

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE YAŞLILIK

Öğr. Gör. Dr. Çiğdem SAMANCI TEKİN¹
Yrd. Doç. Dr. Fatih KARA²

Özet

Yaşlanma kronolojik yaşın ilerlemesiyle oluşan ve ölüm olasılığını arttıran değişikliklerin bütünüdür. Artan yaş fonksiyonel yetersizlikler için en büyük risk faktörüdür. Yaşam süresinin uzaması ve doğum oranlarının düşmesi sonucu dünya nüfusu yaşlanmaktadır. Bilinenin aksine gelişmekte olan ülkeler, gelişmiş ülkelere göre nüfus yaşlanmasından daha çok etkilenecektir. Türkiye de hızlı yaşlanan ülkelerden birisidir. Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına oranla, daha fazla artış göstermektedir. Türkiye'de toplam nüfus artış hızı 2013 yılında %13,7 iken, yaşlı nüfusun artış hızı %36,2'dir. Türkiye'de yaşlı nüfusun 2008-2040 yılları arasında %201 oranında artış göstereceği öngörülmektedir. Nüfusun hızla yaşlanması bazı kronik hastalıkların görülme riskini artırmakta bunun sonucu olarak da halk sağlığı için yeni ve ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere 2020 yılına kadar tüm ölümlerin $\frac{3}{4}$ nün yaşlanma ile ilgili olacağı tahmin edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Nüfusun Yaşlanması, Halk Sağlığı

AGING IN THE WORLD AND TURKEY

Abstract

Aging occurs with advanced chronological age and the total of changes which increase deaths possibility. Increasing age is the biggest risk factor for functional deficiencies. As a result of increasing life expectancy and decreasing birth rates the world population is ageing. Contrary to what is known, developing countries will be more affected by aging population than developed countries. Turkey will be one of the fast ageing countries. Older populations in our country have increased more than other age groups. While in 2013, the total population was 13,7%, the total growth rate of elderly population was 36,2%. It is predicted that elderly population in Turkey will increase 201% between the years of 2008-2040. The rapidly aging population increases the risk of some chronic diseases and as a result new and serious problems which threaten public health have occurred. It is estimated that $\frac{3}{4}$ of all deaths will be related to aging in developing countries until 2020.

Keywords: Aging, Population Aging, Public Health

Derleme Makale / Review Article

¹ Sorumlu yazar/Corresponding Author, Niğde Üniversitesi, Türkiye, cigdemstekin@hotmail.com,

ORCID ID: 0000-0003-0895-1911

² Selçuk Üniversitesi, Türkiye, fkara55@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-7267-7809

GİRİŞ

Bu çalışmada dünyada ve Türkiye’de değişen nüfus yapısı sonucu önem kazanan yaşlılık ve yaşlanma kavramları ile yaşlılıkta temel değişiklikler, sağlık sorunları ve yaşlılık verileri incelenecektir. Giderek yaşlanan nüfusun sağlık gereksinimleri ile sorunlarını anlamak ve bunlara uygun çözüm yolları bulmak için öncelikle yaşlı nüfusun yapısını anlamak gereklidir. Bu çalışma Dünyada ve Türkiye’de yaşlılığı belirli boyutlarıyla anlatmayı amaçlamaktadır.

1.YAŞLILIK VE YAŞLANMA KAVRAMI

“Yaşlanma”, “yaşlılık” ve “ihtiyarlık” kavramları gerontoloji ve geriatri alanlarında oldukça sık kullanılan ve genellikle birbiriyle karıştırılan kavramlardır. Bu kavramların arasındaki ayrım net olmadığından çoğu zaman yanlışlıkla birbirleri yerine kullanılmaktadır (Duyar 2008).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde; yaş, bir canlının, bir olay ya da olgunun ortaya çıkışından itibaren geçen ve yıl birimi ile ölçülen zaman göstergesi olarak ifade edilmektedir. Bu kavram canlı varlıklar için kullanıldığı kadar, bir kurum, kuruluş, sistem gibi olgular için de kullanılabilir (TDK Güncel Türkçe Sözlük).

Yaşlanma kronolojik yaşın ilerlemesiyle oluşan ve ölüm olasılığını arttıran değişikliklerin bütünüdür (Medawar 1952). Literatürde yaşlanma kavramı biyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel ve davranışsal değişkenler açısından da tanımlanmıştır (Medawar 1952, Gorman 1999, Kalache 1999, Crews 2003).

Yaşlılık ise Türk Dil Kurumu sözlüğünde; yaşlı olma hali olarak tanımlanmaktadır (TDK Güncel Türkçe Sözlük). Yaşlılık canlılıktaki, zindelikteki düşüş anlamına gelmektedir (Medawar 1952). Yaşlılık, birçok çalışmada fonksiyonların yetersizleştiği, doğurganlığın azaldığı ve mortalitenin arttığı bir dönem olarak tanımlanmıştır (Kirkwood ve Cremer 1982, Comfort 1979, Finch 1990, Rose 1991, Crews 2003, Bronikowski ve Flatt 2010).

Kronolojik yaş genelde yaşlılığı değerlendirilirken kullanılsa da yaş için bazı kriterler de bulunmaktadır. Bunlardan birisi, psikolojik yaştır. Psikolojik yaş, kişinin gerçekten nasıl hissettiğini gösterir. Zeka, hafıza, motor beceriler, motivasyon, duygu ve tutum özelliklerine bağlı olarak, kronolojik yaşına göre kişi kendisini daha genç ya da daha yaşlı hissedebilir. Sosyal yaş, kişinin sosyal rolleri ve alışkanlıkları tarafından belirlenir. Düzenli spor yapan bir kişi evde vakit geçiren bir kişiye göre daha genç algılanır. Ayrıca emeklilik durumu kişinin daha yaşlı olarak algılanmasına sebep olmaktadır. Fiziksel ya da biyolojik yaş ise, yaşlanmanın duyusal bozulma, saçların beyazlaması, dayanıklılığın kaybı gibi fiziksel işaretlerini ifade eder (Rodgers 1982, Schaie ve Willis 1991, Louw ve ark 1998).

Yaşlılık da aynı şekilde psikolojik, sosyal ve biyolojik olarak tanımlanır. Biyolojik boyutuyla yaşlılık, hücre fizyolojisinden tüm organizmanın fiziksel sağlık durumuna kadar ki temel işleyişte görülen değişimleri ifade ederken, sosyal yönden yaşlılık artan kronolojik yaş ile birlikte toplumsal roller ve sosyal işlevlerdeki değişiklikler anlamına gelir. Psikolojik yönden yaşlılık ise bilişsel ve mental yönden değişiklikleri ifade etmektedir (Birren ve Schaire 1990).

Görüldüğü gibi, yaşlılık farklı zamanlarda farklı şekillerde tanımlanmıştır. Birçok batılı ülke yaşlılığın genel başlangıç noktası olarak emeklilik yaşı olan 65 yaşı belirlemiştir (Mackinlay 2001). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de yaşlılık dönemini 65 yaş ve üzeri olarak kabul ederken, Birleşmiş Milletler yaşlılık ile ilgili çalışmalarında genellikle 60 ve üzeri yaş grubunu temel almaktadır (WHO 1998, UN 2002, WHO 2007a, UN 2015).

Yaşlı nüfus kendi içinde de alt gruplara ayrılmış olup 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 75-84 yaş grubu “ileri yaşlı”, 85 ve üzeri yaş grubu ise “çok ileri yaşlı” grubu olarak isimlendirilmektedir (WHO 1963, Mackinlay 2001, Multani ve Verma 2007). Çünkü yaşlanma homojen bir süre değildir ve yaşlanmanın farklı dönemleri vardır. Örneğin genç yaşlılar genellikle orta yaşlılarla benzer bir yaşam sürerken, çok ileri yaşlı grubundaki insanlar sağlık bakım hizmetlerine diğer yaşlı gruplarına göre daha fazla ihtiyaç duymaktadır (Mackinlay 2001).

2.YAŞLILIKTA TEMEL DEĞİŞİKLİKLER VE SAĞLIK SORUNLARI

Biyolojik düzeyde yaşlılık, kademeli ve yaşam boyu ilerleyen moleküler ve hücrel hasar sonucu vücut fonksiyonlarında yaygın bozulma, değişen çevre koşullarına karşı zayıflık ve hastalık ile ölüm riskinde artış ile karakterizedir (Kirkwood 2008).

Artan yaş fonksiyonel yetersizlikler için en büyük risk faktörüdür (Moritz 1995, Grundy ve Glaser 2000, Murtagh 2004, Rodrigues ve ark 2009). Fonksiyonel yetersizlik fiziksel, duygusal ve zihinsel olarak 3 boyutu içerir. Fiziksel performans vücudun ilgili duyu ve motor fonksiyonları ile yürüme, çömelme ve koşma gibi aktiviteler aracılığıyla değerlendirilir. Duygusal performans kişilerin yaşadıkları çeşitli olaylara karşı gösterdikleri adaptasyon ile ölçülür. Zihinsel performans bireylerin entelektüel ve rasyonel kapasitesini ölçen testler aracılığıyla değerlendirilir (Rodrigues ve ark 2009).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013'te yayınladığı çalışmada dünya hastalık yükü ile ilgili verilere yer verilmiş, hastalık yükü için ülkeler sosyoekonomik düzeylerine göre sınıflandırılmıştır. Buna göre 60 yaş ve üstü kişilerde ilk sırada (özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde) duyu bozukluklar yer almaktadır. Bunun yanı sıra sırt boyun ağrıları, (özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde) kronik obstrüktif akciğer hastalığı, depresyon, düşmeler, diyabet, (özellikle yüksek gelirli ülkelerde) demans, diyabet ve osteoartrit en fazla fonksiyon kaybı ve mali yüke neden olan hastalıklardır (WHO 2013, 2015). Demansın yüksek gelirli ülkelerde en fazla yüke neden olan hastalık olmasının sebebi, yaşlı nüfusun diğer ülkelere göre daha fazla olması, ortalama yaşam süresinin daha uzun olması ve tanı koşullarının daha iyi olmasıdır. Duyusal bozuklukların düşük ve orta gelirli ülkelerde daha fazla görülme sebebinin ise bu ülkelerde yaşayan insanların yaşam boyu gürültü ve güneş ışığı gibi birçok etkene daha fazla maruz kalması olduğu söylenebilir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı oranlarının düşük ve orta gelirli ülkelerde daha yüksek olmasında ise büyük olasılıkla hayat boyunca kapalı ve açık hava kirleticilere maruziyetin daha fazla olmasıdır (WHO 2015a).

Dünyada 60 yaş ve üstü kişilerde ölüm nedenlerine bakıldığında ilk üç sırada iskemik kalp hastalıkları, inme, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları yer almaktadır. Orta ve alt gelirli ülkelerde bu hastalıkların yükü, yüksek gelirli ülkelere göre daha fazla olmaktadır (WHO 2013, 2015).

Benzer şekilde ülkemizdeki yaşlılarda da ölüm sebeplerinin başında kronik hastalıklar gelmektedir. Altmış yaş ve üzeri nüfusta en fazla ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler yer almaktadır. Fonksiyonel bağımlılık ve işlev kaybına yol açtığı için yaşlılık döneminde sakatlığa bağlı yaşam yıllarının kaybına neden olan ilk 10 hastalık arasında ise iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabetes mellitus, alzheimer ve diğer demanslar, osteoartrit ilk sıralarda yer almaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı 2004).

İnsanlar yaşlandıkça, multimorbidite (aynı anda birden fazla kronik hastalık varlığı) olasılığı daha fazla yükselmektedir. Multimorbidite anlamlı derecede yüksek mortalite, artan sakatlık ve fonksiyonel düşüş ile ilişkili olarak, yaşlılarda sık görülen bir sorundur. Çoklu hastalığın bulunması, hastalıklar ve kullanılan ilaçlar arasında etkileşime yol açabilir. Bunun sonucu olarak da çoklu hastalık varlığının yaşam ve ölüm üzerinde, tek tek hastalıkların yapacağı toplam etkiden daha fazla etkisi ortaya çıkmaktadır (Schäfer ve ark 2010, Marengoni ve ark 2011). Aynı zamanda multimorbidite, sağlık hizmetlerinin daha fazla kullanılması ve daha yüksek maliyetler ile ilişkilidir (Bähler ve ark 2015).

Yüksek gelirli ülkelerde, (Avrupa ülkeleri dahil) en büyük multimorbidite yaygınlığı genellikle 50 -60 yaşları ile ve ileri yaşlılıkta görülmektedir (WHO 2015a). Ayrıca multimorbidite düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerde daha yaygındır (Uijen ve Lisdonk 2008, Marengoni ve ark 2011). Multimorbidite prevalansı yaşlı kadınlarda yaşlı erkeklere göre daha yüksek olmasına rağmen, multimorbidite insidansı hemen hemen aynı orandadır. Bunun nedeni de kadınların erkeklerden daha uzun yaşamasıdır (St Sauver ve ark 2015). Multimorbiditenin yaşlılıkta önemli etkileri bulunur, kronik hastalıkların artması ve fiziksel kapasitenin azalması ile ilişkilidir (Marengoni ve ark 2011, Garin ve ark 2014). Bazı hastalıkların birlikteliği fonksiyonların daha fazla olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Örneğin depresyonla birlikte sinerjik etki gösteren kalp yetmezliği, osteoartrit ve bilişsel fonksiyonlar daha kötü seyredebilmektedir (Tinetti ve ark 2011).

Yaşlı insanlar büyük oranda multimorbidite ile yaşamakta, genellikle daha karmaşık bir patoloji ile başa çıkmak için sağlık bakımında genel hizmetler ve daha özel hizmetlere hızlı şekilde ihtiyaç

duymaktadır. Ancak çoğu sağlık sisteminin kapsamlı sağlık hizmetlerini sağlamada yetersiz olduğu söylenebilir (WHO 2007b, UN 2013).

3.DÜNYADA YAŞLILIK

Nüfusun yaşlanması, bir nüfusun yaş yapısının değişimi sonucunda, o toplumdaki çocuk ve genç nüfus payının azalarak, yaşlı nüfus (60 yaş üstü veya 65 yaş üstü) payının göreceli olarak artmasıdır (DPT 2007). Küresel yaşlanma süreci “demografik değişim” olarak da adlandırılmaktadır (UN 2002).

Düşük doğurganlık ve yetişkin mortalitenin azaltılması sonucu dünyanın çoğu ülkesinde nüfus yaşlanmaktadır. Geçtiğimiz yüzyılda gelişmiş ülkelerde başlayan demografik değişimin, gelişmekte olan ülkelerde de yaşanmaya başladığı görülmektedir (UN 2007).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 raporuna göre, nüfusun yaşlanmasının iki temel nedeni bulunmaktadır. Birincisi hemen her ülkede yaşam süresinin uzamasıdır. Uzayan yaşam süreleri yaşlı nüfusta sağ kalımı yansıttığı gibi, daha çok genç yaşlardaki sağ kalımı yansıtmaktadır. Son 50 yılda küresel boyuttaki sosyo-ekonomik kalkınmanın bunda etkisi büyüktür. Nüfus yaşlanmasının diğer nedeni doğum oranlarının düşmesidir. Doğum kontrol yöntemlerine ulaşımın artması ve toplumsal cinsiyet rollerinin değişmesi sonucu doğum oranları azalmıştır. Sosyo-ekonomik gelişmeler öncesi, ülkelere göre değişmekle birlikte, kadın başına 5 ila 7 doğum düşmekte iken, 2015 yılında doğum oranları nüfusun korunması için gerekli olan sayıya kadar düşmüştür. Afrika, doğum oranlarının anlamlı şekilde düşmesinden etkilenmemiştir ve hala kadın başına 4 doğumdan fazlası düşmektedir. Ayrıca Ortadoğu'da da doğum oranları daha az düşmüştür. Çünkü genç nüfus fazladır ve çocuk ölümleri de yüksektir (WHO 2015a). Yirminci yüzyılda dünya nüfusunun temel özelliklerinden biri, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaşlı insanların sayısında önemli bir artış olmasıdır (WHO 1998). Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşlı nüfusun artması, genç yaşta ölüm oranlarında, özellikle çocukluk çağında, doğumda ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ölümün azalmasının sonucudur. Yüksek gelirli ülkelerde ise yaşlı nüfustaki artışın ana sebebi beklenen yaşam süresinin uzaması sonucu yaşlı mortalitesinin azalmasıdır (WHO 2015a).

Demografik açıdan bakıldığında yaşlanma, ölüm ve doğurganlığın (az çocuk doğması ve daha fazla kişinin yaşlılığa ulaşması) bir sonucudur (WHO 1998). Ayrıca içinde bulunduğumuz yüzyılda bulaşıcı ve kronik hastalıklar sonucu meydana gelen erken mortalite oranlarının düşmesi, sanitasyon, barınma, beslenme ve aşılama dahil tıbbi gelişmeler, antibiyotiklerin keşfi yaşam süresinin uzamasında etkili olmuştur (WHO 1998, 1999).

Dünyada yaşlı nüfusun artış hızı (%2,1), genel nüfus artış hızından (%1,2) daha fazladır. Dünya nüfusu son 100 yıl içinde (1950-2050) 4 kat artarken, yaşlı nüfusun 10 kat artacak olması dikkatle altının çizilmesi gereken önemli bir noktadır. Dünyada en fazla yaşlı nüfusun artış göstereceği ülkenin 2008- 2040 arasında %316 ile Singapur olacağı belirtilmektedir (Allen ve ark 2002, UN 2002, Kinsella ve ark 2009).

Dünyada 60 yaş üstü grup, 2006 yılında 688 milyon olarak tahmin edilmiş olup, 2020 yılına kadar yaşlı nüfusun 1 milyardan fazla olacağı ve bunun 700 milyondan fazlasının da gelişmekte olan ülkelerde bulunacağı tahmin edilmektedir. Dünyada 2050 yılında ise, yaşlı nüfusun 2 milyar olacağı ve bunun da %80'inin gelişmekte olan ülkelerde olacağı belirtilmektedir (WHO 2012). Dünyadaki 60 yaş ve üstü nüfus oranının 2006'da %11,0 iken, 2050'de %22,0'a çıkması beklenmektedir. Böylece, yaşlı insanların nüfusu insanlık tarihinde ilk kez 14 yaşın altındaki çocukların nüfusundan çok daha fazla olacaktır (WHO 1998, 2007a, 2012). Önümüzdeki 5 yıl boyunca tarihte ilk defa 65 yaş ve üstü nüfus, 5 yaş altı nüfustan sayıca fazla olacaktır (UN 2013, Suzman ve ark 2015).

Dünyada 65 yaş ve üstü nüfus 2000 yılında tahmini 420 milyon olup, 1999 yılına göre 9,5 milyon artış göstermiştir. Dünyada 2000-2030 yılları boyunca 65 yaş ve üstü nüfusun 550 milyondan 973 milyona yükseleceği öngörülmektedir. Dünya genelinde 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusa oranının %6,9'dan %12,0'a yükselmesi beklenmektedir. (WHO 2015a).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 yılında yayınladığı rapora göre; sayısal olarak en fazla yaşlı, Çin (106 milyon), Hindistan (59,6 milyon), Amerika Birleşik Devletleri (38,7 milyon) ve Japonya'da (27,7 milyon) yaşamaktadır (WHO 1998, Allen ve ark 2002, Kinsella ve ark 2009).

Son elli yılda gelişmekte olan ülkelerde ölüm oranları önemli ölçüde düşmüş ve 1950'li yılların başında yaşam beklentisi 41 yıl iken, 2015 yılında 71,3 yıl olmuştur. (WHO 1998, 2015b). En yaşlı ülke 2015 yılında Japonya (83,7 yıl) olmuştur (WHO 2015b).

Yaşam süresinin uzamasıyla yaşlı nüfus artış göstereceği gibi, çok ileri yaşlı grubun da (85 yaş ve üzeri) yaşlı nüfus içinde oranı artacaktır. Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun %12'si çok ileri yaşlı nüfus olacak iken, gelişmekte olan ülkelere ise çok ileri yaşlı nüfusun, toplam yaşlı nüfusun %6'sını oluşturacağı belirtilmektedir (WHO 2011).

Gelişmekte olan ülkelere nüfusun yaşlanması daha hızlı olurken, gelişmiş ülkelere nüfusun yaşlanması daha yavaş olmaktadır. Gelişmiş ülkelere, nüfusun yaşlanması, bir önceki doğurganlık oranlarının daha erken düşmesi ve sanayi devriminden sonra nispeten uzun bir süre boyunca nüfusun çoğunluğu için yaşam standartlarının iyileştirilmesi sonucunda yavaş yavaş gerçekleşmiş, yeni ve etkili ilaçlar ile aşıların geliştirilmesi dahil olmak üzere tıp alanındaki teknolojik devrimler, daha sonra bu sürece katkıda bulunmuştur. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelere, hızlı bir doğurganlık düşüşü, ileri teknoloji ve ilaç kullanımına dayalı tıbbi müdahalelere bağlı olarak artan yaşam beklentisi daha hızlı gerçekleşmektedir (WHO 1998).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere nüfusun hızla yaşlanması, bazı kronik hastalıkların görülme riskini arttırmakta, bunun sonucu olarak da ulusal ve uluslararası halk sağlığı için yeni ve ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır (WHO 1998). Yaşam süresinin uzaması sonucunda sağlıklı yaşam yılları uzamakla birlikte, yaşlıların fiziksel ve zihinsel kapasitelerinde düşüşler meydana geldiğinden, bu durumun yaşlı insanlar ve toplum için olumsuz etkileri daha fazla olabilecektir. Yüksek gelirli ülkelere yaşa bağlı fonksiyonel yetersizliklerin belli bir ölçüde azaltılabileceği fakat tamamının engellenmesinin mümkün olmadığı düşünülmekte fakat orta ve düşük gelirli ülkelere için ise bu durumun daha belirsiz olduğu ifade edilmektedir (WHO 2015a).

Gelişmekte olan ülkelere 2020 yılına kadar, tüm ölümlerin dörtte üçünün yaşlanma ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin çoğunun kardiyovasküler hastalıklar kanser ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar sebebiyle meydana geleceği tahmin edilmektedir (WHO 1998, 2012, 2015).

4. TÜRKİYE'DE YAŞLILIK

Demografik geçiş³ sürecinin bir sonucu olarak nüfusun yaşlanması kaçınılmazdır. Ölüm ve doğurganlık oranlarındaki azalmaya bağlı olarak, yaşam süreleri de uzamıştır. Ayrıca genç yaş gruplarından, ileri yaş gruplarına doğru bir geçiş meydana gelmiştir. Yaşlı nüfusun artmasındaki en temel etken doğurganlıktaki düşüştür. Son 50 yılda, dünya genelinde toplam doğurganlık hızı, neredeyse yarı yarıya azalmış; 5 çocuktan 2,7 çocuca gerilemiştir. İlerleyen yıllarda dünyada toplam doğurganlık hızının 2,1 çocuk olacağı tahmin edilmektedir. Doğurganlığın düşmesi de genç nüfusun azalmasına neden olmaktadır (DPT 2007, HÜNEE 2009, Koç ve ark 2010).

Türkiye de dünyadaki demografik gelişmelerle paralel bir dönemden geçmektedir. Cumhuriyet ile birlikte, 1927'de yapılan ilk nüfus sayımında 13,6 milyon olan Türkiye nüfusu, pronatalist politikaların sonucu olarak, 1960'da iki katına çıkarak 27,8 milyona ulaşmıştır. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı ise altı çocuk dolayında olmuştur. Antinatalist nüfus politikalarının 1965 yılından itibaren uygulanmasıyla birlikte doğurganlık düşüşe geçmiş ve %61,0'lık bir azalma gözlenmiştir. Kırdan kente göçün 1950'lerde hız kazanması ve son 30 yılda giderek artması, ana-çocuk sağlığındaki gelişmeler, eğitim düzeyi artışı, kadının çalışma hayatında yer alması ile özellikle 1980'lerden sonra doğurganlık, hızlı bir şekilde azalmış ve toplam doğurganlık hızı 5 çocuktan 1,99 çocuca gerilemiştir (DPT 2007, HÜNEE 2009, Koç ve ark 2010, TÜİK 2013).

Ülkemizde yaşlı nüfus diğer yaş gruplarına oranla daha fazla artış göstermektedir. Türkiye'de toplam nüfus artış hızı 2013 yılında %13,7 iken, yaşlı nüfusun artış hızı bunun yaklaşık 3 katı (%36,2)'dir (TÜİK 2014).

³ Demografik Geçiş; değişen doğum ve ölüm oranlarının nüfus yapısını şekillendirmesine dayanan bir teoridir. İlk olarak Warren Thompson tarafından 1929'da ortaya atılmıştır (Thompson 1929).

Doğum ve ölüm oranlarındaki değişimler sonucunda Türkiye'de 1970'lerden itibaren 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payı artış göstermiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı 1940'ta %3,5 iken, 1970'de %4,4'e, 2012'de %7,5'e ve 2016'da %8,3'e çıkmıştır (TÜİK 2013, 2017). Yaşlı nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken, 2014 yılında bu oran %8,0 olmuştur. Nüfus tahminlerine göre yaşlı nüfus oranının 2023'te %10,2, 2050'de %20,8, 2075'te ise %27,7'ye artış göstereceği öngörülmektedir. Türkiye 2016 yılındaki yaşlı nüfus oranına göre ülkeler sıralamasında 66. sırada yer almaktadır (HÜNEE 2014, TÜİK 2014, 2015, 2017).

Nüfusun yaşlanmasının göstergelerinden biri olan ortanca yaş değeri Türkiye'de 2016 yılında 31,4 olup, dünya nüfusu için ortanca yaş 29,4'tür. Dünyada en yüksek ortanca yaşa sahip ilk üç ülke Monako (50,5), Japonya (45,8) ve Almanya (45,7)'dir. Türkiye bu sıralamada 104. sıradadır. Türkiye'de doğuştan yaşam beklentisi erkekler için 75,3 yıl, kadınlar için 80,3 yıldır (HÜNEE 2014, TÜİK 2014, 2017).

Nüfus yaşlanmasının diğer bir göstergesi, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10,0'u geçmesidir. Türkiye'de yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bir oranda artış göstermektedir. "Demografik değişim" sürecinde olan ülkemiz, genç bir nüfusa sahip gibi görünse de, mutlak yaşlı sayısı oldukça fazladır (TÜİK 2013). Türkiye'de yaşlı nüfus 2016'da 6 milyon 651 bin 503 kişi olarak tespit edilmiştir (TÜİK 2017).

Yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak yaşlı bağımlılık oranları da zamanla artmıştır. Bu oran, 1940 yılında 6,5 iken, 1970 yılında yüzde 8,2'ye yükselmiştir (Tezcan ve Seçkiner 2012). Söz konusu oran 2016 yılında %12,3'tür ve 2023 yılında %15,0 olması beklenmektedir (TÜİK 2015a, 2017).

Daha önce de sık sık vurgulandığı üzere Türkiye, hızla yaşlanan ülkelerden biridir. Nüfus projeksiyonlarına göre, Türkiye'de 2008-2040 yılları arasında yaşlı nüfusun, %201 oranında artış göstereceği öngörülmektedir. Yaşlılık endeksi⁴ 1950 yılında 8,6 iken, 1990 yılında 12,2 olmuştur ve 2025 yılında da bu endeksin 21,2'ye yükselmesi beklenmektedir (Kinsella ve ark 2009).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak Türkiye de dünyadaki yaşlanmaya benzer süreçlerden geçecek ve toplum yaşlanmasının getirdiği sorunlarla yüzleşecektir. "Bir toplumda en sık görülen, en çok öldüren, sakat bırakan ve ekonomik kayıplara neden olan sorunlar" halk sağlığı açısından en önemli sorunlardır. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte, bulaşıcı hastalıklar yerini kronik hastalıklara bırakmıştır. Özellikle multimorbiditenin artış gösterdiği yaşlılık döneminde düzenli ve kaliteli sağlık hizmeti almak çok önemlidir. Bu sebeple yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması, evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, yaşlılık döneminin özelliklerini ve ihtiyaçlarını bilen uzman sağlık personelinin yetiştirilmesi için üniversiteler ile iş birliği yapılması, yaşlılara hizmet veren huzurevi, rehabilitasyon merkezi ve hastane gibi kurumların sayısının ve niteliklerinin artırılması ve tüm bunlar için yeterli bütçenin ayrılması gerekmektedir.

Politikacılar, sivil toplum örgütleri ve sağlık personeli başta olmak üzere, tüm topluma yaşlılık ile ilgili bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Yaşlanmanın üretim, iş kolları, sağlık, eğitim ve diğer başlıca alanlara olumsuz etkileri ve çözüm yollarını içeren stratejik planlar hazırlanmalıdır. Yerel yönetimlerden başlayarak tüm ülkede "yaşlı dostu" ortamlar oluşturulmalıdır.

Doğumda beklenen yaşam süresi uzadığından yaşam kalitesi için çalışmalar yapılmalıdır. Devlet tüm vatandaşlara doğum öncesinden başlayarak sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz, sağlıklı yaşam alanlarının sağlanması gibi bütüncül ve multisektöriyel bir sağlık politikası için gerekli çalışmaları yapmalıdır. Ayrıca yaşlılar için sadece sağlık hizmetlerinde değil, ulaşım, mimari, kurumsal işlemler gibi hayatın her alanında kolaylaştırıcı uygulamaların yürürlüğe konulması gerekmektedir.

Bilgilendirme / Acknowledgement: Bu makale Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda tamamlanan "65 Yaş ve Üstü Bireylerde Ev Kazaları Sıklığı ve Etkileyen Risk Faktörleri: Niğde Örneği" adlı doktora tezinden yararlanılarak yazılmıştır.

⁴ Yaşlılık endeksi; 15 yaş altı her 100 çocuğa düşen 60 yaş ve üstü kişilerin sayısını belirtir (UN 2002).

KAYNAKÇA

Aboderin IA., Beard JR. (2015), Older People's Health in sub-Saharan Africa, *Lancet*, Feb 14;385 (9968):9–11.

Allen S., Beales S., Busolo D., et al. (2002), "State of The World's Older People", *HelpAge International*, 1 Ağustos 2015, http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDEFile/SoTWoPeng.PDF?Archive=191939191911&File=SOTWOPeng_PDF. p.1-19.

Bähler C., Huber CA., Brügger B., Reich O. (2015), Multimorbidity, Health Care Utilization and Costs in an Elderly Community-Dwelling Population: A Claims Data Based Observational Study, *BMC Health Services Research*, 15:(23)1-12.

Birren J., Schaie K.. (1990), *Handbook of the Psychology of Aging*, Third ed. San Diego California, Academic pres, Inc. p.106.

Bronikowski A., Flatt T., (2010), Aging and Its Demographic Measurement. *Nat Educ Knowl*, 3, 1-6.
Crews D., (2003), *Human Senescence: Evolutionary and Biocultural Perspectives*, First ed. UK, Cambridge University press, p.3-6.

Comfort A., (1979), *Biology of senescence*, Third ed. UK, Elsevier, Churchill Livingstone Edinburgh, p.13.

DPT., (2007), Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Planı. Yayın no: DPT: 2741, 20 Kasım 2015. <http://www.dpt.gov.tr/DocObject/Download/2230/eylempla.pdf>. s.10-15.

Duyar İ., (2008), *Yaşlanma, Yaşlılık ve Antropoloji*. İn: Geriatri. Edts: Mas R, Işık TA, Karan MA, Beğen T, Akman Ş, Ünal T. Birinci Baskı, Ankara, TGV, s.9-19.

Finch C., (1990), *Longevity, Senescence, and the Genome*. The university of chicago press, Chicago, London, p.5.

Gorman M., (1999), *Development and the Rights of Older People*, In: The Ageing and Development Report: Poverty, Independence and the World's Older People. Eds. Gorman M, Randel J, Ewing D. London, Earthscan Publications Ltd. p.3-21.

Garin N, Olaya B, Moneta M, et al. (2014), Impact of Multimorbidity on Disability and Quality of Life in the Spanish Older Population, *PloS one*, 9 (11) e111498.

Grundy E., Glaser K., (2000). Socio-Demographic Differences in the Onset and Progression of Disability in Early Old Age: A Longitudinal Study, *Age Ageing*, 29:149-157.

HÜNEE., (2009), *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008*, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

HÜNEE., (2014), *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Kalache A., (1999), Ageing: A Global Perspective, *Comm Eye Health*, 12(29): 1-4.

Kinsella K., Velkoff V., Bureau UC. (2001), *An Aging World*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, series P95/01-1, p.7-23.

Kinsella K., Wan H., Bureau UC. (2009), *International population reports, an aging world: 2008*, 01 Ocak 2016, <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p95-09-1.pdf>, p.7-17.

Kirkwood T., Cremer T., (1982), Cytoogerontology Since 1881: A Reappraisal of August Weismann and a Review of Modern Progress. *Hum Genet*, 60(2): 101-121.

226

Kirkwood TB., (2008), A Systematic Look at an Old Problem., *Nature*. Feb 7;451(7179):644–647.

Koç İ., Eryurt M., Adalı T., Seçkiner P.(2010), Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne- Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler, 1968-2008. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*, Ankara.

Louw D., Ede Van D., Louw A. (1998), *Human development*, Second ed. South Africa, Cape Town Kagiso Tertiary, p. 9-12.

Mackinlay E., (2001), *The spiritual dimension of ageing*, First ed. United Kingdom, Jessica Kingsley Publishers p.14.

Marengoni A., Angleman S., Melis R., et al.(2011), Aging with Multimorbidity: A Systematic Review of the Literature, *Ageing Res Rev.*, Sep;10(4):430-439.

Medawar P., (1952). *An Unsolved Problem of Biology* H. K. Lewis, London, 01 Aralık 2015, <http://web.csulb.edu/~acarter3/course-evolution/files/Medawar.pdf>, p.23.

Moritz DJ., Kasl SV., Berkman LF. (1995), Cognitive Functioning and the Incidence of Limitations in Activities of Daily Living in an Elderly Community Sample, *Am J Epidemiol* , 141(1):41-49.

Multani N., Verma S., (2007), *Principles of Geriatric Physiotherapy*, Jaypee Brothers medical publishers LTD, New Delhi, p.3.

Murtagh KN., Hubert HB. (2004), Gender Differences in Physical Disability Among An Elderly Cohort. *Am J Public Health*, 94:1406-1411.

Rodgers W., (1982), Estimable Functions of Age, Period, and Cohort Effects. *American Sociological Review*, 47(6):774-787.

Rodrigues MAP., Facchini LA., Thumé E., Maia F. (2009), Gender and Incidence of Functional Disability in the Elderly: A Systematic Review, *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 25 Sup 3:S464-S76.

Rose M., (1991), *Evolutionary Biology of Aging*. 1.Basım NY: Oxford University Press. New York.

Schaie K., Willis S., (1991), Adult Personality and Psychomotor Performance: Cross-Sectional And Longitudinal Analyses, *Journal of Gerontology*, 46(6) :275-284.

Schäfer I., Leitner EC., Schön G., et al. (2010), Multimorbidity Patterns in the Elderly: A New Approach of Disease Clustering Identifies Complex Interrelations between Chronic Condition, *PLoS One* 5(12): e15941

St Sauver JL., Boyd CM., Grossardt BR., et al. (2015), Risk of Developing Multimorbidity Across All Ages in an Historical Cohort Study: Differences By Sex And Ethnicity, *BMJ Open*, 5(2): e006413.

Suzman R., Beard JR., Boerma T., Chatterji S. (2015), Health in an Ageing World—What Do We Know?, *Lancet*, 385(9967):484-486.

TC. Sağlık Bakanlığı,(2004), Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkinlik Araştırması, *Hastalık Yükü Final Raporu, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü*, Başkent Üniversitesi,Ankara.

TDK.,*Türk Dil Kurumu Güncel Sözlüğü*,12 Aralık 2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a64f076384a46.9399111.

Tezcan S., Seçkiner P., (2012). Türkiye’de Demografik Değişim;Yaşlılık Perspektifi. *HASUDER*,1:19.

Tinetti ME., McAvay GJ., Chang SS.,et al.(2011), Contribution of Multiple Chronic Conditions to

Universal Health Outcomes, *J Am Geriatr Soc*, Sep;59(9):1686–1691.

Thompson WS., Population. *American Journal of Sociology*, 34(1929):959-975.

TÜİK., (2013), *Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2012*, Sayı:13466.

TÜİK., (2014), *Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2013*, Sayı: 16057

TÜİK., (2015a), *Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2014*, Sayı: 18620.

TÜİK., (2015b), *Türkiye İstatistik Kurumu, Hayat Tabloları, 2013-2014*, Sayı: 18618.

TÜİK., (2017), *Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Yaşlılar, 2016*, Sayı:24644.

Uijen AA., Van de Lisdonk EH. (2008), Multimorbidity In Primary Care: Prevalence and Trend Over The Last 20 Years, *Eur J Gen Pract*, 14 Suppl (1:) 28–32.

UN. (2002). *United Nations, World population ageing: 1950-2050*. 01 Aralık 2015, <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>. p.23-27.

UN. (2007), *United Nations World Population Ageing 2007*, 12 Ekim 2015, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeingReport2007.pdf>, p.5-37

UN. (2012), Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects, Medium Variant 2012 Revision*, 10 Ekim 2015, <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.

UN. (2013), United Nations, Department of Economic and Social Affairs Population Division. *World Population Ageing 2013*, ST/ESA/SER.A/348, 01 Aralık 2015, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing013.pdf>, p.22-37.

UN. (2015), United Nations, *World Population Ageing 2015 Report*, 06 Şubat 2016, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf, p.41-99.

WHO. (1963), *Health Protection of the Elderly and the Aged and the Prevention of Premature Aging*, Report on a Seminar Convened by the World Health Organization, Kiev.

WHO. (1998), *World Health Organization, Population Ageing-A Public Health Challenge*, Fact Sheet No. 135.

WHO. (1999), *World Health Organization, Ageing, Exploding the Myths*. 11 Ocak 2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66330/1/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf, p.4-6.

WHO. (2007a), *World Health Organization, Global Report on Falls Prevention in Older Age*. World Health Report Life in the 21st century, Avison for all, Geneva.

WHO. (2007b), *Women, Ageing and Health: A Framework for Action: Focus on Gender*, 11 Ocak 2016, http://www.whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563529_eng.pdf.

WHO. (2011), *World Health Organization, Global Health and Aging*, 01 Ocak 2016, http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf, p.4-10.

WHO. (2012), *World Health Organization Population ageing –A public health challenge 2012*, 10 Aralık 2015, <http://www.who.int/healthinfo/survey>.

WHO. (2013), *World Health Organization, global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000-2012*, In: World Health Organization, Global health estimates Geneva, 08 Eylül 2015, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en.

WHO. (2015a), *World Health Organization, World Report on Ageing and Health*, 01 Şubat 2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.

WHO. (2015b), *Global health estimates: life expectancy trends by country*. In: World Health Organization, Global health estimates [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 20 Ocak 2018, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en.