral kapanma basıncına eşit olarak etki ettikleri düşünülmektedir.

Üretra lümeni belirgin submukozal vasküler pleksus ile çevrilidir. Bunun mukozal yüzeylerin koaptasyonunu sağlayarak kontinansa yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bu tabakanın dışında iç longitudinal ve bunun etrafında da dış sirküler düz kas tabakası vardır. Bu düz kas tabakası üretranın üst 4/5'inde bulunmaktadır. Sirküler dış tabaka ile etrafında yer alan çizgili kas tabakanın konstriksiyonu ile üretra kapanmaktadır. İç longitudinal tabakanın mekanik rolü ise halen bilinmemektedir. Bu tabakanın konstriksiyonu ile üretranın açılmasının ve dolayısıyla işemenin sağlandığı düşünülmektedir[53].

Stres inkontinans sadece üretral destek dokusunda var olan defektlerden dolayı değil üretral destek dokusu ile üretral sfinkterik mekanizmanın problemlerinden dolayı meydana gelmektedir[49]. Üretral kapanma basıncının kaybı yaşa bağlı ve nörolojik nedenlerle olabilir. Bu durumda sadece fizyoterapinin üretral sfinkter fonksiyonuna etkisi olmayacaktır.

Kontinans Mekanizmasının Patofizyolojisi

Bu mekanizmalarda ki bozukluklar şu şekilde olabilir[54];

- Üretral basınçta azalmayla beraber intravezikal basıncın artması – normal işeme ve bazı detrusor instabilitelerinde.
- İntravezikal basınçta artmayla beraber üretranın kapanmasına yeterli olacak kadar intraüretral basınçta artma olması – detrusor instabilitesi, detrusor dissinerjisi (pontine işeme merkezinin altında sakral işeme merkezinin üstünde yer alan nörolojik lezyonlar).
- Dolma fazında detrusor basıncında artma – bazı detrusor instabilitesi ve kronik inflamasyon, tuberkuloz veya radyasyona bağlı mesane kompliansının azaldığı durumlar.
- Üretra içi basıncın mesane içi basınç artmadan birden düşmesi – nadir olan üretral instabilite durumunda.
- İntravezikal basıncın üretradaki intrinsik bir bozukluğa bağlı olarak veya basınç iletimindeki bozukluğa bağlı olarak üretra içi basınçtan çok daha yüksek değerler gelmesi – gerçek stres inkontinans durumunda.

Özet olarak patofizyoloji ya mesanenin dolum fazında ortaya çıkar ki bu genelde nörojenik ya da non-nörojenik nedenlerdir veya bozukluk üretranın sfinkter mekanizmasında intrinsik veya destek dokularındaki bozukluklar nedeniyle ortaya çıkar. Bazı ek faktörler patofizyolojiye katkıda bulunabilir;

- ***Hormonal Faktörler;*** yaşla birlikte üretral basınçlar azalmaktadır [55] ve bunun sebebinin östrojenin eksikliğine bağlı olduğu düşünülmüştür. Fakat konjuge östrojen verilerek yapılan çalışmalarda 6 ay sonra bile üretra içi basınçların değişmediği izlenmiştir [56, 57].
- ***Bağ Dokusu Faktörü;*** pelvik taban kaslarından üretraya basıncın iletilmesi bağ dokusu ve özellikle kollajen aracılığıyla. Bu kollajenin konjenital veya sonradan hasarı bu bağların gevşek olmasına yol açacaktır.
 - Vajen ve üretrada en sık Tip I ve III kollajen bulunmaktadır[58].
 - DeLancey kadın kadavralarda 1500 seri mikroskopik slaytta yaptığı çalışmada kollajen ve elastin fibrillerinin mesanenin hemen altında vajinal duvardan periüretral dokuya doğru uzandıklarını, levator ani arasına uzanarak ve proksimal üretranın pozisyonunu sağladıklarını göstermiştir[59].
 - Sistoseli olan hastaların dokularında yapılan çalışmalarda epitelde elastinin fragmentasyonunun azaldığı gözlenmiştir[60], uterin prolapsusu olanlarda da

fibroblast miktarının azaldığı izlenmiştir[61]. Ulmsten, GSI olan kadınların ciltlerinde ve round ligamentlerinde %15-40 daha az kollajen bulunduğunu göstermiştir[62].

- Kollajen doku miktarı ile üretral basınçlar arasında ilişki olabileceği düşünülmüştür[63].
- Keane, premenopozal Stress inkontinans'ı olan ve olmayan kadınların biyopsilerini karşılaştırmış ve Stress inkontinans ı olan grupta kollajen miktarını dah az bulmuştur. Ayrıca Tip I:III oranı değişmiş ve kollajen arası çapraz bağların azaldığını bildirmiştir[58].

Genel olarak inkontinans mekanizması serebral, spinal ve lokal mesane düzeyinde kontrol edilen bir olaydır. Bu düzeylerin fonksiyonunda veya aralarındaki ilişkilerin bozulması durumunda inkontinans gelişebilir.

Üriner İnkontinansın Tedavisi

Üriner inkontinans tedavisinde cerrahi tedaviden, medikal tedavi ve fizyoterapiye değin, değişik tedavi şekilleri kullanılmaktadır. Ancak hangi hastada ne tip tedavi yönteminin kullanılacağı konusunda tam bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bunun yanında geri dönüşü olmayan ve mortalite ve morbiditeye neden olabilecek cerrahi tedavi yöntemleri konusunda da hangi tipe hangi yöntem kullanılacağı hakkında da tam bir görüş birliği yoktur.

I-Stress İnkontinansa yönelik konservatif tedavi yöntemleri

Genelde hafif anatomik stress inkontinans'ı olan vakalarda cerrahi tedavi istemeyenlerde başvurulur. Konservatif tedavi yöntemleri 3 grupta toplanmaktadır;

a. *Genel yaşam biçiminde yapılan değişiklikler;* bu konuda hastadan yapılması istenecek şeyler;

- *Kilo kaybı;* sadece kilo kaybının inkontinansın derecesini azalttığı bilinmektedir. Dolayısıyla cerrahi kararı verilmeden önce hastaya bu önerilerin yapılması faydalı olacaktır. Ayrıca hasta obez değilse yapılacak antiinkontinans cerrahisinin faydası daha çok olacaktır[64].

- *Yüksek efor gerektiren egzersizlerden kaçınmaları*; bu tür egzersizlerin Stress inkontinans patofizyolojisinde yeri yoktur fakat yinede semptomun ortaya çıkmasında rolü vardır[64].
 - *Sigara kullanımının bırakılması*; sigaranın primer olarak Stress inkontinans yaptığına dair bulgu yoktur fakat inkontinansın ciddiyetini arttırmaktadır[64].
 - *Sıvı alımında değişiklik yapılması* ; sıvı alımında kısıtlama aşırı derecede anormal sıvı alımı olmadığı sürece önerilmemelidir. Sıvı ile kafein alımının direkt olarak bir etkisi yoktur fakat indirekt olarak diürez ve konstipasyon yapmasından dolayı etkilidir.
 - *Konstipasyondan kaçınılması*; defekasyon sırasında ıkınma özellikle çocukluk çağından beri devam ediyorsa Stress inkontinans'a neden olduğu ileri sürülmüştür [64]. Ayrıca stress inkontinans vakalarında kronik konstipasyon sık olarak gözlenen bir bulgudur.
- b. *Pelvik ve periüretal kas rehabilitasyonu(Fizyoterapi)*; amacı izometrik egzersizler ile levatör ani kası ve üretral çizgili sfinkterin hipertrofisi ve kasılma gücünün artırılmasıdır. Bu değişikliklerin oluşması için en az 8 haftalık ciddi bir çalışma gerekmektedir. Yani kısaca sonuç alınabilmesi için birkaç yıllık çalışma gerekmektedir. Bu tedavi yöntemi ile hastaların yaklaşık olarak %27'si kontinent ve %67 kadarının da semptomlarında gerileme gözlenmiştir[65]. Genç hasta ve hafif derecede inkontinans olması iyi prognostik kriterlerdir. Bu maksatla vajinal konlar, biofeedback yöntemler, kegel egzersizleri ve fonksiyonel elektriksel stimülasyon yapılmaktadır. Hastanın sadece valsalva manevralarını kullanması yerine vajen içine yerleştirilen aletlerle aktif olarak pelvik kaslar çalıştırılmaktadır. Yapılan iki randomize çalışmada fizyoterapi ile cerrahi tedavi oranları karşılaştırılmış ve fizyoterapi kolunda kontinans oranı %25 iken cerrahi tedavi kolunda kontinans oranı %71 olarak bulunmuştur.[64] Yine de cerrahi tedavi öncesinde ilk tedavi olarak öneren yayınlar da vardır.
- c. *İlaç tedavileri*; anatomik stress inkontinans tedavisinde en sık olarak kullanılan ilaçlar α -adrenerjik agonistlerdir(fenilpropanolamin veya psödoefedrin). Fakat bu tedavi yöntemlerinin başarı oranları oldukça düşüktür ve yan etkileri oldukça fazladır. Östrojenin

vajinal veya oral kullanımının Stress inkontinansı olan postmenopozal hastalara faydası olabileceği düşünülmüştür. Fakat yapılan çalışmalarda östrojen kullanımının maksimal üretral basıncı arttırmasına rağmen kontinansı azaltması yönünde bir etkisi olmadığı izlenmiştir. 6 aylık oral estrojen kullanımı ile plasebo grubu karşılaştırıldığında her iki grupta da postmenopozal Stress inkontinansın semptomlarında azalma olmadığı gözlenmiştir[57].

- d. *İntravajinal mekanik aletler*; Bu aletlerin Stress inkontinans'ın ortaya çıkacağı zamanın önceden bilineceği durumlarda, örneğin spor yaparken kullanılmasının faydası olacağı bildirilmektedir[68].

II-Stres İnkontinans'a yönelik cerrahi tedavi yöntemleri

Genel olarak bakıldığında hafif şiddette olan tip 1 stres inkontinansın tedavisinde konservatif yöntemler uygulanabilirken orta ve ciddi şiddette stres inkontinansın tedavisi cerrahidir. Seçilecek cerrahi prosedür inkontinansın patofizyolojisine göre değişmektedir. Buna göre;

- 1.** *Mesane boynu hipermobilitesi ile giden Tip II ASI'nın cerrahi tedavisi*; amaç üretral obstruksiyon yapmadan paraüretral destek dokuların sağlamlaştırılarak mesane boynu ve proksimal uretranın intrapelvik bölgeye elevasyonu ve fiksasyonudur. Bu maksatla yapılan cerrahi prosedürler

- a. Mesane boynu süspansiyon operasyonları

i. Retropubik (Marshall-marchetti-krantz ve Burch operasyonları)

ii. İğne ile yapılan(Modifiye Pereira, Raz, Stamey ve Gittes operasyonları)

- b. Ön-onarım ve kelly-kennedy plikasyon operasyonları

- c. Bazı sling prosedürleri

- 2.** *Intrinsik sfinkter yetmezliği ile giden Tip III ASI'da uygulanan cerrahi yöntemler*; amaç üretral rezistans ve kapanabilirliği arttırarak MÜKB'nı yükseltmektir. Bu grupta uygulanan cerrahi prosedürler;

a.Artifisyonel üretral sfinkter uygulamaları

b. Periüretral madde enjeksiyonları

c. Subüretral sling operasyonları

Literatüre bakıldığında başarı ve kür oranları açısından retropubik süspansiyon operasyonları ve iğne süspansiyon operasyonları Kelly plikasyonuna göre daha başarılı olduğu gözlenmektedir ve bu sebepten dolayı önerilmektedir. Fakat hastaların ek patolojileride göz önüne alınarak tedavileri planlanmalıdır. Örneğin beraberinde intraabdominal patolojiside olan hastalarda Burch kolposüspansiyonu tercih edileceği gibi eğer sistosel ve rektoseli varsa ön-arka onarım Kelly plikasyonuna ek olarak iğne süspansiyon operasyonlarının tercih edilmesi uygun olacaktır.

REFERANSLAR

- [1]. Kingkade, W.W. and B.B. Torrey, The evolving demography of aging in the United States of American and the former USSR. *World Health Stat Q*, 1992. 45(1): p. 15-28.
- [2]. William W. Hurd, L.S.A., John F. Randolph, Jr, Menopause, in *Novak's Gynecology*, M. Jonathan S. Berek, MMSc, Editor. 2002, Lippincott Williams & Wilkins: Los Angeles, California.
- [3]. McKinlay, S.M., D.J. Brambilla and J.G. Posner, The normal menopause transition. *Maturitas*, 1992. 14(2): p. 103-15.
- [4]. Whelan, E.A., et al., Menstrual and reproductive characteristics and age at natural menopause. *Am J Epidemiol*, 1990. 131(4): p. 625-32.
- [5]. Brambilla, D.J. and S.M. McKinlay, A prospective study of factors affecting age at menopause. *J Clin Epidemiol*, 1989. 42(11): p. 1031-9.
- [6]. Adashi, E.Y., The climacteric ovary as a functional gonadotropin-driven androgen-producing gland. *Fertil Steril*, 1994. 62(1): p. 20-7.
- [7]. Colditz, G.A., et al., The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med*, 1995. 332(24): p. 1589-93.
- [8]. Hee, J., et al., Perimenopausal patterns of gonadotrophins, immunoreactive inhibin, oestradiol and progesterone. *Maturitas*, 1993. 18(1): p. 9-20.
- [9]. Nadelson, C.C., M.T. Notman and E.A. Ellis, Psychosomatic aspects of obstetrics and gynecology. *Psychosomatics*, 1983. 24(10): p. 871-5, 878-80, 882-4.
- [10]. Maheux, R., et al., A randomized, double-blind, placebo-controlled study on the effect of conjugated estrogens on skin thickness. *Am J Obstet Gynecol*, 1994. 170(2): p. 642-9.
- [11]. Dennerstein, L., et al., Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis*, 1999. 187(11): p. 685-91.
- [12]. de Aloysio, D., et al., Analysis of the climacteric syndrome. *Maturitas*, 1989. 11(1): p. 43-53.
- [13]. Notelovitz, M., Estrogen replacement therapy: indications, contraindications, and agent selection. *Am J Obstet Gynecol*, 1989. 161(6 Pt 2): p. 1832-41.

- [14]. Lidor, A., et al., Histopathological findings in 226 women with post-menopausal uterine bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1986. 65(1): p. 41-3.
- [15]. Goldstein, R.B., et al., Evaluation of the woman with postmenopausal bleeding: Society of Radiologists in Ultrasound-Sponsored Consensus Conference statement. *J Ultrasound Med*, 2001. 20(10): p. 1025-36.
- [16]. Gupta, J.K., et al., Ultrasonographic endometrial thickness for diagnosing endometrial pathology in women with postmenopausal bleeding: a meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2002. 81(9): p. 799-816.
- [17]. Smith-Bindman, R., et al., Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. *Jama*, 1998. 280(17): p. 1510-7.
- [18]. Epstein, E. and L. Valentin, Rebleeding and endometrial growth in women with postmenopausal bleeding and endometrial thickness < 5 mm managed by dilatation and curettage or ultrasound follow-up: a randomized controlled study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2001. 18(5): p. 499-504.
- [19]. Gull, B., et al., Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding: is it always necessary to perform an endometrial biopsy? *Am J Obstet Gynecol*, 2000. 182(3): p. 509-15.
- [20]. Epstein, E., et al., Transvaginal sonography, saline contrast sonohysterography and hysteroscopy for the investigation of women with postmenopausal bleeding and endometrium > 5 mm. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2001. 18(2): p. 157-62.
- [21]. Feldman, S., R.S. Berkowitz and A.N. Tosteson, Cost-effectiveness of strategies to evaluate postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol*, 1993. 81(6): p. 968-75.
- [22]. Jemal, A., et al., Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*, 2002. 52(1): p. 23-47.
- [23]. Bokhman, J.V., Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol*, 1983. 15(1): p. 10-7.
- [24]. Lurain, J.R., Uterine Cancer, in *Novak's Gynecology*, M. Jonathan S. Berek, MMSc, Editor. 2002, Lippincott Williams & Wilkins: Los Angeles, California.
- [25]. Gordon, M.D. and K. Ireland, Pathology of hyperplasia and carcinoma of the endometrium. *Semin Oncol*, 1994. 21(1): p. 64-70.
- [26]. Collins, J.A. and J.J. Schlesselman, Perimenopausal use of reproductive hormones effects on breast and endometrial cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2002. 29(3): p. 511-25.
- [27]. Berek, J.S., Chapter 32 Ovarian Cancer, in *Novak's Gynecology*, M. Jonathan S. Berek, MMSc, Editor. 2002, Lippincott Williams & Wilkins: Los Angeles, California.
- [28]. Gambacciani, M., et al., Hormone replacement therapy and endometrial, ovarian and colorectal cancer. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2003. 17(1): p. 139-47.
- [29]. Negri, E., et al., Hormonal therapy for menopause and ovarian cancer in a collaborative re-analysis of European studies. *Int J Cancer*, 1999. 80(6): p. 848-51.
- [30]. Rodriguez, C., et al., Estrogen replacement therapy and ovarian cancer mortality in a large prospective study of US women. *Jama*, 2001. 285(11): p. 1460-5.
- [31]. Burkman, R.T., Reproductive hormones and cancer: ovarian and colon cancer. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2002. 29(3): p. 527-40.
- [32]. Walboomers, J.M., et al., Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*, 1999. 189(1): p. 12-9.
- [33]. Holschneider, C.H. and J.S. Berek, Chapter 33 Vulvar Cancer, in *Novak's Gynecology*, J.S. Berek, Editor. 2002, Lippincott Williams & Wilkins: Los Angeles, CA.
- [34]. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 50, January 2003. *Obstet Gynecol*, 2004. 103(1): p. 203-16.
- [35]. Taaffe, D.R., et al., High-impact exercise promotes bone gain in well-trained female athletes. *J Bone Miner Res*, 1997. 12(2): p. 255-60.

- [36]. Rossouw, J.E., et al., Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *Jama*, 2002. 288(3): p. 321-33.
- [37]. Lindsay, R., et al., Effect of lower doses of conjugated equine estrogens with and without medroxyprogesterone acetate on bone in early postmenopausal women. *Jama*, 2002. 287(20): p. 2668-76.
- [38]. Abrams, P., et al., The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, 1988. 114: p. 5-19.
- [39]. Thomas, T.M., et al., Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J*, 1980. 281(6250): p. 1243-5.
- [40]. Elving, L.B., et al., Descriptive epidemiology of urinary incontinence in 3,100 women age 30-59. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, 1989. 125: p. 37-43.
- [41]. Lagace, E.A., W. Hansen and J.M. Hickner, Prevalence and severity of urinary incontinence in ambulatory adults: an UPRNet study. *J Fam Pract*, 1993. 36(6): p. 610-4.
- [42]. Prosser, S. and F. Dobbs, Case-finding incontinence in the over-75s. *Br J Gen Pract*, 1997. 47(421): p. 498-500.
- [43]. Milsom, I., et al., The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *J Urol*, 1993. 149(6): p. 1459-62.
- [44]. McGrother, C.W., et al., A profile of disordered micturition in the elderly at home. *Age Ageing*, 1987. 16(2): p. 105-10.
- [45]. Diokno, A.C., et al., Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol*, 1986. 136(5): p. 1022-5.
- [46]. Wein, A.J., Classification of neurogenic voiding dysfunction. *J Urol*, 1981. 125(5): p. 605-9.
- [47]. Swami, S.K. and P. Abrams, Urge incontinence. *Urol Clin North Am*, 1996. 23(3): p. 417-25.
- [48]. Hunt, J., Irritable bladder syndrome: a void in the research? *Br J Clin Psychol*, 1995. 34 (Pt 3): p. 435-46.
- [49]. Ashton-Miller, J.A., D. Howard and J.O. DeLancey, The functional anatomy of the female pelvic floor and stress continence control system. *Scand J Urol Nephrol Suppl*, 2001(207): p. 1-7; discussion 106-25.
- [50]. DeLancey, J.O., Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol*, 1994. 170(6): p. 1713-20; discussion 1720-3.
- [51]. Thelen, D.G., et al., Effects of age on rapid ankle torque development. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 1996. 51(5): p. M226-32.
- [52]. Thelen, D.G., et al., Do neural factors underlie age differences in rapid ankle torque development? *J Am Geriatr Soc*, 1996. 44(7): p. 804-8.
- [53]. Gosling, J.A., et al., A comparative study of the human external sphincter and periurethral levator ani muscles. *Br J Urol*, 1981. 53(1): p. 35-41.
- [54]. Keane, D.P. and S. O'Sullivan, Urinary incontinence: anatomy, physiology and pathophysiology. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2000. 14(2): p. 207-26.
- [55]. Rud, T., Urethral pressure profile in continent women from childhood to old age. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1980. 59(4): p. 331-5.
- [56]. Rud, T., The effects of estrogens and gestagens on the urethral pressure profile in urinary continent and stress incontinent women. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1980. 59 (3): p. 265-70.

- [57]. Jackson, S., et al., The effect of oestrogen supplementation on post-menopausal urinary stress incontinence: a double-blind placebo-controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol*, 1999. 106(7): p. 711-8.
- [58]. Keane, D.P., et al., Analysis of collagen status in premenopausal nulliparous women with genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*, 1997. 104(9): p. 994-8.
- [59]. DeLancey, J.O. and R.A. Starr, Histology of the connection between the vagina and levator ani muscles. Implications for urinary tract function. *J Reprod Med*, 1990. 35 (8): p. 765-71.
- [60]. el-Kholi, G.Y. and S.N. Mina, Elastic tissue of the vagina in genital prolapse. A morphological study. *J Egypt Med Assoc*, 1975. 58(3-4): p. 196-204.
- [61]. Makinen, J., et al., Histological changes in the vaginal connective tissue of patients with and without uterine prolapse. *Arch Gynecol*, 1986. 239(1): p. 17-20.
- [62]. Ulmsten, U. and N. Stormby, Evaluation of the urethral mucosa before and after oestrogen treatment in postmenopausal women with a new sampling technique. *Gynecol Obstet Invest*, 1987. 24(3): p. 208-11.
- [63]. Versi, E., et al., Correlation of urethral physiology and skin collagen in postmenopausal women. *Br J Obstet Gynaecol*, 1988. 95(2): p. 147-52.
- [64]. Jarvis, J., Mini Symposium: Urogynecology. Non-surgical management in urogynecology. *Curr Obstetrics & Gynecology*, 2000. 10: p. 73-78.
- [65]. Wilson, P.D., et al., An objective assessment of physiotherapy for female genuine stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*, 1987. 94(6): p. 575-82.
- [66]. Henalla, S.M., et al., The effect of pelvic floor exercises in the treatment of genuine urinary stress incontinence in women at two hospitals. *Br J Obstet Gynaecol*, 1988. 95 (6): p. 602-6.
- [67]. Cardozo, L., et al., Meta-analysis of estrogen therapy in the management of urogenital atrophy in postmenopausal women: second report of the Hormones and Urogenital Therapy Committee. *Obstet Gynecol*, 1998. 92(4 Pt 2): p. 722-7.
- [68]. Nygaard, I., Prevention of exercise incontinence with mechanical devices. *J Reprod Med*, 1995. 40(2): p. 89-94.

YAŞLIDA ZİHİNSEL SAĞLIK

Prof.Dr. Kaynak Selekler* , Dr. Ebru Karakoç**

**Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi*

*** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi*

Zihinsel Sağlık

Zihinsel sağlık, bir insanın psikolojik olarak iyi halini yansıtabilmesi ve fiziksel sağlık veya yetersizliğini gözardı ederek, günlük yaşam fonksiyonlarına entellektüel uyum yetisidir. Bazı kognitif fonksiyonların azalmasının yaş ile uyumlu olduğu kabul edilmekle birlikte, profesyonellerce tanı konup tedavi edildiği takdirde zihinsel yetinin kaybı geri dönebilmektedir.

En sık geç yaşam zihinsel sağlık problemi, depresyon olarak karşımıza çıkmakta ve tedavi edilebilmektedir. Bir kısım demans ise, metabolik bozukluklar, ilaç etkileşimleri veya arterioskleroz sonucu ortaya çıkabilmekte ve bu durumlarda geri dönüşümlü olabilmektedir. Yakın gelecekte Parkinson hastalığının ileri dönemlerinde ortaya çıkan demans ve Alzheimer tipi demansın tedavi ile durdurulabileceğine ve hatta tamamen iyileşebileceğine dair bir umut vardır.

Yaşlanma ve zihinsel sağlık

Yaşlanma ile hafıza dahil kognitif (bilişsel) fonksiyonlar, zeka, kişilik ve davranışlar değişen düzeylerde etkilenmektedir. Ancak zihinsel sağlık çoğunlukla hastalıklar sonucunda etkilenmekte ve zihinsel sağlıktaki bozulmalar yaşlanma ile direkt olarak ilişkilendirilememektedir. Yaşa bağlı olarak zihinsel kapasite veya performansta azalma olarak nitelendirilen bazı durumlar, aslında depresyon veya tedavi edilebilir bir takım metabolik hastalıklarla ilişkili olabilmektedir. Kognitif fonksiyonlardaki hızlı bozulmalar ise hemen her zaman patolojik bir sürecin sonucudur.

Yaşlanmanın zihinsel sağlık üzerine etkileri sosyoekonomik faktörlerle ilişkili olabilir. Bu faktörler içinde bireyin bakım koşulları da yer almaktadır. Örneğin toplum içerisinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerde psikiyatrik hastalıkların prevalansı % 15-25 olmasına rağmen, hastanede yatmakta olanlarda bu oran % 27-55 arasındadır. Bakım evlerinde yaşayan bireylerde psikiyatrik hastalıklar en sık görülen hastalıklar arasında ilk veya ikinci sırada bildirilmektedir. Bir çalışmada bakımevi sakinlerinin % 94'ünün bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış olduğu bildirilmiştir. Demansa neden olan beyin hastalıklarının 65 yaş üzerinde

prevalansı % 10 oranında iken 85 yaş üzerinde bu oran % 20-47'e ulaşmaktadır. En sık demans nedeni ise Alzheimer hastalığıdır.

Yaşlı bireylerde yaratıcılığın sürdürülmesi, bireyin, ailenin, toplumun ve kültürün yaşamını etkileyen bir unsurdur. Emeklilik ölümden önce yaşamın en önemli olayı olarak bildirilmiştir. Emeklilik sık olarak negatif stereotiplerle ilişkilendirilmiştir. Buna rağmen emeklilikte bir çok bireyin durumu iyi tolere ederek bu olumsuzlukları yaşamadığı da gösterilmiştir. Emeklilikteki yeni ilgi, aktivite ve ilişkileri araştırma şansına sahip olabilmek, emekliliğin tam özgürlük özelliğiyle ilişkilidir. Genelde emekli olmayı reddeden ancak gelişen sağlık problemleri nedeniyle buna zorlanan veya standart yaşamlarında ciddi bir düşüş kaydedilen zayıf insanlar daha fazla risk altında gösterilmiştir. Kısacası, daha fazla zamana ve daha fazla özgürlüğe sahip olmak, geç yaşlarda yaratıcılığı teşvik etmektedir. Yaşamın geç dönemlerinde bireylerin çalışma, fikir ve izlenimlerini aile ve toplumla paylaşmaya yönelik bir eğilimleri olduğu söylenebilir. Bir bireyin hayata ait beklentilerini, örneğin hayata ait işlerini tamamlamış olması veya buna yönelik devam eden isteğinin bir sonucu olabilir. Yaratıcı paylaşımı sağlayan fırsatlar oluşturulabilir.

Kadın ve Zihinsel Sağlık

Birçok gelişmekte olan toplumda kadınların zihinsel sağlık alanındaki ihtiyaçları önemli boyutlara ulaşmış olmasına rağmen, yakın zamana kadar yeterince önemsenmemiştir. Toplumdaki kadın sağlığı husundaki çabalar üreme, aile planlaması, çocuk sahibi olma gibi alanlarla kısıtlı kalmış ve kadınların zihinsel sağlık durumları rölatif olarak ihmal edilmiştir.

Kadınların toplumda birçok alanda görev almaları (anne, eş, iş kadını vs.), zihinsel problemler konusunda da artmış riski beraberinde getirmektedir. Ancak tüm bu koşullar cinsiyet ayrımı, şiddet, fakirlik, açlık, malnütrisyon, aşırı işgücü kullanımı gibi kötü koşulların varlığında daha da kötüleşmektedir.

Toplumun en sık görülen zihinsel davranış ve sosyal problemleri birarada değerlendirildiğinde kadınların erkeklerden daha fazla oranda zihinsel bozukluklardan etkilendiği görülmektedir. Bunlardan en sık görülenleri anksiyete bozuklukları, depresyon, ev içi şiddet, cinsel şiddet ve madde kullanımındır. Zihinsel bozukluklarda cinsiyet farklılığının etkisini açıklayabilmek için cinsiyetler arasında yardım arama davranışı farklılıkları, biyolojik farklılıklar, sosyal sebepler, stresi algılama ve ele alma şeklindeki farklılıklar gözönüne alınmaktadır. Tüm bu sebepler arasında sosyal etmenler en anlamlı açıklama olarak görünmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeyden gelen kadınlarda, düşük eğitim ve gelir düzeyi, aile ve evlilik içi sorunlar varlığında zihinsel bozuklukların görülme sıklığı artmaktadır.

Kişilik ve Davranışlarda Değişimler

Kişilik ilerleyen yaşla daha stabil bir hale gelmektedir. Ancak davranışların yaşla stabil kalıp kalmayacağı tartışmalıdır. Genelde, davranışsal ve psikolojik uyum yeteneği devam eder ve normale göre azalmaz veya aynı kalmaz. Daha da önemlisi, uyumdan yoksun veya değiştirilemeyen davranışlar, yaşlanmadan ziyade psikolojik ve nörolojik problemleri yansıtabilir.

Genel olarak, önceden tahmin edilebilir ve sabit kayıplı risk alınması gereken durumlarda, yaşlı hastalar gençlere nazaran daha dikkatli olmaktadır ancak yaşlılar kaybın risk derecesini aştığı durumlarda artık dikkatli değildirler. Yaşlı bireylerdeki aşırı endişe, alttaki anksiyete veya ilgili bir fiziksel rahatsızlığı gösterebilmekte, diğer yandan hasta yaşlı bireylerdeki aşırı endişe iyi muhakemeyi gösterebilmektedir.

Yaşlılar genellikle orta yaşlarda bazen ani de ortaya çıkabilen ölümün farkına varmakta, ve sonrasında gelecekteki ölüm fikrine adapte olmaktadır. Yaşlılar sık sık ölüm hakkında düşünmekle birlikte, bu fikirden diğer yaş gruplarından daha az korkarlar. Ölüm hakkındaki düşünceler ve konuşmalar, özellikle yakınları ölmüş veya ölmekte olan yaşlılar arasında daha yaygındır.

Terminal dönem bir hastalık, altta yatan bir depresyon, veya diğer emosyonel çelişkiler bazı yaşlı bireyleri ölüm korkusuna daha yatkın hale getirmekte, bazen de çaresizlik veya karamsarlığa yol açabilmektedir. Bu tip streslerle başa çıkabilmenin yolu yaşla birlikte muhafaza edilebilmekte veya daha da geliştirilebilmektedir.

İlerleyen Yaşla Birlikte Kognitif Kapasite

Kognitif fonksiyonlar zeka, dil, dikkat, öğrenme ve hafıza, görsel-mekansal işlevler, yürütücü işlevler, praksi, gnoziyi ve bunlar arasındaki dinamik etkileşimleri içermektedir. İlerleyen yıllarda kognitif kapasitedenin yaşla birlikte bir miktar azalmasına rağmen önemli fonksiyonların korunduğunu söylenebilir. Ayrıca bireyler arasında farklılık görülmeyle birlikte hayat stili ve psikososyal faktörler önem kazanmaktadır. Daha da önemlisi insanlarda ve deney hayvanlarından çıkarılan bilgiler, hayat stilinin yaşa bağlı genetik risk faktörlerini modifiye ettiğini göstermektedir. Uzun süreli ve kesitsel araştırmaların da içinde bulunduğu birçok araştırmada yaşla birlikte kognitif fonksiyonlardaki değişimler incelenmektedir.

Kognitif fonksiyonlar yaşlanma ile birlikte sabit kalabildiği gibi kayıplar da izlenebilir. Sabit kalan kognitif fonksiyonlar arasında dikkat, iletişim kurma, lisan (örneğin sentaks), konuşmayı anlama becerisi, ve basit görsel algılama yer alır. Kelime dağarcığı 80 yaşındaki bireylerde bile artış gösterebilmektedir. Azalan kognitif fonksiyonlar arasında ise seçici

dikkat, isimlendirme, sözel akıcılık, kompleks vizüospasyal beceriler ve yargılama yer alır. Kompleks yeni görevlerin ve yabancı dillerin öğrenilmesi ilerleyen yaş ile birlikte zorlaşır.

Yaşa bağlı hafıza değişiklikleri hafıza fonksiyonunun tipine göre değişebilmektedir. Yeni bilgilerin öğrenilmesi, depolanması ve çağırılması azalabilirken, hafızaya alınan eski bilgilerin çağırılması/hatırlanması sabit kalmaktadır. Gerek işlevsel hafıza, gerek uzun dönemli hafızada, özellikle hatırlama kaybının hakim olduğu ancak tanıma fonksiyonunun bozulmadığı, ancak yaşla birlikte azaldığı dikkati çekmektedir. Bu kognitif değişiklikler öğrenmeyi yavaşlatmakta ve yeni öğrenilenlerin daha fazla tekrar edilmesinin gerekliliğini ortaya koymuştur. Kelime dağarcığı, bilgi birikimi ve diğer bilgiye dayalı işlevleri içeren zeka, 60'lı veya 70'li yıllara kadar artmaya devam etmekte ve ancak çok ileri yaşlarda azalabilmektedir. Buna karşın hafıza ve kognisyon hızı genellikle orta yaşların başında azalmaya başlayarak yıllar boyunca sürekli lineer sayılabilecek bir düşüş göstermekte ve muhtemelen çok ileri yaşlarda bu düşüş hızlanabilmektedir.

Kesitsel çalışmalardan elde edilen meta-analizlerde kognisyon hızının 40 yaşında % 20, 80 yaşında ise % 40-60 azaldığı gösterilmiştir. Canberra çalışmasında uzun süreli izlem sonucunda 70 yaş ve üzeri bireylerde zeka, hız ve hafızanın değişimi Şekil-1'de gösterilmektedir. Zeka belirgin olarak etkilenmezken hafızada ileri yaşlarda hızlanan bir düşüş ve kognisyon hızında azalma izlenmektedir. "Einstein Aging Study", "Victorian Longitudinal Study", "Seattle Longitudinal Study" ve diğer Avustralya grubu çalışmalarının sonuçları da bu bulguları desteklemektedir.

Verbal bir hafıza görevi sırasında yaşları 20-87 arasında değişen 70 gönüllüden alınan PET ve MRG çalışmaları bize serebral fonksiyonların yaşla değişimi hakkında kabaca bir fikir vermiştir. Frontal aktivitede, sulkal atrofi ekarte edildikten sonra da, istatistiksel olarak anlamlı bulunan yaşa bağlı bir azalma dikkati çekmektedir. Genç ve yaşlı alt grupların hafıza skorları baz alındığında, genç bireylerin frontal alanı aktive edebildikleri ancak yaşlı bireylerde daha çok oksipital aktivitenin hakim olduğu gözlenmiştir. Değişik kortikal alanların aktive edilmesine rağmen, tüm yaşlardan iyi performans gösteren bireyler aynı kognitif stratejiyi kullanmışlardır (semantik birikim). Yaşa bağlı fonksiyonel değişim, sadece anatomik olarak sabit nöronal kaybı veya azalan performans kapasitesini göstermekle kalmayıp, serebral alanlar arasındaki iletişim ağları dinamiğini de yansıtabilmektedir.

Kognisyon hızı ve hafızada görülen performans azalmasından beyinde gerçekleşen yaşa bağlı fizyolojik ve patolojik değişimler sorumlu tutulmaktadır. Ventriküller, sulkuslar, giruslar, hipokampus, frontal ve temporal lobların hacimlerinde yaşa bağlı değişiklikler bilinmektedir. Özellikle hipokampus ile medyal ve temporal lobların hacimlerinde yaşa bağlı

değişiklikler bilinmektedir. Özellikle hipokampal ve medyal temporal alandaki hacim kaybının hafıza bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kognisyon hızında yavaşlama ise frontal lob ve diğer beyin bölgelerindeki beyaz cevher hiperintensiteleri ile ilişkilendirilebilir. Ancak bu değişikliklerin kliniğe yansımaları kısa dönemde olmamaktadır. Nöropsikolojik testlerle yalnızca kognitif beceriler ayrı ayrı ele alınmakla kalmayıp ayrıca özel beyin bölgelerinin etkilenmeleri de ayırd edilebilmektedir.

Zeka düzeyinde azalma izlenen ileri yaşlardaki bireylerde, bazı durumlarda sistemik hastalıklar sorumlu tutulmuştur. Fiziksel sağlığın kognisyon üzerinde etkilerini değerlendiren çalışmalar gözden geçirildiğinde sistemik hastalıkların kognitif yıkım hızını arttırdığını, ancak birebir ilişkili olmadığı ve kognitif yıkımı açıklamada yetersiz kaldıkları gözlenmiştir. Yine başka bir çalışmada da sağlık problemlerinin kognitif skorlamadaki yaşa bağlı değişikliklerin ancak % 15-20'sinden sorumlu tutulabileceği bildirilmektedir. Aktif zeka olarak tanımlanan, çok zor ve önemli problemleri çözme yetisi olarak tanımlanmış, yaşlanma ile azalma gösterdiği saptanmış, kognitif yetiler ve problem çözebilme stratejileri konusunda ancak eğitimle bir artış kaydedilebileceği araştırmalarla gösterilmiştir.

Peki bu değişiklikler kaçınılmaz mıdır? Bu değişikliklerin büyük bir kısmı uzun zaman içerisinde ve erken erişkin döneminden itibaren normal gelişimsel süreçte ortaya çıkmaktadır. İleri yaşlarda alınacak önlemler ve uygulanacak tedavi seçenekleri ile kognitif bozulma engellenemeyebilir. Ancak günümüzde ergenlik döneminden itibaren veya gecikmiş olarak orta yaşlarda alınacak önlemlerin, genetik veya bireysel değiştirilemez risk faktörlerine rağmen, oldukça etkili olabileceği bilinmekte ve bilimsel çalışmalar giderek daha erken yaşlara kaydırılmaktadır.

Yüzde 50-80 arasında oldukça sık subjektif yakınmalar şeklinde görülen hafıza sorunları yaşlı bireylerde oldukça sıktır. Ancak bu subjektif yakınmalar gerçek bulgularla tam olarak örtüşmemektedir. Gerçekte bu konuda yakınmaları olan bireylerde hafıza problemlerine yakınmaları olmayan bireylere nazaran daha az rastlanmaktadır. Yapılan birçok çalışmaya göre yaşlı bireylerdeki hafıza problemleri, hafıza kapasitesindeki bir azalmadan çok depresyonun bir sonucu olarak ilişkilendirilmektedir. Klasik olarak hafıza problemlerini düzeltmeye yönelik farmakolojik ve psikososyal bazda yapılan çalışmalar bir kaç istisna dışında başarısız olmuştur. Bu istisnalardan biri olan ve yakın dönemde yapılan bir çalışmada sağlıklı yaşlı bireylere verilen eğitim seansları ile hafıza problemine ait yakınmalarda ciddi azalma tespit edilmiştir. Bu eğitim seansları sadece hafızayı provoke eden stratejiler olarak değil, emeklilik olarak da bildirilen bir hayat siklusu ile mücadele olarak da tanımlanabilir. Yine de azalan hafıza performansı bazı önlemlerle düzeltilebilmektedir.

Entellektüel yetenekler 30'lu yaşlarda pik düzeylerde olup 50'li ve 60'lı yaşlara kadar plato olarak seyrederek ve 70'li yaşların sonuna kadar değişken düzeylerde azalma gösterir. Yaşlı bireyler mevcut durumlarını muhakeme yeteneğini muhafaza etmelerine ve yeni beceriler kazanabilmelerine rağmen, hızlı reaksiyon verilmesi gereken durumlarda ve kompleks kararlar vermeleri gereken aktivitelerde güçlük çekebilirler. Azalan reaksiyon yetisi ise görevlere daha fazla zaman ayırma ile kompanse edilebilmektedir.

Depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozukluklar kognisyon ile de çelişebilmektedir. Depresyon veya psikoza taklit eden demans gibi bazı demans benzeri durumlar buna çarpıcı bir örnektir.

Yaşla birlikte ortaya çıkan kognitif değişiklik spektrumunun bir ucunda demansların yer alması konusunda literatürde karşıt görüşler mevcuttur. Normal yaşlanma süreci ve subklinik kognitif bozuklukların ayırılması klinikte önem taşımaktadır. Subklinik bozuklukları isimlendirmek amacıyla yaşla ilişkili hafıza bozukluğu, yaşla ilişkili kognitif kayıp veya hafif kognitif bozukluk gibi birçok terim kullanılmıştır. Ancak hafif kognitif bozukluk, bireyin yaş ve eğitim düzeyiyle uyumlu olmayan bir hafıza bozukluğu olmasına rağmen, demans kriterlerinin tamamlanmadığı durumu ifade etmektedir. Hafif kognitif bozukluğu olan bireyler arasında demans gelişme riski normal topluma göre artmıştır. Bu nedenle de hafif kognitif bozukluk normal yaşlanma sürecindeki kognitif kayıpların benin bir varyantı olarak kabul edilemez. Daha da önemlisi hafif kognitif bozukluğu olan bireyler ve bakıcılarında da psikososyal problemlerle karşılaşmaktadır. Yaşlı bireylerde kognitif bozulma ile ilgili birçok literatür desteği olduğu da gözönüne alındığında, artık normal yaşlanma ile görülebilen kognitif bozulmanın sınırlarının belirlenmesi daha büyük önem taşımaktadır.

Cochrane Demans ve Kognitif Bozukluklar grubunun literatür tarama metodlarının da kullanıldığı bir sistematik derleme yazısında kognitif bozulmanın özellikle ileri yaş grubunda genel bir özellik olduğunu ve yaşla birlikte artma eğiliminde olduğunu bildirmiştir. Ayrıca bu konuda uluslararası bir altın standart nöropsikolojik test bataryası ihtiyacı da vurgulanmıştır.

Alzheimer Hastalığı

Yaşlı nüfusun arttığı toplumlarda demans (bunama) önemli bir sağlık problemidir. En sık demans nedeni Alzheimer hastalığı olup bütün demansların % 50-70'ini oluşturur. 65 yaşın üzerindeki kişilerde % 3-11, 85 yaşın üzerinde % 20-47 gibi yüksek prevalansa (sıklık) sahiptir. Dünyanın değişik bölgelerinde yapılan populasyon çalışmaları 65 ile 85 yaşları arasında hastalık prevalansının her beş yılda bir, 2 katına çıktığını göstermiştir. Bu gün

Amerika Birleşik Devletlerinde 4-5 milyon Alzheimer hastası mevcut olup bu hastaların tedavi ve bakım masrafları yıllık 100 milyar doları bulmaktadır. 2050 yılında hasta sayısının 14 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Alzheimer hastalığı yaşlılığın fiziksel ve psikolojik yönlerden en çok yıkıma neden olan hastalığıdır. Ülkemizde bu konuda bir araştırma olmamakla birlikte benzer bir hesaplama ile 200-250 bin hasta olduğu düşünülebilir.

Alzheimer ilk zamanlar “presenil” (65 yaş öncesi) yaş grubunda görülen ender bir hastalık olarak kabul edilirken beklenen yaşam süresinin uzamasıyla birlikte bu tablo tamamen değişmiştir. Bugün gelişmiş toplumlarda Alzheimer hastalığı yaşlılarda görülen en sık hastalık olarak bütün ölüm nedenleri arasında dördüncü sırayı almıştır.

Her Unutkanlık Hastalık mıdır?

Unutkanlık bir yandan da fizyolojik bir olaydır. İnsan hafızası gereksiz ve önemsiz bilgileri siler. Diğer yandan kişi o kadar üzücü, travmatik, elem veren olaylar yaşayabilir ki, bunlar da bastırılır veya zamanla unutulur. Demans (bunama), “kişinin sosyal ve mesleki yaşamını bozacak derecede ilerleyici bilişsel bozulma” olarak tanımlanır. Başka bir deyişle unutkanlığın derecesi kişinin yaşamını etkileyecek derecede artmıştır. Bu dönemde demans tanısı konduğunda hastalığın başlangıcından bu yana seneler geçmiş demektir. Belki bu gecikme bu gün için Alzheimer’in tam tedavisi olmadığından çok önemli değilmiş gibi sanılabilir. Fakat tedavi olanağı doğduğunda veya tedavi edilebilir bir sebebe bağlı bir demansta bu gecikme, hastanın düzeltilebilecek bazı fonksiyonlarının kaybına neden olabilir. Bugün, sinsi başlangıçlı ve yavaş ilerleyen Alzheimer hastalığının erken tanısı önem kazanmıştır. Tanının erken konması ile, aile ve bireyin bilgilendirilmesinin, hastanın akli başında iken geleceğe yönelik planlar (mali, veraset vd.gibi) yapmasına olanak sağlar. Ayrıca tedaviye erken başlanmasının yararları olabilir.

Yaşlılık unutkanlığı fizyolojik bir olaydır. Diğer yandan Alzheimer hastalığı da yaşlı kişilerde görülmektedir. İkisini nasıl ayıracağız? Belki her zaman bu ayırım yapılamıyabilir. Fakat bazı ipuçları da vardır. Hafıza,

1. yeni bilgilerin kaydedilmesi
2. bu bilgilerin pekiştirilip saklanması (depolama) ve
3. kaydedilip depo edilen bu bilgilerin gerektiğinde geri çağrılıp hatırlanması şeklinde çalışır. Alzheimer hastaları, hastalığın beyinde tahribat yaptığı yere bağlı olarak, yeni şeyler öğrenemezler, yeni hafıza oluşturamazlar. Hastalığın başlangıcında yakın hafıza bozuktur. Hastalar devamlı aynı soruyu sorarlar veya aynı konuyu anlatırlar. Fakat uzak hafızaya ait eski bilgiler, olaylar hatırlanabilir. Hasta yakınlarının ortak gözlemi. hastalarının eski olayları çok

iyi hatırladığı, yenileri ise hemen unuttukları şeklindedir. Hastalığın ilerlemesi ile uzak hafızada da yıkım ortaya çıkar. Unutkanlığı olan bir yaşlı kişi, günlük hayatında yeni şeyler öğrenebiliyorsa, unutkanlığı muhtemelen Alzheimer hastalığına bağlı değildir. Örneğin anahtarlarını nereye koyduğunu unutan her kişide hastalık başlamış değildir. Sağlıklı yaşlı kişilerdeki unutkanlık günlük hayatı etkilemez ve ilerleyici değildir. Mamafih şüpheli durumlarda bir uzmanın unutkanlığı olan kişiyi incelemesi uygundur.

Alzheimer Hastalığı Önlenebilir mi?

Yaşam koşullarının düzeltilmesi, çeşitli hastalıkların tedavisi veya kontrol edilebilir hale getirilmesi ile insan ömrü uzamıştır. Günümüzde insanlar hem uzun yaşamak hem de sağlıklı bir yaşam geçirmek istemektedirler. Bir insanın zeka melekeleri bozulmuş, kendinden ve çevresinden habersiz, diğer bir kişinin yardımına muhtaç uzun bir hayat yaşamasının istenilecek bir tarafı yoktur. Hayat süresinin uzaması kişilerin Alzheimer hastalığı'na yakalanma riskini artırmaktadır. Yaşları ilerleyenler “acaba ben de bunar mıyım?” veya “unutkanlığım arttı, acaba ben de Alzheimer hastası mı oldum?” endişesi yaşamaktadır. Ortak soru “bunamamak için neler yapmak gerekir, neler hastalık riskini azaltmaktadır?” olmaktadır. Her demans (bunama) Alzheimer hastalığı değildir. Demansa neden olan 100'den fazla hastalık vardır. Fakat daha önce belirtildiği gibi en sık sebep Alzheimer hastalığıdır. Bazı tedavi edilebilir nörolojik ve dahili hastalıklar demansa neden olabilir. Alzheimer tanısına varmadan önce bu ihtimaller dışlanır. Alzheimer hastalığının kesin nedeni halen bilinmemektedir. Hastalığın belirli dönemlerinde semptomatik etkili bazı ilaçlar varsa da hastalığı durduran, geri çeviren veya tamamiyle düzelten bir tedavisi yoktur. Bununla birlikte, eğer ortaya çıkacaksa, hastalığı bir süre erteleyen bazı önlemlerden söz edilebilir. “Düşük eğitim seviyesi” ve “beden gücü ile çalışma” hastalık riskini artırırken, “yüksek eğitim” ve “zihinsel faaliyeti gerektiren meslek” te çalışmak riski azaltmaktadır. Böylelikle zihinsel işlevlerin ileri yaşlara kadar sürdürülmesinin de riski azaltabileceği açıktır. Bu bakımdan “boş zamanları değerlendirme uğraşları” ve “hobiler” önemlidir. Bir çok yayında bu uğraşların hastalığa yakalanma riskini azalttığı veya geciktirdiği belirtilmiştir. Tıp dünyasının en kredili dergilerinden biri olan NEJM dergisi'nde 2003 yılında yayınlanan bir araştırmada, “kitap-gazete okuma, zevk için yazma, bulmaca çözme, kağıt oyunu oynama, bir müzik aleti çalma ve grup tartışmalarına katılma” gibi 6 zihinsel aktivite ile, “tenis-golf oynama, yüzme, bisiklete binme, dans etme, grupla yapılan egzersizlere katılma, takım oyunlarına iştirak, egzersiz için yürüme, iki kattan fazla merdiven çıkma, ev işleri yapma ve bebek bakma” gibi 11 fiziksel aktivite değerlendirilmiş ve “kitap-gazete okuma, zeka çalıştıran kağıt oyunu

oynama, bir müzik aleti alma ve dans etmenin” demans riskini azalttığı belirtilmiştir.

Arterioskleroz (damar sertliği) riskini de artıran kandaki yüksek kolesterol düzeyinin, beyni etkileyerek Alzheimer hastalığı’nda görülen tipte zihinsel bozukluklara yol açtığı bulunmuştur. Diğer yandan kolesterol düşürücü “statin” grubu ilaçları içen yaşlı kadınlarda bu zihinsel bozuklukların daha az ortaya çıktığı gözlenmiştir. Kolesterol seviyesi yüksek (235-432 mg/dl) veya kötü kolesterol (LDL) düzeyleri yüksek (145-345 mg/dl) olan kadınlarda zihinsel bozukluğa yakalanma riskinin, düşük seviyeli kadınlara göre %77 oranında daha fazla olduğu saptanmıştır. Diyetle veya ilaçla kolesterol seviyesinin normale düşürülmesi zihinsel bozukluk oranını %50 oranında azaltmaktadır.

Yemeklerle alınan bazı yağlar Alzheimer riskini artırırken bazıları azaltmaktadır. Çok miktarda doymuş (katı) yağ, kırmızı et ve benzeri hayvansal gıdaları yiyenlerde, bunları çok az miktarda yiyenlere göre daha fazla Alzheimer’e yakalanma riski olduğu belirtilmiştir. Bitkisel doymamış yağlı gıdaları yiyenlerde Alzheimer’e yakalanma riskinin, doymuş yağ yiyenlere göre %70 oranında azaldığı bulunmuştur.

Kalp krizi ve felç hastalıklarına neden olan damar sertliğinin önleyici tedbirlerinin Alzheimer hastalığı’nı da önlemede etkili olduğu ileri sürülmektedir. Yüksek kan basıncı (hipertansiyon), diyabet hastalığı ve enflamasyon’un uygun tedavisi Alzheimer hastalık riskini azaltabilmektedir.

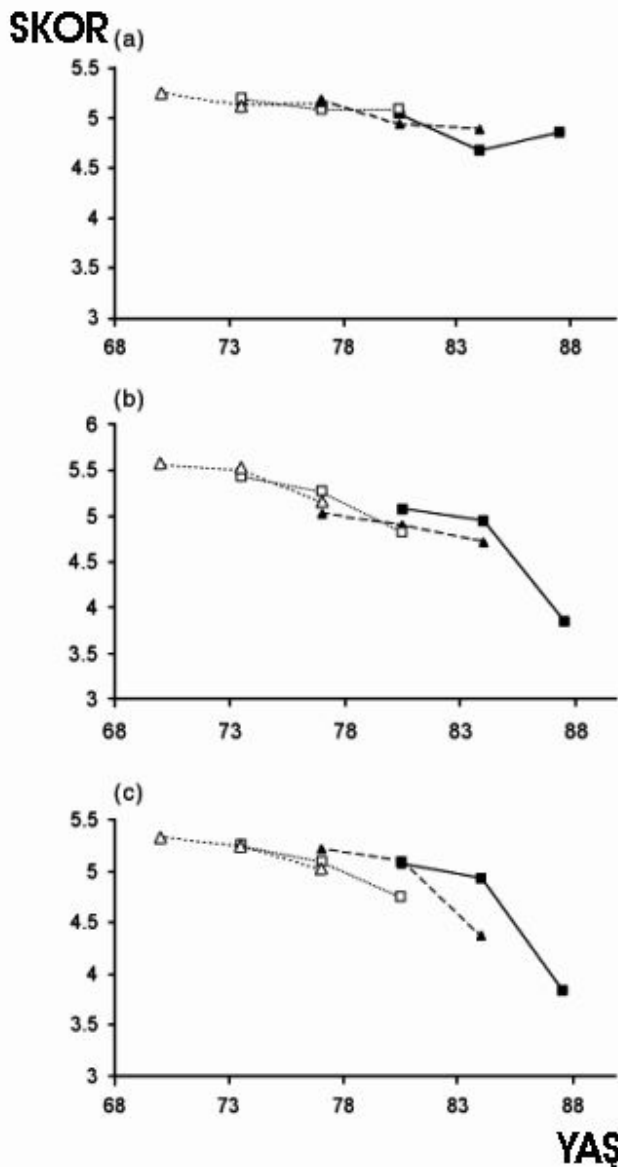
Bu meyanda, damar sertliğini artırıp kalp krizi ve felç riskini çoğaltan “homosistein” adlı protein’in kanda yksekliliğinin Alzheimer’e yakalanma riskini de artırdığı son yıllarda saptanmıştır. Folik asit, B6 ve B12 gibi “B grubu vitaminler” homosistein seviyesini dşrrlen ve homosisteini yüksek kişilerdeki riski azaltırlar. Bazı “kortizon içermeyen romatizma ilaçları”(Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar)’nın Alzheimer hastalığını önlemede yararlı olabildikleri kaydedilmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda bu tip ilaçların hastalık belirtileri başlamadan en az iki yıl süreyle devamlı alınmasının riski azalttığı, fakat hastalık başladıktan sonra etkisiz kaldıkları bildirilmiştir. Benzer şekilde Aspirin de haslıktan önce iki yıl süreyle devamlı içilirse riski azaltmaktadır. Bu ilaçların mideye olan yan etkileri kullanım alanını sınırlar.

Adet kesimi sonrası kadınlarda östrojen yerine koyma (hormon) tedavisinin Alzheimer hastalığı riskini azaltmadığı ve tedavide yararsız kaldığı belirtilmiştir. Bu konudaki görüşler tartışmalıdır. Bazı yayınlarda da aksine uzun süreli ve yüksek doz hormon tedavisinin kadınlarda çok ileri yaşlarda bunama riskini azalttığı kaydedilmektedir. Alzheimer hastalığının tedavisinde ise östrojen önerilmemektedir. Daha nceleri Alzheimer’e yakalanma riskini azalttığı ileri sürülen, diyetle veya ilaçlarla alınan C vitamini, E vitamini ve beta-

karoten gibi “antioksidan” maddelerin alımının hastalık riski üzerine etkisi tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda Alzheimer riskini azalttıkları ileri sürülürken, diğer çalışmalarda bu riski azaltmadığı ve etkisiz oldukları bildirilmiştir.

Son yıllarda bütün dünyada Alzheimer hastalığı'nın sebebini bulmak, riski azaltan faktörleri belirlemek ve tedavi etmek için binlerce çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmalarda büyük aşamalar kaydedilmiştir. Sona ne kadar yaklaşıldığı bilinmez ama, tıbbın bu hastalığı alt edeceği hakkındaki ümidimizi de korumamız gerekir.

Şekil-1: 4 ayrı yaş grubuna ait a) zeka, b) hız, c) hafıza skorlarının ortalama değerleri. Yaş grupları şunlardır: .. Δ.. 70-74 yaş; - - 75-79 yaş; .. ▲.. 80-84 yaş; -■- 85 yaş ve üzeri.



KAYNAKLAR:

1. Selekler K. Yaşlanma ve Alzheimer hastalığı. In: H.Ü.GEBAM, Sağlıklı ve başarılı yaşlanma. HÜ Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi, 2004:19-23.
2. Beers M, Berkow R. Chapter 32, Aging and mental health; Section 4, Psychiatric disorders. In: The Merck Manual of Geriatrics. Merck & Co., Inc, 2000-2004.
3. WHO Information Fact Sheets, Women and mental health, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs248/en/print.html>.
4. WHO Information Fact Sheets, Women, ageing and health, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs252/en/print.html>.
5. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7(2):105-110.
6. Surgeon General Report on Mental Health: Chapter5-Older Adults (US Surgeon General, Department of Health and Human Services), <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/toc.html-chapter5>.
7. Womens’ Mental Health: An evidence based review. World Health Organization, Geneva, 2000.
8. Alzheimer Hastalığı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, <http://www.hacettepem.org/makaleler>.
9. Vaillant GE, Mukamal K. Successful Aging. American Journal of Psychiatry, 2001; 158:839-847.
10. Christensen H. What cognitive changes can be expected with normal aging? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2001; 35:768-775.
11. Henderson AS, Jorm AF, Mackinnon A, et al. A survey of dementia in the Canberra population: experience with ICD-10 and DSM-III-R criteria. Psychological Medicine, 1994; 24:473-483.
12. Park HL, O’Connell JE, Thomson RG. A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2003; 18:1121-1134.
13. Hazlett EA, Buchsbaum MS, Mohs RC, et al. Age-related shift in brain region activity during successful memory performance. Neurobiology of Aging, 1998; 19(5):437-445.

Yaşlılıkta Estetik-Güzellik Kavramları ve Estetik Plastik Cerrahi

Prof Dr. Güler Gürsu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi- Emekli

Yaşlılık ve estetik gibi bir başlıkla irdelemek istediğimiz bu konuyu, bana ayrılmış olan süre içerisinde “yaşlılık” ve “estetik” temel kavramlarını tek tek,ve günlük yaşamımıza olan etkileri ile birlikte ele alarak derinliğine incelemek zor hatta olanaksızdır diyebilirim. Bu nedenle sizlerle öncelikli olarak toplumda sıkça yanlış algılanan Estetik kavramını gözden geçirdikten sonra “yaşlılık ve estetik plastik cerrahi” konusunu işlemeye çalışacağım.

Tarih boyunca ve günümüzde felsefenin değerlerle ilgilenen alanlarından biri olan Estetik’in, günümüzden yaklaşık olarak 2500 yıl önce, özdeş adla olmasa da düşünsel olarak benzer bir çerçevede ortaya çıktığı söylenebilir. Böylece estetikle ilgili olarak düşün üretimi, değer sorunları, kavramsallaştırmalar, tartışmalar ve sonrasında da bunların uygulama alanlarındaki yansımaları bu süreç içerisinde günümüze kadar gelmiştir.Yunanca “aisthetikos”, “aisthanesthai”, “duymak”, “algılamak”, sözcüklerinden kaynaklanan, güzel duygusuyla, güzelin algılanmasıyla ilgili şey anlamına gelen “aisthetike” (duyum) ya da Estetik, güzelin ve güzel sanatların yapısını inceleyen bir felsefe dalıdır..

Estetik ve Güzellik Kavramları

Estetik, güzeli ve zevki kendisine konu birimi olarak alan ve onları inceleyen; tam bir tanımlanmasının yapılması güç olan felsefi bir alandır. Teknik olarak estetik; güzelin, çirkinin, zevkin, eleştirinin, güzel sanatların, çekiciliğin, zevk duygusunun egemenliğinde olan ve bu başat etkenlerin bir araya getirdiği bir çalışma olarak değerlendirilebilir.

Geniş bir anlam çerçevesinde estetik, “her türlü güzelin bilimi” anlamına gelmekte, genel olarak sanat üzerindeki bütün felsefi düşünceleri kapsamaktadır. Sözcük, sanat üzerine olan felsefi düşünceleri içermekle birlikte,gerçekte sanat felsefesinden daha geniş bir alanı kapsamaktadır. Kuşkusuz estetik, doğa ve sanat değerleri ile ilgilenmenin yanı sıra nesneleredeki güzelin ve çirkinin dilini de bulmaya çalışır. “Güzel” teriminin özüne ve nitelendirme ile ilgili tanımlara baktığımızda:”Güzel hissedilen birşeydir, herhangi birşey gibi tanımlanamaz; ne olduğu ya da ne anlama geldiği söylenemez”. “Biçimdeki ahenk ve ölçülerdeki dengeyle estetik bir hayranlık uyandırarak hoşı giden” şeydir. Gibi tümceleri görebiliriz.“Güzel nedir?”i ilk soran filozofun Platon olduğu bilinmektedir. Güzel kavramı, Grek Estetiğinde ele alınan ilk temel estetik kavramıdır. Bunun için Grek Estetiği ilkin bir

güzel felsefesi olarak doğmuştur. Güzel ile ilgili bir başka ilginç nokta da, “yüce”, “hoş”, “iyi”, gibi onunla benzeşen kavramları anlatan terimlerin sık sık onun yerine kullanılmasıdır. Güzel’in estetik yerine kullanılması ve ona ayrıca “olumlu” bir değer yüklenilmesi gibi yanlış kullanımlar da olmaktadır. Bunda, tarihsel olarak geçmişte güzelin estetiği de kapsayan biçimde kullanılmasının payı olsa gerektir.

Güzel’i bir nitelime sözcüğü olarak düşündüğümüzde herhangi bir nesneye “güzel” demek, onun kendi özelliklerinin vurgulanmasından çok; bir uygulamanın, bir görüşün, bir değer yargısının bize ulaşmasıdır.

Örneğin insanın fiziksel olarak güzelliği araştırıldığında, toplumdaki topluma, çağdan çağa, hatta onyıllar içinde değişen güzellik normlarıyla karşılaşılır. Değer sistemlerindeki değişiklik insandaki güzellik normunda da değişikliğe yol açmaktadır. Örneğin, geçmişte güzel kadın olarak bilinen Venüs, 19. yüzyıla kadar sanat yapıtlarında özellikle “soyluluk”, “saflık”, “ahlaklılık”, gibi değerlerle birlikte karşımıza çıkmaktadır. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra “Venüs”ün görüntüsünde önemli bir değişiklik ortaya çıkar. 1863’de Monet’in yaptığı olimpia tablosunda, “saf güzelliğin” ya da ülküleştirilmiş güzelliğin kaybolduğunu ve burada yukarıdaki değerlerin güzel kadın düşüncesiyle örtüşmediği görülür. Artık “güzel bir kadın”, tıpkı o tablodaki gibi lüks bir fahişe de olabilmektedir.

Estetik Değer – Etik Değer Ayrımı: Güzel-Çirkin, İyi-Kötü

Estetik ve etik değerlerle konumuz gereği olan yakın ilişkimizin yanı sıra, bu ikisinin değerler felsefesi içindeki tarihsel birliktelikleri; günlük dilde de ilgili niteçlerin birbirlerinin yerine kullanılabilmesi, kavramsal ve anlambilimsel bir karışıklığa neden olmaktadır. Bu ise bizi kaçınılmaz olarak estetik ve etik değerlerin kavramsal – anlambilimsel bir çözümlemesini yapmaya götürecektir. Bazı filozoflar iki kavramı eşdeğer saymaktadırlar. Özellikle Antik Grek dünyasında güzele ilişkin düşünceler daha çok ahlak ve siyasal ile birlikte kullanılmaktadır. İlk kez bir güzellik kuramı kuran Platon, güzelin iyi ve doğru ideleriyle olan ilişkisini gösterir. Aristo da sanatın tutkuların arınmayı sağladığını öne sürmüştü, o da bu anlamda Platon gibi sanatı ahlaksal ve dinsel ödevlere araç olarak görüp yorumlamıştır. Platon’un Devlet adlı eserinde, güzel ve iyinin birbirleri yerine kullanımı şöyledir: “Masalcıların masalları güzelse bırakacağız söylesinler. Kötüyse yasak edeceğiz”. Güzel masallarla ruhlarını yoğurmalarını isteyeceğiz...” “Çirkin uydurmaları anlatmaktan daha büyük kötülük olur mu” Platon’a göre güzellik ne artar ne azalır, hep vardır. Bu metafizik güzellik artık tanrısal bir güzelliştir. Güzel, yalnızca bir estetik değer değil, tüm varlıklarla ilgili bir temel değer, bir tözdür. Bu yorum, Helenizm çağında Plotinos’u etkilemiş, bu etkiler 17-18. yüzyıl filozoflarından Shaftesbury’ye kadar yansımıştır. Plotinos,

Ennead'larında şöyle der: Özdeksel güzellik, tinsel güzelliğin dışlaşmasıdır.Yalnız tin güzeldir ve güzel sevgisi, kendi özel imgesiyle karşılaşmış olan tinin kendine olan sevgisidir. Tinin güzelliği duyabilmesi için, kendini güzelleştirmesi gerekir.. Güzel ve iyi, aynı ilgi içinde ereğini doğru olarak gerçekleştiren şeydir...Bir şeye elverişli olan her şey iyi ve güzeldir, bir şeye elverişli olmayan herşey kötü ve çirkindir”Güzel ve iyinin birlikte aynı kavramsal düzeyde ele alınışını birçok düşünürde görmekteyiz. Plotinos da, Platon gibi güzelliğe ulaşmayı ahlaksal olarak arınma düşüncesinde anlatır Dünyada en doğal olan güzellik, dürüstlük ve ahlaksal doğruluktur” der. Güzel, her şeyden bağımsız ve özgün, doğuştan zorunlu olarak insanda bulunan, başka bir deyişle deneyden kazanılmayan, ruhun özüne ilişkin bir kavramdır. O, ruhun özgün bir işlevi olarak ele alınır, bu da bizi doğal olarak güzel ve iyiye, onların birlikte ele alınmasına götürür.Grek düşüncesinde güzel ve iyi ayrı ayrı değerler olarak da ele alınmakla birlikte, çoğu zaman birarada ya da başka kavramlarla birlikte düşünülmüşlerdir. Güzel iyi olabildiği gibi iyi de güzeldir.Estetik ve etiğin güzel ve iyi, çirkin ve kötü gibi temel kavramlarının yerine, birbirinin anlamını kuvvetlendirmek için birlikte kullanımı, aynı küme içinde ele alınmaları yalnızca değerler felsefesinde ve günlük dili kullanımımızda değil; aynı zamanda dinlerde, edebiyatta, sinemada da sıklıkla görülebilir. Örneğin, Notr Dame'ın Kamburu Quasimoda ne yaparsa yapsın suçlamaktan ve ölümden kurtulamaz. Mary Shelly'in Frankenstein'ında ise şöyle bir söz geçer:-“Beni sen yarattın.Bana öyle bir yüz verdin ki kötülükten başka bir şey yapamazdım. Herkes benden kaçtı”.

İster varlıklar dünyasında, isterse insanın yarattığı değerler dünyasında, herşeyin birtakım başka şeylerle ilişkileri olması, ya da bir ilişki biçimiyle ilgi içinde (ilişkisellik) olması sanıyorum kaçınılmazdır. İlk Bakışta ilgisizmiş gibi görünen pek çok şey,değişik açılardan düşünüldüğünde ilgili duruma getirilebilir. Burada önemli olan kanımca yalnızca ilişki değil, aynı zamanda bunun hangi düzeyde ve hangi bağlamda, felsefe açısından da en önemlisi hangi türden olduğudur.İlişkinin türü ya da biçimi: İnsan yaşamında görebileceğimiz dönüşüm ilişkisi,tarihte gördüğümüz nedensellik ilişkisi ve ayrıca belirleyicilik ilişkisi, diyalektik ilişki, benzerlik ilişkisi, iletişim ilişkisi... bu bağlamda, hatta ilişkisizliğinde bir tür ilişki biçimi olduğu da acaba düşünülebilir mi?

Bu ilişki, beden görünümünde değişikliğe neden olan birçok hastalık bağlamında düşünülebilir.Deformitenin bedenin görünür bir yerinde olup olmaması da, hastanın onu algılaması ve değerlendirmesi açısından bir başka önemli belirleyicidir. Örneğin yüzde ortaya çıkan deformitelerin algılanmasında bu olumsuz duygulanım belkide en üst düzeylere ulaşmaktadır. Örneğin ağızda ve dişlerde bir patoloji olmadığı halde, ağzın kapanmadığı durumlarda kişiler olumsuz yönde etkilenmekte ve dişhekimine başvurumaktadırlar. Burada

birey, kendisindeki deformiteyi psikolojik olarak içe kapanma, kendine güvenmeme biçiminde yansıtabilmektedir. Buna benzer bir yargı, romatoid ve el deformitesi olan hasta üzerinde yapılan araştırma ve onun sonuçlarına bakılarak da verilebilir. El ve yüz gibi insanlararası ilişkilerde dikkati çeken bir organdır. Bu hastalara uygulanan araştırmanın sonuçlarına göre, eller çekiciliğini yitirmiş ve bu kişilerde ellerini süsleme ya da gizleme biçiminde bir davranışı benimsemişlerdir. Bu hastalarda el deformitesinin beden imgesi üzerinde olan olumsuz etkileri hastaların el ameliyatlarından sonra ortadan kalkmış, kişinin kendini algılayıp değerlendirilmesinde oldukça önemli ve olumlu değişikliklerin olduğu saptanmıştır. Bireyin dış görünümündeki “normal” ve kabul edilmeyen farklılıklar ya da buradaki bağlamıyla deformite, onun çekiciliğini azaltan olumsuz bir durumdur. Fiziksel bozukluğa neden olan hastalıklarda bireyin bedenini algılaması ve ona yüklediği anlam; onun kendisini (bedenini) beğenmemesi, kendine güvenin azalması, kendini değersiz ve önemsiz görmesi gibi olumsuzluklar çerçevesinde ele alınabilir. Bu tablo, hastalığın kısa ya da uzun süreli olması, deformitenin görünür bir beden bölgesinde belirgin ya da belirsiz olması, hastanın yaşı, çalıştığı iş ve daha başka belirleyicilerin de bulunduğu bir durumdur.

Herhangi bir nesneyi güzel yada çirkin olarak değerlendirebilmek için öncelikle duyu verilerine başvururuz. Daha sonra nesne ile ilgili estetik yargımızın oluşmasında nesnel gerçekler kadar öznellik de işin içine girse bile, bu, nesnel gerçeğin az ya da çok doğrudan bir uzantısıdır. Bu bağlamda, estetik değerın öznellik yönü yadsınmamakla birlikte, özellikle etik değer yargıları ile karşılaştırıldığında, onun empirik dünyaya (duyu verilerine) dayanan nesnel yönü ağır basmakta ve bu açıdan da bilimsel çalışmaya daha uygun olmaktadır. Her ikisi de kural koyucu, demek oluyor ki “normatif” alanlar olmalarına karşılık, etikte bu kural koyuculuğun öznellik yönü daha önde gelirken; estetikte gerek öznellik gerekse nesnel yönleri bulunan yargılarımıza daha yakın olan, belki onlarla hiç de az olmayan bir ölçüde kesişen beğeni yargılarından oluşan bir bütün sözkonusudur. Estetiğin yüzyıllardır değişik biçimlerde söylenmeye çalışılan denge, simetri, altın oran, renk uyumu gibi “nesnel gerçeğinin” ya da “nesnel estetik ölçütleri”nin, açık olarak onun bu ontolojik yönünden kaynaklandığı söylenebilir. Etik, birey-birey, birey-toplum, birey-devlet ve daha başka biçimlerde ele alabileceğimiz ilişkilerin, tutum ve davranışlar açısından başkalarına aktarımıyla ilgilidir. Etikteki bu aktarım, özellikle de estetikle karşılaştırıldığında, duyusal, en başta görsel olmaktan daha çok dilsel anlatıma uygundur.

Estetik Değerle Karışan Başka Kavramlar

Bir nesneye, bir tutuma yüklenen değerler estetik yada etik değerler olabileceği gibi, onları başka niteliklerle daha çok vurgulayıp belirginleşmelerini sağlayabiliriz. Burada yukarıda

belirttiğimiz gibi özellikle günlük dilde karşılaşılan olumluluk (ya da olumsuzluk) anlatan niteçler birbirleri yerine kullanılabilen; bazen de anlatımı kuvvetlendirmek için birbiri ardına sıralanabilmektedir.

Estetikle ilgili bir tanımda, “güzel” ve “çirkin”in dışında da, benzeri başka sözcüklerden yararlanıldığını görmekteyiz. Böyle bir tanıma göre estetik: hoş, sevimli, güzel, takdir edilen, etkileyici, heyecan verici sözcüklerinin arasında olan bir kavramdır. Oysa takdir etmede ve heyecan vermede psikolojik bir yön, sevimli olmada çocuksu bir yön, hoş olmada ise çekiciliğin egemen olduğu bir yön vardır. Estetik değer kendi içinde bir amaç olmasının dışında başka kavramların da birer tamamlayıcısı gibi görülmesine bağlı ya da böyle görülmesinin bir sonucu olarak, kavramsal karışıklıkların bulunduğunu gözlemliyoruz. Belli bir bağlamda ekonomik, ergonomik, yararlılık beklentisi, psikolojik amaçlı olma vb. birçok durum, estetik değerle birlikte düşünüldüğünde birbiri yerine kullanılmakta, böylece birbirinin anlamını güçlendirmektedir. Bu gibi durumlarda amaç önemli olmaktadır. Örneğin bir çantanın yalnızca estetik açıdan güzel olması ile onun rahat taşıyıcı olması, ne için kullanılacağı, içinde neleri taşıyacağı, pahalı olmaması, göze hoş gelmesi, günün “moda” kavramına uyması gibi ve dahada artırabileceğimiz birçok belirleyicinin anlatmak istedikleri aynı değildir. Bu aynı olmama, içinde estetiğin de bulunduğu ve onun sayılan öteki ve benzeri yönlerle karışabileceği bu tür çok boyutlu ve karmaşık bir kümenin varlığından kaynaklanmaktadır. Bazen estetik yargının oluşmasında etkili olan nesnel belirleyiciler de tek başlarına estetik değer olarak karşımıza çıkabilmektedirler. Örneğin: “Biçim çirkinliği ki buna ritimsizlik, ahenksizlik diyoruz, insanın özünün ve sözünün çirkinliğiyle kardeştir”. Bu tümceyi yalnızca konumuz bağlamında ele aldığımızda çirkinlik, ritimsizlik ve uyumsuzluğa (ahenksizliğe) indirgenmiştir. Oysa bunlar çirkin olmanın, çirkinliğin tümü değil, yalnızca birer parçası ya da ögesidirler.

Estetik Yargı

Bireyin (öznenin), nesne üzerinde estetikle ilgili görüşlerinin son aşamasını estetik yargı oluşturur. Estetik yargının oluşmasında ve bunun aktarılmasında sırası ile yukarıdaki bölümlerde ele aldığımız yol izlenir. Bunu kısaca tekrarlırsak, özne (birey) nesneye ilgilenir, onu algılar, kendisinin ve (toplumun) değerler süzgecinden geçirdikten sonra sonucu (“kendine” ve başkalarına) estetik yargı olarak aktarır. Estetiğin söz edildiği her yerde zorunlu olarak bir değer yargısı da söz konusudur. Estetik yargı olarak karşımıza çıkan bu “yorum” ve “anlatım”ı etkileyen bir takım etkenler varsa da süremiz bu ayrıntılara girmeye yeterli değildir. Böylece, yukarıdakilerin de ışığında değerlendirdiğimizde karşımıza çıkan ve en temel olarak onu bilimsel bilgidan ayıran özellik estetik yargının bireysel olmasıdır. Bu bireysellik onu

objektiflikten (nesnellikten) uzaklaştırmakta, kavrama dayalı olmaya, subjektif (öznel) bir niteliği ona yüklemektedir. Estetik yargı , bilimsel bilgide olduğu gibi bireyin duyu verilerine dayanmaktadır. Ancak bunun yanında, estetik yargıyı tekrar tekrar deneme ve sınama işlemine tutmamız bir yerde olanaksız olduğu gibi ondan genel sonuçlar çıkarmak da olanaklı görünmemektedir. Çünkü bu “bilgi” tek tek bireylerin yorumuna bağlı kalmaktadır. Estetik yargının ürünü olan şey yalnızca bilgi olarak adlandırılmak istendiğinde “sezgi ya da esin kaynaklı olan özel bir bilgi türü” gibi tanımlarla karşılaşılabilmekteyiz. Kanımca böyle bir bilgi türü üzerinde bir uzlaşmaya gitmek en azından şimdilik pek olanaklı görülüyor. Bu gerçeklerden yola çıktığımızda estetik yargıyı bir “bilimsel bilgi” olarak ele alamıyoruz.

Estetik Yargının İç (Bireysel) Belirleyicileri; Örnek Olarak Algı ve Sezgi

Estetik yargının oluşmasında bireyin kişilik, nesnenin biçimsel özellikleri ile kültür, inanç sistemleri gibi dış belirleyiciler etkili olmakla birlikte; bütün bu etkenler birbirlerinden ayrılmaksızın ve karşılıklı olarak sonucu etkilemektedir. Başka bir anlatımla, birey kültürden etkilendiği gibi aynı zamanda birey(ler) de kültürü etkilemekte; yenilenen kültür ya da toplum ise bireyi, onun beğeni ve yargılarını yeniden “oluşturmaktadır”. Bugün bireyin tutum ve davranışının nedenleri en başta ya da temelde ruhbilim (psikoloji) olmak üzere değişik insan bilimlerinin (antropoloji, toplumbilimi, toplumsal ruhbilim vb.) ve bilimsel yöntemin araştırma alanına girmekte bu yolla açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu bölümde özellikle ruhbilimden yararlanılacak, ancak konumuzun genel olarak ilgili bilimlerde ele alınışı bir sonraki bölüme bırakılacaktır.

Güzellik yargıları arasındaki ayrımların ve uyuşmazlığın temelinde bireysel farklılıklar başta gelmektedir. Bir psikoloji kuramına göre güzellik yargılarının uyuşmazlığı şunlara dayanarak şöyle açıklanmaktadır.

- 1) Son derece çok sayıda psikolojik etki özelliklerinin olması;
- 2) Ayrıca bu psikolojik etki özelliklerinin birden fazla türden nesneye uygulanışı;
- 3) Nitelik ve derecelendirilmesinin daima göreceli olması. Hatta herkes tarafından güzel sayılan nesnelere için bile nitelik derecesinin özellikleri arasında “az güzel”, “çok güzel” gibi yargı farklarının bulunması. Belirteçlerde çeşitliliğin sözkonusu olmasından dolayı (az, çok gibi), burada nitelik ölçüsünde niceliği de hep dikkate almak durumundayız.

Bir tanıma göre kişilik, bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, öteki bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimidir (ya da ilişkiler bütünüdür). Bireyin tipik ve belirli durumlarda sık sık gösterdiği davranışların kişiliğinin bir parçası olduğu düşünülür. Tutum (ya da bireyin tutumu), bireye atfedilen ve onun psikolojik nesne ile ilgili düşünce, duyu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir. Bu gözlenebilen bir davranış değil,

davranışa hazırlayıcı bir yönelimdir. Tutumu yalnızca bir duygu ya da bir davranışın hazırlayıcısı olarak değil, düşünce-duygu-davranış eğiliminin bütünleşmesi olarak görmeliyiz. Bireyin ister kişilik özellikleri, isterse tutumu olsun, estetik yargı açısından ele alındığında onunla ilgili birçok konuyu tartışmamız kaçınılmaz olacaktır. Ancak biz burada bunlardan başlıca ikisini, algı ve sezgiyi ele alacağız.

ALGI

Bir nesneyi görsel estetik açısından ele aldığımızda özellikle öznenin yapacağı ilk işlem yada ön koşul, o nesneyi algılamaktır. Nesnenin algılanmasında duyu verilerine özellikle de göze ve onun görme eylemine gereksinim vardır. Algılama işlemi sırasında görmenin dışında öteki duyu verileri de rol almaktadır.. Algı, görme duyusundan farklıdır; o, görme duyusu ile başlayan karmaşık bir işlevler bütünüdür. Algı kısaca değerlendirilecekse görme ile başlayan bu işlemde bu duyu ve gözle ilgili her türlü fizyolojik (ve patolojik) özelliğin etkili olduğu söylenebilir. Sonuç olarak belirtmek gerekirse , estetik yargının oluşmasında önemli bir basamak olan algılama bireysel bir olgu olmakla birlikte, bireyin kişiliğinin oluşmasında etkili olan etkenler de algının belirleyicileri arasındadır. Bu ise algıyı salt bireysel bir olguymuş gibi düşünmek yerine, onun dış belirleyicileri de olan, daha karmaşık bir sistem olabileceğini bize göstermektedir. Bireyin neleri beğeneceği, hangi nesnelere algılayacağı ve onları “güzel”, “çirkin” olarak değerlendireceği çağının değer sistemleri ve ona öğretilenler ile yakından ilgili olmaktadır.

SEZGİ

Sezgi ve algı, birbirlerinden oldukça farklı iki işlev olmakla birlikte dünyayı tanıma, anlama ve yorumlamada bir bütünün parçaları gibidirler. Estetiğin bireysel olmasında sezginin önemli bir yeri bulunmaktadır. Sezgisel olan bir açıdan bize bireysel olanı verirken, algı bize nesnelere dünyasındaki gerçekleri aktarır; sezgiler “gerçeği” bildirdikleri gibi “gerçek olmayanı” da anlatırlar. Tinsel (ruhsal) bir etkinlik olan sezgi; kavram, duyum, hayal ve algıdan farklıdır. Kavramın düşünsel bir etkinlik olması, duyum ve hayalin eylemsizliği, nesneye (maddeye) bağlı olması ve algının gerçeğe ilişkin olması burada en temel nedenler olarak sayılabilir.

Estetik Yargının Dış (Toplumsal-Kültürel) Belirleyicileri *****

Toplumsal Bağlamda İnsan Bedeni ve Estetik

Estetik olgusu ve onun bireyler üzerindeki karşılıklı etkileri bundan önce tartışılmıştı.. Bu bölümde ise konumuz, bireylerin oluşturduğu toplum açısından ya da toplumsal bağlamda tartışılacaktır. İnsanın biyolojik yapısı ve psikolojisinin yanında onun en önemli özelliği toplumsal bir varlık oluşudur. O, doğuştan getirdiği yetenekleri ve istekleriyle, sonradan öğrendiklerini ya da ona öğretilenleri bir araya getirerek kişiliğini oluşturmaktadır. Bir bakıma

birey, içinde yaşadığı toplumun “değerleri” ile oluşmakta, kendisi de (öteki bireylerle birlikte) de değerlerin ortaya çıkmasında/gelişiminde rol oynamaktadır. Toplumsal açıdan ya da toplum bağlamında estetiğin ele alınması konunun bir anlamda toplumbilimsel (sosyolojik) boyutta irdelenmesini gündeme getirmektedir. Ancak tezin (ve konunun) kapsamı da düşünülerek belki daha önemlisi bu boyut bizim uzmanlık alanlarımızı aştığından, bilimsel açıdan bu bölüm “toplum” kavramı ile sınırlı tutulmuştur. Kişi, toplum tarafından önceden belirlenmiş bazı düşünce ve duygu kalıplarını, özellikle tepki ve davranışları kişiliğine mal ederek o topluma ait bir birey olur. Bireye toplum tarafından aktarılan bir başka değerler kümesi de toplumun estetik beğeni ve yargılarıdır. Bunlar dış dünya ile ilgili olduğu kadar, insan bedenine yönelik olan “değer ve yargıları”da içermektedir. İşte toplumun özellikle insan bedenine yönelik normların oluşmasındaki etkileri bu bölümle alt bölümlerinin tartışma evrenini oluşturmaktadır. Bir bakıma soyut bir kavram olan toplum, belirli bir süre içinde belirli bir mekanda, belirli nitelikleri taşıyan ve çok sayıda insandan kurulu bulunan bir sistemdir. Bu dizgenin en önemli özelliklerinden birisi ise zamana, mekana ve onu oluşturan kişilere göre değişme özelliğidir. Toplumun bu değişen yapısı, onun insan bedeni ile ilgili estetik yargısına da değişiklik olarak yansımaktadır. Çağlar boyunca, sanat yapıtlarındaki “güzel insan bedeni” figürlerinde, bu değişim açıkça görülmektedir. Örneğin, Vilendorf venüsü ile çağımızdaki bir güzellik kraliçesinin bedenleri arasındaki farklılıklar açıktır. Toplumun bir başka özelliği ise, onu oluşturan bireylerin kendi aralarındaki etkileşimleridir. Bu etkileşim ile toplumsal bir güç oluşmaktadır. Oluşan bu güç, toplumun ayakta kalmasını sağlayan öğelerden toplumdaki tabulara ve saygı kurallarına kadar bir dizi normatif yapıyı kapsamaktadır. İnsan çoğu zaman doğduğu günden yaşamın değişik dönemlerine ve ölünceye kadar toplumun belirlediği kurallar doğrultusunda yaşamını sürdürmektedir. Bu kuralların konumuz açısından önemi ise, bunların aynı zamanda insan bedeni ile ilgili yargıları da içermektedir.

Estetik Yargının Dış Belirleyicisi Olarak Toplum

Toplum, insanın biyolojisi ve psikolojisinden ayrı (ve onlara ek) olarak, bir anlamda da bireyin dışındaki bir etkidir ya da etkenler kaynağıdır. Ancak o, İnsandaki estetik yargının oluşmasında ve biçimlenmesinde önemli katkılarda bulunmaktadır. Bilindiği gibi insan bedeninin güzelliği anatomik ölçülerle anlatılmakla birlikte, bu durum toplumun anatomik yapısıyla da ilgili olarak değişmektedir. Toplumdaki değer yargıları ile bireylerin davranışı arasında çoğu zaman bir tutarlılık gözlenmektedir. Bu tutarlılığın, toplumun insan bedenine yüklediği estetik değerler için de geçerli olduğu söylenebilir. Toplum, insan bedenini “güzel”

ve “çirkin” olarak değerlendirmekte ve bunu da kendi koyduğu sınırlar içerisinde yapmaktadır. Toplumun sınırlarının belirlenmesinde ve olumlu değer yargılarının oluşmasında ise normal denem kavrama gereksimimiz olacaktır. İnsan bedeni, fizyolojik olarak yaşamsal gereksinimleri karşılama yanında, toplumsal olarak da çoğu zaman bir iletişim aracı gibi kullanılmaktadır. Konunun toplumsal açıdan değerlendirilmesi sırasında önemli olduğunu düşündüğümüz bu iki kavram, aşağıdaki altbölümlerde tartışılacaktır.

Birey toplumdaki değerleri öğrenirken toplumla kendisi arasında bir özdeşim kurmaktadır. Özdeşim, başka bir kişinin özelliklerini, duygu ve davranış biçimlerini, değerlerini ve inançlarını benimseyerek; kendi benliğimize sindirip kişiliğimizin bir parçası, bir özelliği durumuna getirmemiz anlamındadır. O, her insanın çocukluktan yetişkin çağına dek kullandığı bilinçdışı bir olgunlaşma ve savunma düzeneğidir. Çocuk, önce yakın çevresinde anne ve babasını benimseyerek, onlara benzemeye çalışır. Büyüdükçe onların değer yargılarını, dünya görüşlerini düşünce ve davranış biçimlerini bilinçli bir çaba göstermeden benimser ve giderek her insanın benliği az çok anneden, babadan ve onların örneklerinden gelen ruhsal özelliklerle yapılaşır. Onun ailesinden öğrendiği bu değerler aynı zamanda toplumunda değerleri ve inançlarıdır. Çocuk özdeşimle ve anne-baba aracılığıyla toplumun benimsediği özellikleri kendine sindirmektedir. Kuşkusuz burada, aynı toplumsal çevre içinde de olsa aileler ve çocuklar arasındaki farklar ve bunların belirleyicilerini de gözden uzak tutmamalıyız. Daha öncede dile getirildiği gibi, güzellik yargısıyla ilgili olarak çocuğun öğrendikleri henüz toplumla tam iç içe olmadığı zamanlarda da ona oyuncaklar ve masallar gibi değişik biçimlerde öğretilmeye çalışılmaktadır. Kadın güzelliği için “barbi” bebekler bunu en çarpıcı örneğidir. Yine masallardaki güzel kızların prenses, yakışıklı erkeklerin prens olması da bir rastlantı olmasa gerektir. Toplum, bir arada yaşayan insanlar topluluğu olmaktan öte, kültürü ya da bir başka söyleyişle ürettiği maddi ve manevi değerleri ile çoğu zaman ortak değer sistemlerini benimsemekte ve yansıtmaktadır. Toplumun hem maddi yapısı hem de değerleri aynı zamanda üzerinde yaşayan coğrafyanın, iklimin, savaşlar-salgın hastalıklar gibi (siyasal ve) toplumsal olayların, toplumun ekonomik koşullarının, inanç sistemlerinin, doğal çevrenin ve daha bir çok olayın etkisi altındadır. Bu değişkenlerdeki farklılıklar kaçınılmaz olarak toplumun değer sistemlerine de yansıtacaktır. Toplumun insan bedeniyle ilişkili olan estetik değerlerinin zaman içerisinde değişime uğradığını yukarıda belirttik. Örneğin, bir çağda “güzel” kabul edilen bir kadının, bir başka çağın insanları tarafından “çirkin” bulunma olasılığı hiç de az değildir. Zamanla değişen bu yargının oluşması doğaldır ki “salt” zamana bağlı bir değişim olmaktan çok, onun içerisinde değişen ve yukarıda da saydığımız değişkenlere bağlı olarak ortaya çıkan bir durumdur. Örneğin, 16. yüzyılda soluk benizli

olmak bir güzellik belirtisi iken, günümüzde daha çok güneş yarığı ciltlere sahip olmak gzellekle koşut gitmekte ve insanlar çağımızda güzel görünmek için yerine göre saatlerce güneş altında kalmaktadırlar.Farklı toplumların çeşitli nedenlerle bir arada olmaları da çoğu zaman onların değer sistemlerinde bir değişime neden olmaktadır. Örneğin 2.Dünya Savaşı ncesi Japonya’da kadınların hemen hepsi belirsiz bir ggse sahip olmak istiyordu. Ancak savaş sonrası dönemde Batı kültürünün etkisinin artması ile bu istek yerini daha belirgin ggslere sahip olma isteğine bırakmıştır.Toplumdaki “güzel insan imgesi” topluma g ya da başka nedenlerle dışardan girmiş kişilerde zaman zaman bireyin kendini “yabancı” hissetmesi ve kendi ırksal özelliklerini deformite sayıp değiştirmeye uğraşması biçiminde gözlenebilir. Burada birey yeni katıldığı toplumdaki insanlar gibi görünme çabası içindedir. Bu durumda o kişinin toplum dışına itilmemek, kendisinin farklı olmadığını göstermek için böyle davrandığı düşünülebilir.özellikle çağımızda artan ve oldukça etkili olan iletişim araçları farklı toplumların değerlerinin tanıtılması için oldukça hızlı ve etkili bir araç konumundadır. ağımızla birlikte hızla yaygınlık kazanmaya başlayan bu araçlar, “istenen güzel bedenleri” (ve yüzleri vb.) hızlı ve oldukça etkili bir biçimde neredeyse tüm insanlara yaymaya çalışmaktadır. Burada zel kültürlere bağlı olan güzellik ölçütlerine ve değişikliklere neredeyse güzel olma şansı verilmemektedir. Cinsel estetik yönünden bunun en çarpıcı rneği, dünyada giderek daha fazla yaygınlık kazanan Hollywood ıkışlı gzellerdir.

Buradan yola çıkarsak, estetik yargının oluşmasında bir çok değişken ve bu değişkenlerin arasında bir etkileşimin olabileceğini görmekteyiz Bu değişkenler zamana, yere, toplumlara göre değişik düzeylerde, estetik yargının oluşmasında etkili olabilirler.rneğin KÜLTÜR Kültürle ilgili çeşitli tanımlar yapılmıştır. Bunlardan birisi olan E.B. Tylor’un tanımına göre kültür, toplumun bir bireyi olarak insanın geliştirdiği bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, gelenek, yetenek, ve alışkanlıkların toplamıdır. Kalıcı olan kültürler yanında değişen güncel kültür burada ana temel yani estetik yargının bir dış belirleyicisi olarak karşımıza çıkmaktadır.SOSYOEKONOMİK ETKENLER de bu grupta ele alınmalıdır

Estetik Yargının Empirik (Nesneye zg) Yönleri

Estetik değer insanın oluşturduğu bir değer olmakla birlikte, başka bir söyleyişle nesneye “güzel” ya da “irkin” değerini ykleyenin özne olmasına karşılık; neden herhangi bir A nesnesine güzel denir de B nesnesi çirkin bulunur? A yda da B nesneleri bazı nitelikler taşıyarak bu belirleniş üzerinde etkili olmaktadır? Estetiğin temel sorunlarından biri,”güzelin temellendirilmesinde nesnel bir takım ölçütler”in olup olmadığıdır.

Tıpta Estetik

Hekim tıp uğraşı boyunca bireyin ve toplumun bedensel ve ruhsal sağlığını korur, eğer sağlıklı olma durumu bozulmuş ise bunu olabildiği ölçüde ve olabildiğince kısa sürede sağıaltmaya çalışır. Hekim tüm uğraşını; onun gerekli (olmazsa olmaz) koşulu olan temel bilimlere dayandırır ve bu bilim temelinden yararlanarak teknik becerisini uygular. Tıp etkinliğinin bilim temelinde teknik uygulama olmasının ötesinde başka bir niteliği de “hümanizma” yönünün bulunması, bir başka deyişle onun bir “sanat” oluşudur. Bunun ötesinde hekim, yalnızca bir “teknisyen” olmayıp, aynı zamanda “estet” anlamında bir sanatçı ve uygarlığın çağdaş bir temsilcisi olma özelliğini de taşımaktadır.

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

Plastik ve rekonstrüktif cerrahi, insanlardaki deformite ve defektlerden kaynaklanan işlev bozukluklarını ve bozulan estetiği onararak, sağlıksız kişiyi sağlığına kavuşturmaya çalışan bir cerrahi dalıdır. Plastik cerrahinin oldukça geniş olan uygulama alanı, 1) Doğmalık anomalilerin düzeltilmesi; 2) Yanıkların cerrahi tedavisi; 3) Kaza ve kanser sonrası yeniden doku yada organ oluşturma ameliyatları; 4) Cinsiyet değıştirme ameliyatları; 5) Kozmetik amaçlı ameliyatlar olmak üzere beş gurup altında toplanabilir.

Kozmetik amaçlarla yapılan cerrahi girişimler, kişilerin psikolojisini düzelttiği gibi buna bağılı olarak da bireyin birçok alandaki verimini artırmaktadır. Bu ise kozmetik cerrahi uygulamalarının “saf güzelleşmek” amacıyla değıil, bir yandan da bireyin kendine güveninin sağlanması ve onun topluma kazandırılması için yapıldığı anlamına gelmektedir. Bugün kozmetik cerrahi, sanayinin gelişmiş olduğu ülkelerde daha yaygındır. Kozmetik cerrahinin yaygınlık kazanmasında psikolojik nedenler yanında birçok toplumbilimsel neden de vardır.

Örneğın 20. yüzyılda değışmeye başlayan cinsel değıerler, bireydeki narsistik öğelerin artması, plastik cerrahi tekniklerinin gelişmesi, yaşlanan nüfusun artması ve yaşlanma korkusu; bireylerin daha bilinçli hareket etmesine, konuyla ilgili bir kültürel tutumun ortaya çıkmasına, tüm bunlar ise öteki nedenlerle birlikte plastik cerrahinin gelişimine olanak tanımıştır. Ayrıca cerrahi hastalarının değışen toplumsal eğilimleri, toplumda değışen güzellik ölçütleri, sağlığa ayrılan ödenekler de kozmetik cerrahinin gelişimi üzerinde olumlu katkılarda bulunmuştur.

Tıpta Genel Bir Konu Olarak “Deformite”

Klinik tıbbın temel işlevlerinden birisi,(genelde en başta gelen işlevi,) patolojik olan yada hastalıklı durumun ortadan kaldırılması, tanı ve sağıaltım ile bireye”normal” bir görünüm “nitelikli” bir yaşamın sağlanmaya çalışılmasıdır. Deformite olgusu karşısında hekimin tutumu, birey bu olumsuz görünümünden kurtarmak ve ona daha “normal” bir biçim sağılamak

olacaktır. Genelde hekimin düzeltmeye çalıştığı deformite olgularını iki grup altında toplayabiliriz.

- 1) Bireyin dış görünümünde (genellikle) hemen herkesin biçim bozukluğu olarak kabul edebileceği, normalden farklı bir görünüm; örneğin , yüzdeki tüm doğumsal bozukluklar, lekeler, kamburluk, topallık, bir gözün olmaması gibi. Genellikle bu deformite, salt görünümle ilgili patolojik bir durum değildir; bu zamanda bireyin normal fizyolojik işlevlerinde de bir bozukluk yaratmaktadır.
- 2) Bireyin dış görünümde patolojik bir bozukluk olmadan, genellikle onun fizyolojik işlevinde de bir kaybın bulunmadığı deformite biçimleri. Burada birey kendisinin bu olası deformiteye sahip olduğunu düşünür ve bu durumun hekim tarafından düzeltilmesini ister.

Bu iki deformiteyi daha kısaca söylemek yada terimlendirmek gerekirse:

- 1) “Morfolojik düzeydeki organik deformiteler” ve 2) ilke olarak organik olmayan “kozmetik düzeydeki deformiteler”den söz edebiliriz.

Tıp etkinliğindeki deformite kavramını bütünüyle anlayabilmek için birkaç türden veriye gereksinim vardır. Bunlar;

- 1) Toplumsal ve kültürel tutumlar
- 2) Aile içi tutumlar ve tepkiler,
- 3) Bireysel ve intrapsişik tutumlardır.

Deformite bireysel davranışı etkilemekte, bunlar da bireyin özne deformite duygusu üzerinde belirleyici olmaktadır. Özellikle (salt) kozmetik amaçla yapılan deformite tedavileri bu üç düzeyin birlikte değerlendirilmesi sonucu anlaşılabilir. Toplumun estetik değer yargılarına uymayan morfolojik görünüm o toplum tarafında “çirkin” olarak değerlendirilecektir. Toplumun bir parçası olan birey ister istemez az yada çok bu değerlendirmelerin etkisinde kalacaktır. Bireyin kendisini çirkin olarak değerlendirmesi, toplumsal bir varlık olan insanın etkileşimini aksatmaktadır. Dahası, çirkinliğin itici bir özellik olduğu ve canlıların üreme stratejisi üzerinde de etkili olduğu bilinmektedir. Kozmetik amaçla yapılan tedaviler bu açıdan ele alındığından ve onlar aynı zamanda bireyin ruh sağlığına olumlu olan katkılarıyla birlikte düşünüldüğünde, tıbbi bir amaca hizmet ettikleri de söylenebilir. Bugün tıp uygulaması içinde bireyin dış görünümüyle ilgili her türlü deformitenin değişik klinik dallarda tedavisi yapılmaktadır. Örneğin, doğuştan kalça çıkıkları, skolyoz, kol amputasyonu sonrasında protez takılması ile ortopedi; pitosis, yanık sonrası cildin onarımı, hipospadias-epispadias rinoplasti ile plastik ve rekonstruktif cerrahi; psöriasis, verrukalar, egzama ile dermatoloji; şaşılık gözün olmaması ya da

alınması sonrasında protez takılması ile oftalmoloji ilgilenmektedir.Özellikle 20. yüzyılla birlikte tıp uygulamasında deformite olgusuna eklenen ve tıp uğraşından bir yerde sağaltımları beklenen durumlar ortaya çıkmıştır: yaşlılık, şişmanlık, genetik hastalıklara bağlı bozukluklar gibi. Yüzyılın ilk onyıllarında başlayan ve 60'larla birlikte hızla artan bir “kilo” olgusuyla karşılaşmaktayız. Fiziksel uyum (sağlıklılık), tercih edilen beslenme, zayıflık ve bunun ideal norm olarak çeşitli biçimlerde vurgulanması ve bir yerde “moda” olması vb. tutumlar, kilolu olmanın da sağlıksızlık ve istenmeyen bir durum olarak vurgulanmasına neden olmuştur. Ayrıca kilonun, insanın kozmetikaçından biçiminde “çirkinlik”oluşturması yanında özellikle yüksek kan basıncı, şeker hastalığı, kronik eklem hastalıkları da birlikte getirmesi sağlıksız olma durumunu vurgulamaktadır. Kilo ile sağlıksızlık arasındaki bu doğrudan ilişki, onu bir yerde deformite kümesinin içine sokmaktadırTıbbın gelişimi birçok hastalığın tedavisini olanaklı kılarken, bu durum (başka etkenlerle birlikte) insan yaşamının uzamasına da neden olmuştur. Bu ise eskiye oranla artmış yeni bir sorunu karşımıza çıkarmaktadır:”yaşlılık”. Yaşlılıkla birlikte oluşan fiziksel güçsüzlük ve hastalıklar bir yana, bedeni deformite açısından ele aldığımızda, deride ve iskelet sisteminde yaşa bağlı ve kaçınılmaz olarak bazı patolojilerin ortaya çıktığı görülür.Çoğunlukla bir hastalık olarak değerlendirilmeyen pek çok deri sorunu,örneğin; kırışıklıklar, sarkmalar, renk değişikliği, benler, asimetrinin artması gibi. İnsandaki genel güzellik normları göz önüne alındığında yaşlanmada ortaya çıkan,yüzün uyumu ve düzeninin bozulması, ve biçim bozuklukları, kısacası genç görünümünden uzaklaşma,kusurlu durumların ve bozuklukların ortaya çıkması olarak değerlendirilebilir.

Tıpta Anatomik ve İşlevsel Yönden Özel Estetik Konuları

Bedenin herhangi bir bölümünde çeşitli nedenlerle deformiteler oluşabilir. Bunlar ortaya çıkış zamanlarına göre; 1) Doğuştan olan deformiteler: dudak damak yarığı, kalça çıkıklığı gibi; 2) Sonradan ortaya çıkan deformiteler ki bunlar da:

- a) Herhangi bir hastalığı sonucunda ortaya çıkanlar: Guatrda boyunda oluşan şişkinlik, vertebra tüberkülozunda bel kemiğinin eğrilmesi, romatoid artritte ellerde oluşan biçim bozuklukları vb.
- b) Herhangi bir hastalığın tedavisi sonrasında ortaya çıkan deformiteler: Bunlar ameliyatlardan sonrasında özellikle de görünür yerlerdeki dikiş izleri-skar dokusu, kortikosteroid ya da genel anlamda ilaç kullanımına bağlı oluşan biçim bozukluklarında olduğu gibi.
- c) Kaza, yanık ve yaralanma gibi olaylar sonucunda ortaya çıkan deformiteler: Kolun-bacağın kopması, yüzün yanması gibi.

d) Tüm bunların dışında kişinin bedenini çirkin algılaması ile ilgili olanlar:

Kadında küçük veya büyük meme, yüzdeki kırışıklıklar gibi.

İnsan bedenindeki deformitelere çözüm(ler) arayan uğraşlar ilke olarak öncelikle tıp (sağlık) bilimleridir. Bunu yanı sıra eskiden olduğu gibi günümüzde de deformitelere çözüm arayışı içerisinde olan başka yerler de vardır: örneğin güzellik enstitüleri gibi. Bunlar, kozmetik açıdan bireyde rahatlık sağlamaktadır. İnsanlar ayrıca tedaviye dönük çalışmalar yerine, gülen bir yüz, giyim- kuşam, boyalar ve maskeler ile çekiciliği artırarak güzelliği sağlamaya çalışmaktadırlar. Bir başka örnek, saçlardaki azalma ya da kellik durumunda peruk kullanılmasıdır. Tedavi edici hekimliğin olağan anlamda sağaltım açısından tek başına yeterli olmadığı durumlarda da, en azından işlevsel (fonksiyonel) sağaltımın yanı sıra estetik (biçimsel) sağaltım amacıyla protezlerden yararlanılmaktadır. İnsan bedeninde özellikle başka insanlar tarafından görülmeyen yerlerde olan deformiteler ya da herhangi bir nedenle gizleme olanağı olan bozukluklar kişiye daha az üzüntü ve sıkıntı kaynağı olurlar. Bireyin kendisi dışında başkaları tarafından da görülebilen yerlerinde olan deformiteleri ise bu anlamda daha “önemli” olmaktadır. Bu “görülebilen deformiteler” kişinin kendisi için olduğu kadar, ikinci, üçüncü kişiler, bir anlamda da yaşanan toplum için de önem taşıdığı düşünülebilir. Örneğin, karındaki 15 santimlik bir ameliyat izi ile yanaktaki 2-3 santimlik bir izin “anlam” olmasa gerek. Bireydeki deformite, bireyin yakın çevresi dışındaki insanlar ve toplum için de önemli olmaktadır. Bu bağlamda deformitenin toplumca anlamı, bireyin dışlanması ya da toplumun bir bireyi olarak kabul edilmemesi anlamına gelebilir. Örneğin yüzyıllar boyunca ve çoğu zaman günümüzde de, lepralı hastaların dış görünüşlerinden, özellikle de yüzlerindeki izler nedeniyle toplum dışına itilmişler, öteki insanlardan uzak mekanlarda yaşamaya zorlanmışlardır. Bedenin bütününe kaplayan deri kadar, bedenin kendisini ilgilendiren, özellikle de insan boyununun çok uzun yada çok kısa olduğu durumlar da onun normalden ayrıldığı ve çoğu zaman patolojik olarak algılanan durumlardır. Cücelik ve akromegali insan bedeninin bütününe de çirkin algılamaya neden olan bellibaşlı patolojiler arasında sayılabilir. İnsan bedenindeki deformite olgusu, akademik amaçla aşağıda bölümlendirilerek ele alınmıştır. Oysa günlük yaşamda deformite, çoğu zaman tek tek bölümlendirilmek yerine, bedenin bütünü içinde değerlendirilmektedir. Bu yüzden, aşağıda dile getirilen deformiteler, burada da insanın beden bütünlüğü içinde değerlendirilmelidir. Örneğin, doğuştan kalça çıkığı olan bir insanın öteki beden bölümleri normal, hatta kendi başlarına çok güzel olsa bile, kişi taşıdığı deformite nedeniyle normal olmayan bir insan hatta çirkin olarak algılanabilir.

Baş- Boyun, Özellikle Yüz İnsan bedeninde baş bölümünün, öteki bölümlerle karşılaştırıldığında insanın kendisini algılaması yanında, ikili ilişkiler ve toplumsal ilişkilerde

iletişimi sağlaması açısından önemli bir işlevi vardır. Ayrıca yine bu bölüm, alanı küçük olmakla birlikte duyu organlarını taşıması bu anlamda da işlev bilimsel (“fizyolojik”) açıdan önem nedeniyle hem bireysel hemde toplumsal açıdan oldukça önemli bir beden bölümüdür. Bu bölge, ister bir bütün, ister tek tek parçalar olarak ele alınsın, üzerinde estetik amaçlı girişimlerin çeşitliliği ve sıklığı göz önünde tutulursa, bu tez için en çok tartışılması gereken konulardan birisini oluşturmaktadır.

Baş bölümü insan için çeşitli açılardan önemli olmakla birlikte, bu önemlilik başın bütününden çok yüzde yoğunluk kazanmaktadır.Örneğin saçda kaplı olan bölgedeki herhangi bir görsel patoloji saçla, saçın yokluğunda peruk ya da şapka ile kapatılabilir. Buna benzer biçimde boyundaki herhangi bir deformitede boyuna takılan bir takı, uzun saçlar ya da giysiler ile gizlenebilmektedir. Oysa yüzdeki deformitenin saklanması için böyle bir olanak yok denecek kadar azdır. Bedenin ve yüzün dinsel nedenlerle saklandığı toplumlara ve 17. yüzyıldaki gibi kozmetiğin yetersiz kaldığı durumlarda siyah kadife ve tüllerle yüzün saklanması bir yana bırakırsak yüzün deformiteden gizlenmesi olasılığı çok azdır.Yüz, anlatım açısından insan için bedenin öteki bölümlerine göre daha önemlidir. Yüz bir simgedir (“semboldür”): yalnızca kişilerin ve kişiliğin tanınması için değil, aynı zamanda yargıların aktarılmasında karakterin tanınmasında da etkili olabilmektedir. Kısacası kişinin yüzü, karşısındaki kişi de olumlu ya da olumsuz duygular uyandırabilir. 19 yy. Bir evrim biyoloğu olan Mantegazza, insan yüzlerini birbirine benzetmekle birlikte onların birbirinden farklılıklarını da vurgulamıştır. İnsanlardaki bu farklılıklar, onları birbirinden ayırmamıza yaramaktadır.Yüzün biçimi ve onunla ilgili plastik anlayış tarihin en eski çağlarından bu yana önemli olmuştur. Yüz ile kişilik arasında da önemli bağlantılar kurulmaya çalışılmıştır. Bu da yüzün önemli ruhsal ya da ruhbilimsel açıdan vurgulamaktadır.Tarih boyunca insanlar yüzleriyle özellikle estetik açıdan ilgilenmişlerdir. Doğuştan olan patolojiler, yaralanmalar, kazalar ya da onun biçimini değiştirmek amacıyla yüz ile ilgilenmişler ve onun üzerinde cerrahi girişiminde bulunmuşlardır. Tıp tarihi ile ilgili ulaşabildiğimiz ilk kaynaklar olan Eski Mısır papirüslerinde de yüz onarımıyla ilgili birçok uygulama ile karşılaşmaktayız. Burum ve çene kırıklarının onarılmasının tanımları bir yana, tarihte bilinen ilk cerrahi dikişinin de kaşa yapılmış olması yüz ile ilgili ilginç ve önemli bir noktadır.İnsanların yüzlerindeki izler, onlar için olumsuzluklar taşımakta ve her aynaya bakıldığında da bu izi görmek yeniden olumsuzluğun yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle özellikle eski çağlardan beri insanı cezalandırmak amacıyla yapılan bazı uygulamalarda yüzde deformiteleri oluşturmuştur.Örneğin bu amaçla burun ve kulak kesilmesi, gözlerin oyulması yaygın bir uygulama olmuştur. Susruta Samhita ve Hipokrat’ın eserlerinde bu tür uygulamalar

tanımlanmıştır. Güzel bir yüz bir çok açıdan insan için önemlidir. Böyle bir yüze sahip olan kişinin dikkat çekiciliği yanında, önemide artmaktadır. Gerçekten, çoğu zaman çekici kadınlara, olmayanlara oranla birçok konuda daha çok fırsat verilmekte ya da tanınmaktadır. Çekici bir yüz, karşı cinsin cezbedilmesi, iş bulmak, başarılı olmak için önemlidir. Bir insanın yüzünün çirkinliği bazen onun bacağına kaybettiği zamanki toplumsal ve ekonomik travmasından daha önemli bile olabilmektedir. Bir başka örnekte, kalp ya da şeker hastası kişinin günlük etkinliklerini sınırlanmazken, yüzünde yara izi olan bir kişi, "Benim suçum nedir?", "Bu yüzle toplum içine çıkamıyorum" gibi kagırlarla iç içe yaşamakta ve de toplumdan kopabilmektedir.

Güzellik bir bütün olarak vardır. Kant öncesindeki filozoflar gibi Kant'ın da vurguladığı yüzün bir bütün olarak algılanmasıdır. Yüz; dudak, göz, çene, yanak gibi değişik parçaların bir araya gelmesi ile oluşmuştur. Örneğin kaş, yüzdeki öteki organlar ile bir birlik içinde yüzün uyumlu algılanmasını sağlamaktadır. Güzel bir yüz için onun bütünü önemli olmaktadır. Bu, tıpkı bir biçim bulmacasındaki gibi parçaların yerli yerinde ve birbiriyle uyum içinde olmasını gerektirmektedir. Yüzün güzel olarak değerlendirilmesinde biçim kadar onun hareketi, işlevide etkili olmaktadır. Eğer biçim ile işlev arasında bir uyumsuzluk varsa, bu, yüzün sağladığı hoşluğu azaltacaktır. Yüzdeki işlevsel bölümlerin yanı sıra burun sırtı, çenenin üst kısmı gibi işlevsel olmayan bölümler de yüzün bütününe algılanmasında ve uyumun tamamlanmasında önemli olmaktadır. Güzel bir yüz için tek tek parçaların birbiriyle uyum içinde olması gerekmektedir. Yüzün bütünü önemli olmakla birlikte, bu durum çoğu zaman tek tek parçaların bütünden ayrı olarak deformitelerinin öne çıkmasını da engellemektedir. Bir başka deyişle bütün parça ilişkisi bağlamında yüzü değerlendirdiğimizde, onun güzel yada çirkin olması organların ve dokuların tek başlarına biçimlerinin niteliği kadar, bir arada bulunuşları ve uyumlarıyla da yakından ilgilidir.

Konuşmamın bu bölümünde amacım, bir önceki kavramsal çözümlmelerden yola çıkarak, bilimler açısından insan için estetiğin ne anlama geldiğini ve bunun sonuçlarını tartışmaktır. Böylece bireyin dış görünümünün psikolojik düzeydeki anlamı sorgulandığı gibi, bunun toplumsal anlamı da vurgulanacaktır. Ancak, evrimsel gelişme açısından zamansal önceliği olduğu için estetiğin biyolojik boyutu ele alınacaktır. Bu sunum boyunca estetik olgusu, tıp uğraşının bütününe ele alınan estetik yaklaşım ve uygulamalara ışık tutma amacını taşımaktadır. Ancak bu bölümde estetiğin tartışıldığı ve ele alındığı çerçeve ise, (ya da "estetik nesne"imiz), mekanın estetiği yada hekimin dış görünüm ve tutumunun estetiği değil; tıp olgusunun belki de temel sorunsalı olan "hasta" ve onun estetiğidir. Bununla birlikte hasta için estetiğin anlamı, onun hastalık dışındaki ya da kendi bedeni dışındaki

uygulamalar da bir biçimde yansıyacak ve kanımca onlar üzerinde de etkili olabilecektir. Sağlık ve hastalık bağlamında bireyin estetiğin anlamı, kendi dış görünümünün güzel görünmesi, hasta görünmemektir. Bir başka söylemle, bireyin (en azından) deformiteye sahip olmamasıdır. Deforme ya da çirkin olmamak düşüncesi (isteği) araştırılmaya başlandığında, bunun karşıtı olan soru yani, “neden birey dış görünümünün güzel olmasını istemektedir?” sorusuyla karşılaşırız ki, bu sorunsal şimdiki bölümün sınırlarında tartışılmaya çalışılacaktır. Estetiği felsefi düzeyde tartışırken vurguladığımız gibi, bireyin estetik yargısı bir “değer”dir. Bu değeri etkileyen belirleyiciler ise yüz yıllar boyunca temel bir sorunsal olarak tartışılmıştır. Bu değer, bilindiği gibi (en başta) “güzel ve çirkin yargıları” bağlamında ele aldığımızda yer, zaman, konum gibi bir çok belirleyici ile değişebilen bir yargı kümesidir. Bireyin estetik yargısının oluşmasında onun kişiliği ve tutum sistemi oldukça etkili olmaktadır. Ayrıca estetik nesne olarak bireyin bedenini ele aldığımızda bir başka konuyla karşılaşırız: bireyin fiziksel özellikleri ve bunların işlevselliği.. Buradan yola çıkıldığında temel sorunu olan insan, onun estetiğinin ne anlama geldiği, değerlendirilmeye çalışılacaktır. Kimilerine göre yaşamın içindeki mutluluk “güzellik hazzında” bulunabilir. Read’ın düşüncesine göre, doğadaki nesnelere, görünümüne, artistik hatta bilimsel yaratımlar onları her nerede görürsek görelim insana zevk vermektedir. Böylece insan estetik tutum sayesinde hem iç sıkıntısına hem de dıştan gelen sıkıntılara karşı kendini korumaktadır. Bu anlamda da güzellikten hoşlanma duygusu, insanı rahatlatmaktadır. Biyolojik düzeyde sorgulanan insan bedeni, insan psikolojisi açısından güzellik ve onun insan ilişkilerini yansıyan boyutuyla yeni bir kavramla karşımıza çıkmaktadır: çekicilik. Çekiciliğin önemli bir parçasını oluşturan dış görünüm, bireyin öteki insanlarla ilişkisinin temelinde ilk belirleyicilerden birisi. Bu, “çekiciliğin” önemini daha da arttırmaktadır. Çekicilik, bireyin kendine estetik anlamda değerlendirmesinin olumlu bir ölçütü olarak görülebilir. Birey için dış görünümünün önemi ve bunun psikolojik düzeyde ne anlama geldiği ise aşağıda tartışılacaktır. Birey çoğu zaman dış görünümünden estetik bir beklenti içerisindedir. Başka bir söylemde, onun dış görünümü psikolojik anlamda bir neden-sonuç ilişkisinin ışığında değerlendirilebilir. Bireyin kendi bedeni için estetik beklentisinin anlamı bir yerde onun psikoloji bilimi çerçevesinde sorgulanmasıdır. Sonuç olarak, birey için bedenin anlamı, onu fiziksel bir yapı olmasının ötesinde ve bireysel ve toplumsal anlamlarını da içermektedir.

“Kişilik” ve Bedenin Temel Bir Anlamı: Çekicilik-Hastalık ve Deformite Olgularının Birey Açısından Anlamı:

Hastalık bir anlamda, doğal bir olgunun insan düşüncesine yansımış biçimidir. Hastalığın ayrıca, hasta olan kişinin iç dünyasında ortaya çıkan, gelişen ve tanınan öznel ve yaşantısal

("fenomenolojik") bir boyutuda vardır. Dokudaki yapısal bozukluk işlev yitimine ya da aşırı artımına neden olmakla birlikte, bunun ötesinde hastanın biçiminde oluşturduğu bozukluğa bağlı olarak bireyin estetiğinde olumsuz yönde bir değişikliğe yol açabilir. Böylece biçimin bozukluğuna bağlı olarak bireyde psikolojik açıdan da bazı değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Yukarıda vurgulandığı gibi hastalık dar anlamda yalnızca bozulan bir biyokimya veya bozulmuş bir fizyoloji değildir. Hastalık tanımlamalarında da görüldüğü gibi, bu kavram, hasta bireyin kendini akılaması ve toplumun onun için öngördüğü nitelikleri de taşıyan bir olguyu anlatır. Hastalık hücre, doku, organ, sistem düzeyinde değişiklikleri içermekle birlikte, terimin kendisi de birtakım "olumsuz" nitelikleri barındırmaktadır. Dolayısıyla bu kavram "kötü", "çirkin", "kaçınılması gereken" bir olguyu da içermektedir. Buradan bu bağlamda çıkarılabilecek en önemli sonuç ise hastalığın aynı zamanda estetik boyutunun bulunduğuudur. Hasta olmak, özellikle de görüntüsel bir bozukluğa sahip olmak, bireyin, öteki bireyler ve toplum tarafından "istenmemesi", "itilmesi", "sevilmemesi" anlamında; bireydeki niceliksel değişikliklerin toplumsal düzeyde niteliksel bir karşılığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireydeki deformite çoğu zaman onun tarafından "çekiciliğin" azalması anlamına gelmektedir. Her hastalık bireyde aynı biçimde algılanmamakta; belli bir hastalık da bireyden bireye farklı biçimlerde algılanabilmektedir. Beden görünümünde değişikliğe neden olan bir hastalığın süreklilik göstermesi de, bireyin bedenini olumsuz olarak algılaması arttıran ve hastalık algısıyla ilgili önemli bir belirleyicidir. Estetik – Güzellik, beğenilme, çekicilik gibi kavramlar yani bedenimizin bizim kendimizi ve toplum tarafından algılanmanın ve değerlendirilmesini gördükten sonra "Yaşlılık" olgusuna bakarak yaşlanmak, doğmak kadar normal birşey olmasına kaşın hiç bir zaman anormal karşılanmayan doğal bir süreçtir. Doğan bir canlı, kromozomlarında önceden programlanmış Telomenlerin kopuş hızına göre yaşlanacaktır. Ne varki, salt 20-21. yüzyıl kavramı gibi görülen yaşlılıktan koruma veya yaşlanmaya karşı koyma arzusu ve eylemleri insanoğlu var olduğundan beri var olan bir davranış biçimidir. Okuduğumuz romanların, şiirlerin, öykülerin çoğunluğu bu konuyu işler. Gençlik pınarını bulmaya çalışır. Birey ne kadar eğitilmiş, bilgi donanımlı olursa olsun hep gençlik yıllarını özler. Maddi olarak değil fakat görünüm ve işlevsel olarak hep gençlik yıllarını aramaktadır. 20. yüzyılın da değişen taafi bu yaşlanmayla ilgili yapılabilecek şeyler olduğunu ortaya koyması ve toplumun bu görüşleri onaylamasıdır.

Yaşlanma bu toplumun tüm teması olarak değişik yönlerden ele almıyor. Ben burada güzele karşı çirkin, beğenilen karşı beğenilmeyen, yerine genç karşıtı yaşlı kadının plastik cerrahi açısından değerlendirilmesini yapacağım.

Yaşlanmanın bir yüz ve beden 3 önemli sorunla karşı karşıyadır. Birincisi gözle görülen veya görülmeyen bölgesel değişiklikler yani deride kurumalar, kırışıklıklar, sarkmalar; ikincisi yaşlanmayla birlikte gelen tıbbi rahatsızlıklar, fonksiyon bozuklukları özellikle eklem hastalıkları, saçlar ve tırnaklarda gözlemlenen olumsuz değişiklikler; üçüncüsü belki de en önemli sorun ise bu iki olumsuz gelişmelerin çoğunu dış dünyadan yani toplumdan gizlenebilir olmamasıdır. Kişi her ne kadar algılamaya çalışsa da güzel daha doğrusu güzellik ve çekiciliği gençlikle eş değer olarak tanımlayan 20 yıl toplumun değer yargılarına karşı koyamamanın getirdiği bu ikilemi yaşamak zorundadır. İşte plastik cerrahi bu noktada devreye girerek bireyin bu ikilem sorununu yaşayabileceği mutsuzluğu ve çevre ile uyumsuzluğunu gidermek amacı ile çeşitli yöntemler geliştirmiştir. Her yaşlanan kadın veya erkeğin bu ikilemi yaşaması ve sonunda mutsuz, içine kapanık, verimsiz ve toplumla uyuşamaz bir birey olması şart değildir elbetteki. Lakin biyolojik bir yaşlanma söz konusu olmadan da ortaya çıkabilen bu psikolojik ve psikososyal durumun diğer yöntemlerle uzlaşma haline getiremeyenlere yardımcı olmak tıbbi bir görev olarak algılanmalıdır. Bu nedenle yaşlılık, neeni ile en çok uygulanan göz kapakları, yüz germe, meme-karın kol, bacak ameliyatları ve daha ender olsa da saç ekme, dış cinsel organlara yönelik girişimler en başta belirttiğim “Kendine Güvenme”, “Başarılı Olma” ve “Toplumla uzlaşma” konularında pek çok bireye yardımcı olabilir ve yeniden yaşama zevki verebilir.

Bu söyleyişi yaşlılık-estetik bağlamında bir başka konuyla birleştirerek devam etmek istiyorum. Çoğumuzun aklına estetikle beraber gelen estetik operasyonlar olacağı için konuyu o yönde inceleyerek sunalım sizlere. Gerçekte Estetik ve Yaşlılık değince ilk başta açıklamaya çalıştığım estetik kavramı içerisinde ciddi olarak ele alınması gereken bir diğer konuda MODA ve moda uygun olma kavramıdır. Toplumda bilinçli olmasa da; zevk almaya, mutlu olmaya yönelik pek çok yaşam ögesinin, örneğin müziğin, yemek yeme zevkinin tadılacağı yerlerin, pastane kafe gibi paylaşım ortamlarının yani, toplu yaşamda dinlenecek veya keyif alınacak ortak kullanım alanlarının hep gençliğe göre, bir diğer deyişle gençliğin gereksinimine ve yağılmasına göre ayarlanmış olması maalesef çok yanlış fakat gerçek bir olgudur. Bu yaşlanmaya bağlı dışlanma özellikle kadınları zorlamakta ve incitmekte. Sözümlü ettiğim yaşlıların gençlerle yarışması değil, fakat onların varlığının kabul edildiği hissedildiği yaşam biçimlerinin yaratılması gereğidir. Bu sözümle “ yaşlılar veya huzur evlerini” kast etmediğim açık olsa gerek. Yapılması gereken şey aynen engellilerde görülen bir durumun düzeltilmesi gereğidir. Yani engellileri bir arada tatil yaparmak gibi fikirler ne kadar sakat ve yanlışsa yaşlıları da bir araya toplayıp , toplumun diğer kesimlerinden ayırmak da o kadar yanlış bir tutumdur. Belirtmek istediğim şu; yukarıda sözünü ettiğim ortak yaşam alanlarına

ek olarak, tüm giysilerin, bedenlerin, ayakkabıların vs.hep gençlere göre tasarlanmasını yanlış buluyorum. Yaşlanan bir bireyinde güzel görünmek istemesi, zarif giyinebilmesi doğaldır, bunun için gençliğe hizmet veren bir sektörün esiri olmamak hakkıdır. West Virginia Üniversitesinde ki “Yaşlılık Bölümü” bu tür projeleri yaşatmaya açmıştı bir zamanlar. Türkiye’de de yeni bir tasarımcı grubunun (*aynen tesettür konusunda yapıldığı bir biçimde*) yaşlı etiketini yapıştırmadan, artık genç olmayan çeşitli yaşlarda ki kadınlara yönelik , güncel çizgileri ve modayı içeren bir sektör oluşturulması zamanı çoktan gelmiştir. Çocuklar ve gençler için var olan bu farklı yapılanma bizler için neden yapılaması? Neden onların göbekleri açıkta bırakan modellerinin arasından, otuzlu bedenlere göre hazırlanmış minik giysiler içerisinden seçim yapmak zorunda bırakılsın yaşlanan toplum özellikle yaşlanan kadın? Yaşlanan bedenlerine ve o bedende oluşan değişikliklere uygun, onları zarif-güzel ve şık gösterecek dolayısıyla toplumdan dışlanmak yerine içinde yaşadıkları toplumun bir parçası olabilecek giysiler istemeleri neden yanlış olsun? Estetik yalnızca yüz güzelliği değildir. Uyumdur, zarafettir. Örneğin ayakabı konusunu ele alalım. Ayak gerçekten bedenimizin önemli bir estetik parçasıdır, dolayısıyla yaşlandıkça en çabuk deforme olan bu organımıza uygun fakat erkek ayakkabısı gibi görünmeyen kendini feminen ve çekici gösteren ayakkabıları nerede buluyorsunuz söylermisiniz? Bu nedenle pek çok yaşlı hanım o kendinden bir metre önde giden sipsivri burunlu kuş gagalı ayakkabıları giyerek komik duruma düşüyorlarmı? Bunların hepsi sivil toplum örgütleri olarak modacılar a sitilistlere etkin bir biçimde anlatılarak sağlanabilir kanısındayım. Cinsellikle ilgili fiziki(estetik)ve duygusal sorunlara ve diğer özel konularda da kendilerine yardımcı olmak üzere “danışmanlık” hizmeti verecek kuruluşların varlığı ise en önemli katkı olacaktır.

Klinik Tıp Açısından Kişinin Kendine Yönelik Estetik Beğenisi

Psikoloji oldukça geniş bir disiplin olmasına karşılık, bireyin dış görünümünü ve özellikle de deformite olgusu karşısında onun bedenini algılayışını ele almamız gerektiğinde, konunun (kaçınılmaz olarak) klinik tıp ve hasta psikoloji ile sınırlandırılması gerekecektir. Burada klinik tıba ya da onu kişileştirirsek hekime düşen görev, hastanın kendi bedenine verdiği anlamı, bedenini nasıl görmek istediğini, onun estetik beğenisini ve seçimini anlamak olmalıdır. Bireyde fiziksel bir patolojinin beden imgesi üzerindeki olumsuz etkileri ve patolojik organ ya da dokunun hasta için ne anlama gelebileceği yukarıdaki bölümlerde tartışılmıştı. Ancak salt kozmetik amaçlı tedavilerde beden imgesinin hasta üzerindeki etkisini çözümlenmek daha karmaşık bir olay olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu, bireyin kişisel özelliklerine bağlı olduğu kadar, toplumsal normlar ve isteklerin bireye yansması olarak da değerlendirilebilir. Ancak, neden herkes değil de bazı kişiler bedenleriyle daha çok

ilgilenmektedirler? Yapılan tedavinin sonrasında kişilerin beden görünümü ile ilgili olumsuz düşünceleri değişmekte midir? Bu hastaların estetik seçimleri ya da fiziksel olarak beğenileri neye göre olmaktadır? Burada özellikle kozmetik amaçlı tedavileri anlayabilme için yeni bir terimi sorgulamak gerekecektir: “bedenselleştirme” (somatizasyon). Bedenselleştirme, psikiyatride ruhsal kaynaklı patojen öğelerin bedensel görünümlü bulgulara dönüşmesine verilen addır. Psikiyatrik sınıflandırma sistemleri arasında en bilinenlerinden biri olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabına göre bedenselleştirme bulguları olan hastalar 3 küme altında toplanabilir: bedenselleştirme bozukluğu olan hastalıklar, fiziksel yakınmalarla giden uyum bozuklukları ve fiziksel durumu etkileyen psikolojik etkenlerin olduğu altküme. Nevrasteni, hipokondriasis gibi psikiyatrik hastalıklarda da bedenselleştirme bulguları gözlemlendiği gibi, beden disformik bozukluğu bu küme içindeki en bilinen hastalıklardan birisidir. Psikiyatride bilinen, bedenselleştirme olgusunun, kişilerin bedenlerine ve organlarına yönelik duygusal yatırımlarıyla ilgili olan travmaların ürünü olduğudur. Buna ayrı zamanda ikinci narsizm de denmektedir. Bedenselleştirme simgesel bir anlam taşımaktadır; onun, ruhsal çatışmaların patolojik ya da biçimsiz bir ürünü olan serbest anksiyeteye karşı beden bir savunma ya da bir çözüm denemesi olabileceği düşünülmektedir. Konu ile ilgilenenler kozmetik amaçlı girişimler ile psikolojinin birbirleriyle yakın ilişkisinden söz etmektedirler. Hatta “plastik cerrahın neşteriyle hastanın ruhunu etkilediği” de söylenmiştir. Psikoloji açısından kozmetik cerrahiye bakıldığında, bu alan insanların duygusal, psikolojik ve toplumsal gereksinimleri ve onların karşılanması ile ilgilenmekte ve hastalarda utanmadan doğan bozuklukları tedavi etmeye çalışmaktadır.

Bütün bu verilerin ışığında Yaşlanan bireyin estetik amaçlı operasyon isteği, diğer yaş gruplarından ne az nede çok farklı olarak değerlendirilmelidir. Genel sağlık durumu izin verdiği ve bu değişimi sadece ve sadece kendisi için istediği sürece, modern tıbbın desteği sayesinde bugün hiç bir estetik ameliyata yaş kısıtlaması getirilmemektedir. Yeterki bu istekler için doğru adreslere baş vurulsun...

Bana ayrılan süre içerisinde umarım sizlere yaşlanmanın yalnızca estetik operasyonlarla başa çıkılması gereken bir durum olmadığını “Yaşlılığı” tek başına üzücü bir gelişme olarak irdelemek yerine, aynen “Çocukluk” ,”Ergenlik” Olgunluk” dönemleri gibi çeşitli olumlu ve olumsuz öğeler içeren, çeşitli sorunlarberaber, bir beden ve ruh değişimini de getiren özel bir dönem olarak algılamamız ve ona görede bu dönemi hem iç hem dış estetiğimizi yaşımıza uygun bir biçimde şekillendirmemiz gereken” *özel bir yaşam dilimi*” olduğunu anlatabilmişimdir.

Son olarak paylaşmak istediğim gerçek ise Mutlu ve kendisi ile Barışık bireylerin hep Güzel ve çekici olarak algılandığıdır. Tebessüm etmek bazen en estetik en güzel ve en çekici kadın yapabilir sizi!Bu açıdan bizleri biraraya getiren, konunun her yönü ile tartışılmasını sağlayan sempozyum yöneticilerini bu girişimlerinden dolayı yürekten kutlar, hepinize yaşlanmanın mutsuzluk ve dışlanmak olmadığı bir ortamda sağlıklı ve mutlu günler dilerim.

BÖLÜM 4

YAŞLILARA VERİLEN HİZMETLER

YAŞLILIK VE YEREL YÖNETİMLER

Prof. Dr. Yalçın MEMLÜK (Danışman)*

Ar. Gör. Tahsin YILMAZ*

Çankaya Belediyesi

ÖZET

Yaşlılık doğal bir süreçtir. İnsan ömrünün diğer süreçleri gibi yaşlılığın da psikolojik, sosyal ve fiziksel sorunları vardır. Bu sorunların toplum dayanışması ve organizasyonlarıyla üstesinden gelinmesi yaşlılara hizmetin yanı sıra yaşam ve toplum kalitesini de arttıracaktır. Bu bağlamda yerel yönetimlere de görevler düşmektedir. Bunun bilincinde olan Çankaya Belediyesi, yaşlılara yönelik bir dizi hizmeti ve organizasyonu TODAM'la devreye sokmuştur. Yakın bir gelecekte de Çankaya Parklarında yaşlılar ve çocuklar öncelikli olmak üzere bir dizi yeni ve çağdaş projeyi hizmete sokacaktır. Amaç daha kaliteli ve çağdaş yaşam, daha kaliteli ve çağdaş yerel yönetimdir.

ABSTRACT

Aging is a natural process. Just like in the other processes of human life, old age has its own psychologic, social and physical problems. Coping with these problems by community solidarity and organizations, will increase the quality of life and of the community. In this context, local authorities play a crucial role. Keeping this in mind, TODAM which is institution of Municipality of Çankaya, has started to take actions and organizations for elderly, Also in near future, Municipality of Çankaya will start new projects in Çankaya Parks for elderly and children. The aim is; higher quality of life, higher quality of local authority management

YAŞLILIĞIN TANIMI: Yaşlılık kısaca insan ömrünün bir bölümü ya da aşamasıdır. İnsan ömrü kronolojik olarak;

- Bebeklik
- Çocukluk
- Gençlik
- Erişkinlik (Yetişkinlik)

- Orta Yaşlılar (45-59 yaş)

- Yaşlılık (60-74 yaş)

- İhtiyarlık (75+ yaş) olmak üzere 6 evreye ayrılmaktadır. Normal bir yaşamda sondan bir önceki evre geri dönülmez bir süreçtir. Tüm canlılar yaşamlarının sonuna doğru bu süreci yaşarlar ve ömürlerini tamamlarlar.

Yaşam döngüsündeki bu aşamaları, süresini, anlam ve içeriğini sadece biyolojik süreçler değil, toplumsal ve ekonomik değerler belirlemektedir.

Bu nedenle yaşlılık tarihsel (kronolojik) ve biyolojik olmak üzere ikiye ayrılır.

Tarihsel (kronolojik) yaşlanma doğumla başlar ve geçen yıllara bağlı olarak devam eder. Biyolojik yaşlanma katılım, sağlık ve işgücüne göre saptanan görünüş yaşlanmasıdır. Biyolojik yaşlanma doğal olarak kalıtsal etmenlerin yanı sıra, psikolojik çevresel etmenlerin ve yaşam stiline etkisi altında oluşmaktadır. Dolayısıyla da kişiden kişiye farklılıklar gösterir. Takvim yaşıyla her zaman çakışmayan biyolojik yaşı belirlemede konunun uzmanları değişik işlevleri göz önünde tutarak işlem yapmaktadırlar.

Bir başka deyişle; iki yaşlanma dengeli ilerlemez. Bazı kişilerde tarihsel (kronolojik) yaşlanma, bazı kişilerde biyolojik yaşlanma önde gider. Ayrıca insan organizmasında organlar, kullanıma ve yapılarına göre ayrı ayrı yıpranır yaşlanırlar.

Sosyal Yönleriyle Yaşlılık

Yaşlılık göreceli bir kavramdır. Her yaşlının bir biyolojik geçmişi, iş deneyimleri ve duygusal yaşamı vardır. Ayrıca yaşlılık bir toplumdan diğerine ve çağa göre farklılık gösterir. Örneğin; 100 yıl önce 30 ya da 40'lı yaşlar yaşlılık çağı olarak nitelendirilirdi.

Günümüzde başta tıp olmak üzere tüm birimler, insan ömrünü uzatmak ve yaşlılığı geciktirmek için yoğun uğraşlar vermektedir. Bilim adamlarının çoğu; “yaşlılık aynı zamanda bir hastalıktır, o nedenle de tedavi edilebilir ve insan ömrünün uzamaması için hiçbir neden yoktur” görüşünü gündeme getirmişlerdir.

Dünyanın şekil değiştirmesi pek çok ülkede yaşlı nüfusu artırmıştır. 2000'li yıllarda 60 yaşın üstündeki insan sayısı; bundan çok değil, 50 yıl önce 1950'lerdeki sayının üç katı olmuştur.

Birleşmiş Milletler kayıtlarına göre bu sayı 600 milyondan fazladır ve özellikle gelişmiş ülkelerde bu sayı daha da hızlı seyretmektedir. Kısaca özetlenirse; dünya yaşlanmaktadır.

Doğum oranlardaki azalma sürdüğü takdirde yaşlı nüfusun oranı çok daha yükselecektir. Öte yandan doğum ve ölüm hızlarındaki azalmalar dünya nüfusunda ortalama

yaşam beklentisini (life expectancy) yükseltmektedir. 20. yy'da yaşam beklentisinde önemli artışlar kaydedilmiştir. 19. yy. sona ererken 49 yıl olan ortalama yaşam beklentisi 20. yy. sona ererken 75 yıla yükselmiştir. Bu sayı Kuzey Avrupa ülkelerinden İzlanda'da kadınlarda 79.2, erkeklerde 73, İskandinav ve Batı Avrupa ülkelerinde kadınlarda 75, erkeklerde 72.7 civarındadır. 21. yy.'ın sonunda yaşam beklentisinin kadınlarda 90, erkeklerde 80 yıla çıkacağı varsayılanmaktadır. Günümüzde yaşam beklentisinin en düşük olduğu yerler Afrika Kıtası'ndadır ve 40-45 yılı aşmadığı görülmektedir. Ancak buralarda da kadının yaşam beklentisi erkeklerden yüksektir. Gelişmekte olan ülkelerde de yaşlıların sayısı ve oranı toplam nüfus içinde giderek çoğalmaktadır. Gelişmiş ülkelerin nüfuslarının yaklaşık %16'sını yaşlılar oluştururken, bu oran gelişmekte olan ülkelerin nüfuslarının yaklaşık %5'ini oluşturmaktadır.

Öte yandan dünyada, kentlerde demografik yapı değişmektedir. Ancak dünyanın her kesiminde kentleşme ve kent kalitesi oranı aynı olmadığından demografik yapı değişimi de aynı olmamaktadır. Örneğin gelişmiş ülkelerde kent nüfusu ve genel nüfus fazlaca değişim göstermezken, başka bir deyişle hep aynı kalırken, gelişmekte olan ülkelerde kent nüfusu genel nüfustan daha hızlı büyümektedir. Ancak dünyanın hemen her bölgesinde değişmeyen; kadın yaşlıların erkek yaşlılardan daha fazla olduklarıdır.

Kırdan kente göç, yaşlının statüsünü değiştirmiş, kentsel teknoloji, toplumsal yapı ve kültürel değerlerin farklılığı ve hareketlilik kentlerde yaşlıyı, modası geçmiş, eskimiş ve angarya yapmıştır.

Yaşlılık Sorunları

Genelde yaşlılar;

- gelir güvenliği
- çalışma
- emeklilik
- sağlık
- konut
- eğitim
- yaşam düzeni vs konularda sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Sanayileşme ve kentleşme sürecinin hızlanması ve bununla ilişkili toplumsal, ekonomik gelişme yakın bir gelecekte gelişmekte olan ülkeleri de yaşlılık sorunu ile yüz yüze getirecektir. Örneğin ülkemizde S.S.K ve Emekli Sandığının büyük ölçüde zarar etmeleri ve Devlete yük olmalarının altındaki nedenlerden birisi de budur.

Özellikle gelişmiş ülkeler açısından giderek bir endişe kaynağını oluşturan yaşlılık ve yaşlanma sorunu, gelişmekte olan ülkelerde kalkınmada engel olarak görülen nüfus artışı sorunuyla tam bir zıtlık oluşturmaktadır.

Gelişmişlikle ortaya çıkan ailenin küçülmesi ve kentlerin büyümesi ile oluşan hareketlilik sonucu çocukların yaşlılarına bakma olanaklarının azalması, hatta yok olması söz konusu olmaktadır. Gittikçe daha az sayıda çocuğa sahip olma ve coğrafi uzaklık, zamanla yaşlandığında kendisine sahip çıkacak insanların azalmasına yol açmıştır. Ayrıca kültürel değerlerde oluşan değişim, yaşlıya karşı sorumluluğu azaltmış, bir ölçüde topluma devretmiştir.

Ayrıca, kırsal kesimde ağırlıklı olarak kendi işinde çalışan ve kendine ihtiyaç duyulan yaşlı, kentsel kesimde, sanayide belirli bir verim yaşından sonra iş hayatından ayrılmaya zorlanmaktadır.

Sivas ilinde yapılan bir araştırma ile yaşlıların %55.8 inin evli ve eşi ile birlikte yaşamakta olduğu görülmektedir, % 38.1 ini eşi ölmüş yaşlılar oluşturmaktadır. Hiç evlenmemiş yaşlıların oranı % 4.9 dur. Bunları % 0.6 boşanmış olanlar, % 0.5 ini de ayrı yaşayanlar takip etmektedir. Aynı araştırmaya göre yaşlıların % 52.3 ü okuma yazma bilmemekte, bunu % 24 ile okur yazar düzeyinde olanlar izlemektedir.

Herhangi bir okul diploması olan yaşlılar % 23.7 oranındadır. Bu oranın kendi içinde dağılımı da; ilk okul % 18.9, orta okul % 2.4, lise % 1.9, yüksek okul % 0.5 dir.

Görülmektedir ki eğitim yaşlılıkla ters orantılıdır. Yerel yönetim olarak yaşlılara götürülecek hizmet, ağırlıklı olarak daha az eğitim almış kişilere olacaktır.

Aynı araştırma yaşlıların ekonomik özelliklerine ilişkin şu özellikleri ortaya koymaktadır. Hiçbir işte çalışmayanlar % 94.2, sürekli çalışanlar % 4.1, düzensiz çalışanlar %1.7 oranındadır.

Ekonomik durumlarına ilişkin yapı da % 86.2 sinin aylık gelir düzeyi 300 Milyon TL altındadır (% 22.5 100 Milyon ve altında, % 35.4 100-200 Milyon arası, % 28.3 200-300 Milyon arası) Aylık gelir düzeyi 300 Milyonu aşan yaşlıların oranı ise yalnızca 6.2 dir. (% 4.3 300-400 Milyon arası, % 1.9 400 Milyon üzeri). Ekonomik gelire ilgili soruya yanıt vermeyen yaşlılar ise % 7.6 dir.

Bu husus da göstermektedir ki götürülecek hizmetin karşılığını maddi olarak almak söz konusu değildir.

Sosyal güvenlik açısından dağılım şöyledir.; % 46 S.S.K, % 17.3 Bağ Kur, % 16.6 Emekli Sandığı, % 9.5 yeşil kart, % 5.8 2022 sayılı yasadan yararlananlar, bunu % 4.7 ile hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar izlemektedir.

Bir sonuç çıkarılacak olursa serbest meslek sahipleri kamuda çalışanlara oranla daha uzun ömürlü olmaktadır. Bir diğer husus da yerel yönetimlerin hiçbir sosyal güvencesi olmayan yaşlılara çözüm yolları bulmaları gerekmektedir.

Araştırmaya katılan yaşlılara barınmakta oldukları evin kime ait olduğu sorulmuş ve şu sonuçlar alınmıştır;

% 68.9 u kendi evinde

% 19.8 i çocuklarının evinde

% 3 ü yakınlarının evinde kalmaktadır.

Yaşlıların % 7.2 si kirada, % 7 si Belediye Huzur Evi ve Sosyal Konutları'nda barındıklarını belirtmişlerdir. % 0.4 ü ise bu soruya yanıt vermemiştir.

Yaşam kalitesini iyileştirici çalışmalar için yerel yönetimler % 68.9 luk kesimin mülkiyet karşılığı her türlü bakımını üstlenebilirler. (Ölümünden sonra bağış vb uygulamalar)

Araştırmaya katılan yaşlıların % 76.6 sının arkadaş ya da arkadaşları vardır. % 85.4 ü arkadaş ilişkisinin iyi olduğunu belirtmiştir.

Yaşlılara “serbest zaman” larda her hangi bir uğraş verip vermedikleri sorulmuş, % 71.9 unun her hangi bir eylemi yaptığı gözlemlenmiştir. Bu eylemler yoğunluklarına göre;

Yürüyüş yapmak

Elişi yapmak

İbadet etmek

Bahçe işleri ile uğraşmak

Dinlenmek, uyumak

Çalışmak

Kitap-gazete okumak

Sohbet etmek

Hayvan bakmak

Çay ocağı ve kahveye gitmek olarak belirlenmiştir.

Yaşlıların sağlık durumlarına ilişkin sonuçlarda çok ilginçlikler vardır. Örneğin; okur yazarlık oranı çok düşük olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinden yararlanabilme konusunda % 80.1 inin bilgili olduğu anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan yaşlıların yarısından fazlası (%56.2) son beş yıl içerisinde yataklı bir tedavi kurumunda yatarak tedavi görmüştür. % 57.5 inin kronik nitelikte hastalığı vardır. Hastalıklar yoğunluklarına göre;

-Tansiyon

-Şeker

- Kalp
- Astım
- Romatizma
- Kronik böbrek rahatsızlıkları
- % 40.7 sinin hiç kronik nitelikli rahatsızlığı yoktur.

Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlılara Verilen Hizmetler

Sosyal yardımla ilgili inanç ve gelenekler öteden beri vardır. Ataya hep saygı duyulmuş, yaşlılar korunmuştur.

Yaşlılara koruma hizmeti veren ilk kurum Selçuklular döneminde 11. yy. da kurulmuştur. Reha Oğulları Sivas’ta Darülreha (huzurevi) dir. Mısır’da Erbil Atabeyi Muzaffereddin Ebu Said tarafından yaptırılan Gökbörü tesisleri 4 Darülaceze, dullar içinde bir barınma tesisi içermektedir. 13. yy. da Memlük’ler tarafından Kahire’de açılan Seyfettin Kalavun Hastanesi ve Tesisleri de yaşlılara ve dul kadınlara hizmet vermiştir.

Osmanlılar döneminde imarethaneler, aş evleri ve tekkelerin muhtaç yaşlılara hizmet verdikleri bilinmektedir. Darülreha (huzuevi) lar Vakfiyeler ve hastaneler yaşlı bakımı ile ilgili hizmetleri yerine getiriyorlardı. Osmanlılar, 19 yy. a kadar pek çok sosyal hizmeti Vakıf Kuruluşları ile yerine getirmişlerdir. 1895 yılında kurulan Darülaceze önce sakat ve yoksul erkek, kadın ve kimsesiz çocukları korumak için Abdülhamit II döneminde padişah iradesiyle hizmete girmiştir. 15 Nisan 1916’da oluşturulan Nizamnamesine göre yönetilen Darülaceze 1924’de İstanbul Belediyesi’ne devredilmiştir. 1999 yılına kadar belediye nezaretinde hizmetine devam eden kurum (75 yıl) daha sonra İçişleri Bakanlığı’na bağlanmıştır. Halen hizmetlerini bu Bakanlığa bağlı olarak veren Darülaceze kurulduğu günden beri çeşitli din ve ırklardan binlerce insana hizmet vermiştir. Böyle bir kuruluşun dünyada eşi, benzeri yoktur.

Cumhuriyet döneminde yaşlılara bakım ve yardım görevi 1930 yılında çıkarılan Belediyeler kanunu ile belediyelere verilmiştir. Belediyeler düşküllere ve yaşlılara yaptıkları diğer yardımları yanısıra onu barındıracak huzurevleri açmaya bu tarihten sonra başlamıştır.

1963 yılında çıkarılan kanun ile Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuş ve Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı’na bağlanmıştır. Bu tarihten itibaren yaşlılarla ilgili hizmetleri planlama, programlama ve yürütme görevini doğrudan devlet üstlenmiştir.

1983 yılında 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurum Kanunu kabul edilmiştir. Bu kanunla kurul yaşlı refahı ile ilgili tüm görevleri üstlenmiş ve buna bağlı yeni bir idari yapı kurulmuştur.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu'nun amacı; korunmaya, bakıma ya da yardıma muhtaç aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kişilere götürülen bu faaliyetlerin düzenlenmesidir. Aynı kanunda yaşlılara ilişkin şöyle bir husus vardır; muhtaç yaşlı kimseleri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak, sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşları huzurevleridir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu'nun öngördüğü genel esaslar doğrultusunda yaşlı hizmetleri tüm ülke çapında gözden geçirilmiştir. Huzurevleri açma politikasında sosyal, ekonomik ve kültürel yapı dikkate alınarak bu kuruluşların büyük kentlerde yatırım programlarına konulmasına çalışılmakta, kamu ve özel kesim teşvik edilip kendilerine bazı hizmetler verilmektedir.

5. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın 1989 yılı programında yaşlıyı evinde, aile ortamında maddi ve manevi desteklemek temel ilke olarak benimsenmiştir. Yaşlı nüfusunun atışı ve değişen toplum yapısı içindeki sorunları ve ihtiyaçları artma eğilimi göstermektedir. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu yaşlı hizmetleri dairesinin 1992 yılında yaptığı bir araştırmadan çıkan bazı sonuçlar şöyledir; erkek yaşlılar kadın yaşlılardan daha fazladır. Yaşlıların yarısından çoğuna ücretli bakılmaktadır. Ankara, İstanbul ve İzmir'de bulunan huzurevlerinde kalan yaşlıların çoğu kendilerine verilen hizmetlerden ücretli yararlanmaktadır. Ücretsiz kalanlardan ihtiyaç belirtenlere yasa gereği aylık harçlık verilmektedir. Kalan yaşlıların yarısına yakını okur-yazar değildir. Yüksek okul bitirmiş olanların oranı çok düşüktür. Kadınlarda okur-yazar olmayanların oranı, erkeklerden daha fazladır. Ücretli kalanların gelir kaynağı sosyal güvenlik kurumlarından aldıkları aylıklardır.

Yaşlıya evinde hizmet vermek amacıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, 1994 yılında bakacak kimsesi olmayan yaşlılara kendi evlerinde eğitilmiş yardımcılarıyla bakma olanağı sağlayan bir projeyi uygulamaya koymuştur. T.C. Sosyal Hizmet Müdürlüğü tarafından yürütülen ve yalnız Ankara, İstanbul ve İzmir'de uygulanan bu projenin yoğunlaştırılması öngörülmektedir.

Ankara Büyükşehir Belediyesi bu kampanya ile yoğun işbirliği yaparak başlattığı yaşlılara hizmet servisi yerel yönetimin hizmetinden çok propagandasına hizmet etmiştir.

SONUÇ

Yaşlılık tüm dünyada yeni bir anlam ve görünüm kazanmaktadır. Sosyal yaşam ve tıp alanındaki ilerlemeler insanların daha sağlıklı ve daha uzun ömürlü olmasını sağlamaktadır ve bu gelişimin daha da artarak devam edeceği kaçınılmaz bir gerçektir.

Son otuz yılda dünyadaki 65 yaş ve üzeri yaşlıların sayısı %63 oranında artış göstermiştir. 1980 yılında bu yaş grubundaki insan sayısı 260 Milyon (dünya nüfusunun %5.8

i) iken 2000 yılında bu sayı 400 Milyona çıkmıştır (%6.4). Yapılan istatistikler 2025 yılında yaşlı nüfusun 1.2 Milyara (%18.2), 2050 yılında da 2 Milyara çıkacağını varsayılmamaktadır.

Ülkemizde bu sayı 1985 genel nüfus sayımına göre nüfusun %4.2 sini 65 yaş ve üzeri oluşturmaktadır. 1990 nüfus sayımına göre 65 ve daha yukarı yaştakilerin oranı %4.3 e çıkmıştır. 1995 te bu oran % 4.7, 2000 yılında ise % 5.6 ya yükselmiştir. İstatistikler bu artışın 2005 yılında % 6.3; 2010 yılında % 7.1 olmasını beklemektedir. Demektir ki Türkiye günümüzde gelişmiş ülkelerde yaşanan bu yoğunluğu 2010 yılında yaşayacaktır.

Dünya genelinde 65 yaş + yaşlılık çağı kabul edilmişse de özellikle ülkemiz başta olmak üzere bazı çelişkili hususlar söz konusu olmaktadır. Örneğin bazı önemli çalışmalarda ve istatistiklerde 60 yaş + yaşlılık çağı olarak kabul edilmektedir.

Özellikle ülkemizde çok kısa zaman aralığında yapılan düzenlemelerle emeklilik yaşı öne çekilmiş, bu husus pek çok organizasyonda yaşlılık ile karıştırılır bir yapıya yol açmıştır.

Ülkemizin önündeki sorunlardan bir tanesi de modernleşme sürecini hızla gerçekleştiremediğinden köklü bir toplumsal yapı değişimini henüz tamamlayamamasıdır. Bunda henüz kırsal yapıdan kentsel yapıya tam dönüşmeyen, göçün devam ettiği husus en büyük payı almaktadır. Bütün bunlardan farklı biçimde etkilenen toplumsal kategoriler oluşmuştur. Bu nedenle her konuda olduğu gibi bu konuda da çok geniş kitleleri kucaklayacak ortak eylemler ile yapılar gerçekleştirilmemektedir.

İstatistikler ve gelişim çok kısa bir gelecekte özellikle büyük kentlerdeki yerel yönetimlerin başına aynen bugünkü araba sahipliğinin yarattığı ve zamanında önlem alınamadığı için çözülemeyen trafik ve otopark sorunu gibi gelecektir. Başka bir deyişle yaşlılığa yaygın bir toplumsal sorun olmadan ve çözüm önerileri ile çözümler hızla üretilmelidir.

Her ne kadar yaşlanma kaçınılmaz bir son olsa da, günümüzde ANTI-AGING (yaşlanmayı geciktirme) çalışmaları ile önemli adımlar atılmıştır. Yaşlanmayı geciktirici önlemlerden birisi de egzersiz alışkanlığının kazandırılmasıdır. Hareketsizliğin yaşlanmayı arttırdığı bilimsel bir gerçek olarak da ortaya çıkmıştır. Yaşlılığın ilk hissedilen belirtileri arasında görülen kas gücü, dayanıklılık ve esnekliğin azalması, vücutta yağ oranının artması, koordinasyon ve dengenin bozulması, kalp atışlarındaki düzensizlik ve yavaşlama, akciğerlerin daha az miktarda oksijen aktarabilmesi, damarların sertleşmesi, kemiklerin incelmeye, bunalım vb. rahatsızlıklarının artması olarak belirtilmektedir.

Pek çok araştırmacı yaşlılığın neden olduğu rahatsızlıkların en az %50'sinin hareketsizlikten kaynaklandığını vurgulamaktadır. Bir yabancı üniversitenin yaptığı bir incelemede (Brown Üniversitesi- ABD) 40-85 yaş grubunda olan 4500 kişi üzerinde yapılan

incelemede, düzenli olarak egzersiz ve spor yapan 70 yaşındaki kişilerin hareketsiz olan 50 yaşındaki kişilerle aynı düzeyde performansa sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu sporun yürüme bile olsa çok yararlı olduğu ve fiziksel performans olarak bir üstünlük sağladığı da sözü geçen araştırmada vurgulanmaktadır.

Yine yapılan bir araştırmaya göre kişisel ve toplumsal olarak yaşlılar kendilerini yetenekleri bitmiş, pasif insanlar gibi görme eğilimindedirler. Bu inanca ne tıbbi bakım, ne sosyal güvenlik, ne de gözetim sistemleri etkili olamamaktadır. Bu nedenle soruna çözüm getirebilecek iş serbest zaman etkinlikleri ve bunun eğitimi olduğu sonucuna varılmıştır.

ÇANKAYA BELEDİYESİ VE YAŞLILARA BAKIŞI

Çalışmaların etkinliğinin verimli olabilmesi için yapılması gereken etkinlikler iyileştirici, koruyucu, geliştirici nitelikli olmalıdır.

Yaşlılık için yaş karmaşasının yaşandığı bir ülkede Çankaya Belediyesi Toplumsal Dayanışma Merkezi (TODAM) aracılığı ile yalnız Çankaya'da değil tüm kentte bir dayanışma olgusunu sağlayacak nitelikli bir adım atmıştır. TODAM yeni bir modeldir. Uygulama alanı başta Çankaya olmak üzere bütün bir kent ve içinde yaşayanları seçilmiştir. İlkesi "ÖNCE İNSAN" dır. Üretmeye, paylaşmaya, dayanışmaya girişen insanların çabalarını toplum sahnesine çıkaracak ve bir yönüyle ülke için ciddi bir modellendirme yeteneğiyle donandığını göstermiş olacaktır.

Örneğin, yalnız yaşayanlar, hasta olup yardıma muhtaç olanlar, temel beslenme gereksinimlerini gideremeyenler, meslek edindirme kurslarına devam etmek isteyenler, işsizler vb. pek çok çalışma Çankaya Belediyesi Toplumsal Dayanışma Merkezlerinin birimleri aracılığıyla yerine getirilecektir.

Toplumsal Dayanışma Merkezlerinde çalışma sistemi GÖNÜLLÜLÜK ve BİLİNÇLENDİRME esasına dayalı olarak işleyecektir. Bu kapsamda gönüllü çalışmaları içinde yaşlılar için

- Bakım,
- Rehabilitasyon,
- Spor etkinlikleri ön sırada gelmektedir.

Bu bağlamda Çankaya Belediyesi parklarını çok yakın bir gelecekte yaşlılar ve çocuklar için devreye sokacak projelerin hazırlığı içindedir.

TODAM bilgilendirmesiyle ortaya çıkacak yaşlı kesitlerine daha iyi bakım, daha iyi rehabilitasyon ve spora teşvik amacıyla parklarımızın bazılarında "yaşlı salonları" yapılması düşünülmektedir. Bu salonlar kışın kitap ve dergi okuma, TV ve film izleme etkinliklerinin

yanı sıra bazı sağlık hizmetlerini de kapsayacak biçimde organize edilecektir. Bu salonlara göre parklarımız yeniden düzenlenecek, salonların önlerinde güneşli havalarda, bahar ve yaz aylarında değerlendirmek üzere içinde rahat şezlongların yer alacağı “okuma alanları”, egzersiz ayırıları ve yürüyüş parkurları yapılacaktır.

Günümüzde kentleşme ile artan evre sorunları, kirlilik vb. nedenlerle başta ocuk ve yaşlıların sağlığını olumsuz etkileyen ortamlardan yaşlılar bir nebze kurtulacaklardır.

Yapılan araştırma ve uygulamalar kaplıca, deniz, kum gibi doğal kaynakların insan sağlığı ve verimliliği üzerine son derece olumlu ve dinlendirici etkilerinin olduğunu ortaya koymuştur.

ankaya Belediyesi, tıp fakülteleri ve evre belediyeler işbirliği ile Ankara çevresindeki termal kaynaklarını daha çok da yaşlılar için yeniden gündeme getirmeyi, organizasyonlar yapmayı amaçlamaktadır ve bunlarla ilgili çalışmalar da belediye bünyesinde başlatılmıştır.

ankaya Belediyesi, yeniden yerel yönetimlere bakış açısını değeriftirecek bir dizi faaliyetlerin planlanması aşamasındadır. Bu amaçta adımlarını dikkatli atmakta ve kolayca kaybolmayacak “ÖNCE İNSAN” başarısını yakalamaya çalışmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kısacık, Ahmet., Sivas İlindeki Yaşlıların Demografik, Ekonomik, Sosyal, Sağlık ve Duygusal Durumları.
2. Sağlık Bakanlığı; Yaşlı Sağlığı Programı 24.07.2002 Tarih ve 6886 Sayılı Y. Ankara 2002.
3. D.P.T. Türk Aile Yapısı. D.P.T. Sosyal Planlama Gn. Md. 1993
4. www.elele.gen.tr-yaslilik

Yaşlanan Kadın ve Sivil Toplum Örgütleri

Birten Gökyay

IFUW (Uluslararası Üniversiteli Kadınlar Federasyonu)

2.Başkanı

TÜKD (Türk Üniversiteli Kadınlar Derneği) Ankara Şubesi üyesi

KAGİDER (Kadın Girişimciler Derneği) üyesi

TÜRYAK üyesi

GAZETE ANKARA imtiyaz sahibi ve yazarı

Giriş

Sivil toplum örgütleri, -en kısa açıklamasıyla- gönüllü olarak çalışılan sosyal sorumluluk alanlarıdır. Bu örgütlerdeki yaşlı kişiler,-konumları itibariyle- hizmet alan ve hizmet veren olarak sınıflandırılabilirler. Sunumumuzda daha çok hizmet veren yaşlanan kadına yöneleceğiz. İleri yaşa rağmen hala üretebilen, “kıdemli vatandaş” kimliğiyle bilge kişi konumunda olanlar, içinde buldukları toplum ve kurumlarda “artı değerler”dir. İnsanlık, yoksul ve muhtaçlara yardım etmek istediğinde, kadınlarda daha çok olduğu bilinen koruma ve şefkat duyguları önem kazanıyor. Kadınların işlerinden - yaş nedeniyle – emekli olmalarından sonra yaşamdan da emeklilik yerine gönüllü hizmete talip olmaları, sadece kendileri için değil, toplum için de kazançtır. Birikimlerini sunmak kadar, özgür zamanını değerlendirmek, yeniden yararlı olduğunu görmek, dayanışma içinde olmak ya da sorunlardan ve yalnız kalmaktan uzaklaşıp dost edinmek gibi pek çok güdü ve istekle gönüllü hizmetlerde yer alabilir yaşlı ilerleyen kadın. Bunlar arasındaki meslek çeşitliliği de farklı alanlarda örgütlenilmesini ve 65 yaş üstünde olup üretebilen nice değerlerden yararlanmamızı sağlar.Aslında **“Hasat zamanıdır yaşlılık.”** Sunumumda bunun yollarını anlatmaya, bazı kurum ve uygulamalardan örnekler vermeye çalışacak; özelde de üyesi olduğum “Yaşlılık Konseyi Derneği”- TÜRYAK konusunda açıklamalarda bulunacağım.

“Yaşlı İlkeleri”

Önce kadın-erkek ayrımı yapmadan Birleşmiş Milletler tarafından hazırlanan “Yaşlı İlkeleri” ni sıralayarak başlayalım sunumumuza:

Bağımsızlık, Katılım, Bakım, Kendini Gerçekleştirme ve İtibar başlıkları altında sıralanmış B.M’nin yaşlılar için öngördüğü ilkeler:

Bağımsızlık

Yaşlı bireyler;

Beslenme, barınma, giyim gibi temel gereksinimlerini karşılamak ve sağlık bakımından yararlanmak için yeterli gelire sahip olmalıdır.

Gereksinimlerini karşılama konusunda kendi kendilerine yardımcı olabilmeleri yönünde de ailelerinden ve toplumun her kesiminden destek almalıdır.

Gücü yetiyorsa gelir getirici bir işte çalışabilmeli, değilse toplumdaki diğer gelir getirici faaliyetlerden yararlanmalıdır.

Emeklilik yaşının belirlenmesi ve emeklilik koşullarının tanımlanmasında söz sahibi olmalıdır.

Yaş ve yeteneğine uygun eğitim ve öğretim programlarına sahip olmalıdır.

Bireysel tecihlerine uygun, güvenli bir çevrede yaşamalıdır.

Yaşadıkları çevreyi zamanda kapasitelerini geliştirici fırsatlar da sunmalıdır.

Mümkün olduğunca uzun süre kendi evlerinde ya da aile ortamında yaşamalıdır.

Katılım

Yaşlı bireyler;

Toplumla ilişkilerini sürdürmelidir.

Refah düzeylerini doğrudan etkileyecek politikaların hazırlanması ve uygulanması aşamalarına aktif bir biçimde katılımında bulunmalıdır.

Bilgi ve becerilerini genç kuşaklar ile paylaşmalıdır.

Topluma hizmet etmek için çeşitli fırsatlar geliştirebilmelidir.

Kendi ilgi ve yeteneklerine uygun etkinliklere gönüllü olarak katılımında bulunmalı ve hizmet edebilmelidir.

Bakım

Yaşlı bireyler;

Aile ve toplum tarafından desteklenmeli, ihtiyacı olanlara uygun bakım hizmetleri verilmelidir.

Her toplumun kültürel değerler sistemine uygun bir biçimde korunmalı ve gözetilmelidir.

Asgari düzeyde fiziksel, zihinsel ve ruhsal iyilik kazandıracak ve sürdürecektir sağlık bakımına sahip olmalıdır.

Yaşamlarını kendi başlarına sürdürebilecekleri, gereksinim duyduklarında korunabilecekleri ve bakılabilecekleri çeşitli sosyal hizmetlere ve yasal düzenlemelere sahip olmalıdır.

İnsana yakışır ve güvenli bir ortamda, sosyal ve zihinsel yönden desteklenecekleri, kendilerini geliştirebilecekleri, koruma ve rehabilitasyon hizmeti alabilecekleri, uygun kurumsal bakım modellerinden yararlanmalıdır.

Bir huzurevi ya da rehabilitasyon merkezinde yaşamaları durumunda; ihtiyaçlarına, haysiyetlerine, özel yaşamlarına (mahremiyetlerine), bakımları ve yaşam biçimleri hakkında kendi kararlarını vermelerine tam olarak saygı görmelidir. İnsan haklarından ve temel özgürlüklerden tam olarak yararlanmalıdır.

Kendini Gerçekleştirme

Yaşlı bireyler;

Bireysel potansiyellerini (yetenek ve becerilerini) tam olarak geliştirebilecek fırsatlar yaratmalı, varolan uygulamalardan yararlanmalıdır.

Toplumun eğitim ve kültür etkinliklerine aktif olarak katılabilmelidir.

İtibar

Yaşlı bireyler;

İtibar görmeli ve güven içerisinde yaşamalıdır.

Sömürüden, fiziksel ya da zihinsel istismardan uzak tutulmalıdır.

Hizmetlerden yararlanırken; yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, özür durumu ya da diğer konumları nedeniyle bir ayırım görmemelidir.

Gelir durumları belirleyici bir unsur olmamalı, gelir düzeyinden bağımsız olarak gereksinimleri karşılanacak şekilde uygun hizmetlerden yararlanmalıdır.

Ülkemizde durum

Türkiye ve Türk toplumu, çok ilginç bir dönem başlangıcında bulunuyor. Endüstri ülkelerinin çoktan geçirdikleri evrelere girmek için hazırlıklarını sürdürmekle birlikte, şimdiye kadar yeterli bir önlem alınmadığı için ülkemizde yaşlılıkla ilgili sosyal sorunların karşılanamaz olacağı ve kuşaklar arası anlaşmazlıkların da büyüyeceği ortaya çıkıyor.

Erişilen refah düzeyi, tıbtaki gelişmeler, doğumlardaki azalmanın yol açtığı demografik değişimler, ailelerin küçülmesi, sanayi ve hizmetler sektöründe çalışanların çoğalması, tercih edilen konut özellikleri, kentleşme, kadının çalışma yaşamına girmesi, geleneksel destek mekanizmalarının zayıflaması, demokratikleşme, çalışma hayatındaki değişiklikler, işin evden

fabrikaya taşınması (Danişoğlu E., Yaşlı Nüfus) “yaşlılık” olgusunu ve sorununu önemsenecek bir hale getirmiştir.

Türkiye’de yaşlıların sayıları,cinsiyet ayrımları, eğitimleri, nitelikleri, sağlık sorunları, özür grupları, gelir grupları, bilgi birikimleri, toplumsal yaşama atılımları ve toplumsal yaşamdan dışlanmaları, bu alandaki çeşitliliği, politikaları, yapılan hizmetleri ve çözümlenmeleri belirten kapsamlı araştırmalara rastlanmamıştır.

Ancak ülkemizde yaşlılık konusunda yapılmış ve halen sürdürülmekte olan çalışmalar dört ana başlıkta sıralanabilir; (Türkiye Bilimler Akedemisi Raporları, Yaşlılar ve Yaşlı Yakınları Açısından Yaşam Biçimi Tercihleri, 2003)

- 1- Yaşlılığa yönelik sosyal politikalar ve sosyal hizmetleri belirleyen çalışmalar,
- 2- Yaşlılıkla ilgili demografi, aile, kuşaklararası dayanışma ve çatışmalar, sosyal çevre, yaşam arajmanları gibi konulara yönelik incelemeler,
- 3- Yaşlılıkta sağlık, geriatrik çalışmalar, tıbbi etik, beslenme ve giyim konusundaki araştırmalar,
- 4- Yaşlılıkta psikolojik ve psikiyatrik sorunların incelenmesi.

Toplumumuzdaki genç nüfus yoğunluğu, Türkiye’de henüz yaşlılık ile ilgili herhangi bir sorunun bulunmadığı gibi bir yanılgıya da neden olmaktadır.

Ülkemizde henüz emeklilerden yararlanmak amacıyla oluşturulmuş politikalar da bulunmamaktadır. Öncelik genç işsizlere iş bulmaya verildiğinden deneyimlerinin doruğunda olan insanlar kendi çözümleriyle başbaşa bırakılmaktadır.. Bu kişilerin bir bilgi bankası aracılığıyla gönüllü kuruluşlara yönlendirilmesi de uygulama kapsamında görülmemektedir.

Sayıları 5 milyon civarında olan yaşlılarımıza yararlı olabilecek bir düzenlemeye acilen ihtiyaç vardır.

Anayasa’nın (1982), 61. maddesinde yaşlılara yönelik olarak “yaşlılar devletçe korunur, yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir” hükmü yer almaktadır. Ayrıca Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (2001-2005) da yaşlı nüfusun giderek artışı belirtilmekte, “bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin artırılarak sürdürülmesi ihtiyacı”nın önemi vurgulanmaktadır.

Ancak yaşlılar bugünün koşullarında aktif ve sağlıklı yaşlanma için gerekli olan minimum koşullara dahi sahip değildiler.

Yaşlı nüfusun yüzde 63,5’i bugün okuma yazma bilmemektedir. Bu koşullarda kent yaşamına dahi uyum sağlaması mümkün olmayan yaşlıların, aktif ve sağlıklı yaşlanabilmesini beklemek mümkün değildir. Türkiye’de bugün yaşlılık konusundaki mevcut düzenlemeler, ileri

yaştakilerin aktif ve sağlıklı bir yaşam geçirmeleri için yeterli olmamakta, var olan yapısal eksikliklerin ve bunlardan kaynaklanan sorunların üstesinden gelinmesi gerekmektedir.

Sosyal hizmetin çeşitli gönüllü kuruluşlarla ve kamu kuruluşları tarafından dağıtık ve programsız yürütüldüğünün tesbit edilmesiyle 27/05/ 1983 tarihinde yürürlüğe giren 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu (SHÇEK) ile yaşlılara yönelik sosyal hizmetlerin de düzenlenmesi öngörülmüştür.

Ne var ki yasa daha çok bakıma muhtaçlar yönünde yorumlanmış; bu alanda kurulan kurum ve örgütler de sağlık ve bakım üzerinde yoğunlaşmışlardır.

Türkiye Bilimler Akademisi'nin yaşlılıkla ilgili bulguları da bize ışık tutmaktadır:

1-Toplumumuz “olumsuz” bir “yaşlılık” söylemi içerisindedir. Bu olumsuz söyleme göre ileri yaştaki bireyler, artık nüfus olarak görülmekte, ileri yaşta olmak bir kusur, özür, zafiyet ya da hastalık olarak kodlanmaktadır.

2-Yaşlılık söyleminden toplumun her kesimi payını almaktadır. Herkes farklı hızlarla da olsa hakim yaşlılık söyleminin etkisiyle “yaşlanmaktadır”

3-Yaşlılık söylemi ileri yaştakileri de kuşatmaktadır. Bu kuşatma oranınca ileri yaştakiler kendilerini “ihtiyar” hissetmektedirler.

4-Yaşlılık söyleminin yaşlılığı kuşatmasına iki temel direnç vardır. 1. Yaşam aranjmanı, 2. Toplumsal aktiflik (üretken ya da entellektüel faaliyetler, sivil toplum faaliyetleri vb.)

5-Yaşam aranjmanında tercihlerini gerçekleştirebilen ileri yaştaki bireylerin kendilerini “yaşlı” hissetmeye direnci daha fazladır.

6-Toplumsal olarak aktif olan ileri yaştaki bireylerin “yaşlanmaya” direnci daha fazladır.

7-Yaşlılık söylemi içerisinde iki farklı konum bulunmaktadır. 1. Geleneksel konum, 2. Modern konum

8-Bu iki konumun esas farklılığı yukarıdaki temel iki direnci farklı şekillerde benimsemeleridir.

9-Yaşlılık söylemini uğraklarına uygun olarak, toplumda ileri yaştakilerin “yaşlanmasını” ivmelendiren olumlu ve/veya olumsuz yaş ayrımcılıkları mevcuttur.

10-Yaşlılar toplumsal yaşamdan dışlanmaktadırlar, toplumsal yaşama içermelerinin önündeki engeller kaldırılmak yerine ileri yaşta olma bir kusur olarak gösterilmektedir.

11-Kadın ve erkeklerin toplumsal kimlikleri yaşlılık söylemindeki konumlanışlarını da etkilemektedir. Erkekler, yaşlanmayla beraber, statü ve aktifliklerinden daha fazla kayıp

vermelerinden dolayı “yaşlanmayla” daha fazla yüzleşir ve yaşlanmayı daha zor kabullenirlerken, kadınlar “yaşlanmayı” daha kolay doğallaştırmaktadırlar.

12-Cinsellik ileri yaştakiler için uygun görülmemekte ve genellikle ileri yaştaki bireylerin cinselliği ayıplanmaktadır. Benzer bir şekilde ileri yaşlarda evlenmeye de ekonomik ya da bakım nedenleri haricinde karşı durulmakta, duygusal ya da manevi nedenlerle evlilik istencine pek rastlanılmamaktadır.

13-İleri yaştakiler, yaşlılık söylemlerinden etkilenmeleri oranında kendileri için birşey talep etmemekte, geleceğe yönelik bir beklenti içinde olmamakta, bir plan ya da hedefe sahip olmamaktadırlar.

14-Yaşlılaşma açısından geleneksel farklarını kaybetmiş olup köyde yaşayanlar da yine aktifliklerine ve yaşam arajmanlarına göre çeşitlilik göstermektedir.

15-Orta yaş grubu (30-50 yaş) yaşlılık söyleminden daha yoğun bir şekilde etkilenmektedir. Yaş ilerledikçe bu söylemin etkisi azalmaktadır. Ortalama ölüm yaşı sınırı aşıldıkça yaşlılık söyleminin etkileri iyice belirsizleşmektedir

16-Huzurevleri yaşlıların toplumsal yaşamdan dışlanmalarını besleyen yerlerdir. Huzurevinde kalan ileri yaştaki bireyler daha ciddi oranlarda yaşlılık söyleminin etkisi altındadırlar.

Girmeye çok istekli olduğumuz AB’de ise yaşlılık konusu istihdam ve sosyal politikalar bağlamında ele alınmakta; daha aktif , girişimci ve üretken bir yaşlılık dönemi üzerinde durulmaktadır.

Avrupa Komisyonu’nda da sosyal ortaklar ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içinde yaşanmaya değer bir yaşlılık çağı için gerçekçi perspektifler ile birlikte, çalışma hayatından emekliliğe aşamalı geçişlere yönelik modeller geliştirilmeye çalışılmaktadır.

Birleşmiş Milletlerin “Yaşlı İlkeleri”ne tekrar göz atacak olursak, bağımsızlık, katılım ve itibar görme başlıkları altında yaşlıların üretkenlik ve deneyimlerinden yararlanılması gereği üzerinde durulduğunu görürüz.

Bu nedenlerle de sivil toplum örgütleri ve yaşlılık arasında bağ kurulmasının çok doğru bir yaklaşım olduğu ve bu alanda sivil toplum örgütlerine çok iş düşeceği anlaşılır.

Bilindiği üzere sivil toplum, gönüllülük esasına dayanan, büyük ölçüde kendi kendini yeniden üreten, hükümet dışında varolan, ancak hukuk düzenince tanınan örgütlü bir toplumsal alandır. Bir başka tarife göre de “Devletin resmi yapısı dışında kalan, bireyin temel hak ve özgürlüklerine dayalı olan ve gerek bireylerin, gerek grupların toplum içinde kimliklerini geliştirici fonksiyonlarını kolaylaştıran oluşumlardır.”(Emre Kongar, Tüses 109)ö “Sivil

toplum”, özel alan ile devlet arasında bir görev yüklenir. NGO, “Hükümet dışı örgütler” de denilen, kar amacı gütmeyen ve belirli amaçlar etrafında toplanan girişimci insanların oluşturduğu bu kuruluşların görevlerini yerine getirebilmeleri için üyelerin örgüt içinde biribirlerini tanımaları, işbirliği içinde olmaları ve demokratik bir ilişki geliştirmeleri beklenir. Osmanlı'nın son dönemlerinden bu yana kurulan ve son yıllarda sayıları hızla artan bu örgütlerin çoğu dayanışma, eğitim, ekonomi, kültür, sağlık, sosyal hizmet, insan hakları, hayvan hakları, çevre ve spor alanlarında faaliyet göstermektedirler.

Cumhuriyet döneminde kurulan ilk kadın derneği (7 Şubat 1924), Türk Kadınlar Birliği'dir.

19 Şubat 1928'de “Kadın Esirgeme Kurumu” adıyla kurulup Atatürk'ün önerisiyle adı 1938 yılında değişen “Yardımsevenler Derneği”, amacına uygun olarak, kadını üretken hale getirmek, emek mukabili yardımlarda bulunmak, iş evleri açmak, yoksul annelere yardımda bulunmak, gönüllü hastabakıcı yetiştirmek ve Ordu'nun ihtiyacı olan malzemeyi hazırlamak ve dikmek, genç kızlara yurtlar açmak gibi etkinliklerinin bir kısmını hala sürdürmektedir.

(Bu derneğin en önemli özelliklerinden biri kuruluşundan bu yana başkanlarının çok uzun süre - buna yaşam boyu da diyebiliriz - görevde kalmalarıdır. Dernek,1988'den bu yana halen 5. başkan olan Birsen Eldem tarafından yönetilmektedir.)

Kadına karşı ayrımcılığın da etkisi ve BM nin teşvikiyle doğrudan kadın odaklı, üyeleri sadece kadınlar olan öncü dernekler kurulmuştur:

İstanbul Soroptimist Klübü Derneği (1948), Üniversiteli Kadınlar Derneği (İst-1949), Türk-Amerikan Kadınları Kültür Derneği (Ank-1950), Kadının Sosyal Hayatını Tetkik Kurumu (Ank- 1953), Türk Anneler Derneği (Ank- 1959) gibi.

1975 yılının BM' ce “Dünya Kadın Yılı” olarak ilanıyla başlayan bilinçlenme sürecinin etkisi ve 1980 sonrasında feminizm akımının giderek yaygınlaşmasıyla kadınlarla ilgili pek çok derneğin kurulduğu görülmüştür.1985 yılında gelecek on yılın hedefinin “Eşitlik, Kalkınma ve Barış” olarak belirlendiği Nairobi, III. Dünya Kadın Konferansları'nın bizde yansımaları, basındaki duyarlı gazeteci ve yazarlar ve kadın platformlarının çabaları sonucunda oluşmuştur.

1990'dan itibaren çoğu UNDP tarafından desteklenen projeler yoluyla, İstanbul, Ankara, İzmir ve Adana'da birkaç üniversitede “Kadın İncelemeleri ve Araştırmaları Merkezleri”nin kurulması ile kadın örgütleri arasındaki iletişim de hız kazanmıştır.

1995 yılında Pekin'de gerçekleşen IV.Dünya Kadın Konferansı ve İstanbul'da düzenlenen Habitat II. Toplantıları ile STK kavramı ülkemizde yerleşmeye başlamıştır.

Zaman içinde kadınlar, erkeklerin kurduğu dernekler içinde de kendilerine yer açmayı başarmışlardır.(Rotary ve Lions Klüpleri)

Dernekler, kadınların toplumsallaşmalarını ve kamusal alana çıkışlarını sağlayan ortamlardır. Yukarıda saydığım derneklerin yanında yeni kurulan ve aktif olarak çalışan birçok derneğe kadınlar katılıp çok yararlı etkinliklerde bulunabilirler.

Halen dünya örgütlenmesinin ikinci başkanlarından olduğum Üniversiteli Kadınlar Derneklerinin 2004- 2007 dönemi için öngördükleri tema: “WOMEN: AGENTS FOR CHANGE” “**Değişimin Öncüsü Kadın**” dır. Değişimi gerçekleştirmek için seçilen eylem alanları ise Eğitim, Bilgi Toplumu, Toplum güvenliği ve Barış’tır.

Değişimde öncü rolü üstlenmesi istenen kadının yaşlılık konusunu da genel kapsamda ele alması beklenmekte; yaşlılığın temel özelliklerinden olan farklılık ve çeşitliliğe uygun çözümler üretilmesi ve bu alanda politikalar geliştirilerek yasalarda değişiklik yapılmasının sağlanması zorunlu görülmektedir..

Türkiye’de 2005 yılında ortalama yaşam süresi (ya da hayatta kalma umudu) 70.8 dir.

Kadınların erkeklerden daha çok yaşadıkları saptandığı gibi, genelde evliliklerde kadınların erkeklerden daha küçük olmaları da yalnız kalma etkenlerindedir..

Bu durum da yaşlanan kadının aile içinde daha çok yalnızlaştığı gerçeğini göstermektedir.

Toplumsal bakış açısı zaman içinde yavaş yavaş değişse de geleneksel olarak kadına yüklenen rol-yaşa bağlı olmaksızın- yerini korumakta, ev ve bakım işlerinden sorumluluğu sürmektedir kadınların.

Gönüllü çalışmalar bir çıkış ve özgürlük yoludur kadınlar için.

Birçokları bir statü kazanmakta, bazıları da otorite sahibi olmaktadır bu yoldan.

Sayıları çok olmasa da genç yaşta sivil toplum örgütlerinde çalışmaya başlayanlar bu alanda profesyonelleşmekte; bir koltuk kapmışlarsa eğer, onu elde tutabilmek için ellerinden geleni yapmaktadırlar.

Farklı örgütlenme modelleri içinde çalışma olanağı bulan kadınlar, gönüllü hizmetlere erkeklerden çok sahip çıkmakta, daha yoğun şekilde varlık gösterebilmektedirler.

İş yaşamındaki kadınların bir kısmı gönüllü çalışmayı emeklilik yaşamları için bir fırsat olarak görerek ileri yaşlara ertelemektedirler.

Sunumumuzun öznesi olan bu kadınlar, sağlıkları elverdiği oranda topluma katkıda bulunabilmek için STK larda canla başla çalışmaktadırlar.

Bu bağlamda 2003 yılında kuruluşuna başlanıp 2004 yılında yeni üyeleriyle etkinliklerini planlama aşamasına gelen **TÜRYAK**, Yaşlılık Konseyi Derneği’nin varlığı önem kazanmaktadır:

İleri yaşı bireylerin bir başka deyişle kıdemli vatandaşların yaşam kalitesini yükseltecek girişimlere toplumun her katmanında öncülük etmek inancını taşıyan bir grup işadami ve sosyal hizmet gönüllüsü tarafından kurulan **TÜRYAK**'ın amaç ve ilkeleri aşağıda sıralanmaktadır:

- a-) Devletin 2828 sayılı Kanun kapsamında yerine getirdiği Sosyal Hizmetlerin ve yardımların ifasına bir sivil toplum kuruluşu olarak katkıda bulunmak, bu kapsamda verilen sosyal hizmetlerin geliştirilmesi ve çeşitlendirilmesini sağlamak, kamu yararına çalışmalar yapmak,
- b-)Toplumda ileri yaşta insanlara karşı olan ilgi ve duyarlılığı arttırmak, temel bireysel özelliklerdeki ayrılıkları,din,dil,ırk,cinsiyet farklılıklarını gözetmeksizin ileri yaş grubunun toplum için önemini vurgulamak ve bu konuda toplumdaki ilgi ve duyarlılığı arttırmak, yaşlıların sorunları ile ilgili sözcülük yapmak, yaşlıların bir kaynak oluşturduğunu anlatmak,
- c-) Geliştirilen politikaların tüm yaşlıların bakış açılarını,ilgi ve ihtiyaçlarını yeterince yansıtmalarını garanti altına almaya çalışmak,bu doğrultuda, yaşlılık/yaşlanma/yaşlı birey alanlarında atılan tüm adımların tamamlanması ulusal ve uluslar arası platformda yönlendirici girişimlerde bulunmak ,
- d-) Ulusal veya uluslar arası platformlarda yaşlıların yararına çalışan veya yaşlıları temsil edici nitelikte bir işlev üstlenmiş ülke ve dünya örgütleri arasındaki işbirliğini sağlamak ve güçlendirmek,
- e-) Ulusal eğitim kampanyası çerçevesinde okuma yazma seferberliğine destek sağlamak ve okur yazar olmayan yaşlılara bu konuda hizmet götürmek için çalışmalarda bulunmak,
- f-) Gerontoloji alanında ar-ge çalışmaları yapmak, yaptırmak, yapılan bilimsel ve diğer çalışmaları yaşama geçirmek için her imkanı kullanarak,bilimsel gelişmeyi yönlendirmek ve ortak bir bilgi bankası oluşturmak,
- g-) Yurtdışı kaynak, know-how ve teknoloji den yararlanılarak yaşlı nüfusa yönelik yatırımların, ülkenin tün bölgelerinde gerçekleştirilmesini teşvik etmek ve bu konularda çalışmalarda bulunmak,
- h-)Yaşlı nüfusun ihtiyaçlarının karşılanacağı kurumlarda görev yapacak uzmanların yetiştirilmesi,meslek öncesi ve meslek içi eğitime tabii tutulması yolu ile modern bir sosyal sektör istihdam alanı açılmasını özendirmek ve bu konuda kamu kurumları ile işbirliği yapmak, bu kapsamda Devletin ilgili kurumları, yerel kurumlar ve benzeri kuruluşlarla ortak projeler üretmek ve işbirliği yapmak ve bu konularda yönlendirici girişimlerde bulunmak,
- ı-) Genelde toplum sağlığı ve özelde yaşlı sağlığı ile ilgili koruyucu önlemler için eğitim faaliyetlerinde bulunmak,
- j) Yaşlıların ihtiyaçları için gerekli ürün ve hizmetler hakkında araştırma, geliştirme ve standart çalışmaları yapmak, ilgili kuruluşlara bilgi aktarmak ve organize etmek,

k-)Konusu ile ilgili uluslararası düzeyde geliştirilen sosyal politikaların ve standartların ülkemizde de uygulanması için çalışmalar yapmak.

DERNEK mevzuat gereği alınması gereken izinlere sahip olmak kaydıyla uluslararası faaliyetlerde bulunabilir ve amacına uygun organizasyonlara üye olabilir.

Derneğin her yaş ve alanlardaki kişilerin üyeliği ile zengin bir üye yapısına kavuşması hedeflenmektedir.

Değişik yaş ve meslek grupları arasındaki iletişim ile yaratılacak sinerjik ortamdan çok verimli sonuçlar alınacağına inanılmaktadır.

Sonuç:

İhtiyarlamadan yaşlanmak

“...yaşam, aldığımız soluklarla değil, soluk kesen anlarla ölçülür” der bir bilge kişi. Önceleri aldığımız yaşlardan ötürü sevinir, bize “çocuk” denmesinden hiç hoşlanmazdık, büyümek önemliydi. Genç olduk, sözümüz dinlensin istedik. Olgunluk çağı pek güzeldi, ne var ki kalıcı değildi ki orada duruverelim... Yaşlar arttıkça “yaşlı” diye anılmayı hiç istemedik; artık aldığımız yaşlardan seviniyoruz pek yoktu galiba. Oysa yaşlanmak kaçınılmaz bir gerçek. Bu gerçeği kabullenip deneyimlerin artı değerlerine yönelmek ve “kıdemli vatandaş” olmanın bilinci ve onuru ile bu değerlerden yararlanmanın keyfine varabilmek daha doğru olmaz mı? Kadın ya da erkek olmak fark eder mi?

TÜRYAK’ın üyesi olmasından onur duyduğumuz Sayın TALAT HALMAN tarafından hazırlanan bildiğe ile sonlandıralım bu sunumumuzu:

TÜRYAK’IN İLERİ YAŞ BİLDİRGESİ

“Biz, yaşı başı ileri “kıdemli vatandaşlar”, kendimiz ve yakınlarımız için sağlıklı, ulusumuz ve dünyamız için yararlı bir yaşam sürdürmeye inanıyoruz.

Herhangi bir yaşta başa gelebilecek illet ve kazalara uğramadıkça, elden ayaktan düşmedikçe, **çalışarak, üreterek, yaratarak etkin yaşayacağız.**

Hastalığa karşı direnmek, yorgunluğa yenik düşmemek, karanlığa ve karamsarlığa teslim olmamak azmindeyiz.

Yaşlılığı, toplumdaki el etek çekmek, atıl kalmak, bir köşede oturmak, eceli beklemek gibi algılamayı reddediyoruz. **Yaşlılık bizler için, deneyim ve birikimlerle güçlenen, güzelleşen bir ileri yaşam sürecidir.** Dünü seviyoruz, bugüne dört elle sarılıyoruz, yarına güveniyoruz.

Ulusumuza, insanlığa, doğaya hizmetlerimizi sürdürmekten geri kalmayacağız. Toplumdaki görevlerimizin, haklarımızın, sorumluluklarımızın bilincinden uzaklaşmayacağız.

Gönül ihtiyarlamadığından, sevgilerimiz sağlam, gönüllü çabalarımız sürekli olacak.

Amacımız iyilik, andımız iyimserliktir.

Biz, yaşını başını almış, aklı dinç, ruhu genç bireyleriz. **Yaşamdan, yaratmaktan, yararlılıktan emekli olmayacağız.** Ülkeye ve dünyaya yeni katkılarda bulunmak uğrunda, tek tek ve dayanışma içinde, emek vereceğiz.

İleri yaşlarda ihtiyar olmayacağız, hizmet ederek bahtiyar olacağız.”

KAYNAKÇALAR

1. Birten Gökyay “60’lardan 90’lara Kadın Dernekleri”
2. -“20. Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek” TODAİE İnsan Hakları Araştırma ve Derleme Merkezi Yayın No:16 (sayfa 467-489)
3. Birten Gökyay “Sivil Toplum Örgütleri ve Kalkınma” SOSYAL HİZMET SEMPOZYUMU ’99 Bölgesel Kalkınma Sürecinde Sosyal Hizmet 20-21-22 Ekim 1999 Diyarbakır (sayfa 187-195) GAP Başkanlığı veHÜ Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu
4. Emel Danışoğlu TÜRYAK raporu
5. İsmail Tufan “Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık” Aykırı Yayıncılık Araştırma Dizisi-9 (2002 İstanbul)
6. TÜRYAK Tüzüğü
7. SHÇEK Genel Müdürlüğü web sayfası

YAŞLILIĞA GENEL BAKIŞ

Abdurrahman Çohaz

Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu

Yaşlılık göreceli bir kavramdır. Her yaşlının bir biyolojik geçmişi, iş deneyimleri ve duygusal yaşamı vardır. Ayrıca, yaşlılık bir toplumdan diğerine ve çağa göre de farklılık gösterir. Her insanda yaşlanmakla ölmek arasında süren mücadelede, toplumsal ve kültürel etmenler önemli rol oynarlar. Yaşlanma bireysel bir değişim olarak kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesidir. Yaşlanma bireysel olmakla birlikte, toplumsal değerler ve diğer etkenler toplumda yaşlı ve yaşlılığa verilen değeri ve yeri belirlemektedir. Bu nedenle yaşlılık sadece biyolojik bir olay olmayıp, aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır.

Yaşlılık; yaşamın diğer evreleri gibi doğal ve kaçınılmaz bir olgudur ve tüm insanlar için söz konusu olan bir durumdur. Bireyin kalıtımla getirdiği özelliklere, beslenmesine, çevre koşullarına ve kültürel çabalarına göre erken ya da geç, sorunlu ya da az sorunlu olur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün yaptığı bir ayrıma göre, 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık kategorisine alınmıştır. Biyolojik yaşlanma böyle bir gelişimi zorunlu kılmakla birlikte, bu değerlendirmenin kesin ve değişmez olduğu söylenemez. Yaşlanma ile birlikte mental ve fiziksel kapasitede azalmalar, hareket yeteneğinden yavaşlama görülse de, birey kendini yaşlı hissetmeyebilir. Yaşlılık, durağan ve değişmez bir yaşam dönemi değildir. Tam karşıtı, yaşlılık çeşitli güçlerin etkileşimini içerir. Bu güçlerin temelinde yaşamın tüm evrelerinin zorlamalarına karşın varoluşunu sürdürabilmiş olmanın bilgeliği ve iç görüşü bulunur.

Yaşlılık sorunu her şeyden önce tıbbi ve toplumsal bir nitelik taşımaktadır. Bu konuda var olan güçlükleri yenmek için yaşlanmaya ilişkin koruyucu tıp konusuna daha da önem verilmelidir. Gerontolojinin ana sorunlarından biri yaşlanmanın sebep olduğu değişimlerle hastalıktan kaynaklanan değişimlerin nasıl ayırt edileceğidir. Bu konuda güçlükleri yenmek için, yaşlanmayla ilgili koruyucu tıba daha çok önem verilmelidir.

Türkiye'de yaşlılık sorunu demografik, ekonomik ve sosyo-kültürel yapıdan kaynaklanan nedenlerle, endüstrileşmiş batı toplumlarının gerisinden gelmektedir. Ancak bu, sorunun olmadığı anlamını taşımaz. Çünkü 2000'li yıllarda gelişmekte olan ülkeler kategorisinde, Avrupa Topluluğuna aday bir ülke olarak, yaşlı nüfusun sayısının gelişmiş ülkelerden iki kat daha fazla olacağı tahmin edilmektedir. Bu durum gösteriyor ki, yaşlılık toplumun büyük bir sorunu olmadan önlemlerin alınmasını gerektirmektedir.

TÜRK TOPLUMUNDA YAŞLILARA GÖTÜRÜLEN HİZMETLERİN TARİHÇESİ

Türkler, tarihi boyunca çocukların ve yaşlıların korunmasına önem veren bir millet olmuştur. Türk kültüründe kökleşmiş olan sevgi ve merhamet duyguları çocuk ve yaşlı haklarını aile davranışının odak noktası haline getirmiştir.

Yaşlıları koruma hizmetini veren ilk kurum Selçuklular döneminde 11. yüzyılda kurulmuştur. Sivas'ta 11. yüzyılda Reha Oğulları tarafından Darülrêha (Huzurevi), Mısır'da Erbil Atabeyi Muzaffereddin Ebu Sait tarafından yaptırılan Gökbörü tesisleri, dört darülaceze, dullar için barınma tesisi bulunduğu saptanmıştır. Memlûklular döneminde 13. yüzyılda Kahire'de açılan Seyfettin Kalavun Hastanesi ve tesisleri dul kadınlara ve yaşlılara hizmet vermiştir.

Osmanlılar döneminde imarethaneler, aşevleri ve tekkelerin muhtaç yaşlılara hizmet verdikleri bilinmektedir. Kurulan darülrêhalar, yapılan vakfiyeler ve hastaneler günümüzde yaşlı bakımı ile ilgili hizmetleri yerine getiriyorlardı. Bilindiği gibi Osmanlılar döneminde sosyal hizmetler 19. yüzyıla kadar vakıf kuruluşları tarafından veriliyordu. Bu alanda hizmet veren kamu kuruluşları ve hayır kurumları 19. yüzyılda kurulmaya başlanmıştır. Bu kuruluşlar diğer ihtiyaç gruplarının yanında yaşlılara da hizmet götürüyorlardı. Bunların arasında yer alan 1868 yılında kurulmuş olan Kızılay Derneği ve 1895 yılında kurulmuş olan Darülaceze Osmanlılar döneminde kurulup günümüze kadar yaşayan kurumlardır. Darülaceze önce, sakat ve yoksul erkek, kadın ve kimsesiz çocukları korumak için II.Abdülhamit devrinde hizmete girmiştir. Bugün İstanbul Belediyesine bağlı, döner sermaye ile yönetilen bir kurumdur. Amacı din ve ırk ayrımı gözetmeden, düşkünleri barındırmak, ümitsizlikten kurtarmak, rahat bir yaşam sağlamaktır.

Cumhuriyet'in ilanından sonra 1930 tarihinde yürürlüğü giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan Belediyelere bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. Aynı zamanda çeşitli dernekler, azınlıklar ve gerçek kişiler de yaşlılara hizmet vermek amacıyla yatılı yaşlı kuruluşları açmışlardır.

Her türlü sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve özürlülerin bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile çalışma gücünden yoksun yoksul kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak üzere 3017 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanununun 17.maddesine istinaden 225 sayılı kanunun 4.maddesi ile 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuş ve anılan Genel Müdürlüğe bağlı olarak ilk huzurevi 1966'da Konya'da, ikincisi ise Eskişehir'de hizmete açılmıştır.

1983 yılında yürürlüğe giren 2828 sayılı kanun ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü kurularak Sosyal Hizmetler Sağlık Bakanlığından ayrılmıştır.

2828 sayılı Kanunun 4.üncü maddesinde belirtilen genel esaslar dahilinde muhtaç yaşlıların tespiti, korunması, bakımlarının sağlanması ile ilgili hizmetleri yürütmek, bu hizmetler için gerekli sosyal hizmet kuruluşlarının tesisi ve işletilmesi ile ilgili görevleri yerine getirmek üzere aynı Kanunun 10.uncu maddesinin (f) fıkrasına dayanılarak kurulan Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı.

-Sosyal ve ekonomik yoksulluk içinde bulunan yaşlıların tespiti, bakımı ve korunmaları ile ilgili hizmetleri düzenlemek, takip etmek, koordinasyon sağlamak, denetlemek,

-Yaşlılara yönelik huzurevi ile benzer nitelikteki sosyal hizmet kuruluşlarının yurt dışında dengeli ve ihtiyaçlara dayalı olarak kurulması ve belirli program çerçevesinde yaygınlaştırılması ile ilgili faaliyetleri planlamak, uygulamak ve yürütülmesini takip ve koordine etmek,

-Yaşlıların toplum içinde korunması ile ilgili faaliyetleri düzenlemek ve yürütülmesini sağlamak,

-Kamu kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerinince açılacak yaşlı kuruluşlarının açılmaları, çalışmaları ve denetlemeleri ile ilgili esasları belirlemek, rehberlik etmek, uygulamayı takip, koordine etmek ve denetlemekle görevlendirilmiştir.

İlgili yasanın öngördüğü esaslar doğrultusunda yaşlıya yönelik varolan hizmetlerin iyileştirilmesi ve yeni hizmetlerin başlatılması çalışmaları;

-SHÇEK Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi Yönetmeliği,

-Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği,

-Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde açılacak Huzurevlerinin kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmelik olmak üzere 3 yönetmelik çerçevesinde yürütülmektedir.

SOSYAL HİZMETLER VE ÇOCUK ESİRGEME KURUMU'NA BAĞLI

KURULUŞLAR

HUZUREVLERİ İLE HUZUREVİ YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİ

2828 sayılı Kanunun 15.maddesi doğrultusunda hazırlanarak 21/02/2001 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak 24325 sayılı Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği Hükümlerine göre; huzurevlerimize, maddi ve sosyal yönden yoksunluk içinde olup ta, günlük ihtiyaçlarını (yeme, içme ve tuvalet gibi) bağımsız olarak karşılayabilen, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren ağır bir hastalık veya sakatlığı bulunmayan, akıl ve ruh sağlığı yerinde 60 ve daha yukarı yaştaki kişiler alınmaktadır.

Huzurevlerine ekonomik gücü yerinde olmayan, kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan ya da kanunen kendisine bakmakla yükümlü kimsesi olup ta yükümlülerin ekonomik gücü yeterli olmayan yaşlılar ücretsiz, ekonomik gücü yerinde olup ta sosyal yoksunluk içinde bulunan yaşlılar ücretli olarak kabul edilmektedirler.

Huzurevlerinde kalan yaşlıların günlük ihtiyaçlarının (yeme, içme, barınma ve temizlik gibi) karşılanmasının yanı sıra; tıbbi bakım ve tedavilerinin yapılması, psikolojik ve sosyal kaynaklı sorunlarının çözümünde yardımcı olunması, sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, zamanlarının değerlendirilmesi, aktivitelerinin devamının sağlanması, ayrıca besin harcama oranları ve sağlık durumları göz önüne alınarak uygun tarzda beslenmelerini temin amacıyla gerekli tüm hizmetler, doktor, sosyal hizmet uzmanı psikolog, diyetisyen, fizyoterapist ve hemşire gibi ihtisas sahibi elemanlar tarafından koordineli bir biçimde verilmeye çalışılmaktadır.

Huzurevlerinde ücretli kalmakta olan yaşlılardan alınacak bakım ücretleri, her mali yılda Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü'nce tespit edilen miktarlar üzerinden aylık olarak tahsil edilmektedir. Bu ücretlere yeme, içme, barınma ve her türlü bakım giderleri dahildir.

“Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkındaki 1005 Sayılı Kanun” uyarınca İstiklal Madalyası verilerek maaş bağlanan kişiler, bu gelirlerinden başka hiçbir yerden aylık ve geliri olmamak şartıyla varsa eşleriyle birlikte huzurevlerinde ücretsiz olarak kalmaktadır.

Huzurevlerine alındıktan sonra zaman içinde bazı yaşlılarda bedensel ve zihinsel fonksiyon kayıpları nedeniyle sürekli yatağa bağımlı hale gelme veya kontrol altında bulundurulma sorununun ortaya çıkması, ayrıca, evlerinde bu duruma düşmüş, aile yanında

bakımı güçleşen yaşlıların bakım ve korunmalarının sağlanması, özel bakım hizmetlerini gerekli kılmıştır.

Huzurevlerine alındıktan sonra zaman içinde bazı yaşlılarda bedensel ve zihinsel fonksiyon kayıpları nedeniyle sürekli yatağa bağımlı hale gelme veya kontrol altında bulundurulma sorununun ortaya çıkması, ayrıca, evlerinde bu duruma düşmüş, aile yanında bakımı güçleşen yaşlıların bakım ve korunmalarının sağlanması, özel bakım hizmetlerini gerekli kılmıştır.

Bu nedenle, 60 yaşın üzerinde akıl ve ruh sağlığı yerinde, bulaşıcı ve habis tümöral yada sürekli tedavi gerektiren bir hastalığı bulunmayan yatağa bağlı (yatalak, felçli ve sakat) yaşlıların bakım ve korunmalarını sağlamak amacıyla, huzurevleri bünyesinde özel bakım bölümleri açılmıştır.

Huzurevlerinde kalmakta iken yatalak ve felçli duruma düşen yaşlılar bu bölümlere öncelikle yerleştirilmekte, boş yatak bulunduğu takdirde aciliyeti olan yeni müracaatlar kabul edilmektedir.

Ekonomik yoksunluk içinde bulunan yaşlıların Devlet hastanelerinde ücretsiz olarak bakım ve tedavileri yaptırılmakta, ilaç, ortez, protez ve benzeri ihtiyaçları karşılanmaktadır.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğüne ait 62 huzurevinde 6863 kapasite ile hizmet verilmektedir.

Bakım hizmeti almakta olan yaşlılardan % 70'i Normal Bakım, % 30'u Özel Bakım hizmetinden yararlanmaktadır.

Artan talep nedeniyle 2001 yılında yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri sayı ve kapasiteleri ile Özel Bakım Bölümü olan huzurevi sayı ve kapasitesinin mevcut kapasiteye oranla % 30 çıkarılması hedeflenmiş, merkez ve bölüm hizmetlerinin personel, donanım vb. yönleriyle yeniden değerlendirilmesi çalışması yapılmış Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'ne dönüştürülecek huzurevleri saptanmış, her huzurevinde Özel Bakım Bölümü tesis edilmesine yönelik çalışma gerçekleştirilmiştir.

Yaşlı açısından değerlendirildiğinde; geleneksel aile içinde saygın bir yeri, otoritesi olan yaşlının aile dışında bir bakım biçimi olan huzurevine yerleştirilmesi özellikle yaşlı açısından kolay kabullenilir bir durum değildir. Toplumdaki statüsünü yitirmek ve evinde alıştığı yaşamdan vazgeçmek yaşlı için zordur. Evi yaşlının bildiği, hakim olduğu, içinde kendini güvende ve özgür hissettiği, anılarıyla beraber olduğu bir ortamdır. Huzurevi ise çevre denetimini görel olarak yitirdiği, ilk kez karşılaştığı farklı kültürlerden gelmiş insanlarla birlikte yaşamak zorunda olduğu yeni bir ortamdır.

Bu nedenledir ki ülkemizde yaşlının mümkün olduğunca evinde, yakın çevresinden koparmadan, ihtiyaçlarının karşılanarak bakımlarının sağlanması yönünde çalışmalara başlanmıştır.

KAMU KURUM VE KURULUŐLARINA BAğLI HUZUREVLERİ

2828 sayılı kanunun 34.ve 35. Maddeleri doğrultusunda 19422 sayılı “Kamu Kurum ve Kuruluşları Bünyesinde Açılacak Huzurevlerinin Kuruluş ve İşleyiş Esasları Hakkında Yönetmeliği 05/04/1987 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte kamu kurum ve kuruluşları bünyesinde açılacak huzurevlerinin açılış, çalışma, fiziki şartlar, personel şartları, teftiş ve denetim işlem ve esaslarına mevcut mevzuata uygun bir şekilde belirlemek ağdaş anlayiş ve şartlara uygun düzeyde hizmet vermelerini sağlamak amaçlanmıştır.

Ülkemizde; Belediyelere ait 2099 kapasiteli toplam 21, çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarına ait 2592 kapasiteli 7 huzurevi mevcuttur.

ÖZEL HUZUREVLERİ

2828 sayılı kanunun 34. ve 35. Maddesinde “Açılacak özel kurumların açılış izni, standartları ve denetleme esasları bir yönetmelikle düzenlenir” denilmektedir. Bu maddeler doğrultusunda 23099 sayılı Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği 3 Eylül 1997 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişilerine ait huzurevlerinin ve bakımevlerinin açılış, hizmet, personel ve işleyiş koşulları ile ücret, denetim, devir ve kapatılma işlem ve esaslarını belirlemek amaçlanmıştır.

Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği hükümleri gereği; 55 ve daha yukarı yaşlarda olup sosyal ve/veya ekonomik yönden yoksunluk içinde bulunan, kuruluş bakımına ihtiyacı olan yaşlı bireylerin öze huzurevlerinde, özel bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların ise bakımevlerinde bakım ve korunmaları sağlanmaktadır.

Ülkemizde hizmet veren; Dernek ve Vakıflara ait 30, Azınlıklara ait 7, gerçek kişilere ait 61 özel huzurevi mevcut olup toplam 5057 kapasite ile hizmetini sürdürmektedir.

YAŞLI DAYANIŞMA MERKEZLERİ

Yatılı kurum bakımına gereksinim duymayan ve ekonomik-sosyal durumu ne olursa olsun ev ortamında yaşayan yaşlıların sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, onların izole edilmelerini engellemek amacına yönelik olarak Yaşlı Dayanışma Merkezleri açılması yönünde çalışmalar başlatılmıştır.

2828 sayılı Kanununun 9.maddesinin “j” fıkrası gereği açılan bu merkezler yaşamını evde yalnız veya ailesi ile birlikte sürdüren yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmelerine yardımcı olmak, yaşam koşullarını iyileştirmek, günlük yaşamla ilgili etkinliklerine yardımcı olmak, rehberlik ve mesleki danışmanlık yapmak, kendi olanakları ile karşılamakta güçlük çektikleri konularda destek hizmetleri vermek, sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini artırmak amacını gütmektedir.

Bu merkezler aynı zamanda üyelik sistemine göre çalışarak, boş zamanı değerlendirmek amacı ile toplantılar düzenleme, tartışma ortamları yaratma, gazete-dergi okuma, ortak etkinliklerde bulunma (tiyatro, sinema, piknik, gezi, oyun oynama vb.) gibi pek çok çalışmayı da yürütür. Merkezde yaşlıların günlük yaşamlarını değerlendirmek amacı ile resim, müzik, el becerileri, vb. çok çeşitli kurslar düzenlenebilir. Aynı zamanda sağlık durumu yeterli olanlar diğerlerinin bakım ve destek hizmetlerinde etkin rol alabilirler. Demokratik kitle örgütleri ile işbirliğine giderek sosyal oluşumlar sağlayabilirler. Merkezin yönetimini gerçekleştirdikleri gibi, toplumda yeni roller de üstlenebilirler.

Merkezin önemli görevlerinden biri de eğitici etkinliklerdir. Özellikle yaşlıları yakından ilgilendiren dengeli ve düzenli beslenme, sağlık eğitimi, sosyal katılım, yaşam boyu spor ve sosyo-psikolojik sorunlar konularında konferanslar ve eğitim çalışmaları yapılmakta, bireyi yaşama bağlayacak ve toplumsal yaşamdan izole olmadan-sosyal ve psikolojik olarak yaşamlarını sürdürebilecekleri ortamların hazırlanması konusunda her türlü etkinlik yaşlıların istekleri doğrultusunda gerçekleştirilmektedir.

Şu anda sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanmasında destek hizmetleri veren gündüzlü hizmetler yönerge doğrultusunda hizmet vermektedir.

Ülkemizde; Ankara’da 2, İzmir’de 1, Çanakkale’de 1, Denizli’de 1 olmak üzere 5 yaşlı dayanışma merkezinden 1435 yaşlı hizmet almaktadır.

SEKTÖRLER ARASI ÇALIŞMALAR

(YAŞLI BAKIM ELEMANI PROJESİ)

Kurum bakımı dışında alternatif bakım sistemlerine duyulan gereksinim giderek artmakta ve yaşlıların mümkün olduğunca kendi yaşadıkları ortamda desteklenmeleri için evde yaşlı bakımı hizmetlerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Gerek Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü’ne gerekse kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişilerine ait huzurevlerinde verilen hizmet

idari personel dışında sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist gibi meslek elemanları ile yürütülmektedir.

Yaşlı bireylerin fiziksel bakım ve özel hizmetleri ise yeterli eğitimi almamış yardımcı hizmetliler tarafından yürütülmektedir. Her ne kadar söz konusu elemanlar hizmet içi eğitimden geçiliyorlarsa da bu konuda ülke düzeyinde standart bir eğitimin olmaması nedeniyle çeşitli sıkıntı ve güçlükler yaşanmaktadır.

Türkiye’de insan gücü olarak yaşlı bakım elemanı yetiştiren herhangi bir eğitim kurumunun olmaması, yaşlı hizmetleri alanı ve bu alanda görev yapacak nitelikli ara insan gücünün yetiştirilmesi amacıyla sektörler arası çalışmalar başlatılmıştır.

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü Milli Eğitim Bakanlığı Kız Teknik Öğretim Genel Müdürlüğü ve Milli Eğitim Sağlık Eğitimi Vakfı’nın işbirliğinde 1999 yılında meslek liselerinde başlatılan ve 2003 yılında ilk bölümü tamamlanmış olan çalışma ile meslek liseleri düzeyinde yaşlı bakımı ve hizmetleri konusunda, bilinçli, nitelikli “Yaşlı Bakım Elemanı” ile ara insan gücüne olan ihtiyacın karşılanması amaçlanmıştır.

Huzurevlerinde, gerontopsikiyatri’de, yaşlı bakım evlerinde, yaşlıların dinlenme evlerinde, sosyal faaliyet gösteren kurumlarda, yaşlı kulüplerinde, hastanelerde, günlük bakımda, sivil toplum örgütlerinin verdiği hizmetlerde, yaşlıların evlerindeki bakımlarında görev yapabilecek olan bu elemanlarla Türkiye’de yaşlı hizmetleri alanında ihtiyaç duyulan ara insan gücüne olan ihtiyaç ortadan kalkmış olacaktır.

ALZHEİMER HASTASI YAŞLILAR GÜNDÜZLÜ BAKIM MERKEZİ

Ailesi yanında yaşayan Alzheimer hastası yaşlıların evde kaynaklanan riskleri ortadan kaldırarak yaşlının güvenliğini sağlamak, Alzheimer etkinliklerle aktif hale getirerek yaşlıda oluşacak ajitasyonu azaltabilmek, dayanışma ve paylaşma sağlanarak ailelerdeki çaresizlik ve suçluluk duyguların aileleri gündüzlü bakım merkezine yönelterek huzurevleri ve bakım evlerindeki Alzheimer hastası yaşlıların gündüz bakımlarını sağlayarak yaşlıya ve ailesine destek vermek amacıyla SHÇEK Genel Müdürlüğü, Ankara Yenimahalle Kaymakamlığı ve Alzheimer Derneği İşbirliğinde Ankara Ümitköy Huzurevi Müdürlüğüne bağlı Ankara Batıkent’te gündüzlü bakım merkezi bulunmaktadır.

Söz konusu merkezde 60 yaş üzeri, bulaşıcı bir hastalığı bulunmayan, yatağa bağımlı ve özürlü olmak şartı olduğu tam teşekküllü bir sağlık kuruluşundan almış olduğu sağlık kurulu raporuna yaşlılar başvurmaktadır.

Hizmetlerin yanı sıra ; 21. yüzyıldaki hızlı yaşlanma süreci ile karşılaşılabilecek sorunların azaltılması, yaşlılık alanındaki hizmetleri planlı-programlı yürütülmesi, çeşitlendirilmesi, sosyal kalkınmanın sağlanması, dolayısıyla bireylerin güvenli ve saygın bir şekilde yaşlanmaları amacıyla Devlet Planlama Teşkilatı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi, çeşitli kamu kuruluşları ve sivil toplum örgütleri işbirliğinde “ Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” çalışması sürdürülmektedir.