

Yaşlı sağlığı politikaları

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uludağ Üniversitesi'nde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTU'da doçent (2000), Medipol Üniversitesinde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesinde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine kurucu başhekim olarak atandı. Şu anda İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji bölümünde öğretim üyesi ve ayrıca Dr. Sena Yenel Özbay ile birlikte kurduğu İstanbul Psikiyatri Akademisinde psikiyatri olarak çalışmaktadır. Bilimsel ilgi alanları kişiler arası ilişki sorunları, biyolojik psikiyatri ve uyku bozuklukları olan Bilici, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Meseleye "yaşlı kimdir" sorusuyla başlamak, yaşlılığın psikolojisini ve fizyolojisini anlamamızı ve uygun politikalar geliştirmemizi kolaylaştırabilir. Fakat daha işin başında insanların yaşlı olarak kabul edilebileceği net bir yaşın olmadığını da belirtmemiz gerekiyor. Bu belirsizliğin temelinde biyolojik ve sosyokültürel etmenler önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla hem küresel hem de ülkemize özgü gerçekleri göz önüne alarak bir "yaşlı tanımı" geliştirmemiz gerekiyor. Tanımlarla ilgili kesin kalıpları kullanmak bir sorun olabilir. Bir ülkede yaşlı muamelesi gören biri, aynı yaşta başka bir ülkede yaşlı muamelesi görmeyebilir.

İnsan yaşadıkça bedensel ve ruhsal olarak değişime uğramaktadır. Bu değişim genel olarak bir "kayıp" olarak yaşanmaya başladığı anda kişi kendini yaşlı olarak hissetmeye başlar. Bu ifade, yaşlılığın hissedilen bir durum, dolayısıyla da öznel yönünün önemli olduğunu düşündürür. Fakat kayıplar yanında birtakım kazançların ortaya çıkması ve durumu dengelemesi sağlıklı yaşlılık için temel göstergedir. Eğer kayıplara karşılık bir kazanç bulunamazsa denge bozulur ve ruhsal hastalıkların başlaması kaçınılmaz hale gelir. Bu bağlamda yaşlılarda ortaya çıkan rahatsızlıkların temelinde bir kayıptan daha çok bir kazanç bulamama en önemli sorunlardan biri olarak görülebilir.

Yaşlılarda ortaya çıkan kayıpların cinsiyete göre değerlendirilmesi de yararlı olacaktır. Hatta cinsiyeti de aşım

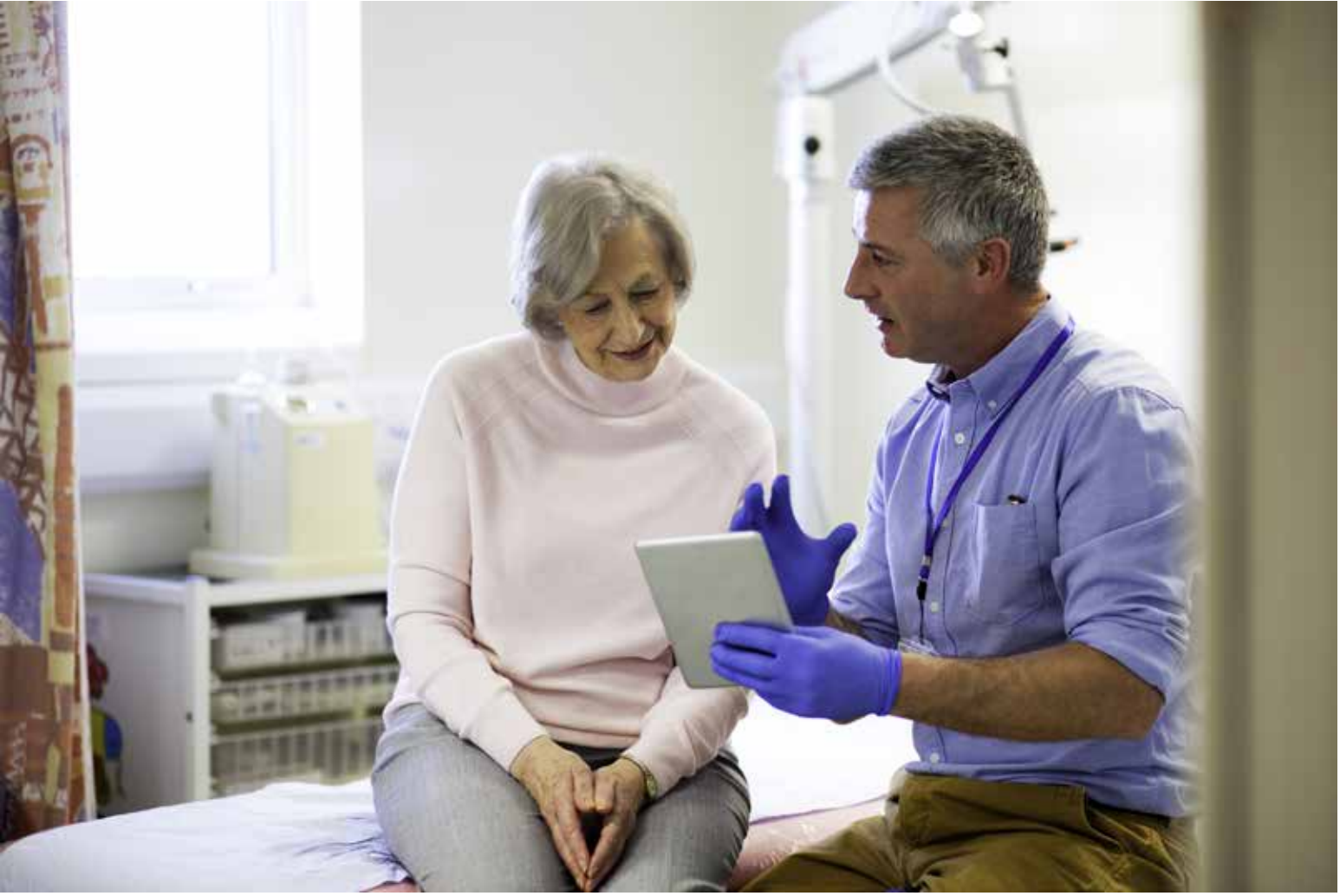
bireysel temelli değerlendirmelerin ideal olacağını söyleyebiliriz. Yani sağlık politikalarının genel bir anlayıştan çıkarak bireyselleştirilmesi gerekmektedir. Meselâ bazı yaşlılar evinde yalnız yaşamayı tercih ediyorsa bir kurum çatısı altında yaşamaya zorlanmaması gerekmektedir. Dolayısıyla tüm yaşlıları aynı kefeye koyan toptancı yaklaşımların önemli bir sorun teşkil ettiğini vurgulamak gerekmektedir.

Yaşlılıkta fiziksel değişimin en önemli göstergeleri, merkezi sinir sisteminde (MSS) ve buna bağlı olarak ruhsal işlevlerde yaşanır. MSS'deki yavaşlama, bellekte azalma, duyu ve algı değişiklikleri şeklinde kendini gösterir. Bu değişiklikler önceden kişinin fazla zorlanmadan yaptığı bazı işlemlerde zorlanmasına yol açar. Prefrontal korteksini etkilenmesi yürütücü işlevler olarak bilinen düşünme, plan yapma ve karar verme gibi bilişsel etkinliklerdeki azalmayı izah edebilir. Araştırmaların hemen hepsi yaşlıların akıl yürütmeyle ilgili işlemlerde gençlerden ve orta yaşlılardan daha başarısız olduğunu göstermektedir. Ancak bilişsel yönden sağlıklı olan 65-74 yaş arasındaki kişiler, ilişkisel problemler karşısında pratik çözümler üretme konusunda 20-29 yaş arasındaki karşılaştırma grubundan daha başarılı bulunmuştur. Genel olarak kişiler arası problemleri çözmeye yaşlıların başarılı olduğu bir alandır. Bu bilgilerin de gösterdiği gibi yaşlılarda ortaya bazı bilişsel kayıplara bakarak tüm bilişsel işlevlerde bir kayıp varmış gibi düşünmek yanlış olur. Yaşlıların zamanla üstün hale geldiği bazı bilişsel işlevlerini kullanmasına imkân sağlamak, bir taraftan yaşlılardan yararlanmayı sağlarken

diğer taraftan yaşlıların saygınlığının artmasını gerçekleştirecektir. Bu bağlamda günümüz Türkiye'sinde yaşlılarla gençleri buluşturacak ve etkileşimlerini sağlayacak düzenlemelerin yetersizliği önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

Yaşlılarda "yaşa bağlı" gelişen "fizyolojik" bilişsel kayıplarla "patolojik" olanların iyi ayırt edilmesi şarttır. Patolojik bilişsel kayıplar yaşayan yaşlıların bir ekip tarafından değerlendirilmesi, tedavi ve rehabilite edilmesi gerekmektedir. Ülkemizde birçok hasta gibi yaşlıların da tutanın elinde kaldığı bir hasta kitlesi konumuna gelmesi önemli bir sorundur. Bir taraftan geropsikiyatri, diğer taraftan geriatri ve nöroloji gibi pek çok tıp branşı kendilerini "yaşlı hastalıkları uzmanı" gibi görmektedir. Hal böyle olunca yaşlılara özgü multidisipliner yaklaşımın sergilenememesi kayda değer bir başka sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

MSS'de ortaya çıkan kayıpları ve buna bağlı yaşanan patolojik düzeydeki bilişsel yeti yitimlerini radikal olarak tedavi etmek zor olsa da bir ölçüde bu zorluğu aşmak mümkün olabilir. Ancak bilişsel kayıplar patolojik düzeye ulaşmadan önce yapılacak "koruyucu" uygulamalar ve politikalar daha uygun ve ucuz olacaktır. Yeni bir şeyler öğrenmek, fiziksel ve zihinsel egzersizler, sağlıklı beslenme ve sosyal desteğin iyi olması, yaşlıyı demans olmaktan koruyan etmenler arasında sayılmaktadır. Huzurevi gibi nispeten stabil yerlerin yukarıda sayılan ihtiyaçları yeterince karşılayamayacağı göz önüne alındığında kişinin bedensel durumu elverdiğince çalışmaya devam



etmesi, kendi evinde ve mahallesinde hayatını sürdürmeye çalışması ve gerektiğinde destek alması MSS'ni ve ruh sağlığını korumada en iyi yöntem gibi görünüyor. Bugün birçok branşta olduğu yaşlı hastalarda da "tedavi" temelli bir yaklaşım söz konusudur. Bu yaklaşım hem pahalı hem de zahmetli ve yararlılığı düşük bir uygulamadır. Ülkemizde yaşlılarda tedavi edici yaklaşım yerine "koruyucu" bir yaklaşımı henüz benimsememiş olmak sıkıntılı bir sürecin devam etmesine yol açmaktadır.

Emekli olan kişiler, kazançlarını kaybettiklerini ve işin sağladığı her gün insanlarla temas etme fırsatını kaçırdıklarını söyleseler de çoğu emekli birey sağlıklı bir yöntem olarak emekliliği kabullenip işin yerini dolduracak yeni uğraşlar edinirler. Emeklilik beklenen zamandaysa ya da kişinin kendi isteğiyle olmuşsa ve emekli olduktan sonra kişinin yeterli bir geliri varsa emekliliğe uyum kolay sağlanabilir. Böyle bir durumda ruhsal sağlık sorunları emeklilikten sonraki haftalar ya da aylar içinde genellikle artmaz. Bazı çalışmalarda bu emeklilerin aynı yaşta çalışan kişilere göre daha az

stresli olduğu ve sağlık için yararlı işlerle daha çok uğraştığı gösterilmiştir. Bu bilgilerden hareketle "sabit bir emeklilik yaşı" uygulamasından vazgeçilmeli, kişinin isteği, işin mahiyeti ve ülke gerçekleri göz önüne alınarak esnek bir politika geliştirilmelidir. Türkiye'de son yıllarda emeklilerin tekrar iş hayatına katılmasının önündeki engellerin kaldırılması bir gelişme olsa da hâlâ pratik uygulamaların istenen düzeye gelememesi bir sorun olarak karşımızda durmaktadır.

Yaşlılarda kadınların ve erkeklerin evlilik oranları farklıdır. 65 yaş üstündeki erkeklerin %71'inin ve kadınların ise %41'inin evli olduğu; bu oranların 85 yaş ve üstündeki kişilerde, sırasıyla %59 ve %14 olduğu gösterilmiştir. Bu rakamlar erkeklerin ileri yaşlara ulaşmada kadınların gerisinde kaldığını ve kadınların ahir ömürlerini daha fazla yalnız geçirdiklerini göstermektedir. Bu bulgular, yalnız kalan yaşlı kadınlara özel politikalar geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ülkemizde yalnız kalan yaşlı kadınlara özel düzenlemelerin yeterli olmaması bu alandaki sorunlardan biridir. Bu sorun yüzünden pek çok kadının suistimal

edilmesi, elinden malının alınması ve kötü muameleye maruz kalması söz konusu olmaktadır.

Fiziksel ve kronik hastalıkların yaşlılarda daha sık görüldüğü ve yaşlılara özgü birtakım özellikler gösterdiği göz önüne alındığında yaşlıların diğer yaşlardaki benzer fiziksel hastalığı olanlardan ayrı tedavi ekiplerince ve farklı tedavi kurumlarında tedavi edilmeleri daha pratik olacaktır. Standart klinik modellerinin yaşlılara özgü düzenlemelerden yoksun olması bu kliniklerde yaşlı tedavisini zorlaştırabilir. Ülkemizde "yaşlı kliniklerinin" yeterli sayıda ve uygun fizik şartlara sahip olmaması pratik bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

Kaynaklar

Clinical Geropsychiatry. Adrian Verwoerd, 1990.

Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, Seventh Edition 7th Edition, Jeffrey B. Halter, Joseph G. Ouslander, Stephanie Studenski, Kevin P. High, Sanjay Asthana, Mark A. Supiano, Christine S. Ritchie, 2017.

Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. Stuart C. Yudofsky, Robert E. Hales, 2002.