

4. ULUSLARARASI 13. ULUSAL İZMİR İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU "Yaş Dostu İzmir"

09-10 Ekim 2025

İzmir Ahmed Adnan Saygun Sanat Merkezi

BİLDİRİ KİTABI

MİMARİ



KÜLTÜR VE SANAT



SAĞLIK HİZMETLERİ



SOSYAL POLİTİKALAR



SOSYAL HİZMETLER



4th INTERNATIONAL 13th NATIONAL İZMİR ELDERLY SYMPOSIUM "Age-Friendly İzmir"

09- 10 October 2025

İzmir Ahmed Adnan Saygun Cultural Center

ABSTRACT BOOK

ARCHITECTURE



CULTURE AND ARTS



HEALTH CARE



SOCIAL POLITICS



SOCIAL SERVICES



4. ULUSLARARASI 13. ULUSAL İZMİR İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU "Yaş Dostu İzmir"

09-10 Ekim 2025

İzmir Ahmed Adnan Saygun Sanat Merkezi

BİLDİRİ KİTABI

MİMARİ



KÜLTÜR VE SANAT



SAĞLIK HİZMETLERİ



SOSYAL POLİTİKALAR



SOSYAL HİZMETLER



İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ , EGE GERİATRİ DERNEĞİ
4. ULUSLARARASI 13. İZMİR İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU
YAŞ DOSTU İZMİR

Editörler

Prof. Dr. Sevnaz Şahin
Doç. Dr. Pınar Tosun Taşer

Yönetim Yeri

Mimar Sinan Mahallesi 9 Eylül Meydanı No: 9 /1 Kültürpark içi 4 no'lu Hol
Konak/İzmir
0 232 293 87 90 / 293 87 87
saglikisleri@izmir.bel.tr

© 2026

e-ISBN: 978-625-6793-65-1

Tüm hakları saklıdır. Tanıtım için yayınlanacak yazılar dışında, yazılı izin alınmadan çoğaltılamaz ve satılamaz.

ÖNSÖZ

İzmir Büyükşehir Belediyesi ve Ege Geriatri Derneği İşbirliği ile İzmir'de ileri yaş nüfusun taleplerinin sağlık, sosyal politikalar, ekonomi, mimari, kültür, sanat, sosyal hizmetler, yerel ve merkezi yönetimler çerçevesinde irdelenmesi, farkındalığın arttırılması ve geleceğe yönelik ortak çalışma platformlarının oluşturulması hedefi ile birincisi 2008 yılında gerçekleştirilen İzmir İleri Yaş Sempozyumu'nun on üçüncüsünü, uluslararası boyutu ile dördüncüsü 09-10 Ekim 2025 tarihleri arasında "Yaş Dostu İzmir" teması ile İzmir Ahmed Adnan Saygun Sanat Merkezi'nde gerçekleştirilecektir.

09-10 Ekim 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilecek olan 4. Uluslararası, 13. Ulusal İzmir İleri Yaş Sempozyumu bu yıl İzmir Büyükşehir Belediyesi'nin Yaş Dostu Kent olma hedefi çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü Yaş Dostu Kentler ve Topluluklar Küresel Ağına dahil olması nedeniyle "Yaş Dostu Kent " temasını odağına almıştır.

Yaşlıların toplumsal katılım ve refahını artırmayı, aktif ve sağlıklı yaşlanmayı desteklemeyi, makro ve mikro çevrede güvenli yaşam olanakları sunmayı hedefleyen, her kes için erişilebilir bir kent olmayı amaçlayan "yaş dostu kent" kavramı İzmir'e odaklanarak ulusal ve uluslararası katılımı ile ele alınacak olup, dünyadan ve Türkiye'den deneyim ve birikimlerin paylaşıldığı önemli bir platform olacaktır.

Merkezi ve yerel yönetim temsilcilerinin, sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının, üniversitelerin, meslek odalarının, sivil toplum kuruluşlarının, akademisyenlerin ve uzmanların katılımı ile 09-10 Ekim 2025 tarihleri arasında "Yaş Dostu İzmir" teması ile İzmir Ahmed Adnan Saygun Sanat Merkezi'nde gerçekleştirilecek olan sempozyuma katılımınızı bekler, sağlıklı günler dileriz.

KURULLAR

Sempozyum Eş Başkanları

Dr. Cemil Tugay

İzmir Büyükşehir Belediye Başkanı

Prof. Dr. Sevnaz Şahin

Ege Geriatri Derneği

Genel Sekreter

Doç. Dr. Pınar Tosun Taşer

Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Geriatri BD

Düzenleme Kurulu

| | |
|------------------------|--|
| Mert Akman | Yazılım Mühendisi, İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlıkli Yaşam Şube Müdürlüğü |
| Feryal Akşan | Uzman Hekim, Balçova 3. Yaş Üniversitesi Koordinatörü |
| Melda Başkaya | Ege 3. Yaş Üniversitesi Öğrenci Temsilcisi |
| Moustapha Dramé | Prof. Dr., Martinique Üniversitesi, Fransa |
| Ahmet Soner Emre | Hekim, İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Daire Başkanı |
| Banu Erdal | İSG Uzm. İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlık Eğitimleri Şube Müdürü |
| Aysun İnan | Sosyal Hizmet Uzmanı , SHUDER |
| Zarife Kalındamar | Şef, İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlıkli Yaşam Şube Müdürlüğü |
| Nurgül Kocakoç | Hekim, Yaşlı Sağlığı PhD, Ege Geriatri Derneği |
| Seyhan Müşerref Kuralı | İzmir Büyükşehir Belediyesi ve Menderes Belediyesi Meclis Üyesi İzmir Büyükşehir Belediyesi Meclisi İleri Yaş Komisyonu Başkanı |
| Pınar Okyay | Prof. Dr., Halk Sağlığı Uzmanı, İzmir Büyükşehir Belediyesi Genel Sekreter Yrd. |
| Paraskevi Sakka, | Dr, Founder of the Athens Alzheimer's Association and president since 2022 Yunanistan |

| | |
|----------------------|--|
| Lee Smith, | Prof. Dr., Ruskin Üniversitesi, Amerika Birleşik Devletleri |
| Osman Nuri Tartalacı | Ege 3.Yaş Üniversitesi Öğrenci Temsilcisi ve Eğitimcisi |
| Mevlüt Ülgen | Psikolog, Ege Geriatri Derneği Başkanı |
| Mustafa Vatansever | Hekim, İzmir Büyükşehir Belediyesi ve Bornova Belediyesi Meclis Üyesi |
| Nicola Veronese | Prof. Dr., Palermo Üniversitesi, İtalya |
| Ferhat Yıldız | Uzman Doktor, İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlıklı Yaşam Şube Müdürü |
| Nuri Seha Yüksel | İzmir Tabip Odası Genel Sekreteri |

Bilimsel Danışma Kurulu

| | |
|---------------------|--|
| Feryal Akşan | Uzman Hekim, Yaşlı Sağlığı PhD |
| Tasnim Atatrah | DSÖ Türkiye Ofisi , Suriye |
| Fisun Şenuzun Aykar | Prof. Dr. İzmir Tınaztepe Üniversitesi |
| Zeynep Altın | Doç. Dr. Dahiliye Uzmanı Yaşlı Sağlığı PhD, Ege Geriatri Derneği |
| Başak Bayram | Doç. Dr. İzmir Büyük Şehir Belediyesi Eşrefpaşa Belediyesi Hastanesi Başhekimisi |
| Serkan Bakırhan | Prof. Dr. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fak.; Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü |
| Hüseyin Can | Prof. Dr. Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fak. Aile Hekimliği BD |
| Moustapha Dramé | Prof. Dr., Martinique Üniversitesi, Fransa |
| Gönül Düzgün | Doktor Öğretim Üyesi, İzmir Tınaztepe Üniversitesi |
| Işıl Ergin | Prof. Dr. E.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı BD |
| Erhan Eser | Prof. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı BD |
| Nursen İlçin | Prof. Dr. Dokuz Eylül Üniv. Sağlık Bilimleri Fak.; Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü |

| | |
|----------------------|--|
| Hatice Keskin | Prof. Dr. D.E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı BD |
| Nurgül Kocakoç | Hekim, Yaşlı Sağlığı PhD, Ege Geriatri Derneği |
| Tanzer Korkmaz | Doç. Dr. İzmir Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği |
| Aliye Mandıracıoğlu | Prof. Dr. E.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı BD |
| Özlem Miman | Doç. Dr. D.E.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Parazitoloji BD |
| Tufan Nayır | Doç. Dr., Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı BD, DSÖ Türkiye Ofisi |
| Pınar Okyay | Prof. Dr. Halk Sağlığı Uzmanı, İzmir Büyükşehir Belediyesi Genel Sekreter Yrd. |
| Yasemin Kılıç Öztürk | Prof. Dr. Aile Hekimi Uzmanı, Sağlık Araştırma, Geliştirme, Eğitim ve Derneği |
| Costis Prouskas | Dr, Secretary General of the Greek Care Homes Association (PEMFI), the Secretary of the Hellenic Gerontological and Geriatric Society and a Founding Member of the Athens Alzheimer Association and of 50plus Hellas. Yunanistan |
| Paraskevi Sakka, | Dr., Founder of the Athens Alzheimer's Association and president since 2022 |
| Hatice Şahin | Prof. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fak. Tıp Eğitimi BD |
| Sevnaz Şahin | Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fak. Geriatri BD Türkiye Alzheimer Derneği İzmir Şube Başkanı |
| Plee Smith, | Prof. Dr., Ruskin Üniversitesi, Amerika Birleşik Devletleri |
| Pınar Tosun Taşer | Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi, Tıp Fak. Geriatri BD |
| Nil Tekin | Doç. Dr. Aile Hekimi Uzmanı, Türkiye Alzheimer Derneği Yönetim Kurulu Üyesi |
| Reyhan Uçku | Prof. Dr., Halk Sağlığı Uzmanı |
| Mevlüt Ülgen | Psikolog, Ege Geriatri Derneği Başkanı |
| Nicola Veronese | Prof. Dr., Palermo Üniversitesi, İtalya |
| Yongjie Yon | PhD ,Teknik Görevli, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi |

PROGRAM

09 Ekim 2025 Perşembe

Açılış

09:30 – 10:00 Ege 3. Yaş Üniversitesi Korosu

10:00 – 10:30 Açılış Konuşmaları:

Sempozyum Eş Başkanı: Prof. Dr. Sevnaz Şahin

Ege Geriatri Derneği Başkanı Psk. Mevlüt Ülgen

İzmir Büyükşehir Belediyesi Başkan Vekili Dr. Zafer Levent Yıldır

10:30 - 11:00 Konferans

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planları ve Hedefler

Moderatör: Doç. Dr. Başak Bayram

Konuşmacı: Prof. Dr. Sevnaz Şahin

11:00 - 12:30 OTURUM 1:

Dünya Sağlık Örgütünde Yaş Dostu Kentler

Moderatör: Prof. Dr. Reyhan Uçku, Uzm. Dr. İbrahim Sivrikaya PhD

Konuşmacılar:

PhD, Yongjie Yon Yaşlanma ve Sağlık, Sağlık Sistemleri

Uzm. Dr. PhD Feryal Akşan Yaş Dostu Kentler

Doç. Dr. Tufan Nayır DSÖ Yaş Dostu Kent Hedefleri/ Türkiye

12:30 - 13:30 Yemek Arası

13:30 - 14:00 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU

Moderatör: Doç. Dr. İsmail Demir, Dr. Öğretim Üyesi Gönül Düzgün

14:00 - 15:00 OTURUM 2: Türkiye Yaş Dostu Kent Deneyimleri Paylaşımı

Moderatör: Prof. Dr. Erhan Eser, Doç. Dr. Pınar Tosun Taşar

Konuşmacılar:

Doç. Dr. Esin Zengin Taş İzmir Örneğinde Yaş Dostu Kent Yaklaşımın Değerlendirmesi, Bir Proje Çıktısı Analizi

Uzm. Dr. Ferhat Yıldız İzmir Büyükşehir Belediyesi

Fikriye Özgül Muratpaşa Belediyesi

Meryem Ceyhan Beşiktaş Belediyesi

Serap Karslıoğlu Bornova Belediyesi

15:00 - 15:30 Kahve Arası

15:30 - 16:30 OTURUM 3: Dünyadan İyi Uygulamalar

Moderatör: Prof. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk , Özgür Topaç

Konuşmacılar:

Dr. Paraskevi Sakka, Yunanistan Attika Bölgesindeki Gündüz Bakım Merkezleri ve Mobil Birimler: (Online)

Dr. Costis Prouskas, Yunanistan'da Demans Dostu Şehirler: Danışmanlık Hizmetleri ve Topluluk Eğitimi ve Desteği: (Online)

Doç. Dr. Nil Tekin, Japonya Örneği

10 Ekim 2025 Cuma

09:30 - 10:00 İzBB Köy Tiyatroları Ödemiş Konaklı Köy Tiyatrosu

10:00 - 11:30 OTURUM 4: Fiziksel Çevre

Moderatör: Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu, Doç. Dr. Özlem Miman,

Konuşmacılar:

Prof. Dr. Hatice Şahin Engelsiz Yaşlı Dostu Kent

PhD Nurgül Kocakoç Yaş Dostu Ulaşım, Trafik ve Katılım

Prof. Dr. Serkan Bakırhan Ergonomik / Güvenli Ev Düzenlemesi

11:30 - 11:45 Kahve Arası

1:45 - 13:00 OTURUM 5: Sosyal Hizmetler

Moderatör: Prof. Dr. Hüseyin Can, Doç. Dr. Zeynep Altın

Konuşmacılar:

Dr. Meltem Adaiçi Dünyada Yerel Yönetimlerde Yaşlı Bakım Modelleri

Tülay Hepoğlu İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlıklı Yaş Alma Merkezi Deneyimi

13:00 - 14:00 Yemek Arası

14:00 - 15:30 OTURUM 6: Topluma Katılım Yuvarlak Masa 3 soru ile

Moderatör: Prof. Dr. Sevnaz Şahin, Psk. Mevlüt Ülgen

3. Yaş Üniversitesi Öğrencisi: Osman Nuri Tartılacı

Türkiye Alzheimer Derneği İzmir Şubesi YK. Üyesi Taner Kunter

İzBB Meclisi, İleri Yaş Komisyon Başkanı Seyhan Müşerref Kuralı

İzmir Kent Konseyi Yaşlı Politikaları Grubu Temsilcisi Sunay Çatorı

İzmir Kent Konseyi Emek ve Emekli Meclisi Üyesi Selami Ercan

İzBB Köy Tiyatroları Yönetmeni Vedat Murat Güzel

İzBB Sağlıklı Yaş Alma Merkezi Koristi Mehmet Özkaya

15:30 - Prof. Dr. Cumhur Ertekin'e yaşam boyu katkı ve emek plaketi ve teşekkür Belgesi Sunumu:

Sunum : Dr. Behye Mungan - Dr. Mustafa Vatanse

15:45 - 16:00 Kapanış



Açılış Konuşmaları:

Sempozyum Eş Başkanı: Prof. Dr. Sevnaz Şahin

İzmir İleri Yaş Sempozyumu Açılış Konuşması Metni

Değerli Protokol konukları, Ege Geriatri Derneği başkanım, değerli akademisyen hocalarımız değerli katılımcılar ve büyüklerimiz hepiniz 13. Ulusal 4. Uluslararası İzmir ileri Yaş Sempozyumuna hoşgeldiniz. 2008 yılında Türkiye’ de bir ilk olarak başlattığımız bu özel organizasyonun 13. Toplantısında birarada olmaktan mutluluk ve gurur duyduğumu belirtmek isterim. Organizasyonda emeği geçen başta İzmir Büyük Şehir belediyesine, Ege Geriatri derneği Yönetim kuruluna, Ege 3. Yaş Üniversitesine hepimiz adına çok teşekkür ederim.

Hepimiz biliyoruz ki, ileri yaş dönemi, istatistiklerin soğuk rakamlarıyla ya da kronik hastalıkların tanılarıyla özetlenemez. Yaş, bir insanın geçirdiği mevsimlerin, biriktirdiği deneyimlerin ve verdiği mücadelelerin zengin bir senfonisidir. Bu senfoninin armonisini kaybetmeden, son perdesini aktif, onurlu ve keyifli çalmak, sadece bireyin değil, kentlerin ve toplumların ortak sorumluluğudur.

İzmir, Smyrna’dan günümüze uzanan 8500 yıllık tecrübesiyle bu sorumluluğu geçmişinden öğrenen bir kenttir.

İzmir’in çok katmanlı yapısı, ileri yaştaki bireylerin kentle olan bağını güçlendiren bir zemin sunar. Tarihi dokuyu korumak ve yaşatmak, yaşlılarımızın hafıza mekânlarını canlı tutarak aidiyet duygusunu pekiştirir.

İzmir, yaşlanmanın kendisi gibi, bir metaforlar kentidir. Kadim Köklerden Gelen Bilgeliktir.

İzmir ve yaşlanmak aslında ne çok benzerler birbirlerine.

Agora, İzmir'in kalbinde binlerce yıllık bir meydandır. Ticaretin, felsefenin ve kamuoyunun buluştuğu bu alan, ileri yaşın toplumsal rolü ile birebir örtüşür:

İleri yaş, bireyin sadece kendisi için değil, toplum için adeta bir Agora'dır. Gençlerin hızla geçip gittiği, dijital gürültünün yoğun olduğu modern kentte, ileri yaş adeta deneyimi, bilgeliği ve geçmişi günümüzle buluşturan bir kamusal meydandır. Bu meydan, sessizliğe terk edilmemeli, aksine söz hakkı ve saygınlıkla canlandırılmalıdır.

Agora ayrıca bize, ileri yaş politikalarının geliştirilmesinde yerel halkın ve yaşlıların söz hakkının ne kadar kritik olduğunu hatırlatır.

Kadifekale, yani antik Pagos Tepesi, İzmir'i depremlere ve değişime rağmen ayakta tutan kadim bir surdur. Yaşlanmak, Kadifekale gibi olmak demektir. Yılların fırtınalarına, yaşamın sarsıntılara rağmen temelinde sağlam kalmak, sürekli kendini onarmak ve yeniden inşa etmektir. Fiziksel zorluklara rağmen ruhun surlarını ayakta tutmak, o surlardan kente ve geleceğe umutla bakabilmektir. Bu, kırılma değil, aksine adaptasyonun en güçlü biçimidir.

Kordon boyu; denizi ve kenti kesintisiz bir çizgiyle birleştirir; hem geçmişin rıhtımıdır hem de geleceğe uzanan bir ufuk.

İleri yaş adeta bir Kordon yürüyüşüdür. Her yeni gün, tıpkı Körfez'in sürekli yenilenen suları gibi, yeni bir ufuk ve yeni bir keşif potansiyeli sunar. İleri yaş biriken bilgelik ile zamanın ötesine geçebilme, küçük anlarda büyük anlamlar bulabilme yeteneğidir. Kordon'un açıklığı, bize kapanmamayı, sürekli merak etmeyi ve hayata dönük olmayı fısıldar.

Yaşlanmak da tıpkı İzmir gibi, değişimin içinde kalıcı olmayı gerektirir. Bedenin ve çağın dönüşümüne adapte olurken, özümüzü, bilgeliğimizi ve toplumsal rolümüzü korumayı gerektirir.

Bu kent, Agora'nın kamusal tartışma ruhunu, Kordon'un kesintisiz denizle buluşmasını ve Kemeraltı'nın canlı ticaret damarlarını binlerce yıldır sürdürüyor. Buradaki taşlar ve rüzgâr, bize kalıcılık ve adaptasyonun sırrını fısıldıyor.

İzmir'in tarihi, "yeryüzünde yaşlanma" kavramının en güzel örneğidir. Geçmişte, farklı etnik ve kültürel gruplar, mahallelerinde, kiliselerinde, sinagoglarında ve camilerinde yaşamı birlikte dokudular. Bu sosyal içerme ruhu; bugün, ileri yaşlı bireylerin kendi evlerinde, kendi çevrelerinde, toplumdaki kopmadan yaşamlarını sürdürmeleri için bize ilham vermelidir.

O halde yaşlanmak, İzmir olmaktır diyebiliriz.

Yani kadim olmaktır, dayanıklı olmaktır, çok sesli olmaktır ve en önemlisi sürekli denize ve geleceğe dönük bir bakış açısına sahip olmaktır.

Bu sempozyum, geçmişin bu değerli birikiminden ilham alarak, ileri yaş nüfusunun talep ve ihtiyaçlarını; sağlık, mimari, teknoloji, sosyal hizmetler ve yerel yönetimler çerçevesinde, bilimsel yöntemlerle irdelenecektir. Buradaki her bir tebliğ ve tartışma, İzmir'in "Yaş Dostu Kent" olma hedefine, tarihsel bir derinlik katacaktır.

Unutmamalıyım ki, bir kentin ileri yaş politikalarındaki başarısı, sadece bugünü değil, geleceğe bıraktığı medeniyet tasarımı da belirler. İzmir, geçmişten aldığı güçle, gelecekte de insan onurunu ve yaşam kalitesini merkeze alan bir kent olmaya adaydır. Sempozyumun hepimizde farklı pencere açarak yeni açılımlara vesile olmasını dilerim. En içten saygı ve sevgilerimle.

Ege Geriatri Derneği Başkanı Psk. Mevlüt Ülgen

İzmir Büyükşehir Belediyesi ve Ege Geriatri Derneği İşbirliği ile İzmir'de ileri yaş nüfusun taleplerinin sağlık, sosyal politikalar, ekonomi, mimari, kültür, sanat, sosyal hizmetler, yerel ve merkezi yönetimler çerçevesinde irdelenmesi, farkındalığın artırılması ve geleceğe yönelik ortak çalışma platformlarının oluşturulması hedefi ile birincisi 2008 yılında gerçekleştirilen İzmir İleri Yaş Sempozyumu'nun on üçüncüsüne, uluslararası boyutu ile dördüncüsüne hoş geldiniz.

İzmir İleri Yaş Sempozyumu bu yıl İzmir Büyükşehir Belediyesi'nin Yaş Dostu Kent olma hedefi çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü Yaş Dostu Kentler ve Topluluklar Küresel Ağına dahil olması nedeniyle "Yaş Dostu Kent" temasını odağına almıştır.

Merkezi ve yerel yönetim temsilcilerinin, sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının, üniversitelerin, meslek odalarının, sivil toplum kuruluşlarının, akademisyenlerin ve uzmanların katılımı ile yaşlıların toplumsal katılım ve refahını artırmayı, aktif ve sağlıklı yaşlan-

mayı desteklemeyi, makro ve mikro çevrede güvenli yaşam olanakları sunmayı hedefleyen, her kes için erişilebilir bir kent olmayı amaçlayan “yaş dostu kent” kavramı İzmir’e odaklanarak ulusal ve uluslararası katılımı ele alınacak olup, dünyadan ve Türkiye’den deneyim ve birikimlerin paylaşıldığı önemli bir platform olmayı hedeflemektedir.



Ege Geriatri Derneği olarak ulusal ve uluslararası yaşlanma eylem plan ve programlarında da ifadesini bulan, aktif ve sağlıklı yaşlanma konsepti çerçevesinde yaşlı bireylerin bağımsız, yerinde, sağlıklı yaşlanma olanak ve haklarına vurgu yapan, toplumsal katılım, kendini gerçekleştirme imkanlarını içeren, erişilebilir, etkin kamusal hizmet ve çevrelere güçlü vurgu yapan, yaşlı bireyleri yaşamın aktif birer öznesi olduğu yaklaşımını yansıtan hak temelli politikaları odağına almakta, yerel ve merkezi politika yapıcılar ile uygulayıcılara katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Deneyimi, birikimi, bilgeliği ile yaşamın içinde olan yaşlı bireyleri gören, hisseden, onların toplumsal yaşama kattığı ve katacağı muazzam katkı ve dokuyu toplumsal yaşam ve politikalara yansıtmayı hedefliyoruz. Düzenlediğimiz ve paydaşı olduğumuz kongre, sempozyum, çalıştay, paneli, araştırma ve sosyal projelerimiz bu amaca hizmet etmektedir.

2016 yılından bu yana Ege Üniversitesi’nde Sevnaz hocamızın yürütücülüğünde sürdürülen Üçüncü Yaş Üniversitelerimiz her geçen gün artıyor. Karşıyaka’da başlayan yerel yönetim üçüncü yaş deneyimi Büyükşehir, Güzelbahçe, Balçova ve Seferihisar

belediyesi ile devam ediyor. Buradan tüm üçüncü yaş üniversitesi öğrencileri ve kampüslerimizi bir kez daha alkışlıyorum.

Sempozyumun bilimsel, sosyal, sanatsal zenginliğine katkısı bulunan başta İzmir Büyükşehir Belediyesi, Aile ve Sosyal Hizmetler İzmir İl Müdürlüğü olmak üzere, yerel yönetimlere, sosyal hizmet, sağlık ve eğitim kurumlarına, sivil toplum örgütlerine, akademisyenlere, uzmanlara, sanatçılara, tüm üçüncü yaş üniversitesi öğrencilerine ve korumuza, İzBB Köy Tiyatrolarına, değerli katılımcılarımıza teşekkür ediyoruz. Sempozyum eş başkanlarımıza, düzenleme kurumumuza, İzBB Meclis Üyelerimize ve İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Daire Başkanlığı'na, Adnan Saygun Sanat Merkezi çalışanlarına ayrıca teşekkür ediyor, şükranlarımı sunuyorum.

İzmir Büyükşehir Belediyesi Başkan Vekili Dr. Zafer Levent Yıldır



Programın açılış bölümünde konuşan İzmir Büyükşehir Belediyesi Başkan Vekili Dr. Zafer Levent Yıldır, “Bu etkinlik sadece bilimsel bir toplantı değil, geleceği şekillendiren bir vizyonun somutlaşmasıdır. Kuşaklararası dayanışmayı güçlendirmek, herkesi kucaklayan bir kent yaratmak istiyoruz. Sağlıklı Yaş Alma ve Alzheimer-Demans Hastaları Buluşma ve Dayanışma Merkezi'miz, 22 Ekim'de ders başı yapacak 3. Yaş Üniversitemiz, mahalle bazında sunduğumuz sosyal destek ve sağlık eğitim hizmetleriyle Türkiye'ye öncülük ediyoruz. İzmir'i yaş dostu bir kent yapmak sadece binaları, yolları, hizmetleri düzenlemekle sınırlı değil. 'Yaş Dostu Kent' demek dayanışmayı ve kapsayıcılığı merkeze alan bir felsefe. Yaş almak hayatı biriktirmektir. Bu birikimlerle olgunlaşır,

bilgeliği, sabrı ve dirayeti kazanırız. İleri yaşın getirdiği sorunları değil fırsatları da konuşmak istiyoruz. İleri yaşlı bireyleri yaşamın merkezine oturtmayı da konuşmak istiyoruz. Burada paylaşacağımız deneyimler İzmir'in Avrupa'da ulusal bir model olmasını sağlayacak ve aynı zamanda T¼rkiye'nin diğer belediyelerine ilham verecek" dedi. (basın b¼lteninden alıntı)

10:30 - 11:00 Konferans

T¼rkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planları ve Hedefler

Moderat¼r: Doç. Dr. Başak Bayram

Konuşmacı: Prof. Dr. Sevnaz şahin

T¼RKİYE SAĞLIKLI YAşLANMA EYLEM PLANLARI VE HEDEFLER

Prof. Dr. Sevnaz şahin

T¼m D¼nya gibi ¼lkemizde yaşlanmakta. T¼rkiye genelinde 65 yaş ve ¼zeri n¼fus oranının yıllara g¼re değişimi ve gelecek projeksiyonları şu şekildedir:

- **1950:** %3,3.
- **2024:** %10,6.
- **2030 (Tahmin):** %13,5.
- **2100 (Ana Senaryo):** %33,6 oranına y¼kselmesi beklenmektedir.

İzmir genelinde yaşlı n¼fus yoğunluğunun en y¼ksek ve en d¼ř¼k olduğu bazı ilçeler ise

- **En Y¼ksek Oranlar:** Karaburun (%26,96), Dikili (%24,96), Beydağ (%19,2).
- **Merkez İlçeler:** Karşıyaka (%17,0), Konak (%16,6), Balçova (%16,6).
- **En D¼ř¼k Oranlar:** Menemen (%8,05), Aliağa (%8,2), Torbalı (%8,96).

T¼rkiye'nin yaşlanma politikaları, 2007 yılından bu yana demografik d¼n¼ř¼me uyum sağlamak amacıyla sosyal yardımdan hak temelli ve "aktif yaşlanma" odaklı bir yapıya evrilmiştir. Bu yol haritası, stratejik vizyon belgeleri ve somut uygulama planları ¼zerinden şu şekilde ¼zetlenebilir:

1. Temel Dönüm Noktası: Ulusal Eylem Planı (2007)

Türkiye'nin yaşlanma alanındaki ilk kapsamlı yol haritası olan "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı", 2007 yılında Yüksek Planlama Kurulu kararı ile kabul edilmiştir.

Odak Alanları: Yaşlılar ve kalkınma, sağlık ve refahın artırılması ile destekleyici ortamların sağlanması olmak üzere üç ana başlıkta toplanmıştır.

Hedefler: Yaşlıların sosyal, kültürel ve ekonomik katılımının sağlanması, karar verme süreçlerine dahil edilmesi ve toplum içinde "kendi ortamlarında yaşlanma" anlayışının teşvik edilmesi gibi vizyoner hedefler belirlenmiştir.

2. Sağlık Odaklı Yaklaşım: 2015-2020 Dönemi

"Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015-2020)", Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda yaşam boyu sağlığı korumayı amaçlamıştır.

Stratejiler: Kronik hastalıkların yönetimi, yaşlı dostu sağlık merkezleri oluşturulması ve evde bakım hizmetlerinin sağlık sistemiyle entegrasyonu üzerinde durulmuştur.



3. Güncel Vizyon: 2030 Hedefleri ve Yeni Eylem Planı (2023-2025)

Türkiye, 2023 yılında ilk kez bir "Vizyon Belgesi" ve buna bağlı somut bir "Eylem Planı" hayata geçirmiştir.

Bu belge, Türkiye'nin yaşlanma alanındaki "üst anayasası" niteliğindedir ve hizmetlerin felsefi temellerini belirler.

Temel Amacı: Yaşlıların haklarını tam olarak kullanabildikleri, potansiyellerini gerçekleştirebildikleri ve yaş ayrımcılığına maruz kalmadıkları “her yaş için toplum” modelini inşa etmek.

Temel Politika Alanı:

Hakların Korunması: Yaşlıların yasal ve sosyal haklarının güvence altına alınması.

Aktif Katılım: Yaşlıların karar alma mekanizmalarında, gönüllülük faaliyetlerinde ve iş gücünde yer alması.

Sağlıklı ve Aktif Yaşlanma: Fiziksel ve zihinsel sağlığın korunması, geriatrik hizmetlerin yaygınlaştırılması.

Güvenli ve Yaşlı Dostu Ortamlar: Erişilebilir konut, ulaşım ve kamusal alanların tasarımı.

Mali Sürdürülebilirlik: Sosyal güvenlik sistemlerinin yaşlanan nüfusa göre optimize edilmesi.

Kuşaklararası Dayanışma: Genç ve yaşlı kuşaklar arasındaki bağların güçlendirilerek sosyal sermayenin korunması.

Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025): Vizyon belgesindeki hedefleri hayata geçirecek 183 somut faaliyeti kapsar. Bu plan, yaşlı haklarının korunması ve yaş ayrımcılığıyla mücadele gibi konularda sayısal olarak ifade edilmiş somut adımları (mevzuat değişikliği, hizmet merkezi açılması vb.) tanımlar.

BM/DSÖ 2020-2030 Sağlıklı Yaşlanma On Yılı (The Decade of Healthy Ageing)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ilan edilen ve Türkiye'nin de stratejilerini uyumlu hale getirdiği bu küresel rapor, yaşlanmayı bir hastalık değil, bir süreç olarak tanımlar.

Odak Noktası: “Fonksiyonel Kapasite” Rapor, sadece hastalıkların yokluğunu değil, yaşlı bireyin kendi değer verdiği şeyleri yapabilmesini sağlayan “kapasiteyi” korumayı hedefler.

4 Ana Eylem Alanı:

Yaş Ayrımcılığı (Ageism) ile Mücadele: Yaşlanmaya dair kalıplaşmış yargıların ve ayrımcı uygulamaların değiştirilmesi.

Yaşlı Dostu Topluluklar: Yerel yönetimlerin yaşlıların yeteneklerini destekleyen ortamlar oluşturması.

Birinci Basamak Bakım Hizmetleri: Yaşlıların ihtiyaçlarına cevap veren, erken teşhis ve rehabilitasyon odaklı entegre sağlık hizmetleri.

Uzun Süreli Bakım: Bakıma ihtiyaç duyan yaşlıların ve onlara bakım verenlerin desteklenmesi, kaliteli bakım hizmetlerine erişim.

4. Makro Hedef: 12. Kalkınma Planı (2024-2028)

En güncel ulusal belge olan 12. Kalkınma Planı, yaşlılığı bir kriz değil, yönetilmesi gereken demografik bir gerçeklik olarak ele alır.

Stratejik Eksenler: Yaşlılık politikasını sadece sosyal yardım kapsamından çıkarıp; Bakım Sigortası, tamamlayıcı emeklilik sistemleri ve yaşlıların işgücü piyasasına katılımı (mesleki rehabilitasyon) gibi mali sürdürülebilirlik eksenine taşımaktadır.

Aktif Yaşlanma: Dijital okuryazarlığın artırılması, yaşlı dostu şehirlerin yaygınlaştırılması ve kuşaklararası dayanışmanın güçlendirilmesi planın merkezinde yer alır.

Güncellenmiş Yol Haritası Özeti (2007 - 2030)

- **2007:** İlk Ulusal Eylem Planı (Sosyal katılım ve koruma odaklı başlangıç).
- **2015-2020:** Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı (Sağlık Bakanlığı odaklı tıbbi süreç yönetimi).
- **2020-2030: Sağlıklı Yaşlanma On Yılı (Küresel Uzlaş):** Fonksiyonel kapasite ve entegre bakım dönemi.
- **2023-2025: Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı:** 183 somut faaliyetle (evde bakım, gündüz yaşam merkezleri, teknoloji eğitimi vb.) sahadaki uygulama dönemi.
- **2030 Hedefi: Yaşlanma Vizyon Belgesi'nin** tam olarak hayata geçirilmesi; yaşlıların bağımsız, üretken ve saygın bir yaşam sürdüğü Türkiye.

Bu belgeler bir bütün olarak; yaşlanmayı tıbbi bir sorun olmaktan çıkarıp, sosyal, ekonomik ve kültürel bir haklar bütünü olarak ele almaktadır.

Türkiye'nin 2007 yılından bu yana gelişen yaşlanma yol haritası, sosyal yardımdan “aktif ve sağlıklı yaşlanma” odaklı bir yapıya dönüşmüştür. Bu süreçte **3. Yaş Üniversiteleri**, hayat boyu öğrenme ve sosyal katılımın en somut uygulama alanı olarak stratejik bir öneme sahip olmuştur.

Eğitimde Fırsat Eşitliği: Yol haritasının “Toplumsal Hayata Katılım” başlığı altında, hayat boyu öğrenme fırsatlarının güçlendirilmesi ve 3. yaş üniversitelerinin nitelik ve niceliğinin artırılması temel hedeflerden biridir.

Aktif Yaşlanma Uygulaması: Bu üniversiteler; yaşlıların bilişsel kapasitelerini korumalarını, dijital ve sağlık okuryazarlıklarını artırmalarını ve sosyal izolasyondan kurtulmalarını sağlar.

İzmir Örneği ve Yaygınlaşma: İzmir, 3. Yaş Üniversiteleri konusunda Türkiye'ye öncülük etmektedir. Ege Üniversitesi geriatri Bilim Dalı Sosyal sorumluk projesi olarak yürütülen Ege 3. Yaş Üniversitesi 2016 yılında çalışmalarına başlamıştı. 2026 yılında 10 yılını dolduracak olan bu hayat boyu öğrenme modeli tüm ile yayılmıştır. Şu an Karşıyaka, Balçova, Karabağlar, Güzelbahçe ve Seferihisar gibi birçok ilçede devam etmektedir. Yerel yönetimlerin de 3. Yaş Üniversitesini sahiplenmesi bu üniversitelerin aktif olması, yerel yönetimlerin ulusal eylem planını sahada nasıl uyguladığının en güçlü örneğidir.

3. Yaş Üniversiteleri gençler ile yaşlı bireyleri bir araya getirerek 12. Kalkınma Planı'nda da vurgulanan “kuşaklararası etkileşim” hedefine doğrudan hizmet eder.

Ege 3. Yaş Üniversitesi, literatürde “Üçüncü Yaş Üniversiteleri” (U3A) olarak bilinen küresel modelin Türkiye'deki en güçlü uygulama örneklerinden biridir. Literatür ve akademik veriler ışığında bu kurumun ayrıntılı yapısı aşağıda sunulmuştur:

1. Temel Felsefesi ve Akademik Temeli

Ege 3. Yaş Üniversitesi, “**hayat boyu öğrenme**” ve “**aktif yaşlanma**” prensiplerini temel alır. Literatürde, yaşlıların sadece “bakım alan” değil, “topluma katkı sunan ve öğrenmeye devam eden” bireyler olarak konumlandırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Çünkü bu modelin temelinde hayat tecrübesi bilgisi ile genç kuşaklara örnek olan saygın yaşlı birey vardır.

- **Model:** Tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Alanında uzman akademisyenler ders anlatır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi yerleşkeleri içinde yapılandırılmıştır.
- **Organizasyon:** Yürütücü bir senato ve öğrenci ileri ekibinden oluşur. Senatoyu akademisyenler öğrenci işlerini ise okuldan mezun olmuş gönüllü olarak katkı vermeye karar vermiş ileri yaş öğrencileri oluşturur.
- **Katılım Koşulu:** Katılım için 3 zorunluluk vardır. 1. 60 yaşın üzerinde olmak, 2. Yürekten istemek hevesli olmak 3. Derslere %70 oranında katılabileceğini vad etmek .

2. Müfredat ve Eğitim İçeriği

Program, teorik bilgilerin yanı sıra pratik becerileri de kapsayan hibrit bir model sunar. Literatürde bu çok yönlü yaklaşımın, yaşlıların hem bilişsel hem de duygusal refahını artırdığı belirtilmektedir.

- **Teorik Dersler:** Geriatri, arkeoloji, halk sağlığı, mitoloji, psikoloji ve palyatif bakım gibi akademik başlıklar. Son sene 12 haftadan oluşan sosyal sorumluluk, gönüllülük ve Sivil Toplum Örgütleri dersi alınır.
- **Uygulamalı Dersler:** Psikodrama (ileri yaşta günlük yaşamın zevkleri temalı), tango, halk dansları, yoga ve aikido gibi fiziksel/ruhsal aktiviteler.
- **Felsefe ve Etik:** Mutluluk ve etik gibi kavramların günlük hayattaki yansımalarının tartışıldığı oturumlar
- **Kültür ve Sanat Gezileri:** her dönem şehirdeki önemli tarihi yapılar müzeler ziyaret edilir. Yakın il ve ilçelere geziler organize edilir. Bu etkinlik ile yaşlının mutlu olması yaşam kalitesinin artırılması amaçlanır.

Eğitim her biri 12 haftadan oluşan 4 dönem yani 2 yıl sürer. Öğrencilerin mezun olması için bu eğitimi tamamlamaları yetmez. Aynı zamanda bir sivil toplum kuruluşunda aktif olarak çalışmaları ve bir projenin parçası olmaları gerekir. Mezun olan bir

çok öğrenci şu an da Alzheimer Derneği, Ege Geriatri Derneği gibi derneklerde yönetim kurulunda görev yapmaktadır.

Böylece bu modelin temel hedeflerinden biri olan yaşlının toplum içinde aktif kalması kendini ifade edebilmesi ve güçlendirmesi hedeflerine ulaşılmış olur.

3. Akademik Çalışmalarda Tespit Edilen Faydalar

Akademik literatür, bu üniversite modelinin yaşlılar üzerindeki etkilerini şu başlıklarda detaylandırır:

- **Fonksiyonel ve Öznel Yaş:** Eğitim faaliyetlerine katılan bireylerin, kendilerini «takvim yaşlarından» daha genç hissettikleri (öznel yaş) ve günlük aktiviteleri yapma kapasitelerinin (fonksiyonel yaş) arttığı gözlemlenmiştir.
- **Sosyal Entegrasyon:** Yaşlıların, yaş ayrımcılığı (ageism) nedeniyle dışlandıkları sosyal ortamlara bu programlar sayesinde tekrar dahil oldukları ve özgüven kazandıkları saptanmıştır.
- **Sağlık ve Refah:** Literatürdeki çalışmalar, düzenli eğitsel ve fiziksel aktivitelerin yaşlıların yaşam doyumunu artırdığını ve sağlık sorunlarıyla başa çıkma becerilerini geliştirdiğini göstermektedir.

4. Sosyal Sorumluluk ve Stratejik Önem

Ege Üniversitesi bünyesinde bir sosyal sorumluluk projesi olarak yürütülen bu yapı, üniversitenin Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SDG) hedefleriyle (özellikle Kaliteli Eğitim ve Sağlıklı Bireyler) doğrudan ilişkilidir. Program, tamamen gönüllülük ile yürütülen öğretmen ve öğrencilerin birlikte öğrendiği “iki yönlü bir eğitim modeli” olarak tanımlanmaktadır.

OTURUM 1: Dünya Sağlık Örgütünde Yaş Dostu Kentler

Moderatör: Prof. Dr. Reyhan Uçku, Uzm. Dr. İbrahim Sivrikaya PhD

Konuşmacılar:

PhD, Yongjie Yon, Yaşlanma ve Sağlık, Sağlık Sistemleri,

Uzm. Dr. PhD Feryal Akşan, Yaş Dostu Kentler

Doç.Dr.Tufan Nayır, DSÖ Yaş Dostu Kent Hedefleri/ Türkiye

Yongjie Yon, PhD

The presentation introduced Ageing is Living, the forthcoming WHO European Strategy on Ageing (2026–2030), which envisions a Region where everyone can age with dignity, purpose, and good health. The strategy recognizes ageing as a success of public health and social progress, calling for action to ensure that longer lives are also healthier, more connected, and more inclusive.

At its core, the strategy positions age-friendly environments as essential to advancing healthy ageing – enabling independence, participation, and social connection through inclusive urban design, accessible housing, safe transport, and supportive community services. These environments link local action with broader health goals, ensuring that people of all ages can thrive where they live.

Built on the WHO framework for healthy ageing, the strategy focuses on four action areas: prevention at every age; transformation of health and care systems; creation of age-friendly environments; and tackling ageism. These are supported by five enablers – leadership, strategic investment, capacity-building, innovation and digital transformation, and data and evidence. Ageing is Living calls for collective leadership to reimagine ageing as a journey of contribution, independence, and well-being for all generations.

Yongjie Yon, PhD

Technical Officer, Ageing and Health

Division of Health Systems

WHO Regional office for Europe

Marmorvej 51, Copenhagen DK-2100, Denmark

Yaş Dostu Kentler: Küresel Çerçeveden Yerel Uygulamaya ve Dijital Kapsayıcılığa

Uzm. Dr. PhD Feryal Akşan

Balçova 3. Yaş Üniversitesi Koordinatörü

Özet

Nüfus yaşlanması ve kentleşme, 21. yüzyılın iki belirleyici mega eğilimi olarak kentlerin planlanması ve yönetilmesinde yeni bir paradigma ihtiyacını doğurmuştur. Yaş dostu kent yaklaşımı; yaşlı bireylerin bağımsızlığını, güvenliğini ve toplumsal katılımını destekleyen; aynı zamanda engelliler, çocuklar, bakım verenler ve kırılgan gruplar dahil tüm kentliler için yaşam kalitesini yükselten kapsayıcı bir çerçevedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaş dostu kentleri sekiz temel alanda (açık alanlar ve binalar; ulaşım; konut; sivil katılım ve istihdam; sosyal katılım; iletişim ve bilgi; toplum destekleri ve sağlık hizmetleri; saygı ve sosyal dahil olma) tanımlamıştır. Birleşmiş Milletler (BM) ve DSÖ'nün 2021-2030 Sağlıklı Yaşlanma On Yılı yaklaşımı ise yaş dostu ortamlar, yaş ayrımcılığıyla mücadele, entegre bakım ve uzun dönem bakım sistemlerinin güçlendirilmesi hedefleriyle bu çerçeveyi küresel bir eylem gündemine taşımıştır. Bu bildiri; kavramın tarihsel gelişimini, DSÖ'nün alan modelini, dünyadan örnek uygulamaları ve Türkiye'de ulusal stratejilerin yerelde uygulanabilir hale getirilmesi gereğini ele almakta; pandemi sonrası hızlanan dijitalleşme bağlamında "dijital uçurum"un yeni bir eşitsizlik alanı oluşturduğunu ve yaş dostu kent politikasının dijital kapsayıcılığı da içerecek biçimde genişletilmesi gerektiğini tartışmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaş dostu kent, aktif yaşlanma, erişilebilirlik, sosyal katılım, dijital uçurum, DSÖ, yerel yönetim

1. Giriş

Kentler, yaşlanan toplumların en yoğun yaşadığı mekânlar haline gelmektedir. Bu durum yalnızca fiziksel çevrenin düzenlenmesini değil; sağlık hizmetlerine erişim, bakım sürekliliği, sosyal izolasyonla mücadele, güvenlik ve yaş ayrımcılığının azaltılması gibi çok boyutlu bir politika setini gerektirir. Yaş dostu kent yaklaşımı bu ihtiyaca yanıt veren bütüncül bir çerçevedir. Erişilebilirlik, kapsayıcılık ve katılım ilkelerini merkezine alarak "herkes için yaşlanabilir kent" hedefini güçlendirir.

DSÖ'nün "aktif yaşlanma" yaklaşımı, sağlığı, katılımı ve güvenliği yaşlanmanın belirleyici eksenleri olarak ele alır; yaş dostu kentler bu eksenlerin kent ölçeğinde somutlaştığı uygulama alanıdır. DSÖ ayrıca yaş dostu kentlerin geliştirilmesini kentleri ve toplulukları bir ağ üzerinden birbirine bağlayan küresel bir hareket haline getirmiştir (GNA FCC) "Global Network for Age-friendly Cities and Communities"

2. Amaç ve Kapsam

Bu bildirin amacı;

(i) yaş dostu kent yaklaşımının tarihsel ve kavramsal zeminini özetlemek, (ii) DSÖ'nün sekiz alan modelini yerel yönetimler açısından uygulanabilir bir çerçeve olarak tartışmak, (iii) dünyadan iyi uygulama örnekleri ve Türkiye-İzmir bağlamı üzerinden yerel eylem mantığını ortaya koymak, (iv) dijitalleşmenin hızlandığı günümüzde yaş dostu kent yaklaşımının "dijital kapsayıcılık" boyutuyla genişlemesi gerektiğini gerekçelendirmektir. Metin, sunum içeriği temel alınarak derleme nitelikte hazırlanmıştır.

3. Kavramın Tarihesi ve Küresel Politika Çerçevesi

Yaşlanma, 1982 Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı ile küresel politika gündemine güçlü biçimde girmiş; 2002 Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı (MIPAA) ile "aktif yaşlanma" yaklaşımı ve hak temelli perspektif güçlenmiştir. DSÖ'nün 2005-2006 pilot çalışmaları (İstanbul dahil) yaş dostu kent ölçütlerinin yaşlı bireylerin görüşleri üzerinden belirlenmesine dayanmış; 2007 tarihli Global Age-friendly Cities: A Guide ile yaş dostu kentin bileşenleri standart bir çerçeveye kavuşmuştur. DSÖ'nün rehberi, yaşlanma ve kentleşmenin birlikte ele alınması gerektiğini vurgular.

BM ve DSÖ'nün 2021-2030 Sağlıklı Yaşlanma On Yılı yaklaşımı; yaş dostu ortamlar, yaş ayrımcılığıyla mücadele, entegre bakım ve uzun dönem bakım alanlarına odaklanır. Bu çerçeve, yaş dostu kentleri "yalnızca mekânsal erişilebilirlik" düzeyinden çıkarıp sağlık, bakım ve sosyal adalet boyutlarını içeren bir yönetim alanı haline getirir.

4. DSÖ'ye Göre Yaş Dostu Kentlerin Sekiz Temel Alanı

DSÖ, yaş dostu kentlerin tasarım ve hizmet bileşenlerini sekiz temel alanda tanımlar. Bu alanlar, yerel yönetimler için "değerlendirme-iyileştirme-izleme (sürekli döngü)" mantığıyla uygulanabilir bir yol haritası sunar.

4.1. Açık Alanlar ve Binalar

Kamusal alanların güvenli, yürünebilir ve erişilebilir olması; parkların, kaldırımların, aydınlatmanın, oturma alanlarının ve kamu binalarının yaşlı bireylerin bağımsız hareketliliğini desteklemesi beklenir . Bu alan, düşme riskinin azaltılması ve sosyal temasın artırılması açısından da kritik bir “sağlık belirleyeni”dir.

4.2. Ulaşım

Erişilebilir toplu taşıma ve yaya güvenliği; sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal yaşama katılımın ön koşuludur . Düşük tabanlı otobüsler, erişilebilir duraklar, güvenli geçişler ve ulaşım bilgisinin anlaşılır sunumu bu alanın tipik müdahale başlıklarıdır.

4.3. Konut

Yaşla birlikte ev içi güvenlik gereksinimi ve uyarılma ihtiyacı artar. Erişilebilir, güvenli ve uygun maliyetli konut; yaşlı bireyin kendi evinde bağımsız yaşama kapasitesini belirleyen temel faktörlerden biridir.

4.4. Sivil Katılım ve İstihdam

Yaşlı bireylerin gönüllülük, üretkenlik ve karar süreçlerine katılımı; “sosyal dahil olma” ve “anamlı yaşam” boyutlarını güçlendirir . Bu alan, yaş ayrımcılığının azaltılması ve kuşaklararası dayanışmanın artması için de stratejiktir.

4.5. Sosyal Katılım

Yalnızlık ve sosyal izolasyon, yaşlı sağlığında önemli bir risk alanıdır. Kültür-sanat etkinlikleri, mahalle temelli buluşmalar ve kuşaklararası programlar sosyal katılımı artırmayı hedefler.

4.6. İletişim ve Bilgi

Bilgiye erişim kanallarının çeşitliliği (yüz yüze, basılı, telefon, dijital) ve anlaşılır dil, hizmetlerden yararlanmayı doğrudan etkiler . Bu alan, dijitalleşme çağında ayrıca “dijital okuryazarlık” başlığıyla birlikte ele alınmalıdır.

4.7. Toplum Destekleri ve Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak hizmetler, toplum temelli destek mekanizmaları, evde bakım ve ihtiyaç halinde yönlendirme ağları; yaşlı bireylerin sağlık ve bakım sürekliliğini güçlendirir.

4.8. Saygı ve Sosyal Dahil Olma

Yaş ayrımcılığıyla mücadele, saygı dilinin kurumsallaşması ve sosyal dışlanmanın azaltılması; yaş dostu kent yaklaşımının “kültürel-sosyal” boyutunu oluşturur . Bu alan, fiziksel altyapıdan bağımsız görünse de, uygulamada en belirleyici etki alanlarından biridir.

5. Dünyadan Seçilmiş Uygulamalar ve Türkiye-İzmir Bağlamı

Yaş dostu kent uygulamaları ülkeden ülkeye farklı araçlar kullanılsa da hedef ortaktır: yaşlı bireylerin toplumsal hayata aktif katılımı . Barcelona’da komşuluk desteği ve dijital sosyal ağ yaklaşımı (RADARS & Vincles BCN) sosyal izolasyonu azaltmayı hedefler . Tokyo örneğinde teknoloji temelli bakım ve sensör uygulamaları; Manchester’da kuşaklararası kültür-sanat programları; New York’ta erişilebilir ulaşım ve yaya güvenliği ön plana çıkar. Bu örnekler, yaş dostu kentin tek bir model değil, yerel gereksinime göre uyarlanabilen bir çerçeve olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı’nın Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2021-2026) ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın Aktif Yaşlanma Strateji Belgesi gibi belgeler; işlevsel bağımsızlığın korunması ve toplumsal katılımın artırılması hedeflerini öne çıkarır . Yerel düzeyde İzmir; 3. Yaş Üniversiteleri, yaşlı merkezleri ve erişilebilir kamusal alanlar gibi uygulamalarla yaş dostu yaklaşımın sahaya aktarılabilirdiği bir örnek olarak değerlendirilmektedir . Buradaki kritik nokta şudur: Ulusal stratejiler, yerelde uygulanabilir mekanizmalara dönüştüğünde etkili olur; bunun için belediyeler-üniversiteler-STK’lar arasında sürdürülebilir işbirliği gerekir.

6. Yaş Dostu Kentten Dijital Dostu Kente: Dijital Kapsayıcılık

Sunumda vurgulandığı gibi, yaş dostu kent yaklaşımı artık yalnızca fiziksel erişilebilirlikle sınırlı değildir; pandemi sonrası dijitalleşme hızlanmış, “dijital uçurum” yeni bir eşitsizlik alanı olarak belirginleşmiştir. Dijital kanallar; randevu sistemlerinden belediye hizmetlerine, sosyal bağlantıdan sağlık danışmanlığına kadar geniş bir yelpazede “erişimin anahtarı” haline gelmiştir. Bu nedenle yaş dostu kent politikaları dijital erişimi, dijital okuryazarlığı ve çevrimiçi katılımı destekleyen “dijital kapsayıcılık” bileşenini içermelidir .

Dijital dostu kent yaklaşımında; teknolojiye erişimi kolaylaştırmak, dijital okuryazarlığı desteklemek, çevrimiçi topluluklara ka-

tılımı teşvik etmek ve dijital ayrımcılığı azaltmak temel hedeflerdir . Uygulama düzeyinde sensörlerle düşme tespiti ve acil çağrı sistemleri, erişilebilir dijital biletleme, teletıp ve e-reçete gibi e-sağlık çözümleri bu dönüşümün örnekleri olarak ele alınabilir . Barcelona'daki Vincles BCN örneği, yaşlı bireylerin tablet aracılığıyla sosyal bağlarını güçlendirerek izolasyonu azaltmayı hedefleyen bir dijital ağ modeli sunar. Bu bağlamda teknoloji, doğru tasarlandığında yalnızlığı azaltan, güvenliği artıran ve toplumsal katılımı güçlendiren bir kaldıraçtır.

7. Sonuç ve Öneri Çıkarımları

Yaş dostu kent yaklaşımı, yaşlanan toplumlarda kentlerin sürdürülebilirliği ve toplumsal adalet için temel bir dönüşüm gündemidir . DSÖ'nün sekiz alan modeli, belediyeler için uygulanabilir bir çerçeve sunar; ancak başarının anahtarı, bu alanların parçalı değil bütüncül biçimde ve kurumlararası işbirliğiyle ele alınmasıdır. Türkiye'de ulusal stratejilerin yerelde etkili olabilmesi için yerel yönetimlerin planlama, izleme ve değerlendirme kapasitesinin güçlendirilmesi; üniversiteler ve sivil toplumla düzenli ortak üretim mekanizmaları kurulması gerekir.

Son olarak, dijitalleşmenin hızlandığı günümüzde yaş dostu kent politikaları "dijital kapsayıcılık" boyutu olmadan eksik kalacaktır. Yaş dostu kentler bir "hedef"ten çok bir "dönüşüm süreci"dir; bu dönüşümün merkezinde erişilebilirlik, katılım ve saygı yer almalıdır. Çünkü hepimiz bir gün o kentlerin yaşlı sakinleri olacağız.

Kaynaklar

- World Health Organization. (2007). Global age-friendly cities: A guide. WHO.
- World Health Organization. (2021–2030). Decade of Healthy Ageing (initiative page).
- World Health Organization. (2021–2030). UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action.
- World Health Organization. (2025). Ageing and health (Fact sheet).
- World Health Organization. (n.d.). About the Global Network for Age-friendly Cities and Communities (GNAFCC).

- United Nations. (n.d.). Ageing (Global Issues).
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2024). World Population Prospects 2024: Summary of Results.
- Sunum içeriği: Akşan, F. (2025). Yaş Dostu Kentler (İleri Yaş Sempozyumu sunumu).

Yaşlanan Dünyada Yaş Dostu Şehirler: Halk Sağlığı Perspektifinden Bir Zorunluluk

Doç. Dr. Tufan Nayir / WHO Türkiye Ofisi - Yaş Dostu Şehirler Program Sorumlusu

Yaşlanma, insanlık tarihinin her döneminde var olan bir olgu olmakla birlikte, günümüzde ilk kez küresel ölçekte ve hızla artan bir nüfus dinamiği olarak karşımıza çıkmaktadır. Antik çağda ortalama yaşam süresinin oldukça düşük olduğu, Roma İmparatorluğu döneminde bir askerin ortalama 22 yıl yaşadığı ve yalnızca yüz kişiden birinin 60 yaşına ulaşabildiği bilinmektedir. Orta Çağ Avrupa'sında bu süre yaklaşık 47 yıla çıkmış olsa da, uzun yaşam çoğunlukla krallar ve elit gruplarla sınırlı kalmıştır. Günümüzde ise tıbbi, sosyal ve çevresel ilerlemeler sayesinde yaşlılık, toplumun geniş kesimlerini kapsayan yeni bir yaşam evresi haline gelmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü yaşlanmayı yalnızca kronolojik bir süreç olarak değil; biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan çok katmanlı bir olgu olarak ele almaktadır. DSÖ'nün sınıflamasına göre 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık ve 90 yaş üzeri ise çok ileri yaş olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlar, yaşlılığın yalnızca takvim yaşıyla değil, bireyin işlevsel kapasitesi ve çevresiyle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Nitekim Antik Roma düşünürü Cicero, yaşlılığın zihinsel kapasite ve karar verme yeteneğini azaltmak bir yana, çoğu zaman artırdığını vurgulamış; Senato kavramının kökeninin "yaşlı" anlamına gelen senex sözcüğüne dayanması da bu anlayışın tarihsel bir yansıması olmuştur. Günümüz halk sağlığı yaklaşımı da benzer biçimde yaşlılığı bir "yük" değil, uygun çevresel ve sosyal koşullar sağlandığında topluma değer katan bir yaşam evresi olarak görmektedir.

Bu noktada “yaş dostu çevreler” kavramı kritik önem kazanmaktadır. Sağlığın bozulması, engellilik, başkalarına bağımlı hale gelme ya da yalnızlık ve sosyal izolasyon gibi yaşlılıkla sıklıkla ilişkilendirilen durumlar, yalnızca bireysel özelliklerin değil, aynı zamanda içinde yaşanılan fiziksel ve sosyal çevrenin bir sonucudur. DSÖ Avrupa Bölgesi verilerine göre her yıl 70 yaş ve üzeri yaklaşık 46.000 kişi düşmeler nedeniyle hayatını kaybetmektedir; bu durum, güvenli kentsel tasarımın bir halk sağlığı önceliği olduğunu açıkça göstermektedir.

Avrupa Birliği’nde 2012 yılında yapılan bir araştırma, 65 yaş ve üzeri bireylerin %13’ünün yaşadıkları bölgede suç, şiddet veya vandalizmi ciddi bir sorun olarak gördüğünü ortaya koymuştur. Birleşik Krallık’ta ise yaşlıların yarıdan fazlası, kamusal tuvalet eksikliğinin dışarı çıkma sıklıklarını azalttığını ifade etmiştir. Buna karşılık açık ve yeşil alanlara yakın yaşayan yaşlı bireylerde daha iyi sağlık algısı, daha düşük hastalık yükü ve daha uzun yaşam süresi bildirilmektedir. Bu bulgular, Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Departmanı tarafından yayımlanan World Social Report 2023 ile de uyumludur.

Bu bilimsel arka plan doğrultusunda, DSÖ Avrupa Bölge Ofisi ve Avrupa Komisyonu iş birliğiyle 2013–2016 yılları arasında yürütülen Avrupa’da Yaş Dostu Çevreler (AFEE) projesi, yaş dostu şehirler için sekiz temel eylem alanı tanımlamıştır: dış mekânlar, ulaşım ve hareketlilik, konut, sosyal katılım, sosyal içerme ve ayrımcılığın önlenmesi, sivil katılım ve istihdam, iletişim ve bilgilendirme ile topluluk ve sağlık hizmetleri. Bu alanlar, yaşlı bireylerin bağımsız, güvenli ve anlamlı bir yaşam sürdürmelerinin temel yapı taşlarını oluşturmaktadır.

Avrupa’dan iyi uygulama örnekleri bu yaklaşımın somut sonuçlarını göstermektedir. Oxford Üniversitesi tarafından geliştirilen demans dostu kentsel tasarım rehberleri, sokak mobilyalarından yönlendirme tabelalarına kadar pek çok unsurun bilişsel dostu hale getirilmesini sağlamıştır. Belçika’nın Brugge kentinde yerel işletmelerin vitrinlerinde sergilenen “dügümlü mendil” sembolü, demanslı bireylere empatik yaklaşım ve özel destek sunulduğunu göstermektedir. Fransa’nın Lyon kentinde uygulanan ve “cyclopousse” olarak bilinen triportör sistemi ise yaşlı bireylerin kısa

mesafelerde güvenli ve sosyal etkileşim içeren ulaşımını mümkün kılmaktadır.

Sosyal izolasyonla mücadelede İtalya'nın Udine kentinde yürütülen "No alla solit'Udine" programı ve Milano'da geliştirilen mahalle temelli izleme ve destek modelleri, gönüllülük, telefon destek hatları ve kuşaklar arası dayanışmanın önemini ortaya koymaktadır. Dijital okuryazarlık eğitimleri, e-devlet kullanımı ve yaş dostu web tasarımları da bilgiye erişimdeki eşitsizlikleri azaltan önemli müdahaleler arasındadır.

Tüm bu çalışmalar, DSÖ Küresel Yaşlı Dostu Şehirler ve Topluluklar Ağı çatısı altında küresel bir öğrenme ve iş birliği ekosistemi oluşturmuştur. Bugün 51 ülkede 1.500'ün üzerinde şehir ve topluluk bu ağın parçasıdır. Ağa üyelik bir "akreditasyon" değil, yaşlanan nüfusun ihtiyaçlarını dinleme ve yaş dostu dönüşüm konusunda kararlılık beyanıdır.

Sonuç olarak, yaşlı dostu şehirler yalnızca yaşlılar için değil, tüm yaş grupları ve dezavantajlı nüfuslar için daha sağlıklı, güvenli ve kapsayıcı yaşam alanları yaratmaktadır. Hiç kimse yalnızca yaş aldığı için daha kısıtlı bir yaşam sürmek zorunda kalmamalıdır. Bu yaklaşım, modern halk sağlığının temel ilkelerinden biri olan "kimseyi geride bırakmama" vizyonunun kent ölçeğindeki en somut karşılıklarından biridir.



OTURUM 2: Türkiye Yaş Dostu Kent Deneyimleri Paylaşımı

Moderatör: Prof. Dr. Erhan Eser, Doç.Dr. Pınar Tosun Taşar

Konuşmacılar:

| | |
|--------------------------|---|
| Doç. Dr. Esin Zengin Taş | İzmir Örneğinde Yaş Dostu Kent Yaklaşımının Değerlendirmesi, Bir Proje Çıktısı Analizi |
| Uzm. Dr. Ferhat Yıldız | İzmir Büyükşehir Belediyesi |
| Fikriye Özgül | Muratpaşa Belediyesi |
| Meryem Ceyhan | Beşiktaş Belediyesi |
| Serap Karslıoğlu | Bornova Belediyesi |

İZMİR ÖRNEĞİNDE YAŞ DOSTU KENT YAKLAŞIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR PROJE ÇIKTISI ANALİZİ

Doç. Dr. Esin ZENGİN TAŞ

Çoğu ülkede en hızlı büyüyen yaş grubu 65 yaş ve üzeridir. 2050 yılına gelindiğinde, 60 yaş ve üzeri bireylerin sayısı iki katına çıkacak; 80 yaş ve üzeri bireylerin sayısı ise üç katından fazla artacaktır. Nüfus projeksiyonlarına göre, dünya genelinde yaşlı nüfus oranının 2040 yılında %14,5; 2060 yılında %18,7 ve 2080 yılında %21,8 olması öngörülmektedir. Yaşlı bireylerin nüfusu, daha az gelişmiş ülke ve bölgelerde, gelişmiş bölgelere göre daha hızlı artmaktadır (Birleşmiş Milletler [BM], 2020). Türkiye nüfusu açısından bakıldığında, TÜİK verilerine göre, 65 yaş ve üzeri nüfus son 5 yılda neredeyse %22 lik artış göstermiştir ve yine projeksiyonlar Türkiye’de yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9; 2040 yılında %16,3; 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağını öngörmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’ne (2023) göre, henüz ulusal bir yaşlı dostu şehir programına sahip olmayan düşük ve orta gelirli ülkelerde, bu tür programların geliştirilmesi acil bir ihtiyaçtır. Çünkü bu ülkeler, yüksek gelirli ülkelere kıyasla önemli ölçüde farklı kalkınma ve demografik eğilimlerle karşı karşıyadır. Düşük ve orta gelirli ülkeler, daha az kaynakla daha hızlı yaşlanma ve kentleşme oran-

larına uyum sağlamak zorundadır. Nüfus yapısındaki demografik değişimler özellikle gelişmekte olan ülkelerin gündemini belirgin şekilde etkilemekte; demografik yaşlanmanın tüm dünyada ortak bir payda hâline gelmesi, yaşlanma politikalarını ön plana çıkarmaktadır. Bu politikaların yaşlanmanın neden olduğu ya da olası sorunların çözümünde önemli bir rol oynadığı temelinden hareketle, Dünya Sağlık Örgütü tarafından başlatılan “yaşlı dostu şehirler” hareketi, bu politikaların uygulanmasının somut bir sonucu olarak değerlendirilmektedir. Tüm bu gerçeklerden hareketle İzmir ilinde gerçekleştirdiğimiz projemiz, İzmir’de yaşayan kent sakinlerinin yaşlı dostu şehir kavramına ilişkin görüş ve değerlendirmelerini incelemeyi amaçlamıştır. Nitel araştırma desenine dayanan çalışma, yaşlı bireyler, yerel ve merkezi yönetim temsilcileri, akademisyenler ve sivil toplum kuruluşu temsilcileriyle yapılan derinlemesine görüşmeler yoluyla elde edilen verilere dayanmaktadır. Fenomenolojik yaklaşım doğrultusunda toplanan veriler tematik analiz yöntemiyle çözümlenmiştir. Elde edilen bulgular, Dünya Sağlık Örgütü’nün yaşlı dostu şehir kriterleri çerçevesinde ele alınmış ve farklı paydaş gruplarının kentteki ihtiyaç ve beklentilerinde benzerlikler ile ayrışmalar olduğunu ortaya konmuştur.

Araştırma, yaşlı bireylerin katılımını ve ihtiyaçlarını merkeze alarak kent genelinde ortak gereksinim alanlarını belirlemiştir. Bulgulara göre, açık alanlar ve binalarda erişim, kaldırım ve asansör yetersizliği; konut alanında tasarım eksiklikleri ve yüksek kira bedelleri; sosyal katılımı erişim ve farkındalık sorunları; sosyal ve rekreatif etkinliklerde bölgesel hizmet farklılıkları; bilgi, iletişim, istihdam ve sağlık hizmetlerinde ise erişim zorlukları ve yetersiz hizmet sunumu öne çıkan sorunlardır. Sonuç olarak, yaşlı dostu bir şehir yaklaşımının güçlendirilmesi için yaşlı bireylerin hizmet planlama süreçlerine aktif katılımının sağlanması, bölgesel koşulların göz önünde bulundurulması ve kurumlar arası koordinasyonun geliştirilmesi proje çıktıları olarak önerilebilir.

Türkiye Yaşlı Dostu Kent Deneyimleri Paylaşımı – İzmir Büyükşehir Belediyesi

Ferhat Yıldız, Zarife Kalındamar

İzmir, 2024 yılında yaklaşık 4,5 milyonluk nüfusu ile Türkiye'nin en büyük üçüncü şehri olup nüfusunun %13,3'ü 65 yaş ve üstündedir (1). Yaş bağımlılık oranına bakıldığında ise İzmir'de toplam bağımlılık oranı 2024'te %43,3 olup yıllara göre belirgin bir değişim olmasa da bu oran içerisindeki 65 yaş ve üstününün payı son 5 yılda yaklaşık %3 artış göstermiştir. Aynı yılda İzmir'de doğumda beklenen yaş 78,1 yıldır, bu değer kadınlarda 81,1 ve erkeklerde 75,2 yıldır (2). Hem 65 yaş üstü nüfus oranı hem de doğumda beklenen yaşam süresi ile İzmir, Türkiye ortalamasının üstünde yer almaktadır. Bu nedenle, İzmir'de özellikle yaşlı sağlığı ile ilgili köklü çalışmalara ve yaşlı dostu uygulamalarına ihtiyaç bulunmaktadır.

İzmir Büyükşehir Belediyesi'nin son zamanlardaki en önemli çalışmalarından birisi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Global Network for Age-Friendly Cities and Communities (Yaşlı Dostu Kentler Ağı) üyeliğidir. 18 Mart 2025 tarihinde Türkiye'de bu ağa üye olan ikinci büyükşehir belediyesi ve yedinci belediye olmuştur (3). Bu ağa üyelikle birlikte yükümlülüklerini ve sorumluluklarını yerine getirmek için çok sayıda faaliyet yürütmektedir. Bunlardan bazıları şunlardır:

- Eşrefpaşa Hastanesi
- Evde Bakım Hizmetleri
- Üçüncü Yaş Üniversitesi
- Sağlıklı Yaş Alma ve Dayanışma Merkezi
- Alzheimer ve Demans Merkezi
- Huzurevi
- Saha Çalışmaları, Etkinlikler ve Projeler

Tesisler Dairesi Başkanlığı'na bağlı 150 yatak kapasiteli ikinci basamak sağlık hizmeti sunan Eşrefpaşa Hastanesi, Türkiye'nin ilk belediye hastanesidir ve 100 yılı aşkın bir tarihe sahiptir (4). Bazı dönemlerde farklı kurumlar tarafından üniversite hastanesi

olarak da kullanılmış olan bu hastane günümüzde özellikle dezavantajlı nüfusa hizmet verme politikasını izlemektedir. Palyatif bakım hizmeti, acil ve nakil ambulans hizmeti ve çok çeşitli poliklinik hizmetleri ile ileri yaş grubuna öncelik vermektedir. Hastaneye bağlı olarak hizmet veren evde bakım hizmetleri; Merkez (Konak), Bayraklı, Kemalpaşa, Karaburun, Tire ve Ödemiş şubeleri ile evden çıkamayan yaşlı ve engelli bireylere kişisel bakım, kuaför, ev temizliği, psikolojik destek ve küçük onarım hizmetleri sunmaktadır.

İzmir Büyükşehir Belediyesi, 18 Şubat 2025 tarihinde 60 yaş ve üzeri 100 öğrenci ile Üçüncü Yaş Üniversitesi (University of Third Age) faaliyetlerine Meslek Fabrikasında başlamıştır (5). Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığına bağlı olarak haftada iki gün ve günde üçer saat olmak üzere haftalık altı saatlik eğitim olanağı sunulmaktadır. İki yıllık eğitim programında, temel teorik derslerin yanında çeşitli seçmeli derslerle diğer becerilerin kazanılmasına olanak sağlamakta, sosyal birliktelik ile güçlü bir ağ oluşturulması hedeflenmektedir. Yoğun talep üzerine, 22 Ekim 2025'te Mustafa Necati Kültür Merkezinde 158 kişilik ikinci bir grup ile yeni bir eğitim grubu oluşturularak eğitime başlanmıştır (6). Şu anda iki farklı eğitim grubu ile Üçüncü Yaş Üniversitesi faaliyetlerine devam edilmektedir.

2007 yılında faaliyete başlayan Güzelyalı Sağlıklı Yaş Alma Merkezi (Karabağlar), Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığına bağlı olarak 65 yaş ve üstü nüfusa gündüz etkinlik merkezi hizmetleri vermektedir (7). Yoga, pilates, jimnastik, müzik, drama, satranç, çini boyama, takı, el sanatları, spor, cam altı boyama, İngilizce, akıl ve zekâ oyunları, ritim, modern dans, el sanatları, resim, tango ve kahve atölyesi gibi çok çeşitli hizmetler sunulmaktadır. 1000'in üzerinde kayıtlı üyesi ile ileri yaş grubuna yönelik tam kapasite hizmet sunulmaktadır. Aynı binada, 2013 yılında faaliyete geçen Alzheimer ve Demans Merkezi de yer almaktadır (8). Bu merkezde, tanılı ve başlangıç evresindeki Alzheimer ve demans hastalarına yönelik gündüz eğitimleri verilmektedir. Bu eğitimlerde, özellikle bilişsel becerileri koruma, geliştirme ve motor aktiviteleri iyileştirmeye yönelik faaliyetler gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, 2025 yılında Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığına bağlı olarak Güzelbahçe

ilçesinde yeni bir Sağlıklı Yaş Alma Merkezi faaliyetlerine başlamış ve yoğun bir taleple hizmetlerini sürdürmektedir (9).

Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığına bağlı olarak yaklaşık 450 yataklı Buca Zübeyde Hanım Huzurevi 60 yaş üstü bireylere yönelik yatılı hizmet sunumu sağlamaktadır. Huzurevi sakinleri; görevli doktor tarafından her gün verilen poliklinik hizmetinden yararlanmakta, ileri tetkik ve tedavi için Eşrefpaşa Hastanesine ve diğer hastanelere sevk edilmektedir. Sakinlerin üç ayda bir rutin kan ve idrar tahlilleri, yıllık portör ve akciğer taraması yapılmaktadır. Ayrıca uzman doktor tarafından önerilmesi durumunda kurum Fizik Tedavi Ünitesinden yararlanabilmektedir. Huzurevine kabul; sosyal çalışmacı, gerontolog, sosyolog ve psikologlardan oluşan ekip tarafından yapılmaktadır. Kabul edilen yaşlıların huzurevine uyum sağlaması, uyum problemi gösteren yaşlıların sorunlarının saptanarak çözümü, yaşlıların yakın çevresi ile olan sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi amacıyla çeşitli psiko-sosyal programlar yürütülmektedir. Huzurevinde yaşlıların boş zamanlarını değerlendirmeleri amacıyla kütüphane, dikiş odası, eliş atölyesi, spor çalışmaları ve yürüyüş grubu gibi çeşitli olanaklar sağlanmakta, gezi ve eğlenceler düzenlenmektedir (10).

İzmir Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı ve İzmir Planlama Ajansı iş birliği ile 2024 yılında İleri Yaş İzmir Eylem Planı hazırlanarak 100'den fazla faaliyet belirlenmiştir. Hedeflenen faaliyetlerin göstergelerini oluşturmak ve planlama için ise Ocak 2025'te İleri Yaş Eylem Planı Gösterge Çalıştayı gerçekleştirilmiştir. Her iki belge de elektronik olarak yayımlanmıştır ve hedeflenen faaliyetleri gerçekleştirmek için çalışmalara başlanmıştır (11,12).

Yaşlı Dostu Kent olma vizyonu ile İzmir Büyükşehir Belediyesi ortak çalışmalar ve projeler yapmaktadır. Başlıca örnekler:

- 4 Ocak 2025'te İzmir Kent Konseyi ve Ege Geriatri Derneği iş birliği ile İleri Yaşta Dijital Eşitlik Sempozyumu düzenlendi.
- 28 Nisan 2025'te DSÖ Avrupa ve Türkiye ofisi ile yaşlı dostu kent çalışması ile ilgili online toplantı yapıldı.
- 29 Nisan 2025'te Türkiye'de yaşlı dostu kent ağına üye belediyelerle online toplantı yapıldı.

- 14 Mayıs 2025'te Avrupa Halk Sağlığı Haftası kapsamında DSÖ Avrupa ve Türkiye ofisi ile Yaşlı Dostu Kentlerde Multimorbiditeyle Mücadele başlıklı Webiner etkinliği düzenlendi.
- Haziran 2025'te Bursa'da DSÖ Sağlıklı Şehirler Ağı yıllık buluşmasında Yaşlılık çalışmaları ile ilgili oturumda yer alındı. Ayrıca, DSÖ Yaşlı Dostu Kentler Ağı'nın 2026-2030 yaşlılık ile ilgili stratejik dökümanını oluşturması için Ulusal ve Uluslararası çalışmalar yapıldı.
- Türkiye Belediyeler Birliğinin İller & Belediyeler dergisinin Temmuz-Ağustos 2025 sayısında Yaşlı Dostu Kentler ile ilgili bilgilendirici yazı yayımlandı.
- 15-16 Eylül 2025 tarihlerinde gençler ve ileri yaş bireyleri bir araya getiren Yaş Değil, Fikir Konuşur başlıklı proje yazma eğitimi gerçekleştirilerek proje başvurusu yapıldı.
- 21 Eylül 2025'te Dünya Alzheimer Günü kapsamında Kültürpark'ta ileri yaş bireylerle etkinlik düzenlendi.
- 22 Eylül 2025'te Avrupa Hareketlilik günü kapsamında ileri yaş bireyler tarafından dans ve ritim gösterisi düzenlendi.
- 1 Ekim Dünya Yaşlılar Günü kapsamında 25 Eylül 2025'te ileri yaş bireylere yönelik körfez turu düzenlendi.
- Geleceğin Yaşlı Dostu Kentlerine Dünyadan İyi Uygulama Örnekleri adlı kitap Ekim 2025'te yayımlandı (13).

İzmir Büyükşehir Belediyesi, son zamanlarda ileri yaş grubu ile ilgili çalışmalara daha fazla ağırlık vermekte ve geleceği buna göre hazırlamaya yönelik çalışmalar içerisinde. İleri yaşla ilgili çalışmalarına ruh sağlığı çalıştayını, İzmir Yaşlılık Araştırması (İzmir Kalkınma Ajansı iş birliği ile), dijital okuryazarlık projeleri, görsel çalışmalar, yeni merkezler ve ulusal-uluslararası proje çalışmaları ile devam etmeyi planlamaktadır.

Serap Karslıoğlu **Bornova Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü**

Sunum Özeti

Bornova Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü olarak her bir vatandaşımızın sağlık hizmetlerine eşit ve kolay erişimini sağlamak öncelikli hedeflerimiz arasında yer almaktadır.

Bornova Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü tarafından 2010 yılından bu yana sürdürülen Evde Bakım Hizmetleri ve 2024 yılından itibaren Sağlıklı Yaş Alma Merkezimiz ile sadece bireylerin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamakla kalmayıp, aynı zamanda onların yaşam kalitesini artırmayı, daha sağlıklı bir toplum inşa etmek amaçlanmaktadır. Bu kapsamda sunduğumuz hizmetlerimizle, özellikle yaşlılarımızın ve engelli bireylerimizin yanında olmaya devam etmekteyiz. Hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist, diyetisyen, diş hekimi, berber ve yaşlı bakım elemanları gibi uzmanlardan oluşan ekiplerimiz 2025 yılı başından bu yana 4 bin 600 kişiye ulaşmıştır.

Belediye olarak önceliğimiz yaşlı bireylerimizin yaşam kalitesini yükseltmek ve günlük hayatlarını daha kolay, daha güvenli hale getirmek ve bu kapsamda evlerinde destek ihtiyacı duyan vatandaşlarımıza yara bakımı, banyo ve kişisel temizlik, fizik tedavi ve hatta berber hizmeti gibi birçok alanda hizmet vermekteyiz. Böylece hem sağlık ihtiyaçlarını karşılıyor hem de onların kendi evlerinde, kendi düzenlerinde güvenle yaşamalarını sağlamaktayız.

Evde Bakım Hizmetlerinin dışında;

Köyde-İz projesi ile birlikte her ayın ilk haftası Bornova Belediyesi sınırlarına dahil olan 12 köyde sağlık hizmetine ulaşamayan yaşlı vatandaşlarımızı ziyaret etmekteyiz. Bu hizmet kapsamında yaş alan vatandaşlarımıza; kronik hastalıklar, ağız bakımı ve diş sağlığı, kadın hastalıkları ve menapoz, fiziksel aktivite ve beden sağlığı gibi konularda eğitim verilerek bilinçlendirmekteyiz.

Sağlıklı Yaş Alma Merkezimiz 2024-2025 yılında 60 yaş üstü 26 yaş alan vatandaşımız faaliyete başlamış olup 2025-2026 dönemi için sayı 106 kişiye ulaşmıştır. Yaşam kalitesinin arttırılması

konusunda sadece fiziksel bakım yeterli olmadığı aynı zamanda sosyal ve ruhsal desteğin de önemi vurgulanarak bu değerlere uygun çalışmalar planlanmıştır. Sağlıklı Yaş alma Merkezimiz ile birlikte vatandaşlarımız koro çalışmalarlarıyla seslerini duyurması, resim ve el sanatları etkinlikleriyle yeteneklerini ortaya çıkarması, sporla hareket etmesi ve düzenlediğimiz gezilerle de birlikte keyifli vakit geçirmesi amaçlanmaktadır. Bu etkinlikler, yaş almanın sadece sağlık değil, aynı zamanda mutluluk ve sosyalleşme ile de ilgili olduğunu göstermektedir.

Hizmetlerimiz sayesinde pek çok vatandaşımız yalnızlık hissinden uzaklaşmakta, daha aktif ve üretken bir yaşam sürmektedir. Biliyoruz ki yaş almak bir zayıflama süreci değil, tam tersine hayatın deneyimle zenginleştiği çok değerli bir dönemdir.

Sonuç olarak, amacımız bu hizmetlerin hem bugün hem de gelecekte daha da gelişerek devam etmesini ve bu dönemi olabilecek en sağlıklı ve en mutlu şekilde geçirmelerini sağlamaktır.



OTURUM 3: Dünyadan İyi Uygulamalar

Moderatör: Prof. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk , Özgür Topaç

Konuşmacılar:

Dr Paraskevi Sakka, Yunanistan Attika Bölgesindeki Gündüz Bakım Merkezleri ve

Mobil Birimler: (Online)

Dr. Costis Prouskas , Yunanistan'da Demans Dostu Şehirler: Danışmanlık

Hizmetleri ve Topluluk Eğitimi ve Desteği: (Online)

Doç. Dr. Nil Tekin, Japonya Örneği:

Alzheimer Athens - Summary of Elderly Symposium presentation

Dr Paraskevi Sakka, Dr. Costis Prouskas,

In Greece, dementia is a major public health issue, with most people with dementia living at home and being supported by around 1.5 million caregivers, while Alzheimer Associations across the country play a central role in awareness, psychosocial interventions, caregiver support, professional training and research. Within this context, the Greek Dementia Action Plan (2016–2021, budget 100 million euros) set priorities such as awareness and early diagnosis, development of services, support for caregivers, integrated care pathways, training of professionals, research, and protection of rights; its implementation began in 2018 but was slowed by the financial crisis and the COVID-19 pandemic, resulting in only partial realization so far, mainly in legislation and service organization.

Gradually, a nationwide service network has been developed, including memory clinics, day care centres and a Counseling Services Network for Dementia embedded in dozens of municipalities, with trained health and social care professionals delivering memory services, non-pharmacological interventions and caregiver counseling, including in rural areas and small islands. A key development is a new law on the rights of people with dementia and their caregivers, addressing autonomy, privacy, free movement, advance directives, health proxies, driving, and formal recognition and support of caregivers. Dementia

policy is now integrated into the National Mental Health Action Plan 2023–2030, which emphasizes completion of the service network, development of nursing homes and hospices, financial and practical support for families (such as benefits, flexible work and teleworking), and integrated, data-driven care pathways.

The Athens Alzheimer Association stands out as a large, multidisciplinary organization offering memory clinics, day care, home-care and mobile services, remote and digital programs, caregiver education, public campaigns, community collaborations and a national Dementia Help Line, while also promoting dementia-friendly communities in which public and private services train staff and appoint “Memory Helpers” to support people with dementia in everyday transactions. Political engagement is encouraged through initiatives that unite national and local politicians around dementia as a public health priority and seek full implementation of the National Dementia Action Plan, and during the COVID-19 pandemic, this whole system adapted by rapidly expanding remote consultations, helplines and online interventions to ensure continuity of care for people with dementia and their families.

Dünyadan İyi Uygulamalar: JAPONYA Örneği

Doç. Dr. Nil Tekin

Türkiye Alzheimer Derneği

Japonya: Genel Bakış

日本 Nippon/Nihon: Doğan Güneşin Ülkesi

Japonya, 14.125 adadan oluşan bir takımadadır. 2023 yılı toplam nüfusu yaklaşık 125,5 milyon olup dünyanın en kalabalık 11. ülkesidir.

Japonya Yaşlılık ile ilgili veriler:

-65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı: **%28,7**

- Beklenen yaşam süresi: **84,83 yıl** Erkek: **81 yıl** Kadın: **87 yıl**

Japonya ‘da Yaşlıların Yaşam Alanları ve Bakım Merkezleri ile Geriatri Hastanesi ziyaretleri Dr. İkuo Murakami ile birlikte Prof. Dr. Sevnaz Şahin ve Prof. Dr. Güzel Dişçigil’in katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

Ziyaret planı:

Çok planlı, programlı ve zamana uyumun çok önemli olduğu Japonya'da program gerontoloji hocamız Dr.İkuko Murakami tarafından belirlendi.

JAPONYA SEYAHATI TAKVİMİ: 2017

| PAZARTESİ | SALI | ÇARŞAMBA | PERŞEMBE | CUMA |
|---|--|---|---|---|
| 06/19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 26 <i>Japonya'ya Varış Narita 19:30</i> <i>Program başlıyor</i> | 27 <i>KURUM ZİYARET 1 Wakou Hastanesi 14:00-16:00</i> | 28 <i>KURUM ZİYARET 2 Nagisa Waraku- en 10:00-12:00 Sakamachi- Mimoza no İe 15:30-</i> | 29 <i>Japonya Meclis Binası vb. Tokyo Gezisi</i> | 30 <i>KURUM ZİYARET 3 Ability (özel huzurevi, aletlerin satış noktası vb) 10'00- 15'00</i> |
| <i>Olimpik Merkezi 1</i> | <i>Olimpik Merkezi 2</i> | <i>Olimpik Merkezi 3</i> | <i>Olimpik Merkezi 4</i> | <i>Olimpik Merkezi 5</i> |
| 03 <i>Programın bitiş günü.</i> <i>Hocalar Kyoto'ya Öğrenciler.</i> | 04 | 05 | 06 | 07 <i>Öğrenciler Türkiye'ye Kalkış Narita 21:25</i> |

Ziyaret Edilen Merkezler:

1 Wako Geriatri Hastanesi:



Bilgi alınan kişi; Prof.Dr. Yokimichi İmai; Medical Corporation Su-ikai Wako Hospital, a dementia specialist hospital in Wako City

- 2002 yılında kurulmuş, 285 yatak kapasiteli

Erken evreden terminal evreye kadar demansın uzun süreli seyri- ni sürekli destekleyen yaşam sonu bakım konseptine dayalı tıbbi bakım sunmayı hedefliyorlar.

Misyon: Yaşa bağılı ruhsal ve fiziksel rahatsızlıklardan muzdarip olanlara temel tıbbi hizmetler ve bakım sağlamak

- Dürüstlük, adalet ve alçakgönüllülük ilkelerine bağılı bir çerçevede hizmet veriyorlar.

- Misyonu samimiyetle yerine getirmeye çalışıyorlar.

- **İlkeleri:** Hastalara ekonomik veya sosyal statülerine göre ayrımcılık yapmamak ve adil olmak

“Wako Hastanesi’nin yaşam sonu bakım felsefesi:

Halk tarafından gönül rahatlığıyla kullanılabilen, önlemeden başlayıp yaşam sonuna kadar demansın her aşamasında yüksek kaliteli tıbbi bakım

Öncelikleri;

- Hastaların ve ailelerinin isteklerine saygı duymak,

- Her aşamada en iyi tıbbi bakımı sunmaya devam etmek

2. Nagisa Waraku-en (Kamu Huzurevi): web sayfası (Japonca) <http://www.tokyoeiwakai.or.jp>

Kurum ile ilgili Ofis Başkanı: Masahiko Higashida ile görüşüldü.

Japon kültürüne uygun terliklerle girilen merkezde robotların bizi karşılaması sürpriz oldu. Yaşlı bakım hizmetlerinde geleneksel yapının ve kültürün korunarak, ileri teknolojideki robotların yer alması oldukça ilginç idi.



3. Sakamachi Mimoza

Sivil Bakım Kuruluşu: Başkanı: Masako Akiyama ile görüşüldü.

坂町ミモザの家の物語

坂町に、仲のよい姉妹が住んでいて、ときおり連れ立って、買い物帰りに喫茶店に寄る姿をご近所の方はほほえましく眺めていたようです。

妹のモトさん、姉のミホさん。

物忘れの進んだミホさんをたずねていた、モトさんは、驚愕で倒れた後、退院し家で生活をし、2年後のお正月に心筋梗塞で寝たがり人となりました。その後10年近く、物忘れが進むミホさんを多くの人の力を借りて自宅で看取ることができました。

デイサービスが好きなミホさんが自宅で過ごすことができたのは、彼女の気持ちを真ん中に置ながらケアをしたチームがいたからです。

この二人を、仕事を続けながら看取った娘さんの「生まれ育ったこの家が地域の役に立てないか」という想い、そして訪問看護ステーションが運営する看護小規模多機能型居宅介護サービスがつくれないうちの私たちの想いがあわさって、この坂町ミモザの家が誕生しました。

地域の中で暮らし続けるためには、時には外へ出かけて行って人と人と触れ合う「通いの場」、お家での生活を支える時には「訪問看護や介護」、そして必要な時には「泊まりの場所」にも多機能に使えるこの地域密着のサービスです。

家庭的な小規模な「家」をめざし、そしてできればご近所にお住まいの方やお子さん連れのお母さんたちにもちょっぴり寄ってもらえる「ほっとできる空間」「居場所」にもなれたらと願っています。

(株)ケアーズ 自十字訪問看護ステーション 経団局長
NPO法人自十字在宅ボランティアの会 理事長
秋山正子

最寄り駅のご案内

1. 都営新宿線「曙橋」駅 A4出口より徒歩8分
2. 東京メトロ南北線「四ツ谷」駅 2番出口より 徒歩12分
3. 東京メトロ丸の内線「四ツ谷」駅 南橋口より 徒歩15分
4. JR「四ツ谷」駅より 徒歩15分
5. 東京メトロ丸の内線「四谷三丁目」駅 4番出口より 徒歩15分



看護小規模多機能型居宅介護サービス

坂町ミモザの家

すみなれた家でくらす 第二のわが家



平160-0002 東京都新宿区四谷坂町 6-5
電話 : 03-3351-1987
FAX : 03-3351-2008
e-mail : info@mimozanoie.com

運営 株式会社ケアーズ自十字訪問看護ステーション
〒162-0842 東京都新宿区西新宿2-7-2 アピオ14階 取手室 204
電話 : 03-3268-1815 FAX : 03-3268-1629
ホームページ : http://www.hakujuku.net/

Illustration : Yukiko YAGI

株式会社ケアーズ 自十字訪問看護ステーション

Sakamachi Mimoza no Ie: web sayfası (Japonca) <http://www.cares-hakujuku.com/wp/wp-content/uploads/2016/11/2016-1.pdf>

Kuruluşun toplum desteği almaktaydı; bulunduğu mahalledeki gönüllüleriyle kısa süreli yatılı bakım hizmeti ve gündüz bakım hizmetleri bulunmaktaydı.

Bakım Desteği Veren Diğer Alanlar:

Özel huzurevi, yaşlılara ve bakım verenlere destek aletlerin satıldığı merkezler ile gündüz bakım merkezleri ziyaret edildi. Kamusal desteklerin yerel yönetimler üzerinden, bakım sigortaları ile kaynak sağlandığı öğrenildi.

Yaşlıların yaşamın içinde yer aldığı, büyük çoğunlukla günlük yaşam aktivitelerini sürdürdüğü, sürdürülemeyenlerde teknoloji desteği alındığı görüldü. Örn; yatağa kısmen bağımlı olan yaşlı dahi gündüz bakıma getirilmekteydi.

Dikkat çeken konular:

- Yer Yatakları: Futon,
- Toplu Banyo Kültürü,
- Toto; Tuvaletten Ötesi: İleri Teknolojik Tuvaletler
- Tertemiz hizmet alanları, çöplerin bulunmaması.

JAPONYA'DA EVDE BAKIM:

- Entegre toplumsal bakım sistemi, yeterli sağlık ve sosyal destek ortamı yaratmayı hedeflemekte
- Hizmet çoğunlukla özel sektör tarafından sunulmakta
- Belediyelerin Merkezi Hükümetin gözetiminde tüm hizmetlerin sunum ve finansmanı üzerinde yetkileri var
- Evde bakım hizmetlerinden yararlananlara ihtiyaçlarına bağlı olarak derecelendirme sistemi uygulanmaktadır
- İkisi destek bakım, beşi uzun süreli bakım olmak üzere yedi seviyede
- Uzun süreli bakım hizmetlerinin derecelendirilmesi tüm ülke genelinde aynı
- İhtiyaç seviyesine bağlı olarak sunulan hizmetler belediyeler arasında farklılıklar göstermektedir.

* Özkan Ş, Aca Z. *Japonya evde bakım hizmetlerinin incelenmesi ve Türkiye için öneriler* *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2021; 18: 157-178.

Eve Getirdiklerimiz

- AKTİF YAŞAM çok önemli.
- Kültürel farklı yaklaşımlar olabilir.

Bireysel tercihlere saygı öncelikleniyor.

Bireyi merkeze alan bir hizmet sunumu mevcut.

Alçak gönüllülük, Dürüst, Disiplin, Hoşgörü hizmetin temel yapısında var.

Yaşlıların yaşam ve bakım alanları arasında tam entegrasyon sağlanmış.

Bakım sigortası oldukça iyi düzeyde.

TEKNOLOJİ: Japonya'nın başarı hikayesi.

OTURUM 4: Fiziksel Çevre

Moderatör: Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu , Doç. Dr. Özlem Miman,

Konuşmacılar:

Prof. Dr. Hatice Şahin Engelsiz Yaşlı Dostu Kent

PhD Nurgül Kocakoç Yaş Dostu Ulaşım, Trafik ve Katılım

Prof. Dr. Serkan Bakırhan Ergonomik / Güvenli Ev Düzenlemesi

ENGELSİZ YAŞLI DOSTU KENT

Prof. Dr. Hatice Şahin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Bornova-İzmir

hatice.sahin@ege.edu.tr

Bu yüzyılın en önemli küresel değişkenleri, kamu politikaları için kritik önem taşıyan nüfusun yaşlanması ve kentleşmedir. Türkiye’de 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranı hızla artarak 2022 yılsonu itibarıyla %9,9 olmuş, bu oranın 2040 yılında %16,3’e ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu demografik değişim, sosyal, ekonomik ve kültürel değişim ve dönüşümleri beraberinde getirmektedir. Bu sunumda yaşlanma olgusuna yönelik politika yaklaşımlarının dönüşümünü incelemeyi ve yaşlılıkta yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan Yaşlı Dostu Kentler ve Topluluklar girişimini kuramsal ve uygulamalı çerçevesiyle analiz etmeyi amaçlamaktadır.

Yaşlılık alanındaki politika ve hizmetlerin temelini oluşturan bakış açısı, yaşlı bireylerin toplum içindeki konumlarından etkilenmektedir. Yaşlı bireylerin “toplum için bir yük” olduğu yönündeki olumsuz algı, toplumsal dışlanmaya ve aktif katılımın önünde yapısal engellere yol açarak yaşlıları edilgen hale getirmektedir. Ayrıca, politikaların sadece sağlık ve bakım hizmetlerine odaklanması, yaşlıların toplumsal yaşama aktif katılamamalarına ve yalnızlaşmalarına neden olabilmektedir.

Bu olumsuz paradigma, yaşlılığın bağımsızlık, katılım, bakım, kendini gerçekleştirme ve saygınlık çerçevesinde bir insan hakları meselesi olarak ele alınması gereğine dönüşmektedir. Birleşmiş

Milletler'in 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ve Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı da yaşlılığın insan hakları meselesi olarak gözetilmesini ve yaşlı bireylerin değişimin özneleri olarak kabul edilmesini benimsemiştir. Türkiye'de de 2019'da I. Yaşlılık Şûrası ve Yaşlanma Vizyon Belgesi ile "her yaş için toplum" olma vizyonuyla hak temelli bir yaklaşım benimsenmiştir.

"Yaşlanma eğilimlerinin mekânsal olarak heterojen doğası, yaşlanmaya kentsel bir perspektiften yaklaşmayı önemli kılmaktadır". Bu bağlamda, Yaşlı Dostu Kentler ve Topluluklar girişimi; yaşlı bireylerin sağlık, güvenlik, katılım ve bağımsızlık içinde yaşamalarını destekler

Yaşlı Dostu Kentler modeline rehberlik eden temel kuramsal yaklaşımlar şunlardır:

- Dünya Sağlık Örgütü Modeli: Sekiz alanla yaşlı dostu ortamları tanımlar ve küresel bir çerçeve sunar.
- Sağlıklı Yaşlanma Modeli: Yaşlının "işlevsel yeteneği" ve çevre etkileşimini merkeze alır.
- Ekolojik / Kişi-Çevre Uyum Modeli (P-E Fit): Yaşlının bireysel kapasitesi ile çevresel taleplerin dengelenmesini savunur.
- Topluluk Temelli Katılım Modelleri: Yaşlıların karar süreçlerine katılımını ve ortak üretimi (*co-production*) vurgular.

Dünya Sağlık Örgütü Yaşlı Dostu Kentler Modelinin sekiz temel alanı, yaşlı dostu bir çevrenin inşası için fiziki ve sosyal boyutları kapsamaktadır:

1. Dış mekânlar ve binalar
2. Ulaşım
3. Konut
4. Sosyal katılım
5. Saygı ve sosyal içerilme
6. Sivil katılım ve istihdam
7. İletişim ve enformasyon
8. Topluluk desteği ve sağlık hizmetleri

Sonuç olarak; Yaşlı Dostu Kentler girişimi, yaşlı nüfusun artan sosyo-ekonomik zorlukları (yoksulluk oranı 2023'te %21,7) ve dijital uçurumu (yaşlı bireylerin internet kullanım oranı 2023'te %40,7) karşısında bütüncül bir çözüm sunmaktadır. Bu model, yaşlı haklarını politika ve hizmetlerin tasarım, uygulama ve izleme süreçlerinde gözeterek öne çıkarmayı, hayat boyu öğrenme fırsatlarını güçlendirmeyi ve yaşlı bireylerin aktif katılımlarını sağlamayı hedeflemektedir. Yaşlı Dostu Kent uygulamalarının yaygınlaştırılması, yaşlı bireylerin bağımsız, güvenli ve saygın bir yaşam sürmeleri için kritik öneme sahiptir.

YAŞ DOSTU KATILIM, ULAŞIM ve TRAFİK

Dr. Nurgül KOCAKOÇ/ Yaşlı Sağlığı Uzmanı, Sağlık Hukuku Uzmanı

Giriş

Günümüzde kentler çoğunlukla genç, çalışan demografi için tasarlanmış ve kurulmuştur (Handler, 2014). Şehirlerdeki yüksek nüfus devir hızı, çevre sorunları, düşük maliyetli veya uygun fiyatlı konut bulunamaması, trafikte yaşanan kaos, ulaşım sistemlerinin tüm şehri kapsayacak şekilde planlanmaması gibi hususlar başta yaşlı yetişkinler olmak üzere bireylerde kırılganlık ve güvensizlik duyguları yaratabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2020 yılında 60 yaş ve üzeri nüfus, 5 yaş altı çocukları geride bıraktır. 2015-2050 yılları arasında dünya nüfusunun 60 yaş üstü oranının %12'den %22'ye çıkacağı öngörülmektedir. 2050 yılına gelindiğinde, dünya genelindeki 60 yaş ve üzeri nüfusun iki katına (2,1 milyar), 80 yaş ve üzeri nüfusun ise 2020 ile 2050 yılları arasında üç katına çıkarak 426 milyona ulaşması beklenmektedir (DSÖ, 2025). Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda evrensel tasarım ilkeleri çerçevesinde yaş dostu çevre ve toplumların oluşturulması artık bir zorunluluktur. Yaş dostu bir şehir ve toplum, fiziksel ve sosyal çevreyle ilgili politikaların, hizmetlerin ve yapıların yaşlıların "aktif olarak yaşlanmalarını", güvenlik içinde ya-

şamalarını, sağlıklı olmalarını ve topluma tam olarak katılmaya devam etmelerini desteklemek ve sağlamak için tasarlandığı bir şehirdir (Gu ve Dupre, 2019).

Yaş dostu toplumlar (DSÖ, 2007; Buffel, 2016);

- Yaşlanmanın sosyal ve fiziksel yönlerine yönelik kaygı duyan ve çözümler üreten,
- Sosyal ve fiziksel çevre ile içinde yaşayan kişi arasındaki karşılıklı ilişkiyi anlayan,
- Yapılacak çalışmalarda kişilerin yaş aldıkça bağımsız kalmasına izin veren düzenlemelerin yapılmasını esas alan,
- İnsanların aktif ve bağlantıda kalmasını sağlayabilen,
- Bireyin topluluklarının ekonomik, sosyal ve kültürel yaşamına katkıda bulunmasını sağlayabilen,
- Bireyin değişen ihtiyaçlarını etkin bir şekilde karşılayan altyapı ve hizmetler ile yaşlı yetişkinleri yaşama aktif olarak dahil edebilen,
- Erişilebilir ve güvenli yol ve ulaşım altyapısı, bina ve evlere engelsiz erişim, halka açık oturma alanları ve sihi tesisler gibi olanaklara sahip,
- İşlevsellik ve sürdürülebilirliği sunduğu hizmetlerin merkezine koyan,
- Bireyin sağlıklı ve güvenli kalmasını sağlayabilen,
- Sağlığı teşvik eden,
- Toplumdaki tüm bireyler için çeşitlilik, kapsayıcılık ve uyum esasını benimseyen,
- Her bir bireyin özerkliğini, kentsel alanların “paylaşımında” eşit haklara sahip olmasını destekleyen kentsel çevreyi yaratabilen,
- Tüm bireylerin toplumsal hayatın içinde olmalarını sağlayabilen bir ortam oluşturmayı başarabilen,
- Bireylerin kaliteli, iyi ve aktif yaşlanmalarını sağlamak için tasarlanmış, toplumlardır.

Yaş dostu toplumlar (Alley ve ark., 2007);

- Erişilebilir ve uygun fiyatlı ulaşım,
- Konut,
- Sağlık bakımı,
- Güvenlik,
- Topluma katılım olanaklarını, sağlayabilmelidir.

Yaş Dostu Toplum Kavramının Tarihçesi

Birleşmiş Milletler 1991 yılında yayımladığı A/RES/46/91 sayılı Karar ile Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı'na dayanan, Birleşmiş Milletler Yaşlılara İlişkin İlkeleri'ni ilan ederek, hükümetleri Bağımsızlık, Katılım, Bakım, Özgüven ve Onur ilkelerini ulusal programlarına dahil etmeye teşvik etmiştir. Bu ilkeler, Yaş Dostu Şehirler yaklaşımının da temelini oluşturmaktadır.

İkinci Birleşmiş Milletler Dünya Yaşlanma Asamblesi Nisan 2002'de Madrid'de düzenlenmiştir. Asamblede "her yaştan insan için bir toplum inşa etme" amacıyla "Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı" hazırlanmıştır. Plan; yaşlılar ve kalkınma, yaşlılıkta sağlık ve refahın ilerletilmesi, destekleyici ve kolaylaştırıcı ortamların sağlanması olarak sıralanan üç öncelikli alana odaklanmakta. Buradaki destekleyici ve kolaylaştırıcı ortamların sağlanması hedefi ile yaş dostu toplumlara vurgu yapılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2007 yılında yayımladığı "Küresel Yaşlı Dostu Şehirler Rehberi" ile kentsel yaşamın sekiz alanında yaş dostu bir şehrin temel özellikleri belirlenmiştir. 2010 yılında da yaş dostu olmaya kararlı şehir ve toplulukları bir araya getirmek, bilgi, kaynak ve iyi uygulamaların paylaşımını kolaylaştırmak amacıyla "Dünya Sağlık Örgütü Yaşlı Dostu Şehirler ve Topluluklar Küresel Ağı (GNAFCC)" kurulmuştur. Rehberin odaklandığı kentsel yaşamın sekiz alanı şöyle sıralanabilir;

- Açık alanlar ve binalar,
- Ulaşım,
- Konut,
- Sosyal katılım,
- Saygı ve sosyal içerme,
- Sivil katılım ve istihdam,
- İletişim ve bilgi,
- Toplum desteği ve sağlık hizmetleri.

2015 yılında yaş dostu şehirler için temel göstergelerin seçilmesi ve kullanılması, temel değerlerin belirlenmesi, hedef/amaçların belirlenmesi, Yaş Dostu Şehir girişimlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi konusunda rehberlik sağlamak üzere “Şehirlerin Yaşlı Dostluğunun Ölçülmesi: Temel Göstergelerin Kullanımına İlişkin Bir Kılavuzu” yayımlanmıştır.

2016 yılında DSÖ'nün 194 Üye Devleti, nüfusun yaşlanmasına küresel müdahalenin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile uyumlu olmasını sağlayacak bir politika çerçevesi sunan, *Yaşlanma ve Sağlık konusunda ilk Küresel Strateji ve Eylem Planını (2016-2020)* benimsemiş olup, beş stratejik hedeften biri, “yaş dostu ortamlar yaratmak” olarak belirlenmiştir.

2017 yılında DSÖ'nün 2017-2020 yılları arasında Sağlıklı Yaşlanma konusundaki on önceliğinden biri olarak, DSÖ'nün Yaş Dostu Şehirler ve Topluluklar Küresel Ağı'nın geliştirilmesi belirlenmiş ve ağ %30 büyüyerek 37 ülkede 500'den fazla üyeye ulaşmıştır. Halihazırda Ülkemizden bu ağa üye olan belediyeler; İzmir Büyük Şehir Belediyesi, İzmir Bornova Belediyesi, Adana Seyhan Belediyesi, İstanbul Beşiktaş Belediyesi, İstanbul Kadıköy Belediyesi, Mersin Belediyesi ve Antalya Muratpaşa Belediyesi'dir.

Sosyal Katılım

Yaş dostu kentlerin gelişiminde demografik değişimin özellikle 50 yaş ve üzeri kesimde ortaya çıkan küresel etkileri ve kamusal talepler, bireylerin kendi evlerinde mümkün olduğu kadar çok desteklenmesine ilişkin yerinde yaşlanma fikrine yönelik politika ve hedefler ile kentsel dönüşümün yaşlı insanların hayatlarına etki-

lerine konusundaki farkındalık önemli rol oynamıştır (Buffel, 2016).

Sosyal katılım, bir kişinin, topluluk yaşamında ve önemli ortak alanlarda başkalarıyla etkileşim sağlayan, mevcut zaman ve kaynaklara göre gelişen, toplumsal bağlama, bireylerin isteklerine ve onlar için anlamlı olana dayalı faaliyetlere katılımı olarak tanımlanmaktadır. Sosyal katılım şekilleri bir faaliyete hazırlık olarak bir şeyler yapmaktan, topluma katkıda bulunmaya kadar uzanabilir. Çalışmalar sosyal katılımın, yaşlı yetişkinlerde hem fiziksel hem de zihinsel refahı artırdığını göstermiştir (Aroogh ve Shahboulaghi, 2020). Alanı inceleyen çalışmalarda, sosyal katılım terimi bazen sosyal bağlılık, destek, ağ veya entegrasyon gibi diğer kavramlarla eş tutulmuştur (Svensson ve Stjernborg, 2024).

Sosyal katılımı amaç; yaşlıların sosyal hayata katılımını teşvik etmek ve yalnızlık ve izolasyonla mücadele etmektir. Bu, sosyal etkileşimi ve aktif yaşam tarzlarını mümkün kılan destekleyici ortamlar yaratarak, sürdürerek, teşvik ederek ve yaşlıları evlerinden çıkıp destekleyici sosyal ağlar kurmaya teşvik eden anlamlı sosyal faaliyetler için fırsatlar sağlayarak başarılabilir (DSÖ, 2018).

Sosyal katılım alanında DSÖ tarafından önerilen 5 hedef (DSÖ, 2018);

- Sosyokültürel aktivitelere katılım,
- Boş zaman aktivitelerine katılım,
- Yaşam boyu öğrenmeye katılım,
- Katılım fırsatları,
- Katılım fırsatlarına erişilebilirlik, olarak sıralanmıştır.

Sosyal katılım ve hareketlilik yaşlılar için daha aktif bir günlük yaşamı sağlamanın yanı sıra sosyal bağlılığı da artırarak yaş dostu ortamların oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır.

“Sağlık ve refah yalnızca genlerimiz ve kişisel özelliklerimizle değil, aynı zamanda içinde yaşadığımız fiziksel ve sosyal ortamlarla da belirlenir” (DSÖ, 2023).

DSÖ sağlıklı yaşlanmayı teşvik etme maksadıyla, şehirlerin ve toplumların yaşlıların ileri yaşlarda hayattan keyif almaya devam edebilmeleri için daha yaş dostu hale gelmeleri gerektiğini savunmaktadır. Bu, yaşlıların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, kendi kararlarını vermelerine, topluma katkıda bulunmalarına, sosyal bağlamlara katılmalarına, ilişkilerini sürdürüp geliştirebilmelerine ve hareketli kalabilmelerine yardımcı olmak için yaş dostu uygulamaların kullanılmasını içerir (DSÖ, 2023). DSÖ ayrıca aktif ve dolu dolu bir yaşam sürebilmek için sosyal katılım ve hareketliliğe önem vermektedir.

Toplum, ulaşım ve sosyal katılım alanları yaşlılar için daha karmaşık bir günlük yaşam dokusunu beraberinde getirmektedir.

DSÖ'nün de belirttiği gibi, "Ulaşım mevcut olduğunda ve yaşlıların ihtiyaçlarına göre uyarlandığında hareketliliği artırır ve sosyal katılımı kolaylaştırır." Yaşlıların dışarı çıkıp katılım göstermek için geçerli bir nedene sahip olmaya devam etmeleri de aynı derecede önemlidir.

Sosyal katılım açısından hareketlilik önemli bir unsurdur. Hareketlilik, genel olarak yaş dostu ortamlar oluşturmanın ve yaşlıların ileri yaşlarda sosyal kalabilmelerini sağlamanın önemli bir parçasıdır. Hareketlilik azaldıkça, sosyal katılım ve etkileşim fırsatları da azalır ve bazı durumlarda bu durum sosyal izolasyona yol açar. Sosyal izolasyon olumsuz sağlık sorunlarına yol açarak, sosyal etkileşim fırsatlarını daha da kısıtlar. Bu kısır döngüyü kırmak gerekir (Svensson ve Stjernborg, 2024). Hareketin önündeki fiziksel ve sosyal engeller dikkate alınması gereken önemli bir husustur, ancak aynı derecede önemli olan, yaşlıların gidip başkalarıyla buluşabilecekleri yerlerin de olmasıdır. En azından temel ihtiyaçların karşılanması için hareketlilik önemlidir. Hareketlilik A noktasından B noktasına bir mekânda hareket etmekten çok daha fazlasıdır. Sosyal izolasyonu önlemek için sosyal mekanlara ulaşabilmek önemlidir (Svensson ve Stjernborg, 2024).

Hem sosyal katılım hem de yaş dostu ortamlar, sosyal hayatta mekânsal bir boyut katar. Bağlantı kurmak ve sosyal olmak için etkileşimin gerçekleşebileceği yerlerin sağlanması gereklidir (Stjernborg, 2017). Sosyal katılımın gerçekleşmesinde mekanlar, özellikle yaşlı yetişkinler için hayati önem taşır. Ulaşım da aynı zamanda doğal sosyal etkileşimin gerçekleştiği bir “üçüncü mekan” olarak işlev görebilir (örneğin servis araçlarında başkalarıyla birlikte yapılan geziler veya yolculuklar). Ulaşımın bu sosyal boyutu, yaşlılar için daha aktif bir günlük yaşama katkıda bulunabilir ve özellikle daha az hareketli kişiler için sosyal izolasyonu azaltabilir (Musselwhite ve ark., 2015). Çalışmalar, iç tasarım ve erişilebilirlik önlemlerine yeterli özen gösterildiğinde ve otobüs çok hızlı gitmediğinde toplu taşımanın yaşlı insanlar için daha kabul edici olabileceğini ortaya koymuştur. Başka bir çalışma ise, yaşlı katılımcıların çoğunun, toplu taşıma kullanmayı sosyal etkileşim olasılığı nedeniyle tercih ettiğini ortaya koymuştur (Faber ve van Lierop, 2020).

Topluluk gezileri gibi girişimler, özellikle planlama ve işletme süreçlerine dahil edildiklerinde yaşlılar için çok ihtiyaç duyulan fırsatlar sunabilir. Bu, sosyal katılım ve hareketliliği birleştirir ve günlük yaşamın dışındaki yerleri ziyaret etme fırsatları sunar. Geziler ücretsiz veya çok düşük bir maliyetle sağlanırsa, bu durum daha az ekonomik sermayeye sahip yaşlılar için de faydalı olabilir (Svensson ve Stjernborg, 2024).

Sosyal katılımın artan hareketlilikle birlikte etkileri hem hareketliliğin kendisi hem de yeni insanlarla tanışıp yeni bağlantılar kurarak yaşlılar için daha aktif bir günlük yaşamı kolaylaştırmak için zorunludur. Sosyal katılım alanlarına sahip olmak, evden çıkmak ve kişinin mahallesinin dışındaki yerlere tek başına gitme özgüvenine sahip olması için önemlidir. Bu sosyal bağlantıların artmasına ve daha fazla sosyal katılıma yol açabilir (Svensson ve Stjernborg, 2024).

Fiziksel ve sosyal ortamlardaki yaş dostu iyileştirmelerin bireyin sağlık ve refahı üzerine de olumlu etkisi olacaktır. Japonya'da yaş dostu politikalar, tıbbi, uzun süreli ve önleyici bakımın yaşlıların yaşadığı topluluklara entegre edildiği toplum temelli bakım uygulanmasını içerir.

Çalışmalar yaşlı yetişkinlerin sosyal katılımının işlevsel engelliliğe ve demans başlangıcına karşı koruyucu olduğunu bildirmiştir (Kazushige ve ark., 2022). Kazushige ve ark. yaptığı çalışma daha yüksek sosyal katılım yüzdesine sahip belediyelerin mutluluk oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Sosyal katılım için öneriler şöyle sıralanabilir;

- Boş zaman etkinlikleri,
- İleri yaş bireyler için sosyal yaşama katılabilecekleri sosyal mekanların artırılması,
- Topluluk gezileri ve yolculuklar,
- Toplu taşımanın teşvik edilmesi,
- Yaşam boyu öğrenme (Üçüncü Yaş Üniversitesi),
- Yaşlıların iş hayatına katılımı,
- Bilgilendirilme,
- Kuşaklar arası etkileşim, paylaşım ve iletişim.

Burada Yaşam boyu öğrenmede 3. Yaş Üniversitelerinin önemine değinmek yerinde olacaktır. Yaşam boyu öğrenme ya da resmi/ gayri resmi kurslarla eğitime devam etmek, bireyin yaşamın her döneminde yeni beceriler edinmesine yardımcı olabilir. Yeni beceriler, kendine güven ve sorunlarla baş etme stratejileri oluşturarak, kişilerin yaş aldıkça bağımsız kalmasına izin verir. Sosyal katılım için DSÖ tarafından da önerilen ve desteklenen 3. Yaş Üniversite modeli hayatın içinde olma, sosyalleşme, akranlarıyla iletişime, öğrenme ve yeni beceriler edinmeye devam edebilme gibi birçok özelliği bir arada barındırmaktadır.

Ulaşım

Şehrin kırsal kesimler de dahil tüm noktalarını kapsayan ulaşım hizmetleri, güvenli ve güvenilir, ulaşılabilir ve uygun fiyatlı toplu taşıma araçlarının varlığı, yaşlı yetişkinlerin aile ve topluluk hayatına katılmalarını teşvik etme ve etkinleştirmede önemli bir faktördür. Ayrıca yürüme yolları ve kaldırımların bakımlı ve güvenli olması, yakın ve sık aralıklı otobüs duraklarının varlığı yaşlı kişilerin kendilerini daha az izole hissetmesine neden olmasının yanı sıra hareket kabiliyeti ve yürüyebilirliği de arttıran bir durumdur (Steels, 2015). Ulaşımında hem özel araçlara hem de geleneksel yerel toplu taşıma hizmetlerine alternatifler sunan esnek ve kullanıcı merkezli opsiyonlar üretmek, yaşlanan nüfusun ihtiyaç ve isteklerine cevap veren yenilikçi çözümler sunmak, artık bir gerekliliktir (Rudinger, 2017). Zira yaşlı yetişkinlerin araç kullanmayı bıraktıklarında ulaşım ihtiyaçlarını karşılayacak bir plan bulunmamaktadır. Bu durum, sosyal izolasyonu artırabilir. Araştırmalara göre, araç kullanamayan yaşlılar evden çıkmada güçlük yaşamaktadır. Yürüyüş, araba sonrası en çok tercih edilen ulaşım şeklidir. Toplumda yaşlanan yayalar için de yaya dostu çevreler geliştirilmelidir (Silverstein, 2017). Kırsal bölgelerde yaşayan yaşlıların ulaşım sorunlarını çözmek için gönüllü sürücüler gibi destekleyici taşıma programları önerilebilir (Silverstein, 2017).

Yaş dostu ulaşımın beş temel kuralı, yaşlı yetişkinlerin şehir içi hareketliliğini artırmak ve toplumsal hayata katılımlarını desteklemek amacıyla belirlenmiştir. Bu kurallar, ulaşım hizmetlerinin yaşlıların ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmesini ve erişilebilirliğin ön plana çıkarılmasını hedeflemektedir (Silverstein, 2017). Bunlar;

- **Bulunabilirlik:** Ulaşım hizmetlerinin her zaman mevcut olması ve ihtiyaç duyulduğunda erişilebilir olması önem taşır. Özellikle hafta sonu ve akşam saatlerinde de ulaşım seçeneklerinin aktif olması, yaşlı bireylerin bağımsızlığını ve toplumsal katılımını destekler.

- Kolay Erişim: Ulaşım araçlarının erişilebilir ve kullanılabilir olması gereklidir. Bu noktada otobüs merdivenlerinin kolayca değiştirilebilir yapıda olması, koltukların yüksekliğinin kullanım kolaylığı sağlaması, servis hizmetinin kapıya kadar gelmesi ve durakların erişilebilir konumda olması yaşlıların ulaşım deneyimini olumlu etkiler.
- Kabul Edilebilirlik: Ulaşım araçlarının temizliği, otobüslerin kirli olmaması, durakların güvenli bölgelerde yer alması ve yolcu dostu bir ortamın oluşturulması yaşlıların kendilerini güvende hissetmelerini sağlar. Ayrıca çalışanların güler yüzlü ve yardımcı olması ulaşım sürecini daha konforlu ve rahat hale getirir.
- Ucuzluk: Ulaşım maliyetinin araba kullanmaktan daha uygun ya da en azından eşdeğer olması gereklidir. İndirimler ve avantajlı fiyatlandırma seçenekleri, yaşlı bireylerin ulaşım maliyetlerini dengeleyerek hizmetten daha fazla yararlanmalarını sağlar.
- Uyarlanabilme: Ulaşım hizmetlerinin, bireylerin özel ihtiyaçlarına göre değiştirilebilmesi veya uyarlanabilmesi yaşlıların farklı gereksinimlerine cevap verme açısından önemlidir. Böylece herkes için kapsayıcı ve erişilebilir bir ulaşım ortamı oluşturulur.

Yaş Dostu Ulaşım için yapılabilecek düzenlemeler şöyle sıralanabilir;

- Uygun fiyatlı ve erişilebilir toplu taşıma araçlarının sağlanması,
- İndirimli taksi uygulaması,
- Toplu taşıma hattı olmayan yerlerde kapıdan kapıya transfer imkânı,
- Kırsal kesimde yaşayan yaşlıların seyahat edebilme sorunlarının çözülmesi,
- Gönüllü sürücü programları,
- Destekleyici taşıma programları (Devlet, Yerel Yönetim desteği),

- Uygun yerlerde konumlandırılmış duraklar,
- Tüm kentsel alanları kapsayan toplu taşıma güzergahları,
- Toplu taşıma güzergahları hakkında bilgilendirme.

Trafik

Trafik ortamlarının tasarımında yaşlı yetişkinlerin ihtiyaç, engel ve korkularının göz önünde bulundurulması; karmaşadan kaçınmak ve görüş netliği için uygun boyutta bilgilendirmelerin kullanımı ve objektif güvenliği geliştirmek çok önemlidir. Trafikte ileri yaş bireylerin dikkatini dağıtabilecek gereksiz uyarıcılardan kaçınılmalı, trafik ortamları tüm yaş grupları için yalın, öz, anlaşılır ve açıklamalı, hataları hoş görebilecek ve trafiği rahatlatacak şekilde tasarlanmalıdır. Genel olarak trafik ortamlarının tasarımında basitlik, tanınırlık, oryantasyon, netlik, geçiş zamanları ve dönüşlerde güvenli opsiyonlar, kavşak ve kesişme noktalarının tasarımı ve organizasyonu son derece mühim hususlardır (Rudinger, 2017).

Yaş dostu bir trafikte yaşlı yetişkinlerin bireysel ihtiyaçlarına uygun sürücü destek sistemlerinin geliştirilmesi için, ileri yaş bireylerin toplu taşıma sistemlerine kolay erişiminin sağlanması, paylaşılan taksi ve talep üzerine otobüs gibi özel hizmetlerin sunulması, akıllı ulaşım sistemlerine geçilmesi ve yavaş trafik gibi yenilikçi uygulamaların teşviki düşünülebilir (Rudinger, 2017). Yaya yollarında güvenli kaymayan zeminler, uygun kaldırım yüksekliği, yürüyüş ve fiziksel aktiviteye uygun, teşvik edici mekanlar oluşturulmalıdır (Özçetin, 2013).

Yaş dostu ulaşım ve trafikte önemli bir diğer husus sokaklardır. Yaş dostu sokaklar hem yaşlıların hem de gençlerin güvenli bir şekilde yürüyebileceği, sosyalleşebileceği ve oyun oynayabileceği; aynı zamanda temiz hava ve doğayla temas edebilecekleri alanlardır. Bu tür sokaklar, toplumsal katılımı teşvik ederken, bireylerin hareket kabiliyetini ve yaşam kalitesini artırır. Yaş dostu sokakların varlığı, yavaş tempoda hareket edenlerin de şehir hayatından keyif almasını sağlar.

Bir sokağın veya sokaklar sisteminin yaş dostu olup olmadığını anlamak için şu soru yol gösterici olabilir: “Büyükanne, büyük-babanızı veya çocuklarınızı kavşağın karşısındaki en yakın parka yürüyerek veya bisikletle gönderir misiniz?” Bu soru, sokakların ne denli güvenli, erişilebilir ve kapsayıcı olduğunu değerlendirmede önemli bir ölçüttür. Eğer bir birey, sevdiklerini güvenle dışarı gönderebiliyorsa, bu ortamlar yaş dostu olarak kabul edilebilir (Zimbabwe, 2002).

Yaş dostu sokaklar için “tasarım standartları” (Zimbabwe, 2002);

Yaya Yollarının Aydınlatılması: Yaş ilerledikçe gözlerin ışığa duyarlılığı azalır ve yaşlı bireyler, genç erişkinlere göre üç kat daha fazla ışığa ihtiyaç duyarlar. Işık seviyesindeki değişiklikler, bordürler, kaldırımdaki tümsekler ve tabelalar gibi unsurların net bir biçimde görülmesini zorlaştırabilir; bu da yaralanma ve güvenlik sorunlarına yol açabilir ve yaşlıları bağımsız olarak dışarı çıkmaktan caydırabilir. İyi bir aydınlatma hem güvenliği hem de güven duygusunu artırarak sosyalleşmeyi teşvik eder. Özellikle kaldırma ışık vermek ve yol aydınlatmasıyla entegre bir şekilde sokak tasarımına dahil etmek gereklidir. Bu yaklaşım, yayaların nereye gittiklerini görmelerini sağladığı gibi, sürücülerin de kavşağa veya karayoluna yaklaşmadan önce yayaları fark etmelerini kolaylaştırır. Karanlık noktalar başta olmak üzere okul, huzurevi, hastane, park, kavşaklar, şehir merkezi ve köylerde toplu taşıma ile durak alanları öncelikli aydınlatma bölgeleri olmalıdır. Yaya yolu aydınlatması, araç yolu aydınlatmasına ek olarak planlanmalıdır.

Yayalara Açık Alanlar: Yayaların yolculuğu için tasarlanan kaldırım koridor alanları, sokak mobilyaları, ağaçlar, saksılar, direkler, yangın muslukları ve geçici işaretler gibi dikey unsurların yaya alanında bulunmamasını gerektirir. Bu alanın genişliği minimumda 4-5 fit (yaklaşık 1,2-1,5 metre) olmalıdır. Amerika Engelliler Ka-

nunu'na göre (Americans with Disabilities Act, ADA), yaya geçiş bölgesinin mutlak minimum genişliği 4 fit olarak belirlenmiştir. Düzgün ve pürüzsüz bir yol, baston veya yürüteç kullananların rahatça yürümesini sağlar, ilerlemek için gereken çabayı azaltır ve insanları daha fazla yürümeye teşvik eder. Kaldırımdaki tümsek ve çatlaklar ise yürüteç, bebek arabası ve tekerlekli sandalye gibi hareket yardım cihazları için engel teşkil eder. Bu nedenle, kaldırım asfaltlama ve tasarım standartlarının uygulanması, bu engellerin ortadan kaldırılmasına yardımcı olur. Cadde ve Sokak Geçitleri: Cadde geçişleri, araçlarla potansiyel çatışma noktaları olduğundan yaşlı yetişkinler ve çocuklar için savunmasız alanlardır. Yaya geçiş süresinin uzun tutulması, orta blok geçitleri ve yaya sığınaklarının oluşturulması, kavşakları bu gruplar için daha güvenli kılar.

Trafik Işıkları: Trafik işıklarının sinyal döngülerinin uzun olması, yayalar için uzun bekleme sürelerine yol açabilir ve bir caddeyi geçmeyi veya kısa bir mesafe yürümeyi engelleyici, caydırıcı ve sinir bozucu hale getirebilir. Yaya geri sayım sinyalleri, daha öngörülebilir bir geçiş ortamı oluşturur ve yayalara yeterli uyarı sağlar. Yaya geçiş sürelerinin uzun tutulması, yürümeyi teşvik eder. Yaya geçitlerinde genellikle saniyede 3,5-4 şeklinde süre planlaması yapılırken, ABD'deki yaşlı sürücü ve yayalar için hazırlanan önerilerde ileri yaş bireyler için 2,8 ft/sn yürüme hızı öngörülmektedir. Bazı durumlarda yaşlı yetişkinler ve çocuklar tek bir döngüde geçemeyebilir; bu nedenle özel yaya aşamaları, korumalı dönüşler, ayrık aşamalar ve acil butonlarının planlanması gereklidir. Kısa kavşak döngüsü uzunlukları, bekleme süresini azaltırken, refüj bir varış noktası olmadığı sürece kavşaklarda faz uzunluklarının yayaların refüjde takılmadan geçmesi için yeterli olması kritiktir. Gerektiğinde yaya adası veya refüjde yaya ağrı düğmesi eklenmelidir. Kavşaklarda yaya geçidi mesafesinin kısaltılması, araçların yayaları daha iyi görmesini sağlar. Okul,

yaşlı bakım merkezi, hastane, park ve şehir merkezlerinde cadde üzerine yaya geçidi işaretleri yapılarak, yayalara geçiş önceliği verilmelidir.

Hız Kesiciler: Yerleşim alanlarında, ana caddelerde, okul ve toplum merkezleri ile yeşil alanlarda hız kesiciler (hız yastıkları, trafik çemberleri vb.) kullanılarak araç trafiği yavaşlatılabilir. Bu uygulama, mahallelerde güvenliği ve yaşanabilirliği artırırken, yaya ve bisiklet ortamının iyileştirilmesine katkı sağlar.

Bisiklet Yolları: Motorlu araç trafiğinden fiziksel olarak ayrılmış ve kaldırımdan ayrı, tek yönlü veya çift yönlü şekilde, sokak seviyesinde veya birkaç santimetre yükseklikte düzenlenen bisiklet yolları; yayalar, patenciler, koşanlar ve diğer motorsuz araç kullanıcıları açısından kaldırımların kullanımını kolaylaştırır.

Yaş Dostu Harita: Yaş dostu web haritaları, yaş dostu öğelerin önceliklendirilebileceği yerler için rehberlik sağlar ve yaşlı yetişkinlere hizmet veren mekânlarla örtüşen yürüyüş parkurlarını gösterir. Bu haritaların sesli yönlendirme yapabilmesi, yaşlılar için önemli bir kolaylık sunar.

Yaş Dostu Yürüme Altyapısı: Oturma alanları, halka açık tuvaletler, tepe tırmanış asistanları, hava koruması, yönlendirme tabloları ve toplu taşıma için duraklar; yaş dostu sokaklar yaratmada büyük fark yaratır. Bu özellikler, yaşlıları kucaklayan bir şehir ile hareket etmesi zor bir şehir arasındaki ayrımı belirler.

Avrupa Birliği trafik güvenliği raporunda, yaşlılar için uygun altyapı ve araç tasarımı, rehberlerin hazırlanması, kavşaklara öncelik verilmesi ve otoyollarda hızın azaltılması gibi öneriler sunulmuştur (EC, 2014)¹. Sonuç olarak, farklı yol kullanıcılarının belirli ihtiyaçlarını, fırsatlarını ve sınırlamalarını hesaba katan “herkes için tasarım” yaklaşımı benimsenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Alley Dawn, et al., Creating Elder-friendly Communities: Preparations for an Aging Society, *Journal of Gerontological Social Work*. 2007;49(1-2):1-18.
2. Danan Gu, Matthew E. Dupre (Ed), Age-Friendly Cities and Communities: New Directions for Research and Policy, *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, 2019, s. 1-10.
3. Dehi Aroogh, M, & Mohammadi Shahboulaghi, F (2020). Social participation of older adults: a concept analysis. *IJCBNM*, 8(1), 55-72. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.82222.1055>, 2020.
4. Faber, K., & van Lierop, D. (2020). How will older adults use automated vehicles? Assessing the role of AVs in overcoming perceived mobility barriers. *Transportation Research Part A: Policy and Practice*, 133, 353-363. <https://doi.org/10.1016/j.tra.2020.01.022>.
5. Georg Rudinger (Çev. Doç. Dr. Mithat Durak), Hareketlilik ve Yaşlanma, *Gerontoloji* (Ed. Prof.Dr. İsmail TUFAN, Doç. Dr. Mithat DURAK), Nobel Yayınları, Haziran 2017, s.263-264.
6. Gustav L'opez Svensson, Vanessa Stjernborg, Ageing, social participation, and everyday mobility- Facilitating age-friendly environments, *Journal of Urban Mobility*, 6 (2024) 100096.
7. Kazushige Ide, Seungwon Jeong, Taishi Tsuji, Ryota Watanabe, Hirotaka Nakamura, Miyako Kimura and Katsunori Kondo. Suggesting Indicators of Age-Friendly City: Social Participation and Happiness, an Ecological Study from the JAGES, *International Journal Environmental Research and Public Health*, 2022, 19, 5096. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095096>.

¹Eldersafe, Risks and Countermeasures for Road Traffic of Elderly in Europe Final Report, European Commission, N° MOVE/C4/2014-244, <https://ec.europa.eu>, Erişim Tarihi: 23.01.2021, s.137

8. Musselwhite, C., Holland, C., & Walker, I. (2015). The role of transport and mobility in the health of older people. *Journal of Transport & Health*, 2(1), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2015.02.001>.
9. Nina M. Silverstein (Çev. Doç. Dr. Mithat Durak), Yaşlanma ve Ulaşım, Gerontoloji (Ed. Prof.Dr. İsmail TUFAN, Doç. Dr. Mithat DURAK), Nobel Yayınları, Haziran 2017.
10. Sam Zimbabwe, Age-Friendly Street Design Toolkit, <http://www.seattle.gov/transportation/projects-and-programs/programs/urban-design-program/age-friendly-street-design-toolkit>, 2002, Erişim Tarihi: 23.01.2021
11. Stephanie Steels, Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review, *Cities* 47 (2015) 45-52, s.48.
12. Stjernborg, V. (2017). The meaning of social participation for daily mobility in later life: An ethnographic case study of a senior project in a Swedish urban neighbourhood. *Ageing International*, 42(3), 374-391. <https://doi.org/10.1007/s12126-017-9296-4>.
13. Sophie Handler, An alternative Age-friendly Handbook, The University of Manchester Library, 2014, s.12.
14. Tine Buffel, Chris Phillipson, Can global cities be 'age-friendly cities'? Urban development and ageing populations, *Cities* 55 (2016) 94-100.
15. Zuhâl Özçetin, Yaşlıların Kentsel Mekanlara Erişimi, 7. Ulusal Yaşlılık Kongresi 23-25 Mayıs, 2013 Karabük , 206-211
16. Age-friendly environments in Europe: Indicators, monitoring and assessments, World Health Organization, 2018, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-2020-1088-40834-55192>, Erişim Tarihi:10.11.2025
17. Eldersafe, Risks and Countermeasures for Road Traffic of Elderly in Europe Final Report, European Commission, N° MOVE/C4/2014-244, <https://ec.europa.eu>, Erişim Tarihi: 23.01.2021, s.137

18. Global Age-friendly Cities: A Guide, 2007, <https://www.who.int/activities/creating-age-friendly-cities-and-communities>, Erişim Tarihi: 10.11.2025
19. World Health Organization. No date-A. Age-friendly environments. Retrieved 2023, 0323 from <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/age-friendly-environments>.
20. World Health Organization. No date-B. Age-friendly in practice. Retrieved 2023, 03-23 from <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-practices/>.
21. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, 1 Ekim 2025, Erişim Tarihi: 10.11.2025
22. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/age-friendly-cities-framework>, Erişim Tarihi: 10.11.2025

YAŞLI BİREYLERE YÖNELİK ERGONOMİK / GÜVENLİ EV DÜZENLEMESİ

Prof. Dr. Serkan BAKIRHAN

Ergonomi, insan kullanımına yönelik tasarım, çalışma ve yaşama koşullarının optimal hale getirilmesini sağlamayı amaçlayan bir bilim dalıdır. Ergonomik tasarım uygulamalarında kullanım kolaylığı, rahatlığı arttırması, sağlığı korurken aynı anda performans düzeyinde de artış sağlaması amaçlanmaktadır. Yaşlılık, çeşitli rahatsızlıklar ve yeti kayıplarının bir sonucu olarak yaşlılık genellikle yaşam alanının sınırlandığı bir dönemdir. Bu dönemde yaşlı bireyler, tanıdıkları bir çevrede olmak, kendi evlerinde yaşamak isterler. Bu anlamda en rahat hissettikleri yer, evleridir. Yaşlıların yaşam kaliteleri, fiziksel ve ruhsal sağlıkları, günlük yaşamlarının büyük bölümünün geçtiği konut ve çevresinin koşulları ile doğrudan ilişkilidir. Konutların yaşlı bireylerin tüm gereksinmelerini ve gerekli konfor koşullarını sağlayacak özellikte olması bu nedenle çok önemlidir. Uygun olmayan fiziksel koşullar günlük yaşamla ilgili aktivitelerini azaltmakta, ilerleyen yaşa bağlı olarak vücut

sistemindeki değişiklikler ve kas kuvvet azalması ile bağımsız fonksiyonel aktivite yetenekleri olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle ergonomi, ilerleyen yaşı bağlı olarak insan kullanımına ve etkileşimine açık olan her şeyin insana uygun tasarımıyla; insan kas kuvveti ve fonksiyonel aktivite düzeyinin arttırılması, güvenliğinin sağlanması, insan sağlığının korunması ve iyileştirilmesini amaçlamaktadır. Ergonomik tasarımda amaç, tasarlanan ekipman, mobilya ya da mekanları kullanıcının yetenek ve kapasitesini en üst düzeye çıkarmak, yaşlı bireylerde vücudun ilgili organ ve özelliklerine uygun olacak ve oluşabilecek kaza (düşme) sayısını minimuma indirmek ve ergonomik tasarım kullanıcının fiziksel ve psiko-sosyal tüm gereksinimlerini karşılayacak prensipleri içermelidir. Yaşlanma ile birlikte fiziksel yetersizliğin giderek artması ve çevrenin olumsuz baskısı bireylerin ev ortamında daha fazla zaman geçirmelerine neden olmaktadır. Yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun ev ile ilgili faaliyetleri bağımsız sürdüremedikleri, sürdürmeye çalışanların ise yaşlılığa bağlı kısıtlamaları ve ev donanımlarının uygun olmaması nedeni ile çeşitli sorunlar ile karşılaşmalarına neden olmaktadır. Konut dizaynlarında yaşlıların fiziksel engellilik düzeylerinin düşünülmemesi sonucu şehir içi ulaşmaları gibi birçok alanda güçlükler yaşanmaktadır. Bu durum yaşlı bireylerin sosyal izolasyonuna neden olmaktadır. Yaşlı bireylere yönelik yapılacak doğru ergonomik yaklaşım ve yaşlı bireylere yönelik teknolojiler (geronteknoloji) kullanıcı ve çevre arasındaki ilişkilerin optimizasyonunda önemli yararlar sağlayacaktır. Yaşlı bireylerin nerede, nasıl yaşayacakları ve yaşadığı yerin düzenlenmesi refahları açısından önemlidir.

Basamaklar, eşikler, dar geçit ve tuvalet bölümleri mevcut fiziksel özellikler bireyin bağımsızlığını kısıtlayabilir. Mimari engeller, yaşlı bireyin bağımsızlığını etkileyen en önemli konulardan biridir. Mimari engelleri ortadan kaldırmak için sosyal çalışmacılar, mimarlar, iç mimarlar, endüstriyel tasarımcılar ve sağlık personelleri birlikte çalışmalıdırlar.

Yaşlı bireylerde ergonomik / ev düzenlenmesinde, apartman girişleri yeterince aydınlatılmış olmalı, iyi aydınlatma süresi yaşlılarda merdiven iniş çıkış hızına göre ayarlanması düşmeleri ve gelen kişileri görmeleri için önemlidir. Apartman girişlerinde, elektrik düğme ve prizler en fazla 90-100 cm yükseklikte olmalıdır. Düğmeler fosforlu olmalı belli bölgeler gecede belli olacak fosforlu bantlar olmalıdır. Yatak odası, iyi aydınlatılmış ve havalandırma olanağı bulunmalı, banyo ve tuvalet birbirine yakın, yaşlı bireyin tekerlekli sandalye ve baston ile rahatça dolaşabileceği genişlikte olmalıdır. Yataktan kalkarken tutunma barları bulunmalıdır. Oturma odası, yaşlılar için yeterli hareket alanı sağlanmalı, oda içerisindeki fazla eşyalar mümkün olduğunca azaltılmalı, özellikle yüksekliği az olan masa, sehpa vb. mobilyalar yürüme yolu üzerine yerleştirilmemelidir. Halılar kaygan, kenarı düşmeye neden olacak şekilde kıvrık ve kalkık olmamalıdır. Elektrik kabloları takılmaya neden olacak şekilde ortada bırakılmamalı, zedelenme vs. varsa değiştirilmelidir. Özellikle diz ve kalça problemlili yaşlı bireylerde sandalyeler yaşlının kolayca oturup kalkacağı, tutunma kolları uzun ve daha iyi kuvvet alabileceği şekilde olmalıdır. Mutfak, yaşlılar için ergonomik tasarım prensiplerine uygun olarak tasarlanmış bir mutfak hem gereksiz enerji harcamasına engel olur hem de kaza riskini azaltır. İşlevsel bir mutfak tasarımı için ekipmanlar eylem sırasına (tedarik etme-yıkama/hazırlama-pişirme-servis) göre dizilmeli, işlevsel bir mutfak tasarımı için ekipmanlar eylem sırasına (tedarik etme-yıkama/hazırlama-pişirme-servis) göre dizilmelidir. Depolama alanları rahat erişim sağlanacak şekilde konumlandırılmalıdır. Yaşlı kullanıcılar için maksimum raf yüksekliği 150 cm'dir. Eğilme ve dizleri bükebilmedeki zorluklar sebebiyle alt dolaplardaki rafların yüksekliğinin de minimum 40 cm olması tercih edilir. Mutfak tezgahı yüksekliği genellikle 90 cm yapılmaktadır ancak bu yükseklik, ileri yaşlarda kaçınılmaz olarak görülen osteoporozla bağlı olarak, yaşlıların boylarının kısalması nedeni ile zaman içinde olması gerekenden

yüksek kalmaktadır. Banyo ve tuvaletler, hareket yeteneklerinin sınırlandırılması, eklem rahatsızlıkları vb. nedenlerle oturup kalkması zorlaşan yaşlı bireyin tuvaleti bağımsız bir şekilde kullanımını sağlamak için oturma yüksekliği standart 45 cm olmalıdır. Yanlarda tutunma barları olmalıdır. Kalça cerrahisi geçiren yaşlılarda (artroplastisi), kalça dislokasyonunu önlemek için tuvalet yükselticisi kullanılmalıdır. Musluklar kolay kavranabilir ve ayarlanabilir özellikte olmalıdır. Bu bölgedeki oturma birimleri yerden 43-48 cm yükseklikte olmalı ve oturma yüzeyi kaymaz şekilde yapılmalıdır.

Sonuç olarak, yaşlıların fonksiyonel aktivite devamlarında ergonomi ve ev içi düzenlemeleri son derece önemlidir. Yaşlıların aktif ve bağımsız bir yaşam sürdürebilmesi, onlara sunulan sosyal ve fiziki çevrenin yaşlıların algısal, zihinsel ve fiziksel kapasitelerine uygunluğu ile doğrudan ilişkilidir. Tasarım prensipleri belirlenirken, emniyet, işlevsellik, kullanım kolaylığı ve erişebilirlik ilkeleri temel alınmalıdır.

13:30 - 14:00 SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU

Moderatör:

Doç.Dr. İsmail Demir Dr. Öğretim Üyesi Gönül Düzgün

A Digital Analysis of the Health Interest in the Concept of Longevity in Turkey

Yasemin Kılıç Öztürk*, Yasemin Özkaya**, Mehmet Oğuzhan Çetin*

* University of Health Sciences Turkey, Izmir Faculty of Medicine
Tepecik Training and Research Hospital, Family Medicine
Department, Izmir, Türkiye

Orcid ID:0000-0003-1463-6627

** Izmir City Hospital, Family Medicine Department Izmir, Türkiye

Orcid ID:0000-0003-2620-8275

Aim: The concept of “longevity” refers not only to the extension of lifespan but also to the pursuit of a healthy, independent, and high-quality life, making it a multidisciplinary phenomenon. In the international literature, the concept has been associated with biogerontology, public health, genetics, nutrition, pharmacology, and lifestyle research. Since the 2000s, with the rise of studies in the biology of aging, the prevention of age-related diseases, and the growing emphasis on “healthy aging” approaches, scientific interest in longevity has increased significantly. In this context, the goal is not only to extend life quantitatively but also to enhance it qualitatively; while on the individual level, strategies for healthy living are discussed, on the societal level, sustainable health policies are emphasized.

In recent years, another groundbreaking technological development in the field of epidemiology in health services has been the emergence of the concept of **infodemiology**. Infodemiological methods, through the monitoring and analysis of all types of digital data and information circulating on the internet related to health, have the potential to provide early warning signals, track the course of health-related developments, and generate insights into major public health issues. **The aim of this study** is to examine the digital interest in the concept of “longevity” in Turkey through Google Trends data and to compare the findings with international trends.

Materials and Methods: In this study, **Google Trends**, one of the most frequently used tools in digital epidemiological research, was utilized. Trends data were accessed via <http://trends.google.com>. Analyses from September 2025 were taken as the reference point. The filters applied included “Turkey,” “2004 to present,” “Google web search,” and “all categories.” Using the keyword “Longevity,” the retrieved data were examined in terms of provincial distribution, related queries, and temporal trends.

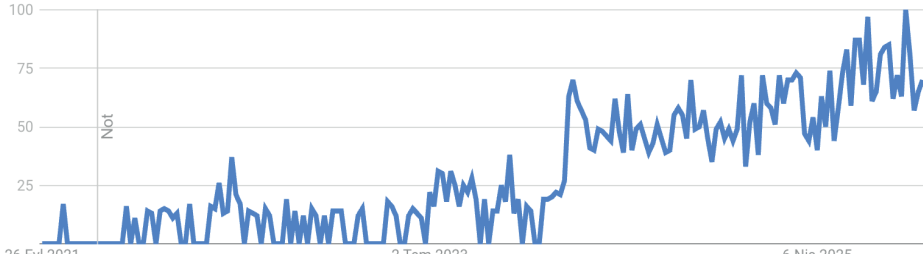


Figure 1: Interest in longevity over time

Regarding regional distribution, Çanakkale ranked first, followed by Iğdır and İstanbul, which emerged as the provinces with the highest search volumes.

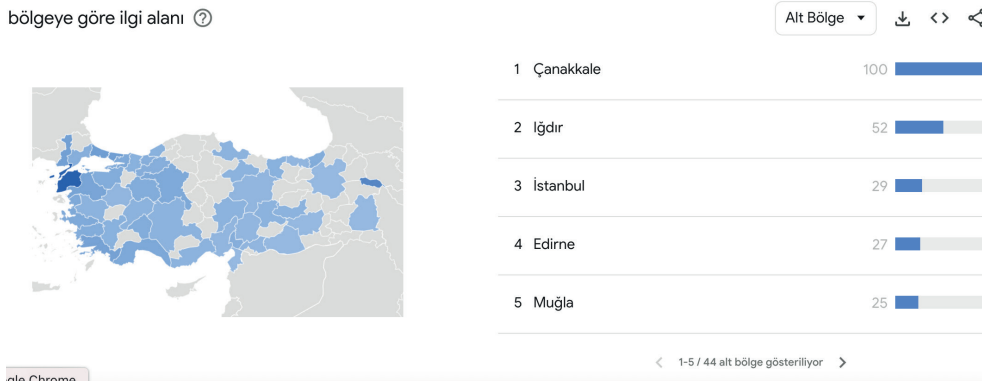


Figure 2: Area of interest by sub-region in Turkey

Discussion: The findings reveal that digital interest in the concept of “longevity” in Turkey has increased significantly, particularly since 2023. Considering that the concept became popular in the international literature as early as the 2000s in studies on biogerontology, healthy aging, and the extension of lifespan, this delayed rise in Turkey is noteworthy. The prominence of Çanakkale in regional search intensity suggests that tourism-oriented initiatives, such as the opening of the “Longevity Hotel” in Assos, may have influenced digital health-related searches.

This indicates that infodemiological approaches reflect not only genuine health interests but also cultural, commercial, and tourism-related factors. Therefore, when interpreting Google Trends data, it is crucial to take into account the different contexts in which concepts are used to generate accurate insights into health behaviors.

Conclusion: It has been determined that digital interest in the concept of “longevity” in Turkey has increased notably since 2023. The findings demonstrate that the concept has gained popularity not only due to scientific developments in the health field but also under the influence of tourism and commercial factors. This underscores the importance of considering contextual influences when interpreting data obtained through infodemiological methods.

Keywords: Longevity, Healthy Aging, Infodemiology, Google Trends, Digital Epidemiology

Geriatrik Hastada Disfaji ile Ortaya Çıkan Geç Başlangıçlı Amiyotrofik Lateral Skleroz Vakası

Selin Çınar¹, Meriç Alpuruk², Sevnaz Şahin¹, Aslı Kılavuz¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia, defined as difficulty in swallowing, is a common geriatric syndrome affecting 10–33% of older adults and is associated with malnutrition, aspiration pneumonia, and increased mortality risk. While often related to neurological causes such as stroke and dementia or to mechanical disorders, it may also signal a neuromuscular disease. Up to 90% of patients

with Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) develop dysphagia, particularly those with bulbar-onset disease, which is more frequent in older adults. This case highlights the importance of considering ALS in elderly patients presenting with dysphagia.

Case Presentation: A 79-year-old male was admitted with progressive weight loss (11 kg in 4 months) and cough. His medical history included dementia, depression, and other comorbidities. Over the following months, he developed progressive dysphagia, accompanied by increasing difficulty in swallowing both solids and liquids. The coexistence of multiple comorbidities and the rapid progression of symptoms posed challenges in diagnosis and management. Neurological examination revealed tongue fasciculations and widespread fasciculations in the extremities, and Electromyography demonstrated motor neuron involvement consistent with ALS. Despite supportive treatments, the patient required jejunostomy and tracheostomy. His condition progressively deteriorated, and he died within a few months despite multidisciplinary care.

Discussion: The diagnosis of dysphagia in older adults is often masked by the presence of multiple comorbidities, complicating the recognition of ALS. Bulbar-onset ALS carries a poorer prognosis than spinal-onset disease. Atypical clinical features, overlapping comorbidities, and functional decline observed in the geriatric population may obscure the presentation of neuromuscular disorders. Attention to neurological examination findings is crucial for the early recognition of ALS in elderly patients with dysphagia. A multidisciplinary approach is essential to optimize outcomes and reduce caregiver burden. Conclusion: Although rare, ALS remains a clinically significant cause of dysphagia in older adults. Early identification plays a vital role in enabling nutritional interventions, aspiration prevention, and respiratory support, while also supporting appropriate palliative care planning. ALS should always be

considered in the differential diagnosis of elderly patients presenting with dysphagia.

ÖZET

Giriş: Disfaji, yaşlı yetişkinlerin %10–33'ünü etkileyen yaygın bir geriatrik sendromdur ve malnütrisyon, aspirasyon pnömonisi ve artmış mortalite riskiyle ilişkilidir. Genellikle inme, demans gibi nörolojik nedenler veya mekanik bozukluklarla ilişkili olmakla birlikte, nöromüsküler bir hastalığın da sinyali olabilir. ALS hastalarının %90'ına kadarında disfaji gelişir; özellikle yaşlılarda daha sık görülen bulber başlangıçlı tipte bu durum belirgindir. Bu olgu, disfaji ile başvuran yaşlı hastalarda ALS olasılığının ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmasının önemini vurgulamaktadır.

Olgu Sunumu: Yetmiş dokuz yaşındaki erkek hasta, son dört ayda 11 kg'a ulaşan ilerleyici kilo kaybı ve öksürük şikayetleriyle başvurdu. Tıbbi öyküsünde demans, depresyon ve diğer komorbiditeler mevcuttu. İzleyen aylarda, katı ve sıvı gıdaların yutulmasında artan güçlkle seyreden progresif disfaji gelişti. Birden fazla komorbiditenin varlığı ve semptomların hızlı ilerleyişi tanı ve tedavi sürecinde zorluklar yarattı. Nörolojik muayenede dilde fasikülasyonlar ve ekstremitelerde yaygın fasikülasyonlar saptandı; elektromiyografide ALS ile uyumlu motor nöron tutulumu izlendi. Destek tedavilere rağmen, hasta jejunostomi ve trakeostomiye ihtiyaç duydu. Klinik durumu giderek kötüleşti ve multidisipliner bakıma rağmen birkaç ay içinde yaşamını yitirdi.

Tartışma: Yaşlılarda disfaji tanısı, diğer geriatrik komorbiditelerin varlığı nedeniyle sıklıkla maskelendiğinden, ALS tanısı koymak zorlaşmaktadır. Bulber başlangıçlı ALS, spinal başlangıçlı hastalığa göre daha kötü prognoz taşır. Geriatrik popülasyonda gözlenen atipik klinik özellikler, komorbiditeler ve fonksiyonel kötüleşme, nöromüsküler bir hastalığın tablosunu belirsizleştirebilir. Disfajisi olan yaşlı hastalarda ALS'nin erken tanınması için nörolojik muayene bulgularına dikkat

edilmesi kritik öneme sahiptir. Multidisipliner bir yaklaşım, sonuçları optimize etmek ve bakıcı yükünü azaltmak için esastır. **Sonuç:** ALS, yaşlı erişkinlerde disfajinin nadir fakat klinik açıdan önemli bir nedenidir. Erken teşhis, beslenme, aspirasyonun önlenmesi ve solunum desteğinin sağlanması kadar, uygun palyatif bakım planlaması açısından da hayati rol oynar. Disfaji ile başvuran yaşlı hastaların ayırıcı tanısında ALS her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

GİRİŞ

Disfaji, çiğneme ve yutma bozukluğu ile karakterize (1) olup yaşlı yetişkinlerin %10-33'ünü etkileyen bir geriatrik sendromdur. (2) Disfaji tanısı konan geriatrik hastalarda, malnütrisyon (3), aspirasyon pnömonisi (4) görülebilmekte, rehabilitasyon ihtiyacı artmakta ve mortalite oranları yükselmektedir.(5) Disfaji, orofaringial veya özofageal olabilir. Özofageal disfaji, peristaltik bozukluklar veya doku hasarına bağlı gelişir ve yaygın nedenleri arasında özefagus darlıkları, ilaç kaynaklı özofajit ve enfeksiyonlar yer alır. (2) Orofaringeal disfaji ise, Alzheimer hastalarının %80'inde ve Parkinson hastalarının seyrinde %60'larda (6), inme geçiren hastaların ise akut döneminde %64-78'inde, kronik döneminde ise %40-81'inde (4) gözlenebilmekte birlikte, nöromusküler bir hastalığın da göstergesi olabilir. (7)

Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS) hastalarının %90'ına kadarında disfaji gelişir (8); özellikle yaşlılarda daha sık görülen bulber başlangıçlı tipte bu durum daha belirgindir.(9) ALS'nin yıllık insidansı dünya genelinde 100.000 kişide 1,7 prevalansı ise 100.000 kişide 4-5 civarındadır. Hastalığın başlangıç yaşı ortalama 60 olup, sıklıkla 70 yaş civarında en yüksek düzeydedir; ancak 80 yaşın üzerinde insidans azalır.(10) Bu olgu, disfaji ile başvuran yaşlı hastalarda ALS olasılığının gözden kaçırılmamasının önemini vurgulamaktadır.

OLGU SUNUMU

A.T. , 79 yaşında erkek hasta, son 2 yıldır süregelen kilo kaybı, giderek azalan oryantasyon ve öksürük şikayetleri ile geriatri polikliniğine başvurdu. Son 4 ayda 11 kg kaybettiği öğrenilen hasta, kilo kaybı nedeninin araştırılması amacıyla Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. Geriatri servisine yatırıldı.

Hastanın tıbbi öyküsünde koroner arter hastalığı (2010 ve 2022 yıllarında olmak üzere iki kez Koroner anjiyografi ve Perkütan koroner anjiyoplasti (CAG/PCI) uygulanmış), hipotiroidi, depresyon, hiperlipidemi ve 2 yıldır olan Alzheimer tipi demansı vardı. Mide ülseri nedeniyle 1973 senesinde distal mide rezeksiyonu geçirdiği öğrenildi. 45 paket yıl sigara kullanımı olan hasta, son 13 yıldır sigara içmiyordu. Alkolü ise sosyal olarak tüketmekteydi. Soygeçmişinde anlamlı özellik saptanmadı. Hastanın ilaçları arasında Klopidoğrel 1x75 mg/gün, Atorvastatin 1x40 mg/gün, Metoprolol 1x50 mg/gün, Donepezil/Memantin 1x 10/20 mg/gün, Levotiroksin 1x25 mcg/gün ve Mirtazapin 1x30 mg/gün ,D vitamini kapsülü 1x 20.000 U/hafta ,B12 vitamini tb 1x1/gün bulunmaktaydı.

Sistemik sorgulamada halsizlik, iştahsızlık, ses kısıklığı, konuşmada ve yürümede yavaşlama tarif edildi. Kabızlık veya inkontinans öyküsü yoktu. Vital bulgular TA: 100/60 HR:81 Ateş: 36,7; sağ akciğer bazalinde krepitan raller mevcuttu. Lab tetkiklerinde **ALT/AST:** 25/22 U/L, **Kreatinin/Üre:** 0.95 mg/dL / 53 mg/dL, **Na/K:** 141 mmol/L / 3.9 mmol/L, **CRP:** 23 mg/L, **Sedim:** 19 mm/saat, **WBC:** 12 800 /mm³, **Hgb:** 11.9 g/dL, **Plt:** 210 × 10³ /mm³, **TSH:** 5.61 µU/mL, **B12:** 657 pg/mL, **HbA1c:** 5.5 %. PA grafisiyle değerlendirilen hastanın uzun süreli sigara öyküsü sebebiyle istenen yüksek çözünürlüklü Toraks BT'de sağ akciğer orta lob medial segmentte periferik yerleşimli, spiküle kontürlü 2x1,5 cm kitle saptandı. Kitleden fiberoptik bronkoskopi yöntemiyle alınan Tru-cut biyopsi sonucunda antrakoz pigment içeren lenfoid doku ve alveoler yapıyı bozan dev hücreli granülomlar ile fibroblastik tıkaçlar görüldü;

malignite lehine bulguya rastlanmadı. Malnütrisyon ve istemsiz kilo kaybı nedeniyle GİS malignite araştırmaları kapsamında yapılan endoskopide alkalen reflü gastriti, kolonoskopide ise transvers ve inen kolonda tubüler adenom tipi polipler (polipektomi uygulandı) ve sol kolonda divertiküller tespit edildi. NRS 2002 skoru 5 olarak değerlendirilip malnütrisyon ile uyumlu bulundu (BMI: 16,4 kg/m²). Buna göre hastaya kalori ihtiyacı hesaplanarak oral beslenme desteği (ONS) başlandı. Depresyon tedavisi altında olan hastanın depresif semptomlarının devam etmesi üzerine mevcut Mirtazapin tedavisine ek olarak Sertralin 50 mg başlandı. Geriatri servisinde yatışı süresince başlanan ONS tedavisine iyi yanıt alınarak hastanın kilosunda artış sağlandı. Kapsamlı malignite taramaları negatif saptanan, klinik durumu stabil seyreden hasta, poliklinik takibi planlanarak taburcu edildi.

Geriatri servisine yatışından 6 ay sonra geriatri polikliniğine başvurduğunda sıvı ve katılara karşı progresif disfaji, konuşmanın anlaşılmaz hale gelmesi ve küçük adımlarla yürüme gibi yeni semptomlar geliştiği öğrenildi. Disfaji ve kilo kaybına eşlik eden nörolojik bulgular nedeniyle hasta ileri değerlendirme amacıyla EÜTF Nöroloji BD'ye yönlendirildi. Hasta, Nöroloji servisine yatırılarak takip edildi. Daha öncesinde demans dışında bilinen nörolojik bir hastalığı bulunmayan hasta, nöromusküler ve ekstrapiramidal bozukluklar açısından değerlendirildi. Parkinsonizmle sonuçlanan prodromal sinükleopati bulguları açısından sorgulandığında, REM uykusu davranış bozukluğu açısından şüpheli sayılabilecek uykuda elleriyle bir şeyleri yakalamaya çalışma hareketi, depresyon geçmişi ve kognitif fonksiyonlarında gerileme (CDR 2) mevcuttu; fakat anosmi/hiposmi, inkontinans ve konstipasyon gibi otonomik bulgular, psikotik yakınmalar belirtilmedi. Hastanın nörolojik değerlendirmesinde kooperasyonu mevcut; ama zaman oryantasyonu bozulmuştu. Kraniyel sinir muayenesinde göz hareketlerinde kısıtlılık yoktu, Trigeminal duyu ve motor

dallar olağandı, fasiyal sinir tarafından inerve edilen kaslarda ve M. Trapezius ve M. Sternocleidomastoideus kaslarında güçsüzlük izlenmedi. Deviasyon olmamakla birlikte dilde fasikülasyon saptandı, pupil ve GAG refleksleri korunmuştu. Yatak başı yapılan yutma fonksiyonu değerlendirmesinde 20cc sıvıyı yutmaya çalışırken aspire etmekteydi. Konuşması hipofonikti. Kas gruplarında motor muayenede güçsüzlük saptanmadı; ancak hastanın ekstremitelerde kaslarında yaygın fasikülasyon mevcuttu. Biceps, triceps ve patella refleksleri bilateral canlıydı, sağ alt ekstremitesinde Chaddock refleksi pozitif bulundu. Sensöriyel defisit yoktu. Ekstrapiramidal sistem ve serebellum değerlendirmesinde patolojik bulgu saptanmadı. Yürüyüşü küçük adımlarla ve güvensizdi. Serumda bakılan asetilkolin reseptör antikoru negatif sonuçlandı, anti-nöronal paraneoplastik antikor saptanmadı. Kranial MR’ında bilateral sentrum semiovale düzeyinde periventriküler ve subkortikal beyaz cevher alanlarında iskemik-gliotik sinyal değişiklikler görüldü, kortikal sulkuslar ve fissürler normalden derin ve geniş olarak değerlendirildi. Bulber semptomları ve nörolojik muayenesinde üst ve alt motor nöron bulguları birlikteliği saptanan hastanın elektromyografi (EMG) ’sinde yaygın ön boynuz motor nöron tutulumuyla uyumlu elektrofizyolojik bulgular tespit edildi. Klinik ve elektrofizyolojik bulgular doğrultusunda ALS tanısı konuldu ve Riluzol 50 mg 2*1 tedavisi başlandı.

Nöroloji servisinde takip edilen hastanın disfaji semptomu ağırlaşmasından dolayı beslenme desteği sağlamak üzerine nazogastrik sonda takıldı. Eneteral beslenme sırasında besinlerin aspire edilmesi aspirasyon pnömonisine yol açtı ve antibiyoterapiye başlandı. Solunum sıkıntısının ilerlemesi ve bilincinin bozulması nedeniyle hasta, entübe edilerek yoğun bakım takibine alındı. Uzun vadeli beslenme desteği planı kapsamında, Gastroenteroloji bölümü tarafından perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) açılması denendi; ancak distal mide rezeksiyonu nedeniyle

başarılı olunamadı. Bunun üzerine Genel Cerrahi bölümü tarafından Jejunostomi girişimi başarılı oldu. Solunum desteği sağlamak amacıyla trakeostomi açıldı ve hasta homevent cihaz desteğine alındı. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon bölümü tarafından nörolojik rehabilitasyon programı ile takipleri devam etti. Yoğun bakımda 3 ay süresince tedavileri devam eden hasta, kronik rehabilitasyonu amacıyla palyatif bakım servisine devredildi. Hastamız, ALS tanısı almasını takiben 4 ay sonra, Temmuz 2024'te palyatif serviste yaşamını yitirdi.

TARTIŞMA

Amiyotrofik Lateral Skleroz, motor nöronların ilerleyici kaybı ile karakterize nörodejeneratif bir hastalıktır. Teşhis aldıktan sonra genellikle 2-5 yıl içinde felç ve ölüme yol açar. (11) Genellikle ölüm nedeni solunum yetmezliği, aspirasyon pnömonisi, malnütrisyon ve dehidratasyondur. (12) ALS, erkeklerde kadınlara kıyasla daha sık, erkek/kadın oranı yaklaşık 1,2:1 olarak bildirilmiştir.(13) ALS hastalığının %90'ı sporadik, %10'luk genetik (C9orf72, SOD1, TARDBP, FUS veya CHCHD10) olup bazı genleri, frontotemporal demans'ta da görülmekte; bu da her iki hastalık arasındaki moleküler bağı desteklemektedir. (14)

Son araştırmalar, yaşlı bireylerde nörodejeneratif hastalıkların hem insidansında hem de prevalansında artış olduğunu göstermektedir; ancak bazı çalışmalar ALS insidansının 70 yaş civarında zirveye ulaşp 80 yaş üzerinde azaldığını bildirmiştir.(15-18) Dandaba ve arkadaşları tarafından "en yaşlı ALS" olarak tanımlanan 80 yaş ve üzeri hastaların epidemiyolojik ve klinik özelliklerini inceleyen çalışma sayısı sınırlıdır. (19) Bazı araştırmalar bu grupta bulber tutulum ve demans birlikteliğinin daha sık olduğunu öne sürse de, yaşlanan nüfusun etkisiyle sayısı artacağı öngörülen bu hasta grubunun diğer klinik özellikleri yeterince araştırılmamıştır. (17,20-22)

ALS'nin başlangıç tipine bağlı olarak disfaji (OD) belirtileri ve semptomları farklılık gösterebilir; nadir durumlarda ilk ve en belirgin semptom yutma güçlüğü olabilir. OD'nin yaygın semptomları arasında öksürük, dispne, boğulma hissi, yutkunma başlatmada zorluk, gıdanın boğazda takılması, ağızda aşırı tükürük birikimi (sialore), nazal regürjitasyon (burun yoluyla geri kaçış), ses/konuşma değişiklikleri ve kilo kaybı yer alır. (23) ALS hastalarının yaklaşık %30'u bulber semptomlarla başvurmakta olup (24), bu varyanttaki hastalar spinal başlangıçlı vakalara kıyasla daha erken ve daha belirgin yutma güçlüğü yaşar(25) ve solunum/yutma fonksiyonlarıyla doğrudan ilişkili olduğu için daha kısa yaşam beklentisine sahiptir. (26,27) ALS ilişkili disfaji; aspirasyon pnömonisi, malnütrisyon ve dehidratasyon gibi sağkalımı olumsuz etkileyen ciddi komplikasyonlara yol açar ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir.(12) Als'de disfaji taraması için DYALS ölçeği gibi valide edilmiş araçlar önerilmekte (27) ; altın standart olarak fiberoptik endoskopik değerlendirme (FEES) ve videofloreskopik yutma çalışması kullanılmaktadır.(28)

ALS'de disfaji yönetimi reaktif yaklaşımdan proaktif yaklaşıma kaymakta olup, hasta semptomlar oluşmadan dahi erken dönemde konuşma ve dil terapistine yönlendirilmelidir.(29,30) Diyetin düzenlenmesi ve postüral manevralar gibi malnütrisyonu önleme stratejileri oral beslenmeyi koruyarak PEG (Perkutan Endoskopik Gastrostomi) gereksinimini geciktirebilir .(31,32) Kılavuzlar, başlangıç ağırlığının %10'undan fazla kaybedilmesi veya Zorlu Vital Kapasitenin (FVC) beklenen değerin %50'sinin altına düşmesi gibi kritik eşikler oluştuğunda PEG uygulanmasını önermektedir. (33) PEG'in, özellikle yerleştirden sonra FVC \geq %50 olan hastalarda sağkalımı anlamlı ölçüde artırdığı bildirilmiştir. (29) Ayrıca solunum yetmezliğinin önlenmesi için NIMV (Noninvasif Mekanik Ventilasyon) ve gerekli durumlarda trakeostomi gibi yöntemler tavsiye edilmektedir.(34)

Disfaji ile başvuran yaşlı hastalarda sistematik bir değerlendirme kritik öneme sahiptir; bu kapsamda mevcut komorbiditeler dikkate alınmalı ve ayrıntılı nörolojik muayenenin titizlikle gerçekleştirilmesi zorunludur. Atipik klinik sunumlar ve polinöropati/depresyon gibi yaygın komorbiditeler, ALS semptomlarını maskeleyerek tanıyı geciktirebilir.(35) Ayrıca, hastanın başka bir nörodejeneratif hastalığa sahip olması da ALS tanısının atlanmasına neden olabilir. Geriatrik ALS hastalarının değerlendirilmesinin multidisipliner bir yaklaşım (Geriatri, Nöroloji, Dil-Konuşma Terapisti, Diyetisyen, Palyatif bakım) gereklidir ve olası risk faktörleri açısından detaylı ele alınmalıdır. Mevcut çalışmaların sınırlı olması nedeniyle, hastalığın erken teşhisini ve tedaviye hızlı başlangıcını sağlamak amacıyla risk altındaki alt popülasyonların tanımlanması için köklü araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SONUÇ

ALS, tedavisi son derece zor ve ölümcül seyreden bir hastalıktır. Vakamızda da görüldüğü gibi, disfajisi olan hastamızın komorbiditeleri (demans, depresyon), hastalığın hızlı ilerlemesi ve agresif seyretmesi, tanı ve tedavi sürecinde önemli zorluklar yaratmıştır. Hastamız, verilen destek tedavilere rağmen kısa sürede yaşamını kaybetmiştir. Disfaji yaşayan yaşlı hastalarda, prevalansı düşük olsa dahi ALS gibi geç başlangıçlı durumlar erken teşhis açısından mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Erken başlanan destek tedavileri, hastanın yaşam kalitesini artırabilir, komplikasyonları azaltabilir, yaşam süresini uzatabilir, bakıcı yükünü hafifletebilir ve sağlık ekonomisine katkı sağlayabilir. Bu nedenle, yaşlı ALS hastalarının tanı ve tedavi süreçlerine yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. de Sire A, Ferrillo M, Lippi L, Agostini F, de Sire R, Ferrar PE, et al. Sarcopenic Dysphagia, Malnutrition, and Oral Frailty in Elderly: A Comprehensive Review. *Nutrients* [Internet]. 2022 Mar 1
2. Thiyagalingam S, Kulinski AE, Thorsteinsdottir B, Shindelar KL, Takahashi PY. Dysphagia in Older Adults. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2021 Feb 1
3. Tagliaferri S, Lauretani F, Pelá G, Meschi T, Maggio M. The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. *Clin Nutr* [Internet]. 2019 Dec 1
4. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* [Internet]. 2005 Dec
5. Patel DA, Krishnaswami S, Steger E, Conover E, Vaezi MF, Ciucci MR, et al. Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus* [Internet]. 2018 Jan 1
6. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2015 May 22 [cited 2025 Feb 10];12(5):259–70.
7. Panebianco M, Marchese-Ragona R, Masiero S, Restivo DA. Dysphagia in neurological diseases: a literature review. *Neurol Sci* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2025 Feb 10];41(11):3067–73.
8. Perry BJ, Nelson J, Wong JB, Kent DM. The cumulative incidence of dysphagia and dysphagia-free survival in persons diagnosed with amyotrophic lateral sclerosis. *Muscle Nerve* [Internet]. 2021 Jul 1

9. Haverkamp LJ, Appel V, Appel SH. Natural history of amyotrophic lateral sclerosis in a database population. Validation of a scoring system and a model for survival prediction. Brain [Internet]. 1995 Jun
10. Marin B, Boumé diene F, Logroscino G, Couratier P, Babron MC, Leutenegger AL, et al. Variation in worldwide incidence of amyotrophic lateral sclerosis: a meta-analysis. Int J Epidemiol [Internet]. 2017 Feb 1
11. Kiernan MC, Vucic S, Cheah BC, Turner MR, Eisen A, Hardiman O, et al. Amyotrophic lateral sclerosis. Lancet (London, England) [Internet]. 2011
12. Czaplinski A, Yen AA, Simpson EP, Appel SH. Predictability of disease progression in amyotrophic lateral sclerosis. Muscle Nerve [Internet]. 2006 Dec
13. Manjaly ZR, Scott KM, Abhinav K, Wijesekera L, Ganesalingam J, Goldstein LH, et al. The sex ratio in amyotrophic lateral sclerosis: A population based study. Amyotroph Lateral Scler [Internet]. 2010 Oct
14. Nijs M, Van Damme P. The genetics of amyotrophic lateral sclerosis. Curr Opin Neurol [Internet]. 2024 Oct 1
15. Chiò A, Terreni A, Cucatto A, Calvo A, Bertolotto A, Bottacchi E, et al. Incidence of ALS in Italy: evidence for a uniform frequency in Western countries. Neurology [Internet]. 2001 Jan 23
16. Traynor BJ, Codd MB, Corr B, Forde C, Frost E, Hardiman O. Incidence and prevalence of ALS in Ireland, 1995-1997: a population-based study. Neurology [Internet]. 1999
17. Aragones JM, Altimiras J, Roura-Poch P, Homs E, Bajo L, Povedano M, et al. Amyotrophic lateral sclerosis: A higher than expected incidence in people over 80 years of age. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener [Internet]. 2016 Nov 16

18. Logroscino G, Beghi E, Zoccolella S, Palagano R, Fraddosio A, Simone IL, et al. Incidence of amyotrophic lateral sclerosis in southern Italy: a population based study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2005 Aug
19. Dandaba M, Couratier P, Labrunie A, Nicol M, Hamidou B, Raymondeau M, et al. Characteristics and Prognosis of Oldest Old Subjects with Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Neuroepidemiology* [Internet]. 2017 Oct 1
20. Longinetti E, Fang F. Epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis: an update of recent literature. *Curr Opin Neurol* [Internet]. 2019 Oct 1
21. Logroscino G, Piccininni M, Marin B, Nichols E, Abd-Allah F, Abdelalim A, et al. Global, regional, and national burden of motor neuron diseases 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* [Internet]. 2018 Dec 1
22. Marin B, Hamidou B, Couratier P, Nicol M, Delzor A, Raymondeau M, et al. Population-based epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis (ALS) in an ageing Europe--the French register of ALS in Limousin (FRALim register). *Eur J Neurol* [Internet]. 2014 Oct 1
23. Baijens LWJ, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2016 Oct 7
24. Finegan E, Chipika RH, Li Hi Shing S, Hardiman O, Bede P. Pathological Crying and Laughing in Motor Neuron Disease: Pathobiology, Screening, Intervention. *Front Neurol* [Internet]. 2019 Mar 21

25. Higo R, Tayama N, Nito T. Longitudinal analysis of progression of dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis. *Auris Nasus Larynx* [Internet]. 2004 Sep
26. Swinnen B, Robberecht W. The phenotypic variability of amyotrophic lateral sclerosis. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2014 Nov 5
27. Diamanti L, Borrelli P, Dubbioso R, Capasso M, Morelli C, Lunetta C, et al. Validation of the DYALS (dysphagia in amyotrophic lateral sclerosis) questionnaire for the evaluation of dysphagia in ALS patients. *Neurol Sci* [Internet]. 2022 May 1
28. Onesti E, Schettino I, Gori MC, Frasca V, Ceccanti M, Cambieri C, et al. Dysphagia in Amyotrophic Lateral Sclerosis: Impact on Patient Behavior, Diet Adaptation, and Riluzole Management. *Front Neurol* [Internet]. 2017 Mar 21
29. Kao TH, Perry BJ. The Current State and Future Directions of Swallowing Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Curr Phys Med Rehabil Reports* [Internet]. 2023 Jun 1
30. Borasio GD, Miller RG. Clinical characteristics and management of ALS. *Semin Neurol* [Internet]. 2001
31. Thibodeaux LS, Gutierrez A. Management of symptoms in amyotrophic lateral sclerosis. *Curr Treat Options Neurol* [Internet]. 2008 Mar 29
32. Rocha JA, Reis C, Simões F, Fonseca J, Mendes Ribeiro J. Diagnostic investigation and multidisciplinary management in motor neuron disease. *J Neurol* [Internet]. 2005 Dec
33. Spataro R, Ficano L, Piccoli F, La Bella V. Percutaneous endoscopic gastrostomy in amyotrophic lateral sclerosis: effect on survival. *J Neurol Sci* [Internet]. 2011 May 15
34. Thibodeaux LS, Gutierrez A. Management of symptoms in amyotrophic lateral sclerosis. *Curr Treat Options Neurol* [Internet]. 2008 Mar

35. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. Ann Emerg Med [Internet]. 2010 Sep

Muhammed Mustafa Uzan¹, Hande İleri², Yasemin Kılıç Öztürk², Demet Merder¹

1 Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

2 Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Palyatif bakımda karar verme süreçleri, özellikle bilişsel bozukluğu olan hastalarda, etik ve hukuki açıdan oldukça karmaşık olabilmektedir. Bu mektupta, tıbbi onamın yasal geçerliliğini sağlamak isteyen klinisyenlerin karşılaştığı sınırlamaları ve zorlukları ortaya koyan bir olguyu paylaşmak istiyoruz.

Alzheimer hastalığı, hipertansiyon, tip 2 diyabet ve evre 1-2 bası ülserleri olan 91 yaşındaki kadın hasta palyatif bakım servisine yatırılmıştır. Birinci derece yakını bulunmadığı için bakım veren kişi üçüncü derece akrabası olmuştur. Hastanede yatış sürecinde perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) gerekliliği doğmuştur. Ancak hastanın kognitif durumu nedeniyle doğrudan aydınlatılmış onam alınamamıştır. Bu durumda hastane yönetimi, geçici kayyım atanması için yasal başvuru yapmıştır. İlçe sağlık müdürlüğü aracılığıyla yapılan başvuru, hastanın kayıtlarında mevcut bir vasi bulunduğu gerekçesiyle mahkeme tarafından reddedilmiştir.

Bu olgu, önemli bir ikileme işaret etmektedir: Hasta için yasal bir vasi atanmış olsa bile, bu kişinin karar anında erişilememesi gerekli müdahaleleri engelleyebilmektedir. Türk Medeni Kanunu'nun 426. maddesi, yasal temsilcisi bulunmayan bireyler için temsil kayyımı atanabileceğini belirtmektedir. Ancak uygulamada, var olan fakat ulaşılamayan bir vasi bile geçici kayyım başvurusunun reddine sebep olabilmektedir.¹

Literatürde kayyımlik genellikle pediatri ya da psikiyatrik nedenlerle ehliyetsiz bireyler bağlamında tartışılmaktadır. Oysa artan yaşlı nüfus ile birlikte palyatif bakımda da bu konunun önemi giderek artmaktadır. Aydınlatılmış onam, hem Hasta Hakları Yönetmeliği hem de etik ilkelere dayansa da, gerçek yaşamda palyatif senaryolarda uygulanabilirliği hukuki engellere takılabilmektedir.^{2,3}

Bu vaka, özellikle bilişsel bozukluğu olan hastalarda tıbbi onam sürecine dair daha net prosedürlerin geliştirilmesi gerekliliğine dikkat çekmektedir. Hukuki düzenlemeler veya en azından güncel klinik protokoller, bakım gecikmelerini önleyebilir ve hekimlerin etik sorumluluğunu hafifletebilir.⁴

Bu vakayı paylaşarak, palyatif bakımda yasal temsil süreçlerine dair tartışmaların ve politika geliştirme çabalarının teşvik edilmesini umuyoruz.

Kaynaklar

1. Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete. Türk Medeni Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr>
2. Türkiye Cumhuriyeti Resmî Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. Madde 40. <https://www.mevzuat.gov.tr>
3. Bozgeyik H, Pamuk T. Türk hukukunda kayyımlik, kayyımliğa ilişkin özel düzenlemeler ve uygulamadaki çeşitli sorunlar. *Electron J Soc Sci.* 2024;23(92).
4. Çalışkan AN, Durukan Köse S. Palyatif bakım merkezlerinin maliyet analizi: Denizli Devlet Hastanesi örneği. *Eurasian J Health Technol Assess.* 2020;4(2):68-89.

Preventing Social Isolation in Later Life through Primary Care-Based Social Prescribing: A Model for Türkiye

Uzm. Dr. Elif Negiş¹, Uzm. Dr. Zeynep Özün Erinç², Prof. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk^{3,4}

¹ Kiraz No. 1 Family Health Center, Izmir

² Urla District Health Directorate, Izmir

³ University of Health Sciences Turkey, Izmir Faculty of Medicine, Department of Family Medicine

⁴ University of Health Sciences Turkey, Izmir Tepecik Education and Research Hospital, 1st Palliative Care Center

Social isolation is not merely a psychosocial experience but a major public health issue with biological correlates, affecting cardiometabolic risk, inflammation, the sleep–endocrine axis, and immune regulation (1). Owing to the burden of chronic diseases, mobility and transportation limitations, and increasing care needs, older adults constitute the group most affected by this risk. Social prescribing is a personalized, holistic care approach in primary care that connects individuals to non-clinical community resources through a structured referral pathway based on the question “what matters to me?” (2,3). The aim of this study is to draw attention to a primary care-based social prescribing approach for preventing social isolation and to raise awareness of feasible implementation models grounded in Türkiye’s family medicine system.

This narrative qualitative review examined Turkish- and English-language publications published between 2015 and 2025 in PubMed/MEDLINE and Scopus. Systematic reviews, policy frameworks, implementation evaluations, and reports from official institutions were prioritized. Findings were thematically synthesized across conceptual foundations, international practice

models, evidence of effectiveness, measurement and follow-up strategies, and adaptation to the Turkish context.

The findings indicate that social prescribing is associated with reductions in loneliness and social isolation and improvements in mental well-being, self-efficacy, and social participation (4,5). Key active components of effective interventions include sufficient time allocation by a link worker to develop a personalized plan, supported and activated transitions to community resources, the availability of accessible and sustainable micro-activities, and regular follow-up mechanisms (6). Originating in the United Kingdom in the 1990s, social prescribing was institutionalized as a core component of personalized care within the National Health Service through the Long Term Plan (7,8), with the link worker positioned at the heart of the model (9). The World Health Organization defines social prescribing as a holistic approach addressing the social determinants of health by bridging clinical services and community resources (10).

International frameworks—particularly from the United Kingdom—recommend the combined use of validated outcome measures such as WEMWBS, UCLA Loneliness Scale, EQ-5D/SF-12/36, alongside healthcare utilization indicators, with follow-up assessments at 3, 6, and 12 months (11,12). While positive signals have been reported regarding reductions in repeat consultations and emergency department use, most studies are observational and heterogeneous, indicating the need for more robust designs to establish cost-effectiveness and causal impact on healthcare utilization (13).

In Türkiye, family health centers, local governments, social services, municipal senior centers, and a strong non-governmental organization ecosystem provide a favorable infrastructure for social prescribing initiatives. Within the proposed model, family

physicians play a key role in brief screening and referral, while a Social Prescribing Link Worker conducts in-depth assessment, personalized planning, active linkage to community resources, and continuity of follow-up.

In conclusion, social prescribing represents an effective and feasible primary care-based approach to addressing social isolation in later life as a condition that should be “identified, monitored, and managed.” International experience suggests that when supported by standardization and outcome measurement, sustained improvements in loneliness and well-being can be achieved, while impacts on healthcare utilization require further clarification through well-designed comparative studies. In Türkiye, small but determined pilot programs implemented through the family medicine–social services–municipality–NGO network are achievable and may lead to meaningful improvements in older adults’ quality of life.

References

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227–237. <https://doi.org/10.1177/1745569161456835>
2. NHS England. Social prescribing and community-based support: Summary guide (updated June 2020). London: NHS England; 2020. (Annex D: Common Outcomes Framework)
3. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. Supporting healthy ageing through social prescribing. 2024.
4. Cooper M, Murphy E, Woods HB, Russell S. Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(7):e060214.

5. Grover S, McGowan L, Campbell P, et al. Older adults and social prescribing: experience, outcomes and processes – a meta-aggregation systematic review. *Public Health*. 2023;222:115–126.
6. Davis-Hall M, Mawson J. The Bromley by Bow Centre: harnessing the power of communities to improve health. *Br J Gen Pract*. 2018;68(672):30–31.
7. Davis-Hall M, Mawson J. The Bromley by Bow Centre: harnessing the power of communities to improve health. *Br J Gen Pract*. 2018;68(672):30–31.
8. NHS England. The NHS Long Term Plan. London: NHS England; 2019 Aug 2. Available from: <https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/2022/07/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf>
9. The King's Fund. What is social prescribing? London: The King's Fund; 2020 Nov 4.
10. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. WHO promotes social prescribing to improve health and well-being in the Western Pacific. 2024 Jun 24.
11. UK Health Security Agency; Public Health England. Social prescribing: applying All Our Health (SNOMED CT coding guidance and follow-up recommendations). 2022 Jan 27.
12. Professional Record Standards Body (PRSB). Social Prescribing Information Standard. London: PRSB; 2023.
13. Percival A, De Rosis S, Knai C, et al. Systematic review of social prescribing and older adults: where to from here? *Fam Med Community Health*. 2022;10(Suppl 1):e001829.

The Role of Thickening Agents in Preventing Malnutrition and Supporting Healthy Aging in Older Adults

Tuncay Yılmaz¹, Behiç Mert²

¹ Department of Food Engineering, Manisa Celal Bayar University, Manisa, Türkiye

² Department of Food Engineering, Middle East Technical University, Ankara, Türkiye

Abstract

Swallowing difficulties (dysphagia) are common in older adults and are closely linked to malnutrition, dehydration, frailty, and aspiration pneumonia. These complications significantly reduce quality of life and increase healthcare utilization. This study highlights the role of thickening agents in ensuring safe swallowing, preventing malnutrition, and supporting healthy aging within age-friendly city initiatives.

Recent scientific studies, clinical trials, and international guidelines (IDDSI, WHO, and geriatric nutrition recommendations) were reviewed. The impact of thickening agents on swallowing safety, hydration, nutritional intake, and clinical outcomes in older adults was evaluated, with additional focus on applications in hospitals, nursing homes, and home-care settings.

Evidence shows that thickening agents reduce aspiration risk, enhance swallowing safety, and support adequate nutrient and fluid intake. Proper viscosity adjustment improves patient compliance and helps prevent malnutrition and frailty. Their use in dementia, palliative care, and geriatric oncology also increases comfort and patient satisfaction. Cost-effectiveness data indicate that locally produced thickeners can improve accessibility and reduce healthcare costs.

Thickening agents are essential components of dysphagia management and geriatric nutrition. By enabling safe and sufficient intake, they contribute to preventing malnutrition and maintaining functional independence. Within the “Age-Friendly Cities” framework, accessible and affordable thickening products support well-being, participation, and autonomy in older adults.

Overall, thickening agents offer an effective and scalable strategy to reduce aspiration-related complications and improve nutrition in elderly populations. Their broader integration into healthcare systems and aging policies is crucial for advancing safe swallowing and healthy aging.

Key words: dysphagia, thickening agents, malnutrition, elderly, geriatric nutrition

4. ULUSLARARASI 13. İZMİR İLERİ YAŞ SEMPOZYUMU

“YAŞ DOSTU İZMİR “

SONUÇ BİLDİRGESİ

İzmir Büyükşehir Belediyesi ve Ege Geriatri Derneği iş birliği ile İzmir’de ileri yaş nüfusun taleplerinin sağlık, sosyal politikalar, ekonomi, mimari, kültür, sanat, sosyal hizmetler, yerel ve merkezi yönetimler çerçevesinde irdelenmesi, farkındalığın arttırılması ve geleceğe yönelik ortak çalışma platformlarının oluşturulması amacıyla 4. Uluslararası, 13. Ulusal İzmir İleri Yaş Sempozyumu 09-10 Ekim 2025 tarihlerinde “Yaş Dostu İzmir” teması ile İzmir Ahmed Adnan Saygun Sanat Merkezi’nde yoğun bir katılım ve ilgi ile gerçekleştirilmiştir.

4. Uluslararası, 13. Ulusal İzmir İleri Yaş Sempozyumu bu yıl İzmir Büyükşehir Belediyesi’nin Yaş Dostu Kent olma hedefi çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaş Dostu Kentler ve Topluluklar

Küresel Ağına dahil olması nedeniyle “Yaş Dostu Kent “ temasını odağına almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü ve yerel yönetim temsilcilerinin, sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının, üniversitelerin, meslek odalarının, sivil toplum kuruluşlarının, akademisyenlerin ve uzmanların katılımı ile yaşlıların toplumsal katılım ve refahını artırmayı, aktif ve sağlıklı yaşlanmayı desteklemeyi, makro ve mikro çevrede güvenli yaşam olanakları sunmayı hedefleyen, her kes için erişilebilir bir kent olmayı amaçlayan “yaş dostu kent” kavramı İzmir’e odaklanarak ulusal ve uluslararası katılımı ile ele alınmıştır.

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planları ve Hedefler başlıklı konferans; Yaşlanma ve Sağlık, Sağlık Sistemleri, Yaş Dostu Kentler, DSÖ Yaş Dostu Kent Hedefleri, Türkiye Yaş Dostu Kent Deneyimleri Paylaşımı, Dünyadan Yaş Dostu İyi Uygulama Örnekleri, İzmir Örneğinde Yaş Dostu Kent Yaklaşımın Değerlendirmesi, Engelsiz Yaşlı Dostu Kent, Yaş Dostu Ulaşım, Trafik ve Katılım, Ergonomik / Güvenli Ev Düzenlemesi, Yaş Dostu Sosyal Hizmetler, Dünyada Yerel Yönetimlerde Yaşlı Bakım Modelleri başlıklarının yer aldığı bilimsel oturumlar ile Yaşlı Bireylerinin Sosyal Katılım Deneyimleri ve 3. Yaş Üniversitesi deneyimlerinin paylaşıldığı yuvarlak masa oturumunun yer aldığı bilimsel programlar; dünyadan ve Türkiye’den deneyim ve birikimlerin paylaşıldığı önemli bir platform olmuştur. Sosyal programda yer alan Ege 3. Yaş Üniversitesi Korosu katılımcılara harika bir müzik ziyafeti sunmuş, Murat Vedat Güzel hocanın yönetmenliğini yaptığı İzBB Köy Tiyatroları, Ödemiş Konaklı Köy Tiyatrosu köy yaşamı gerçekliğinden hareketle oluşturduğu oyunla izleyicilere keyifli anlar yaşatmıştır. Sempozyumda geleneksel olarak verilen emek ve yaşlı yaşamına katkı teşekkür plaketi Prof. Dr. Cumhur Ertekin’e takdim edilmiştir.

Sempozyumda, yaşlıların toplumsal katılım ve refahını artırmayı, aktif ve sağlıklı yaşlanmayı desteklemeyi, makro ve mikro çevre-

de güvenli yaşam olanakları sunmayı hedefleyen, her kes için erişilebilir bir kent olmayı amaçlayan “Yaş Dostu Kent İzmir” hedefinin önemi bir kez daha vurgulanmış; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Yaş Dostu Kentler Rehberinde yer alan “Dış ortamlar”, “Ulaşım ve hareketlilik”, “Konut”, “Sosyal katılım”, “Sosyal içerme ve ayrımcılığın önlenme”, “Sivil katılım ve istihdam”, “İletişim ve Bilgilendirme”, “Toplum desteği ve sağlık hizmetleri” başlıkları ile sekiz alanda ayrıntılı olarak tanımlanan kriterlerin yaşama geçirilmesi için sürdürülen çaba ve çalışmaların önemine güçlü vurgu yapılmıştır.

Kent planları ve mimariyi de içeren yapılandırılmış fiziksel çevre (konutlar, yollar, kaldırımlar, parklar, kamu binaları, plajlar, spor ve rekreasyon alanları, kültür ve sanat merkezleri, kent içi ulaşım ve yaşam alanları) yaşlı bireylerin rahatça kullanabileceği şekilde erişilebilir evrensel tasarım ilkeleri, herkes için mimari anlayışı ile ele alınmalı, yaşlı dostu hizmetler ivedilikle yaşama geçirilmesi temennisi paylaşılmıştır. Yaşlıların yerinde yaşlanma taleplerine karşılık gelecek evde sağlık ve bakım sistemlerinin güçlendirilmesi, yaşlıların yaşamın her alanına katılabileceği, sosyal, kültürel, sanatsal ve siyasal katılım süreçlerinin önemine dikkat çekilmiştir. Yaşlı bireylerin birikim ve deneyimlerini toplumsal yaşam ve politikalara yansıtma kanallarının önemi belirtilmiştir. Yaşlı bireylerin kendileri ve toplumla ilgili kararlarda söz ve karar sahibi olması yaş dostu toplum hedefinin vaz geçilmez ilkesi olduğu vurgulanmış; hizmet ve politikaların hak ve ihtiyaç temelli olmasına dikkat çekilmiştir. Politikaların oluşumunda birikimi, bilgeliği ile yaşamın içinde olan yaşlı bireyleri gören, hisseden, onların toplumsal yaşama kattığı ve katacağı muazzam katkı ve dokuyu toplumsal yaşam ve politikalara yansıtma temel hedef olarak sunulmuştur.

Yaş dostu toplum ve kent hedefinin başarıya ulaşması için merkezi ve yerel yönetimlerinin birlikte çalışmasının gerekliliği belirtilmiş, yaş dostu toplum anlayışı ve ilkelerinin toplumsallaşması; toplumsal farkındalık ve katılımın sağlanması için başta yaşlı bi-

reylere olmak üzere merkezi yönetim kurumları, yerel yönetimler, meslek odaları, alanda faaliyet gösteren STK 'lar ve yaşlı örgütleri iş birliği ile kamu ve özel sektör hizmet kurumları işbirliğinin sağlanmasının önemine vurgu yapılmıştır.

Sempozyumun bilimsel, sosyal, sanatsal zenginliğine katkısı bulunan başta Dünya Sağlık Örgütü Temsilcileri, İzmir Büyükşehir Belediyesi, Ege Geriatri Derneği olmak üzere, yerel yönetimlere, sosyal hizmet, sağlık ve eğitim kurumlarına, sivil toplum örgütlerine, akademisyenlere, uzmanlara, sanatçılara, Ege 3. Yaş Üniversitesi Korosuna, İzBB Köy Tiyatroları, Ödemiş Konaklı Köy Tiyatrosu'na, Bilimsel Danışma Kurulunda görev alan akademisyen ve uzmanlara, İzBB Meclis Üyelerine, İzBB Adnan Saygun Sanat Merkezi ekibine ve değerli katılımcılarımıza sempozyum düzenleme kurulu olarak teşekkür ediyor, şükranlarımızı sunuyoruz.

10.10.2025 - İzmir
Prof. Dr. Sevnaz Şahin
Sempozyum Eş Başkanı







