

## EKONOMİK KRİZİN YAŞLI KADINLARIN KRONİK HASTALIKLARINA VE BAKIMLARINA ETKİSİ

Reyhan UÇKU\*

**Öz:** Sağlık ve sosyal riskleri nedeniyle yaşlı kadınlar ekonomik durumdaki değişime daha duyarlıdır. Ekonomik kriz dönemlerinde bir taraftan gelir azalması ya da gelir kaybı, diğer taraftan tasarruf tedbirleri nedeniyle yaşlı kadınların sağlıkları da olumsuz etkilenmektedir. Olumsuz etkilerden birisi mortalite hızlarında artma ya da mortalite hızlarının azalma eğiliminde yavaşlamadır. Aynı zamanda, mental sağlık sorunları ve intihar riski artar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında değişim olabilir, kronik hastalıkların izlem ve bakım sorunları ortaya çıkar. Gereksinimler artmasına karşın sağlığa erişim engelleri nedeniyle eşitsizlikler derinleşir.

**Anahtar sözcükler:** ekonomik kriz, yaşlı kadınlar, kronik hastalıklar, yaşlı bakımı

### *The Effect of Economic Crisis on Chronic Diseases and Care of Older Women*

**Abstract:** Older women are more vulnerable to the change in the economic situation because of their social and health risks. In times of economic crisis, the health of elderly women are affected negatively due to, on the one hand, reduction in income or loss of income and, on the other hand, austerity measures. One of the negative effects is the increase in mortality rates or the slowdown in the decreasing mortality trend. Mental health problems and suicide risk also increase. Furthermore, unhealthy lifestyle behaviors can be observed; problems of treatment, control and management of chronic diseases occur. The care of older women is also affected. Despite increasing health needs, inequalities become apparent because of barriers to access to health care.

**Key words:** economic crisis, older women, chronic diseases, care of the elderly

Dünya nüfusu hızla yaşlanıyor ve tüm toplumlar bu değişimden farklı düzeylerde de olsa etkileniyor. Bu artışın devam edeceği, 2050 yılında bugünkü yaşlı sayısının iki katına ulaşacağı tahmin ediliyor. Yaşlıların içinde daha kırılgan bir grubu oluşturan 80 yaş üstü bireylerin artış hızı ise daha yüksektir ve bu yaş grubunun 2017-2050 yılları arası üç kattan daha fazla artacağı öngörülmektedir (UN, 2017). Türkiye’de de benzer demografik dönüşüm gözlenmektedir. Bugün toplam nüfusun %8.8’ini oluşturan 65 yaş ve üstü yaşlı nüfus oranının 2040 yılında yaklaşık iki kat artarak %16.3’e yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2018a). Bu yaşlı nüfusun beşte birini seksen yaş üstü çok yaşlı bireyler oluşturmaktadır (TÜİK, 2018b). Altmış beşe yaşa ulaşan bireylerin 17,7 yıl, 80 yaşına ulaşanların ise 8,0 yıl daha yaşaması beklenmektedir (TÜİK, 2018a). Sayısal ve oransal olarak tüm toplumlarda artış eğiliminde olan yaşlı nüfus sağlık ve sosyal sorunların daha fazla görüldüğü, bakım gereksinimlerinin öne çıktığı özellikli ve öncelikli bir yaş grubudur.

### **Yaşlı kadınların sosyo-ekonomik özellikleri**

Yaşlı nüfus içinde kadınların oranı hemen hemen

tüm toplumlarda erkeklerden daha yüksektir ve yaş arttıkça bu oran yükselmektedir. Dünya genelinde 60 yaş ve üstü nüfusun %54’ü, 80 yaş ve üstü nüfusun %61’i kadınlardan oluşmaktadır (UN, 2017). Türkiye’de de yaşlıların %56’sı kadındır; kadınlarda 65 yaşta beklenen yaşam süresi 19 yıl ile erkeklerden üç yıl daha uzundur (TÜİK, 2018a).

Yaşlıların içinde daha büyük bir grubu oluşturan yaşlı kadınlar yaşlanmayla birlikte artan sağlık ve sosyal sorunlardan daha fazla etkilenmektedir. Yaşlı kadınlar, sosyal ve ekonomik riskler açısından erkek yaşlılara göre daha kırılgan ve yaşam biçimleri, öğrenim düzeyi, gelir durumu, sosyal güvence varlığı gibi sağlığı doğrudan etkileyecek pek çok faktör açısından dezavantajlı bir gruptur. Aynı zamanda yaşlı kadınlar erkeklerden daha fazla yalnız yaşamaktadır (UN, 2017). Türkiye’de 2016 yılı verileri ile yalnız yaşayan yaşlıların dörtte üçünü kadınlar oluşturmaktadır. (TÜİK, 2016). Yeterli sosyal desteği olmayan, düşük gelir riski daha fazla olan yalnız yaşayan kadın yaşlıların sağlık ve sosyal bakım gereksinimlerini kendi başlarına karşılama olasılığı da düşük olacaktır.

\*Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. (ORCID No: 0000-0003-0254-571X)

Geliş Tarihi / Received : 10.04.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 24.05.2019

Öğrenim düzeyi sağlık ve sosyal sorunlarla karşılaşma yanısıra bu sorunların kontrolü için de önemli bir değişkendir. Ülkemizde yapılan çalışmalar düşük öğrenimin yaşlılarda sağlık eşitsizliklerinde önemli bir değişken olduğunu göstermektedir (**Şimşek ve Uçku, 2012**). Kadın yaşlılar genellikle daha düşük öğrenimlidir. Türkiye’de 2017 yılında, okuma yazma bilmeyen yaşlı kadınların oranı %30 ile yaşlı erkeklerin oranından yaklaşık dört kat fazladır. (**TÜİK, 2018a**). Düşük öğrenim, işgücüne katılımı düşüklük, sosyal güvencesizlik, gelir yokluğu ya da düşüklüğü ile birlikte yoksulluğa neden olmaktadır.

Türkiye’nin de içinde bulunduğu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi 2013 verileri hemen hemen tüm ülkelerde yaşlı kadınların erkeklerden daha fazla yoksulluk riski altında olduğunu ve yalnız yaşayan yaşlı kadınların üçte birinin yoksulluk riski altında olduğunu göstermektedir. Bölge ülkelerinde, 2012 yılında, yoksulluk riski altında olan 65 yaş ve üzerindeki kadın oranı %22’dir (**WHO, 2016**). Yoksulluk oranının, eşdeğer hanehalkı kullanılabilir fert medyan gelirinin %60’ına göre hesaplandığı ‘Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması’ sonuçlarına göre, Türkiye’de kadın yaşlılarda yoksulluk oranı %17 ile erkek yaşlılardan daha yüksektir (**TÜİK, 2018a**). Yoksulluk tüm yaşlılarda karşılaşılan bir sorun olmasına karşın kadın yaşlılardaki sorun daha ciddi düzeydedir. Sosyo-ekonomik açıdan en riskli gruplardan birisi de yalnız yaşayan kadın yaşlılardır ve yoksulluk oranı yüksek olan kadın yaşlılar bir sosyal risk grubudur (**Camacho, 2005**).

#### **Yaşlı kadınlarda sağlık ve sosyal sorunlar**

Bireysel, ekonomik, sosyal ve politik kökenli risklerle karşı karşıya kalan yaşlı kadınlarda sağlık sorunları da sıklıkla görülmektedir. Bu yaş grubu kadınlarda en temel ölüm nedenlerini kronik hastalıklar ve durumlar oluşturmaktadır. Dünya genelinde beş yaşlı kadından biri iskemik kalp hastalığı (İKH) nedeniyle ölmektedir; bunu inme ve kronik akciğer hastalıkları (KOA)H) nedenli ölümler izlemektedir (**UN, 2017**). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa bölgesi genelinde de yaşlı kadınlarda İKH ve inme en önemli ölüm ve engellilik nedenidir. Bölgede yaşlı kadınlarda yaşam yıl kaybına yol açan ilk iki hastalık grubu da kalp-damar hastalıkları (ilk sıralarda İKH ve inme) ve kanserlerdir (**WHO, 2016**). TÜİK ölüm nedeni istatistiklerine göre, 2017 yılında yaşlı kadın ölümlerinin yaklaşık üçte ikisi kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleşmiştir; ilk sırada %41 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer almış, bunu solunum sistemi hastalıkları (%13) ile iyi ve kötü huylu tümörler (%11) izlemiştir (**TÜİK, 2018c**).

Yaşlılık döneminde engellilik artışı, fonksiyonel kısıtlılık ve bağımlılık da gözlenir; özellikle 80 yaş ve üzerinde bu sorunlar belirginleşir. Ancak tüm yaşlılık dönemlerinde kadınlar erkeklerden daha fazla fonksiyonel kısıtlılık ve buna bağlı düşme riskiyle karşı karşıyadır. Yaşlı kadınların dörtte biri ile yarısı günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ve enstrümental GYA’de bağımlılığa yol açan fonksiyonel kısıtlılığa sahiptir (**WHO, 2016**). Benzer durum ülkemiz yaşlılarında da gözlenmektedir. Nüfus ve Konut Araştırması 2011 verilerine göre, en az bir engeli olan yaşlı kadın oranı %39 ile erkeklerden (%29) daha yüksektir. Bu oran 75 yaş ve üzerinde %50’ye kadar çıkarken cinsiyetler arası %10’luk fark yaş ilerledikçe devam etmektedir (**TÜİK, 2015**).

Tüm yaşlılarda olduğu gibi yaşlı kadınlarda da en sık görülen ve en sık öldüren kronik hastalıklar nedeniyle sağlık hizmet kullanımı artmaktadır. TÜİK 2012 yılı verileri ile yaşlı kadınların yaklaşık beşte biri, son 12 ay içinde en az bir gece yataklı tedavi hizmeti almıştır (**TÜİK, 2015**). Ancak bu grupta görülen sosyal eşitsizlikler sağlık hizmetine erişim sorunları ve karşılanmayan sağlık gereksinimlerinde artışa yol açmaktadır. İzmir’in bir ilçesinde yapılan çalışma sonuçlarına göre, seksen yaş ve üzeri bireylerde en sık görülen dört kronik hastalık ele alınarak değerlendirildiğinde, yaşlıların dörtte birinde karşılanmayan sağlık gereksinimi belirlenmiştir. Çok değişkenli analiz sonucuna göre, gelir algısı kötüleştikçe karşılanmayan gereksinim artmaktadır; gelir algısı ileri yaşta önemli bir belirleyicidir (**Şimşek ve ark., 2018**). Karşılanmayan sağlık gereksinimlerinin kadın yaşlılarda erkek yaşlılardan daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (**Şimşek, 2018**).

Yaşlılarda sağlık ve sosyal sorunlar, bakıma olan gereksinimi de artırmaktadır. Yaşlının kendi yaşam alanında bakım verenleriyle birlikte desteklenmesi, yaşam alanının yaşlıya uygun olarak düzenlenmesi, gerektiğinde kurum bakımının organize edilmesi tüm yaşlılarda öncelik verilmesi gereken bir hizmettir. Ancak gerek sosyo-ekonomik, gerek sağlık riskleri açısından dezavantajlı olan kadın yaşlıların bakım gereksiniminin daha fazla olması kaçınılmazdır. Sosyal ve sağlık riskleri ile özellikli olan yaşlı kadınlar ekonomik durumdaki değişime en fazla duyarlı olan bir toplumsal gruptur.

#### **Ekonomik krizin yaşlı sağlığına etkileri**

Doğası gereği krizlere açık olan kapitalizm, ilk ciddi krizini yaşadığı 1929-1930’dan beri zaman zaman krizler yaşamaktadır ve bu krizler rastlantısal olarak değil yapısal olarak ortaya çıkmaktadır (**TTB, 2003**).

Her kriz döneminde ekonomi küçülüp kaynaklar azalmakta, mutlak ve göreceli yoksulluk artmakta, yoksullar daha da yoksullaşmaktadır (**Sönmez, 2002**). Ekonomik durgunluğun bireysel ve toplumsal sağlık üzerine etkilerini gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır; bu çalışma sonuçlarının çoğunluğu da etkinin olumsuz olduğunu vurgulamaktadır. Krizin sağlık üzerindeki olumsuz etkisinin ortaya çıkmasında çeşitli etmenlerin rol oynadığı göz önüne alınmalı ve bu etkinin belirlenmesinde olası etmenler göz ardı edilmemelidir (**National Research Council, 2011**). Etkilenimin dozu ve süresi kadar bireysel, toplumsal ve politik riskler de sağlık sonuçlarının ortaya çıkmasında belirleyicidir.

Yaşanan ekonomik krizlerde, sağlığın bozulmasına yol açtığı gözlenen etmenler olarak işsizlikte artma, tasarruf ve emeklilik fonlarının erozyonu, güvenli sosyal koruma ağlarında bozulma, sağlık ve sosyal harcamalarda azalma belirtilmektedir (**WHO, 2018**). Kriz dönemlerinde sağlık hizmetlerine erişim de azalmaktadır. Avrupa'da ekonomik kriz ve sağlık hizmetlerine erişimin incelendiği bir makalede araştırmacılar erişimin azalmasını Hou ve arkadaşlarından adapte ederek iki temel etmene bağlamaktadır. Birincisi krizin hanehalkı, ikincisi ise yönetim üzerindeki etkileridir. Krizle birlikte hanehalkının iş ve gelir kaybı ortaya çıkmaktadır. İş kaybı bazı sağlık hizmetlerine gereksinimi artıracak, ancak güvencesizlik ve gelir kaybı sağlık hizmetlerine erişimin azalmasına yol açacaktır. Erişimin azalmasında yönetim ayağı da rol oynamaktadır. Bu dönemlerde sağlık harcamalarındaki kesintiler, genel sosyal politikalarda daralma ve tasarruf tedbirleri ile birlikte sağlık hizmetlerine erişim azalmaktadır. Bu durum karşılanmayan sağlık hizmet gereksiniminde artış ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olacaktır (**European Public Health Alliance, 2015**).

Sağlık üzerinde önemli düzeyde etkiye sahip olan işsizlik, iş güvencesizliği ya da yaşam için yeterli bir ücret eksikliğinin kriz dönemlerindeki toplumsal etkileri ülkelere göre değişmektedir. Zengin ülkelerde sosyal güvenlik ağları mutlak yoksulluktan korunma sağlayabilirse de yoksul ülkeler için bu söz konusu değildir. Açlık ve yoksulluk demek olan işsizliğe karşı çalışma koşulları ne kadar kötü, ücret ne kadar düşük olursa olsun kişiler bir iş bulmak için çabalamaktadır. Dolayısıyla kriz sadece işsizlerin değil yoksul ve kırılgan çalışanların da artması anlamına gelmektedir (**Marmot, 2009**).

Pek çok OECD ülkesinde 1930'dan beri en kötü ekonomik daralmanın yaşandığı 2008'de başlayan büyük

durgunlukta, krizin en görünür yanı olarak belirtilen düşen gelirler ve artan işsizlikten yaşlıların da etkilenmesi kaçınılmazdır (**Coveney ve ark., 2016**). Bu etkilenme hâlen çalışmakta olan yaşlının iş kaybı ya da emeklilik, sosyal refah ücreti gibi geliri olan yaşlının gelirinde azalma nedeniyle olabilir (**Foscolou ve ark., 2017**). Yaşlılar ekonomik krizde, özellikle informal sektörde daha belirgin olmak üzere, yeniden çalışmaya başlayabilir ya da emekliliklerini geciktirebilir. Böyle bir dönemde çalışma yaşamındaki stres aynı zamanda işsizlik stresi de hastalıkların daha fazla ortaya çıkmasına yol açabilir. İşsizliğin yaşlı sağlığına başka bir etkisi de evdeki bakım verenin de iş gücüne katılması sonucu yaşlının bakım sorununun ortaya çıkmasıdır (**Cutler, 2000**).

Kriz dönemlerinde yaşanan ve yaşlı sağlığı üzerinde de doğrudan etkisi olan gelir değişimi daha çok yoksul hane halklarını etkilemektedir. Kore'de 1997 sonunda başlayan ekonomik krizin sağlık hizmet kullanımına etkisinin incelendiği çalışmada bütün olarak hanehalkı gelirinin kriz yılında bir önceki yıla göre azaldığı, ancak en belirgin azalmanın %30 ile en yoksul olan grupta gerçekleştiği, en zengin grupta ise bu azalmanın %3 olduğu belirlenmiştir (**Yong ve ark., 2001**).

İspanya 2008 krizinde yaşlıların emekli aylıklarının yaşam koşullarına göre düzenlenmediği ve satın alma gücünün azaldığı belirlenmiştir. Ayrıca yaşlılar, işsiz ve güvencesiz kalan ailenin genç üyelerinin en önemli ekonomik destek kaynağı olmuştur. Böyle bir ortamda kırılganlığın özellikle yaşlı kadınlarda daha belirgin olması kaçınılmazdır. Erkeklerden daha eğitimsiz, daha düşük gelirli, sosyal güvenlikten daha az yararlanan, aynı zamanda ev işi, evdeki bireylerin bakım sorumluluğu gibi informal işlerden sorumlu olan yaşlı kadınlar yoksulluktan daha fazla etkilenmiştir (**Benmarhnia ve ark., 2014**). Benzer bir bulgu aynı dönemdeki krizden etkilenen Akdeniz adalarında da gözlenmiştir. Yaşlılar için olumlu olabileceği düşünülen aile ile birlikte yaşam kriz sonrası artmıştır. Ancak bu artmanın nedeni çocukların işsiz kalması ve finansal olarak ailelerini geçindirememeleri nedeniyle yaşlıların yanına gelmeleridir. Bu durumda özellikle evdeki informal işlerden sorumlu kadın yaşlının yükü ve stresinin artması, birlikte yaşamın olumsuz çıktılarıdır. Bu kriz döneminde, aynı zamanda daha fazla yaşlı da çalışmaya devam etmek zorunda kalmıştır (**Foscolou ve ark., 2017**).

Hane gelirinin azalması sağlık harcamalarında da azalmaya yol açmaktadır. Sağlık harcamalarına birey

düzeyinde katılımın yüksek olduğu Kore'de hanelerin sağlık harcamaları krizde %16 azalmıştır; bu azalma özellikle ilaç harcamalarında belirgin olmuştur. Aynı zamanda hizmet kullanımı, pahalı olan özelden kamuya doğru kaymış ve kamu sağlık kurumlarına başvuru bir önceki yıla göre %40 artmıştır (**Young ve ark., 2001**). Türkiye'de de 2001 yılında yaşanan krizde sağlık hizmetlerinin kullanımının azalması erken dönemdeki etkilerinden biri olarak gözlenmiştir (**TTB, 2001**).

Kriz sonrası kamu sağlığı hizmetleri ve sosyal koruma politikalarında yapılan değişiklikler genel sağlığı, özellikle yaşlı sağlığını etkileyecek politiklardır. Sağlık ve sosyal hizmetlere yatırımlar kesildiğinde en fazla etkilenen, en kırılgan grup yaşlılardır. Kronik hastalığı ve bakım sorunu olan, özellikle de düşük gelirli, yaşlı kadınlar için sağlık hizmetleri finansal olarak yük oluşturur. Yaşlılar daha fazla sağlık hizmeti kullanması gerekirken hem gelir kaybına uğrar hem de hizmetlerin azalması ile karşı karşıya kalır (**Bettio ve ark., 2013**).

DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, ülkelere göre farklılıklar göstermekle birlikte, ekonomik krizlerde uygulanan sağlık hizmet politikalarının genel olarak şunlar olduğu belirtilmektedir; ulusal sağlık bütçesinde kesintiler, kapsayıcılıkta daralma, cepten ödemede artma, kamu tarafından finanse edilen sağlık bakım hizmetleri için ödenen ücretlerde azalma, sağlık altyapı ve insangücü sayısında azalma nedeniyle hizmet sunumunda sınırlılık, fiyat anlaşmaları ya da sistem teşviklerindeki değişikliği amaçlayan yapısal reformlar. Ülkelere göre farklı düzeylerde gerçekleşen, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için önemli olan kamu halk sağlığı harcamalarındaki kesintiler de, bu dönemlerde, özellikle bulaşıcı olmayan kronik hastalıklara odaklanmıştır (**Mladovsky ve ark., 2012**).

Kriz dönemlerinde sağlıkla ilgili tasarruf tedbirleri pek çok ülkede gözlenmiştir. Sosyo-ekonomik yoksunluk içinde olan, ekonomik kriz sırasında gelir kaybına da uğrayan yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini engelleyen tasarruf tedbirlerinin farklı ülke örneklerinde birbirine benzer olduğu görülmektedir. Yunanistan'da ekonomik krizin sağlık ya da sağlık hizmetine etkisini değerlendiren, 2009-2013 yılları arasında yayınlanan çalışmaların incelendiği bir sistematik derlemede halk sağlığı harcamalarında kesintiler, sağlık insangücü sayısında ve ücretlerinde azalma, tıbbi malzeme sağlanmasında kesintiler, ilaç ve sosyal sigorta sektöründe hızlı reformlar,

kamu sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinim varken hizmet sunan birimlerin birleştirilmesi, erişim sorunu ve yetersiz hizmetler gibi sağlığı doğrudan olumsuz etkileyecek politikaların uygulandığı belirlenmiştir (**Simou ve Koutsogeorgou, 2014**). Sonuçta hizmet sunumundaki sorunlar, artan cepten ödemeler ile ortaya çıkan erişim sorununun yaşlıları özellikle daha kırılgan olan yaşlı kadınları etkilemesi kaçınılmazdır.

Sağlık reformu olarak belirtilen tasarruf tedbirlerinin uygulandığı bir ülke de Portekiz'dir. Portekiz'de 2011 krizinde, ilaç, birincil sağlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve katılım payları olmak üzere dört alanda tasarruf tedbiri uygulanmıştır. Uygulanan bu tedbirler, yaşlılar için sağlık hizmetlerine erişim engelleridir aynı zamanda. Ülkede kriz döneminde yaşlılar için sağlık hizmetine erişimdeki temel bariyerleri belirlemek üzere yapılan niteliksel bir çalışmada, yaşlılar, sağlık hizmet sunucuları, sağlık otoriteleri, sağlık ekonomistleri, yerel yöneticiler, hastane yöneticileri gibi farklı gruplarla yarı yapılandırılmış görüşme gerçekleştirilmiştir. Sonuçta yaşlıları etkileyen bariyerler; mevcut finansal durum ve emekli maaşındaki kesintiler, birinci basamakta yetersiz hizmet sunumu ve artan kullanıcı ücretleri, hastane hizmetlerinin yetersizliği, uzun süreli bakım kurumlarının eksikliği, cepten ilaç ödemelerinde artış, yardımlarda sınırlamalar, acil olmayan sağlık transferlerinde kesintiler, elektif cerrahiler için uzayan bekleme süresi ve yaşlı için uygun olmayan kötü konut koşulları olarak belirlenmiştir (**Doetsch, 2017**).

Yaşlıların uzun süreli bakımı da tasarruf tedbirlerinden etkilenmektedir. İspanya'da 2008 ekonomik krizi sırasında tasarruf tedbirleri nedeniyle, sosyal koruma politikaları sınırlandırılmış, evde bakım, günlük bakım ve özürülük nedeniyle bağımlı olanlara sunulan hizmetler azaltılmış, bazı sağlık hizmetleri için cepten ödemeler konulmuş; sonuçta kullanılan sağlık ve sosyal hizmetlerde azalma olmuştur (**Benmarhnia ve ark., 2014; Lopez-de-Andres ve ark., 2018**). Bu konudaki diğer bir örnek de İrlanda'dadır. Ciddi bir finansman krizinin yaşandığı 2012 yılında, huzurevlerinde uzun bekleme listeleri oluşmuş, evde yardım hizmetleri de kesintiye uğramıştır (**Bettio ve ark., 2013**).

#### **Yaşlı kadınlarda ekonomik krizin sağlık çıktıları**

Ekonomik krizden en çok etkilenen yaş gruplarından birisi de yaşlılardır. Bu yaş grubunun hem finansal hem de sağlık hizmet gereksinimleri daha yüksektir. Krizin etkisi, özellikle, fiziksel olarak kırılgan olan ve yoksulluk içinde yaşayanlar için akut olabilir (**WHO,**



**2018).** Ekonomik kriz sırasında ve sonrasında sağlık hizmetine erişim engelleri ve karşılanmayan sağlık gereksinimlerinin yaşlılarda hem fiziksel hem de mental sağlıkta bozulmaya yol açtığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Yalnızca yaşlı kadınlarda yapılan ya da her iki cinsiyeti karşılaştıran çalışmalar az olmakla birlikte sosyo-ekonomik riskleri nedeniyle daha kırılgan olan kadın yaşlılardaki sonuçlar öngürülebilir.

Ekonomik krizin sağlık çıktıları incelendiğinde ilk bakılacak verilerden birisi mortalite hızlarıdır. Ekonomik durgunluğun orta ve uzun dönemde artan mortalite ile ilişkili olduğu; böyle dönemlerde mortalite hızlarında artma ya da mortalite hızlarının azalma eğiliminde yavaşlama görüldüğü belirtilmektedir (**National Research Council, 2011; Young ve ark., 2001**). Meksika'da 1994-1996 kriz döneminde, 60 yaş ve üzeri yaşlılarda artan mortalite öncelikle kalp-damar hastalıkları (KDH) ve KOAH'da gözlenmiş; beraberinde bulaşıcı hastalıklara bağlı ölümlerde de artış olmuştur. Ölümlülükteki artışta gelirin azalması, başka bir ifadeyle, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için gerekli olan hayati besinler ya da cepten sağlık harcamaları gibi mallar için kaynağın azalması etmenlerden birisi olarak vurgulanmıştır (**Cutler, 2000**).

İspanya'da 2008 krizinin 60 yaş ve üzeri bireylerde mortalite üzerine etkisini değerlendiren 2005-2012 yılları ölüm verilerinin incelendiği bir çalışmada, ölüm hızlarının azalma eğiliminde yavaşlama gözlenmiş ve bu etkinin kış aylarında daha belirgin olduğu dikkati çekmiştir. Kış aylarında artan ölümlülüğün, ekonomik kriz sırasında yükselen ısınma maliyeti nedeniyle ortaya çıkan 'yakacak yoksulluğu'nun yaşlı sağlığına etkisine bağlanabileceği vurgulanmıştır. Aynı zamanda, krizin yaşlı kadınlardaki mortalite üzerine etkisinin daha belirgin olduğu belirlenmiştir. Krizin sağlığa etkilerinin hükümetlerin yanıtıyla, getirilen tasarruf tedbirleriyle güçlü bir ilişkisinin olduğu; yaşlıların yaşam koşullarının kötüleşmesi, kaliteli, ulaşılabilir sağlık hizmetine erişimlerinin azalması sonucu sağlıklarının bozulmuş olabileceği vurgulanmıştır (**Benmarhnia ve ark., 2014**).

Ekonomik krizin sağlık çıktılarından birisi de mental sağlık sorunları ve intihardır. Fiziksel sağlık etkilenmese de mental sağlığın bozulduğu ve intiharın arttığı belirtilmektedir (**National Research Council, 2011**). Bu konuda 2008 krizi sonrası, özellikle Yunanistan'da, yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Yunanistan'da ekonomik krizin sağlık ya da sağlık hizmetine etkisini değerlendiren

2009-2013 yılları arasında yayınlanan çalışmaların incelendiği bir sistematik derlemede, ekonomik krizin mental sağlık sorunlarında ve intiharda artmaya yol açtığı belirlenmiştir (**Simou ve Koutso-georgou, 2014**). Benzer etkiler yaşlılarda yapılan ya da yaşlı popülasyonu da içine alan çalışmalarda da gözlenmektedir. Kriz sonrası üç yıllık dönemde Yunanistan'da 15-69 yaş popülasyonda major depresyon prevalansının, prevalansdaki değişimin ve finansal güçlük yaşama ile ilişkisinin incelendiği ulusal düzeyi temsil eden örnek ile yapılan çalışmada, major depresyon prevalansının 2.5 kat arttığı belirlenmiştir. Genç yaşlı popülasyonun (60-69 yaş) katıldığı bu çalışmada gençlerde prevalans artışı daha fazla olmasına karşın yaşlılarda da yükseliş görülmüştür (**Economou ve ark., 2013**).

Yunanistan'da İstatistik Kurumu verileri incelenerek, kriz nedeniyle tasarruf tedbirlerinin başlaması öncesi ve sonrası yıllarda, yaşa spesifik intihar hızlarının karşılaştırıldığı bir ekolojik çalışmada genel intihar hızının %35 arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmada kriz sonrası dönemde altmış yaş ve üzeri kadınlarda intihar hızında, anlamlı olmasa da, belirgin artış gözlenmiştir (**Rachiotis ve ark., 2015**). Yaşlılarda mental sağlığın bozulması ve intihar riskinin yükselmesinde, stres yükünün artması yanısıra arkadaş sayısının azalması sonucu görülen ve yaşlılık döneminde çok önemli bir tampon mekanizma olan sosyal izolasyonun ortaya çıkması rol oynayan etmenler olabilir (**Foscolou et al., 2017**). Bu etkinin tersinin gözlemlendiği çalışmalar da bulunmaktadır. Girit'te yaşlılarda kriz öncesi ve sonraki yıllarda intihara bağlı ölüm hızlarındaki değişiminin incelendiği bir çalışmada, kadın yaşlılarda erkek yaşlılardaki artışın tersine intihara bağlı ölüm hızlarında azalış görülmüştür. Bu azalmada, böyle bir stresli olayda kadınların sosyal ve bireysel düzeyde ailelerini destekleme rolüne geri dönmelerinin etkisinin olabileceği belirtilmiştir (**Basta ve ark., 2018**).

Yaşlılarda sık görülen kronik hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynayan etmenlerden birisi de sağlıksız beslenme, yetersiz bedensel etkinlik, sigara, alkol tüketimi gibi yaşam biçimi davranışlarıdır. Akdeniz adalarında yaşayan 65 yaş ve üzeri erişkinlerin yaşam biçimi davranışlarını ekonomik krizin nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla 20 adada gerçekleştirilen bir çalışmada, finansal krizin başladığı 2009 öncesi ve sonrası dönem karşılaştırılmıştır. Sigara, fizik aktivite, beslenme ve depresyonun değerlendirildiği bu çalışmada, pek çok değişkene göre düzeltildikten sonra da, kriz sonrası sağlıksız davranışın daha yüksek olduğu görülmüştür. Sonuç olarak

çalışmada finansal krizin yaşlıların sağlıksız yaşam biçimini etkilediği, dolayısıyla sağlığı etkileyeceği vurgulanmıştır. Bu çalışmanın önemli bir bulgusu da sağlıksız davranışın özellikle orta ve düşük sosyo-ekonomik durumdaki yaşlılarda belirgin olduğudur (**Foscolou et all., 2017**). Sosyo-ekonomik açıdan daha kırılgan olan kadın yaşlılarda sağlıksız yaşam biçimi davranışlarının artışı sonucunda kronik hastalıklar riskinin de artması beklenebilir.

Yaşlılarda kronik hastalıkların kontrolü düzenli izlem ile olasıdır. Sağlık ve sosyal hizmetlerin kesintiye uğraması, bu hastalıkların kontrolünün aksamaması ve bunlara bağlı engelliliğin, bağımlılığın artması hatta erken ölümlerin görülmesi demektir. İspanya'da kriz yılı ile beş yıl sonraki ulusal veriler incelenerek diyabetik yaşlıların sağlık ve evde bakım hizmetleri kullanımı değerlendirilmiştir. Krizin kullanımı etkilediği ancak şiddetinin az olduğunun belirtildiği makalede, hem erkek hem de kadın yaşlılarda mental sağlık hizmeti kullanımının arttığı, kadın yaşlılarda ise genel pratisyen başvurularının düştüğü gözlenmiştir (**Lopez-de-Andres ve ark., 2018**).

Ekonomik durgunluk döneminde sağlık hizmetine erişimle ilgili sorunlardan birisi de acil ameliyatlarda dışı elektif ameliyatlardaki azalmadır. ABD'de, 2008 durgunluğunun etkisinin incelendiği bir çalışmada, 2005-2011 yılları arası Kaliforniya'da en yaygın beş el sorunu cerrahisi incelendiğinde, distal radyus fraktürü gibi akut sorunlarda değişim olmasa da karpal tünel ameliyatı gibi elektif cerrahilerin azaldığı belirlenmiştir (**Fujihara, 2019**). Bu durum yaşlı kadınlar için, sorunların ötelenerek daha da kronikleşmesi, engelliliğin ve bağımlılığın artması demektir.

Sonuç olarak, yaşlı kadınlar bireysel, toplumsal, sosyal ve politik açıdan daha dezavantajlı bir konumda ekonomik krizlerle karşı karşıya kalmaktadır. Yoksulluk sağlıkla ters ilişkilidir; bu ters ilişki en kırılgan gruplardan birisi olan yaşlı kadınlarda sağlık ve sosyal hizmetlere erişim eşitsizliğini daha da artırmaktadır. Ekonomik kriz dönemlerinde bir taraftan gelir azalması ya da gelir kaybı, diğer taraftan tasarruf tedbirleri nedeniyle sağlık ve sosyal hizmetlere erişim engelleri yaşayan yaşlı kadınların sağlıkları da olumsuz etkilenmektedir. Riskli davranışların artması, stresin belirginleşmesi, sosyal destek ağlarının zayıflaması ile birlikte fiziksel ve mental sağlık sorunları artmakta; buna karşın sağlık hizmet kullanımı azalmaktadır. Bu durum düzenli ilaç kullanımı, izlem ve kontrol gerektiren kronik hastalıkların ortaya çıkması, ilerlemesi, engelliliğe ve bağımlılığa yol açan

sonuçlarının belirginleşmesi; aynı zamanda bakım sorunlarının derinleşmesi demektir. Dolayısıyla ekonomik krizin yaşlı kadınlar için sağlık ve sosyal krize dönüşmesi önlenmelidir.

### Kaynaklar

**Basta, M., Vgontza A., Kastanaki, A., Michalodimitrakis, M., Kanaki, K., Koutra, K., Anastasaki M., Simos, P.** (2018) *Suicide rates in Crete, Greece during the Economic Crisis: the Effect Of Age, Gender, Unemployment And Mental Health Service Provision.* *BMC Psychiatry*;18:356.

**Benmarhniaa, T., Zunzunegui, MV., Llacerb A., F.** (2014) *Impact of the economic crisis on the health of older persons in Spain: research clues based on an analysis of mortality.* *SESPAS report.* *Gac Sanit.*;28(S1):137-141.

**Bettio, F., Corsi, M., D'Ippoliti, C., Lyberaki, A., Lodovici, M.S., Verashchagina, A.** (2013) *The Impact of the Economic Crisis on the Situation of Women and Men and on Gender Equality Policies.* *Luxembourg:Publications Office of the European Union.*

**Camacho, G.B.** (2005) *Left Behind in the Economic Crisis: Poverty Among the Elderly in Costa Rica.* *UCLA, The Population of the Central American Isthmus in 2003 Conference Papers.*

**Coveney, M., García-Gómez, P., Van Doorslaer, E., Van, Ourti, T.** (2016) *Health Disparities by Income in Spain Before and After the Economic Crisis,* *2016 Health Econ.* 2016 November ; 25(Suppl 2): 141-158.

**Cutler, D.M., Knaul, F., Lozano, R., Méndez, O., Zurita, B.** (2000) *Financial Crisis, Health Outcomes and Aging: Mexico in the 1980s and 1990s;* *Cambridge:National Bureau of Economic Research.*

**Doetsch, J., Pilot, E., Santana, P., Krafft, T.** (2017) *Potential Barriers in Healthcare Access of the Elderly Population Influenced by the Economic Crisis and the Troika Agreement: A Qualitative Case Study in Lisbon, Portugal.* *International Journal for Equity in Health*;16:184.

**Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Patelakis, A., Stefanis, C.N.** (2013) *Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece..* *J Affect Disord*;145(3):308-314.

**European Public Health Alliance.** (2015) *Access to Healthcare and the Economic Crisis in Europe Health in Economic Policies and the Case for Universalism.* Erişim Tarihi 11 Mart 2019, [http://epha.org/wp-content/uploads/2015/12/Universal\\_Access\\_Report\\_final\\_Nov2015.pdf](http://epha.org/wp-content/uploads/2015/12/Universal_Access_Report_final_Nov2015.pdf).

**Foscolou, A., Tyrovolas, S., Soulis, G., Mariolis, A., Piscopo, S., Valacchi, G., Anastasiou, F., Lionis, C., Zeimbekis, A., Tur, J., Bountziouka, V., Tyrovolas, D., Gotsis, E., Metallinos, G., Matalas, A., Polychronopoulos, E., Sidossis, L., Panagiota-kos, D.B.** (2017) *The Impact of the Financial Crisis on Lifestyle Health Determinants Among Older Adults Living in the Mediterranean Region: The Multinational MEDIS Study (2005-2015)* *J Prev Med Public Health* ; 50:1-9.

- Fujihara, N., Fujihara, Y., Sterbenz, J., Shauver, M., Chung, T.T., Chung, K.** (2019) *Impact of Economic Downturn on the Surgical Volumes of Common Hand Procedures. Plastic and Reconstructive Surgery.* 143(2):340e-349e.
- Lopez-de-Andres, A., Miguel-Diez, J., Hernandez-Barreira, V., Jimenez-Trujillo I., Martinez-Huedo M.A., Barrio, J.L., Jimenez-Garcia, R.** (2018) *Effect of the Economic Crisis on the Use of Health and Home Care Services Among Elderly Spanish Diabetes Patients. Diabetes Research and Clinical Practice;*140:27-35.
- Marmot, M.** (2009) *How Will the Financial Crisis Affect Health?* *BMJ* 2009;338:b1314.
- Mladovsky, P., Srivastava, D., J. Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., McKee, M.** (2012) *Health Policy Responses to the Financial Crisis in Europe. The Regional Office for Europe of the World Health Organization.*
- National Research Council.** (2011) *Assessing the Impact of Severe Economic Recession on the Elderly: Summary of a Workshop.* M. Majmundar, Rapporteur. Steering Committee on the Challenges of Assessing the Impact of Severe Economic Recession on the Elderly. Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.
- Rachiotis, G., David Stuckler, D., McKee, M., Hadjichristodoulou, C.** (2015) *What has happened to Suicides During the Greek Economic Crisis? Findings from an Ecological Study of Suicides and Their Determinants (2003-2012).* *BMJ Open* 2015;5:e007295. doi:10.1136/bmjopen-2014-007295.
- Simou, E. C., Koutsogeorgou, E.** (2014) *Effects of the Economic Crisis On Health And Healthcare in Greece in the Literature From 2009 to 2013: A systematic review Health Policy;* 115:111- 119.
- Sönmez, M.** (2002) *100 Göstergede Kriz ve Yoksullaşma.* İstanbul:İletişim yayınları.
- Şimşek, H., Uçku, R.** (2012) *Sağlıkta Eşitsizlikler ve Yaşlılık, içinde Türkiye Sağlık Raporu 2012.* Ankara:HASUDER.
- Şimşek, H.** (2018) *Kadın, Yaşlılık ve Sağlık, içinde Akın A ve Özpinar S (Eds.) Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı.* Ankara:Nobel.
- Şimşek, H., Erkoyun, E., Aköz, A., Ergör, A., Uçku, R.** (2018) *Seksen Yaş ve Üzeri Yaşlılarda Karşılammamış Sağlık Hizmeti Gereksinimi ve İlişkili Etmenler: İzmir Balçovadan Kesitsel Bir Araştırma. Halk Sağlığı Kongresi, Erişim Tarihi 18 Mart 2019* [https://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_book-library/ebooks/2018\\_HALK\\_SAGLIGI\\_KONGRE\\_KITABI.pdf](https://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_book-library/ebooks/2018_HALK_SAGLIGI_KONGRE_KITABI.pdf).
- TTB.** (2001) *Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu Raporu: 2001 Şubat Krizi ve Sağlığa Etkileri.* Ankara:TTB.
- TTB.** (2003) *2001 Ekonomik Krizinin Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri.* Ankara:TTB.
- TÜİK.** (2015) *İstatistiklerle Yaşlılar 2014.* Ankara:TÜİK.
- TÜİK.** (2016) *İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim Tarihi 4 Mart 2019,* <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>
- TÜİK.** (2018a) *İstatistiklerle Yaşlılar. Erişim Tarihi 4 Mart 2019,* <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=Nr27cy9NnK2VKqZnPRHQw025NjJQ13CccyZ65f8lbpkphGyrhqPH!-95991722?id=30699>.
- TÜİK.** (2018b) *ADNKS. Erişim Tarihi 4 Mart 2019,* [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1059](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059).
- TÜİK.** (2018c) *Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017. Erişim Tarihi 4 Mart 2019,* <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.** (2017) *World Population Aging 2017 (ST/ESA/SER.A/408).* New York:UN.
- WHO Regional Office for Europe.** (2016) *Women's Health and Well-Being in Europe: Beyond the Mortality Advantage.* Copenhagen:WHO.
- WHO.** (2018) *Global Financial Crisis and the Health of Older People. Erişim Tarihi 29 Mart 2019* [https://www.who.int/ageing/economic\\_issues/en/](https://www.who.int/ageing/economic_issues/en/).
- Young, B.M., Prescott N., Bae, E.Y.** (2001) *The impact of economic crisis on health care consumption in Korea. Health Policy and Planning;*16(4):372-385.