

YAŞLILIK DÖNEMİNDE YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI: KADIN SAĞLIĞI BAKIŞI*

* Türk Geriatri Derneği ve Gazi Üniversitesi tarafından
1 Ekim Uluslararası Yaşlılar Günü (2009) Nedeniyle Düzenlenmiş Olan “YAŞLANAN KADIN
SEMPOZYUMU”nda Sunulmuş, Sunu Metni Sempozyum Kitabında Yayınlanmıştır.

Doç. Dr. Dilek ASLAN
HÜKSAM Yönetim Kurulu Üyesi
Türk Geriatri Derneği Genel Sekreteri

Toplumların yaşlanmasının önemli göstergeleri arasında yer alan doğuştan beklenen yaşam süresinin ortalama değerinin dünya genelinde geçen yüzyıla göre arttığı bilinmektedir (1,2). Ancak bu artış her ülkede, bölgede ve toplumda eşit değildir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir ayrıcalık olarak tanımlanan “sağlıklı yaşlanabilme” hedefine dünyadaki her ülkede eşit olarak ulaşabilmek için sosyo-ekonomik koşulların iyileşmesinin yanı sıra güçlü halk sağlığı politika ve uygulamalarına gereksinim vardır (3).

Dünyada 2009 yılı için hesaplanan verilere göre 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı ülkeler arasında farklı değerlere sahiptir (düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde %4, orta gelir düzeyine sahip ülkelere %7 ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelere %15) (Tablo 1). Bu fark yaşlanmayı destekleyen koşulların da ülke tiplerine göre değiştiğini göstermektedir (4).

Tablo 1. Ülkelerin sosyo-ekonomik düzeylerine göre yaşlı nüfusa ilişkin bazı bilgiler (4)

Sosyo-ekonomik düzey	Nüfus yapısı/dağılımı (%)			Bağımlılık oranı		65 yaşına kadar yaşama olasılığı*	
	0-14	15-64	65 ve üzeri	Genç	Yaşlı	Erkek	Kadın
Düşük	39	57	4	69	6	53	58
Orta	27	67	7	40	10	68	78
Düşük	27	67	6	41	10	68	77
Yüksek	24	67	9	36	13	64	80
Düşük ve orta	30	64	6	46	9	65	74
Doğu Asya ve Pasifik	23	70	7	33	10	74	81
Avrupa ve Orta Asya	19	69	11	28	17	58	81
Latin Amerika	29	64	6	45	10	71	82
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	32	63	4	51	7	72	80
Güney Asya	33	62	5	53	8	60	69
Sahra Altı Afrika	43	54	3	80	6	41	45
Yüksek	18	67	15	26	22	83	91
Avrupa Bölgesi	15	67	18	23	27	84	92

*Hipotetik olarak yenidoğan kohortun 65 yaşına kadar yaşama olasılığı (%)

Doğuştan beklenen yaşam süresinin yıllar içinde yükselmesi yaşlılık kavramının önemini artırmakla beraber yaşanan yılların niteliği konusunu da daha fazla gündem taşımıştır. Bu

bağlamda “yaşam kalitesi” hemen bütün toplumların bir biçimde ulaşmayı amaçladığı evrensel bir tanım haline gelmiştir. Kavram olarak yaşam kalitesi sağlık algılamaları, iyilik hali, fonksiyonel statü, mutluluk, genel sağlık statüsü, duygusal ve ekonomik statü, psikolojik iyilik hali, sosyal iletişimin derecesi ve ağrı hissi gibi birçok faktörü kapsamaktadır. Yapılan çalışmalar yaşlı bireylerin yaşlılığa ilişkin olumlu yönde bir algılamaları olduğunda bu algısı olmayanlara göre daha fazla koruma yaklaşımlarını uyguladıklarını ortaya koymaktadır (5).

Yaşam kalitesi kavramı sağlığa ayarlanmış yaşam yılı ile doğuştan beklenen yaşam süresinin uzun ve birbirine yakın değerlerde olması için gerekli yaklaşımları da tanımlar. Nitelikli bir yaşam; uzun yaşamın sağlıklı, üretken ve aktif bir biçimde geçirilmesi anlamına gelmektedir. Bu noktada sağlığa ayarlanmış yaşam yılının (HALE; *Healthy Adjusted Life Expectancy*) bilinmesinde yarar görülmektedir. Tablo 2’de yer alan bilgilere göre Dünya genelinde LE ve HALE arasındaki fark kadınlar arasında erkeklere göre daha uzundur. İki değer arasındaki bu fark kişilerin yaşamlarının sonlandığı ana kadar karşılaştıkları sağlık sorunlarının yoğunluğunun bir göstergesi olarak da kabul edilebilir. **Bir başka ifadeye göre dünyada erkekler yaşamlarının son sekiz, kadınlar da son dokuz yılını bir hastalık geçirerek yaşamaktadır** (Tablo 2) (6).

Tablo 2. Dünyada Sosyo-ekonomik Düzeylerine Göre Ülkelerin Doğuştan Beklenen Yaşam Süresi (LE) ve Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı (HALE) Değerleri (6)

Sosyo-ekonomik düzey	LE			HALE		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Düşük	55	58	57	48	49	49
Orta						
Düşük	67	70	68	60	62	61
Yüksek	67	74	70	58	63	61
Yüksek	77	82	80	68	72	70
Toplam	65	70	68	58	61	59

Kadın ve erkekler arasındaki bu fark toplumsal cinsiyet kavramı içinde ele alınmasında yarar bulunmaktadır. Toplumun (toplumsal dinamiklerin) biyolojik cinsiyetten farklı olarak kadınlara ve erkeklere yüklediği rol olarak bilinen toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadınların pek çok açıdan erkeklere göre daha olumsuz koşullara sahip olduğunu ortaya koyar (7). Sosyal, ekonomik, kültürel, vb. eşitsizlikler de sağlıkta kadınlar aleyhine bir farkın oluşmasını kolaylaştırır. Sağlık, hastalık, yaşam kalitesi gibi kavramların ayrınıtısını incelerken toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yarattığı sorunları mutlaka dikkate almak gerekir.

Yaşam kalitesi ilk kez 1960’larda gündeme gelmiş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi yaklaşımının 1980’li yıllardan sonra da yaygınlaşması ile birlikte daha önem kazanan bir öncelik haline gelmiştir (8).

Yaşam kalitesi yaklaşımı yaşamın üç temel alanında incelenebilir (9,10):

1. “var olma-(being); *kişinin, bir birey olarak kim olduğuna yanıt arar*”. Fiziksel, psikolojik, vb. açılardan kim olduğunu tanımlamak ister.

2. “ait olma-(belonging); *toplumla ve çevreyle etkileşimi vurgular*”. Aidiyet, bireyin güvende olduğunu hissetmesi için güçlü bir duygudur.
3. “gerçekleştirme-(becoming); *bireyin yaşamda kendisini tanımlamasına yardımcı olur*”. Bir başka ifadeyle birey amaçlarına yönelik olarak bazı eylemleri tanımlar. Örneğin; mutlu olabilmek için boş zamanlarını üretken bir biçimde geçirmeyi amaç edinir.

Sağlık ve/veya hastalık pek çok faktör tarafından belirlenmektedir. Bu bağlamda; yaşam kalitesini; bir başka ifadeyle nitelikli yaşamı da belirleyen birden fazla durum bulunmaktadır. Sosyo-demografik özellikler, kültürel ve ekonomik koşullar, yaşanılan mekan gibi çevre koşulları, engellilik gibi özellikler başlıca etkileyenler olarak kabul edilmektedir. Algısal bir yönü de olan yaşam kalitesi kavramı zaman içinde değişim gösterebilmesi, bireysel kapasite yeterliliği ile paralel bir ivmesinin olması, bireysel-çevresel etkileşime açık olması gibi özelliklere sahiptir (2).

Yaşlılık dönemi; yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında gelmektedir. Bu dönemde bireysel özelliklerin olumsuzluğu (sosyo-ekonomik durumun kötülüğü, öğrenim düzeyinin düşüklüğü, cinsiyet, vb), fonksiyonel bozukluk, günlük yaşam aktivite düzeyinin azalması, hareket yeteneğinin gerilemesi, hareket ve görme sorunlarından kaynaklanan düşme kaygısı, uyku sorunları, engelliliğe neden olan diğer koşul ve durumlar yaşam kalitesini azaltmaya yol açmaktadır. Yaşlı bireylerde kronik dejeneratif hastalıkların sıklığının artması bu süreci hızlandıran önemli bir etken olarak kabul edilmektedir (2). Küresel düzeyde yapılmış olan hastalık yükü çalışması sonuçları yaşlılık döneminde işitme kaybı, osteoartrit, görme ile ilgili sorunlar, Alzheimer ve diğer demans tipleri, iskemik kalp hastalıklarının ön sıralarda yer aldığını ortaya koymaktadır (Tablo 3) (11). Bu hastalıklar bireylerin yaşam kalitelerini yakından etkilemektedir.

Tablo 3. Dünyada Ülkelerin Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre 60 Yaş ve Üzeri Grup İçin Hastalık Yükü Nedenleri (%) (11)

Neden	Yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler	Orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkeler
İşitme kaybı	18,5	43,9
Osteoartrit	8,1	19,4
Katarakt	1,1	31,4
Kırma kusuru	6,4	39,8
Alzheimer ve diğer demans tipleri	6,2	7,0
Makula dejenerasyonu	6,0	15,1
İskemik kalp hastalığı	2,2	11,9

Değerlendirme yaklaşımları (9,10):

Yaşam kalitesinin objektif olarak değerlendirilebilmesi için genel ve hastalığa özel yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmaktadır. Bu ölçeklere ilişkin kısa bilgiler aşağıda belirtilmiştir:

- A. Genel ölçekler: Geniş topluluklarda sorunun düzeyini ortaya çıkaran ölçeklerdir. Genel iyilik halini değerlendirir. Yaşam kalitesinin bütün boyutlarını değerlendiren yöntemlerdir.

1. Kısa Form 36 (Short Form 36; SF-36): Fiziksel ve ruhsal sağlığı değerlendiren bir ölçektir. Toplam 36 maddeden ve ‘‘fiziksel fonksiyon, fiziksel yönden rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık, yaşamsallık, sosyal fonksiyon, duygusal yönden rol kısıtlılığı ve ruhsal sağlık’’ alt başlıklarından oluşmaktadır.
2. DSÖ Yaşam Kalitesi leği (WHO-QOL): DSÖ’nün çalışmaları sonucunda, kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara olanak veren geniş kapsamlı ‘‘World Health Organization-Quality of Life (WHO-QOL)’’ leği geliştirilmiştir. Dünya çapında 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucu, 100 soruluk WHOQOL-100 ve arasından seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF genellikle yaşlılık dönemi için kullanılmaktadır.
3. Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile, 136; SIP)
4. Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile, 38; NHP): Daha çok romatolojik ve ortopedik rehabilitasyon alanlarında kullanılmaktadır.
5. KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi: Yıkarma, giyinme, tuvalete gitme, yer değiştirme, mesane ve barsak kontrolü, beslenme alt başlıklarını içeren bir ölçektir. Alınan en yüksek puan (6) bağımlılık durumunun olmadığını, en düşük puan ise (0) güçlü bir bağımlılık düzeyi olduğunu ifade eder.
6. Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire): Giyinme, doğrulma, yemek yeme, yürüme, kişisel hijyen, uzanma, kavrama alanlarında günlük yaşam aktivitelerini değerlendirir. Genellikle artriti olan hastalarda uygulanır.
7. EuroQol: Mobilite, kendine bakım, sosyal fonksiyon, ağrı, anksiyete/depresyon alanlarında değerlendirme yapmak için kullanılan bir ölçektir.

B. Hastalığa özgü lekler: Bu lekler primer ilgi alanına özgü sağlık problemine odaklanır. Spesifik hastalık veya belirli bir hasta grubu ile ilgilenir. Kanseri, yeti yitimi, fonksiyon kayıplarının değerlendirilmesi gibi alt başlıklarda ölçekler bulunmaktadırdır.

Yukarıda belirtilen ölçeklerin topluma özgü adaptasyonları, bir başka ifadeyle geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldıktan sonra kullanılmalıdır. Bu tür çalışmalar yapılmadan ölçeklerin kullanılması toplumların karşılaştırılabilir olmasını engellediği gibi yanlış sonuçların elde edilmesine neden olur.

Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için neriler (2,7):

Toplumda yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için genel yaklaşım ve uygulamalara gereksinim bulunmaktadır. Yazının başındaki güçlü halk sağlığı politikaları bu amacı ncelemelidir. Ancak bu yaklaşımlar planlanır ve uygulanırken sağlığın belirleyicileri de dikkate alınmalı, özellikle toplumsal cinsiyet eşişsizliğinin yarattığı farkların yok edilmesi için gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

Yaşlanan kadınların yaşam kalitesini geriletme olasılığı olan bazı konular aşağıda belirtilmiştir:

1. **Yaşam tarzı davranşları:** Yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite, fiziksel ve duygusal aından stres, tütün, alkol kullanımı, cinsel ilişki öyküsü önemli belirleyiciler arasındadır.

2. **Çalışma durumu:** Kadınların çoğunluğunun ücret alarak çalıştığı dönem 60-65 yaşlar arasında sonlanmasına rağmen aktif çalışma yaşamının sonuna dek sürdürülmektedir. Ancak bu koşullar çoğunlukla göz ardı edilmekte ve emekliliğe yansıyan gelişmeler kaydedilememektedir. Kadınlar yaşlandıkça yaşadıkları birlikte aile bireylerinin ve evin sorumlulukları da artabilmektedir.
3. **Sosyal koruma mekanizmaları ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme:** Az gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda kadınlar daha çok informal sektörde çalışmaktadırlar. Bu nedenle sosyal ve sağlık güvence sistemlerinden yararlanamamaktadırlar. Bu türlü olumsuz koşullar onların sağlığını olumsuz etkilemektedir.
4. **Bakmakla yükümlü olunan bireyler:** Yaşlanan kadınlar çoğunlukla torun, evdeki hasta bireyin bakımından sorumlu olan kişiler olarak kabul edilmektedir. Bu durum onların özellikle fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit eden bir yük olabilir.
5. **Sosyo-ekonomik koşullar:** Yaşlanan kadınların gelir düzeyi onların toplumda konumlandığı yer açısından önemli bir belirleyicidir. Yoksulluk ile hastalıklar arasındaki ilişki bilinmektedir.
6. **Medeni durum:** Yaşlanan kadınlar için bir başka önemli bir sorun yalnız yaşamak zorunda kaldıkları dönemlerdir. Erkeklerle göre daha uzun yaşayan kadınların eş kaybı sonrası her açıdan onların sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Yoksulluk ve sosyal güvenceye sahip olmamak bu sorunların başında gelmektedir.
7. **Aile öyküsü:** Kadınlar açısından hastalıklara ilişkin aile öyküsünün bilinmesi korunma açısından önemli olabilir. Meme kanseri bu konuda doğru bir örnektir.
8. **Gelişmekte olan ülkelerde yaşanan koşullara göre belirlenen durumlar:** Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlı kadınlar çoğunlukla benzer sorunlar yaşamaktadırlar, ancak sağlık sorunlarını yaratan neden ve koşulların farklılığı söz konusudur. Örneğin; gelişmekte olan ülkelerde yaşayan kadınlar malnütrisyon sorunu ile karşı karşıya kalırken gelişmiş ülkelerde kadınlar sedanter yaşama bağlı kötü beslenme sorununu yaşamaktadırlar. Her iki durum anemi ve osteoporoz gibi benzer sağlık sorunlarını meydana getirebilir. Bu örnekler çoğaltılabilir.
9. **Olağandışı durumlar:** Göç, depresyon, sel, savaş gibi olağandışı durumlar kadınların yaşam kalitesini gerileyen koşullar olarak bilinmektedir.

Sonuç olarak, yaşlanan kadınların sağlık sorunlarını nitelikli yaşam bütünsel bakışında çözülebilmesi için toplumsal cinsiyet eşitliğinin doğum öncesinden başlayan geniş bir yaklaşım gerekmektedir. Yaşam boyu yaklaşım olarak da bilinen bu sürece konunun öznesi olan kadınların katılımının sağlanması önemlidir. Politikaların belirlenmesi, uygulamaların herkes için eşit, ulaşılabilir olacağı sistemlerin kurulması bu kapsamda öncelik verilmesi gerekli konular arasında yer almalıdır.

Yararlanılan kaynaklar:

1. Active Ageing, A Policy Framework. WHO publications 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Erişim Tarihi: 28 Ağustos 2009.
2. Aslan D. Yaşlılık Döneminde Yaşam Kalitesi Kavramı In: Gerontoloji ve Geriatri II Kurs Kitabı. BM-INIA, HÜ-GEBAM, Geriatri Derneği Yayınları (Yayına hazırlayanlar: Aslan D, Özbek M.). Rekmay ofset basımı, Ocak 2009, pp. 199-204.
3. Ageing. <http://www.who.int/topics/ageing/en/>. Erişim tarihi: 27 Ağustos 2009.
4. World Development Indicators 2009, World Bank Publications, 2009, pp.124.
5. Čeremnych J, Alekna V, Valeikienė V. Gender differences in views on ageing in elderly people living in Vilnius. Gerontologija 2007; 8(4): 217–221.
6. World Health Statistics, 2009. (Gollogly L, ed), WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2009, p. 44.
7. Ruth B. Women, Ageing and Health: Achieving Health across the Lifespan. Geneva; World Health Organization, 1998. <http://www.who.int/hpr/ageing/publications.htm>. Erişim tarihi: 12 Ağustos 2009.
8. Kaya M, Aslan D, Acar-Vaizoğlu S, Doruk C, Dokur U, Biçici V, Gülen T, Dursun A, Erayman A., Ertekin E. Ankara Keçiören İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi Özellikleri ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Geriatrics 2008; 11(4): 12-17.
9. Bölükbaşı N. Yaşam Kalitesi Kavramı. Geriatri Kitabında. TTB ve Geriatri Derneği Yayınları, Mart 2007; 45-50.
10. Saygun M. Geriatriye Yaşam Kalitesi. Geriatriye Multidisipliner Yaklaşım Sempozyumu. Sempozyum Kitabı (Başar MM, Çakmak A, Eds). Geriatri Derneği ve Kırıkkale Üniversitesi Yayını, 2008; 23-35.
11. Global Burden of Disease: 2004 Update. World Health Organization Publications, 2008, p.35.