



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI



# TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI VE UYGULAMA PROGRAMI 2021-2026

Ankara  
2021



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  
HALK SAĞLIĞI  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**TÜRKİYE**  
**SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI**  
**VE**  
**UYGULAMA PROGRAMI**  
**2021-2026**

**ANKARA 2021**

**ISBN** : 978-975-590-858-8  
**T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No** : 1242  
**Baskı** : Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Matbaası  
**Tel** : 0312 565 55 88

[www.hsgm.gov.tr](http://www.hsgm.gov.tr)

**Kapak Tasarım:** Grafiker Yaşar Ulaş KOÇAK

Bu yayını; T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından hazırlanmış ve bastırılmıştır.

Her türlü yayın hakkı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi "Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026", "Sağlık Bakanlığı, Yayın No, Ankara ve Yayın Tarihi" şeklinde olmalıdır.

**Ücretsizdir. Parayla satılamaz.**

#### **YAYIN KURULU**

Doç. Dr. Hasan IRMAK

Doç. Dr. Nazan YARDIM

Uzm. Dr. Fehminaz TEMEL

Dr. Kanuni KEKLİK

## GÜNCELLEME GRUBU

Doç. Dr. Fatih KARA

Halk Sağlığı Genel Müdürü

Uzm. Dr. Bekir KESKİNKILIÇ

Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı

Uzm. Dr. Banu EKİNCİ

Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı

Uzm. Dr. Ezgi HACIKAMİLOğLU

Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Şerife AYDINDAğ (Sosyolog)

Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Seyhun ÇAKMAK (SHU)

Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Nilden GÜZEL (Tıb. Tek.)

Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı

Seçil SİS (Danışman)

Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı





## ÖNSÖZ

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, çevre şartları, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, barınma koşullarının düzelmesi, hijyen, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artması, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur.

Yaşlıların sağlık hizmetlerine kolay ve ücretsiz ulaşmaları, hastalıklarının erken tanınması, erken tedavisi, komplikasyonların önlenmesi, zamanında gerekli tedbirlerin alınması ve bu doğrultuda verilecek yaşlı bakım hizmetleriyle yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hazırladığımız “Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı” ile çalışmalarımız artarak devam etmektedir. Yaşlı nüfusun artması yaşlıya özel ihtiyaçları da beraberinde getirmektedir. Giderek yaşlanmakta olan ülkemizde, yaşlının bakım planının yapılması, yaşam kalitesinin artırılması ve fonksiyonel bağımsızlığının sürdürülmesinin sağlanması için koruyucu hekimlik uygulamaları, hastanın immünizasyonu, gizli kalacak problemlerin özellikle de geriatrik sendromların açığa çıkarılması ve çevresel-sosyal destek verilmesi, üzerinde önemle durulması gereken hususlardandır.

Yaşlılarımızın sosyal hayatın içinde yer alması, toplumla bütünleşmesi ve yaşama mutluluğunu hissetmeleri için yürütülecek bu değerli çalışmada tüm çalışanlarımızla birlikte emeği geçen kurum kuruluş ve derneklere teşekkür eder, programın başarıyla sürdürülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşılmasını dilerim. Yaşlılarımızın ruhen ve fiziken daha sağlıklı ve daha kaliteli hayat sürdürmelerini dilerim.

Dr. Fahrettin KOCA  
Sağlık Bakanı



## İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
KISALTMALAR .....	ix
BÖLÜM 1: TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI 2021-2026 .....	1
1.1. GİRİŞ .....	3
1.2. GENEL PRENSİPLER.....	5
1.3. VİZYON .....	5
1.4. MİSYON.....	5
1.5. TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI STRATEJİLERİ .....	6
Strateji 1- Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma .....	6
Strateji 2- Sağlığa Yönelik Risklerden Toplumun Korunması .....	8
Strateji 3- Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi Ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması.....	8
Strateji 4- İzleme ve Değerlendirmenin Güçlendirilmesi .....	9
1.5.1. Öncelikli Müdahale Yaklaşımları.....	9
Birinci Öncelikli Müdahale: Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite Ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi .....	10
İkinci Öncelikli Müdahale: Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi.....	10
Üçüncü Öncelikli Müdahale: Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar Ve Etkinlikler Yapılması.....	12
Dördüncü Öncelikli Müdahale: Yaşlılıkta Tanı, Tedavi Ve İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlenmesinin Sağlanması .....	13
Beşinci Öncelikli Müdahale: Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi .....	14
1.5.2. Destekleyici Müdahaleler .....	15
Birinci Destekleyici Müdahale: Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması.....	15
İkinci Destekleyici Müdahale: Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi.....	15
Üçüncü Destekleyici Müdahale: Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması için Paydaş Kuruluşlar ile İşbirliğinin Sağlanması.....	16



<b>BÖLÜM 2: TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA UYGULAMA PROGRAMI</b> .....	17
<b>2.1. GENEL BİLGİLER</b> .....	19
<b>2.2. PROGRAMIN HEDEFLERİ ve STRATEJİLERİ</b> .....	21
2.2.1. Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma .....	21
2.2.2. Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi .....	31
2.2.3. Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmeti ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi .....	47
2.2.4. Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişiminin Sağlanması.....	65
2.2.5. Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması .....	73
2.2.6. Geriatri Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanması .....	82
2.2.7. Yaşlılıkta Tanı, Tedavi, İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlemesinin Sağlanması .....	90
2.2.8. Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi.....	104
2.2.9. Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması.....	114
2.2.10. Geriatri Uzun Dönemli Bakımın ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması.....	125
2.2.11. İzleme ve Değerlendirme .....	131
<b>2.3. PROGRAMIN UYGULANMA MODELİ</b> .....	140
<b>2.4. KAYNAKLAR</b> .....	143
<b>2.5. EKLER</b> .....	152
Ek 1. Katkı Sağlayan Kamu Kurum ve Kuruluşları (2015-2020 Programı için).....	152
Ek 2. Katkı Sağlayan Üniversiteler (2015-2020 Programı için) .....	153
Ek 3. Katkı Sağlayan Sivil Toplum Kuruluşları (2015-2020 Programı için).....	154
Ek 4. Katkıda Bulunan Kişiler (2021-2026 Programı İçin) .....	155
Ek 5. Katkı Sağlayan Kamu Kurum ve Kuruluşlar (2021-2026 Programı için) .....	156
Ek 6. Katkı Sağlayan Sivil Toplum Kuruluşları (2021-2026 Programı için).....	157
Ek 7. Katkıda Bulunan Kişiler (2015-2020 Programı için) .....	158

**TABLolar DİZİNİ**

Tablo 1. Coğrafi Bölgelere Göre 65 Yaş ve Üzeri Kişi Sayısı, 2019 ve 2050 .....	11
Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bölgelerinde 2000 ve 2016 Yılları HALE ve LE Değerleri .....	22
Tablo 3. Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmetleri .....	51
Tablo 4. Genel Demografik Bilgiler .....	67

**ŞEKİLLER DİZİNİ**

Şekil 1. Başarılı Yaşlanmanın Bileşenleri .....	4
Şekil 2. Yaş ile Bağımsız Yaşamın İlişkisi .....	7
Şekil 3. Kronik Hastalıkların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı .....	21
Şekil 4. Nüfus Projeksiyonları 2018-2020 .....	21
Şekil 5. Evde Bakım Hizmetleri .....	47
Şekil 6. Türkiye’de 1985-2080 Yılları Arası Nüfusun Yaş ve Cinsiyet Yapısındaki Değişimi ....	66



## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>ACE</b>	: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
<b>ADNKS</b>	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
<b>AHBS</b>	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
<b>APS</b>	: Adult Protective Services (Yetişkin Koruyucu Hizmetleri)
<b>BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
<b>DALY</b>	: Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (Disability Adjusted Life Year)
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EAMA</b>	: European Academy for Medicine of Aging (Yaşlanma Tıbbı Avrupa Akademisi)
<b>EKMUD</b>	: Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
<b>ESPEN</b>	: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Topluluğu)
<b>EUGMS</b>	: European Union Geriatric Medicine Society (Avrupa Birliği Geriatrik Tıp Derneği)
<b>EUROSTAT</b>	: European Statistical Office (Avrupa İstatistik Ofisi)
<b>GATA</b>	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
<b>GDS</b>	: Geriatrik Depresyon Skalası
<b>GYA</b>	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>HALE</b>	: Sağlığa Ayarlanmış Yaşam Yılı Beklentisi (Health Adjusted Life Expectancy)
<b>HASUDER</b>	: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
<b>ICF</b>	: The International Classification of Functioning, Disability and Health (İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması)
<b>KGD</b>	: Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>LE</b>	: Life Expectancy at Birth (Doğumda Beklenen Yaşam Süresi)
<b>MMT</b>	: Mini Mental Test
<b>MND</b>	: Mini Nutrisyonel Değerlendirme

---

<b>OECD</b>	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)
<b>PAL</b>	: Fiziksel Aktivite Düzeyi
<b>SGK</b>	: Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>STK</b>	: Sivil Toplum Kuruluşu
<b>SUT</b>	: Sağlık Uygulama Tebliği
<b>TBSA</b>	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
<b>TSE</b>	: Türk Standartları Enstitüsü
<b>TSİM</b>	: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
<b>TÜBER</b>	: Türkiye Beslenme Rehberi
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>UNFPA</b>	: United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
<b>USES</b>	: Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi
<b>USHAŞ</b>	: Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi
<b>WONCA EUROPE</b>	: World Organization of National Colleges Academies (Avrupa Aile Hekimliği Birliği)
<b>YLD</b>	: Years Life Disabled (Engellilikle Geçirilen Yaşam Yılları)
<b>YÖK</b>	: Yükseköğretim Kurulu

**BÖLÜM 1**

**TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA**

**EYLEM PLANI**

**2021-2026**



## 1.1. GİRİŞ

Yirmi birinci yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardan birisi nüfusumuzun yaşlanmasıdır. İnsanlar artık daha uzun yaşamakta, doğum oranları azalmakta ve yaşlı nüfus sayısal olarak artmaktadır. Birleşmiş Milletler 2019 yılı raporuna göre tüm dünya için doğuşta beklenen yaşam süresi 1990 yılı ile 2019 yılları arasında sekiz yıl artış göstererek 78.3 olmuştur. Aynı raporda doğuşta beklenen yaşam süresinin 2050 yılında 77.1 olacağıın ön görüldüğü belirtilmektedir (UN, 2019). Gelişmiş ülkelerde daha belirgin olan yaşlanma olgusu, artık gelişmekte olan ülkeler açısından da önem kazanmakta olup ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Nüfus yaşlanması, sağlıktan sosyal güvenliğe, eğitime, iş imkânlarına ve aile hayatına kadar toplumun her yönünü etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, ülkemizin yeni bir demografik yapıya geçmekte olduğunu göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) projeksiyonlarına göre, 2012 yılında %7,5 olan yaşlı (65 yaş üstü) nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2013, TÜİK, 2020).

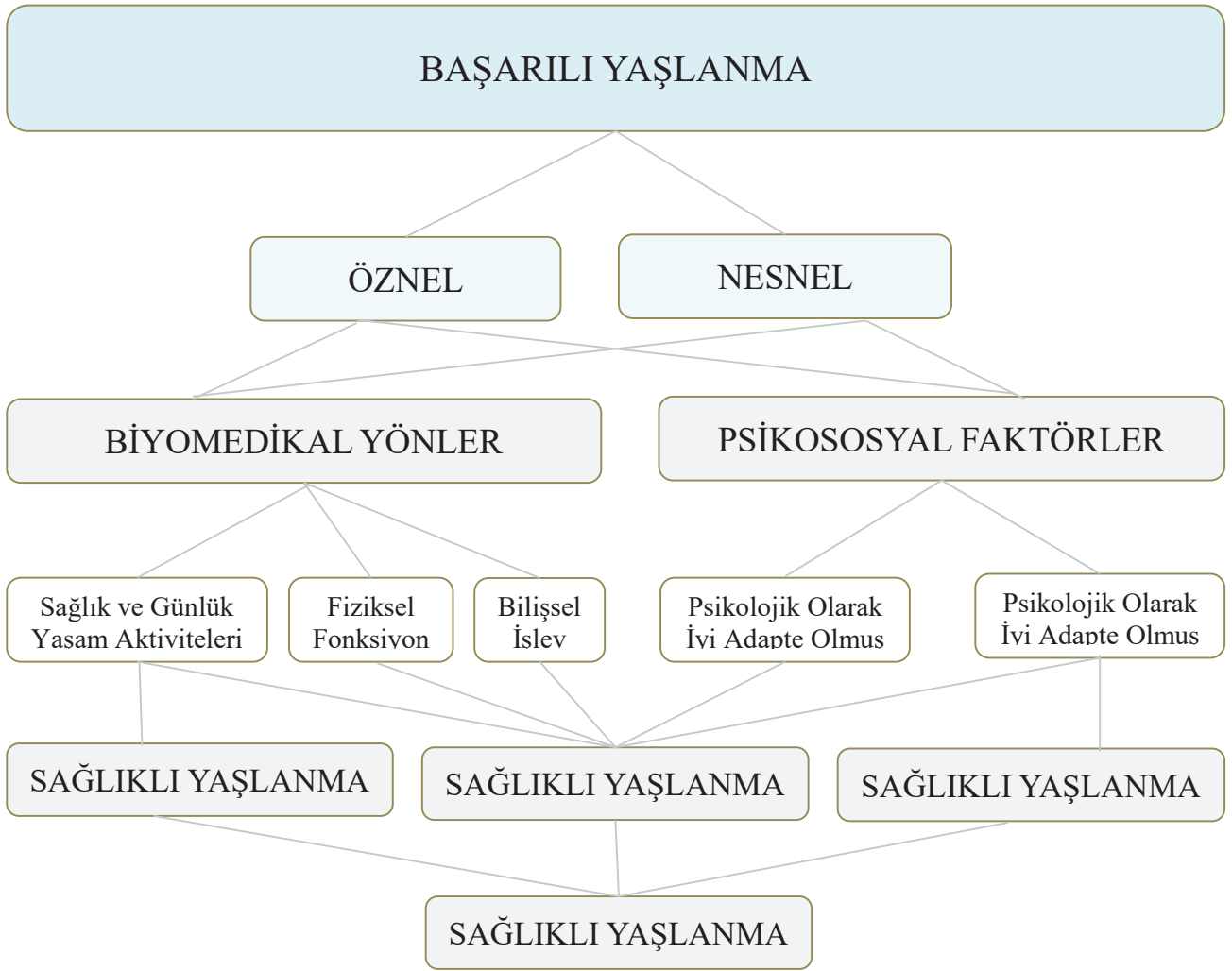
Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresi giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan değişim istatistikleri incelendiğinde ülkemizde, 1990 yılında 66 yıl olan doğuşta beklenen yaşam süresinin, 2011 yılında 76 yıla çıktığı, doğuşta beklenen yaşam süresinin erkeklerde 73, kadınlarda ise 78 yıl olduğu belirlenmiştir (WHO, 2013). Yeni doğmuş bir bireyin mevcut ölümlülük risklerine maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısı olarak tanımlanan "doğuşta beklenen yaşam süresi" Türkiye'de 2013-2015 döneminde 78 yıl iken, 2017-2019 döneminde 78,6 yıla yükseldi. Türkiye'de 2013-2015 döneminde erkeklerde 75,3 yıl olan doğuşta beklenen yaşam süresi, 2017-2019 döneminde 75,9 yıla, kadınlarda ise 80,7 yıldan 81,3 yıla yükseldi. Genel olarak kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşamakta olup, erkekler ve kadınlar arasındaki doğuşta beklenen yaşam süresi farkı 5,4 yıldır. (TÜİK, 2020). UNFPA Türkiye raporunda da 65 yaş ve üstü nüfusun 2013 yılında 6 milyon iken 2050 yılında yaklaşık 20 milyon olacağı ve yaşlı nüfusun genel nüfusa oranının %8'den %21'e yükseleceği belirtilmiştir (UNFPA, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık; bireyin beden, ruhen ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1986). Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzamasının yanı sıra yaşamın niteliğinin de artması (yaşam kalitesi) sağlanmalıdır. Sağlığın bütüncül tanımı içerisinde hem beklenen yaşam süresi, hem de yaşam kalitesinin artırılması kavramlarını ele almak gerekir.

Başarılı yaşlanma; yalnızca sağlık yönünden değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir kavramdır. Başarılı yaşlanma; ileri yaşta majör hastalıklar bulunmaksızın fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak aktif olmak şeklinde tanımlanmaktadır. Başarılı yaşlanmanın çok sayıda temel bileşeni bulunmakta olup bunlar şekil 1'de özetlenmiştir. Yayınlanan bir meta analizde başarılı yaşlanmanın dört temel bileşeni şu şekilde tanımlanmıştır; Hastalık ve engelliliğin bulunmaması, yüksek kognitif, mental ve fiziksel fonksiyona sahip olunması, yaşamsal aktivitelere aktif olarak katılım sağlanması ve ileri yaş



dönemine psikolojik olarak iyi uyum sağlanmış olunması (Urtamo, 2019).



### Şekil 1. Başarılı Yaşlanmanın Bileşenleri

Kaynak: Fernandez-Ballesteros R. *The Concept of successful aging and related terms*, 2019 (Fernandez-Ballesteros, 2019)

Fernandez Ballesteros ve arkadaşları tarafından oluşturulan “İyi Yaşlanma” modelinde başarılı yaşlanmanın bileşenleri; sağlık ve günlük yaşam aktiviteleri, fiziksel ve kognitif yeterlilik, sosyal uyum, sosyal hayata aktif katılım ve kontrol olarak belirlenmiştir (Fernández-Ballesteros, 2008, Fernández-Ballesteros, 2013).

## 1.2. GENEL PRENSİPLER

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı, birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak ve bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlayarak ihtiyaçlarına daha iyi cevap vermek için hazırlanmıştır. Eylem planında hedef ve stratejilerin önceliği, paydaş kurum ve kuruluşlar ile yürütülecek destekleyici çalışmaların temel çerçevesi belirlenmektedir.

## 1.3. VİZYON

Toplumun yaşlanmasını tehdit unsuru olmaktan çıkarıp fırsata dönüştürerek, insanların sağlıklılarını ve fonksiyonel kapasitelerini sürdürmelerini sağlamak ve itibarlı yaşayarak iyi olmalarından mutluluk duymaktır.

## 1.4. MİSYON

Sağlık Bakanlığı çalışmaları kapsamında yaşlı bireylere sunulan sağlık hizmetlerini geliştirmek amacı ile bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlarla mücadele çalışmalarını desteklemek, toplumumuzun sağlık düzeyini yükseltme ve sağlıklı yaşlanmaya dair politikaların geliştirilmesi, uygulanması ve izleme değerlendirme çalışmalarının yapılmasıdır.

Sanayi devrimi ile birlikte başlayan süreçte çevresel koşulların iyileşmesi, eğitim düzeyinin yükselmesi, gelir düzeyi ve dağılımında iyileşme, dengeli ve yeterli beslenmenin sağlanması, barınma koşullarının düzelmesi, hijyen, sağlık hizmetlerinin var ve ulaşılabilir olması, çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle birlikte; anne, bebek ve çocuk ölümlerinin azalması, enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığının azalması ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazanılması ve bilim ve teknolojiye gelişmeler, bireylerin yaşam süresini ve kalitesini olumlu yönde etkilemiştir. Küreselleşme, bu süreci çoğu ülkede daha da hızlandırmakta ve bu durum gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artışına katkıda bulundurmaktadır.

Daha sağlıklı ve daha aktif yaşlı bireylerin oluşturulması için yaşlılara yönelik sürdürülebilir politikalar düzenlenmeli, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinde nüfustaki demografik değişiklikleri ciddiye alan önlemler alınmalı, eğitim ve istihdam politikaları da değişime uyum sağlamalıdır.

Ülkemizde yaşlı nüfustaki artışa uygun olarak sağlık sistemi cevabının geliştirilmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Yaşlılık ve Sağlık Eylem Planı (2016-2020) ile uyumlu olarak 2020'den 2030'a kadar Sağlıklı Yaşlanmanın On Yılı'nı desteklemek için gerekli kanıtları ve ortaklıkları oluşturmak üzere ülkemizin hedef ve stratejilerinin sürdürülmesi amaçlanmaktadır.

## Eylem planının başarılı olarak uygulanabilmesi için;

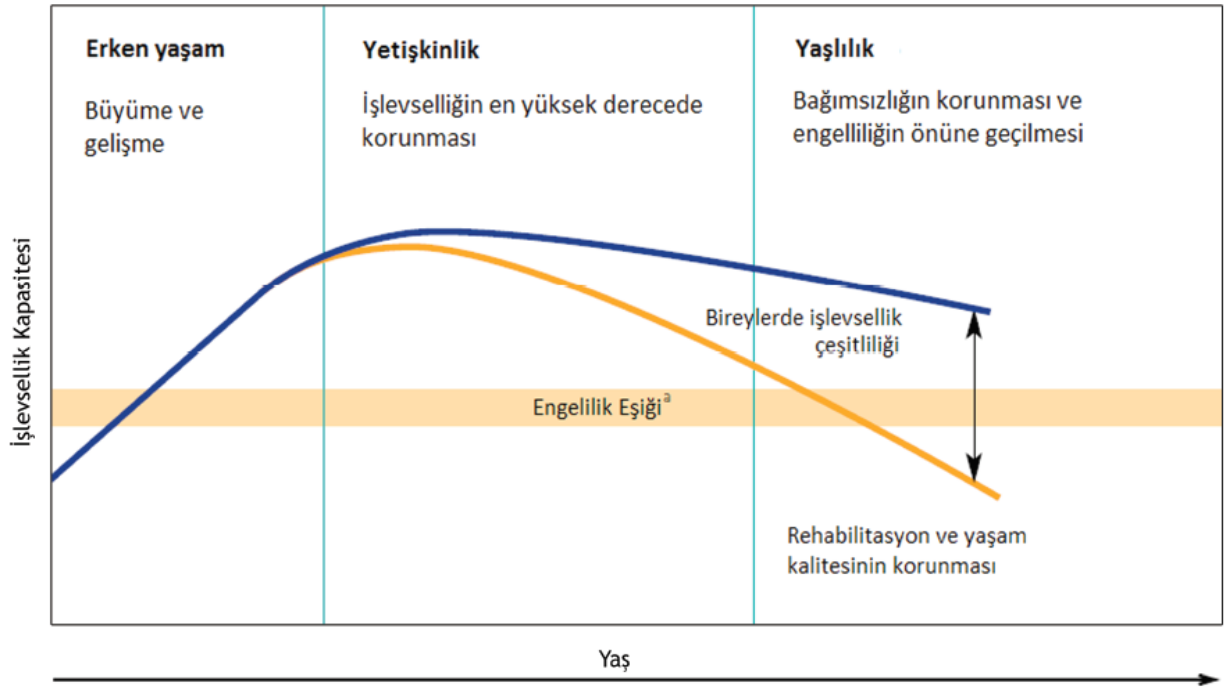
- İyi bir başlangıç veya düzenleme yaparak yaşlı bireylere yönelik başarılı politikaların hazırlanabileceği ve değerlendirilebileceği,
- Gönüllü destekçilerin katkısı ile birey ve toplum düzeyinde sağlıklı yaşlanma stratejilerinin hayata geçirilebileceği,
- Sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinin yaşam boyu sağlık yaklaşımına katkıda bulunacağı,
- Kadın ve erkek yaşının ihtiyacına uygun hizmet alması için cinsiyet odaklı yaklaşımın stratejilerde yer almasının önemli olduğu,
- Kamu sektörü, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarının katkıları ile tüm politikalarda sağlık yaklaşımının ve sektörler arası iş birliğinin gerekliliği,
- Sağlıkta dönüşüm programı ve yaşlı insanlar için halk sağlığı uygulamalarının güçlendirilmesi ile finansal sürdürülebilirliğin sağlanmasının önemi vurgulanmaktadır.

## 1.5. TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI STRATEJİLERİ

### Strateji 1- Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma

Yaşlılık dönemi; yaşam kalitesinin gerilediği dönemlerden birisidir. Yaşlılık dönemine ilişkin pek çok öncelik sayılabilir. Bu değerlendirmelerde yaşlanmanın gerçekte doğumla başlayan bir süreç olduğu unutulmamalıdır. Bireyler doğduklarında bir başkasına maddi ve manevi anlamda tam bağımlı olarak yaşama başlar, ancak yıllar sonra büyüyüp gelişince tam bağımsız hale gelir. Erişkin dönem, bireyin tek başına hayatta kalabilmeyi başardığı dönemi ifade eder. Yaşın ilerlemesi ile birlikte kronik dejenerasyonlar, hastalıklar, sosyal statüde değişme gibi birden fazla faktörün etkisi ile birey yavaş yavaş bir başkasına maddi ve manevi olarak bağımlı hale gelmeye başlar.

Yaşamın son dönemi aynen doğumda olduğu gibi eğer gerekli önlemler alınmazsa bir başkasına tam bağımlı olduğumuz bir aşamaya ulaşabilir (Şekil 2). Bu nedenle sağlıklı yaşlanma alanındaki çalışmaların amaçlarından bir tanesinin bağımsız geçirilen yaşam süresinin uzatılması, yaşamın ileri yaşlarında bağımlılığın mümkün olduğunca azaltılması veya ileriye ötelenmesi olmalıdır.



## Şekil 2. Yaş ile Bağımsız Yaşamın İlişkisi

Kaynak: Kalache A Kickbusch I. *Sağlıklı Yaşlanma İçin Küresel Strateji, Dünya Sağlık, 1997*

Bireyin çocukluk ve yetişkin dönemlerindeki beslenme alışkanlıkları, besin tercihleri, fiziksel aktivite düzeyini de kapsayan yaşam tarzı ve alışkanlıkları, ileri yaştaki sağlık durumunu belirleyen önemli belirteçlerdendir. Sağlıklı yaşlanma doğumla başlayan bir süreç olduğundan, sağlıklı yaşlanma çalışmaları bu hedeflere yönelik olmalıdır.

Gerek toplumda gerekse sağlık hizmeti sunanlarda, yaşam boyu sağlığın geliştirilmesinde temel alınan konu farkındalığın artırılmasıdır.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında popülasyonların yaşlanmasının küresel bir durum olduğu ortaya çıkmış ve bu gerekçe ile 1982 yılında Viyana'da yaşlanma konusunda ilk dünya asamblesi gerçekleştirilmiştir. Yaşlanma ile ilgili ilk politik çerçevenin oluşturulduğu kongre sonrasında 2002 yılında Madrid'de konuyla ilgili ikinci dünya asamblesi yapılmıştır. 18 öncelik konusuyla ilgili 35 hedef ve 239 önerinin oluşturulduğu bu asamble sonrasında belirlenen öncelikler üç ana başlıkta toplanmıştır; 1. Yaşlı bireyler ve kalkınma, 2. Yaşlılıkta sağlık ve refahın geliştirilmesi, 3. Etkinleştirici ve destekleyici çevrelerin sağlanması. Her iki asamblede de konunun önemi vurgulanarak hedefler belirlenmiş olmasına karşın BM tarafından 2013 yılında yayınlanan raporda Madrid asamblesinin çoğu ülkede yaşlanmanın öncelikli kalkınma hedefleri arasında yer almasını sağlayamadığı belirtilmiştir (UN, 2019).

2019 yılında BM tarafından yayınlanan raporda 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde yer alan "Herkes İçin Sağlık" vaaadinin gerçekleştirilebilmesi için politika ve programların mevcut ve gelecekteki popülasyon dinamikleri göz önünde bulundurularak oluşturulması gerektiği vurgulanmıştır (Sidorenko, 2018).

## **Strateji 2- Sağlığa Yönelik Risklerden Toplumun Korunması**

Yaşlılık, önüne geçilmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik, sosyal yönleri ve sorunları da olan, her bireyin yaşayacağı bir süreçtir. Sağlık açısından ise yaşlanmanın önemi çok boyutludur. Yaşlılarda sağlık sorunlarının nedenleri yaşlılıkla birlikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarda gerilemeler ve yetersizliklerdir. Meydana gelen bu yetersizlikler sonucunda yaşlı bireyde kronik sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri grubun yüzde 90'ında 1, yüzde 35'inde 2, yüzde 23'ünde 3, yüzde 15'inde 4 ve daha fazla kronik sağlık sorunu olduğu tahmin edilmektedir (Fernández-Ballesteros, 2008). Sağlıklı beslenme ve fiziksel inaktivitenin önlenmesi ile bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önlenmesi mümkündür.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan yaşlı bireylere doktor tarafından tanısı konulmuş hastalıkları olup olmadığı sorulduğunda, %87,0'si tanısı konulmuş bir hastalığının olduğu, yalnızca %13,0'u ise tanısı konulmuş hastalığının olmadığı yanıtını vermiştir. Yaşlıların tanısı konulmuş hastalıklarının ne olduğuna bakıldığında da; %82,5'inin dolaşım sistemi, %17,5'inin endokrin sistem, %10,0'unun ise solunum sistemi ile ilgili hastalıklara sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Güngör, 2009).

Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada çalışmaya katılan yaşlı bireylerin %76'sında kronik hastalık bulunduğu tespit edilirken, en sık görülen kronik hastalıkların da sırasıyla dolaşım sistemi hastalıkları (%73.7), kas iskelet sistemi hastalıkları (%30.3) ve endokrin hastalıklar (%21.1) olduğu bildirilmiştir (Ayranç, 2005).

Günümüzde yaşlılık ile ilgili politikalar ve programlar yaşam kalitesini ve genel sağlığı arttırmaya odaklanmaktadır. İleri yaşlara kadar sağlıklı kalmak için bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadelenin aktif bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Başarılı sağlık ve sosyal hizmet politikalarının geliştirilmesi ve hizmetlerin devamlılığının sağlanması, bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadelenin yürütülmesi ile mümkün olacaktır.

Yaşlı bireylerin biyolojik ve zihinsel sağlığını sürdürmesi, bilişsel yeterlilik, sosyal yeterlilik ve üretkenlik, kişisel kontrol ve yaşamdan zevk alma vb. temel öğelerin yerine getirebilmesi ile aktif ve bağımsız bir yaşam sürmesi sağlanır. Aktif yaşam psikolojik ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinin varlığını işaret eden bir durumdur.

## **Strateji 3- Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması**

Genel olarak yaşlı sağlığı ve aktif yaşlanma programının doğrudan birinci basamak sağlık hizmet sunumunda uygulanması amaçlanmıştır. Yaşlılara doğrudan sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren bu merkezler; kolay ulaşılabilir olması, yaşlılara pozitif ayrımcılık uygulaması, sağlıklı yaşlanma ve etkin bakım hizmeti sunumu planlanması gibi gelişmiş uygulamalar içermektedir.

Çalışmalar yaşlı nüfusun genç nüfusa göre sağlık hizmetlerini doğal olarak daha fazla kullandığını göstermektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla ortaya çıkan sorunlar nedeniyle sağlık ölçütlerindeki eğilimlerin farkına varılması gerekmektedir. Bu eğilimlerin değerlendirilerek

kaynakların etkili kullanımını önerilmektedir. Özellikle yaşlılarda ölüm nedenlerini, hastalık ve fonksiyonel yetersizlik ölçütlerini, sağlıklı yaşlanma faktörlerini ve hastalık maliyetlerindeki eğilimleri belirlemek önem taşımaktadır.

Yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin kolay ulaşılır olması, geriatri hizmetinin eğitimli bir sağlık ekibi tarafından verilmesi, bekleme sürelerinin en aza indirilmesi, gereksinimlerin sosyal boyutlarıyla birlikte ele alınması gerekmektedir. Aile hekimleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yer alan diğer alan uzmanları ile koordinasyonu sağlayabilmelidir. Etkili bir geriatik hasta hizmeti multidisipliner bir yaklaşımla, interdisipliner bir ekip tarafından yapılmalıdır. Bu konuya birinci basamak hekimlerinin temel eğitimleri sırasında ağırlık verilmelidir. Gelişmekte olan ülkelerin, bir yandan nüfusundaki demografik değişikliklerin üstesinden gelmeye çalışması (göreceli olarak en fazla paya sahip olan genç nüfusun gereksinimlerine çözüm bulmaya çalışırken zaman içinde artmaya başlayan yaşlı nüfus için politika geliştirmek ve uygulamak), diğer yandan da ülkenin kalkınması ve refah düzeyinin iyileştirilmesi için de çözümler geliştirmesi gibi bir ikilem içinde olmaları da kaçınılmazdır. Bunun için de tutarlı nüfus politikalarına ve sürdürülebilir beşeri sermaye yatırımlarına ihtiyaç vardır.

Yaşlıların değişen toplum içinde ihtiyaçlarının farklılaşması ile belirlenen politikaların tekrar gözden geçirilerek geliştirilmesi ve yeni stratejiler üzerinden projeler üretilmesinin sağlanması öngörülmektedir.

#### **Strateji 4- İzleme ve Değerlendirmenin Güçlendirilmesi**

Başarılı sağlık reformlarının gerçekleştirilmesinde ve izlenen politikalarının başarısının değerlendirilmesinde kanıta dayalı bilginin esas alınması gerekir. Yaşlının sağlığının korunması, yaşlıya yönelik sağlık hizmet sunum kalitesinin artırılması ve sosyal hizmetler ile entegrasyonunun güçlendirilmesine yönelik müdahale alanlarının belirlenmesi amacı ile veriler derlenmelidir. İstatistikî kanıtlar politikaları yönlendirmede değerlendirilmeli ve ülkemizin iyi uygulama örnekleri uluslararası alanda paylaşılmalıdır.

##### **1.5.1. Öncelikli Müdahale Yaklaşımları**

Yaşlanma, yaşın ilerlemesi ile birlikte ilerleyici fizyolojik değişikliklerin meydana gelmesi beklenen, akut ve kronik hastalıkların görülme sıklığında da bir artış gözlenen normal bir süreçtir. Yaşam boyu sağlığın sürdürülmesi, toplumun sağlığa yönelik risklerden korunması, yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacı ile öncelikli müdahale yaklaşımları belirlenmiştir.

- **Birinci Öncelikli Müdahale:** Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi
- **İkinci Öncelikli Müdahale:** Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi
- **Üçüncü Öncelikli Müdahale:** Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması

- **Dördüncü Öncelikli Müdahale:** Yaşlılıkta Tanı, Tedavi ve İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlemesinin Sağlanması
- **Beşinci Öncelikli Müdahale:** Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi

### **Birinci Öncelikli Müdahale: Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi**

Yaşam boyu sağlığın sürdürülmesi amacı ile yaşlı bireyin aktif ve bağımsız yaşamı teşvik edilmelidir. Aktif yaşam için fiziksel aktivite ve egzersizin önemi büyüktür. Bugün dünyada birçok ülkenin sağlık politikalarında sağlıklı ve aktif yaşam için fiziksel aktivite ve egzersize büyük yer verilmektedir.

Kişilerin fiziksel kapasiteleri yaşla birlikte azalmaktadır, bu durum yaşlıların fonksiyonel bağımsızlıklarını kısıtlamaktadır (WHO, 2012). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'ne (CDC) göre, kronik hastalıklar 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yüzde 39'unun günlük yaşam aktivitelerini önemli oranda sınırlamaktadır (Gauchard, 2001). Yaşları 65-79 arasındaki yaşlıların yüzde 11,5'i hareket etme, banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını giderme ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yardıma gereksinim duymaktadır. Osteoartrit ve diğer romatizmal hastalıklar, 65 yaş ve üzeri yaş grubunun yüzde 50'sinde görülür. Bu sorunlar yaşlılarda işlevsel yetersizliğe neden olmaktadır. Ayrıca duyu kayıpları, kalp hastalıkları, kırıklar, hipertansiyon, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklar da günlük yaşantıyı etkilemektedir (Şahin, 2010).

Yaşlılarda işitme-görme ve duyu-algı bozuklukları, kalp hastalıkları, kanser, kalça kırıkları ve demans gibi nörokognitif hastalıklar yaygın olarak görülür. Eklem ağrıları ve düşmeler de en sık karşılaşılan problemlerdir. Ağrı, akut veya kronik ağrı şeklinde gözlenir. Kontrolü oldukça zordur ve çoğunlukla objektif bulgularla paralellik göstermez. Gerilim ve anksiyete, kaslarda spazma ve bunun sonucunda da azalmış aktiviteye yol açar; bu da geri dönüşümlü olarak bir kısır döngüye neden olur.

Düşmeler, normal yaşlanma sürecinin bir parçası değildir; fakat yaşlanmaya bağlı olarak görülen kas-iskelet ve nörolojik sistem bozuklukları ve bunlara bağlı fiziksel fonksiyon kayıpları, polifarmasi olarak adlandırılan aşırı ilaç kullanımı ve çevresel tehlikeler, düşmelerin temelini oluşturur. Sağlık durumunun iyi olmaması, aktivite yetersizliği veya kronik hastalık nedeniyle azalmış hareketlilik, denge bozukluğu ve daha önceki düşme hikâyeleri önemli risk faktörlerindedir.

Yaşlılarda düzenli aktivite ve egzersiz alışkanlığı, kısa ve uzun dönemde sağlıklı yaşlanmanın en önemli belirleyicisidir. Özellikle ileri yaşlarda hastalıkların görülme sıklığını önlemek için egzersiz yapmak önem kazanır. Egzersiz yapmanın, bunlara ek olarak yaşlıların yaşam kalitesini ve kendini iyi hissetme duygusunu olumlu yönde etkileyen sosyal ve psikolojik yanı da vardır.

### **İkinci Öncelikli Müdahale: Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi**

Birleşmiş Milletler 2019 raporuna göre; Dünya genelinde 703 milyon 65 yaş veya üstü



birey yaşamakta ve bu nüfusun çoğunluğu (260 milyon) Doğu ve Güney Doğu Asya ile Avrupa ve Kuzey Amerika'da (>200 milyon) bulunmaktadır. Önümüzdeki 30 yıllık dönemde tüm dünyadaki yaşlı birey sayısının iki katından fazlasına çıkarak 2050 yılında 1.5 milyara ulaşması beklenmektedir. Artışın en fazla Kuzey Afrika ve Batı Avrupa'da olacağı ve bu bölgede 2019 yılında 29 milyon olan yaşlı nüfusunun %226 artış ile 2050 yılında 96 milyona yükseleceği, ikinci en büyük artışın ise Sahara Altı Afrika bölgesinde gerçekleşerek bu bölgede 2019 yılında 32 milyon olan yaşlı nüfusunun %218 artışla 2050 yılında 101 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Popülasyonun dünyadaki diğer bölgelere kıyasla daha yaşlı olduğu Avustralya, Yeni Zelanda, Avrupa ve Kuzey Amerika'da ise yaşlı nüfusu artışının daha az olacağı ve 2050 yılında dünya yaşlı nüfusunun >2/3'lük kısmının (1.1 milyar) az gelişmiş ülkelerde (çok az gelişmiş ülkeler hariç) yaşayacağı tahmin edilmektedir (Tablo 1) (UN, 2019).

**Tablo 1: Coğrafi bölgelere göre 65 yaş ve üzeri kişi sayısı, 2019 ve 2050**

Bölge	2019'da 65 yaş ve üstü kişi sayısı (milyon)	2050'de 65 yaş ve üstü kişi sayısı (milyon)	2019 ile 2050 arasında yüzde değişimi
<b>Dünya</b>	<b>702,9</b>	<b>1548,9</b>	<b>120</b>
Sahra-Altı Afrika	31,9	101,4	218
Kuzey Afrika ve Batı Asya	29,4	95,8	226
Merkez ve Güney Asya	119	328,1	176
Doğu ve Güneydoğu Asya	260,6	572,5	120
Latin Amerika ve Karayipler	56,4	144,6	156
Avustralya ve Yeni Zelanda	4,8	8,8	84
Okyanusya (Avustralya ve Yeni Zelanda hariç)	0,5	1,5	190
Avrupa ve Kuzey Amerika	200,4	296,2	48

Kaynak; United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2019. World Population Ageing (UN, 2019)

Ülkemizde de durum, dünya gerçeklerine paralellik göstermektedir. Hatta demografik geçiş süreci Türkiye'de, Avrupa ülkelerine kıyasla çok daha kısa bir sürede yaşanacaktır. Doğurganlık oranının düşmesi ve yaşam beklentisinin artması ile Türkiye, genç nüfusa sahip bir ülke olmaktan çıkacaktır.

Yaşlanan nüfusla beraber sağlık harcamaları, bakım ihtiyacı hızla artmakta ve bu artış son yıllarda ortaya konan rakamsal verilerle dikkat çekici bir hal almanın ötesinde, bugün sosyal güvenlik sistemi son derece güçlü olan ülkeler de dahil olmak üzere tüm ülkeler için geleceğe yönelik ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun artışına paralel olarak kronik hastalıkların toplam sağlık harcamalarındaki yükü de giderek artmaktadır.

Uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayabilmek için tüm ülkelerin demografik bilgiler ve rakamsal öngörülerden yola çıkarak gelecek planlamalarını yapmaları, bakım modellerini geliştirmeleri gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sistemlerin daha verimli çalışması için iyileştirme çalışmaları yapılırken, henüz bu konuda bir modele sahip olmayan ülkelerde ise ülke



gerçeklerine uygun modellerin en kısa zamanda uygulamaya alınması gerekmektedir. Tüm dünyada artan sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında evde bakım en etkin model olarak öne çıkmaktadır.

Ülkelerin sosyo-ekonomik yapıları, sağlık ve sosyal hizmet modelleri, sosyal güvenlik sistemlerindeki farklılıklar ve kültürel değişiklikleri nedeniyle evde bakım modelleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Tüm gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerin önemli bir bölümünde ülke ihtiyaçları ve imkânları doğrultusunda evde bakım modellerinin oluşturulduğu, evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal hizmetlere ayrıca sosyal güvence sistemine entegre olduğu görülmektedir.

Ülkemiz için bir model geliştirilirken, dünya örneklerinden tek bir modelin örnek alınarak uygulanmaya çalışılmasından ziyade farklı modellerin öne çıkan ve ülkemiz koşullarına uyabilecek parçalarının uyarlanması ve farklı modellerde yaygın olarak gözlenen ortak uygulamaların örnek alınması da önemlidir. Ülkemizde evde sağlık hizmeti ve sosyal hizmet sunumunun entegrasyonu ile evde bakım uygulamalarının sürdürülmesi gerekmektedir.

### **Üçüncü Öncelikli Müdahale: Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması**

Yaşlılar, sosyal ve ekonomik sorunlarının yanı sıra sağlık sorunları nedeniyle zorluk yaşamaktadır. Bu sorunlara bağlı yeti yitimi nedeniyle toplum içinde yaşamlarını sürdürmekte zorluk çekmektedirler. Yaşlıların yaşadığı sağlık sorunları arasında nöropsikiyatrik hastalıklar önemli bir yer tutmaktadır. 60 yaş üstü bireylerin %20'den fazlasında mental veya nörolojik bir sağlık problemi mevcut olup, bu hastalıklar engellilikle geçirilen yaşam yıllarının (YLDs) %17,4'üne ve engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarının (DALYs) %6,6'sına neden olmaktadır (WHO, 2017).

Mental sağlık sorunları için çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır. Yaşlı bireyler yaşamsal stres faktörlerini daha fazla tecrübe edebildikleri gibi, ileri yaşlarda daha sık görülen stres faktörleri de (fonksiyonel kapasitede belirgin kayıp olması, fonksiyonel yeterliliğin azalması, azalmış mobilite, kronik ağrı, kırılganlık ve diğer sağlık sorunları gibi) bulunmaktadır. Mental sağlık ile fiziksel sağlık karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir. Örneğin kalp hastalığı gibi fiziksel sağlık sorunu olan yaşlı bireylerde depresyon daha yüksek oranda görülmekte iken, tedavi edilmeyen depresyon, kalp hastalığı olan bireylerde hastalık seyri üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (WHO, 2017).

Günlük faaliyetlerde kayba ve büyük bir sıkıntıya neden olan depresyon yaşlı bireylerin %7'sinde görülmekte ve engellilikle geçirilen yaşam yıllarının (YLDs) %5,7'ine neden olmaktadır. Depresyon, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeterli düzeyde tanı alıp tedavi edilmemekte, hastalığın semptomları yaşlılarda görülen diğer sağlık sorunları nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Depresyonu bulunan bireylerde fonksiyonel kapasite akciğer hastalıkları, hipertansiyon veya diyabet gibi kronik hastalığı olanlardan daha fazla etkilenmekte ve depresyon nedeniyle sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık maliyetleri artmaktadır (WHO, 2017).

Tayland'da yapılan bir çalışmada 60 yaş ve üstü 803 bireyden 190'ında (%23,66)

depresyon semptomları tespit edilmiştir. Bu 190 kişinin 139'unun kadın (%73,2), 51'i erkek (%26,8) olduğu belirlenirken depresyon semptomu bulunan bu 190 kişide anksiyete prevelansı incelenmiştir. Çalışmada; genel anksiyete bozukluğu prevelansı %7,4, agorafobi %5,3, panik bozukluk %4,7, sosyal fobi %1,1, obsesif kompulsif bozukluk %2,1 ve post travmatik stres bozukluğu %3,7 olarak bulunurken depresyon semptomu olanlarda genel olarak anksiyete prevelansı %16,84 olarak tespit edilmiştir (Suradom, 2019).

65 yaş ve üstü psikiyatrik semptomu olan 5979 bireyin değerlendirildiği bir çalışmada bir önceki yıl rehabilitasyon hizmeti almış (evde veya bir kuruluştaki yatarak) olanlarda depresif semptomların önceki yıl rehabilitasyon hizmeti almamış olanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada depresyon semptomları gösterme prevelansının; önceki yıl rehabilitasyon hizmeti almayanlarda %10,4, bakımevinde veya yatarak rehabilitasyon hizmeti alanlarda %38,3, ayaktan rehabilitasyon hizmeti alanlarda %8,6, evde rehabilitasyon hizmeti alanlarda %35,3 ve farklı şekillerde rehabilitasyon hizmeti alanlarda %20,3 olduğu tespit edilmiştir (Simning, 2019).

Kore'de 60 yaş ve üstü 10.197 bireyde (%43,3'ü Erkek, %56,7'si Kadın) yapılan bir çalışmada tamamen fiziksel inaktif olan bireylerde fiziksel olarak yeterli düzeyde aktif olanlara kıyasla depresyon riskinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmış ve fiziksel aktivite yapmayan ve düşük kilolu veya aşırı kilolu/obez olan bireylerde yeterli düzeyde aktif ve normal kiloda olanlara kıyasla depresyon riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Cho, 2018).

Avustralya ve ABD'de yaşayan 65 yaş ve üstü sağlıklı 19.111 bireyin değerlendirildiği bir diğer çalışmada da depresyon prevelansı %9,8 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca depresyon semptomları prevelansının; kadınlarda, <12 yıl eğitim alanlarda, bakımevinde veya yalnız yaşayanlarda, etnik azınlıklı kişiler ile sigara içen ve daha önce alkol kullanan bireylerde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mohebbi, 2019).

Yaşlılıkta karşılaşılan bir diğer önemli sorun "Demans"dır. Kronik veya progresif seyirli olan demans; hafızada, düşünmede, davranışlarda ve günlük faaliyetleri yerine getirmede bozulma ile karakterize bir sağlık sorunudur. Sıklıkla yaşlı bireylerde görülen demans, normal yaşlanmanın bir parçası değildir (WHO, 2017).

Dünya genelinde yaklaşık 50 milyon demanslı bireyin bulunduğu ve bunların da yaklaşık %60'ının gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir. Demansı olan birey sayısının giderek artarak 2030 yılında 82 milyona, 2050'de ise 152 milyona ulaşacağı ön görülmektedir (WHO, 2017). Demansın önemli sosyal ve ekonomik etkileri bulunmakta olup bunlara bakım veren aileler, kişiler ve kurumların sorunları da eklendiğinde yaşlı ruh sağlığı ile ilgili standart hizmetlerin planlanması, politikalar geliştirilmesinin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

#### **Dördüncü Öncelikli Müdahale: Yaşlılıkta Tanı, Tedavi ve İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlemesinin Sağlanması**

Hızla gelişen teknoloji ve sayısı gün geçtikçe artan bilimsel çalışmaların etkisiyle sağlık

hizmetlerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Buna bağlı olarak tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik çabaların desteklenmesi ve benimsenmesiyle ortalama yaşam süresi uzamış ve dünya nüfusu içinde yaşlı nüfus artmıştır.

Geriatrik değerlendirme ile doğru tanıyı koymak, medikal tedaviyi geliştirmek, uzun dönem bakım planlarının yapılmasını sağlamak, fonksiyonel durumu geliştirmek, hayat kalitesini arttırmak, hastanın temel özellikleri, özgeçmiş ve tedavinin sonuçlarını belirlemek gerekmektedir. Belirli aralıklarla kapsamlı geriatrik değerlendirme yapıldığı zaman mortalitede ve bakımevine yerleştirilme oranlarında azalma ve fonksiyonel durumda olumlu yönde gelişme olduğu bilinmektedir.

### **Beşinci Öncelikli Müdahale: Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi**

Türkiye ve dünyada artan yaşlı nüfusa paralel olarak yaşlılara hizmet veren kurum ve kuruluşlar yanında yetişmiş personel ihtiyacı da artmaktadır. Yaşlı birey ile çalışacak olan kalifiye elemanların yaşlı sağlığı ve verilecek hizmetler konusunda eğitimi önem kazanmaktadır.

Dünyada, yaşlı bireyle çalışan sağlık personelinin yetiştirilmesine ve eğitimine önem verilmekte ve artan yaşlı nüfusunun yaratabileceği sağlık sorunlarını azaltmaya çalışılmaktadır. Avrupa ülkeleri ve ABD’de geriatrik hasta yaklaşımının hem öncelikli koruyucu hekimlik hizmetleri içinde hem de uzmanlaşmış hekimlerce sağlanması, bunun yanında diğer ihtisas dallarına da geriatri eğitiminin yerleştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır.

Öncelikle, yaşam boyu sağlıklı olmak ve yaşlanma konularının ilköğretim döneminden itibaren eğitim müfredatlarına konulması toplumun bu konudaki bilinçlenmesinin ilk basamağını oluşturacaktır.

### 1.5.2. Destekleyici Müdahaleler

Türkiye’de 65 yaş üzeri nüfus, günümüzde toplam nüfusun yaklaşık yüzde 9,1’ini oluşturmaktadır. 2060 yılında ise yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının %22,6 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2020). Ülke nüfusunun yaşlanmakta olduğu ve yaşlı bakımına yönelik politikaların ve hizmetlerin ivedilikle planlanması ve uygulamaya geçirilmesi gerektiği görülmektedir.

Ülkemizde uzun dönemli bakım ihtiyacına yönelik hizmetlerin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi çalışmaları sürdürülürken, bakım için duyulan yoğun talebi belli oranda azaltacak ve hizmetlerin kalitesinin ve etkililiğinin artırılmasına destek verecek alternatif hizmetlerin geliştirilmesi de eş zamanlı olarak gerçekleştirilmelidir. Bu noktada dünyada Amerika, İngiltere, Kanada ve Almanya başta olmak üzere, var olan uzun dönemli bakım anlayışı ve alternatif hizmetlerin gözden geçirilmesi yararlı olacaktır.

#### Sağlıklı yaşlanma ve sağlığın sürdürülebilirliği için belirlenen destekleyici müdahaleler;

- **Birinci Destekleyici Müdahale:** Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması
- **İkinci Destekleyici Müdahale:** Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi
- **Üçüncü Destekleyici Müdahale:** Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması için Paydaş Kuruluşlar ile İşbirliğinin Sağlanmasıdır.

#### Birinci Destekleyici Müdahale: Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması

Yaşlılarda beslenme durumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında, yaşlanmayla birlikte olan fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıklar, ağız ve diş sağlığı problemleri, polifarmasi, ekonomik sorunlar, tek başına alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama ve yiyememe gibi etkenler önemli yer tutar.

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin; şişmanlık, kalp ve damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz gibi yaşlılar için yüksek morbidite ve mortaliteye sahip hastalıkların oluşumunda ve seyrinde önemli bir rolü vardır. Yaşlıda özellikle yetersiz beslenme önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Sağlıksız beslenme ve sonucunda gelişen şişmanlık, beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (kalp- damar hastalıkları, kanser, diyabet osteoporoz vb.) oluşumuna neden olur. Obez yaşlılarda kişiye özgü beslenme ve fizik aktivite programları geliştirilerek yaşam tarzı değişikliğinin sağlanması önerilmektedir.

#### İkinci Destekleyici Müdahale: Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Evde bakım hizmetlerinin temel amacı, yaşlının kendine değer verme duygusu çerçevesinde, ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak yaşlıya ya da ailesine destek vermek, işlevselliğini arttırmak, olabildiğince gücünü muhafaza etmesine, bağımsız yaşamasına yardımcı olmak ve tam iyilik halini sağlamaya çalışmaktır.

Evde bakım;

- Ev işleri (çamaşır, alışveriş, temizlik gibi işler), evde yemek hazırlama,
- Kişisel bakım (giyinme, banyo ve kişisel hijyene yardım etme), kişisel acil müdahale (24 saat acil yardım hizmeti),
- Bireylerin tek başına gerçekleştiremeyeceği ağır işler,
- Ulaşım,
- Finansal danışmanlık,
- Eğitim ve evde bakım ekibini oluşturan meslek elemanlarının özel uzmanlık alanları çerçevesindeki sorunların çözümüne yönelik hizmetleri içermektedir.

Evde bakım hizmeti, bireyin alışık olduğu çevrede yaşamını sürdürmesi, alışık olduğu aktivite, hobi ve sosyal etkinlikleri sürdürmesi, tüm aile bireylerinin eğitimini kapsamı gibi önemli yararlarının yanı sıra maliyeti düşük bir hizmettir.

### **Üçüncü Destekleyici Müdahale: Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması için Paydaş Kuruluşlar ile İşbirliğinin Sağlanması**

Bakım hizmeti ihtiyacı değerlendirildiğinde, toplumsal hayata yeniden kazandırılması hayli güç olan, tıbbi bakım gereken tam bağımlı yaşlılar, birinci öncelikli ihtiyaç gruplarıdır.

Yaşlı ve tam bağımlı bireylere yönelik bakım hizmetlerinin niteliği ve bireylerin yaşam kalitesinin artırılması büyük önem taşımaktadır. Ancak, tam bağımlı yetişkinler ve yaşlılar, bakım konusunda genellikle geri planda kalmaktadır. Bu bireylerin özellikle yaşla birlikte artan yardım ve bakım ihtiyacı sosyal devlet ilkesi temelinde öncelikle ele alınması gereken konulardan biridir.

Yaşlılara sağlık hizmetinin bütüncül olarak sunulması amacı ile kurumsal bakım hizmetleri hususundaki eksikliklerin giderilmesi, bakım hizmetlerine yönelik eğitim programlarının geliştirilmesi, bakım ve rehabilite edici destek teknolojilerinin uluslararası standartlara göre üretimlerinin yaygınlaştırılması, bakım güvence modeli ve bakım sigortası alanında, finansman yönteminin belirlenmesi ve sistemdeki aktörlerin belirlenmesi için paydaş kuruluşlar ile iş birliği sağlayacak çalışmaların gerekli olduğu aşikârdır.

**BÖLÜM 2**  
**TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA**  
**UYGULAMA PROGRAMI**  
**2021-2026**



## 2.1. GENEL BİLGİLER

Yaşlanma ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan süreğen ve evrensel bir süreçtir. Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus 2012 yılında yüzde 7,5 iken, 2023 yılında yüzde 10,2'ye, 2050 yılında yüzde 20,8'e ve 2075 yılında ise yüzde 27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2013). Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılıkta sık görülen hastalıklar da buna paralel olarak artmaktadır. Yaşa bağlı olarak insan vücudunda çeşitli fizyolojik değişikliklerin gelişmesi, ilaçların metabolizması, etki ve yan etkilerinin değişkenlik göstermesi, hastalıkların ortaya çıkış şekli ve seyrinin farklı olması gibi nedenlerden dolayı yaşlıların sorunlarının tek merkezde yeterli zaman ayrılarak çözülmesi gündeme gelmiş, bu da geriatri kavramını ve ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geriatrik yaş grubu 65 yaş üzeri olarak tanımlanmıştır (WHOt.y, 2020). Geriatri, 65 yaş üstünün sağlık sorunları, hastalıkları, sosyal hayatları, fonksiyonel yaşamları, yaşam kaliteleri, duygu durumu, bilişsel sorunları, koruyucu hekimlik uygulamaları ve toplum yaşlanması ile ilgilenen bilim dalıdır. Yaşlı hastanın çok yönlü değerlendirilebilmesi anlamına gelen kapsamlı geriatrik değerlendirmede; yaşlıyı etkileyen fiziksel, psiko-sosyal ve çevresel faktörler, hastanın işlevselliği ve medikal değerlendirilmesi birlikte yapılmaktadır.

Yaşlı nüfusun artması yaşlıya özel ihtiyaçları da beraberinde getirmektedir. Giderek yaşlanmakta olan ülkemizde, yaşlının bakım planının yapılması, yaşam kalitesinin artırılması ve fonksiyonel bağımsızlığının sürdürülmesinin sağlanması için koruyucu hekimlik uygulamaları, hastanın immünizasyonu, gizli kalacak problemlerin özellikle de geriatrik sendromların açığa çıkarılması ve çevresel-sosyal destek verilmesi üzerinde önemle durulması gereken hususlardandır. Yaşlıların sağlık hizmetlerine kolay ve ücretsiz ulaşmaları, hastalıklarının erken tanınması, erken tedavisi, komplikasyonların önlenmesi, zamanında gerekli tedbirlerin alınması ve bu doğrultuda verilecek yaşlı bakım hizmetleriyle yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilir.

Yaşlıların kapsamlı bir şekilde hastanede, poliklinikte, huzurevinde, uzun dönemli bakımevlerinde ve evinde ekip anlayışı ile değerlendirilmesi, hastaneye yatışları, mortaliteyi, fonksiyonel bağımlılığı, ev içi ve ev dışı kazalarını, hastane ve bakımevlerine müracaatı azaltmakta, hayat kalitesini iyileştirmekte, bakım masraflarını düşürmekte, hasta memnuniyetini artırarak hastanın sağlık ve refaha ulaşmasını sağlamaktadır.

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızının azalması ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlılığın artışı ve buna bağlı problemler kaçınılmaz hale gelmiştir. Geçmişte beş yaş altı çocukların sayısı 65 yaş ve üstü birey sayısının geçerken, gelecekte bu durumun tam tersi olması beklenmektedir. Azalan fertilitite oranları ve beklenen yaşam süresinde izlenen belirgin artış popülasyonların yaşlanmasının giderek artan hızda devam edeceğini göstermektedir. 65 yaş ve üstü kişilerin sayısı dünya genelinde 2020 yılında yaklaşık 524 milyon iken 2050 yılında yaklaşık 1,5 milyar olması beklenmektedir (WHO, 2019).

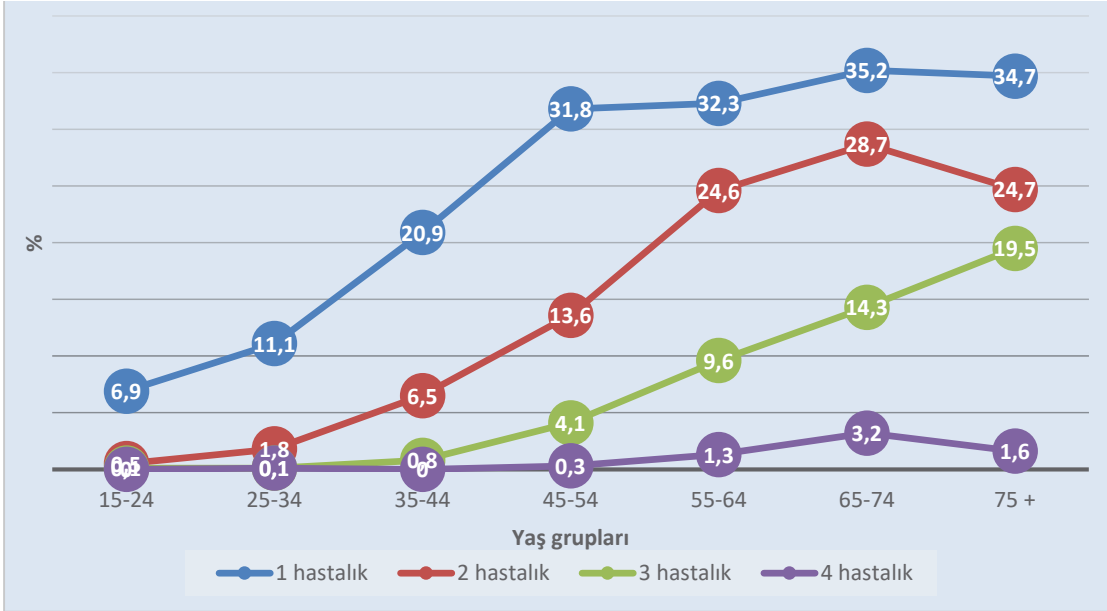


Dünya Sağlık Örgütü; 60 yaş ve üstü nüfusun 2015-2050 yılları arasında neredeyse iki katına çıkarak dünya genelinde genel nüfusa oranının %12'den %22'ye yükselerek 2015 yılında 900 milyon iken 2050 yılında yaklaşık iki milyara ulaşacağını ve bu nüfusun %80'inin gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde bulunacağını ön görüldüğünü belirtmiştir (WHO, 2018).

Yaşlanan nüfusla beraber sağlık harcamaları, bakım ihtiyacı hızla artmakta ve bu artış son yıllarda ortaya konan rakamsal verilerle dikkat çekici bir hal almanın ötesinde, bugün sosyal güvenlik sistemi son derece güçlü olan ülkeler de dahil olmak üzere tüm ülkeler için geleceğe yönelik ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun artışına paralel olarak kronik hastalıkların toplam sağlık harcamalarındaki yükü de giderek artmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, günümüzde dünya sağlık harcamalarının büyük bir çoğunluğu kronik hastalıkların tedavisine harcanmakta ve ölümlerin yüzde 71'i kronik hastalık kaynaklı olarak meydana gelmektedir (WHO, 2018). Diyabet tanısı alan bireylerin sayısı 1980 yılında dünya genelinde 108 milyon iken 2014 yılında bu rakam 422 milyona yükselmiştir. 2000-2016 yılları arasında diyabete bağlı erken mortalite %5 oranında artmış ve 2016 yılında doğrudan diyabete bağlı 1,6 milyon ölüm gerçekleşmiştir (WHO, 2020). Kronik hastalıkların kontrolüne yönelik yapılan müdahaleler hem küresel sağlık hedeflerinde -2025 yılına kadar kronik hastalıklara bağlı erken ölüm riskinin %25 oranında azaltılması- hem de sürdürülebilir kalkınma hedeflerinde -kronik hastalıklara bağlı erken ölümlerin 2030 yılına kadar 1/3 oranında azaltılması- yer almaktadır (WHO, 2018).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı sağlık kayıtlarında yapılan incelemede 65 yaş üstü bireylerin %14,3'ünde en az iki kronik hastalık (kanser, kalp ve damar hastalığı, böbrek hastalığı astım veya KOAH vb sık görülen kronik hastalıklar) bulunduğu belirlenmiştir (SB1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması Offline verileri). Diğer yandan nüfusumuzun yüzde 12,29'unun engelli bireylerden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda, ülkemizde ileriki yıllarda dramatik bir hızla artış gösterecek bakım ihtiyacının daha şimdiden ne kadar büyük boyutta olduğu ortaya çıkmaktadır (Devlet İstatistik Enstitüsü, 2004).



Şekil 3. Kronik hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı

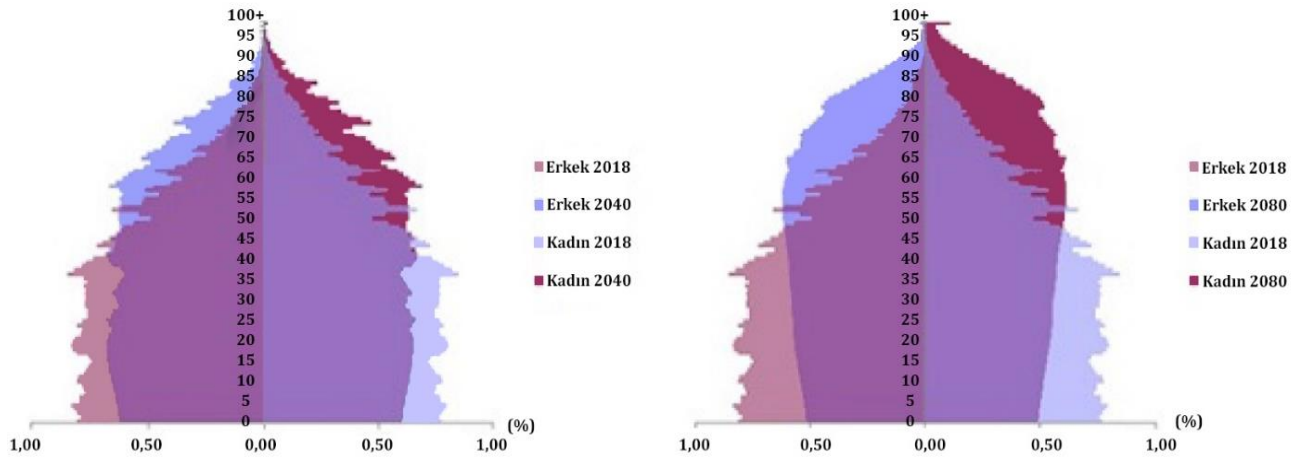
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması Offline verileri. (SB1)

## 2.2. PROGRAMIN HEDEFLERİ ve STRATEJİLERİ

### 2.2.1. Yaşam Boyu Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma

#### Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Ortalama yaşam süresinin hızla uzamasına, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, hastalıkların erken tanısı, etkili tedaviler katkı sunmaktadır. Demografik yapıdaki değişim ve dönüşüme paralel olarak toplumlarda yaşlı nüfusun toplam içindeki payları da artmaktadır. Ülkemizde, 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2012 yılında %7,5 iken 2023’te %10,2, 2040’da %16,3, 2060’ta %22,6 ve 2080’de %25,6 olacağı öngörülmektedir. 2019 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus 7,6 milyon kişi iken bu rakamın 2023 yılında 8,9 milyona, 2040’de 16,3 milyona, 2080’de ise 15,7 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2018).



Şekil 4. TÜİK, Nüfus Projeksiyonları 2018-2020

Kaynak: WHO, 2017. Mental Health of Older Adults, (WHO, 2017), TÜİK Nüfus Projeksiyonları 2018-2020 (TÜİK, 2018)

Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzamasının yanısıra yaşamın niteliğinin de artması (yaşam kalitesi) sağlanmalıdır. Yaşam kalitesini sağlıklı değerlendirebilmek için iki temel göstergenin birlikte ele alınması gerekmektedir. Bunlardan birisi doğuşta beklenen yaşam süresi (Life Expectancy at Birth- LE), bir diğeri de sağlığa ayarlanmış yaşam yılıdır (Healty Adjusted Life Expectancy - HALE).

Tablo 2’de, DSÖ verilerine göre, doğuşta beklenen yaşam süresinin (LE), 2000-2016 yılları arasında tüm bölgelerde arttığı, en çok artışın Afrika’da, en az artışın ise Amerika’da gerçekleştiği görülmektedir (WHO, 2018).

**Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Bölgelerinde 2000 ve 2016 yılları HALE ve LE Değerleri**

BÖLGELER	LE		HALE	
	2000	2016	2000	2016
<b>Küresel</b>	<b>66.5</b>	<b>72</b>	<b>58.5</b>	<b>63.3</b>
<b>Afrika</b>	<b>50.8</b>	<b>61.2</b>	<b>44.4</b>	<b>53.8</b>
<b>Amerika</b>	<b>73.6</b>	<b>76.8</b>	<b>64.9</b>	<b>67.5</b>
<b>Güney Doğu Asya</b>	<b>63.5</b>	<b>69.5</b>	<b>54.8</b>	<b>60.4</b>
<b>Avrupa</b>	<b>72.5</b>	<b>77.5</b>	<b>61.2</b>	<b>68.4</b>
<b>Doğu Akdeniz</b>	<b>65.5</b>	<b>69.1</b>	<b>56.2</b>	<b>59.7</b>
<b>Batı Pasifik</b>	<b>72.8</b>	<b>76.9</b>	<b>65.2</b>	<b>68.9</b>

*Kaynak: Healty Life Expextancy Data By Country,2018*

2000-2016 yıllarına ait veriler incelendiğinde bütün bölgeler için HALE değerinin LE değerinden geride olduğu anlaşılmaktadır. LE ve HALE değerleri arasındaki farkın yüksek olması, yaşam kalitesi açısından istenilen düzeyin yakalanamadığı anlamını taşımaktadır.

Yaşlılık döneminde, yaşlıdaki fizyolojik değişikliklere paralel olarak yaşam kalitesinin bir miktar gerilemesi beklenen bir durumdur. Yaşlının bağımsız olarak hayatını sürdürebilmesi ve yaşamın niteliğinin kaliteli olması için, yaşlılık dönemindeki kronik hastalıkların tedavisi, yaşlıların sağlığını olumsuz etkileyebilecek sosyo-ekonomik koşulların düzenlenmesi, toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi, yaşlı için güvenli ve sağlıklı çevrenin oluşturulması amacı ile gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanarak yaşam boyu sağlık ve sağlıklı yaşlanmanın temini mümkün olacaktır.

**Hedef 1- Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzatılması için gerekli önlemlerin alınması****Strateji 1**

Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması

**Strateji 2**

Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması

**Hedef 2- Yaşlılık döneminde yaşamın niteliğinin artırılması****Strateji 1**

Yaşlılık dönemindeki kronik hastalıkların tedavisi

**Strateji 2**

Yaşlılık döneminde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması

**Hedef 3- Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi****Strateji 1**

Yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışları hakkında farkındalığın artırılması

**Strateji 2**

Sağlıklı yaşlanma konusunda toplumda farkındalığın artırılması

**Hedef 4- Yaşlılara yönelik güvenli ve sağlıklı çevrenin oluşturulması için gerekli düzenlemelerin yapılması****Strateji 1**

Yaşlı için ev içi ve dışında güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması

## 2.2.1. Yaşam Boyu Sağlık Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma

### Hedef 1 - Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzatılması için gerekli önlemlerin alınması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması	<p>1.1.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyabet Programı (2021-2026)</p> <p>1.1.2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2021-2026)</p> <p>1.1.3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)</p> <p>1.1.4. Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2018-2023)</p> <p>1.1.5. Türkiye Sağlık Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2018-2023)</p> <p>1.1.6. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)</p> <p>1.1.7. Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı (2017-2021)</p> <p>1.1.8. Tüm gruplarda yaşlı popülasyonun risk grubu olarak alınması</p>	1. Bk. İlgili Programlar	1. Bk. İlgili Programlar	1. Bk. İlgili Programlar	Bk. İlgili Programlar
1.2. Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin azaltılması	1.2.1. Tüm çalışmalarda yaşlı popülasyonun risk grubu olarak alınması	1. Bk. İlgili Çalışma Grubu	1. Bk. İlgili Çalışma Grubu	1. Bk. İlgili Çalışma Grubu	Bk. İlgili Çalışma Grubu

<b>Hedef 2- Yaşlılık döneminde yaşamın niteliğinin artırılması</b>					
<b>Strateji</b>	<b>Etkinlikler</b>	<b>Çıktı Göstergesi</b>	<b>Sonuç Göstergesi</b>	<b>Sorumlu Kurum ve Kuruluş</b>	<b>Süre</b>
<b>2.1. Yaşlılık dönemindeki kronik hastalıkların tedavisi</b>	<p>2.1.1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Diyabet Programı (2021-2026)</p> <p>2.1.2. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2021-2026)</p> <p>2.1.3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2018-2023)</p>	1. Bk. İlgili Programlar	1. Bk. İlgili Programlar	1. Bk. İlgili Programlar	Bk. İlgili Programlar
<b>2.2. Yaşlılık döneminde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması</b>	<p>2.2.1. Türkiye Sağlıkli Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2018-2023)</p> <p>2.2.2. TÜBER Yaşlılarda fiziksel aktivite rehberi, Kronik hastalıklarda fiziksel aktivite rehberinde yer alan yaşlılar için Fiziksel Aktivite Reçetelerinin tüm kurum ve kuruluşlarca farkındalık ve uygulamalarının artırılması</p>	1. Bk. İlgili Programlar	1. Bk. İlgili Programlar	1. Bk. İlgili Programlar	Bk. İlgili Programlar

### Hedef 3- Toplumda ve yaşı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre	
3.1. Yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışları hakkında farkındalığın artırılması	3.1.1. 81 ilde sağlıklı yaşam davranışları eğitimlerinin düzenlenmesi	1. Eğitime alınan yaşı sayısı 2. Eğitimlerin düzenli ve sürekli yapılması	1. Eğitime alınan yaşlılarda farkındalık yaratma düzeyi	1. Sağlık Bakanlığı		
	3.1.2. Özel gün ve haftalarda eğitimler yapılması	1. İlgili gün ve haftalarda yapılan organizasyon sayısında artma 2. Sağlık Bakanlığı web sayfalarında ilgili etkinliklere yer verilmiş olması 3. Eğitimlerin düzenli ve sürekli yapılması 4. Eğitimler sonrası etkinlik yapılması 5. Sağlıklı yaşlanma, aktif yaşlanma kurs programlarının hazırlanması	1. Eğitime alınan yaşlılarda farkındalık artış oranı 2. Eğitime alınan yaşlılarda eğitim ve etkinliklere katılım artışı 3. Etkinlikte yer alan öğrencilerde farkındalık artış oranı (MEB)	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. Milli Eğitim Bakanlığı 5. Üniversiteler 6. Valilikler 7. TRT 8. STK	Sürekli	
	3.1.3. Özel gün ve haftalarda (Yaşlılar Haftası 18-24 Mart) yapılan eğitimlere paralel etkinlikler yapılması					
	3.1.4. "18-24 Mart Yaşlılara Saygı Haftası" kapsamında okullar ile koordineli etkinliklerin planlanması					
	3.1.5. Sağlık Bakanlığı tarafından yaşı sağlığına yönelik çalışmaların yaygınlaştırılması için web sayfasının kullanımının ve etkinliğinin artırılması					
	3.1.6. Yazılı ve görsel materyallerin yanı sıra videoların oluşturulması					
		1. Yaşı sağlığına yönelik web sayfasının oluşturulması	1. Sağlık Bakanlığının web sayfası kullanımında anlamlı artış 2. Yaşlılarda farkındalık artış oranı	1. Sağlık Bakanlığı	3 yıl	

Hedef 3- Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışları hakkında farkındalığın artırılması	3.1.7. Üniversite ve sivil toplum örgütlerinin halka yönelik eğitim ve etkinliklerinin Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak yürütülmesi	1. Koordineli yürütülen etkinlik, eğitim, vb. sayısı 2. Bu konuda Sağlık Bakanlığının kurum ve kuruluşlarla iletişime geçmesi	1. Toplumsal farkındalık artış oranı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK 6. Milli Eğitim Bakanlığı	3 yıl
	3.1.8. Sağlıklı yaşlanma konusunda bireylere yönelik eğitim materyali hazırlanması için çalışma toplantısı yapılması 3.1.9. Sağlıklı yaşlanma konusunda bireylere (kursiyer, eğitimci ve yöneticilere) anketler düzenlenmesi	1. Sağlıklı yaşlanma konusunda bireylere yönelik oluşturulan eğitim materyali 2. Sağlıklı yaşlanma konusunda bireylere yönelik eğitim materyalinin basılarak dağıtılması	1. Farkındalık anketleri ve yaşam kalitesi anketleri	1. Sağlık Bakanlığı 2. İçişleri Bakanlığı 3. Milli Eğitim Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK	2 yıl
	3.1.10. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER); Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Rehberi ve Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Rehberinde yer alan yaşlılar için Fiziksel Aktivite Reçetelerinin tüm kurum ve kuruluşlarca farkındalık ve uygulamalarının artırılması	1. Kurum ve kuruluşlarca uygulamaların artması	1. Farkındalık artış oranı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. Milli Eğitim Bakanlığı 5. Üniversiteler 6. Valilikler 7. TRT 8. STK	



### Hedef 3- Toplumda ve yaşı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre	
3.2. Sağlıklı yaşlanma hakkında toplumda farkındalığın artırılması	3.2.1. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek sağlığın geliştirilmesi ile ilgili iletişim kampanyalarında yaşlılık ve yaşlı sağlığı temasına yer verilmesi	1. Sağlık Bakanlığı ilgili kampanyalarında yaşlılık ve yaşlı sağlığı temalarının plana alınması 2. Sağlık Bakanlığı ilgili iletişim kampanyalarında yaşlılık ve yaşlı sağlığı temalarına düzenli ve sürekli yer verilmesi	1. Farkındalık anketleri ve yaşam kalitesi anketleri (5 yılda bir yapılacak)	1. Sağlık Bakanlığı	2 yıl	
	3.2.2. İlköğretim müfredatında sağlıklı yaşlanma, yaşlıyla iletişim konularında bilgilerin/egitimlerin eklenmesi ve/veya var olan müfredatların geliştirilmesi	1. Milli Eğitim Bakanlığı temel eğitim programında ilgili konuların düzenli ve sürekli olarak yer alması 2. Temel eğitim programlarına alınan yaşlılık ile ilgili konulara yönelik sosyal faaliyetlerin düzenlenmesi	1. Farkındalık anketleri 2. Yaşlılık ile ilgili konulara yönelik sosyal faaliyetler düzenleyen okul sayısı	1. Milli Eğitim Bakanlığı 2. Sağlık Bakanlığı 3. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	3 yıl	
	3.2.3. Belirli gün ve haftalar (Hayat Boyu Öğrenme Haftası) kapsamındaki etkinlikler arasında aktif yaşlanma, sağlıklı yaşlanma ile ilgili etkinliklere yer verilmesi					
	3.2.4. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yapılan proje tabanlı yarışmalarda sağlık başlığı altında yaşlı sağlığına yönelik projelerin yer almasının sağlanması		1. Konuyla ilgili projelerin sunulması	1. İlgili yarışmalarda yer alan proje sayısı	1. Milli Eğitim Bakanlığı 2. Sağlık Bakanlığı	3 yıl

Hedef 3-Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.2. Sağlıklı yaşlanma hakkında toplumda farkındalığın artırılması	3.2.5. Üniversite öğrencileri ile yaşlı popülasyonun birlikte yer alacağı projelere destek olunması ve kaynak ayrılması	1. İlgili kurumlara götürülen teklif sayısı 2. Üniversitelerde kuşaklar arası iletişim ve entegrasyonu sağlayacak alt birimlerin kurulması	1. Üniversite öğrencileri ile yaşlı popülasyonun yer alacağı projelerin uygulanması ve sürdürülebilir olması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. Milli Eğitim Bakanlığı 4. İşleri Bakanlığı 5. Üniversiteler	3 yıl
	3.2.6. İşyerlerinde sağlıklı ve başarılı yaşlanma konularında hizmet içi eğitim programlarının yapılmasının sağlanması	1. İşyerlerinde sağlıklı ve başarılı yaşlanma konularında hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması	1. Farkındalık anketleri ve yaşam kalitesi anketleri (5 yılda bir yapılacak)	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	3 yıl
	3.2.7. Sağlıklı yaşlanma konusunda sağlık çalışanlarına yönelik materyallerin hazırlanması 3.2.8. TÜBER ve Erişkin için Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Rehberi ve Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Rehberinin kullanılarak çalışmalar yapılması	1. Sağlıklı yaşlanma konusunda sağlık çalışanlarına yönelik materyalin hazırlanması için toplantı yapılması 2. TÜBER ve Erişkin için Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Rehberi ve Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Rehberlerinin ilgili tüm kurum ve kuruluşlara duyurulması ve kullanımının artırılması için yapılan çalışmalar	1. Materyalin basılarak dağıtılması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler 3. STK	2 yıl

Hedef 4-Yaşlılara yönelik güvenli ve sağlıklı çevrenin oluşturulması için gerekli düzenlemelerin yapılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Yaşlılar için ev içi ve dışı ortamda güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması ve güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması	4.1.1. Yaşlılar için ev içinde ve dışı ortamda güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması konusunda toplumda farkındalık yaratacak eğitim ve materyallerin oluşturulması	1. Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi'nde yer alan ilgili modül	1. İlgili eğitim materyallerinin kullanılması, basılı materyalin dağıtımı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler 3. Yerel İdareler	Sürekli
	4.1.2. Evde sağlık hizmeti yönetmeliğinin gözden geçirilmesi ve evde sağlık hizmetlerinde güvenli ve sağlıklı çevre oluşturulmaya dair personel eğitimlerinin düzenlenmesi	1. Sağlık Bakanlığı Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi'nde yer alan ilgili modül 2. Üniversitelerin ilgili eğitim modüllerinden oluşan eğitim materyallerinin kullanılması, basılı materyal oluşturulması	1. İlgili eğitim materyallerinin kullanılması, basılı materyalin dağıtımı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler	2 yıl
	4.1.3. Yaşlı bireylere, ev içinde güvenli ve sağlıklı çevre koşullarının sağlanması konusunda sağlık çalışanları tarafından eğitimlerin verilmesi	1. Konuyla ilgili toplantı yapılması	1. Eğitim verilen yaşlı birey sayısı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. Üniversiteler 4. STK	Sürekli

## 2.2.2. Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi

### Dünya’da ve Türkiye’de Mevcut Durum

Sağlıklı yaşlanma için en önemli unsurlardan bir tanesinin fiziksel aktivite olduğunu ifade eden Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düzenli fiziksel aktivitenin: ileri yaşta mortaliteyi azaltmanın yanı sıra fiziksel ve mental kapasitenin güçlendirilmesi (kognitif fonksiyon ve kas gücünün devamlılığının sağlanması, anksiyete ve depresyonun azaltılarak özgüvenin artırılması gibi) hastalıkların önlenmesi ve hastalık riskinin azaltılması (koroner kalp hastalığı diyabet ve inme gibi) ile sosyal olarak da (topluma aktif katılımın artırılması gibi) faydaları bulunmaktadır (WHO, 2015).

Aktif yaşam, yaşlı insanların mental sağlığını geliştirir, düşme risklerini azaltır, sosyal iletişimlerini ilerletir ve olabildiğince bağımsız kalmalarına yardım eder. Böylece yaşlı insanların fiziksel açıdan aktif olmaları devam ettiği sürece ekonomik yararlar elde edilir ve tıbbi harcamalar da önemli ölçüde azalır. Fiziksel inaktivite dünya genelinde ölüme neden olan risk faktörleri arasında dördüncü sırada yer almakta ve her yıl yaklaşık 3,2 milyon ölüme neden olmaktadır (Pratt, 2014). Fiziksel inaktivitenin maliyet etkileri üzerine yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üstünde fiziksel inaktiviteye bağlı oluşan doğrudan maliyetin Almanya’da 20,54 milyar Avro’dan 2060 yılında 31,83 milyar Avro’ya (%54,9’luk bir artış) ulaşacağı öngörüldüğü belirtilmiştir (Dallmeyer, 2017).

Fiziksel kapasitesi ve fonksiyonel düzeyi azalmış, yaşam kalitesi düşmüş, daha bağımlı ve yaşam sevincini kaybetmiş bir yaşlı toplum profili ortaya çıktığı zaman; yaşlılarda morbidite ve mortalite oranı artmakta, ülkelerde sağlık harcamaları için ayrılan pay büyümekte, üretkenlik azalmakta ve yaşlı bakımı için daha fazla bakım elemanı gerekmektedir.

Yaşlı popülasyonundaki bu sorunlar, ülkelerin ekonomileri ve üretkenlik düzeyleri üzerine ciddi bir yük getirmektedir. Günümüzde Avrupa başta olmak üzere dünya ülkelerinin birçoğu çözüm için acil eylem planları yapmakta ve yaşlılarda fiziksel aktivitenin teşvikini öncelikli bir sağlık politikası olarak hayata geçirmektedir.

### Dünyadan Örnekler

Fiziksel aktivite, obeziteyi önlemenin yanı sıra fiziksel ve zihinsel anlamda iyi olma haline de katkıda bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar fiziksel aktivitenin; kalp krizi geçirme ve tip 2 diyabete yakalanma riskini yüzde 50 oranında azalttığını ve bu önemli azalmanın yüksek tansiyon ve bazı kanser hastalıkları için de geçerli olabileceğini göstermiştir (WHO, 2009).

Birleştirilmiş bir analizde orta şiddette yapılan haftalık 150 dakikalık fiziksel aktivitenin mortalitede daha az aktif bireylere göre %31 azalma sağladığı ve mortalite üzerindeki olumlu

etkinin 60 yaş ve üzeri bireylerde en yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Arem, 2015).

Fiziksel aktivite ileri yaşta bazı önemli önemli sağlık sorunlarına karşı da koruyuculuk sağlamaktadır. Fiziksel inaktivite topluma atfedilen demans riskinin %20'ye kadarını oluşturabildiği gibi fiziksel aktivite önerilerine uyulduğu takdirde yılda yaklaşık 10 milyon yeni demans hastasının ortaya çıkmasının önlenilebileceği ön görülmektedir (Norton, 2014).

Benzer şekilde ileri yaşta önemli bir hastalık yükü oluşturan inme riskinin de orta şiddette fiziksel aktivite ile %11-15 oranında azaltılabileceği, özellikle bilinçli yapılan fiziksel aktivite ile bu oranın artarak %19-22'ye yükselebileceği belirtilmiştir (Diep, 2010).

2016 yılında yayınlanan bir derlemede düzenli fiziksel aktivitenin ileri yaşta major kardiyovasküler ve metabolik hastalık ile obezite, düşme ve kognitif kayıp riskini azalttığı belirtilmiştir (McPhee, 2016).

Bunun yanı sıra fiziksel aktivite; stres, anksiyete ve depresyon riskini de azaltmaktadır. Hareketsiz yaşam tarzı, sigara kullanımına bağlı gerçekleşen ölümlere neden olmaktadır (Wen, 2012). Fiziksel aktivitenin düşme, düşme korkusu ve kırık oluşumu üzerine olan etkileri ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Etkinlik çalışmaları ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda düzenli fiziksel aktivitenin, düşmeleri en az yüzde 30 oranında azalttığı ortaya konulmuştur (Karisson, 2013).

Avrupa'da yapılan araştırmada, hareketsiz yaşamın; koroner kalp hastalıklarının yüzde 5,5'inin, tip 2 diyabetin yüzde 6,8'inin, meme kanserinin yüzde 9,3'ünün, kolon kanserinin yüzde 9,8'inin ve tüm ölümlerin yüzde 8,8'inin nedeni olduğunu göstermiştir (Lee, 2012). 1990'lı yıllarda 65 yaş üzerindeki Amerikalıların yüzde 30'unun düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır ve bu oranı yüzde 60'lara çıkarmak hedef olarak öngörülmüştür (Barry,1994).

Fiziksel aktivitenin hastalıkların oluşma riskini azaltmasının yanı sıra ek faydalarına yönelik yapılan çalışmalar da mevcut olup düzenli fiziksel aktivite ve egzersizin Alzheimer hastalığı bulunan veya kognitif fonksiyon yetersizliği olan ileri yaştaki bireylerde kognitif fonksiyonların geliştirilmesine katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (Langa, 2014, Petersen, 2018, Jia, 2019)

## Ülkemizden Örnekler

2007 yılında tamamlanan “Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı” dâhilinde ve daha sonra yapılan proje ve çalışma toplantıları ve bunların raporları ile “Evde Bakım Hizmetleri”, “Kronik Obstrüktif Hastalıklarda Bakım Hizmetleri”, “ Obeziteyi Önleme ve Aktivite” gibi bazı konulara ağırlık verilmiştir. “Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı” çerçevesindeki fiziksel aktivite rehberinde yaşlılarda egzersiz konusu yer almaktadır.

2017-2019 yılları arasında yürütülen Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre; Fiziksel aktivite düzeyi (PAL) değerlendirildiğinde PAL değeri tüm bireylerde 19-49 yaş

grubunda en yüksek iken,  $\geq 65$  ve üzeri yaş bireylerde en düşük düzeydedir ve DSÖ fiziksel aktivite önerilerini karşılayanların dağılımı yaş grubu ilerledikçe azalmaktadır (15-17 yaş grubu %71.8, 18-29 yaş grubu %66.8, 30-44 yaş grubu %65.1, 45-59 yaş grubu %64.9, 60-6 yaş grubu %56.8 ve 70 ve üzeri yaş grup %35.5). Bu çalışmada PAL değeri 1.69 ve altında (sedanter/hafif aktivite yaşam biçimi) olanlar değerlendirildiğinde sedanter yaşam biçiminin ve PAL değeri  $< 1.40$  olanların en yüksek  $\geq 65$  ve üzeri yaş grubunda olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) – 2019).

Yaşlı bireylere egzersiz alışkanlığının kazandırılması, fonksiyonel performans düzeylerinin dolayısıyla da günlük yaşam aktivite düzeylerinin korunmasına yardımcı olur. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite alışkanlığı olan yaşlıların, hareketsiz yaşam süren bireylere göre daha uzun ve daha iyi genel sağlık düzeyine sahip oldukları gösterilmiştir. Fonksiyonel düzeydeki küçük kazanımlar fonksiyonel düzeyde belirgin değişimlere neden olabilmektedir. Bu nedenle evde bakım modeli çerçevesinde yaşlı bireylerin egzersiz yapmalarına yönelik cesaretlendirilmeleri ve motive edilmeleri, fiziksel ve psiko-sosyal sağlık kazanımları ve iyilik halinin geliştirilmesini olumlu yönde etkilemektedir.

Yaşlı hasta, taburcu olup eve döndüğündeki rehabilitasyon, kişinin doğal yaşantısındaki sorunlarla başa çıkabilmesi ve bağımsız hareketi kısıtlayan engellerin minimuma indirilmesi için ev ve çevresel düzenlemeleri hedefleyen ev rehabilitasyon programları ile devam etmelidir. Risk altında olan yaşlılar için kapsamlı geriatrik değerlendirmeler ve sonrasında çok boyutlu koruyucu ev ziyaret programlarının, mortalite oranında, fonksiyonel kayıplarda ve bakımevi ya da huzurevlerine başvurularda pozitif etkileri olduğu bilinmektedir.

## **Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesine Yönelik Hedef ve Stratejiler**

### **Hedef 1- Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması**

#### **Strateji 1**

Toplumdaki her yaş grubunun, sağlıklı yaşlanabilmek için fiziksel aktivite ve egzersizin önemi konusunda farkındalığının artırılmasının ve toplumsal bilincin geliştirilmesinin sağlanması

#### **Strateji 2**

Toplumda yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili sosyal sorumluluk projelerinin geliştirilmesi ve sosyal paylaşımın artırılması

#### **Strateji 3**

Üniversiteler veya diğer bilimsel kurum, kuruluş veya meslek dernekleri aracılığıyla veya bu kurumlarla yapılan ortak çalışmalarla toplumda normal yaşlanma süreci, sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgi düzeyini ve bu konu ile ilgili bilimsel çalışmaları arttırmak, bu konuda çalışan üniversite, kurum, kuruluş ve meslek derneklerini desteklemek

### **Hedef 2- Yaşlılığa bağlı olarak veya yaşlılıkta sıklıkla ortaya çıkan kronik hastalıkların önlenmesi, maliyet etkinliği ile ilgili çalışmaların yapılması ve sağlık harcamalarının azaltılması**

#### **Strateji 1**

Kas iskelet sistemi ve yaşlılığa bağlı kronik hastalıklar ve bu hastalıkların önlenmesine yönelik hedeflerin geliştirilmesi ve bu konuda toplumsal farkındalığın artırılması

#### **Strateji 2**

Yaşlılık sürecinde kas iskelet sistemi ve diğer sistemlerde meydana gelen değişikliklerin ve kronik hastalıkların; egzersiz, fiziksel aktivite, rekreasyonel aktiviteler ve spor aracılığıyla önlenmesi

#### **Strateji 3**

Kronik hastalıklarda hastaneye başvuru ve hospitalizasyon süresinin, sıklığının ve kronik hastalıklara bağlı devamlı bakım gerektiren yaşlı sayısının azaltılması, yaşlı bakım maliyetlerinin düşürülmesi

**Hedef 3- Yaşlılarda denge kaybı, düşme ve düşme korkusuna yol açabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik koruyucu ve rehabilitatif yaklaşımların geliştirilmesi**

#### **Strateji 1**

Denge ve düşme konusunda eğitim, düşmeler ve kırıkların engellenmesi konusunda fiziksel aktivite ve egzersizlerin öneminin kavranması ve hizmetlerin geliştirilmesi

**Hedef 4- Günlük yaşam aktivitelerinde ve toplumsal katılımı yarı bağımlı ve bağımlı olan yaşlılar için, rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi, mesleki ve sosyal rehabilitasyonları dahil tüm rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi**

#### **Strateji 1**

Günlük yaşam aktiviteleri ve toplumsal katılımı yarı bağımlı veya bağımlı olan yaşlıların ihtiyaçlarının belirlenmesi

#### **Strateji 2**

Mortalite ve morbidite riski fazla olan yaşlılara özel rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi ve toplumsal katılımı arttırmak için fiziksel aktivite programlarının düzenlenmesi

#### **Strateji 3**

Yurt dışında yaşayan yaşlı vatandaşlarımızın yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini ülkemizde alabilmesi

#### **Strateji 4**

Yabancı yaşlıların kısa veya uzun süre ile ülkemizde yaşlılara yönelik sağlık bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık turizmi ve rehabilitasyon turizmi hizmetlerinin geliştirilmesi



## 2.2.2. Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p><b>1.1. Sağlıklı yaşlanma için fiziksel aktivite ve egzersizin önemi konusunda farkındalığın artırılmasının ve toplumsal bilincin geliştirilmesinin sağlanması</b></p>	<p><b>1.1.1.</b>İlk-öğretim, orta-öğretim ve yüksek-öğretim kurumlarında normal yaşlanma süreci, sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktiviteye yönelik müfredatların geliştirilmesi; konu ile ilgili bilgilendirici kitap, film, broşür ve tanıtıcı konferanslarla bu bilincin artırılması ve e-Okul’da yer alan “Fiziksel Aktivite Karnesi” nin de dikkate alınarak aktif hâle getirilmesi</p> <p><b>1.1.2.</b>Sağlıklı yaşlanma ya da aktif yaşlanma kurs programlarında fiziksel etkinliklerin önemine vurgu yapılması</p>	<p><b>1.</b> İlk-öğretim, orta-öğretim ve yüksek-öğretim kurumlarında anlatılan ders, ders içerikleri ve öğrenci sayısı</p> <p><b>2.</b> Eğiticilerin veya öğretmenlerin bilgilendirme eğitimi için yapılan eğitim toplantılarının içerikleri ve sayısı</p> <p><b>3.</b> Okullarda tanıtım ve bilgilendirme için basılan broşür, kitapçıkların sayısı veya hazırlanan görsel materyallerin (slayt, video, film gibi) içeriği ve sayısı</p>	<p><b>1.</b> Toplumda ilk-öğretim düzeyinden başlayarak yaşlıya pozitif yaklaşımların geliştirilmesi sonucu fiziksel aktivite ve egzersizlerin sağlıklı yaşlanma üzerindeki önemini bilen gençlik</p> <p><b>2.</b> Aktif yaşlanmanın önemini kavramış, bu bilinçle kendini yaşlılık dönemine hazırlayan, sağlıklı ve aktif gençler</p>	<p><b>1.</b> Sağlık Bakanlığı <b>2.</b> İçişleri Bakanlığı <b>3.</b> Milli Eğitim Bakanlığı <b>4.</b> Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı <b>5.</b> Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı <b>6.</b> Hazine ve Maliye Bakanlığı <b>7.</b> Nüfus Etütleri Enstitüsü <b>8.</b> YÖK <b>9.</b> Üniversiteler <b>10.</b> TRT <b>11.</b> Basın ve Yayın Kuruluşları <b>12.</b> STK</p>	3 yıl

### Hedef 1-Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Sağlıklı yaşlanabilmek için fiziksel aktivite ve egzersizin önemi konusunda farkındalığın artırılmasının ve toplumsal bilincin geliştirilmesinin sağlanması	1.1.3.Toplumun diğer kesimlerindeki bazı eğitim ve meslek kurumlarında (askerlik eğitimi, polislik ve öğretmenlik gibi) veya diğer kuruluşlarda (sivil toplum örgütleri veya meslek dernekleri) yaşlılık, sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite ile ilgili bilincin artırılması	1. Askerlik eğitimi sırasında erlere, polislik veya öğretmenlik gibi mesleklere yaşlılara yönelik farkındalık, bakım ve sosyal paylaşımlar konusunda verilen eğitimlerin içeriği ve sayısı	1. Yaşlılar ve yaşlı bakımı konusunda bilgisi artmış meslek mensupları ve sivil toplum örgütleri 2. Yaşlı sağlığı ve bakımı konusu ile ilgili toplumsal sorumluluk projelerinde rol alabilecek bireyleri artmış toplum 3. Toplumsal farkındalığın kontrolü için yapılan anket çalışmaları ve sonuçları	1. Sağlık Bakanlığı 2. İçişleri Bakanlığı 3. Milli Eğitim Bakanlığı 4. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 5. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 6. Hazine ve Maliye Bakanlığı 7. Nüfus Etütleri Enstitüsü 8. YÖK 9. Üniversiteler 10. TRT 11. Basın ve Yayın Kuruluşları 12. STK	3 yıl
1.1.4.Basın-yayın kuruluşları aracılığı ile normal yaşlanma süreci, aktif ve sağlıklı yaşlanma ile ilgili toplumsal bilincin artırılması, toplumdaki bulunan aktif ve sağlıklı yaşlı birey örneklemeleri ile modeller oluşturma	1. Yazılı basında bu konu ile ilgili olarak yazılan yazılar veya röportajların sayıları ve içerikleri 2. Görsel ve işitsel basında (radyo ve televizyon) konu ile ilgili olarak yapılan programların ve söyleşilerin sayısı, açık oturumlar ve tartışmalar, bu programların aldıkları izlenme oranları, toplumdaki veya basından gelen olumlu veya olumsuz eleştiriler	1. Egzersiz bilinci artmış yaşlılar 2. Fiziksel aktivite düzeyi yeterli ve artmış olan yaşlılar 3. Fonksiyonel aktiviteleri artmış, yaşam kaliteleri gelişmiş, sosyal izolasyondan uzaklaşmış yaşlı bireyler 4. Yaşlıları daha aktif ve üretken olan toplum			

<b>Hedef 1-Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması</b>					
<b>Strateji</b>	<b>Etkinlikler</b>	<b>Çıktı Göstergesi</b>	<b>Sonuç Göstergesi</b>	<b>Sorumlu Kurum ve Kuruluş</b>	<b>Süre</b>
<b>1.2. Toplumda yaşlılık ve yaşlanma ile ilgili sosyal sorumluluk projelerinin geliştirilmesi ve sosyal paylaşımın artırılması</b>	<p>1.2.1. İlk öğretimden başlayarak çeşitli yaşlardaki öğrenci gruplarının huzurevi ve bakımevleri başta olmak üzere yaşlı nüfusun yoğun bulunduğu yerlerde yaşlı bakımı ve günlük yaşam aktivitelerine katkıda bulunacak tarzda zaman geçirmelerinin sağlanması ve sosyal paylaşım alanlarının veya zamanlarının artırılması</p> <p>1.2.2. Orta ve yüksek öğretim müfredatlarında yaşlılarla ilgili zorunlu sosyal sorumluluk projelerinin veya yaşlılarla ortak projelerin geliştirilmesi</p>	<p>1. Gençler ve yaşlıların ortak zaman geçirmesini ve sosyal paylaşımını gerçekleştiren ilk, orta veya yüksek öğretim kurumlarının sayısı, bu sosyal paylaşımın özelliği ve uygulama frekansı</p> <p>2. Yaşlılarla ilgili sosyal sorumluluk projelerinde yer alan öğrencilerin sayısı ve bu öğrencilerden gelen geri bildirim raporları, aynı şekilde yaşlılardan gelen geri bildirimler ve memnuniyet ölçükleri</p>	<p>1. Gençler ile iletişimi artmış yaşlılar</p> <p>2. Yaşlılar ile iletişimi artmış gençler</p> <p>3. Sosyal izolasyonu ve sosyal izolasyona bağlı sağlık sorunları azalmış yaşlılar</p> <p>4. Toplumda yaşlı, genç ve çocuk olarak ortak zaman geçirmeyi, birlikte öğrenmeyi ve birlikte üretmeyi ve birbirine yardım etmeyi öğrenmiş bireyler</p> <p>5. Aile ve toplumdaki rolü ve etkinliği artmış yaşlılar</p> <p>6. Psiko-sosyal durumu değerlendirilen ölçükler</p> <p>7. Yaşam kalitesini değerlendiren ölçükler</p> <p>8. Yaşam doyumu, iyilik hali ve yaşam memnuniyetini değerlendiren ölçükler</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İçişleri Bakanlığı</p> <p>3. Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p>4. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>5. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı</p> <p>6. Hazine ve Maliye Bakanlığı</p> <p>7. Nüfus Etütleri Enstitüsü</p> <p>8. YÖK</p> <p>9. Üniversiteler</p> <p>10. TRT</p> <p>11. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>12. STK</p>	3 yıl
	<p>1. Yaşlılar ile ilgili sosyal sorumluluk projeleri yapan okulların ve bu projelere katılan öğretmenlerin sayısı</p> <p>2. Okullarda bu konuda yapılan projelerin sayısı, özellikleri, kapsamı ve proje raporlarının sonuçları</p> <p>3. Belediyeler, huzurevleri, yaşlı bakım evleri ve yaşlılarla çalışan kurumlar veya sivil toplum örgütleri ile yapılan ortak çalışma raporları, kayıt ve istatistikler</p>	<p>1. Yaşlılık, yaşlılığın normal seyrini, yaşlılığa bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunları bilen gençler</p> <p>2. Toplumsal sorumluluk bilinci gelişmiş, yaşlılarına sahip çıkan ve onları destekleyen gençler</p> <p>3. Yaşlı bakımında veya yaşlıların sosyal desteğinde yer alan, yaşlıların bakımında tüm dünyaya için sorun haline gelmiş olan aktif insan gücünü oluşturmuş ve toplum sağlığında rol oynayan gençler</p> <p>4. Sosyal paylaşımın etkinliği ile ilgili anketler</p>			

Hedef 1- Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bilgi düzeyinin artırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.3. Üniversiteler, diğer bilimsel kurum, kuruluş ve meslek dernekleri aracılığıyla veya bu kurumlarla yapılan ortak çalışmalarla toplumda normal yaşlanma süreci, sağlıklı yaşlanma ve fiziksel aktivite ile ilgili bilgi düzeyini ve bu konu ile ilgili bilimsel çalışmalarını arttırmak, bu konuda çalışan üniversite, kurum, kuruluş ve meslek derneklerini desteklemek	<p>1.3.1. Üniversiteler, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ve meslek dernekleri ile birlikte yapılacak olan çalışmalarla, topluma ve yaşlı nüfusa ait bilimsel veri tabanının oluşturulması</p> <p>1.3.2. Üniversitelerde bu konu ile ilgili lisans ve lisansüstü araştırma ve tezlerin yapılmasının sağlanması, multidisipliner çalışmalarla sonuçların paylaşılması</p>	<p>1. Üniversiteler, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ve meslek dernekleri ile birlikte veya her bir kurumun bağımsız olarak yaptığı anket veya tarama çalışmaları, yaşa, cinsiyete göre veya bölgelere göre yapılan karşılaştırmalı çalışmalar ve bu çalışmaların istatistiksel sonuçları</p> <p>1. Lisans ve lisansüstü düzeyde yapılmış olan araştırma, tezlerin raporları veya bunlardan üretilmiş basılı materyaller (makaleler, kitaplar, sözel veya poster sunumları veya bu sunumların özetleri)</p> <p>2. Araştırmalar ve tezlerden çıkan sonuçların yaşlı bakım evleri, kurumları veya toplum sağlığı üzerine olan etkilerini gösteren çıktılar veya anket sonuçları</p> <p>3. Bu konuda yapılan çalışma, proje, araştırma ve tezlerin sayısı, tez yapan öğrenci, danışman ve diğer araştırmacıların geri bildirimleri, tez ve çalışma raporlarının sonuçları</p> <p>4. Toplum temelli veya kurumsal bazı projelerin sayısı,</p>	<p>1. Yaşlılar ile ilgili artmış bilimsel veri tabanı</p> <p>2. Türkiye profiline göre düzenlenmiş, daha bölgesel veya daha yerel sağlıklı yaşlanma rehberine sahip olan toplum</p> <p>1. Yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma ile ilgili daha fazla araştırma sonuçları</p> <p>2. Yaşlılık ve yaşlı sağlığını arttırmaya yönelik klinik uygulamalar veya toplum temelli çalışmalar için daha fazla bilimsel temel</p> <p>3. Yaşam kalitesi ölçülen yaşlı sayısı</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İşleri Bakanlığı</p> <p>3. Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p>4. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>5. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı</p> <p>6. Hazine ve Maliye Bakanlığı</p> <p>7. Nüfus Etütleri Enstitüsü</p> <p>8. YÖK</p> <p>9. Üniversiteler</p> <p>10. TRT</p> <p>11. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>12. STK</p>	3 yıl

**Hedef 2- Yaşlılığa bağlı olarak veya yaşlılıkta daha sık ortaya çıkan kronik hastalıkların önlenmesi, maliyet etkinliği ile ilgili çalışmaların yapılması ve sağlık harcamalarının azaltılması**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p><b>2.1. Kas iskelet sistemi ve yaşlılığa bağlı kronik hastalıklar ve bu hastalıkların önlenmesine yönelik hedeflerin geliştirilmesi ve bu konuda toplumsal farkındalığın artırılması</b></p>	<p><b>2.1.1</b> Yaşlılığa bağlı olarak veya yaşlılıkta daha sık ortaya çıkan kronik hastalıklar hakkında toplumun bilgilendirilmesi</p> <p><b>2.1.2</b> İnaktivite ve sedanter yaşamın, kronik hastalıklar ve onların gelişimi üzerine olan zararlı etkileri konusunda basın-yayın organlarından yararlanılması</p> <p><b>2.1.3</b> Fiziksel aktivite konusunda farkındalık ve istegün oluşturulması</p> <p><b>2.1.4</b> Aktif ya da sağlıklı yaşlanma kurs programlarında fiziksel etkinlik ve sağlıklı olma hâlinin ilişkisi hakkında bilgilendirme çalışmalarının yapılması</p>	<p><b>1.</b> Kronik hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyini ölçen anket sonuçları</p> <p><b>2.</b> TÜİK kayıtları</p> <p><b>3.</b> Basın yayın organlarında basılan veya yayımlanan yazılar, programlar ve tanıtıcı filmler</p>	<p><b>1.</b> Kronik hastalıklar hakkında daha doğru ve daha fazla bilgi sahibi olan toplum</p> <p><b>2.</b> Sedanter yaşam ve fiziksel inaktivitenin kronik hastalıklar üzerine zararlı etkilerini bilen toplum</p> <p><b>3.</b> Fiziksel aktivite ve egzersizin kronik hastalıklar üzerine olumlu etkisini bilen ve bu konuda farkındalığı artmış bireyler</p>	<p><b>1.</b> Sağlık Bakanlığı</p> <p><b>2.</b> İçişleri Bakanlığı</p> <p><b>3.</b> Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p><b>4.</b> Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p><b>5.</b> Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı</p> <p><b>6.</b> Hazine ve Maliye Bakanlığı</p> <p><b>7.</b> Nüfus Etütleri Enstitüsü</p> <p><b>8.</b> YÖK</p> <p><b>9.</b> Üniversiteler</p> <p><b>10.</b> TRT</p> <p><b>11.</b> Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p><b>12.</b> STK</p>	3 yıl

**Hedef 2- Yaşlılığa bağlı olarak veya yaşlılıkta daha sık ortaya çıkan kronik hastalıkların önlenmesi, maliyet etkinliği ile ilgili çalışmaların yapılması ve sağlık harcamalarının azaltılması**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p><b>2.2. Yaşlılık sürecinde kas iskelet sistemi ve diğer sistemlerde meydana gelen değişikliklerin ve kronik hastalıkların egzersiz, fiziksel aktivite rekreasyonel aktiviteler ve spor aracılığıyla önlenmesi</b></p>	<p><b>2.2.1</b> Fiziksel aktivite ve egzersizlerin faydaları ile ilgili örnek model programların oluşturulması</p> <p><b>2.2.2</b> Toplum temelli ve yerel bazlı yaşlı egzersiz programlarının geliştirilmesi</p> <p><b>2.2.3</b> Yaşlı günlükleri organize edilerek fiziksel aktiviteye teşvik sağlanması</p> <p><b>2.2.4</b> Yaşlı akran eğitimi sağlayan programların oluşturulması</p> <p><b>2.2.5</b> Rekreasyonel aktivitelere ve spora isteği sağlayacak veya arttıracak programların yapılması</p> <p><b>2.2.6</b> Rekreasyonel aktivite ve spor konusunda toplumda lider konumdaki kişilerden destek alınması ve iş birliği içinde olunması ve bunlara yönelik programlar hazırlanması</p> <p><b>2.2.7</b> Mümkün ise üretime katkı sağlayacak rekreasyonel aktivite programları oluşturulması</p>	<p><b>1.</b> Fiziksel aktivite ve egzersizlerin kronik hastalıklar üzerine olan olumlu etkilerini anlatan broşür, video veya filmlerin ve bunların izlenilme ve takip edilme sayıları</p> <p><b>2.</b> Yaşlılar için toplum temelli egzersiz ve fiziksel aktivite programlarını içeren rehber kitapları, broşür ve kitapçıkların sayısı,</p> <p><b>3.</b> Rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği tüm sağlık kurumlarında, huzurevleri ve spor salonlarında yaşlılar için veya kronik hastalıkları önlemek için verilen egzersiz programlarının toplam sayısı ve bu hizmeti alanların sayısı</p>	<p><b>1.</b> Egzersiz ve fiziksel aktivite yapan yaşlı sayısı</p> <p><b>2.</b> Spor yapan ve toplumsal katılımı artmış yaşlı nüfus</p> <p><b>3.</b> Fiziksel aktivite düzeyi ve performansını artmış yaşlı bireyler</p> <p><b>4.</b> Toplumsal katılımdan memnuniyeti artan yaşlı sayısı</p> <p><b>5.</b> Rekreasyon ve spor ile günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız ve daha aktif yaşlı birey</p> <p><b>6.</b> Motivasyonu yüksek, fiziksel aktivite ve aktif yaşama karşı isteği artmış yaşlı birey</p> <p><b>7.</b> Depresyon, yalnızlık ve sosyal izolasyon duygusu azalmış, toplumdaki üretkenliği ve üretme yetenekleri artmış yaşlı birey</p>	<p><b>1.</b> Sağlık Bakanlığı</p> <p><b>2.</b> İçişleri Bakanlığı</p> <p><b>3.</b> Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p><b>4.</b> Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p><b>5.</b> Gençlik ve Spor Bakanlığı</p> <p><b>6.</b> Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı</p> <p><b>7.</b> Hazine ve Maliye Bakanlığı</p> <p><b>8.</b> Nüfus Etütleri Enstitüsü</p> <p><b>9.</b> YÖK</p> <p><b>10.</b> Üniversiteler</p> <p><b>11.</b> TRT</p> <p><b>12.</b> Basın ve Yayın</p> <p><b>13.</b> Kuruluşları</p> <p><b>14.</b> STK</p>	3 yıl



**Hedef 2- Yaşlılığa bağlı olarak veya yaşlılıkta daha sık ortaya çıkan kronik hastalıkların önlenmesi maliyet etkinliği ile ilgili çalışmaların yapılması ve sağlık harcamalarının azaltılması**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p><b>2.3. Kronik hastalıklarda hastaneye başvuru ve hospitalizasyon süresinin, sıklığının ve kronik hastalıklara bağlı devamlı bakım gerektiren yaşlı sayısının azaltılması, yaşlı bakım maliyetlerinin düşürülmesi</b></p>	<p><b>2.3.1.</b>Hastaneye başvuruların azaltılması için kronik hastalıkları önleme programlarının geliştirilmesi</p> <p><b>2.3.2.</b>Kronik hastalıkların tedavisinde egzersizin önemini anlatan bilgilendirmelerin yapıldığı ünitelerin kurulması</p> <p><b>2.3.3.</b>Her türlü kronik hastalık için egzersiz programlarının geliştirilmesi</p> <p><b>2.3.4.</b>Sağlık harcamalarının azaltılmasıyla ortaya çıkan mali yararları gösteren broşür, kitapçık ve diğer istatistik raporlarının hazırlanması ve bunların gerekli kurum kuruluş ve topluma bilgi olarak sunulması</p>	<p><b>1.</b> Aile hekimliği ve birinci basamak hizmet kayıtları</p> <p><b>2.</b> Evde bakım hizmetlerinden sorumlu kişilerin kayıtları</p> <p><b>3.</b> Yaşlı bakımevi, gündüz bakımevi, huzurevi kayıtları</p> <p><b>4.</b> Hastane kayıtları</p> <p><b>5.</b> Sağlık Bakanlığı ve SGK'ya ait sağlık harcama kayıtları</p>	<p><b>1.</b> Aile hekimine başvuran hastaların sayısında azalma</p> <p><b>2.</b> Birinci basamak sağlık hizmet gereksiniminde ve hizmet harcamalarında azalma</p> <p><b>3.</b> Evde bakım hizmetine gereksinim duyan yaşlı sayısında ve evde bakım hizmeti veren kişilerin sayısında azalma</p> <p><b>4.</b> Devamlı bakım veya kurumsal bakım (yaşlı bakımevi gibi) gerektiren hasta sayısında azalma, buralardaki bakım veya sağlık harcamalarında azalma</p> <p><b>5.</b> Hastanelere yatış ve kabulünde azalma</p> <p><b>6.</b> Hastanede yatış süresinde ve sağlık harcamalarında azalma, daha az sayıda sağlık personeli gereksinimi</p>	<p><b>1.</b> Sağlık Bakanlığı</p> <p><b>2.</b> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı</p> <p><b>3.</b> Milli Eğitim Bakanlığı</p> <p><b>4.</b> İşçileri Bakanlığı</p> <p><b>5.</b> Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı</p> <p><b>6.</b> Hazine ve Maliye Bakanlığı</p> <p><b>7.</b> YÖK</p> <p><b>8.</b> Üniversiteler</p> <p><b>9.</b> Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p><b>10.</b> STK</p>	<p>3 yıl</p>

Hedef 3- Yaşlılarda denge kaybı, düşme ve düşme korkusuna yol açabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik koruyucu ve rehabilitatif yaklaşımların geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p><b>3.1. Denge ve düşme konusunda eğitim, düşmeler ve kırıkların engellenmesi konusunda fiziksel aktivite ve egzersizlerin öneminin kavranması ve hizmetlerin geliştirilmesi</b></p>	<p><b>3.1.1.</b> Denge kaybı ve düşmeye yol açabilecek iç ve dış faktörler hakkında yaşlıların bilgilendirilmesi, farkındalığın artırılması için eğitim programları ve materyallerinin düzenlenmesi</p> <p><b>3.1.2.</b> Fiziksel aktivitelerin denge ve düşmeler üzerine olan olumlu etkilerinin artırılması için yaşlı yakını ve yaşlıya bakım verenlere yönelik kurslar düzenlenmesi ve fiziksel ortamların hazırlanması</p> <p><b>3.1.3.</b> Yaşlının yaşadığı ev ve dış çevrenin düşmeyi ve düşme korkusunu önleyecek tarzda düzenlenmesi</p> <p><b>3.1.4.</b> Düşmeye yönelik kişisel risk faktörlerinin belirlenmesini sağlayacak konu ile ilgili uzman sağlık profesyonellerinin görev yaptığı ünitelerin kurulması</p>	<p><b>1.</b> Belirli yaş gruplarında düşme insidansına ilişkin istatistikler</p> <p><b>2.</b> Yaşlılarda hastane, kurum ve evde düşme sıklığı ile ilgili istatistiksel veriler</p> <p><b>3.</b> Düşmeye bağlı ortaya çıkan komplikasyonların yol açtığı mortalite ve morbidite düzeylerini gösteren raporlar</p> <p><b>4.</b> Düşme ve komplikasyonlarına bağlı sağlık ve hizmet harcamaları ile ilgili istatistiksel veriler</p> <p><b>5.</b> Fiziksel aktivite ve eğitimi sonrası düşme insidansında gözlenen değişikliklerin tespitine ilişkin veriler (istatistiksel veriler, hastane verileri vs.)</p>	<p><b>1.</b> Düşme korkusu olmayan yaşlılar</p> <p><b>2.</b> Düşme insidansı ve kırık gelişimi azalmış yaşlılar</p> <p><b>3.</b> Denge kaybı ve düşmeye bağlı aktivite limitasyonu olan yaşlıların sayısında azalma</p> <p><b>4.</b> Evinde ve çevresinde, kurum veya hastanesinde risk faktörlerine yönelik düzenlemelerin yapıldığı kendini güvende ve yetkin hissedilen yaşlılar</p>	<p><b>1.</b> Sağlık Bakanlığı</p> <p><b>2.</b> İçişleri Bakanlığı</p> <p><b>3.</b> Çevre ve Şehircilik Bakanlığı</p> <p><b>4.</b> Üniversiteler</p> <p><b>5.</b> STK</p>	3 yıl



Hedef 4- Günlük yaşam aktivitelerinde ve toplumsal katılımda yarı bağımlı ve bağımlı olan yaşlılar için rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi, mesleki ve sosyal rehabilitasyonları dahil tüm rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Günlük yaşam aktiviteleri ve toplumsal katılımda yarı bağımlı veya bağımlı olan yaşlıların ihtiyaçlarının belirlenmesi	<p>4.1.1. Yaşlıların fonksiyonel durumunun, işlevsellik, yeti yitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırmasına göre belirlenmesi</p> <p>4.1.2. Geçici ya da kalıcı yeti yitimi, aktivite limitasyonu ve toplumsal katılımı olan, yarı bağımlı ve bağımlı yaşlı profiline belirlenmesi</p> <p>4.1.3. DSÖ ve uluslararası veri tabanına göre yaşlılar için önemli hastalıklara sahip yaşlılarda önceliğin saptanması</p> <p>4.1.4. Fiziksel aktivite düzeyi yaşlanma, kronik hastalıklar ve hareketsizliğe bağlı olarak ortaya çıkan fonksiyonel kayıpların düzeyini belirleyen standartların saptanması; bununla ilgili klinik ve saha çalışmalarının tespit edilmesi</p>	<p>1. Fiziksel fonksiyon sonuçları</p> <p>2. Aktivite limitasyon değerlendirmeleri</p> <p>3. Toplumsal katılım değerlendirme sonuçları</p>	<p>1. Fonksiyonel durum değerlendirilmesine göre yaşlıların fonksiyonel seviyesini bilen ve buna göre hedef belirleyen sağlık politikalarının oluşturulması</p> <p>2. Yaşlı nüfusun rehabilitasyon ihtiyaçlarını belirleyerek, rehabilitasyon ve bakım hizmetleri konusunda daha stratejik ve hedefe yönelik sağlık politikaları geliştiren Sağlık Bakanlığı ve ilgili sağlık kurum ve kuruluşları</p>	<p>1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	3 yıl

**Hedef 4- Günlük yaşam aktivitelerinde ve toplumsal katılım da yarı bağımlı ve bağımlı olan yaşlılar için rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi, mesleki ve sosyal rehabilitasyonları dahil tüm rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.2. Mortalite ve morbidite riski fazla olan yaşlılara özel rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi ve toplumsal katılımı arttırmak için fiziksel aktivite programlarının düzenlenmesi	<p>4.2.1. Mortalite ve morbidite riski fazla olan yaşlılara öncelikli rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması</p> <p>4.2.2. Multidisipliner rehabilitasyon ekiplerinin oluşturulması ve bu ekiplerle huzurevi, bakımevi, gündüz yaşam evi gibi yaşlıların çoğunlukta bulunduğu kurumlara hizmet vermesi</p> <p>4.2.3. Kamu ve özel sektörde yaşlılara yönelik rehabilitasyon hizmeti verecek merkezlerin oluşturulması ve yaygınlaştırılması</p> <p>4.2.4. Yeti yitimi yaşlıların hospitalizasyon sonrası nerede bakım ve rehabilitasyon göreceğinin multidisipliner rehabilitasyon ekibi tarafından belirlenmesi</p> <p>4.2.5. Toplum temelli rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi için ulusal politikaların oluşturulması (kırsal kesim, cezaevi, evsiz kimseler vb.)</p> <p>4.2.6. Kurumsal rehabilitasyon hizmetine ulaşamayacak olan yaşlılara sağlık hizmeti verilebilmesi için gezici rehabilitasyon ekibi ve hizmet araçlarının düzenlenmesi</p> <p>4.2.7. İl idare yönetimlerinde rehabilitasyona ihtiyacı olan ve hizmetlere ulaşamayan yaşlıların belirlenmesi ve yönlendirilmesi</p> <p>4.2.8. Toplumun bilinçlendirilmesi, rehabilitasyon hizmetlerine ulaşamayan yaşlılar için gönüllü kuruluşların ve toplum temelli rehabilitasyon ekibinin hizmet planlanması</p> <p>4.2.9. Rehabilitasyona ihtiyacı olan ancak ulaşamayan yaşlılara tele-rehabilitasyon (uzaktan rehabilitasyon) hizmetlerinin planlanması</p> <p>4.2.10. Ulusal politika ve programlarda yeti yitimi, yaşlılarda özür ve engellilik, engelli yaşlı konularının ele alınmasının sağlanması</p> <p>4.2.11. Yeti yitimi olan yaşlılar ve bakım hizmeti verenlerin kendi kendine yardım organizasyonları kurmalarının desteklenmesi ve kolaylaştırılması. Bu konuda sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarının desteklenmesi ve cesaretlendirilmesi</p> <p>4.2.12. Yaşlı hobi evleri ve günlük bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin açılması</p>	<p>1. Hospitalizasyon sıklığının azaldığını gösteren veriler</p> <p>2. Hobi evleri ve günlük bakım ve rehabilitasyon merkezlerinden hizmet alan yaşlı sayısı</p> <p>3. Yaşlıların kendisinin ve ailelerinin memnuniyet düzeyleri</p>	<p>1. Yaşlılarda, fiziksel fonksiyonlarda ve sosyal katılımında artış</p> <p>2. Yaşlı bakımını üstlenen ailelerin bakım yüklerindeki azalma</p> <p>3. Hospitalizasyon sıklığında azalma</p> <p>4. Yaşlı rehabilitasyonu ile ilgili yapılan sağlık harcamalarındaki azalma</p> <p>5. Bütünleşmiş rehabilitasyon ve rekreasyon hizmetleri</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	3 yıl

Hedef 4- Günlük yaşam aktivitelerinde ve toplumsal katılım da yarı bağımlı ve bağımlı olan yaşlılar için rehabilitasyon ihtiyaçlarının belirlenmesi ve mesleki ve sosyal rehabilitasyonları dahil tüm rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.3. Yurt dışında yaşayan yaşı vatandaşlarımızın yaşı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini ülkemizde alabilmesi	<p>4.3.1. Kamu ve özel sektörde ücretsiz ulaşım ve konaklama hizmetlerinden yararlanmalarına yönelik girişimlerin teşvik edilmesi</p> <p>4.3.2. Kırsal kesim dahil olmak üzere yaşı sağlığı ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmada fırsat eşitliğini sağlamak için kaplıca turizmüne yönelik yeni düzenlemelerin gerçekleştirilmesi ve tesislerde rehabilitasyona muhtaç yaşlılar için kontenjan ayrılmasının teşvik edilmesi</p>	<p>1. Ücretsiz ulaşım ve konaklama hizmetlerinden yararlanan yaşı sayısı</p> <p>2. Kaplıca turizminden yararlanan yaşı sayısı</p>	<p>1. İyilik hali ve yaşam kalitesi artmış yaşlılar</p> <p>2. Kırsal kesimde rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanması güç olan yaşlıların rehabilitasyonunda artış</p> <p>3. Kaplıcadaki rehabilitasyon hizmetlerinden fayda görmüş yaşlılar</p> <p>4. Sosyal izolasyonu azalmış, toplumsal katılımı artmış yaşlılar</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İçişleri Bakanlığı</p>	3 yıl
4.4. Yabancı yaşlıların kısa veya uzun süre ile ülkemizde yaşlılara yönelik sağlık bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmesi için sağlık turizmi ve rehabilitasyon turizmi hizmetlerinin geliştirilmesi	<p>4.4.1. Yaşı nüfusu yoğun olan ülkelerde sağlık turizmüne yönelik tanıtım faaliyetlerinin yürütülmesi</p> <p>4.4.2. Uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi alacak yaşlılara yönelik tesislerin sayısının ve niteliğinin artırılması</p> <p>4.4.3. Konuyla ilgili teşviklerin artırılması</p>	<p>1. Ülkemize sağlık turizmi için gelen yaşı sayısının artması</p>	<p>1. Sağlık turizmi kapsamında yaşı ve engelli turizmde artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. Kültür ve Turizm Bakanlığı</p> <p>4. UŞHAŞ</p> <p>5. Ticaret Bakanlığı</p>	

### 2.2.3. Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmeti ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi

#### Dünya’da ve Türkiye’de Mevcut Durum

Evde bakım kavramı; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacını güden bir bakım sistemini ifade eder.

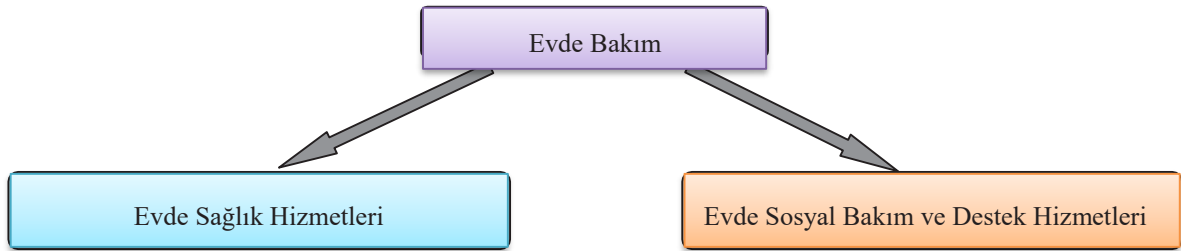
Evde bakım kavramı çeşitli ülkelerde farklı şekillerde ifade edilmekte olup “Evde Bakım, Evde Sağlık Bakımı, Evde Sağlık ve Sosyal Bakım” tanımları genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır. Ülkemizde de evde bakımın tanımı ve kapsamı ile ilgili kavram karışıklığı henüz giderilememiştir. Çoğu zaman evde sosyal destek ve yardım hizmetleri evde bakım olarak tanımlanmaktadır.

Evde bakım; sağlık problemi, kronik ya da terminal hastalığı veya sakatlığı olan bireylere ev ortamında sunulan kısa veya uzun dönemli geniş kapsamlı sağlık ve sosyal hizmetler bütünüdür.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında sunulan bakım hizmetleridir. Daha genel tanımıyla evde bakım; bireylerin fiziksel, mental ve ruhsal sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek için evlerinde sunulan tüm hizmetler olarak ifade edilebilir (WHO, 2012).

Gerek sağlık gerekse de sosyal hizmetleri kapsayan genel kavram olarak literatürde yer alan “Evde Bakım” (Home Care); “Evde Sağlık Hizmetleri” (Home Health Care) ve “Evde Sosyal Bakım ve Destek Hizmetleri” (Home Aide Services) şeklinde iki ana başlığa ayrılmaktadır.

Ülkemizde bugüne kadar farklı tanımlar farklı anlamlarda kullanılmıştır. Evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için, bundan sonra yürütülecek çalışmalarda tüm ilgili kurum ve kuruluşlarca ortak bir tanımlamanın kullanımı son derece önem kazanmaktadır. Türkiye Sağlıkli Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı çalışmalarında ortak bir dilin oluşturulması için dünya örneklerinde de yerleşmiş olan aşağıdaki tanımlama kabul edilmiştir.



Şekil 5. Evde Bakım Hizmetleri

Türkiye Sağlıkli Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı çalışmalarında gerek sağlık gerekse sosyal ve destek hizmetlerini kapsayan, her iki alanı da ilgilendiren hedef, strateji ve eylemlerde “Evde Bakım” her iki alanı da kapsayan tanım olarak kullanılmıştır. Hizmet alanlarından sadece birini tanımlamak gerektiğinde ise “evde sağlık hizmetleri” ya da “evde sosyal

bakım ve destek hizmetleri” ayrı ayrı kavramlar olarak kullanılmıştır.

Günümüzde evde bakım, birçok ülkede etkin bir hizmet sunum modeli olarak önem verilen ve tercih edilen bir sağlık hizmeti modeli olmuştur. Ülkelerin sosyo-ekonomik yapıları, sağlık ve sosyal hizmet modelleri ve sosyal güvence sistemlerindeki farklılıklar, kültürel değişiklikleri nedeniyle uygulanan modeller ülkeden ülkeye farklılık gösterse de evde bakım sistemini oluşturmuş ya da oluşturmakta olan tüm ülke örneklerinde hizmetlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması adına yoğun çalışmaların yapıldığı görülmektedir.

Dünya örneklerinde ortak olarak görülen bazı uygulama örnekleri ve çözüm yaklaşımları aşağıda yer almaktadır:

**1. Hizmet Sunucular:** Evde bakım hizmetlerinin sunumunda, kâr amacı gütmeyen kurumlar, hastanelerde oluşturulan evde bakım birimleri, evde özel bakım kuruluşları, sivil toplum örgütleri ve gönüllü organizasyonlar rol almaktadır. Hizmet sunucular faaliyet alanlarına göre (sağlık hizmetleri ya da sosyal bakım ve destek hizmetleri) ilgili kurumlar tarafından ruhsatlandırma sürecinden geçmektedir. Gerek sağlık gerekse sosyal bakım ve destek hizmetlerinde aileler çok önemli bir rol üstlenmekte olup ailelerin desteklenmesi amacıyla da birçok program geliştirilmiştir.

**2. Hizmetlerin Düzenlenmesi ve Denetimi:** Ülkelerin mevcut sistemlerine uygun olarak bazı örneklerde evde sağlık ve sosyal hizmetler tek bir devlet kurumu tarafından düzenlenmekte, bazı örneklerde ise evde sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının, sosyal bakım ve destek hizmetleri ise yerel yönetimlerin yetki ve sorumluluk alanında yer almaktadır. Denetim, devlet kurumları ve yerel yönetimlerin yanı sıra akreditasyon sistemleri ile de desteklenmektedir.

**3. Hizmetlerin Entegrasyonu:** Evde sağlık hizmetleri ile sosyal bakım ve destek hizmetleri farklı kurumlar tarafından sunulsa da birbirleriyle tam koordinasyon ve iş birliği içinde yürütülmektedir. Aynı evde hem sağlık hem sosyal bakım ihtiyacı söz konusu ise çoğu zaman sağlık hizmetlerini veren kurum sosyal hizmetleri de yerine getirmektedir. Bazı örneklerde evde bakım kurumları her iki alanda da hizmet sunmakta ve bunun gerektirdiği multidisipliner yapıyı barındırmaktadır.

**4. Hizmetlerin Ödemesi ve Finansmanı:** Hemen hemen tüm gelişmiş ülke örneklerinde evde sunulan gerek sağlık gerekse sosyal bakım hizmetleri devletlerin sosyal güvence kapsamlarında yer almaktadır. Hizmetlerin ödemesi genel olarak iki kanaldan yapılmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, sağlık güvence sisteminden, sosyal bakım hizmetleri ise bakım sigortalarından karşılanmaktadır. Bakım sigortaları özellikle kişisel bakım ve sosyal rehabilitasyon hizmetlerini karşılamakta, bunların dışındaki bazı destek hizmetlerinin (evde yapılacak tamirat, düzenlemeler, taşıma, ulaştırma hizmetleri gibi) finansmanı genellikle yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır. Bakım sigortaları sadece sosyal bakım hizmetlerini karşılamakla birlikte, evde sunulan sağlık hizmetleri belirlenen süreyi (60 gün, 90 gün gibi) geçtikten sonra ödemesi bakım sigortaları tarafından devam ettirilmektedir.

Bakım sigortaları tıpkı sağlık sigortaları gibi çalışma döneminde toplanan primlerle finanse edilmektedir. Ayrıca vergiye dayalı kamusal kaynaklarla da desteklenmektedir. Artan yaşlı nüfus ve

kronik hastalıklarla beraber bakım sigortaları için ek kaynakların yaratılması önem kazanmıştır. Geçmişten beri bazı örneklerde görülen piyango ve diğer bahis oyunlarından yapılan kesintiler ya da diğer kaynaklarla bakım sigortalarına ilave fonlar yaratma uygulamaları daha da yaygınlaşmaktadır. Diğer yandan kamu sosyal güvence sistemi üzerindeki yükü hafifletebilmek için özel bakım sigortaları da geçmişten beri birçok ülkede devlet tarafından teşvik edilmektedir.

Özetle, evde sağlık, sosyal bakım ve destek hizmetlerinin finansmanında kamu sağlık güvence sistemi, özel sağlık sigortaları, kamu ve özel bakım sigortaları, yerel yönetimlerin bütçeleri, vergiye dayalı kamusal fonlar ve bireylerin ve ailelerin kendi ödemeleri kaynak olarak kullanılmaktadır.

**5. Hizmetlerde Uzmanlaşma ve Branşlaşma:** Tedavi ve bakım yöntemlerinde, sağlık teknolojilerindeki hızlı gelişmeler daha fazla hizmetin eve götürülmesini mümkün hale getirmiş, hizmetlerin kapsamı ve hizmet veren ekip de genişlemiştir. Bu gelişme, hizmet sunucular içinde uzmanlaşma ve branşlaşma ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. 1800'lü yıllarda toplum sağlığı hemşireliği uygulamaları ile başlayan ve uzun süre daha çok hemşirelik hizmeti olarak yürütülen evde bakım hizmetleri 1950'li yıllardan itibaren interdisipliner bir hizmet alanı olarak gelişmiştir. İhtiyaçların artması ve çeşitlenen hizmet alanlarıyla beraber daha etkin ve verimli hizmet sunumu açısından uzmanlaşma son derece önem kazanmıştır. Günümüzde gelişmiş ülke örneklerinde evde beslenme, yara bakımı, evde kemoterapi, evde tıbbi cihaz ve ekipman hizmetleri, evde fizik tedavi, evde psikoterapi, hastalık yönetimi, evde teletıp (son teknoloji cihaz ve sistemler kullanılarak, bireyin sağlığının uzaktan yönetilmesi) uygulamaları gibi birçok uzmanlık alanları oluşmuş ve oluşmaktadır.

**6. Ailenin Rolü:** Profesyonel hizmet sunumundaki gelişime rağmen geçmişte ve günümüzde evde bakım hizmetlerinin sunumunda en önemli rollerden birini aile bireylerinin üstlendiği unutulmaması gereken bir gerçektir. Evde bakımda rol üstlenen aile bireylerinin sosyal, psikolojik ve maddi açılardan desteklenmesi ayrıca profesyonel organizasyonlarla eğitim ve süpervizyon desteği verilmesi, birçok ülkenin evde bakım modelinde yer almaktadır.

### Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Açısından Mevcut Durum

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu maalesef dünya örneklerine göre oldukça geç tarihlerde başlamıştır. İlk profesyonel hizmet sunumu örnekleri bundan 15 yıl önce özel teşebbüs tarafından başlamış, 2001 yılından itibaren yerel yönetimler tarafından da hizmetler takip edilmiştir. Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme, hizmet sunumunun başlamasından yıllar sonra 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir.

Sağlık Bakanlığı dışında bu alana yönelik diğer bir dizi yasal düzenleme 1 Temmuz 2005’ten itibaren başlayarak (Mülga) Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu yasal düzenlemelerle “Bakıma Muhtaç Engellilere” kamu ya da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde bakım hizmeti sunulması mümkün hale



gelmiştir. Ayrıca yine bir ilk olarak bakıma muhtaç engellinin evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konulmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır.

Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ilk örnekleri ise 2004 yılında başlamıştır. Takip eden 5-6 yıllık süre içinde yaklaşık 10 ilde devlet hastaneleri tarafından evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Şubat 2010’da yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığı’nca sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”, bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması için önemli bir adımdır. Yönergenin amacı; “evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması” olarak ifade edilmiştir.

Ayrıca Yönerge’de, “evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak” ifadesi ile Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleriyle bu hizmetleri sunma yaklaşımını ortaya koymaktadır. 2010 yılının son aylarından itibaren Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması için kamu hastaneleri, aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezlerini hizmet sunumuna dâhil etmiştir. Kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimlerinin yanı sıra mevzuat gereği halk sağlığı müdürlükleri bünyesinde koordinasyon merkezleri oluşturulmuştur.

Yapılan değişiklik ve ilavelerle, 2015 Şubat ayında yönerge, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik olarak güncellenmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri yapılandırılmıştır. Üniversite hastanelerinin de evde bakım birimi oluşturarak hizmet sunabilmesine imkân sağlanmıştır.

Başlangıçta yatağa bağımlı nörolojik hastalar hedeflenirken süreç içerisinde hedef grup ve verilen hizmetler, kronik göğüs hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar, palyatif bakım, ağız ve diş sağlığı, yeni doğan bakımı, evde psikoterapi gibi sağlık hizmetleriyle genişletilmiştir. 2011 yılı içerisindeki önemli gelişmelerden biri de Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Uygulama Tebliği’nde yer alan ‘günübirlik tedaviler’ tablosu üzerinden ödeme kapsamına alınmasıdır.

**Tablo 3. Yıllara Göre Evde Sağlık Hizmetleri**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Ulaşılan Toplam Hasta</b>	16.651	124.085	244.961	380.814	510.352	693.522	908.106	915.638	1.193.974	1.437.523
<b>Aktif Kayıtlı Hasta</b>	16.651	80.388	139.214	186.666	218.353	273.276	308.732	315.695	394.166	445.029
<b>Birim Sayısı</b>	407	642	715	817	915	956	989	810	1091	1178
<b>Araç Sayısı</b>	78	793	956	1.128	1.111	1133	1407	1249	1363	1663
<b>Personel Sayısı</b>	478	3.512	4.143	4.248	4.605	4598	5599	4614	5224	5726

*Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2010-2016 Verisi), Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2017-2019 Verisi)*

Ocak 2021 itibari ile evde sağlık hizmetleri; 81 İlde 86 Koordinasyon Merkezi, 673 hastane, 134 Ağız Diş Sağlığı Merkezi/Ağız Diş Sağlığı Hastanesi, 1618 ekip, 5271 personelin hizmet sunumu ile 376.849 takipli hastaya hizmet vermiş olup toplam 1.250.555 hasta faydalanmıştır. 181 diş tabibi olmak üzere 578 personelle, toplam 69.078 hastaya ise evde ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulmuştur.



## **Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmeti ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi İçin Hedef ve Stratejiler**

### **Hedef 1- Evde Bakım Ülke Modelinin Geliştirilmesi**

#### **Strateji 1**

Evde bakımda hizmet alanlarının (gerek sağlık gerekse sosyal hizmetler için) tanım ve kapsamının netleştirilmesi ve tüm ilgili kurumlarca ortak dilin kullanılması

#### **Strateji 2**

Evde bakım hizmet sunucu kurumların rollerinin netleştirilmesi (sağlık ve sosyal hizmetler)

#### **Strateji 3**

Hizmet sunucu kurum ve birimler arası koordinasyonun sağlanması

### **Hedef 2- Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi**

#### **Strateji 1**

Evde bakım (sağlık ve sosyal hizmetler için) standartlarının oluşturularak uyumlandırılması ve geliştirilmesi

#### **Strateji 2**

Evde, birinci basamak sağlık uygulamalarının geliştirilmesi

#### **Strateji 3**

Evde, ilaç kullanımıyla ilgili problemlerin, hataların önlenmesi

### **Hedef 3- Evde Bakım Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması**

#### **Strateji 1**

Evde bakım hizmetlerinin tanıtılması, yaşlıların ve ailelerinin evde bakım hizmetleri ve hangi hizmetlere nasıl ulaşabilecekleri hakkında bilgilendirilmeleri

#### **Strateji 2**

Üniversite hastanelerinin de evde sağlık hizmet sunumuna etkin olarak katılması

#### **Strateji 3**

Evde bakım alanında, hizmet sunumu ve çalışmalara katılımında STK'ların desteklenmesi

## Hedef 4- Evde Bakım ile ilgili Mevzuatın İyileştirilmesi

### Strateji 1

Mevcut durumda Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından çıkarılmış olan ilgili mevzuatın birbiriyle ve ihtiyaçlarla uyumlu hale getirilmesi

### Strateji 2

Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında çıkarılan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmeliğin mevcut ihtiyaçlara ve günümüz koşullarına uygun olarak güncellenmesi

### Strateji 3

Sağlık Bakanlığının, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve diğer ilgili devlet kurumlarının evde bakım ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm mevzuatıyla, ilgili mesleki mevzuatın birbirine uyumlu hale getirilmesi

### Strateji 4

Bakım destek personelinin görev ve sorumluluklarının ilgili mevzuatlarda tanımlanması

## Hedef 5- Evde Bakımda Geri Ödemenin (Finansmanın) Geliştirilmesi

### Strateji 1

Özellikle evde yatağa bağımlı hastalar için sağlık kurulu raporları ve reçete uygulamalarının kolaylaştırılması

### Strateji 2

Evde sağlık hizmeti alan ve kronik hastalığı olan kişilerde heyet raporu uygulamalarının kolaylaştırılması

### Strateji 3

Evde tıbbi ekipman ve cihaz kullanımının yurt dışı örneklerinde olduğu gibi profesyonel bir hizmet alanı olarak düzenlenmesi

### Strateji 4

Gelecek yıllarda artacak uzun dönem bakım ihtiyacının karşılanabilmesi için kamu ve özel bakım sigortası modellerinin geliştirilmesi

### Strateji 5

Evde bakım hizmetlerinde maliyet etkinlik çalışmalarının başlatılması

## **Strateji 6**

SGK tarafından gerekli denetim altyapısının oluşturulması ile özel evde bakım merkezleri ve birimlerinin de Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamına alınması

## **Hedef 6- Evde Bakım Personeli Eğitim İhtiyaçlarının Karşlanması ve İstihdam Politikalarının Geliştirilmesi**

### **Strateji 1**

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile iş birliği yapılarak evde bakım hizmetlerinde görev alan sağlık ve sosyal hizmet personelinin eğitim düzeyinin geliştirilmesi

### **Strateji 2**

Geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen sosyal hizmet uzmanı vb.) evde sağlık hizmeti sunumunda daha çok yer alması

### **Strateji 3**

Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan meslek gruplarının performans sistemleri ve döner sermaye katkılarında iyileştirme yapılması

### **Strateji 4**

Evde sağlık veya bakım hizmeti alan yaşlıların ve aile bireylerinin eğitiminin sağlanması birimlerinin de Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamına alınması

## 2.2.3. Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık Hizmeti ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Hedef 1 -Evde bakım ülke modelinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Evde bakımda (gerek sağlık gerekse sosyal hizmetler için) hizmet alanlarının tanım ve kapsamının netleştirilmesi ve tüm ilgili kurumlarca ortak dilin kullanılması	1.1.1.Hizmet alanlarının tanımlanması ve ortak dilin oluşturulması için toplantı yapılması	1. Hizmet alanlarının kapsamını tanımlayan ve tüm kurumlarca kullanılacak ortak bir rehberin yayınlanması	1. Tüm hizmet sunucuların hazırlanacak rehberine uygun olarak hizmet sunması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 4. Üniversiteler 5. STK	1 yıl

## Hedef 1- Evde Bakım Ülke Modelinin Geliştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.2. Evde bakım hizmet sunucu kurumların rollerinin netleştirilmesi (sağlık ve sosyal hizmetler)	1.2.1.Evde sağlık hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel evde bakım merkez ve birimleri, evde sosyal bakım ve destek hizmetlerinin ise belediyeler, belediyelerin yeterli olamadığı durumlarda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sunulması için mevzuat düzenlenmesi	1. Hangi kurumların hangi hizmetleri sunacağını net olarak tanımlanması ve ilgili mevzuatta yer alması	1. Hizmet sunumundaki tekrarların ortadan kalkması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 4. Üniversiteler 5. STK	1 yıl
1.3. Hizmet sunucu kurum ve birimler arası koordinasyon un sağlanması	1.3.1.Evde bakımda sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu ve ihtiyaç sahiplerinin tek noktadan hizmetlere erişimi için her ilde Valilik bünyesinde bir koordinasyon merkezinin oluşturulması. Bu koordinasyon merkezinde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, yerel yönetimler ve varsa o bölgede evde bakım hizmeti sunan STK'ların temsil edilmesi	1. Tüm illerde sağlık ve sosyal hizmetleri koordine eden Koordinasyon Merkezlerinin açılmış ve çalışıyor olması	1. Hizmete ulaşımın kolaylaşması, hizmet sunumundan verimliliğin artması, hizmet tekrarlarının engellenmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı 4. STK	1 yıl

Hedef 2-Evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Evde bakım (sağlık ve sosyal hizmetler için) standartlarının oluşturularak, uygulamaları ve geliştirilmesi	2.1.1.Hizmet alanlarına yönelik ortak standartların oluşturulması için çalışma yapılması, ilgili kurumlar arası iş birliği ile Ulusal Akreditasyon standartlarının oluşturulması	1. Hizmet alanlarına yönelik standartların bir rehber haline getirilmesi	1. Hizmet sunucularından ortak standartlara uygun olarak akredite olan ve hizmet sunumuna başlayan kurum sayısı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. Üniversiteler 4. TSE 5. STK	1 yıl
2.2. Evde, birinci basamak sağlık uygulamalarının geliştirilmesi	2.2.1.Evde koruyucu sağlık uygulamaları için rehberlerin, periyodik tarama ve takip programlarının oluşturulması	1. Oluşturulacak rehber ve programlar 2. Geriatrik tarama ve takip yapılan hasta sayısı	1. Oluşturulacak rehber ve programlarla birinci basamak sağlık hizmetlerinin evde sunumunun desteklenmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler 3. STK	1 yıl
2.3. Evde, ilaç kullanımıyla ilgili problemlerin, hataların önlenmesi	2.3.1.Doğru ilaç kullanımı için aileler ve bakım verenlere yönelik eğitim programlarının oluşturulması	1. Doğru ilaç kullanımı için oluşturulacak eğitim programları, kitapçık ve diğer dokümanlar	1. Doğru ilaç kullanımı için düzenlenecek eğitimlerin ve dağıtılan bilgilendirici dokümanların sayısında artış	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler 3. STK	Sürekli

### Hedef 3- Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Evde bakım hizmetlerinin tanıtılması, yaşlıların ve ailelerinin evde bakım hizmetleri ve hangi hizmetlere nasıl ulaşabilecekleri hakkında bilgilendirilmeleri	<p>3.1.1. Halka yönelik tanıtım faaliyetleri, basılı ve görsel medyanın kullanımı, bilgilendirici broşür ve kitapçıkların hazırlanarak dağıtılması</p> <p>3.1.2. Mahalle muhtarlarının da hizmete nasıl erişebileceği konusunda bilgilendirilmeleri ve ihtiyaç sahiplerine gerekli bilgileri sağlanması</p>	<p>1. İhtiyaç sahiplerinin ve ailelerin evde bakım hizmetleri, hangi hizmetleri nereden alabilecekleri konusunda bilgilerinin artırılması</p>	<p>1. Hizmet alan yaşlı sayısında artış, hizmete erişimin kolaylaşması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p> <p>6. Basın ve Yayın Kuruluşları</p>	<p>Sürekli</p>
3.2. Üniversite hastanelerinin de evde sağlık hizmet sunumuna etkin olarak katılımı	<p>3.2.1 Üniversite hastanelerinin de evde bakım birimleri oluşturarak hizmet sunumuna başlaması</p> <p>3.2.2 Üniversite hastanelerinin de evde bakım birimi kuran üniversite sayısı</p>	<p>1. Evde bakım birimi kuran üniversite sayısı</p> <p>2. Üniversite hastanelerinden evde sağlık hizmeti alan yaşlı sayısı</p>	<p>1. Üniversite hastanelerinin evde bakım birimleri vasıtasıyla üçüncü basamak hizmetlerine ihtiyaç duyanlar için evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p>	<p>1 yıl</p>
3.3. Evde bakım alanında, hizmet sunumu ve çalışmalara katılımda STK'ların desteklenmesi	<p>3.3.1. Evde bakım alanına yönelik çalışma yapan (hizmet sunumu ve eğitim gibi) STK'ların teşvik edilmesi, bu derneklere kamu yararına çalışan dernek statüsü verilmesinde kolaylık sağlanması</p>	<p>1. STK'ların evde bakım hizmet sunumu ve eğitim faaliyetlerinde daha etkin rol alması</p> <p>2. Evde bakım alanında çalışan STK'ların sayılarında artış</p>	<p>1. STK'lardan hizmet alan yaşlı sayısı</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p>	<p>3 yıl</p>

## Hedef 4- Evde bakım ile ilgili mevzuatın iyileştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Mevcut durumda Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından çıkarılmış olan ilgili mevzuatın bir biriyle ve ihtiyaçlarla uyumlu hale getirilmesi	<p>4.1.1. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından çıkarılmış olan ilgili mevzuatın bir biriyle uyumlu hale getirilebilmesi için ortak bir çalışma yapılması</p> <p>4.1.2. İlgili tüm kurumların da katkılarını alabilmek için düzenli toplantılar yapılması</p> <p>4.1.3. Evde sağlık ve sosyal hizmetlerin bütünsel ve birbirini tamamlayıcı bir yaklaşımla mevzuatta tanınlanması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının evde bakımla ilgili mevzuatının birbiriyle uyumlu ve birbirini tamamlayıcı nitelikte uygulamaya girmesi</p>	<p>1. Hedef (Ülke Modelinin Geliştirilmesi) başlığı altında yapılan çalışmaların mevzuata yansımalarının gerçekleştirilmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 4. Üniversiteler 5. STK</p>	3 yıl
4.2. Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında çıkarılan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmeliğin mevcut ihtiyaçlara ve günümüz koşullarına uygun olarak güncellenmesi	<p>4.2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmeliğin güncellenmesi</p>	<p>1. Güncel ihtiyaçlar ve koşullara uygun yönetmeliğin yürürlüğe girmesi</p>	<p>1. Özel evde bakım birim ve merkezlerinin güncel yönetmeliğe göre hizmet sunumuna devam etmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler 3. STK 4. Özel Evde Bakım Birim ve Merkezleri</p>	3 yıl
4.3. Sağlık Bakanlığının, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve diğer ilgili devlet kurumlarının evde bakım ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm mevzuatının (hemsirelik hizmetleri yönetmeliği) birbiriyle uyumlu hale getirilmesi için çalışma yapılması	<p>4.3.1. Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve diğer ilgili devlet kurumlarının evde bakım ve sağlık hizmetleriyle ilgili tüm mevzuatının (hemsirelik hizmetleri yönetmeliği) birbiriyle uyumlu hale getirilmesi için çalışma yapılması</p>	<p>1. İlgili mesleki mevzuatta tanımlanmış olan görev ve sorumluluk alanlarının, evde bakım ve sağlık hizmetleri ile ilgili tüm mevzuatta uyumlu bir şekilde yer alması</p>	<p>1. Evde bakım ve sağlık hizmetleri hakkında ilgili Bakanlık, kurum ve kuruluşların gerek mesleki gerekse sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuatın yeni düzenlemelere uygun olarak güncellenmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. Üniversiteler 4. STK</p>	3 yıl



#### Hedef 4- Evde bakım ile ilgili mevzuatın iyileştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.4. Bakım destek personelinin görev ve sorumluluklarının ilgili mevzuatlarda tanımlanması	<p>4.4.1. Bakım destek personelinin görev tanımının yapılması, çalışma alanlarının belirlenmesi, bunların ilgili mevzuatta tanımlanması için çalışma yapılması</p> <p>4.4.2. Ayrıca destek personelinin hizmet sunucu kurumlarca aynı standartlarda çalıştırılmasının sağlanması</p>	<p>1. Bakım destek personelinin görev tanımı ve çalışma alanlarının netleşmesi ve ilgili mevzuatta yazılı hale getirilmesi</p> <p>2. Hizmet sunucu kurumlarca kullanılacak üzere görev tanımının, hizmet standartlarının yer aldığı bir rehberin hazırlanması</p>	<p>1. Bakım destek personelinin mevzuatla tanımlanmış şekilde hizmet veriyor olması</p> <p>2. Hizmet sunucu kurumların da aynı standartlarda hizmet sunuyor olmaları</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	3 yıl

Hedef 5- Evde bakımda geri ödemenin (finansmanın) geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
5.1. Özellikle evde yatağa bağımlı hastalar için reçete işlemlerinin kolaylaştırılması amacıyla yeni düzenlemeler yapılması	5.1.1. Özellikle evde yatağa bağımlı hastalar için reçete işlemlerinin kolaylaştırılması amacıyla yeni düzenlemeler yapılması	1. Evde sağlık hizmeti veren ekipteki hekimin ya da aile hekiminin, uzman hekime muayene olmak için hastaneye gelemeyen evde bakım hastasının ihtiyacı olan reçeteleri yazabilmesi için yetkili hale gelmesi	1. Yatağa bağımlı hastaların ihtiyacı olan ilaç, sarf malzemesi ve diğer tıbbi ürünlere ulaşabilmesinde kolaylık sağlanması, hastaneye gidemediği için yaşanan mağduriyetlerin önlenmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. Üniversiteler	1 yıl
5.2. Evde sağlık hizmeti alan ve kronik hastalığı olan kişilerde heyet raporu uygulamalarının kolaylaştırılması	5.2.1. Evde sağlık hizmeti alan ve süregelen hastalığı olan kişilerde rapor sürelerinin uzatılması, kronik hastalıklarda ilk rapordan sonra tekrar rapor alma zorunluluğunun ortadan kaldırılması için gerekli düzenlemelerin yapılması	1. Evde bakım hizmeti alan kronik hastaların bir defaya mahsus heyet raporu aldıktan sonra tekrar almaya gerek kalmadan hizmet almaya, tıbbi cihaz ve ürünleri kullanmaya devam etmelerinin sağlanması	1. Evde bakım hizmeti alan kronik hastaların rapor süreleri dolduğu için tekrar heyet raporu almak üzere hastaneye getirilmek zorunda kalmaması	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. Üniversiteler	1 yıl
5.3. Evde tıbbi ekipman ve cihaz kullanımının yurt dışı örneklerinde olduğu gibi profesyonel bir hizmet alanı olarak düzenlenmesi	5.3.1. Evde kullanım için tıbbi cihaz ve ekipman temininin profesyonel bir hizmet alanı olarak tanımlanması ve uygulanması için gerekli düzenlemelerin yapılması 5.3.2. Hizmetin ekipman kullanım eğitimi, gerekli periyodik bakım ve kontrol, 7/24 teknik destek, kalibrasyon, dezenfeksiyon gibi hizmetlerle beraber sağlanması 5.3.3. Maliyet etkinliği için kiralama ve hizmet alımı modellerinin geliştirilmesi	1. Evde kullanılan tıbbi cihaz ve ekipman temininin tamamlayıcı hizmetlerle sağlanması 2. Cihazların satın alınması yerine tanımlanan standartlarda hizmetin satın alınması modelinin uygulanması	1. Tıbbi cihaz kullanımında hasta ve aile farkındalığında artış 2. Tamamlayıcı hizmetlerle tıbbi cihaz ve ekipman performanslarının artması 3. Enfeksiyon kontrolü sayesinde tedavi ve bakım sonuçlarında iyileşme, destek hizmetler ile ailelerin yaşadığı mağduriyetlerin ve SGK açısından ekonomik zararların önlenmesi 4. Tıbbi cihaz desteği ile evde devam eden tedavi ve bakım uygulamalarında iyileşme ve yaygınlaşma	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. STK	3 yıl

### Hedef 5- Evde bakımda geri ödemenin (finansmanın) geliştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
5.4. Gelecek yıllarda artacak uzun dönem bakım ihtiyacının karşılanabilmesi için kamu ve özel bakım sigortası modellerinin geliştirilmesi	<p>5.4.1.Bakım Sigortası modelinin oluşturulması için ilgili kurumlarca teknik bir çalışma başlatılması</p> <p>5.4.2.Yurt dışı örneklerinin incelenmesi ve ülke kaynakları ile karşılanabilir bir modelin oluşturularak en kısa zamanda uygulamaya konulması</p> <p>5.4.3.Özel bakım sigortaları için de gerekli mevzuat yapısının oluşturulması</p>	<p>1. Uzun dönem bakım ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için bakım sigortası sistemlerinin ülkemizde de oluşması</p>	<p>1. Kamu ya da özel bakım sigortasına sahip kişi sayısı</p>	<p>1. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. Hazine ve Maliye Bakanlığı</p> <p>4. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı</p> <p>5. SGK</p> <p>6. STK</p>	3 yıl
5.5. Evde bakım hizmetlerinde maliyet etkinliği çalışmalarının başlatılması	<p>5.5.1.Hizmet sunan kurumların (kamu, yerel yönetim, özel işletmeler) maliyetlerinin takibi için gerekli kayıt sistemlerinin oluşturulması</p> <p>5.5.2.Hizmette birim maliyetlerin hesaplanması</p>	<p>1. İleride gerçekleştirilecek maliyet etkinliği çalışmalarına temel oluşturmak üzere hizmet maliyet verilerinin oluşturulması</p>	<p>1. Hizmet sunum birim maliyetleri veri setinin oluşması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. SGK</p> <p>5. STK</p>	3 yıl
5.6. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından gerekli denetim altyapısının oluşturulması ile özel evde bakım merkezleri ve birimlerinin de Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamına alınması	<p>5.6.1. Özel evde bakım birimleri ve merkezleri hizmetlerinin SUT kapsamında ödenebilmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından gerekli denetim altyapısının oluşturulması</p>	<p>1. Özel evde bakım birim ve merkezleri hizmetlerinin ödeme koşul ve kapsamlarının Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında yer alması</p>	<p>1. Özel evde bakım birim ve merkezlerinin hizmet sunumunun sadece cepten ödeme yapabilen hastalarla sınırlı kalmaması, ülke genelinde yaygınlaşması</p> <p>2. SUT kapsamında alınan hizmet sayısı</p> <p>3. Özel evde bakım birim ve merkezlerinden hizmet alan kişi sayısı</p>	<p>1. Hazine ve Maliye Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p>	3 yıl

Hedef 6- Evde bakım personeli eğitim ihtiyaçlarının karşılanması ve istihdam politikalarının geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
6.1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile iş birliği yapılarak evde bakım hizmetlerinde görev alan sağlık ve sosyal hizmet personelinin eğitim düzeyinin geliştirilmesi	6.1.1.Evde bakımda rol alan sağlık ve sosyal hizmet personelinin eğitim için standartların belirlenmesi, ortak bir müfredatın oluşturulması 6.1.2.Hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi 6.1.3.Eğitim alan personel için bilgi güncelleme eğitimlerinin de planlanması	1. Eğitim programları için oluşturulacak standartlar rehberi ve ortak müfredat	1. Eğitim almış evde bakım personeline ve personel için bilgi seviyesinde artış 2. Düzenlenen eğitim sayısı 3. Eğitim alan personel sayısı	1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2. Sağlık Bakanlığı 3. Üniversiteler 4. STK	3 yıl
6.2. Geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı vb.) evde sağlık hizmeti sunumunda daha çok yer alması	6.2.1. Geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin sayısının artırılması, bunun için kontenjan ve kadro sayılarının düzenlenmesi	1. Evde bakım birimleri/hizmetlerinde görev alan geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin sayılarının artması	1. Evde bakım hizmetlerinde rol alan geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri sayısında artış 2. Üniversitelerde geriatri alanındaki kontenjan ve kadro sayılarında artış 3. Evde bakım hizmetlerinde rol alan geriatri meslek grubu sayısı	1. Sağlık Bakanlığı 2. YÖK 3. Üniversiteler	3 yıl
6.3. Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan meslek gruplarının performans sistemleri ve döner sermaye katkılarında iyileştirme yapılması	6.3.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Özellikli Sağlık Hizmeti Olarak Tanımlanması	1. Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan meslek gruplarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi, kuruma çalışan diğer özellikli ekiplerle aynı seviyeye getirilmesi	1. Evde sağlık ekibinde görev alanların çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile bu ekibe yer almanın özendirilmesi	1. Sağlık Bakanlığı	3 yıl

### Hedef 6- Evde bakım personeli eğitim ihtiyaçlarının karşılanması ve istihdam politikalarının geliştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
6.4. Evde sağlık ve bakım hizmeti alan yaşlıların ve aile bireylerinin eğitiminin sağlanması	6.4.1. Hizmet alan yaşlıların ve ailelerinin farklı ihtiyaçlarına yönelik (sağlık ve sosyal hizmetler olmak üzere) eğitim programlarının standartlar dahilinde oluşturulması ve uygulamaya konması	1. Eğitim programları ile evde bakım ihtiyacı olan yaşlı ve yaşlı ailelerinin desteklenmesi	1. Eğitim alan yaşlı sayısında artış 2. Verilen eğitimin aile bireyleri tarafından uygulanmasının takip edilmesi ve değerlendirilmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. İşleri Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK	3 yıl

## 2.2.4. Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişiminin Sağlanması

### Dünya’da ve Türkiye’de Mevcut Durum

Değişen toplum yapısı içinde, yaşlıların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, yaşlılık döneminde hastalıkların önlenmesi için politikalar geliştirilmesi, sağlık ve bakım hizmetlerine tam erişimin sağlanması, yaşlıların sağlık gereksinimlerinin karşılanması ve sürece katılımlarının teşvik edilmesi gerekmektedir.

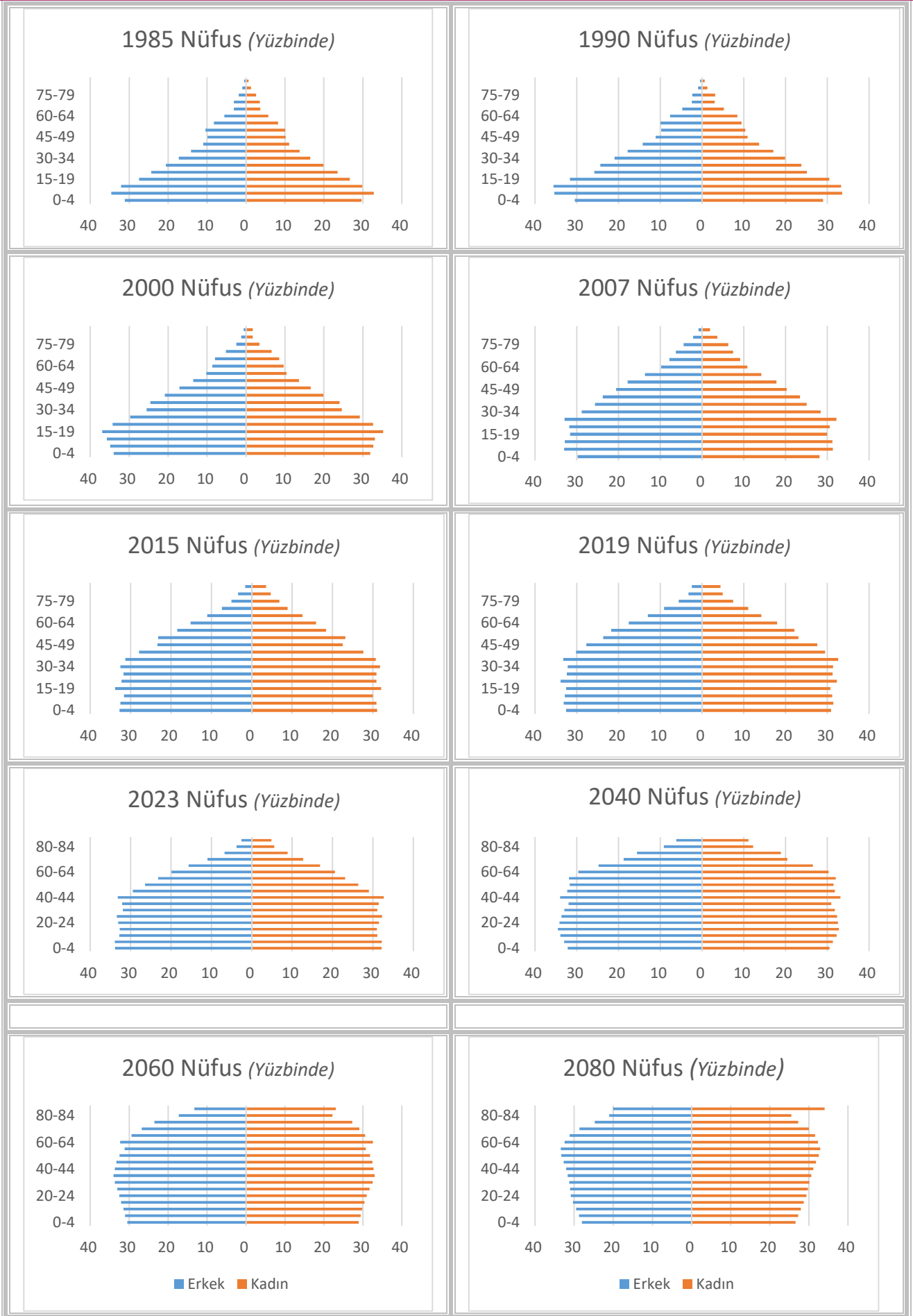
Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK); 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 ve 2019 yıllarına göre toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfusun payını artan oranlarda sırasıyla; %7,5, %7,7, %8, %8,2, %8,3, %8,5, %8,8, %9,1 olarak raporlamıştır (TÜİK, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019).

Türkiye nüfusunun yaş yapısının değişimine bakıldığında, doğurganlık düzeyindeki düşme eğilimine ve ölüm nedenlerini etkileyen olumsuz koşullardaki iyileşmeye bağlı olarak nüfus yapısında genç yapıdan yaşlı nüfus yapısına doğru bir dönüşüm olmaktadır. Ancak, Türkiye’de nüfusun yaşlanması hemen gözlenebilecek bir olgu değildir. Zira yakın döneme kadar görülen yüksek doğurganlık nedeni ile çalışma çağındaki nüfusu oluşturan 15-64 yaş nüfusunun zaman içindeki artışına bağlı olarak, yaşlı nüfus bağımlılık oranları uzunca bir süre olumsuz etkilenmeyecektir. Ancak, demografik yapıdaki hızla yaşlı nüfus artışı ve dönüşümün şimdiden öngörülüp sağlık alanının yanı sıra, sosyal güvenlik ve sosyal destek sistemlerinde de gerekli önlemlerin alınması ve gerekli düzenlemelerin yapılması şarttır.

Yaşlı nüfustaki bu artış fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Nüfusun yaşlanması, sosyo-ekonomik yönden insan yaşamında çok farklı etkiler yaratan bir durumdur. Ekonomik anlamda yaşlanan nüfus, ekonomik büyümeyi, tasarrufları, yatırım ve tüketimi, işgücü piyasalarını, emeklilik fonlarını, vergileri ve nesiller arası transferleri; sosyal anlamda da sağlık düzeyini ve sağlık bakımı hizmetlerini, aile kompozisyonunu, yaşam düzenini, barınma durumunu ve göçleri etkiler. Tüm bunlar; işgücü arzının azalması, (üretici nüfusta azalma) kamu harcamalarının artması, (sağlık harcamalarının ve sosyal güvenlik ödemelerinin artışı) bakım ihtiyacının artışı (kurumsal ve evde bakım hizmetleri) risklerini de beraberinde getirmektedir.

Yaşlıların değişen toplum yapısı içinde yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, sorunlarına ve gereksinimlerine cevap verilebilmesi, aile ve toplumla bütünleşebilmelerinin sağlanmasına yönelik sağlık ve sosyal hizmetlerin geliştirilmesi gereklidir. Yaşlı sağlığı ve aktif yaşlanma programının doğrudan birinci basamak sağlık hizmet sunumunda uygulanması amaçlanmıştır.

Yaşlılara doğrudan sağlık hizmet sunumunu gerçekleştiren merkezlerin kolay ulaşılabilir olması, yaşlılara pozitif ayrımcılık uygulaması, sağlıklı yaşlanma ve etkin bakım hizmeti sunumu planlanması gibi gelişmiş uygulamaları içermesi önemlidir.



**Şekil 6. Türkiye’de 1985 - 2080 Yılları Arası Nüfusun Yaş ve Cinsiyet Yapısındaki Değişimi**

Kaynak: TÜİK, 1937, 1949, 1961, 1969, 1982, 1989, 2003, 2010b, 2010c, 2018

**Tablo 4. Genel Demografik Bilgiler**

	2009	2012	2017	2018	2019
<b>Toplam Nüfus</b>	72.561.312	75.627.384	80.810.525	82.003.882	83.154.997
<b>İl Ve İlçe Merkezlerinde Yaşayanların Oranı (%)</b>	75,5	77,3	92,5	92,3	92,8
<b>Belde Ve Köylerde Yaşayanların Oranı (%)</b>	24,5	22,7	7,5	7,7	7,2
<b>0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)</b>	26,3	24,9	23,6	23,4	23,1
<b>65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)</b>	7,0	7,5	8,5	8,8	9,1
<b>Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş)</b>	38,8	36,9	34,7	34,5	34,1
<b>Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş)</b>	10,5	11,1	12,6	12,9	13,4
<b>Toplam Yaş Bağımlılık Oranı</b>	49,2	48,0	47,2	47,4	47,5
<b>Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)</b>	14,5	12	12,4	14,7	13,9
<b>Kaba Doğum Hızı (‰)</b>	17,6	17,2	16,2	15,4	14,3
<b>Kaba Ölüm Hızı (‰)</b>	5,1	5	5,3	5,2	5,3
<b>Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)</b>	2,10	2,11	2,08	2,00	1,88

*Kaynak: TÜİK, ADNKS (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi) İstatistikleri*

DSÖ tarafından geliştirilen ‘Yaşlı Dostu Birincil Bakım Merkezi’ bu amaçla hazırlanan gelişmiş uygulamaları içeren projelerden birisidir. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunun ülkemizde de temelini oluşturan aile hekimliğinin, aktif yaşlanma yaklaşımlarıyla uyumlu olduğu WONCA (World Organization of National Colleges Academies) Avrupa 2002 tanımında en iyi şekilde ortaya konulmuştur. Bu tanıma göre aile hekimleri esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlanmasından sorumlu hekimlerdir (WONCA, 2002). Bireylere kendi aileleri, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar, bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar, ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar.

Aile hekimliğinde süreklilik ilkesi geriatrik yaş grubunda önemlidir. Aile hekimleri ile uzun dönemli ilişkinin yaşlılar tarafından çok önemsendiği, hatta yaşlıların aile hekimini ölünceye veya taşınmaya kadar değiştirmedeği bilinmektedir. Ancak, performans dayalı ücretlendirmede yaşlılara yönelik koruyucu, tanı koyucu, tedavi edici ve izleyici hizmetlerin teşvik edilmesi gereklidir. Bilindiği üzere kronik hastalıklar akut hale geldiklerinde sağlık açısından da finansal açıdan da geriye döndürülemez sonuçlar doğurabilir.



## Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve Sağlık Hizmetlerine Tam Erişiminin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

### Hedef 1- Yaşlı Bireyler için Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi

#### Strateji 1

Yaşlı bireyler için koruyucu sağlık hizmet sunumunun sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi

#### Strateji 2

Yaşlı bireyler için teşhis ve tedavi hizmetlerinin niteliğinin artırılması

#### Strateji 3

Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi

#### Strateji 4

Yaşlılara verilecek sağlık, sosyal ve rehabilitasyon hizmetlerinde iş birliğinin sağlanarak yürütülmesi

#### Strateji 5

Yaşlılara sağlık hizmeti sunulan hastanelerde geriatri bilim dalları ve üniteleri, geriatri hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri, geriatik bakım merkezleri ve yaşlı gündüz bakımevlerinin standartlarının iyileştirilmesi ve bu standartlara uygun merkezlerin açılması

### Hedef 2- Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması

#### Strateji 1

Yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine evrensel standartlarda eşit olarak ulaşımının sağlanması, eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ve yaşlı bireylerin sağlık, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine erişiminde fiziksel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik sorunları olan yaşlılara öncelik verilmesi

#### Strateji 2

Sağlık kurumlarında yaşlılara pozitif ayrımcılık yapılması

### Hedef 3- Refahın Arttırılması

#### Strateji 1

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ile hizmet sunan ve hizmet alanların memnuniyetinin artırılması

## 2.2.4. Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi, Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması ve Refahın Artırılması

Hedef 1- Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Yaşlı bireyler için koruyucu sağlık hizmet sunumunun sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi	<p>1.1.1. Yaşlılara yönelik izlem programlarının oluşturulması (evde, bakım evinde, sağlık kurumlarında)</p> <p>1.1.2. Yaşlı sağlığı izlem formlarının gebe ve çocuk izlem formları gibi Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde (AHBS) yer alması</p> <p>1.1.3. Yaşlı hastaların izlemi ve koruyucu sağlık hizmet sunumunda yer alan bütün sağlık ve bakım personeline ek ödeme olanığının oluşturulması</p> <p>1.1.4. Toplumun olası hastalıklara ve kazalara karşı yazılı ve görsel iletişim araçları ile bilgilendirilmesi</p> <p>1.1.5. 65 yaş üstü için erişkin aşı programlarının oluşturulması</p>	<p>1. Yaşlı sağlığı izlem formlarının gebe ve çocuk izlem formları gibi AHBS'de yer alması</p> <p>2. Öncelikli grupların yüzdesinin belirlenmesi</p> <p>3. Yaşlı popülasyondaki aşılama sayısı</p> <p>4. 65 yaş üstü başvuran hasta sayısı ve geriatri değerlendirme sayısı</p>	<p>1. Morbidite ve mortalitede azalma</p> <p>2. Bağışıklanan yaşlı sayısında artış</p> <p>3. AHBS kayıtlarının analizi (ortalama izlem, illere göre izlem)</p>	1. Sağlık Bakanlığı	1 yıl
1.2. Yaşlı bireyler için teşhis ve tedavi hizmetlerinin niteliğinin artırılması	<p>1.2.1. Yaşlı sağlığı hizmet sunumunda yer alan personelin eğitimi</p> <p>1.2.2. Alanında uzman sağlık çalışanı sayısının artırılması</p>	<p>1. Erken teşhis ve uygun tedavi alan yaşlı sayısının artışı</p> <p>2. Hastaneye yatış sayısı ve kalış sürelerinin azalması</p> <p>3. Eğitim almış sağlık çalışanı sayısı</p>	<p>1. Morbidite ve mortalitede azalma</p> <p>2. Uzun vadede teşhis ve tedavi maliyetlerinin azalması</p>	1. Sağlık Bakanlığı	1 yıl
1.3. Rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi	1.3.1. Sağlık alanında lisans ve lisansüstü eğitim programlarına geriatrik rehabilitasyon konusunun entegre edilmesi	<p>1. Geriatrik rehabilitasyon alanında yetişmiş sağlık personeli sayısında artış</p> <p>2. Memnuniyet anketleri</p>	<p>1. Geriatrik rehabilitasyon alanında hizmet alan yaşlı sayısında artış</p>	1. Sağlık Bakanlığı	Sürekli

### Hedef 1- Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.4. Yaşlıların sağlık, sosyal ve rehabilitasyon hizmetlerinde iş birliğinin sağlanarak ilgili kurumlarla yürütülmesi	1.4.1. Kurumlar arası koordinasyon, iş birliği ve iletişim sağlamak amacıyla ortak düzenlenecek toplantılar, kongreler planlanması 1.4.2. Sağlık, sosyal ve rehabilitasyon hizmetlerinin etkili kullanılması ve seçiminde yaşlıların ve yakınlarının eğitilmesi ve güçlendirilmesi	1. Hizmet kalitesinde artış 2. Bu konuda eğitim ve hizmet almış hasta veya hasta yakını sayısında artış 3. Bu hizmetleri verecek personel sayısında artış 4. Hizmetler arasındaki iş birliğinin ve hizmet standartlarının belirlenmiş olması	1. Maliyette azalma 2. Yaşam kalitesi artmış yaşlılar 3. Bakım sorunları azalmış yaşlılar ve aileleri 4. Sağlık çalışanı memnuniyetinin artması ve iş doyumunun artması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. İçişleri Bakanlığı	1 yıl
1.5. Yaşlılara sağlık hizmeti sunulan hastanelerde geriatri bilim dalları ve üniteleri, geriatri hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri, geriatrik bakım merkezleri ve yaşlı gündüz bakımevlerinin standartlarının iyileştirilmesi ve bu standartlara uygun merkezlerin açılması	1.5.1. Yaşlıların ihtiyaçlarına yönelik hizmet veren kamu ve özel merkezlerin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması için planlamalar yapılması 1.5.2. Yaşlılara yönelik hizmet verecek kamu ve özel merkezlerin standartlarının belirlenmesi 1.5.3. Yaşlı dostu merkez kavramının birinci, ikinci ve üçüncü basamakta oluşturulması 1.5.4. Geriatri alanında hizmet veren, kamu ve özel kuruluşların düzenli denetiminin sağlanması	1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanılan yaşlı birey sayısında artış 2. Standartları belirlenmiş yaşlılara yönelik hizmet veren kamu kurumu ve özel merkezlerin sayısında ve faaliyetlerinde artış 3. Sağlanan hizmet kalitesinde artış	1. Yaşam kalitesi artmış yaşlı sayısı 2. Sağlık hizmetlerine ulaşan yaşlı sayısında artma 3. Tedavi alan hasta sayısında artış	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı 4. Üniversiteler	4 yıl

## Hedef 2 - Sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Yaşlıların sağlık ve bakım hizmetlerine evrensel standartlarda eşit olarak ulaşımının sağlanması, eşitsizliklerin ortadan kaldırılması	<p>2.1.1. Evde izlem ve bakım hizmet modelinin ülke genelinde yaygınlaştırılması</p> <p>2.1.2. Hizmet modeli içerisinde yer alan sağlık ve sosyal destek hizmetlerinin (evde tıbbi takip ve tedavi, evde yardım, ev idaresi, telefonla takip, eve hazır yemek servisi, bakım ve onarım) sigorta ödemeleri kapsamına alınması ve bu hizmetin denetlenmesi</p> <p>2.1.3. Çağrı merkezlerinin tek santralde toplanması.</p> <p>2.1.4. Alo yardım ve danışmanlık hattı kurularak yaşlılara tüm alanlarda yardım, danışmanlık ve yönlendirme hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması. Evinde yaşayan ve kurumlarda kalan yaşlılara yönelik elektronik ikaz ya da yardım cihazları ile ulaşabilecekleri acil çağrı merkezinin oluşturulması</p> <p>2.1.5. Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarının müfredatlarına yaşlıların sağlık ve bakım hizmetleri dersinin konulması ve bu eğitimin, ulusal ve uluslararası düzeyde akredite edilmiş denetçi kurul tarafından denetlenmesi</p> <p>2.1.6. Sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarından mezun olanların ilgili kurumlar tarafından istihdamının sağlanması</p> <p>2.1.7. Yaşlılara yönelik mobil ekiplerin oluşturulması (ilaç dağıtımı, sosyal aktivite, beslenme vb.) (yerel yönetimlerce yapılması)</p>	<p>1. Hizmette ulaşan yaşlı sayısında artış</p> <p>2. AHBS kayıtlarının analizi (ortalama izlem, illere göre izlem)</p> <p>3. Memnuniyet ve yaşam kalitesi sonuçları</p> <p>1. Memnuniyet ve yaşam kalitesi sonuçları</p> <p>2. Oluşturulan mobil ekip sayısı</p>	<p>1. Morbidite ve mortalitede azalış</p> <p>2. Yaşlıların yaşam memnuniyetinde artış</p> <p>1. Yaşam kalitesinde artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Milli Eğitim Bakanlığı</p>	1 yıl
2.2. Sağlık hizmet sunumunda fiziksel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik sorunları olan yaşlılara öncelik verilmesi	<p>2.2.1. Yaşlılara yönelik sağlık, sosyal ve bakım hizmetleri sunan kurum ve kuruluşların sayıca artırılarak, kolay ulaşılabilir hale gelmesi (bölgesel yaşlı nüfus oranına göre)</p>	<p>1. Sağlık, sosyal ve bakım hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlardan hizmet alan fiziksel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik sorunları olan yaşlıların sayısında artış</p>	<p>1. Yaşlıların yaşam memnuniyetinde artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p>	3 yıl
2.3. Sağlık kurumlarında yaşlılara pozitif ayrımcılık yapılması	<p>2.3.1. Yaşlı dostu sağlık merkezlerinin oluşturulması sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşlılara öncelik ve kolaylık sağlanması (özellikle yoksul olan yaşlıların bu kaynaklardan daha fazla yararlanmasının sağlanması)</p>	<p>1. Yaşlı dostu sağlık merkezlerinin sayısının artırılması</p>	<p>1. Yaşlıların yaşam memnuniyetinde artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p>	

### Hedef 3-Refahın arttırılması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alanların memnuniyetinin arttırılması	3.1.1.Çalışan personelin görev tanımının belirlenmesi	1. Mevzuatın düzenlenmesi	1. Çalışan memnuniyetinin artması	1. Sağlık Bakanlığı	Sürekli
	3.1.2.Sağlık hizmeti sunumunda kayıt ve bilgi sisteminin geliştirilmesi	2. İzlenebilen kayıtlı hasta sayısında artma 3. Hizmet kalitesinin artması	2. Hizmet sunanların ve yakınlarının memnuniyetinin artması	2. İçişleri Bakanlığı 3. SGK 4. STK	
	3.1.3.Çalışan personelin yurt içi ve dışı eğitim olanaklarının önünün açılması	1. Yetiştirilen kalifiye sağlık personeli sayısındaki artış	1. Yaşlılara sunulan hizmetlerin kalitesinde ve hizmet alanların memnuniyetlerindeki artış	1. Sağlık Bakanlığı	
	3.1.4.Çalışan personelin motivasyonunun yükseltilmesi	1. Çalışan personelin yaşlı sağlığı alanında çalışma isteğinin artması	1. Hasta ve çalışan memnuniyet ölçüğü ve yaşlı sağlığı alanında çalışmayı tercih eden sağlık personeli sayısı	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	

## 2.2.5. Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı Ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması

### Dünya’da ve Türkiye’de Mevcut Durum

#### 1. Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans ve Geriatrik Psikiyatri

Demans, hafızada, düşünmede ve davranışlarda bozulma ve günlük aktiviteleri yerine getirme kapasitesinde azalmayla karakterize kronik/progresif bir hastalıktır (WHO, 2019). 70 yaş ve üstü bireylerde yeti yitiminin en büyük ikinci, ölümün ise yedinci nedenidir (WHO, 2018). Demans ileri yaştaki kişileri daha fazla etkilese de, yaşlanmanın normal bir parçası değildir. Dünya genelinde 50 milyon demans hastası bulunmakta ve her yıl yaklaşık 10 milyon yeni demans hastası tanı almaktadır. Demans hastası sayısının 2030’da 82 milyona, 2050’de ise 152 milyona ulaşması beklenmektedir (WHO, 2018). Demans bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı ortaya çıkan engelli yaşam yıllarının %11.9’undan sorumludur (WHO, 2017) ve 60 yaş ve üstü bireylerde demans görülme sıklığı yaklaşık %5-8’dir (WHO, 2019).

Fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri olan sadece hastaları değil çevrelerini de etkileyen demans, ileri yaştaki bireylerde ortaya çıkan yeti yitimi ve bağımlılığın en önemli nedenlerinden birisidir. Demansın başlangıç evresi genellikle gözden kaçmakta ve sinsi bir başlangıç göstererek sıklıkla unutkanlık, zaman kavramını yitirme, tanıdık yerlerde kaybolma gibi semptomlarla başlamaktadır (WHO, 2017, 2019).

Demansın önemli sosyal ve ekonomik etkileri mevcut olup, 2015 yılında toplam 818 milyar ABD Doları (Küresel gayri safi yurt içi hasılanın %1,1’i) demans için harcanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan 2017-2025 Küresel Demans Aksiyon Planında, 2025 yılına kadar ülkelerin %75’inde demans için ulusal sağlık politikalarının oluşturulması/güncellenmesi ile birlikte ülkelerin %75’inde demans hastalarının ailelerine ve bakıcılarına destek ve eğitim programları sağlanması hedefleri yer almaktadır (WHO, 2017).

#### 2. Yaşlı İstismarı, İhmali ve Yaşlıya Yönelik Şiddet

Dünya genelinde popülasyonlar giderek yaşlanmakta ve beklenen yaşam süreleri uzamakta olduğundan yaşlı istismarı vakalarının giderek artacağı ön görülmektedir. Mevcut veriler değerlendirildiğinde günümüzde her altı yaşlı bireyden biri istismara uğramakta olup, yaşlı istismarı görülme prevalansı %15,7 dir (Yon, 2017). 2015 yılında 60 yaş ve üstü istismara uğrayan birey sayısının dünya genelinde yaklaşık 900 milyon olduğu bilinmekte ve bu rakamın 2050 yılında ikiye katlayarak yaklaşık iki milyara çıkacağı ve bunların büyük bir kısmının gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde görüleceği tahmin edilmektedir (WHO, 2020).

DSÖ'ye göre şiddet: Yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, kayıp ile sonuçlanan veya bunlarla sonuçlanması muhtemel olan, kişinin kendisine, başka bir kişiye bir gruba veya topluluğa karşı fiziksel şiddet ve gücün tehdit veya fiili olarak kasıtlı kullanımı şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 2002).

Yaşlı istismarının bir alt grubu olan fiziksel istismar yani fiziksel şiddet CDC tarafınca yaşlı bireylerin vurma, itme, yakma gibi farklı fiziksel müdahalelere maruz kalarak ağrı, yaralanma fonksiyonel kayıp veya sıkıntı yaşaması olarak tanımlanmaktadır (CDC, 2016).

## Yaşlı İstismarı

Yaşlı istismarı güven gerektiren bir ilişkide yaşlı bireylere zarar veren veya bu bireylerde sıkıntıya yol açan tek veya tekrarlayan eylem/eylemler olabildiği gibi, yapılması gereken bir davranışın yapılmaması da istismar olarak tanımlanmaktadır. İnsan haklarına aykırı olan bu şiddet olayının fiziksel, cinsel, psikolojik, duygusal, finansal/maddi istismar ile ihmal/ terk edilme ve ciddi güven ve itibar kaybı olmak üzere çok sayıda alt tipi mevcuttur (WHO, 2020).

2017 yılında yayınlanan bir derlemede 28 ülkeden 52 çalışma incelenmiş ve 60 yaş ve üstü bireylerin %15,7'sinin herhangi bir istismar tipine maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Yon, 2017).

2018 yılında yayınlanan bir çalışmada da farklı bakımevlerinde/huzurevlerinde çalışanların %64,2'si yaşlı bireylere istismar uyguladığını kabul etmiş, aynı kuruluşlarda kalan yaşlı bireyler de en fazla psikolojik istismar (%33,4) olmak üzere fiziksel istismar (%14,1), finansal istismar (%13,8), ihmal (%11,6) ve cinsel istismara (%1,9) uğradıklarını bildirmişlerdir (Yon, 2018).

Yaşlı istismarı ile ilgili vakaların sadece 1/24'ü raporlanmakta, yaşlı bireyler maruz kaldıkları durumu korkmaları nedeniyle eşlerine, ailelerine veya otoritelere bildirmemektedir. Bildirimlerin yetersiz olması da yaşlı istismarı prevalansının olduğundan düşük hesaplanmasına yol açmaktadır (WHO, 2020).

Yaşlı bireylerde istismar ciddi sonuçlara yol açmakta, ufak yaralanmalar bile ciddi ve kalıcı sonuçlara hatta ölüme neden olabilmektedir (WHO, 2020). Yaşlı istismarına maruz kalan bireylerin 13 yıl süreyle izlendiği bir çalışmada istismara uğrayan bireylerin uğramayanlara göre erken ölüm risklerinin iki kat daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lachs, 1998).



Ülkemizde ise yaşlı istismarıyla ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; yaşlıların yüzde 26,6'sının fiziksel istismara uğradığı, istismarı yapanların yakın akrabalarından oluştuğu ve yüzde 86,72'sinin yaşlıdan rahatsızlık duyduğu, bu durumu diğer kişilerle paylaşmadıkları görülmüştür (Artan, 1996).

### Yaşlı İhmali

Hem toplumsal alanlarda hem de farklı kuruluşlarda (bakımevleri, huzurevleri gibi) meydana gelebilen yaşlı ihmali, istemli veya istemsiz olarak bakım sağlayan kişinin yaşlı bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamaması/karşılayamaması durumudur (CDC, 2021, Johnson, 2020, Mileski, 2019).

Yaşlı istismarı alt kategorileri arasında en sık görülenler ihmal, psikolojik istismar ve finansal istismar olup fiziksel ve cinsel istismar daha az sıklıkla görülmektedir (Rosen, 2018). Yaşlı ihmali bireyin günlük yaşamını sürdürmek için ihtiyaç duyduğu besin ve suyun sağlanmaması, uygun giyinme, kişisel hijyen, gözlük, işitme cihazı gibi yardımcı cihaz kullanma gereksinimlerinin karşılanmaması gibi farklı şekillerde olabilmektedir (Johnson, 2020). İhmal edilen bireylerde genellikle kötü kişisel hijyen, kirli kıyafetler, uzun tırnaklar gözlenmekte ve sağlık sorunlarının yeterli şekilde kontrol altında tutulmamasına bağlı olarak bu sorunlara bağlı komplikasyonlar izlenmektedir (Dong, 2015). İhmale uğrayan yaşlı bireylerde ayrıca malnutrisyon, dehidratasyon bulguları ve bası ülserleri de görülebilmektedir (Rosen, 2018, Mion, 2019).

Fiziksel istismarın belirtilerinin direkt görülebilir olabilmesine karşın finansal istismar ve ihmali gizli kalabilmekte ve bu nedenle gözden kaçabilmektedir. İhmal vakalarının gözden kaçmaması için yaşlı bireylerin fonksiyonel durumunun (günlük aktiviteleri yaparken ki bağımlılık durumu gibi) standart olarak değerlendirilmesi ve bu sayede bakım sağlayan kişinin yaşlı bireyin ihtiyaçlarını yeterli ölçüde karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi gerekmektedir (Edward, 2015).

### 3. Yeti Yitimi

Yeti yitimi bedensel ve ruhsal hastalıklara bağlı olarak kişinin iş gücü görememe halidir. Temel yaşam faaliyetlerini aksatan, hukuki ve klinik yönlerden önemi olan bir durumu tanımlar (Druss, 2000). İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasına (The International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF) göre yeti yitimi; bir kişi için normal olarak kabul edilen sınırlarda, bir aktivite gösterme yeteneğindeki herhangi bir kısıtlama veya sınırlama olarak belirtilmiştir (WHO, 2011).

Yeti yitimi, kişinin kendinden beklenen iş ve toplumsal rollerini ve kendine bakabilme işlevini yitirmesi, sosyal ilişkilerinde kayıp olması ve görevlerini aksatması sonuçlarına yol açar.

Temel yaşam aktivitelerini aksatan bu durumun klinik, sosyal ve hukuki açıdan sonuçları



yaşlıyı ve çevresini etkilemektedir. Yaşam kalitesini bozmasının yanı sıra bazı yeni patolojilerin de oluşmasına sebep olup bunlara bağlı yeni işlevsel kayıpların meydana gelmesine yol açabilir.

Yaşam boyu görülen hastalık, yaralanma, kronik hastalık gibi sağlık sorunlarına dair risklerin birikimi ileri yaşlarda yüksek yeti yitimi oranlarına yol açmaktadır. Popülasyonlarda beklenen yaşam sürelerinin uzaması ile birlikte yeti yitimi görülme riskinin yüksek olduğu yaşlı bireylerin ve dolayısıyla da yeti yitimi görülen bireylerin sayısının artacağı ön görülmektedir (UN, 2021).

## **Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans ve Geriatrik Psikiyatri Konularında Uygulamalar**

İngiltere ve ABD’de Sağlık Bakanlıklarının ve pek çok sivil toplum kuruluşunun Alzheimer hastalığı, depresyon gibi sık karşılaşılan nöropsikiyatrik hastalıklar hakkında halkı bilgilendirmek amacıyla internet sayfaları bulunmaktadır.

## **Yaşlı İstismarı ve Yaşlıya Yönelik Şiddet Konularında Uygulamalar**

Amerika Birleşik Devletleri’nde yaşlı istismarını bildirmek için ücretsiz “yaşlı istismar hattı” telefon hatları açılmıştır. Bu telefon hattını arayanlar o eyaletteki “yaşlı koruma hizmetleri” olarak adlandırılan birimlere yönlendirilmektedir. Benzer telefon hatları Avustralya, İngiltere, Yeni Zelanda ve Kanada’da da bulunmaktadır. Telefonla yapılan şikâyet üzerine “Yaşlı koruma hizmetleri” birimleri yaşlının evini ziyaret ederek yaşlının istismara uğrayıp uğramadığına dair rapor hazırlarlar. Eğer istismar varsa yaşlının yer değişikliği (huzurevi, bakımevine yatırılması gibi) yapılmaktadır ve istismarı yapan kişi hakkında cezai işlem başlatılmaktadır. Ayrıca, <http://www.ncea.aoa.gov/index.aspx> adresinde yaşlıya istismar yapıldığında neler yapılması gerektiği detaylı olarak anlatılmaktadır.

## **Yeti Yitimi Konularında Uygulamalar**

Yaşlılarda yeti yitimini engellemek için ABD’de ve İngiltere’de özellikle birinci basamakta aile hekimleri ve hemşireler, sağlıklı yaşlıları yılda en az bir kez taramadan geçirmektedirler. Bu tarama programı, kanser açısından yaşlının muayene edilip kanser belirleyicilerine bakılmasını, aşılmasının yapılması, hastanın genel bir sağlık taramasından geçirilip bulgulara göre önerilerde bulunulmasını (egzersiz ve düzenli beslenme önerileri) içermektedir.

## Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularına Yönelik Hedef ve Stratejiler

**Hedef 1- Yaşlıların, nöropsikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde en doğru, en etkin ve kaliteli şekilde hizmet alabilmesi için tüm ilgili kurumların gerekli iş birliğini ortaya koyması ve bunun için gerekli şartların hazırlanması**

### **Strateji 1**

Geriatrik nöropsikiyatri hastasının tedaviye ulaşmasının ve tedavisinin sürekliliğinin sağlanması

**Hedef 2- Yaşlılarda nöropsikiyatrik hastalıklardan kaynaklanan yeti yitiminin önlenmesi, tanınması, giderilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve rehabilitasyonun gerçekleştirilmesi**

### **Strateji 1**

Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının geriatrik nöropsikiyatri hastalıklarının bir yeti yitimi nedeni olarak tanınmasının sağlanması

### **Strateji 2**

Toplumda ve yaşlılarda yeti yitiminin azaltılmasının sağlanması

**Hedef 3- Yaşlı istismarının önlenmesi ve tanınması için topluma, ailelere ve kurumlara yönelik önlemlerin alınması**

### **Strateji 1**

Yaşlı istismarı ve şiddeti konusunda toplumsal duyarlılığın artırılması

### **Strateji 2**

Yaşlı sağlığı alanında çalışan profesyonellerin, yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet konusunda mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitilmesi ve hizmet sunum kapasitelerinin artırılması

### **Strateji 3**

İstismara uğrayan ya da şiddet gören yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin oluşturulması

**2.2.5. Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaş İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Geriatrik nöropsikiyatri hastasının tedaviye ulaşmasının ve tedavisinin sürekliliğinin sağlanması	<p>1.1.1. Polikliniklerde yaşlılara randevuda kolaylık sağlanması</p> <p>1.1.2. Poliklinik bekleme odalarında yaşlılar için bekleme koltuklarının ayrılması</p> <p>1.1.3. Yaşlılara hizmet veren polikliniklerin giriş katlarında bulunması</p> <p>1.1.4. Polikliniklerde ve tetkikleri yaptırırken yaşlılar için ayrı odalar ayrılarak muayenede ve tetkik yaptırma öncelik tanınması</p> <p>1.1.5. Yalnız gelen demans ve geriatrik nöropsikiyatri hastaları için hastanede yapacakları işlemler sırasında refakat ve yardım edecek personel tahsis edilmesi</p>	<p>1. Doktora ulaşan yaşlı sayısı</p> <p>2. Polikliniklerde öncelik tanınarak kaliteli bir şekilde ve kolaylıkla muayene olup tetkik yaptırılan yaşlı sayısı</p> <p>3. Geriatrik nöropsikiyatri hastasına hizmet veren eğitilmiş ekiplerin sayısı</p>	<p>1. Doktora ulaşan yaşlı sayısında artış</p> <p>2. Polikliniklerde öncelik tanınarak kaliteli bir şekilde ve kolaylıkla muayene olup tetkik yaptırılan yaşlı sayısında artış</p> <p>3. Geriatrik nöropsikiyatri hastasına hizmet veren eğitilmiş ekiplerin sayısında artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. Adalet Bakanlığı</p> <p>4. İçişleri Bakanlığı</p> <p>5. Basın Yayın Kuruluşları</p> <p>6. Üniversitelerin Geriatri, Nöroloji ve Psikiyatri Bilim Dalları</p> <p>7. Özel hastaneler</p> <p>8. STK</p>	2 yıl

Hedef 1- Yaşlıların, nöropsikiyatrik hastalıkların tanı ve tedavisinde en doğru, en etkin ve kaliteli şekilde hizmet alabilmesi için tüm ilgili kurumları gerekli iş birliğini ortaya koyması ve bunun için gerekli şartların hazırlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Geriatrik nöropsikiyatri hastasının tedavisi ve ulaşmasının sürekliliğinin sağlanması	<p>1.1.6. Yataklı hizmet veren servislerde; yaşlı geriatrik nöropsikiyatri hastası kronik hastalıkları nedeniyle daha fazla ilgiye, personele ve tıbbi donanıma ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle üniversitelerde ve eğitim ve araştırma hastanelerinde geriatrik nöropsikiyatri servislerinin kurulması. Bu servislerde bu hastalara hizmet verecek ekiplerin oluşturularak eğitimlerinin sağlanması. Kimsesiz geriatrik nöropsikiyatri hastalarının barınacağı “sığınmaevi” veya “korunmaevi” şeklinde imkânların sağlanması</p> <p>Demansı, nöropsikiyatrik hastalığı olan ve yakını olmayan, sokakta bulunup hastaneye getirilen ve barınma ihtiyacı olan yaşlıların yerleştirilmesi için cumhuriyet savcılığı ve kolluk kuvvetlerine yetki ve görev verilmesi</p> <p>Bu durum için Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ortaklaşa çözüm bulmesi</p> <p>1.1.7. Yaşlı yaşayan, ilaç ve sağlık hizmetlerine ulaşması güç geriatrik nöropsikiyatri hastalarının evde bakımının sağlanması</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doktora ulaşan yaşlı sayısı</li> <li>2. Yakını olmayan barınma ihtiyacı olan geriatrik nöropsikiyatri hastalarının kurumlara yerleştirilmesi için görevlendirilen kurumların belirlenmesi</li> <li>3. Üniversiteler ve eğitim araştırma hastanelerindeki geriatrik nöropsikiyatri servislerinin sayısı</li> <li>4. Geriatrik nöropsikiyatri hastasına hizmet veren eğitimci ekiplerin sayısı</li> <li>5. Korunma evlerinin sayısı</li> <li>6. Sürekli ve kesintisiz bir şekilde ilaca ulaşabilen hasta sayısı</li> <li>7. Barınma ile ilgili kurumların aylık ve yıllık istatistikleri</li> <li>8. Yaşam kalite ölçekleriyle yapılan veri çalışmaları</li> <li>9. Raporlu geriatrik nöropsikiyatri ilaçları sayısı ve geri ödeme istatistiklerine ulaşılması</li> <li>10. Evde bakım yapılan geriatrik nöropsikiyatri hastalarının sayısı</li> <li>11. Yataklı servislerde izlenen geriatrik nöropsikiyatri hastalarının sayısı</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Doktora ulaşan yaşlı sayısında artış</li> <li>2. Yakını olmayan barınma ihtiyacı olan geriatrik nöropsikiyatri hastalarından kurumlara yerleştirilenlerin sayısında artış</li> <li>3. Üniversiteler ve eğitim araştırma hastanelerindeki geriatrik nöropsikiyatri servislerinin sayısında artış</li> <li>4. Geriatrik nöropsikiyatri hastasına hizmet veren eğitimci ekiplerin sayısında artış</li> <li>5. Korunma evlerinin sayısında artış</li> <li>6. Sürekli ve kesintisiz bir şekilde ilaca ulaşabilen hasta sayısında artış</li> <li>7. Nöropsikiyatrik hastalıkların maliyet analiz çalışmalarının yakından izlenmesi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sağlık Bakanlığı</li> <li>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</li> <li>3. Adalet Bakanlığı</li> <li>4. İçişleri Bakanlığı</li> <li>5. Basın Yayın Kuruluşları</li> <li>6. Üniversitelerin Geriatri, Nöroloji ve Psikiyatri Bilim Dalları</li> <li>7. Özel hastaneler</li> <li>8. STK</li> </ol>	2 yıl

**Hedef 2- Yaşlılarda nöropsikiyatrik hastalıklardan kaynaklanan yeti yitiminin önlenmesi, tanınması, giderilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve rehabilitasyonun gerçekleştirilmesi**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p><b>2.1. Hekimler ve sağlık çalışanları tarafından geriatrik nöropsikiyatrik hastalıkların bir yeti yitimi nedeni olarak tanınmasının sağlanması</b></p> <p><b>2.2. Yaşlılarda yeti yitiminin azaltılmasının ve toplumda farkındalık oluşturulmasının sağlanması</b></p>	<p><b>2.1.1.</b> Üniversite ve diğer eğitim ve araştırma hastanelerinde geriatrik nöropsikiyatri alanında çalışan uzmanların, hekim eğitiminde aktif görev alarak yazılı ve görsel dokümanlar hazırlaması, sürekli eğitim etkinlikleri ve kurslar düzenlemesi</p> <p><b>2.2.1.</b> Yaşlıların fiziksel aktivitelerini arttırmaya yönelik grup olarak katılabilecekleri aktiviteler düzenlenmesi, aktivitelerin içinde yaşlılara yönelik satranç turnuvaları, müzik aktiviteleri, fiziksel egzersiz aktivitelerinin desteklenmesi</p> <p><b>2.2.2.</b> Yaşlıların kognitif rehabilitasyon yapabilecekleri aktivitelere katılımının sağlanması ve yaşlıların öğrenme süreçlerinin desteklenmesi, el işleri ve el sanatları, iş uğraşı terapisi okuma-yazma, bilgisayar kullanma ve hobi kurslarının açılması</p> <p><b>2.2.3.</b> Fiziksel egzersiz aktivitelerini arttırabilmek için yaşlıların spor ve fiziksel aktivite yapabileceği parkların arttırılması</p> <p><b>2.2.4.</b> Belediye ve ilgili kurumların aktiviteleri desteklemesi için yetki ve destek verilmesi</p> <p><b>2.2.5.</b> İllerde düzenlenen kültürel etkinliklere zorunlu yaşlı kontenjanı ayrılması (izleyenlerin yüzde 10'u)</p> <p><b>2.2.6.</b> Yaşlıya yönelik online eğitim programları düzenlenmesi</p> <p><b>2.2.7.</b> Özel sektör ve kamu sektöründe 65 yaş üzerinde çalışanlara yüzde 5 kota sağlanması, yarı zamanlı çalışma koşullarının oluşturulması</p>	<p><b>1.</b> Sağlık personelinin yeti yitimine yönelik değerlendirme ölççeklerini kullanabilmesi</p> <p><b>2.</b> Yaşlıların ev dışı aktivitelerinin artması</p> <p><b>3.</b> Belediyelerin yaşlılara yönelik hizmet sunumlarının yeniden planlanması ve hizmet sunumlarında artış</p> <p><b>4.</b> Yaşlıların örgütlenmesine yönelik hizmet sunumlarında artış</p> <p><b>5.</b> Yaşlıların sağlık sistemlerini kullanma sayılarında artış</p> <p><b>6.</b> Yaşlıların psiko-sosyal düzeylerinde artma</p> <p><b>7.</b> İllerde düzenlenen aktivitelere yaşlı bireylerin katılımının artması</p> <p><b>8.</b> Yaşlıların gönüllü ve ücretli iş olanaklarının artması</p> <p><b>9.</b> Medya organlarında yaşlılara yönelik yayınların artması</p>	<p><b>1.</b> Yeti yitiminin tanınması ve önlenmesinde yol alınması</p> <p><b>2.</b> Yaşlılıkta depresyon, anksiyete bozukluğu ve uyku sorunlarının azalması ve yaşam kalitesinin artması</p> <p><b>3.</b> Demanslı hastaların ve demanslı hastası olan ailelerin sorunlarının azalması,</p> <p><b>4.</b> Yeti yitimi olan hastaların toplumdaki izolasyonunun azalması</p> <p><b>5.</b> Yaşlı örgütlenmelerinde artış, yaşlı dayanışması için ilgili kurumların oluşturulması</p> <p><b>6.</b> Yaşlıların sağlık sistemlerini kullanma sayılarında artış</p> <p><b>7.</b> Sistemik ve nöropsikiyatrik hastalıkların morbiditesinde azalma</p> <p><b>8.</b> Yaşlıların sosyal iletişiminin artması</p> <p><b>9.</b> Yaşlıların üretkenliğinde, toplumsal işlevselliğinde artış</p> <p><b>10.</b> Yaşlılara yönelik bilgi ve bilinç düzeyinde artma, yaşlı bireylerin bilgi edinmelerinde artış</p>	<p><b>1.</b> Sağlık Bakanlığı</p> <p><b>2.</b> Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p><b>3.</b> Üniversiteler</p> <p><b>4.</b> Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p><b>5.</b> STK</p>	4 yıl

## Hedef 3- Yaşlı istismarının önlenmesi ve tanınması için topluma, ailelere ve kurumlara yönelik önlemlerin alınması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlı İstismarı ve yaşlıya yönelik şiddet konularında toplum duyarlılığının artırılması	<p>3.1.1. Yaşlı istismarı ve şiddetinin önlenmesi konusunda toplum duyarlılığının artırılmasına yönelik kampanyalar yapılması,</p> <p>3.1.2. Yaşlı istismarına yönelik takip sistemlerinin geliştirilmesi</p>	<p>1. Şehir panolarına yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet konusunda asılan afiş ayısındaki artış</p> <p>2. Yazılı ve görsel medyada yaşlı istismarı ve şiddet ile ilgili yayınlardaki artış</p> <p>3. Yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet sayısı</p> <p>4. Hekim ve sağlık personeli tarafından bildirilen yaşlı istismarı sayısı</p>	<p>1. Toplumda yaşlıya yönelik şiddet ve istismarı bildiren birey sayısının artmış olması</p> <p>2. Toplumda yaşlıya yönelik şiddet ve istismarın azalması</p>	<p>1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>5. STK</p>	Süreklili
3.2. Yaşlı sağlığı alanında çalışan profesyonellerin, yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet konusunda mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitilmesi ve hizmet sunum kapasitelerinin artırılması	<p>3.2.1. Yaşlı istismarı ve şiddeti konusunun tıp fakülteleri, hemşirelik, sosyal hizmet ve ilgili diğer disiplinlerin mezuniyet öncesi müfredatlarına eklenmesinin sağlanması</p> <p>3.2.2. Yaşlılara yönelik istismar ve şiddet konusunda aile hekimleri, acil hekimliği, dahiliye, psikiyatri gibi tıpta uzmanlık eğitimlerinin içerisine alınmasının sağlanması</p> <p>3.2.3. Yaşlılara yönelik istismar ve şiddet konusunun sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik hizmetlerle ilgili hizmet içi eğitimlerinin içerisine alınması</p> <p>3.2.4. Yaşlılara yönelik istismar ve şiddetin tanınması için sağlık çalışanlarına yönelik bir bilgi dokümanı hazırlanması ve konuyla ilgili kurum ve kuruluşlara dağıtılması</p>	<p>1. Müfredatlarında konuya yer veren kurum sayısının artması</p> <p>2. Tıp fakültesi uzmanlık eğitiminde konuya yer veren uzmanlık alanı sayısı</p> <p>3. Hizmet içi eğitim sayısı</p> <p>4. Hazırlanıp dağıtılan bilgi dokümanı sayısı</p>	<p>1. Yaşlı sağlığı alanında çalışan profesyonellerin yaşlı istismarı ve yaşlıya yönelik şiddet bildirim sayısında artış</p> <p>2. Sağlık alanına yönelik kurum ve kuruluşlarda çalışan profesyonellerin yaşlı istismarı ve şiddet konusunda farkındalığının artması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. YÖK</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	2 yıl
3.3. İstismara uğrayan ya da şiddet gören yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin oluşturulması	<p>3.3.1. ALO 183 hattına yaşlı istismarının bildirilebilmesi için gerekli tanıtımlar yapılması</p> <p>3.3.2. Birinci basamakta aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının ve sosyal hizmet uzmanlarının ev ziyareti ile yaşlı istismarını erken dönemde yakalayabilecek yaklaşımları kullanması</p> <p>3.3.3. Acil servis çalışanlarının travma nedeniyle başvuran yaşlıya istismar/şiddet konusunda uygun yaklaşımlarda bulunabilmelerini sağlayacak hizmet akış algoritması oluşturulması</p> <p>3.3.4. Şiddet ve istismar nedeniyle devlet kurumlarına yerleştirilmiş yaşlıların sağlık sorunlarının çözülmesi için kurumsal destek sağlanması</p> <p>3.3.5. Şiddete, ihmal-istismara uğramış yaşlıya yönelik sosyal hizmet birimi iş prosedürü oluşturulması</p>	<p>1. ALO 183'e yapılan yaşlı istismarı ve/veya yaşlıya yönelik şiddet vaka sayısı</p> <p>2. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının ve sosyal hizmet uzmanlarının ev ziyareti ile saptadıkları yaşlı istismarı ve şiddet sayısı</p> <p>3. Kurumlara (yaşlıya bakım veren) yapılan denetimde saptanan yaşlı istismarı ve şiddet gören yaşlı sayıları</p>	<p>1. Yaşlı istismarı yapan kişilerden rehabilite edilenlerin sayısı</p> <p>2. Yaşlıların yüksek yararına hitap edecek yaşama koşullarının oluşturulması</p>	<p>1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p>	2 yıl



## 2.2.6. Geriatriye Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanması

### Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum

Yaşlı nüfusun artışı, yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık hizmetlerine erişiminin artmasını da beraberinde getirmektedir. Bu kapsamda acil sağlık hizmetlerinden yaşlıların nasıl daha etkili ve güvenilir olarak yararlanabileceği ile ilişkili çalışmalar artmaktadır. Çünkü acil sağlık hizmetlerindeki düzenlemeler ülkenin sağlık sisteminin düzeyi ve gelişmesi ile paralellik göstermektedir.

Ülke, şehir ve bölgesel farklılıklar yanında mevcut sağlık sistemi, acil servis ve hastanelerin lokalizasyonu, ambulans ağının yaygınlığı, bölgenin nüfus özellikleri gibi pek çok faktör acil servisten yararlanma oranlarını etkilemektedir. Kentlerde, kırsala göre acilden yararlanma oranları daha yüksektir.

Acil servislere son yıllarda başvuru sıklığı artmakta ve genellikle yaşlılar kalabalık ve hızlı döngüde negatif ayrımcılığa uğramakta, optimal müdahale ve girişimler daha az yapılmakta, bu nedenle yaşlıların tedavilere daha az yanıt verecekleri düşünülmektedir. Yaşlıların, çocuklar gibi özel bir grup olmaları ve farklı yaklaşım ve değerlendirme gerekliliği artık tüm dünyada kabul edilmektedir. Çünkü yaşlılar sıklıkla birden çok hastalığa sahiptirler (multipl komorbidite). Kronik hastalıkların semptom ve bulguları silik olabilir, komplike ve atipik seyir gösterebilir. Bunların yanında özellikle acil servise başvuran yaşlılarda kognitif ve fonksiyonel yetilerde azalma sık görülür. Tüm bu nedenler, yaşlı hastaların acillerde klasik yaklaşım dışında farklı bir bakış açısı ile değerlendirilmesini zorunlu kılar.

Yaşlılar acil servislere en sık kardiyovasküler, serebrovasküler, metabolik nedenler gibi kronik hastalıklarla bağlantılı sorunlar veya ani ortaya çıkan akut hastalıklar nedeniyle başvururlar. Yaşlılar bu nedenle gençlere kıyasla hastanelere daha fazla yatırılarak izlenmekte, yaşlıların yatış süreleri daha uzun olmakta ve 5-6 kat fazla yoğun bakım ihtiyacı duyulmaktadır.

Ülkemizdeki ambulans hizmetlerinde doktor, acil tıp teknisyeni bulunmakla birlikte, ideal ambulans hizmetleri için yeni yaklaşımlar da gerekmektedir. Ambulans hizmeti sağlanırken hastanın acile hızla ve güvenle ulaştırılması yanında olay yerinde müdahale, ulaşılabilecek hastaneye yaşlı ile ilgili bilgilerin ve verilerin aktarımı ile ilgili sistemler geliştirilmeli ve acil servislere iletişimi sağlayacak sistemler kurulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.

Yaşlıların acil servislere ulaşmaları sağlandıktan sonraki süreçle ilişkili olarak, dünyanın değişik ülkelerinde, geriatrik acil birimi oluşturulması yönünde modeller oluşturulmaya ve kullanılmaya başlamıştır. Ancak ülkemizde ayaktan poliklinik hizmetlerinde yaşlılar için geriatri poliklinikleri hizmet vermekle birlikte henüz acil hizmetlerinde ayrı bir yapılanma veya model bulunmamaktadır.

Artık günümüzde modern acil servis konseptinde ve yeni oluşturulacak geriatrik acil ünite uygulamalarında kanıta dayalı tıp temelinde uygun yaklaşım protokolleri, personel eğitimleri, fiziksel mekan değişiklikleri yapılmalıdır. Bu bağlamda geriatri acil üniteleri klinik personeli, geriatri ve geriatrik acil tıp konusunda eğitilmiş olmalı, sık rastlanan geriatrik sendromlar konusunda bilgilendirilmeli, farkındalık sağlanmalıdır. Acil servislerde deliryum, düşme, bası

azaltılabilecek yapısal değişiklikler ve önlemler alınmalıdır. Hastanede uzun yatış sürelerini azaltan fonksiyonel kayıpları ve iyatrojenik komplikasyonları azaltan programlar geliştirilmelidir. Fiziki mekan öncelikle kompleks geriatrist hastalarının optimal bakımını sağlayabilen, hareket alanı kısıtlı olmayan ve hastaları en uygun şekilde yerleştirebilecek planda olmalıdır. Yeni binalar yapılabileceği gibi, uygun alan bulunan yerlerde mevcut acillerde yeniden düzenleme yapılabilir.

Dünya örneklerine baktığımızda, Amerika, Kanada, Avustralya'da geriatrist acil ünitelerinin bulunduğu hastaneler mevcuttur. Bu acillerin bazılarında geriatristler öncelikli olarak bulunmakta olup geriatrist hemşireleri de bu birimlerde çalışmaktadırlar. Bu hemşireler yaşlı hastalara kapsamlı geriatrist değerlendirme yapmakta ve hastanın taburcu olması durumunda gerekli koordinasyonu sağlamaktadır. Ayrıca taburculuk sonrası için gerekli planlamaları yaparak gerekli hallerde hastaları ilgili kurumlara yönlendirir, aileleri ile iletişim kurar.

Kanada Montreal'de bir merkezde acil serviste geriatrist konsültasyon ekibi oluşturulmuştur. Bu ekipte geriatrist, tam zamanlı hemşire, yarı zamanlı fizyoterapist ve iş-uğraşı terapisti bulunmaktadır. Bu ekip koordineli bir şekilde tüm yaşlıları değerlendirmekte ve tedavi ve rehabilitasyon planlarını yapmaktadır.

Yine Avustralya Melbourne'de başka bir merkezde interdisipliner koordinasyon ekibi oluşturulmuştur. Bu ekip kompleks yaşlı hastaların acil servis değerlendirme ve taburculuk planlarını organize etmiştir. Benzer uygulamalar İtalya'daki bazı hastanelerde de yapılmıştır. Bu merkezlerdeki acil servisler karma acil servisler halinde olup, belirli bir yatak sayısının yaşlı hastalara ayrılması şeklinde düzenlenmiştir. Tüm bu modellerde geriatrist acil üniteleri oluşturulurken triaj, klinik değerlendirme ve tedavi, taburculuk planlaması unsurları göz önüne alınmalıdır.

Geriatrist acil modeli uygulamaları dört aşamada özetlenebilir;

- İlk aşamada acil servise başvuran hasta hakkında bilgi sahibi olunmalıdır.
- İkinci aşamada hastanelerin veri tabanlarından hasta ile ilgili verilerin otomatik alınması ve aktarılması ile ilgili altyapılar oluşturulmalıdır. Buradan önemli bilgiler alınarak elektronik ortamda acil servis kayıtlarına aktarılabilmelidir. Örneğin; hastanın var olan hastalıkları, önceki laboratuvar parametreleri, görüntüleme tetkikleri, ilaçları, allerji durumu, önceki hastaneye yatış nedenleri, sosyal ve fonksiyonel durumu, alışkanlıkları gibi bilgiler aktararak, hastanın kapsamlı geriatrist değerlendirmesini yapmada hız kazandırılmalıdır.
- Üçüncü aşamada acil doktoru, hastanın kendisi ve yakını ile görüşerek alacağı bilgileri sentezler, kendi yaptığı muayene ve değerlendirme sonucunda uygun gördüğü teşhisleri belirler ve tedavi

planını oluşturur. Acil servis doktorunun tüm bunları tek başına yapması zor olduğundan interdisipliner ekip anlayışı içerisinde bir geriatrist ekibi oluşturulmalıdır.

- Bu ekipte hastanın doktoru, acil hemşiresi, varsa geriatrist hemşiresi veya yardımcı diğer sağlık personeli bulunmalıdır.



- Dördüncü ve son aşamada ise güvenli, konforlu, mümkün olduğunca gürültüsü azaltılmış bir acil ortamı yaratılmalıdır. Bunun için acil mimari ve çevre düzeni ele alınmalı, zeminler başta olmak üzere tüm yapı yaşlı özellikleri dikkate alınarak düzenlenmeli, hasta, hasta yakınları, acil doktor ve çalışanlarının rahat ve konforlu ortamda bulunmaları sağlanmalı, uygun görüşme ortamları, aydınlatmalar ve hasta için gerekli enstrümanlar sağlanmalıdır.

Sonuç olarak; tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus artış göstermekte ve buna paralel olarak geriatrik sendromlar başta olmak üzere kronik hastalıkların artışı, sağlık hizmetinin sunumunda yeni sorunları gündeme getirmektedir. Sıklığı artan bu kronik hastalıkların alevlenmesi veya yeni akut hastalıkların eklenmesi nedeniyle acil servislere geriatrik yaş grubu başvuruları da artmaktadır.

Bu nedenle geriatrik yaş grubuna, acil hizmetlerinin daha etkin, güvenilir, verimli bir şekilde ulaştırılması ve sağlık hizmetlerinin sunumunda kaliteyi arttıracak şekilde düzenlenmesi için yeni yaklaşım ve düzenlemelerin yapılması gereklidir.

## Geriatride Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

**Hedef 1- Geriatride akut bakım ve aciller konusunda toplumda ve tüm sağlık personelinde farkındalık oluşturulması**

### Strateji 1

Geriatride akut bakım ve aciller konusunda farkındalığın yaygınlaşması; üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları ve STK'lar ile iş birliğinin sağlanması

**Hedef 2- Yaşlılara verilen acil sağlık hizmetlerinin kalitesinin arttırılarak, erişilebilirlik ve etkililik ilkeleri çerçevesinde yürütülmesinin sağlanması**

### Strateji 1

Yaşlıların acillere başvurusunda pozitif ayrımcılık yapılması için önlemler alınmasının sağlanması

### Strateji 2

Geriatrik acil birimlerinin ülkemizde oluşturulması

### Strateji 3

Mevcut acil servislerin, geriatrik hastaya yaklaşım açısından yeniden ve uygun şekilde tekrar düzenlenmesi

**Hedef 3- Yaşlılarda kronik hastalıkların akut komplikasyonlarının ortaya çıkış şekli, tanınması ve tedavisindeki farklılıklarla ilgili eğitim verilmesi, geriatrik hastaya yönelik yaklaşımda standardizasyonun sağlanması**

### Strateji 1

Yaşlı hastaların acil servislerde bakımında tanı ve tedavi algoritmalarının oluşturulması

### Strateji 2

Sağlık Bakanlığı, üniversite ve ilgili uzmanlık derneklerinin koordinasyonunda kurslar ve sertifikalı eğitim programlarının düzenlenmesinin sağlanması

**Hedef 4- Acil servise başvuran geriatrik hastaların mevcut sağlık kayıtlarına ulaşılabilirliğin sağlanması**

### Strateji 1

Tüm hastaların ortak sağlık kayıt veri tabanının oluşturulması

**Hedef 5- Geriatrik hastalarda etkin ilaç kullanımını sağlamak ve gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi**

### Strateji 1

Acil servise başvuran yaşlı hastanın halen kullanmakta olduğu ilaçların belirlenmesi, uygunsuz dozda ve gereksiz kullanılan ilaçların tespiti ve polifarmasinin önlenmesi

## 2.2.6. Geriatriide Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanması

Hedef 1 - Geriatriide akut bakım ve aciller konusunda toplumda ve tüm sağlık personelinde farkındalık oluşturulması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Geriatriide akut bakım ve aciller konusunda farkındalığın yaygınlaşması, üniversiteler, kamu kurum ve kuruluşları ve STK'lar ile iş birliğinin sağlanması	<p>1.1.1. Akut geriatrik hastaya yaklaşımlar konusunda akademik toplantılar düzenlenmesi</p> <p>1.1.2. Sağlık personelinin geriatrik yaklaşım konusunda lokal seminerler düzenlenerek eğitilmesi</p> <p>1.1.3. Reklam filmleri ve tanıtıcı afişler hazırlanması</p>	<p>1. Yaşlı hastayı değerlendirmede farkındalığı artan acil hekimi ve sağlık personeli sayısı</p> <p>2. Kamuoyunda farkındalık oluşması</p>	<p>1. Acil hekimlerinin ve sağlık personelinin yaşlı hastayı değerlendirmede farkındalığının oluşması</p> <p>2. Toplumsal farkındalık anketleri (5 yıllık yapılacak)</p> <p>3. Geriatrik yaş grubunda acil servislere başvuranlardaki sosyal bilinçlenmenin artması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>4. STK</p>	1 yıl

Hedef 2- Yaşlılara verilen acil sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılarak, erişilebilirlik ve etkililik ilkeleri çerçevesinde yürütülmesinin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Yaşlıların acillere başvurusunda pozitif ayrımcılık yapılması için önlemler alınmasının sağlanması	2.1.1.Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde ve üniversite hastanelerine ait acil servislerde geriatrik acil birimlerinin oluşturulması ve fiziki altyapılarının tamamlanması	1. Yeni yapılacak olan hastanelerin projelerine geriatri acil birimlerinin dahil edilmesi 2. Mevcut hastanelerde kısa süre içinde yapılanma çalışmalarının tamamlanması 3. Belirli hastanelerin acil servislerinde geriatrik acil birimlerinin oluşturulması 4. Acilde kalış sürelerinin azalması	1. Geriatrik acil birim oluşturulan hastane sayısı 2. Acile başvuran yaşlılardaki memnuniyet artışı 3. Mortalite oranlarında azalma	1. Sağlık Bakanlığı 2. Üniversiteler	1 yıl
2.2. Geriatrik acil birimlerinin ülkemizde oluşturulması	2.2.1.Acil servislerde geriatrik bakım hizmeti verecek personel sayılarının artırılması ve personeli özendirilecek uygulamaların hayata geçirilmesi (performans, nöbet ücreti, izin vs.)				
2.3. Mevcut acil servislerin geriatrik hastaya yaklaşım açısından yeniden ve uygun şekilde düzenlenmesi	2.3.1.Geriatrik acil birimleri ile evde sağlık hizmetleri birimlerinin entegrasyonu				

**Hedef 3- Yaşlılarda kronik hastalıkların akut komplikasyonlarının ortaya çıkış şekli, tanınması ve tedavisindeki farklılıklarla ilgili eğitim verilmesi, geriatrik hastaya yönelik yaklaşımda standardizasyonun sağlanması**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlı hastaların acil servislerde bakımında tanı ve tedavi algoritmalarının oluşturulması	<p>3.1.1.Acil servis hekimleri sağlık personeli ve 112 ambulans ekibinin eğitimi</p> <p>3.1.2.Yaşlı hastaların acil servislerde bakımında tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulması için komisyon kurulması</p>	<p>1. Acil servis çalışanlarının tanı ve tedavi aşamalarında yaşlı hastalara yaklaşımda pozitif anlamda farklılıklar oluşması</p> <p>2. Sertifika alan personel sayısı</p>	<p>1. Acil servis çalışanlarının geriatrik hastalara yaklaşımda standardizasyonun sağlanması</p> <p>2. Memnuniyet anketleri</p> <p>3. Mortalite ve morbiditede azalma</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. İlgili uzmanlık dernekleri</p>	<p>1 yıl içerisinde uygulamaya başlanması</p> <p>Sürekli olarak uygulanması</p>
3.2. Sağlık Bakanlığı, üniversite ve ilgili uzmanlık derneklerinin koordinasyonunda kurslar ve sertifikalı eğitim programlarının düzenlenmesinin sağlanması	<p>3.2.1.Periyodik aralıklarla hizmet içi eğitimlerin yapılması</p>				

Hedef 4- Acil servise başvuran geriyatrik hastaların mevcut sağlık kayıtlarına ulaşılabilirliğin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Tüm hastalar için ortak sağlık kayıt veri tabanının oluşturulması	4.1.1.Ortak sağlık kayıt veri tabanının yaygınlaştırılması ve hastane otomasyonuna entegre edilmesi	1.Hasta kayıtlarına ulaşılabilmesi	1.Hasta kayıtlarının, sürdürülebilir sağlık politikalarının belirlenmesinde kullanımının yaygınlaştırılması	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK	1 yıl

Hedef 5- Geriyatrik hastalarda etkin ilaç kullanımını sağlamak ve gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
5.1. Acil servise başvuran yaşlı hastanın halen kullanılmakta olduğu ilaçların belirlenmesi, uygunsuz dozda ve gereksiz kullanılan ilaçların tespiti ve polifarmasinin önlenmesi	5.1.1.Oluşturulacak veri tabanına hastanın kullandığı ilaçların girilmesi ve güncellenebilmesi	1. Sağlık kayıtlarına ulaşılması için oluşturulacak veri tabanında hastanın kullandığı ilaçlara, raporlara ve kullanım şekillerine kolayca ulaşılması	1. Yaşlılarda polifarmasinin engellenmesi ve buna bağlı acil başvuruların azalması 2. Reçete sayılarının SGK ve Sağlık Bakanlığı veri tabanından değerlendirilmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK	2 yıl

## 2.2.7. Yaşlılıkta Tanı, Tedavi, İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlemesinin Sağlanması

### Dünya’da ve Türkiye’de Mevcut Durum

Hızla gelişen teknoloji ve gün geçtikçe artan bilimsel çalışmaların etkisiyle sağlık hizmetlerinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Yaşlanmayla birlikte organ sistemlerinde meydana gelen fizyolojik değişiklikler ile hastalıklara bağlı bulguların ayırt edilmesi erken tanı için önemlidir. Erken tanı, hastalık ya da sağlık sorunu henüz klinik olarak ortaya çıkmadan önce muayene ve laboratuvar yöntemleri ile hastalığın saptanmasıdır. Amaç, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması, tedavi maliyetinin düşürülmesidir.

Bu amaçla taramalarda seçilecek özgün testler aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır;

- Taranacak hastalık toplumda sık görülen bir sağlık sorunu olmalıdır.
- Hastalık, klinik belirti vermeden önce muayene ve laboratuvar incelemeleri ile tanınabilmelidir.
- Erken tespit edildiğinde hastanın yaşam süresine ve tedavi başarısına katkısı olmalıdır.
- Taraması yapılacak hastalığın doğal seyri iyi bilinmelidir.
- Erken dönemde yakalandığında hastalık tedavi edilebilmelidir.
- Tarama yöntemi hasta için güvenli ve kabul edilebilir olmalıdır.
- Duyarlılık ve seçicilik uygun ve yeterli olmalıdır.
- Tarama testi toplumun her kesimince ulaşılabilir olmalıdır.
- Maliyet etkin olmalıdır.

Yaşlılarda hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus, dislipidemi, abdominal aortik anevrizma, şişmanlık ve beslenme sorunları, meme, kolon, serviks, prostat ve diğer kanserler, depresyon, Alzheimer, demans, KOAH, görme-işitme sorunları, osteoporoz, yaşlılara yönelik şiddet ve getirdiği sorunlar, kaza ve yaralanmalar ve bulaşıcı hastalıklardan hepatit B ve tüberküloz da erken tanı konulabilecek sağlık sorunları arasında yer almaktadır.

Geriatric hastanın uygun ve doğru değerlendirilmesi kapsamlı geriatric değerlendirme ile mümkün olabilmektedir. Kapsamlı geriatric değerlendirme; yaşlı bireylerin çeşitli problemlerini ortaya koyan, tarif eden, açıklayan, bireylerin rezervlerini ve dayanıklılıklarını sınıflandıran, bireyin problemlerine müdahale edebilecek gerekli servisleri belirleyen ve koordine bir tedavi planı geliştiren bir ekip değerlendirmesidir.

Kapsamlı geriatric değerlendirme sonucu gizli kalabilecek hastalıkları ortaya çıkarmak, kesin tanıya yardımcı olmak, uygun bakımı planlamak ve uygulamak, optimum çevresel ve sosyal destek için danışmanlık vermek, sonuçları öngörerek hastalığın ilerleyişini monitorize etmek, fonksiyonel düzeyi korumak ve geliştirmek, hospitalizasyonda, mortalitede, bakımevi ihtiyacında ve maliyette azalmayı sağlamak mümkün olmaktadır.

Geriatric hastanın değerlendirilmesinde interdisipliner ve multidisipliner ekip kavramları önemlidir. Yaşlı değerlendirilmesinde tek bir kişi yerine yaşlı sağlığının farklı yönlerinde uzmanlaşmış interdisipliner geriatric ekibi değerlendirmesi ve takibi, modern düşünce olup dünyada uygulanmaktadır. İnterdisipliner ekibin üyeleri;

- Geriatri uzmanı ya da olmadığı durumlarda iç hastalıkları uzmanı
- Hemşire
- Sosyal Hizmet Uzmanı
- Diyetisyen
- Psikolog
- İş-Uğraşı Terapisti
- Fizyoterapist

İnterdisipliner ekip üyeleri hastayı birlikte değerlendirerek hastanın tedavi planını ortak görüşle belirler. Yaşlının sağlığının fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak üç kısımda belirlendiği düşünülürse; ekip üyelerinin rolü, fonksiyonları ve takım ruhu kavramlarının yaşlı değerlendirmesinde, yaşlı sağlığının korunmasında ve hastalıklarının tedavisinde ne kadar önemli olduğu anlaşılacaktır. Ekip temel olarak geriatrist ve yaşlı hemşiresi tarafından yönlendirilmekle birlikte ekipte her üyenin yeri, rolü ve misyonu farklı ve birbirini tamamlayıcıdır. İdeal ekibin içerisinde sosyal hizmet uzmanı, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, iş-uğraşı terapisti, psikolog, odyolog, diş hekimi, farmakolog, beslenme ve konuşma terapisti dahil olmalıdır.

Polifarmasi önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmakta ve bireylerde kullanılan ilaçlara bağlı olarak yan etkilerin ortaya çıkmasına, sağlık sorunlarına ve sağlık maliyetinde artışa yol açmaktadır (WHO, 2019). Polifarmasinin küresel olarak prevalansının giderek artmasına karşın evrensel olarak kabul edilen kesin/net bir tanımı bulunmamaktadır (WHO, 2018). 2013 yılında yayınlanan bir derlemede polifarmasi teriminin çalışmalarda en çok beş veya daha fazla ilaç kullanımı şeklinde yer aldığı belirtilmiştir (Masnoon, 2017). Kullanılan ilaç sayısının yanı sıra kullanılan tedavilerin süresinin, gerekenden fazla dozda ilaç kullanımlarının veya geleneksel/tamamlayıcı tedavilerin polifarmasi tanımının içinde yer alıp almayacağı konularıyla ilgili olarak da net bir tanımlama bulunmamaktadır (WHO, 2019). Polifarmaside hedeflenmesi gereken uygunsuz çoklu ilaç kullanımının azaltılması ve çok sayıda ilaç kullanılıyorsa bunların kanıta dayalı, doğru endikasyon ve dozda alınmasının sağlanmasıdır (WHO, 2019).

Çok sayıda ilaç kullanımı önemli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına dair riski arttırsa da polifarmasi için sayısal bir tanımlama yapmak uygun değildir. Örneğin betablokör, statin, antitrombotik ve ACE inhibitörü olmak üzere dört farklı ilaç kullanımı gerektiren miyokard infarktüsünün sekonder önleyici tedavisi gibi çoklu ilaç kullanımını gerektiren durumlar olabilir, bu nedenle polifarmasinin değil uygunsuz polifarmasinin önlenmesi gerekmektedir (Duerden, 2013, Scottish Government Model of Care Polypharmacy Working Group, 2015). Uygun polifarmasi için kişinin sağlık durumu, alerji profili, potansiyel ilaç-ilaç ve ilaç-hastalık etkileşimi göz önünde bulundurulmalı ve ilaçlar kanıta dayalı olarak reçete edilmelidir (Cadogan, 2016).

Bakımevlerinde yaşayan 65 yaş ve üstü bireyler polifarmasiye karşı duyarlı olan gruplar arasında yer almaktadır (Hah, 2012, Davies, 2015, Hubbard, 2013). Polifarmasinin risklerine en duyarlı olan gruplarda ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç yan etkisi, düşme, kognitif yetersizlik, tedaviye



uyum sağlamama ve kötü nutrisyonel durumlar görülebilmektedir (Hah, 2012, Davies, 2015, Molokhia, 2017)

2015 yılında yayınlanan bir çalışmada ABD’de yaşlı bireylerde polifarmasi (5 ve üzeri ilaç kullanımı) prevalansının %39 olduğu bildirilmiştir (Kantor, 2015). Benzer şekilde başka bir çalışmada da İrlanda’da polifarmasi (5 ve üzeri ilaç kullanımı) prevalansının %27 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (McGarrigle, 2017).

Avusturya’da bakımevlerinde yapılan bir çalışmada polifarmasinin (>5 ilaç kullanımı) hastaların %75 inde mevcut olduğu tespit edilmiş ve hastaların %72.4 ünde en az bir uygunsuz ilaç kullanımı( çoğunlukla sakinleştiriciler, antipsikotikler, antikolinerjikler, osmotik laksatifler ve non-steroidal anti inflamatuvar ajanlar) bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Alzner, 2016).

Dünya genelinde polifarmasi prevalansı giderek artmaktadır. Bu artışın birden fazla nedeni bulunmaktadır. Bunlardan birincisi beklenen yaşam sürelerinin uzaması ve buna bağlı olarak yaşlı popülasyonun artmasıdır (WHO, 2019). 2015 yılında OECD ülkelerinde popülasyonun yaklaşık %5’i 80 yaş ve üzerinde iken 2050 yılında bu rakamın iki katından fazlasına çıkacağı tahmin edilmektedir (OECD, 2017). Polifarmasinin artış göstermesinin bir diğer nedeni de yaşla birlikte multimorbidite artışının olmasıdır. İskoçya’da yapılan bir çalışmada 85 yaş ve üstü bireylerde multimorbidite prevalansının %8,5 olduğu ve ortalama morbidite sayısının 3,62 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Barnett, 2012). Multimorbidite durumu her hastalık için farklı uzmanlar tarafından farklı ilaçların reçete edilmesine neden olmakta, bu durum da tek tek hastalıkların kontrolünü zorlaştırmakta ve hatta hastaya zarar veren durumlara yol açabilmektedir (WHO, 2019).

2009 yılında yayınlanan ve hastanede yatan yaşlı hastalarda yapılan bir çalışmada tedavileri kapsamlı olarak değerlendirilerek yeniden düzenlenen hastaların sonraki 12 aylık dönemde %16 oranında daha az hastane başvurusu ve %47 oranında daha az acil servis başvurusu yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yine aynı çalışmada hastaların tedavilerinin kapsamlı olarak gözden geçirilerek düzenlenmesinin hastane bazlı sağlık harcamalarını hasta başına 230 ABD Doları azaltacağı belirtilmiştir (Gillespie, 2009).

Polifarmaside karşılaşılan önemli sorunlardan birisi reçete yazılması veya ilaç kullanımlarında yapılan hatalardır. 2012’de yayınlanan bir çalışmada 12 aylık izlem süresinde beş veya daha fazla ilaç kullananların %30,1’inde reçete yazılması veya ilacın kullanımında hata olduğu, bu hatanın 10 veya daha fazla ilaç kullananlarda %47 olarak izlendiği sonucuna ulaşılmıştır (Avery, 2012).

Polifarmasinin neden olabileceği önemli bir sorun ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleridir. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça ilaç etkileşimleri ve izlenen yan etkiler artmakta, sonuç olarak istenmeyen sağlık sonuçları ortaya çıkmakta ve hastaneye yatış ihtiyacı artmaktadır. İlaçlara bağlı

neden olmaktadır (Kratz, 2019).

Polifarmasinin önemli sonuçlarından bir diğeri de hastane başvurularını ve hospitalizasyonları arttırmasıdır. Yapılan bir meta analize göre ilaç yan etkisi ile ilişkili hastaneye yapılan başvurularda yaşlıların gençlere göre dört kat daha fazla başvuruda bulunduğu saptanmıştır. Diğer yandan yaşlılarda hastaneye yatışın yüzde 24'ünün sebebi ciddi ilaç yan etkileridir (Beijer, 2002). Ayaktan başvuruların yüzde 6-21'ini, hospitalize hastalardaki başvuruların ise yüzde 18-24'ünü ilaç yan etkileri ve komplikasyonları oluşturmaktadır (Von Renteln-Kruse, 2002, Mannesse, 2000). Kanada'da yapılan bir çalışmada yaşlılarda hastaneye başvuruların yüzde 19'undan polifarmasi nedeniyle oluşan iyatrojenik sendromların sorumlu olduğu saptanmıştır (Grymonpre, 1988).

Başka bir çalışmada hastane başvurularının yaklaşık yüzde 7'sinin ilaçla ilgili problemler nedeniyle gerçekleştiği ve bunların 2/3'ünün önlenabilir olduğu bulunmuştur (Winterstein, 2002).

Hasta tarafından kullanılan ilaç sayısı arttıkça yan etki riski de katlanarak artmaktadır. İki ilaç kullanımında potansiyel yan etki riski yüzde 6 iken, beş ilaç kullanımında bu oran yüzde 50'ye, sekiz ve daha fazla ilaç kullanımında ise neredeyse yüzde 100'e ulaşmaktadır (Zagaria, 2000). Yaşlılarda polifarmasinin neden olabileceği önemli bir sorun ilaç yan etkileri ve ilaç etkileşimleridir. Yaşlı popülasyonu ilaç-ilâç etkileşimlerine ve ilaç yan etkilerine daha duyarlı kılan multipl komorbiditelerin varlığı ile birlikte yaşlanmayla oluşan fizyolojik değişikliklere bağlı olarak ilaçların farmakodinamiği, farmakokinetiğinin değişmesi gibi birçok faktör vardır (Arıoğul, 2006). İlaç yan etkileri, kalp yetmezliği, meme kanseri, hipertansiyon ve pnömoniden sonra önlenabilir ciddi sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Monette, 1995).

Hasta tarafından kullanılan ilaç sayısı arttıkça olumsuz sağlık sonuçlarıyla karşılaşma riski de artmaktadır. Polifarmasi ile olumsuz sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin incelendiği bir metaanalizde polifarmasi ile tüm nedenlere bağlı ölüm ve miyokard infarktusu gerçekleşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Muasawe, 2019).

2007-2015 yılları arası 75 yaş ve üstü 338.810 atrial fibrilasyon hastasının incelendiği bir çalışmada polifarmasi (beş ve üzeri ilaç kullanımı) prevalansı %52 olarak bulunmuş ve polifarmasi kullananlarda kullanmayanlara kıyasla daha fazla majör kanama ve kalp yetmezliği görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Chen, 2020).

Çok sayıda ilaç kullanımı; ilaç yan etkisi, ilaç-ilâç etkileşimi ve ilaç-hastalık etkileşimi mekanizmaları ile düşme riskini arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar dört ve üzeri ilaç kullanımının düşme, tekrarlayan düşme ve yaralayıcı düşme insidansında artış ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Zia, 2015).

Polifarmasinin neden olduğu düşme, sonuçları itibarıyla önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Düşme her yıl 65 yaş üstü nüfusun 1/3'ünde meydana gelmekte ve bunların yarısı tekrar

etmektedir. Polifarmasinin neden olduğu düşme vakaları dört ve üzerinde ilaç alanlarda, serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, nöroleptikler, benzodiazepinler, antikonvülzanlar, sınıf IA anti aritmik ajanlar, digoksin ve diüretik kullananlarda daha sıktır. Oluşmasında polifarmasinin önemli bir rolü olduğu gösterilen deliryum, hospitalize edilen hastalarda birçok nedene bağılı olarak gelişebilen ve hastanın fonksiyonelliğini azaltıp yatış süresini ve mortalitesini arttıran önemli bir problemdir. Yapılan çalışmalarda deliryum etyolojisinde polifarmasi iyi bilinen bir neden olup özellikle üç ve üzeri ilaç alanlarda bağımsız bir risk faktörü olarak göze çarpmaktadır (Hajjar, 2005, Leipzig, 1999).

Düşmeye bağılı hastane başvurusu yapan 49.609 yaşlı bireyin değerlendirildiği bir çalışmada kullanılan ilaç sayısının hastane başvurusu yapan grupta yapmayan gruptan yüksek olduğu, ilave edilen her ilaçla yaralanmaya neden olan düşme riskinin neredeyse doğrusal olarak arttığı ve polifarmasi tanımı olarak dört veya üzeri ilaç kullanımını alındığında popülasyona atfedilen yaralayıcı düşme oranının %5,2 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Morin, 2019). 60 yaş ve üstü 5213 kişinin değerlendirildiği bir diğer çalışmada da çalışma grubunun yaklaşık 1/3'ünün beş veya daha fazla ilaç kullandığı ve beş veya üzeri ilaç kullanımının iki yıllık izlem süresinde düşme hızında %21 artışa yol açtığı sonucuna ulaşılmıştır (Dhalwani, 2017).

Sonuç olarak; polifarmasi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki yaşlılarda oldukça sık görülen, morbiditeyi, mortaliteyi ve maliyeti arttıran, yaşam kalitesini bozan önemli geriatrik sendromlardandır. Uygun geriatrik değerlendirme yapıp interdisipliner bir yaklaşımla polifarmasi azaltılmaya çalışılmalıdır.

## Yaşlılıkta Tanı, Tedavi, İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlemesinin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

### Hedef 1- Ulusal geriatrik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının yaygınlaştırılması

#### Strateji 1

Geriatrik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının sağlanması

### Hedef 2- Yaşlılarda “akılcı ilaç kullanımı” politikalarının geliştirilmesinin sağlanması

#### Strateji 1

Akılcı ilaç kullanımı politikalarının geliştirilmesi için uluslararası rehberler ışığında eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi

#### Strateji 2

Yaşlıya ilişkin tıbbi bilgilerin etik çerçeve ve hasta mahremi göz önüne alınarak paylaşımının sağlanması

#### Strateji 3

İlaçların imalinden son kullanıcıya kadar takibini öngören ilaç takip sisteminin geliştirilmesi

#### Strateji 4

Polifarmasinin azaltılması

### Hedef 3- Yaşlıların hastalıklarına doğru tanı konmasına ilişkin sorunların belirlenmesi

#### Strateji 1

Yaşlılarda tanı koyma sorunlarının azaltılması için kapsamlı geriatrik değerlendirmenin yapılması

### Hedef 4- Yaşlıları etkileyen hastalıkların, tanı ve tedavi için, araştırmalarının yapılmasının sağlanması

#### Strateji 1

Araştırmalar için uygun alt yapı ve finansmanın sağlanması

### Hedef 5- Tanı, tedavi ve izlemde geri ödeme sorunlarının çözümünün sağlanması

#### Strateji 1

Yaşlıların, ilaç ücretlerinin geri ödenmesi, tedaviye ulaşmaları, reçeteleme ve raporlamadaki sorunların giderilmesi

### Hedef 6- Mezuniyet sonrası eğitimler ile tanı ve tedavinin geliştirilmesinin sağlanması

#### Strateji 1

Tanı ve tedavinin geliştirilmesi için eğitim faaliyetlerinin artırılması

### Hedef 7- Geriatrik değerlendirmenin uygun zaman ayrılarak kapsamlı bir şekilde yapılabilirliğinin sağlanması

---

**Strateji 1**

İnterdisipliner geriatric ekibin oluşturulması

**Strateji 2**

Kapsamlı geriatric değerlendirmelerinin erişilebilir ve kaliteli şekilde sunumunun sũreklilięinin sağlanması

## 2.2.7. Yaşlılıkta Tanı, Tedavi, İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlemesinin Sağlanması

Hedef 1 - Ulusal geriyatrik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının yaygınlaştırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Geriyatrik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının sağlanması	<p>1.1.1. Tanı ve tedavi rehberlerinin kullanılabilirliği için düzenli eğitim ve tanıtımların yapılması</p> <p>1.1.1.2. Akılcı ilaç kullanım eğitimlerinin ve takibinin yapılması</p> <p>1.1.1.3. Geri ödemelerde rehberlerin dikkate alınması için SGK ile iş birliği yapılması</p> <p>1.1.1.4. Kapsamlı geriyatrik değerlendirme, tarama testleri, skalalar, yaşlı hasta muayenesi, aile görüşmesi, hasta ve yakınımın eğitimi konularının Sağlık Bakanlığı performans sisteminde yeniden düzenlenmesi</p>	<p>1. Eğitim almış hekim sayısında artış</p> <p>2. Tıbben önerilen tedaviyi alabilen yaşlı sayısında artış</p> <p>3. Doğru tanı konmuş yaşlı sayısında artış</p> <p>4. Performans sisteminin geriyatrik hastalar için düzenlenmesi</p>	<p>1. Hastalıklara ilişkin doğru tanı ve uygun tedavi uygulamasında artış</p> <p>2. Reçete sayılarının SGK ve Sağlık Bakanlığı veri tabanından değerlendirilmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p>	Sürekli

Hedef 2- Yaşlılarda “akılcı ilaç kullanımı” politikalarının geliştirilmesinin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Akılcı ilaç kullanımını politikalarının geliştirilmesi için uluslararası rehberler ışığında eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi	2.1.1.İlgili kuruluşlar tarafından akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitimler düzenlenmesi 2.1.2.Tıp, diş hekimliği ve eczacılık fakültelerinin eğitim müfredatlarına akılcı ilaç kullanımını eğitimlerinin dahil edilmesi	1. İlaç kullanım sayısının azalması 2. İlaç yan etkilerinin görülmesinin azalması 3. Hasta başına düşen sağlık giderlerinin azalması 4. Yaşam kalitesinin artması	1. Sağlık kurum ve kuruluşlarına gereksiz başvurunun azalması 2. Aile hekimi bilgisi sisteminde gereksiz ilaç kullanım sayısının azalması 3. SGK veri tabanında maliyetin izlenmesi 4. Memnuniyet anketlerinin uygulanması	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK 3. YÖK 4. Üniversiteler 5. STK	Sürekli
2.2. Yaşlıya ilişkin tıbbi bilgilerin etik çerçeveye ve hasta mahremi göz önüne alınarak paylaşımının sağlanması	2.2.1.Yaşlıların sağlık kuruluşlarına her başvurusunda kullandığı ilaçların sorgulanmasının ve ilaçlarının tespit edilmesinin sağlanması				
2.3. İlaçların imalinden son kullanıcıya kadar takibini öngören ilaç takip sisteminin geliştirilmesi	2.3.1.İlaç etkileşimlerini azaltmak amacıyla programların oluşturulması, farmakolog ile düzenli bilgi alışverişinde bulunulmasının sağlanması				
2.4. Polifarmasinin azaltılması	2.4.1.Hasstaya, hastalıkları, kullandığı ilaçların adı, kullanması gereken dozu ve saati, potansiyel yan etkileri için bilgi verilmesinin sağlanması				

Hedef 3- Yaşlıların hastalıklarına doğru tanı konmasına ilişkin sorunların belirlenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlıların hastalıklarına ilişkin tanı koyma sorunlarının azaltılması için kapsamlı geriatrik değerlendirilmenin yapılması	<p>3.1.1. Kapsamlı geriatrik değerlendirilmenin yaygınlaştırılması</p> <p>3.1.2. Yaşlıların interdisipliner ekip tarafından değerlendirilmesi</p> <p>3.1.3. Yaşlılara yönelik beğenilme ve taramaların etkin bir şekilde yapılması</p> <p>3.1.4. Kapsamlı geriatrik değerlendirme, tarama testleri, skalalar, yaşlı hasta muayenesi, aile görüşmesi, hasta ve yakınımın eğitimi konularının Sağlık Bakanlığı performans sisteminde yeniden düzenlenmesi</p>	<p>1. Tanı konma sürecinin hızlanması</p> <p>2. Tanıda uygun tetkik ve yöntemlerin uygulanması</p> <p>3. Bağışıklama yapılan yaşlı hasta sayısı</p> <p>4. KGD (Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme) yapılan yaşlı hasta sayısı</p>	<p>1. Gereksiz yapılan tetkik harcamalarında azalma</p> <p>2. Hastalıkların erken dönemde saptanması</p> <p>3. Korumucu hekimlik uygulamalarının artırılması</p> <p>4. Kesin tanının daha hızlı konması</p> <p>5. Mortalite ve morbidite hızında azalma</p> <p>6. Hastaneye yatış süresinde azalma</p> <p>7. Hastaneye başvuru sayısında azalma</p> <p>8. Geriatrik sendromların saptanma sıklığında artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p>	1 yıl



### Hedef 3- Yaşlıların hastalıklarına doğru tanı konmasına ilişkin sorunların belirlenmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlılarda tanı koymanın sorunlarının azaltılması için kapsamlı geriyatrik değerlendirmenin yapılması	<p>3.1.5. Birinci basamakta teşhis yöntemlerinin uygun şekilde kullanılması</p> <p>3.1.6. Yaşlıların sağlık kuruluşlarına ulaşımlarında kolaylık sağlanması</p> <p>3.1.7. Refakatçisi olmayan yaşlıların sağlık kurumlarında tetkik ve tedavilerinin kolaylaşması için gerekli personel desteğinin sağlanması</p> <p>3.1.8. Görüntü iletişimi, tele-tıp ve tele-sağlık alanlarında standartların belirlenip yaygınlaştırılması</p> <p>3.1.9. Doğru tanı için hekimler arasında portal vasıtasıyla bilgi ve iletişim platformu kurularak ve bilgi paylaşımının sağlanması</p>	<p>1. Tanı konma sürecinin hızlanması</p> <p>2. Gereksiz tetkik yapılmasının önlenmesi</p> <p>3. Bağışıklama yapılan yaşlı hasta sayısı</p> <p>4. KGD (Kapsamlı Geriyatrik Değerlendirme) yapılan yaşlı hasta sayısı</p>	<p>1. Gereksiz yapılan tetkik harcamalarında azalma</p> <p>2. Hastalıkların erken dönemde saptanması</p> <p>3. Koryucu hekimlik uygulamalarının artırılması</p> <p>4. Kesin tanının daha hızlı konması</p> <p>5. Mortalite ve morbidite hızında azalma</p> <p>6. Hastaneye yatış süresinde azalma</p> <p>7. Hastaneye başvuru sayısında azalma</p> <p>8. Geriyatrik sendromların saptanma sıklığında artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p>	3 yıl

Hedef 4-Yaşlıları etkileyen hastalıkların, tanı ve tedavisi için gerekli araştırmaların yapılmasının sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Araştırmalar için uygun alt yapı ve finansmanın sağlanması	<p>4.1.1.Yatırımları arttırmak için gerekli düzenlemelerin yapılması</p> <p>4.1.2.Bu yatırımların her düzeyde teşvik edilmesi ve kolaylaştırılması, kamu ve özel sektör arasında, sağlık araştırmaları alanında iş birliğinin artırılması</p> <p>4.1.3.Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin yaşlılara yönelik araştırmalar için ayırdığı fonun artırılması</p> <p>4.1.4.Kapsamlı geriatrik değerlendirme için kullanılan testlerin güvenilirlik ve geçerliliklerinin yapılması</p>	<p>1. Nitelikli araştırma sayısının artması</p> <p>2. Ülkemizde yaşlılara ilişkin veri tabanının oluşturulması</p>	<p>1. Akademik yayınların artması</p> <p>2. Tanı tedavi yöntemlerinin etkinleşmesi ve yenilenmesi</p> <p>3. Yaşlıların fonksiyonellik ve hastalıklarına ilişkin sağlıklı verilerin sağlanması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. STK</p> <p>4. Özel sektör</p>	3 yıl

### Hedef 5- Tanı, tedavi ve izlemde geri ödeme sorunlarının çözümünün sağlanması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
5.1. Yaşlıların ilaç ücretlerinin geri ödenmesi, tedaviye ulaşma, reçeteleme ve raporlamadaki sorunlarının giderilmesi	<p>5.1.1. Geri ödeme komisyonu içinde ayrı bir geriatri alt komisyonunun oluşturulması</p> <p>5.1.2. Yaşlıların tanı ve tedavisinde kullanılan değerlendirme testlerinin Sağlık Bakanlığı performans sisteminde yeniden düzenlenmesi</p>	<p>1. Yaşlıların tedavisinde kullanılan bazı ilaçların geriatri uzmanları tarafından reçete edildiğinde oluşan geri ödeme sistemindeki sorunların giderilmesi</p> <p>2. Performans sistemindeki sorunların giderilmesi</p>	<p>1. İlaçlarla ilgili geri ödeme sorunlarının giderilmesi</p> <p>2. Yaşlıların tanı ve tedavisinde kullanılan değerlendirme testlerinin sayısının artırılması</p> <p>3. Geriatrik sendromların saptanma sıklığında artış</p> <p>4. SGK veri tabanında maliyetin izlenmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	1 yıl

### Hedef 6- Mezuniyet sonrası eğitimler ile tanı ve tedavinin geliştirilmesinin sağlanması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
6.1. Tanı ve tedavinin geliştirilmesi için eğitim faaliyetlerinin artırılması	<p>6.1.1. İlgili derneklerin iş birliğinde yaşlı bakımıyla ilgilenen sağlık personeline yönelik kurslar düzenlenmesi</p>	<p>1. Düzenlenen kurs sayısı</p> <p>2. Doğru tanı konmuş ve tedavi edilmiş yaşlı sayısında artış</p>	<p>1. Yaşlıların hastalıklarına ilişkin doğru tanı ve uygun tedavi uygulamasında artış</p> <p>2. Tanı ve tedaviye yönelik kaynakların etkin kullanılması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. STK</p>	Sürekli

Hedef 7- Geriatrik değerlendiriminin uygun zaman zaman ayrılarak kapsamlı bir şekilde yapılabilirliğinin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
7.1. İnterdisipliner geriatrik ekibin oluşturulması	<p>7.1.1. İnterdisipliner ekipte yer alan sağlık personelinin etkin bir şekilde eğitiminin sağlanması</p> <p>7.1.2. Geriatrik değerlendiriminin tanı ve tedavi rehberleri doğrultusunda yapılması</p> <p>7.2.1. Kapsamlı geriatrik değerlendirme, tarama testleri, skalalar, yaşlı hasta muayenesi, aile görüşmesi, hasta ve yakınımın eğitimi konularının Sağlık Bakanlığı performans sisteminde yeniden düzenlenmesi</p>	<p>1. Kapsamlı geriatrik değerlendirmenin yaygınlaşması</p> <p>2. İnterdisipliner geriatrik ekip sayısının artması</p>	<p>1. Geriatrik sendromların farkındalığının artması</p> <p>2. Yaşlıların yaşam kalitesinin artması</p> <p>3. Mortalite ve morbidite hızında azalma</p> <p>4. Tetkik harcamalarında azalma</p> <p>5. Hastaneye yatış sürelerinde azalma</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. İçişleri Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	3 yıl
7.2. Kapsamlı geriatrik değerlendirmelerinin erişilebilir ve kaliteli bir şekilde sunumunun sağlanması	<p>7.2.2. Yaşlıların hastanelere başvurularında öncelik tanınması, randevu almalarının kolaylaştırılması</p> <p>7.2.3. Yaşlıların sağlık kuruluşlarına ulaşımlarında kolaylık sağlanması</p> <p>7.2.4. Refakatçisi olmayan yaşlıların sağlık kurumlarında tetkik ve tedavilerin kolaylaşması için gerekli personel desteğinin sağlanması</p>				

## 2.2.8. Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi

### Dünya’da ve Türkiye’de Mevcut Durum

Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus 2012 yılında yüzde 7,5 iken, 2023 yılında yüzde 10,2, 2050 yılında yüzde 20,8 ve 2075 yılında ise yüzde 27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2013). Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2020). Artan yaşlı nüfusa paralel olarak yaşlılara hizmet veren kurum ve kuruluşlar yanında yetişmiş personel ihtiyacı da artmaktadır. Yaşlı birey ile çalışacak olan kalifiye elemanların yaşlı sağlığı ve verilecek hizmetler konusunda eğitimi önem kazanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün, dünyadaki tüm tıp fakültesi öğrencilerinin geriatrik sorunları tanımlayabilmeleri ve yaşlılara karşı tutumlarını değerlendirebilmeleri için 1999 yılında bir çalışma başlattığı bilinmektedir. Bu çalışmaya, Türkiye’nin de içinde yer aldığı 79 ülkeden tıp fakültesi yerel temsilcileri katılmış ve sonuçları da 2002 yılında yayımlanmıştır (Keller, 2002). Bu çalışmadan elde edilen veriler ışığında kültürel farklılıkların dikkate alındığı pilot modellerin oluşturulması, sağlıklı ve aktif yaşlanmanın öneminin kavranması, bunun için sosyal ve siyasal tedbirlerin alınması yanında tıp fakülteleri eğitim programında geriatri ile ilgili konulara ağırlık verilmesi gibi öneriler sıralanmıştır.

Yurt dışında yapılan çalışmalarda, mezuniyet öncesi dönemde verilen geriatri eğitiminin, öğrencilerin yaşlı bireylere yaklaşımlarıyla ilgili bilgi, beceri ve tutumlarını olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (Warren, 1983, Varkey, 2006 ). Avrupa Birliği’nde, geriatri ile ilgilenen EAMA (European Academy for Medicine of Aging) ve EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society) gibi kuruluşların ürettiği politikalar ışığında mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde temel olarak hedeflenen konular; yaşlıyla empati, sağlıklı yaşlanma, disiplinler arası ekip çalışması, etik ve geriatri sendromlara yaklaşımdır. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de, fakültelerimizde geriatri bilim dalı olsun ya da olmasın geriatri eğitimi mezuniyet öncesi tıp eğitim programında yer almaktadır (Cankurtaran, 2006).

Yuste Vakfı Avrupa Akademisi Çalışma Grubu’nun Avrupa ülkelerinde geriatri eğitimine duyulan ihtiyaç ile ilgili sonuç bildirgesi 8-9 Haziran 1998 tarihinde sunulmuştur. Bir rehber niteliği taşıyan bu bildirmede, Avrupa ülkelerinde geriatri eğitiminin mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerde, diğer uzmanlık dallarının eğitimi içerisinde nasıl yer alması gerektiği ve geriatride hizmet içi eğitim üzerinde durulmaktadır. Böyle bir eğitim ile Avrupa ülkeleri arasında hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası dönemlerde öğrenci değişimi ve adaptasyonunun kolaylaşacağı belirtilmiştir ve sonrasında da geriatri için en az 50 saatlik bir eğitimi gerektiren bilgi ve becerileri içeren 13 hedeften oluşan bir liste oluşturulmuştur (Lye, 1999, Mateos-Nozal, 2011).

Uluslararası Geriatri ve Gerontoloji Topluluğu ile Dünya Sağlık Örgütü, mezuniyet öncesi geriatri eğitiminin temel noktalarını tanımlamıştır ve Avrupa Geriatrik Temel Eğitim Müfredatı da eğitimciler ve eğitim kuruluşları için gereklilikler ile geriatri ile ilgili temel yeterlik ve iletişim

becerilerinin minimum standartlarını belirlemektedir. Amerika ve İngiliz Geriatri Toplulukları geriatri ile ilgili temel yeterlikleri, öğrenme imkânlarını ve değerlendirme metodlarını tanımlamışlardır (Mateos-Nozal, 2011).

Literatürde geriatrik eğitimin verilmesi veya güçlendirilmesine yönelik; geriatri bölümünün kurulması, bağışlar, geleneksel eğitim yaklaşımları, staj ve uzmanlık eğitim programları gibi farklı yaklaşımlar bildirilmiştir (Mateos-Nozal, 2011).

36 ülkenin ülkelerdeki popülasyonun yaşlı veya genç olması ile geriatrik eğitim düzeyine göre üç kategoriye ayrılarak incelendiği bir çalışmada;

Popülasyonu yaşlı ve geriatri eğitimi yetersiz olan ülkeler; İspanya, Yunanistan, Makedonya, Uruguay, Estonya, Yugoslavya, Almanya, Avusturya, Portekiz, Bulgaristan, Ukrayna, Hırvatistan,

Popülasyonu genç ve geriatri eğitimi yetersiz olan ülkeler; Panama, Kuveyt, Guatemala, Jamaika, El Salvador, Lübnan, Gana, Filistin,

Popülasyonu genç olan ve güçlü geriatrik eğitim veren ülkeler; Norveç, İzlanda, Hollanda, Kanada, Yeni Zelanda, Malta, İsrail, İsviçre, İsveç Finlandiya, Çin, Hong Kong, Slovakya, Danimarka, Çek Cumhuriyeti, Litvanya ve Polonya olarak raporlanmıştır (Keller, 2002).

31 Avrupa ülkesinde yürütülen bir çalışmada 25 ülkede mezuniyet öncesi geriatri eğitiminin bulunduğu ve bu eğitimlerin içerik ve süre gibi pek çok alanda farklı olduğu, örneğin eğitim saatlerinin 100 saat ile <10 saat arasında değiştiği bildirilmiştir. 1991 yılında yapılan önceki çalışmanın sonuçlarıyla kıyaslandığında geriatri eğitiminde belirgin bir ilerleme izlendiği ancak; bu gelişimin heterojen olması dolayısıyla Avrupa'da geriatri eğitiminin sağlamlaştırılması ve harmonizasyonun sağlanması gerektiği bildirilmiştir (Michel, 2008).

2018 yılında yayınlanan bir çalışmada ABD'de 2001-2002 ile 2017-2018 akademik yılları arasındaki geriatrik medikal eğitim programlarındaki değişimler incelenmiş ve 2001-2002 akademik yılında 7.838 olan geriatrik eğitim programı sayısının %21 artış göstererek (yaşlı popülasyondaki izlenen artışa göre düzenleme yapıldığında) 2017-2018 yılında 10.799 programa yükseldiği belirtilmiştir. Geriatri uzmanlık eğitimi programlarında da belirgin artış olduğu ve 2001-2002 akademik yılında 182 iken 2017-18 akademik yılında 342'ye çıktığı (%64,6 artış), fakat Hospis/ Palyatif Bakım eğitim programları çıkarıldığında artışın çok daha az olduğu (182'den 210'a çıkarak %1,1 artış göstermiştir) tespit edilmiştir. Hospis/ Palyatif Bakım Eğitim Programlarının sayısında ise belirgin artış izlendiği (2009-2010 akademik yılında 63 iken 2017-2018 akademik yılında %92,3'lük bir artış göstererek 132'ye çıkmıştır) sonucuna ulaşılmıştır (Petriceks, 2018).

## **Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesine Yönelik Hedef ve Stratejiler**

### **Hedef 1- Geriatri ve gerontoloji eğitiminin tıp fakültesi müfredatlarına eklenmesi**

#### **Strateji 1**

Tıp fakültesi eğitiminde geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredatlarına eklenmesi ve bunun ülke çapında yaygınlaştırılması

### **Hedef 2- Yaşlıya hizmet veren kalifiye sağlık personelinin yetiştirilmesinin sağlanması**

#### **Strateji 1**

Üniversitelerin yaşlıya hizmet veren hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti yetiştiren ilgili bölümlerinin lisans ve lisansüstü eğitiminde geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredatlarına eklenmesi ve bunun ülke çapında yaygınlaştırılması

### **Hedef 3- Geriatri yan dal uzmanlık eğitiminin yaygınlaştırılması**

#### **Strateji 1**

Tıp fakültelerinin iç hastalıkları anabilim dalına bağlı geriatri yan dal uzmanlık eğitiminin tüm üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde yaygınlaştırılması

### **Hedef 4- Birinci basamak hekimlerine yönelik geriatri eğitimlerinin düzenlenmesi**

#### **Strateji 1**

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde geriatri rotasyonuna yer verilmesi ve mevcut Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (USES) uygulamalarına geriatri modülünün eklenmesi ve güncellenmesi

### **Hedef 5- Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) geriatri eğitimlerinin düzenlenmesi**

#### **Strateji 1**

Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanları (hekim, geriatrist, geriatri, hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) ve yaşlı bakım elamanları için eğitim programlarının ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak başlatılması ve geliştirilmesi, eğitimin sürekliliğinin sağlanması, yaşlı ile etkili iletişim teknikleri konusunda eğitilmesi ve bu konudaki projelerin desteklenmesi

### **Hedef 6- Profesyoneller dışında (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı,**

## eğitiminin düzenlenmesi

### Strateji 1

Profesyoneller dışında yaşlıya bakım hizmeti veren aileler, yaşlı yakınları, bakıcılar ve diğer (komşu vb.) kişiler için yaşlılığın psikolojik, sosyal yönleri ve yaşlı bakımı ile ilgili bütüncül bir yaklaşımla sürekli olarak standart bir eğitimin verilmesi ve gerekli organizasyonların yapılması

## Hedef 7- Yaşlıda akılcı ilaç kullanımının sağlanması

### Strateji 1

Yaşlı ile çalışan tüm sağlık personelinin yaşlıda akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi

## Hedef 8- Yaşlıda sağlıklı yaşlanma bilincinin oluşturulması

### Strateji 1

Yaşlılara yönelik sağlıklı yaşlanma, fizyolojik yaşlanma ve hastalıklar ile akılcı ilaç kullanımına yönelik ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak farkındalık çalışmalarının yapılması

## Hedef 9- Yaşlıya hizmet veren sağlık personelinin sertifikalandırılması

### Strateji 1

Yaşlıya hizmet veren sağlık personeline (hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti vb.) yaşlı bakımı ve takibi konusunda standardize sertifikalı eğitim programlarının geliştirilmesi

## Hedef 10- Etkin ekip çalışmasının yaygınlaştırılması

### Strateji 1

İnterdisipliner geriatri ekibi kavramının yaygınlaştırılması ve uygulanması (geriatri hekimi, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist vb.)



## 2.2.8. Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi

Hedef 1- Geriatri ve gerontoloji eğitiminin tıp fakültesi müfredatlarına eklenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
1.1. Tıp eğitiminde geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredatlarına eklenmesi ve bunun ülke çapında yaygınlaştırılması	<p>1.1.1.Geriatri ve gerontoloji eğitim programlarının yenilenmesi ve yaygınlaşması</p> <p>1.1.2.Geriatri bilim dallarının tüm tıp fakültelerinde kurulması ve sayısının artırılması</p> <p>1.1.3.Geriatri ve gerontoloji derslerinin müfredatlarda yaygınlaştırılması</p>	<p>1. Geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredatta yer alması</p> <p>2. Tıp fakültesi müfredatlarındaki geriatri ve gerontoloji ders sayısı</p>	<p>1. Mezun olan hekimlere geriatrik bilgi, tutum ve davranışların kazandırılması</p> <p>2. Hekimlerin yaşlı hastaya yaklaşımındaki değişikliklerin değerlendirilmesi</p> <p>3. Yaşlı hasta memnuniyet değerlendirme çalışmaları</p>	<p>1. YÖK</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p>	Sürekli

Hedef 2-Yaşlıya hizmet veren kalifiye sağlık personelinin yetiştirilmesinin sağlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
2.1. Üniversitelerin yaşlıya hizmet veren geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti ve yaşlı bakım teknikleri yetiştiren ilgili bölümlerinin lisans ve lisansüstü eğitiminde geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredatlarına eklenmesi ve bunun ülke çapında yaygınlaştırılması	<p>2.1.1.İnterdisipliner ekiplerin görev dağılımlarının belirlenmesi</p> <p>2.1.2. Her meslek grubuna uygun geriatri ve gerontoloji eğitim programlarının güncellenmesi ve yaygınlaştırılması</p> <p>2.1.3. Geriatri ve gerontoloji derslerinin müfredatlarına eklenmesi</p> <p>2.1.4. Mezuniyet öncesi ve sonrası verilen geriatri ve gerontoloji eğitimlerinin artırılması</p> <p>2.1.5. Bu meslek gruplarında özellikle yaşlı ile çalışanların sayısının artırılması</p>	<p>1. Geriatri ve gerontoloji eğitiminin müfredatta yer alması</p> <p>2. Geriatri ve gerontoloji alanında eğitimi personel sayısında artış</p>	<p>1. İnterdisipliner ekip elemanlarının sayısında artış</p> <p>2. Lisansüstü eğitim programlarından mezun olan öğrenci sayısında artış</p> <p>3. Yaşlılık alanında çalışan sağlık personelinin memnuniyet değerlendirme çalışması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. YÖK</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	2 Yıl

Hedef 3- Geriatri yan dal uzmanlık eğitiminin yaygınlaştırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Tıp fakültelerinin iç hastalıkları anabilim dalına bağlı geriatri yan dal uzmanlık eğitiminin tüm üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde yaygınlaştırılması	<p>3.1.1. Geriatri bilim dallarının üniversitelerde artırılması</p> <p>3.1.2. Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde geriatri kliniklerinin açılması</p> <p>3.1.3. Geriatri yan dal kadrolarının artırılması</p> <p>3.1.4. Geriatri eğitim ve uygulama faaliyetlerinde performans uygulamalarının oluşturulması veya iyileştirilmesi</p>	<p>1. Geriatri bilim dallarının ve geriatri kliniklerinin artışı</p> <p>2. Geriatri uzmanı sayısında artış</p> <p>3. Yaşlıların gittiği farklı branş ve farklı muayene sayısında azalma</p>	<p>1. Yaşlılara verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinde artış</p> <p>2. Yaşlıların tek merkezde hizmet almalarının sağlanması</p> <p>3. Yaşlı hastalarda kronik hastalıklara bağlı komplikasyonlar ve ölümlerin azalması</p> <p>4. Sağlık istatistiklerinde beklenen yaşam süresinin uzaması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. TÜİK</p> <p>3. YÖK</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	Sürekli

Hedef 4- Birinci basamak hekimlerine yönelik geriatri eğitiminin düzenlenmesi					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde geriatri rotasyonuna yer verilmesi ve mevcut Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi (USES) uygulamalarına geriatri modülünün eklenmesi ve güncellenmesi	<p>4.1.1. Mezuniyet öncesi ve sonrası verilen geriatri eğitimlerinin artırılması</p> <p>4.1.2. Aile hekimliği müfredatına geriatri rotasyonunun eklenmesi</p> <p>4.1.3. Geriatri kliniğinin olmadığı kurumlarda iç hastalıkları rotasyonu sırasında bu eğitimlerin sağlanması</p> <p>4.1.4. Aile hekimliği USES'e geriatri eğitim modülü hazırlanması</p> <p>4.1.5. Yaşlı sağlığı ile ilgili hizmet içi eğitim verilmesi ve standardize sertifikalı eğitim programlarının düzenlenmesi</p> <p>4.1.6. Eğitim faaliyetlerine pozitif performans uygulaması</p>	<p>1. USES uygulamalarında geriatri modülü</p> <p>2. Aile hekimliği uzmanlık eğitimlerinde geriatri derslerini içeren müfredat değişikliği</p> <p>3. Kurs ve sertifika programlarının içeriklerinin hazırlanmış olması</p> <p>4. Geriatrik bilgi, tutum ve davranışları kazanmış, birinci basamak hekim sayısı</p>	<p>1. Birinci basamakta yaşlı hastanın tanısının doğru konulması, tedavi edilmesi ve takibi</p> <p>2. Birinci basamaktan sevk edilen yaşlı hasta sayısının azalması</p> <p>3. USES modülünün takip edilmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. YÖK</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	2 yıl

**Hedef 5- Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanlarının (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) geriatri eğitimlerinin düzenlenmesi**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>5.1. Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanları (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) ve yaşlı bakım elamanları için eğitim programları ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak başlatılması ve geliştirilmesi, eğitimin sürekliliğinin sağlanması, yaşlı ile etkili iletişim teknikleri konusunda eğitilmesi ve bu konudaki projelerin desteklenmesi</p>	<p>5.1.1. Geriatri ve gerontoloji eğitim programlarının hazırlanması</p> <p>5.1.2. Hizmet içi eğitim programlarının sürekliliğinin sağlanması</p> <p>5.1.3. Ulusal ve uluslararası projelerin gerçekleştirilmesinin desteklenmesi</p> <p>5.1.4. Yaşlılarla çalışan sağlık personelinin hizmet içi eğitim programlarının düzenli ve zorunlu hale getirilmesi</p> <p>5.1.5. Geriatri eğitim faaliyetlerine karşılık performans uygulamalarının oluşturulması veya iyileştirilmesi</p>	<p>1. Hizmet içi eğitim programlarına katılan meslek mensubu sayısındaki artış</p> <p>2. Konu ile ilişkili proje sayısında artış</p>	<p>1. Yaşlıya hizmet veren sağlık personeline geriatrik bilgi tutum ve davranışların kazandırılması</p> <p>2. Eğitim faaliyetlerinin sürdürülebilir olması</p> <p>3. Yaşlıya ilişkin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi</p> <p>4. Yaşlı ile çalışan sağlık personelinin memnuniyet değerlendirmesi</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. YÖK</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	Sürekli

**Hedef 6- Profesyoneleler dışında (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) yaşlıya bakım hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesi**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
6.1. Profesyoneleler dışında yaşlıya bakım hizmeti veren aileler, yaşlı yakınları, bakıcılar ve diğer (komşu vb.) kişiler için yaşlılığın psikolojik, sosyal yönleri ve yaşlı bakımı ile ilgili bütüncül bir yaklaşımla sürekli olarak standart bir eğitimin verilmesi ve gerekli organizasyonların yapılması	<p>6.1.1. Standart eğitim programlarının yaygınlaştırılması</p> <p>6.1.2. Yaşlı bakım rehberlerinin hazırlanması ve gerekli birimlere dağıtılması</p> <p>6.1.3. Halk eğitim seminerlerinin verilmesi</p> <p>6.1.4. Yaşlı ile etkili iletişim teknikleri konusunda eğitim verilmesi</p> <p>6.1.5. Yaşlı bakım tekniklerine standart ve sürekli eğitimin verilmesinin sağlanması</p>	1. Yaşlıya bakım hizmeti verenlere yönelik düzenlenmiş eğitim sayısı	<p>1. Yaşlıya bakım hizmeti verenlere geriatrik bilgi, tutum ve davranışların kazandırılması</p> <p>2. Yaşlıya yönelik ihmal, istismar ve şiddet göstergelerinde azalma</p> <p>3. Yaşlı bakım hizmet kalitesinde artış</p> <p>4. Bakım verenlerin sorunlarında azalma</p>	<p>1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	Sürekli

**Hedef 7- Yaşlıda akılcı ilaç kullanımının sağlanması**

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
7.1. Yaşlı ile çalışan tüm sağlık personelinin yaşlıda akılcı ilaç kullanımını konusunda eğitilmesi	<p>7.1.1. Eğitim programlarının hazırlanması</p> <p>7.1.2. Kurs, seminer ve eğitim programlarının gerçekleştirilmesi</p> <p>7.1.3. Kongrelerdeki akılcı ilaç kullanımını panellerinin sayısının artırılması</p> <p>7.1.4. Akılcı ilaç kullanımını sempozyumlarının desteklenmesi ve sıklığının artırılması</p>	<p>1. Yaşlının akılcı ilaç kullanımı</p> <p>2. Hekimin akılcı ilaç kullanımını teşvik etmesi</p> <p>3. Yapılan eğitimlerin sayısının artması</p> <p>4. Sempozyumların sayısının artması</p> <p>5. Eğitim alan kişilerin sayısının artması</p>	<p>1. Sağlık personelinin, doğru ilaç kullanımı, ilaç etkileşimleri ve yan etkileri konusunda yeterlilik kazanması</p> <p>2. Yaşlıda polifarmasinin azalması</p> <p>3. İlaçlara bağlı komplikasyonlar nedeniyle sağlık kurumlarına başvurunun azalması</p> <p>4. İlaç maliyetlerinin azalması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. SGK</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	Sürekli

Hedef 8- Yaşlıda sağlıklı yaşlanma bilincinin oluşturulması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
8.1. Yaşlılara yönelik sağlıklı yaşlanma, fizyolojik yaşlanma ve hastalıklar ile akılcı ilaç kullanımına yönelik ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak farkındalık çalışmalarının yapılması	<p>8.1.1 Yaşlılara yönelik sağlıklı yaşlanma ve fizyolojik yaşlanma eğitimlerinin düzenlenmesi</p> <p>8.1.2 Yaşlılarda sık görülen hastalıklar ile akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi</p>	<p>1. Yaşlılara yönelik eğitim programlarının artması</p> <p>2. Eğitim alan yaşlıların sayısı</p>	<p>1. Yaşlılardaki sağlıklı yaşlanma bilincinin artması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	Sürekli

Hedef 9- Yaşlıya hizmet veren sağlık personelinin sertifikalandırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
9.1. Yaşlıya hizmet veren sağlık personeline (hekim, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti vb.) yaşlı bakımı ve takibi konusunda standardize sertifikalı eğitim programlarının geliştirilmesi	<p>9.1.1. Standart sertifikalı eğitim programlarının hazırlanması ve uygulanması</p> <p>9.1.2. Eğitim faaliyetlerine pozitif performans uygulaması</p> <p>9.1.3. Ekipler tarafından projeler ve araştırmalar geliştirilmesi</p>	<p>1. Standardize edilmiş sertifikalı eğitim programlarının sayısı</p> <p>2. Yaşlıya hizmet veren sağlık personelinin hizmet sunumunun kalitesinde artış</p>	<p>1. Yaşlı bakım hizmet kalitesinde artış</p> <p>2. Yaşam kalitesi ölçüğü</p> <p>3. Yaşlıya hizmet veren kalifiye personel sayısında artış</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. STK</p>	2 yıl

Hedef 10-Etkin ekip çalışmasının yaygınlaştırılması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
10.1.İnterdisipliner geriatri ekibi kavramının yaygınlaştırılması ve uygulanması (geriatri hekimi, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist vb.)	<p>10.1.1. Geriatride interdisipliner ekip tanımlamasının yapılması</p> <p>10.1.2. Tüm eğitim programlarına geriatride interdisipliner ekip kavramının yerleştirilmesi</p> <p>10.1.3. Ekip çalışanları arasında etkin iletişim sağlanması</p> <p>10.1.4. Ekipler tarafından projeler ve araştırmalar geliştirilmesi</p> <p>10.1.5. İnterdisipliner ekip üyelerinin tam zamanlı aynı yerlerde yaşlıya hizmet vermesinin sağlanması için gerekli yasal düzenlemelerin sağlanması</p>	<p>1. Yaşlıya sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artması</p> <p>2. Proje sayısı</p> <p>3. Birlikte düzenli tam zamanlı çalışan ekip sayısı</p>	<p>1. Yaşlı memnuniyetinde artış</p> <p>2. Eğitim faaliyetlerinin sürdürülebilir olması</p> <p>3. Hastaneye yatış süresinde kısalma</p> <p>4. Tekrarlı yatışların azalması</p> <p>5. Mortalite ve morbiditede azalma</p> <p>6. Sağlık giderlerinin azalması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Üniversiteler</p> <p>3. STK</p>	1 yıl içerisinde yaygınlaştırılması sürekliliği uygulanması

## 2.2.9. Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması

### Dünya’da ve Türkiye’de Mevcut Durum

Sağlıksız beslenme ve sonucunda gelişen şişmanlık, beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, osteoporoz vb.) oluşumuna neden olur. Bu hastalıklar çoklu faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmakla birlikte, çocukluk çağından itibaren süregelen yanlış beslenme alışkanlıklarının önemli bir etmen olduğu bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir. Örneğin; çocukluk çağına D vitamini alım eksikliği sonucu gelişen raşitizmin etkileri ileri yaşlarda kendini daha çok belli etmekte, iskelet malformasyonları sonucu bazı kronik hastalıkların (solunum yetersizliği vb.) gelişme riski artmaktadır.

### Türkiye’de Yaşlı Popülasyonda Malnütrisyon

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı Polikliniğinde takip edilen yaşlı hastaların nütrisyonel durumlarının Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi ile tarandığı çalışmada malnütrisyon oranı yüzde 13, ek olarak malnütrisyon riski oranı ise yüzde 31 bulunmuştur. Özellikle malnütrisyonu olanlarda depresyon, gaita inkontinansı, kognitif fonksiyon kaybı ve fiziksel bağımlılık görülme sıklığında artış tespit edilmiştir (Saka, 2010).

İstanbul sınırları içinde yerleşik büyük çaplı bir huzurevinde 2009 ve 2010 yıllarında yaşlıların taranması ile yapılan iki kesitsel çalışmada 2009 yılında malnütrisyon oranı yüzde 9,8, malnütrisyon riski oranı ise ek olarak yüzde 22,8 bulunmuştur. Malnütrisyon tespit edilen yaşlılarda diğer geriatrik sendromların görülme sıklığında belirgin artış mevcuttur.

2010 yılında 349 huzurevi sakini ile yapılan taramada malnütrisyon oranı yüzde 13,5, ek olarak malnütrisyon riski yüzde 33,5 bulunmuştur. Malnütrisyon ile demans ve sarkopeni arasında anlamlı ilişki görülmüştür. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Geriatri Kliniğinde 2010 yılında, yatan hastalar üzerinde yapılan araştırmada yatış anında malnütrisyon oranı yüzde 45,5 bulunmuştur. Hastanede yatış süresinin ( $18.9 \pm 19.1$  vs  $11.3 \pm 11.3$  gün,  $p < 0.0001$ ) ve hastane enfeksiyonu görülme oranının (yüzde 45 vs yüzde 7,  $p < 0.001$ , OR: 3.298) malnütrisyon riski olan grupta anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir (Saka, 2011).

Mevcut besin tüketim araştırmalarının sonuçları gerek ev koşullarında gerekse huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda enerji, protein, A vitamini, B1 ve B2 vitaminleri, niasin ve C vitamini ile demir, kalsiyum ve çinko gibi minerallerin tüketiminde yetersizlik olduğunu göstermektedir.

Tüm nüfusta yaşlılar için folat ve B12 vitamini yetersizliği görülme oranı bilinmemekle beraber, ileri yaşlarda bu iki vitaminin yetersizliğinin kalp damar hastalıklarının oluşumunda önemli bir neden olduğu bilinmektedir.



## Dünya’da Yaşlı Popülasyonda Malnütrisyon

Yaşla birlikte enerji ihtiyacı azalsa da çoğu besin maddesine ihtiyaç değişmemektedir. Yaşlılarda görülen malnutrisyon kas ve kemik kütlelerinde azalmaya ve kırılabilirlik riskinde artışa neden olur. Ayrıca malnutrisyon; yetersiz kognitif fonksiyon, kendi kendine bakabilme kapasitesinde azalma ve bağımlılıkta artış ile ilişkilidir (WHO, 2015).

2002 yılında dünya genelinde 605 milyon yaşlı birey yaşamakta iken, bu rakamın 2025 yılında 1.2 milyarı geçmesi ve bunların da yaklaşık 840 milyonunun gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşaması beklenmektedir (WHO, Nutrition for Older Persons). Major geriatrik bir sorun olan malnutrisyon yaşlı insanlarda oldukça yaygın olarak görülmektedir. Bu nedenle bu yaş grubunda demans, deliryum, düşme, inkontinans gibi diğer prevalansı yüksek geriatrik sendromların yanı sıra malnutrisyon konusu da önem taşımaktadır (Volkert, 2019).

Farklı çalışmalarda yaşlı bireylerde %50’ye varan malnütrisyon oranları bulunmuştur (Winterstein, 2002). 2016 yılında yayımlanan bir derleme ve meta-analizde yaşlı bireylerde malnutrisyon prevalansının; toplumda %3,1, ayaktan tedavi alanlarda %6, evde bakım hizmeti alanlarda %8,7, bakımevlerinde %17,5, hastanede %22, uzun dönem bakım alanlarda %28,7 ve rehabilitasyon/sub-akut bakım alanlarda %29,4 olduğu bildirilmiştir (Cereda, 2016).

Çin’de 60 yaş ve üstü 6450 birey üzerinde yapılan çalışmada malnütrisyon prevalansı %12,6 olarak bildirilmiştir (Wei, 2018).

Belçika’da 3299 yaşlı bireyde (2480 i bakımevinde, 819 u toplum içinde yaşayan) yapılan bir çalışmada çalışma popülasyonunun %12’sinde malnütrisyon, %44’ünde ise malnutrisyon riski bulunmuştur. Malnutrisyon prevalansının; bakımevlerinde yaşayanlarda (%63) ve demansı (toplumda yaşayan demans hastalarında %68, bakımevlerinde yaşayanlarda %82) veya depresyonu olanlarda (toplumda yaşayan depresyon hastalarında %68, bakımevlerinde yaşayanlarda %79) daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Vandewoude, 2019).

Malnutrisyon akut ve kronik hastalıklarda mortalite ve morbiditeyi arttırmakta ve ayrıca; hastalık, travma veya cerrahi sonrası iyileşme üzerinde ciddi etkilere yol açarak hastanede yatış sürelerini uzatmakta ve tedavi maliyetlerini arttırmaktadır (Norman, 2008). 70 yaş ve üstü 827 bireyde yapılan prospektif bir çalışmada iyi beslenen bireylere kıyasla malnutrisyonu veya malnutrisyon riski olanların yıllık sağlık harcamalarının 714 Avro daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Martínez-Reig, 2018).

Geriatrik bakımın birçok alanında olduğu gibi malnutrisyonun da çok yönlü olarak yönetilmesi gerekmektedir. Malnutrisyonun yönetilmesinde çok sayıda etkin metod gösterilmiş olmakla birlikte bu yöntemlerle ayrıca bağımlılığın azaltıldığı, intrinsik kapasitenin artırıldığı ve kırılabilirlik durumunun tersine çevrildiği de gösterilmiştir (WHO, 2015). Malnutrisyonda özellikle vitamin ve mineralleri içerecek şekilde etkili bir besin desteği sağlanmalı ve protein ve enerji



alımına da dikkat edilmelidir.

2019 yılında ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) tarafından yayınlanan Geriatriye Klinik Beslenme ve Hidrasyon Rehberi'ne göre malnutrisyonun yönetiminde yer alması önerilen temel stratejiler şu şekilde sıralanabilir (Volkert, 2019);

- Hem toplumsal alanlarda hem de farklı kuruluşlarda yaşayan yaşlı bireylere validasyonu (kem klinik pratikte hem de bilimsel verilerle validasyonu yapılmış) olan araçlarla rutin olarak malnutrisyon taraması yapılmalı (hem başvuru anında hem de düzenli aralıklarla) ve tarama sonucu pozitif çıkanlara değerlendirme, bireysel müdahale planlaması ve izlem gerçekleştirilmelidir.
- Yaşlı bireylerdeki heterojenitenin fazla olması ve farklı potansiyel malnutrisyon sebeplerinin bulunması nedeniyle bireysel ve kapsamlı yaklaşımlar ile malnutrisyonla mücadele edilmelidir.
- Malnutrisyona neden olan potansiyel nedenler belirlenmeli ve ortadan kaldırılmalıdır. Özellikle tıbbi tedaviler gözden geçirilmeli ve iştahı, tat ve koku duyusunu, tükürük salgısını veya kognitif fonksiyonları etkileyen yan etkileri olan ilaçlardan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.
- Malnutrisyona başarılı bir müdahale için multidisipliner ekipler (özellikle diyetisyen, diş hekimi, hekim, hemşire, mutfak personeli, psikoterapist, fizyoterapist, konuşma/yutma terapisti içeren) oluşturulmalıdır.

Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması ile nütrisyon desteğine gereksinimi olan hastaları tanımlamak, malnutrisyonun derecesini belirlemek ve uygun tedaviyi planlamak, etkili ve güvenli nütrisyon desteği sunmak, yaşlı ve obez hastalarda beslenme bozukluklarına ikincil gelişen sarkopeninin önlenmesi ve tedavisini sağlamak, hastaların taburcu oldukları süreye kadar yakından takibini yapmak, taburculuk sonrası poliklinikten takip planlanarak evde bakım hizmetinin idamesi mümkün olacaktır.

Ekibin yapısı içinde hekimler (iç hastalıkları, genel cerrahi ve nöroloji uzmanları), diyetisyen, hemşire, psikolog, fizyoterapist ve diş hekimi olması önerilmektedir. Ekibin çalışma protokolleri içinde klinik beslenme durumunun takibi ve dokümantasyonu, hastanede kalış süresi ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, hastalık sırasında ortaya çıkan komplikasyonların beslenme durumu ile ilişkisinin tespiti ile yara iyileşmesi ve doku onarım hızında etkin beslenme desteğinin rolünün ortaya konulması yer almaktadır.

Ülkemizde beslenme problemi olan yatan ve ayaktan takibi yapılan hastalara beslenme desteği geri ödemesi yapılmaktadır. Ayaktan takibi yapılan hastaların, beslenme problemi raporlanarak evde destek tedavisi yapılabilmektedir. Beslenme ürünlerinin rapor aşamasında hastanın günlük enerji ihtiyacının yanı sıra bu ihtiyacın yüzde kaçının oral yolla alınabilmekte olduğunun da rapora yazılması önem arz etmektedir. Bu sayede verilecek destek ürünün ihtiyaç olan günlük miktarı daha sağlıklı olarak saptanabilir. Bu sayede gereksiz reçetelendirmelerden kaçınılabılır.

## Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

**Hedef 1- Yaşlılık sürecine gelene kadar her yaş grubunda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması**

### Strateji 1

Çocukluk döneminden itibaren yaşam boyunca ve kişiye özel beslenme ihtiyaçlarının karşılanmasına dikkat edilerek, yeterli ve dengeli beslenmenin teşvik edilmesi

**Hedef 2- Yaşlıda malnütrisyonun önlenmesi ve malnütrisyonla yönelik etkili tedavi uygulanması**

### Strateji 1

Toplumda ve huzurevinde kalan yaşlılar ile hastanede yatan yaşlılarda malnütrisyon oranlarının sağlıklı tarama ve değerlendirme testleri ile saptanması, malnütrisyon sebeplerinin belirlenmesi, etkin tedavi planının oluşturulması

**Hedef 3- 65 yaş üstü bireyler için Türkiye'ye özgü beslenme politikalarının geliştirilmesi**

### Strateji 1

Yaşlılarda sağlıklı ve dengeli beslenme bilincinin geliştirilmesi

**Hedef 4- Yaşlılıkta diş ve diş eti sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi ve tedavi hizmetlerine erişimin güçlendirilmesi**

### Strateji 1

65 yaş üstü bireylerin periyodik olarak ağız ve diş sağlığı kontrollerinin yapılması

**Hedef 5- Yaşlılarda yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması**

### Strateji 1

Menü çeşitliliği sunularak hastanede veya diğer bakım kuruluşlarında kalmakta olan yaşlıların gereksinimlerine uygun, yeterli enerjiyi sağlayan, mikro ve makro besin ögesi yetersizliğine neden olmayan, ulusal beslenme hedeflerine uygun, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması

**Hedef 6- Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması ve bu ekiplerin hizmet alanlarının Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) tanımlanması**

### Strateji 1

Nütrisyon desteğine gereksinimi olan hastaları tanımlamak, malnütrisyonun derecesini belirlemek ve uygun tedaviyi planlamak, etkili ve güvenli nütrisyon desteği sağlamak, yaşlı obez hastalarda beslenme bozukluklarına ikincil gelişen sarkopeninin önlenmesi ve tedavisini sağlamak, hastaların

taburcu oldukları süreye dek yakından takibini yapmak, taburculuk sonrası poliklinikten takip planlanarak evde bakım hizmetini yapmak

### **Hedef 7- Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin sağlıklı beslenme ilkeleri ve desteği konusunda eğitimi**

#### **Strateji 1**

Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin eğitimi için, müfredatları kapsamında yaşlıların özel beslenme ihtiyaçlarının yer almasının sağlanması

#### **Strateji 2**

Evde bakım projesi içerisinde yaşlının doğru beslenme ve yeme alışkanlıkları konusunda hizmet ve eğitiminin sağlanması

### **Hedef 8- Beslenme problemi olan hastalarda beslenme ürünlerinin geri ödeme ve uygulama sorunlarının çözümünün sağlanması**

#### **Strateji 1**

Geri ödemelerde kayıpların asgariye indirilmesi ve mevcut uygulamanın eksik yönlerinin giderilmesi

## 2.2.9. Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p><b>Hedef 1- Yaşlılık sürecine gelene kadar her yaş grubunda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması</b></p> <p>1.1. Çocukluk döneminden itibaren yaşam boyunca ve kişiye özel beslenme ihtiyaçlarının karşılanmasına dikkat edilerek, yeterli ve dengeli beslenmenin teşvik edilmesi</p>	<p>1.1.1. Aile hekimliği uzaktan eğitim modülü hazırlanması</p> <p>1.1.2. Halk eğitim toplantıları yapılması</p> <p>1.1.3. Televizyonlarda eğitim programları hazırlanması</p> <p>1.1.4. Görsel basında eğitim programlarına yer verilmesi</p> <p>1.1.5. Okullarda eğitsel faaliyetler düzenlenmesi</p> <p>1.1.6. Sağlıklı yaşlanma ve aktif yaşlanma kurs programlarında beslenmenin öneminde ve yaş gruplarına göre beslenmenin nasıl olması gerektiğine yönelik bilgilere yer verilmesi</p> <p>1.1.7. Fiziksel aktivite ve egzersizlerin faydaları ile ilgili örnek model programların oluşturulması</p> <p>1.1.8. Toplum temelli ve yerel bazı yaşlı egzersiz programlarının geliştirilmesi</p> <p>1.1.9. Yaşlı günlükleri organize edilerek fiziksel aktiviteye teşvik sağlanması</p> <p>1.1.10. Yaşlı akran eğitimi sağlayan programların oluşturulması</p> <p>1.1.11. Rekreatif aktivitelere ve spora isteği sağlayacak veya arttıracak programların yapılması</p> <p>1.1.12. Rekreatif aktivite ve spor konusunda toplumda lider konumdaki kişilerden destek alınması ve iş birliği içinde olunması ve bunlara yönelik programlar hazırlanması</p> <p>1.1.13. Mümkün ise üretime katkı sağlayacak rekreatif aktivite programların oluşturulması</p>	<p>1. Sağlıklı beslenme konusunda bilgi düzeyinde her yaşta artış</p> <p>2. Beslenme eğitimi almış kişi sayısındaki artış</p> <p>3. Beslenme bozukluğu sonucu gelişen kronik hastalık sayısında azalma</p> <p>4. Obez sayısında azalma</p> <p>5. Malnütrisyonlu yaşlı sayısında azalma</p>	<p>1. Günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapabilen yaşlı sayısında artış</p> <p>2. Ortalama yaşam süresinde artış</p> <p>3. Yaşlıların hastaneye başvuru sayısında azalma</p> <p>4. Kronik hastalık sayısında azalma</p> <p>5. Ölümlerdeki kronik hastalıkların payında azalma</p> <p>6. Malnütrisyon tarama ölçcekleri kullanılarak değerlendirme yapılması</p> <p>7. Antropometrik ölçümler</p> <p>8. Yaşam kalitesi ölçcekleri</p> <p>9. Yaşlıların hastaneye akut başvuru sayısı</p> <p>10. Geriatrik sendromların görülme sıklığı</p> <p>11. Sarkopeni görülme sıklığı</p> <p>12. Kognitif fonksiyonların takibi ve bağımlılık sıklığı</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Millî Eğitim Bakanlığı</p> <p>3. Tarım ve Orman Bakanlığı</p> <p>4. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>5. İçişleri Bakanlığı</p> <p>6. Diyanet İşleri Başkanlığı</p> <p>7. Üniversiteler</p> <p>8. Basın ve Yayın Kuruluşları</p> <p>9. STK</p> <p>10. Gıda Sektörü</p>	<p>Sürekli</p>

### Hedef 2- Yaşlıda malnütrisyonun önlenmesi ve malnütrisyonla yönelik etkili tedavi uygulanması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>2.1. Toplumda ve huzurevinde kalan yaşlılar ile hastanede yatan yaşlılarda malnütrisyon oranlarının tarama ve değerlendirme testleri ile saptanması, malnütrisyon sebeplerinin belirlenmesi, etkin tedavi planının oluşturulması</p>	<p>2.1.1. 65 yaş ve üstü bireylerin nütrisyonel yönden taranması ve tedavisi</p> <p>2.1.2. Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MND) Algoritmasının oluşturulması</p> <p>2.1.3. Yaşlıda malnütrisyon ve obez yaşlılıkla mücadelede sağlıklı beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesi</p> <p>2.1.4. Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması, hastaların ekip tarafından, ekip bulunmuyorsa diyetisyen tarafından değerlendirilmesi</p>	<p>1. Yaşlı malnütrisyon oranları</p> <p>2. Malnütrisyonun nedenlerinin belirlenmesi</p> <p>3. Malnütrisyon tedavisi için diyetisyene yönlendirilen yaşlı sayısı</p> <p>4. Malnütrisyon tedavisi sırasında klinik nütrisyon ekiplerine konsülte edilen yaşlı sayısı</p>	<p>1. Malnütrisyonun morbidite ve mortalite ile ilişkisinin azaltılması</p> <p>2. Yaşlıda malnütrisyon tedavisinde başarılı klinik beslenme ekiplerinin sayısının artırılması</p> <p>3. Etkin malnütrisyon tedavisinin maliyet etkinliğinin belirlenmesi</p> <p>4. Yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri, günlük enstrümantal yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkileri</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. İçişleri Bakanlığı</p> <p>4. Üniversiteler</p> <p>5. STK</p>	1 yıl

## Hedef 3- 65 yaş ve üstü bireyler için Türkiye'ye özgü beslenme politikalarının geliştirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Yaşlılarda sağlıklı ve dengeli beslenme bilincinin geliştirilmesi	3.1.1. Yaşlı popülasyonda en sık görülen temel besin öğesi yetersizliklerinin tespiti edilmesi 3.1.2. Yaşlıya özgü sağlıklı beslenme rehberlerinin hazırlanması	1. Malnütrisyon tarama ölçekleri kullanılarak değerlendirme yapılması 2. Yaşlıların hastaneye akut başvuru sayısı 3. Kronik hastalık sayısı	1. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) verileri ışığında eksik olanların yerine konulması (besin zenginleştirme çalışmaları) 2. Enerji ve besin öğeleri alım düzeylerinin saptanması 3. Temel besin gruplarının tüketim miktarlarının bulunması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Tarım ve Orman Bakanlığı 3. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı 4. İçişleri Bakanlığı 5. Üniversiteler 6. Basın ve Yayın Kuruluşları 7. STK 8. Gıda Sektörü	1 yıl

## Hedef 4- Yaşlılıkta diş ve diş eti sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi ve tedavi hizmetlerine erişimin güçlendirilmesi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
4.1. 65 yaş üstü bireylerin periyodik olarak ağız ve diş sağlığı kontrollerinin yapılması	4.1.1.65 yaş üstü bireylerin ağız ve diş sağlığı kontrolleri yapılarak mevcut durum tespitinin sağlanması	1. Toplumda 65 yaş ve üzeri bireylerde ağız ve diş sağlığı sorunları görülme sıklığı 2. Ağız ve diş sağlığı problemleri ile malnütrisyon görülme sıklığı ilişkisi	1. Yaşlıda etkin bir ağız ve diş sağlığı politikası geliştirilmesi ile malnütrisyon sıklığında azalma elde edilmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. İçişleri Bakanlığı 3. Üniversiteler 4. Basın ve Yayın Kuruluşları	1 Yıl

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p><b>Hedef 5- Yaşlılarda yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması</b></p> <p>5.1. Menü çeşitliliği sunularak hastanede veya diğer bakım kuruluşlarında kalmakta olan yaşlıların gereksinimlerine uygun, yeterli enerjiyi sağlayan, mikro ve makro besin öğesi yetersizliğine neden olmayan, ulusal beslenme hedeflerine uygun, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması</p>	<p>5.1.1.Hastane ve bakım kurumlarında yeterli sayıda diyetisyen istihdamının sağlanması</p> <p>5.1.2.Menü çeşitliliği sağlanması</p> <p>5.1.3.Kurumlarda yatan hastalara bir gün sonraki öğün için çoktan seçmeli menü sunularak bir gün sonrası menü listelerinin oluşturulması</p> <p>5.1.4.Klinik nütrisyon ekiplerinin kurulması ve bu sayede yaşlıların aktif olarak taranabilmesi</p> <p>5.1.5.Bu konunun önemini ortaya koyacak interdisipliner çalışmaların yurt çapında yapılması</p> <p>5.1.6.Hastane ve kurumlara yemek sağlayan özel fabrikalara bünyelerinde diyetisyen çalışma zorunluluğunun getirilmesi</p> <p>5.1.7.Klinik beslenme ekipleri ve hizmetlerinin SUT'ta tanımlanması</p>	<p>1. Yaşlılar için yeterli ve dengeli menü çeşitliliğine ulaşan gündüzlü ve/veya yatılı bakım kuruluşları sayısı</p> <p>2. Destek tedavisi verilen yaşlı sayısı</p> <p>3. Hastane nütrisyon ünitesi sayısı</p> <p>4. Beslenme testlerinin SUT'ta tanımlanmış olması ve sayısı</p>	<p>1. Yaşam kalitesinin artırılması</p> <p>2. Morbidite ve mortalitede azalma</p> <p>3. Hastanede malnütrisyon görülme sıklığının azalması</p> <p>4. Malnütrisyon tespit edilen yaşlı sayısında azalma</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. Gıda Sektörü</p>	<p>2 yıl</p>

Hedef 6- Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması ve bu ekiplerin hizmet alanlarının Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) tanımlanması					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
6.1. <b>Nütrisyon desteğine gereksinimi olan hastaları tanımlamak</b> <b>malnütrisyonun derecesini belirlemek ve uygun tedaviyi planlamak, etkili ve güvenli nütrisyon desteği sağlamak, yaşlı obez hastalarda beslenme bozukluklarına ikincil gelişen sarkopeninin önlenmesi ve tedavisini sağlamak, hastaların taburcu oldukları süreye kadar yakından takibini yapmak, taburculuk sonrası poliklinikten takip planlanarak evde bakım hizmetini yapmak</b>	6.1.1.Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hastanelerde yatan hastaların malnütrisyon oranlarının saptanması</li> <li>Malnütrisyon riski olan yaşlıların erken tamararak tedavi edilmesi veya risklerin belirlenerek ortadan kaldırılması</li> <li>Beslenme bozukluğu sonucu hastane enfeksiyonu sayısında azalma</li> <li>Beslenme bozukluğu sonucu hastane yatış süresinde azalma</li> <li>Yaşlıların hastaneye akut başvuru sayısı</li> <li>Kronik hastalık sayısı</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hastanede yatan malnütrisyonlu yaşlı sayısında azalma</li> <li>Malnütrisyonla bağlı hastane morbidite ve mortalitesinin azalması</li> <li>Yaşam kalitesinde artış</li> <li>Ortalama yaşam süresinin uzaması</li> <li>Yaşlıların hastaneye akut başvuru sayısında azalma</li> <li>Kronik hastalık sayısında azalma</li> <li>Günlük yaşam aktivitelerinde artış</li> <li>Geriyatrik sendromların görülme sıklığında azalma</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sağlık Bakanlığı</li> <li>Üniversiteler</li> <li>STK</li> </ol>	3 yıl



### Hedef 7- Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin sağlıklı beslenme ilkeleri ve desteği konusunda eğitimi

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
7.1. Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin eğitimi için, müfredatları kapsamında yaşlıların özel beslenme ihtiyaçlarının yer almasının sağlanması	7.1.1.Evde bakım hizmeti sunan profesyonel interdisipliner ekiplerin (hekim, hemşire, diyetisyen ve sağlık personeli) kurulması ve desteklenmesi 7.1.2.Takip edilen hastaların beslenme durumlarının belirli aralıklarla değerlendirilmesi, kişiye özgü diyet programlarının sağlanması	1. Sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin sağlıklı beslenme konusunda bilgi düzeyinde artış 2. Geriatrik sendromların görölme sıklığı 3. Günlük oral gıda alım miktarında artış	1. Hastanede yatan malnütrisyonlu yaşlı sayısında azalma 2. Malnütrisyona bağlı hastane morbidite ve mortalitesinin azalması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. Tarım ve Orman Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK	3 yıl
7.2. Evde bakım projesi içerisinde yaşlının doğru beslenme ve yeme alışkanlıkları konusunda hizmet almasının ve eğitiminin sağlanması	7.2.1.Sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin hizmet içi eğitiminin sağlanması	1. Toplumda yaşayan yaşlıların malnütrisyon oranlarında azalma	1. Toplumda yaşayan yaşlıların malnütrisyona bağlı morbidite ve mortalitesinin azalması 2. Toplumda yaşayan yaşlıların yaşam kalitelerinin ve fizik aktivitelerinin artması	1. Sağlık Bakanlığı 2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 3. İrişleri Bakanlığı 4. Üniversiteler 5. STK	3 yıl

### Hedef 8- Beslenme problemi olan hastalarda beslenme ürünlerinin geri ödemesi ve uygulama sorunlarının çözümünün sağlanması

Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
8.1. Geri ödemelerde kayıpların asgariye indirilmesi ve mevcut uygulamanın eksik yönlerinin giderilmesi	8.1.1.Günlük enerji ihtiyacına göre belirlenen günlük beslenme destek ürünü miktarının düzenlenmesi	1. Daha sağlıklı bir rapor sisteminin sağlanması	1. Geri ödemelerde kayıpların asgariye indirilmesi	1. Sağlık Bakanlığı 2. SGK	3 yıl

## 2.2.10. Geriatriye Uzun Dönemli Bakımın ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması

### Dünya’da ve Türkiye’de Mevcut Durum

Bireylerin, yaşadıkları toplumda sağlıklı, kaliteli ve mümkün olan en uzun süre başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak sosyal devlet anlayışının bir gereğidir. Yaşlı bireyler kendilerine eşlik eden çok sayıda hastalık ve yeti yitimi derecelerine göre günlük yaşamlarında çeşitli oranlarda güçlüklerle karşılaşmakta ve destek hizmetlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu çerçevede bireysel ihtiyaçlarını bir başkasının yardımı olmaksızın gideremeyen yaşlı bireyin desteklenmesini amaçlayan bakım hizmetleri önemli bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bakım hizmeti ihtiyacı değerlendirildiğinde, birinci öncelikli ihtiyaç grupları, toplumsal hayata yeniden kazandırılması hayli güç olan bakıma muhtaç yetişkin tam bağımlı bireyler ve tüm yaşlılar genelinde engelli hale gelmiş yaşlılardır. Yaşlı ve tam bağımlı bireylere yönelik bakım hizmetlerinin niteliğinin ve bu bireylerin yaşam kalitesinin artırılması büyük önem taşımaktadır. Ancak, tam bağımlı yetişkinler ve yaşlılar, bakım konusunda genellikle geri planda kalmaktadır. Bu bireylerin özellikle yaşla birlikte artan yardım ve bakım ihtiyacı sosyal devlet ilkesi temelinde öncelikle ele alınması gereken konulardan biridir.

Bakım hizmetleri; bakıma muhtaç kişiye evde veya kurumda sunulan profesyonel destek hizmetleri şeklinde tanımlanmaktadır. Bakım hizmetlerinde öncelikli hedef, bakıma muhtaç bireyin, ailesinin yanında sosyal çevresinden koparılmadan bakılması ve ailenin bu bakım hizmetleri konusunda maddi, manevi desteklenmesidir.

Bakım hizmetleri genel olarak kurumsal bakım ve evde bakım olarak ele alınmaktadır. Kurum bakımı, evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan veya aile yanında bakılması mümkün olmayan bireylerin bireysel, sosyal, psikolojik, sağlık ihtiyaçlarının karşılandığı, boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapıldığı, sosyal ilişkilerinin ve aktivitelerinin artırıldığı bakım türüdür.

Ancak, ülkemiz koşullarında uzun dönemli bakım hizmetlerine gereksinimi olan yaşlıların kurumlardan hizmet alması için talep halen devam etmektedir. Ülkemizde uzun dönemli bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, belediyeler, kamu kurumları, STK’lar ve özel sektörlere bağlı bakım kuruluşları tarafından yürütülmektedir. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığının yürütmekte olduğu alanlara dair stratejik hedefler, etkinlikler, çıktı, sonuç göstergeleri ile sorumlu kurum ve süreler belirlenmiştir. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kapsamında yürütülen faaliyetlerin koordinasyon ile yürütülmesinin önemi vurgulanmıştır.

## Geriatride Uzun Dönemli Bakımın ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanmasına Yönelik Hedef ve Stratejiler

### Hedef 1- Geriatrik, gerontolojik multidisipliner (çok disiplinli) ve interdisipliner (disiplinlerarası) yaklaşım

#### Strateji 1

Sevk ve havale akışının sağlanması

#### Strateji 2

65 yaş üstü bireylere hizmet veren uzun süreli bakım kurumlarında ihtiyaç duyulacak tüm meslek elemanlarının tam zamanlı ve yeterli sayıda istihdamının sağlanması

#### Strateji 3

Sağlık alanında çalışan kurum ve kuruluşların iş birliğinin protokollerle belirlenmesi (üniversite, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, STK vb.)

#### Strateji 4

Uzun dönemli bakım hizmetinde ekip çalışması anlayışının geliştirilmesi

#### Strateji 5

Ekip çalışması anlayışının gerekliliğinden olan meslekler arası saygı, iletişim, güven, hoşgörü, mesleki bilgi ve becerinin doğru kullanımı vb. konularda farkındalık yaratılması

#### Strateji 6

Disiplinler arası ve çok disiplinli yaklaşımın; tüm sağlık birimleri ile iletişim, standardizasyon ve denetimin akreditasyon ile sağlanması

#### Strateji 7

Beslenme ve fiziksel hareketliliğin sağlığa olumlu katkısı için farkındalık oluşturulması

#### Strateji 8

Yaşlı bakım elemanlarının görev tanımlarının yapılması

### Hedef 2- Koruyucu, önleyici, teşhis ve tedavi edici, izlem ve rehabilitasyona ilişkin bütüncül yaklaşım

#### Strateji 1

Yaşlıların çok değişkenli gereksinimlerini karşılamak, kaynak dağılımını etkin kullanmak, hastalıklardan korumak, önleyici faktörleri kontrol altına almak, mevcut sağlığın geliştirilmesi, temel sağlık hizmetleri, acil tedavi, rehabilitasyon, psiko-sosyal destek, uzun süreli bakım ve palyatif tedavi de dahil olmak üzere, hizmette devamlılığın temini

### **Hedef 3- Eğitim ve denetimde standardizasyon**

#### **Strateji 1**

Meslek elemanlarının eğitimi

#### **Strateji 2**

Bakım elemanlarının eğitimi

#### **Strateji 3**

Yaşlı yakınlarının eğitimi

#### **Strateji 4**

Yaşlıların eğitimi

## 2.2.10. Geriatrik Uzun Dönemli Bakımın, Sağlık ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması

Hedef 1- Geriatrik, gerontolojik multidisipliner (çok disiplinli) ve interdisipliner (disiplinlerarası) yaklaşım					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>1.1. Sevk akışının sağlanması</p> <p>1.2. 65 yaş üstü bireylere hizmet veren uzun süreli bakım kurumlarında ihtiyaç duyulacak tüm meslek elemanlarının tam zamanlı ve yeterli sayıda istihdamının sağlanması</p> <p>1.3. Sağlık alanında çalışan kurum ve kuruluşların iş birliğinin protokollerle belirlenmesi (üniversite, geriatri bilim dalları, STK vb.)</p> <p>1.4. Uzun dönem bakım hizmetinde ekip çalışması anlayışının geliştirilmesi</p> <p>1.5. Ekip çalışması anlayışının gerekliliğinden olan meslekler arası saygı, iletişim, güven, hoşgörü, mesleki bilgi ve becerimin doğru kullanımı vb. konularda farkındalık yaratılması</p> <p>1.6. Disiplinlerarası ve çok disiplinli yaklaşımın, tüm sağlık birimleri ile iletişim, standardizasyon ve denetimin akreditasyon ile sağlanması</p> <p>1.7. Beslenme ve fiziksel hareketliliğin sağlığa olumlu katkısı için farkındalık oluşturulması</p> <p>1.8. Yaşlı bakım elemanlarının görev tanımlarının yapılması</p>	<p>1.1.1.1.Sağlık Bakanlığı veri tabanıyla otomasyon sisteminin ilişkilendirilmesi</p> <p>1.1.2.İllerde geriatri bilim dalları ya da iç hastalıkları ile diğer disiplinlerin uzun dönem bakım birimleri ile ilişkilendirilmesi</p> <p>1.1.3.Sağlık biriminde disiplinler arası ve çok disiplinli ekip ile koordinasyonun sağlanması</p> <p>1.1.4.Hastanın kaldığı bakım kurumunda sağlık hizmetine ulaşılabiliğinin mümkün olmadığı durumlarda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına sevk zincirinin iyileştirilmesi, kolaylaştırılması ve denetiminin sağlanması</p> <p>1.1.5.Ekip içinde yer alan meslek elemanlarının meslek tanımlarının belirlenştirilerek, yetki ve sorumluluklarının hizmet içi eğitimlerle vurgulanması</p> <p>1.1.6.İş birliği çalışmaları için kurumlar arası ortak eğitim planlanması ve ortak vizyonun oluşturulması</p> <p>1.1.7.İllerde geriatri bilim dallarının sayısının artırılması</p> <p>1.1.8.Eğitim modüllerinin oluşturulması</p>	<p>1. Hizmete ulaşımın etkin, güvenilir ve hızlı olması</p> <p>2. Kaliteli personel sayısında artış</p> <p>3. Kurum ve kuruluşların uyum içinde çalışması</p> <p>4. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız ve sağlıklı yaşlı nesil oluşturulması</p> <p>5. Düzenli aralıklarla klinik kalite çalışmaları yapılması</p> <p>6. Görev dağılımı ve sorumluluklarının farkında olan kalifiye personelin istihdam edilmesi</p> <p>7. Mevcut çalışanların hizmet içi eğitim programları ile sertifikalandırılması</p>	<p>1. Hizmet kalitesi artışı</p> <p>2. Personel motivasyon artışı</p> <p>3. Değerlendirme formlarında ölçülebilen kriterlerde düzelme</p> <p>4. Akreditasyonun sağlanması</p> <p>5. Bakım veren personelin meslek tanımlarının yapılarak yasalastırılması</p>	<p>1. Sağlık Bakanlığı</p> <p>2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p> <p>4. STK</p>	<p>Sürekli</p> <p>2 yıl</p> <p>3 yıl</p>

Hedef 2- Koruyucu, önleyici, teşhis ve tedavi edici, izlem ve rehabilitasyona ilişkin bütüncül yaklaşım					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
<p>2.1. Yaşlıların çok değişkenli gereksinimlerini karşılamak, kaynak dağılımını etkin kullanmak, hastalıklardan korumak, önleyici faktörleri kontrol altına almak, mevcut sağlığın geliştirilmesi, temel sağlık hizmetleri, acil tedavi, rehabilitasyon, psikososyal destek, uzun süreli bakım ve palyatif bakım da dahil olmak üzere hizmette devamlılığın temini</p>	<p>2.1.1. Geriatrik sendromların (demans vb.), risk (düşme, polifarmasi vb.) ve koruyucu faktörlerin belirlenmesi, taranması, toplumda sağlıklı ve başarılı yaşlanma bilincinin oluşturulması</p> <p>2.1.2. Düzenli beslenme, egzersiz, sosyal, bilişsel faaliyet ve grup çalışmalarının yapılması</p> <p>2.1.3. Kurumsal hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen ve yardımcı personelin var olan ve yeni açılacak kadrolara tam zamanlı istihdamı, modern yaklaşımlar çerçevesinde meslek elemanlarının bilgi, beceri ve farkındalık düzeyinin geliştirilmesi</p> <p>2.1.4. Geriatrik standart ölçme araçlarının KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) skalası, Brody Enstrümental Günlük Yaşam Ölçeği, Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MND) formu, Mobilite-Denge Tarana Formu, İnkontinans Değerlendirme Formu, Mini Mental Test (MMT), Geriatrik Depresyon Skalası (GDS), Bası Yarası Risk ve Değerlendirme Skalaları, Ağrı Değerlendirme Formu, Fiziksel ve Fonksiyonel Kapasiteyi Değerlendirme Formu gibi formların yaygın kullanımı</p>	<p>1. Kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılan yaşlı sayısı</p>	<p>1. Yaşlılıkta yaşam süre ve kalitesinin artırılması</p> <p>2. Geriatrik sendromların, risklerin, rehabilitasyon ihtiyacının, morbidite ve mortalitenin azalması</p>	<p>1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı</p> <p>2. Sağlık Bakanlığı</p> <p>3. Üniversiteler</p>	Sürekli

Hedef 3-Eğitim ve denetimde standardizasyon					
Strateji	Etkinlikler	Çıktı Göstergesi	Sonuç Göstergesi	Sorumlu Kurum ve Kuruluş	Süre
3.1. Meslek elemanlarının eğitimi	3.1.1.Meslek elemanları için eğitim verilmesi Hizmet içi eğitim	1. Uzun dönem bakım veren kurumlarda çalışan personelin eğitim düzeyinde artış	1. Bakım hizmeti kalitesinde artış	1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	Sürekli
3.2. Bakım elemanlarının eğitimi	Uzun dönemli yaşlı ve yaşlı hasta bakımı konusunda sertifika eğitimi	2. Sertifikalı personel sayısında artış	2. Bakım alanların memnuniyet düzeyinde artış	2. Sağlık Bakanlığı	
3.3. Yaşlı yakınlarının eğitimi	3.3.6.Bakım elemanları için eğitim verilmesi Hizmet içi eğitim	3. Uzun dönem bakım veren kurumlarda çalışan personelin yaşadığı tükenmişlikte azalma	3. Uzun dönem bakım veren kurumlarda çalışan personelin daha istekli ve verimli çalışması	3. Üniversiteler	
3.4. Yaşlı eğitimi	3.3.1. Yaşlı yakınlarına eğitim verilmesi Yaşlılık dönemi bio-psiko-sosyal özellikleri ve sorunları	4. Yaşlı yakınlarının tükenmişliğinde azalma	4. Yaşlıyla daha sağlıklı iletişim kurulması	4. STK	
	Yaşlıyla iletişim	5. Yaşlıların toplumsal katılımında artış	5. Yaşlılık sürecine ilişkin toplumsal bilincin artışı		
	Yaşlılık hastalıkları eğitimleri	6. Yaşlılık kendi hastalık ve tedavi sürecine bilinçli katılımında artış	6. Yaşlıların hastalığına ilişkin komplikasyonların ve tedavisine ilişkin problemlerin azalması		
	Bakım veren yaşlı yakınlarının bio-psiko-sosyal özellikleri ve sorunlarına ilişkin farkındalık eğitimi	7. STK'ların vereceği eğitimin standardizasyonunun oluşturulması	7. Yapılacak her tür eğitimde birliğin sağlanması		
	Demanslı yaşlı olan yakınlarının hastalığına ilişkin eğitimi	8. Kalite göstergeleri	8. Palyatif bakıma yönelik personel eğitim ölçeklerinde ilerleme		
	Demanslı yaşlı olan yaşlı yakınlarının rehabilitasyonu	9. Uzun dönem bakım veren kurumlardan hizmet alanların (yaşlı ve yaşlı yakınları) memnuniyet anketleri			
	3.4.1. Yaşlıya eğitim verilmesi	10. Personel eğitimi öncesi ve sonrası değerlendirme anketleri, soruları			
	Yaşlılık sürecine ilişkin yaşlıların bilinçlendirilmesi ve farkındalığının geliştirilmesi eğitimi	11. Uzun dönem bakım veren kurumlarda çalışan personelin memnuniyet anketleri			
	Yaşlılık hastalıklarına ilişkin yaşlıların eğitimi				
	Yaşlıların kendi haklarına ve hasta haklarına ilişkin eğitimi				
	Yaşlıların sağlıklı ve aktif yaşlılık sürecine ilişkin bilgilendirilmesi eğitimi, verilecek tüm eğitim programlarında STK'ların bilgilendirme ve standardizasyon çerçevesinde sorumluluk almasının sağlanması				

## 2.2.11. İzleme ve Değerlendirme

### Amaç

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının süreç ve çıktılarını izlemek, değerlendirmek ve raporlanması için kanıta dayalı bilimsel veri almak

### Hedef

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının izlenmesi değerlendirilmesi ve raporlanması için ulusal bir veri sisteminin oluşturulması

### Stratejiler

1. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının 2026 yılında değerlendirilmesinin yapılması ve değerlendirme raporunun yayımlanması
2. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının yıllık ilerleme raporunun yayımlanması
3. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı çerçevesinde verilecek yaşlı sağlığı hizmetlerinin veri analizinde, öncelikli hedef grup (bedensel, zihinsel, sosyal ya da ekonomik şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişiler) dikkate alınarak, hizmetlerden yararlanan kişilerin mevcut durumu ve verilen hizmete ilişkin çıktıların tespitinin sağlanması
4. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının süreç ve çıktılarını izlemek, değerlendirmek ve raporlanması için Genel Müdürlüğümüz merkezinde raporlama yoluyla ulaşılabilecek bir veri akış sistemi modeli oluşturulması ve raporlanması için ulusal bir veri sistemi kurulması



HEDEFLER		KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1.1. Yaşam Boyu Sağlığın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşlanma	Toplumda ve yaşlı bireyler arasında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi		✓	✓
1.2. Bütün Yaşlılar İçin Egzersiz, Fiziksel Aktivite ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Geliştirilmesi	Sağlıklı yaşlanma için sedanter yaşamın önlenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasında toplumsal bilincin oluşturulması ve bu konuyla ilgili bilgi düzeyinin geliştirilmesi			✓

HEDEFLER	KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
<b>1.3. Yaşlılara Yönelik Evde Sağlık ve Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi</b>	✓		
	✓		
	✓		✓
			✓
			✓
			✓

HEDEFLER		KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1.4. Yaşlı Bireyler İçin Sağlık Hizmetlerinin Geliştirilmesi, Sağlık Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması	1. Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi	✓	✓	✓
	2. Sağlık hizmetlerine tam erişimin sağlanması	✓		
	3. Refahın artırılması	✓		
1.5. Yaşlılıkta Nöropsikiyatrik Hastalıklar, Demans, Geriatrik Psikiyatri, Yeti Yitimi, Yaşlı İstismarı ve Şiddet Konularında Planlamalar ve Etkinlikler Yapılması	1. Yaşlıların, nöropsikiyatrik hastalıkların tam ve tedavisinde en doğru en etkin ve kaliteli şekilde hizmet alabilmesi için tüm ilgili kurumların gerekli iş birliğini ortaya koyması ve bunun için gerekli şartların hazırlanması		✓	✓
	2. Yaşlılarda nöropsikiyatrik hastalıklardan kaynaklanan yeti yitiminin önlenmesi, tanınması, giderilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve rehabilitasyonun gerçekleştirilmesi			✓
	3. Yaşlı istismarının önlenmesi ve tanınması için topluma, ailelere ve kurumlara yönelik önlemlerin alınması		✓	

HEDEFLER	KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1. Geriatri de akut bakım ve aciller konusunda toplumdaki ve sağlık personelinde farkındalık oluşturulması	✓		
2. Yaşlılara verilen acil sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, erişilebilirlik ve etkinlik ilkeleri çerçevesinde yürütülmesinin sağlanması	✓		
3. Yaşlılarda kronik hastalıkların akut komplikasyonlarının ortaya çıkış şekli, tanınması ve tedavisindeki farklılıklarla ilgili eğitim verilmesi, yaklaşımda standardizasyonun sağlanması	✓		
4. Acil servise başvuran geriyatrik hastaların sağlık kayıtlarına ulaşılabilirliğin sağlanması	✓		
5. Geriyatrik hastalarda etkin ilaç kullanımının sağlanması ve gereksiz ilaç kullanımının önlenmesi	✓		
1.6. Geriatri de Akut Bakım ve Acillerin Organizasyonunun Sağlanması			

HEDEFLER	KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)	
<p><b>1.7. Yaşlılık Tanı, Tedavi, İzleme Hizmetlerinin Uygun ve Etkili İşlenmesinin Sağlanması</b></p>	1. Ulusal geriyatrik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının yaygınlaştırılması			
	2. Yaşlılarda 'akılcı ilaç kullanımı' politikalarının geliştirilmesi		✓	
	3. Yaşlıların hastalıklarına doğru tanı konmasına ilişkin sorunların belirlenmesi	✓		
	4. Yaşlıları etkileyen hastalıkların, tanı ve tedavisi için araştırmaların yapılması			✓
	5. Tanı, tedavi ve izlemede geri ödeme sorunlarının çözümünün sağlanması	✓		
	6. Mezuniyet sonrası eğitimler ile tanı ve tedavinin geliştirilmesi			✓
	7. Geriyatrik değerlendirmenin uygun zaman ayrılarak kapsamlı bir şekilde yapılabilirliğinin sağlanması			✓

HEDEFLER		KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1.8. Sağlık Çalışanlarının, Sağlık Hizmeti Verenlerin Eğitiminin Düzenlenmesi	1. Geriatri ve gerontoloji eğitiminin tıp fakültesi müfredatlarına eklenmesi			✓
	2. Yaşlıya hizmet veren kalifiye sağlık personelinin yetiştirilmesi		✓	
	3. Geriatri yan dal uzmanlık eğitiminin yaygınlaştırılması		✓	
	4. Birinci basamak hekimlerine yönelik geriatri eğitiminin düzenlenmesi		✓	
	5. Yaşlılara hizmet veren sağlık çalışanlarına yönelik (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti ve gerontolog) geriatri eğitimlerinin düzenlenmesi		✓	
	6. Profesyoneller dışında (hekim, geriatrist, geriatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, iş uğraşı terapisti) yaşlıya bakım hizmeti verenlerin eğitiminin düzenlenmesi			✓
	7. Yaşlıda akılcı ilaç kullanımının sağlanması		✓	
	8. Yaşlıda sağlıklı yaşlanma bilincinin oluşturulması			✓
	9. Yaşlıya hizmet veren sağlık personelinin sertifikalandırılması		✓	
	10. Etkin ekip çalışmasının yaygınlaştırılması	✓		

HEDEFLER	KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
<p><b>1.9. Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması</b></p>			✓
	1. Yaşlılık sürecine gelene kadar her yaş grubunda sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması		✓
	2. Yaşlıda malnütrisyonun önlenmesi ve malnütrisyona yönelik etkili tedavi uygulanması	✓	
	3. 65 yaş ve üstü bireyler için Türkiye'ye özgü beslenme politikalarının geliştirilmesi	✓	
	4. Yaşlıların yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması		✓
	5. Hastanelerde klinik beslenme ekiplerinin kurulması ve bu ekiplerin hizmet alanlarının Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) tanınması		✓
			✓
			✓

HEDEFLER	KISA VADE (1 YIL)	ORTA VADE (2 YIL)	UZUN VADE (4 YIL)
1.10. Geriatriye Uzun Dönemli Bakımın ve Bakım Hizmetlerine Tam Erişimin Sağlanması	✓		
	1. Geriatrik-gerontolojik multidisipliner (çok disiplinli) ve interdisipliner (disiplinlerarası) yaklaşım	✓	
	2. Koruyucu, önleyici hizmetlere, teşhis ve tedaviye, izlem ve rehabilitasyona ilişkin bütüncül yaklaşım		✓
			✓



## 2.3. PROGRAMIN UYGULANMA MODELİ

### Görev Organizasyonu

Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programının yürütülmesinden Bakan adına Bakan Yardımcısı sorumludur. Yürütme Kurulu bu planın yürütülmesinden Sağlık Bakanlığına karşı sorumludur.

### Genel Kurul

Bütün paydaşların temsilcilerinin yer aldığı Genel Kurul, ihtiyaç halinde toplanır. Çalışma grupları eylem planlarını değerlendirir, Yürütme Kurulu tarafından sunulan çalışma raporları ve etkinlikleri tartışır ve görüş oluşturur. Genel Kurulun toplanma tarihi, gündemi ve yeri, Yürütme Kurulu tarafından belirlenir ve sekretarya tarafından organize edilir.

### Yürütme Kurulu

Programın yönetiminden ve genel stratejilerinin belirlenmesinden sorumludur. Çalışma gruplarının hazırladığı önerileri Genel Kurulda görüşülmeden önce inceler ve Genel Kurulun görüşüne sunar. Yürütme Kurulu iki yılda bir kez toplanır. Toplantı tarihleri, gündemi ve yeri Yürütme Kurulunca belirlenir ve sekretarya tarafından organize edilir. Yürütme Kurulu kendi içinde başkan ve başkan yardımcısını seçer. Başkan ve başkan yardımcısı görevleri kontrol programı süresince, en fazla iki dönem görev yapılabilir. Yürütme Kurulu, çalışma grubu başkanları, sekreterleri ve Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünden, ilgili Genel Müdür Yardımcısı, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı ve diğer ilgili birimlerden belirlenen birer temsilciden oluşur.

### Çalışma Grupları

Genel Kurul üyelerinin görev tanımlarına uygun olarak içinde yer aldığı, program hedeflerine göre oluşturulan gruplardır. Her çalışma grubu eylem planlarında belirtilen kendi alanı ile ilgili çalışmaların planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve geliştirilmesi için öneriler hazırlar, Yürütme Kuruluna sunar, onaylanan etkinlikleri yürütür. Çalışma grupları ihtiyaç halinde toplanır. Toplantı tarihleri, gündemi ve yeri Yürütme Kurulunca belirlenir ve sekretarya tarafından organize edilir. Çalışma grubu başkan ve sekreterleri kontrol programı süresince grup tarafından seçilir.

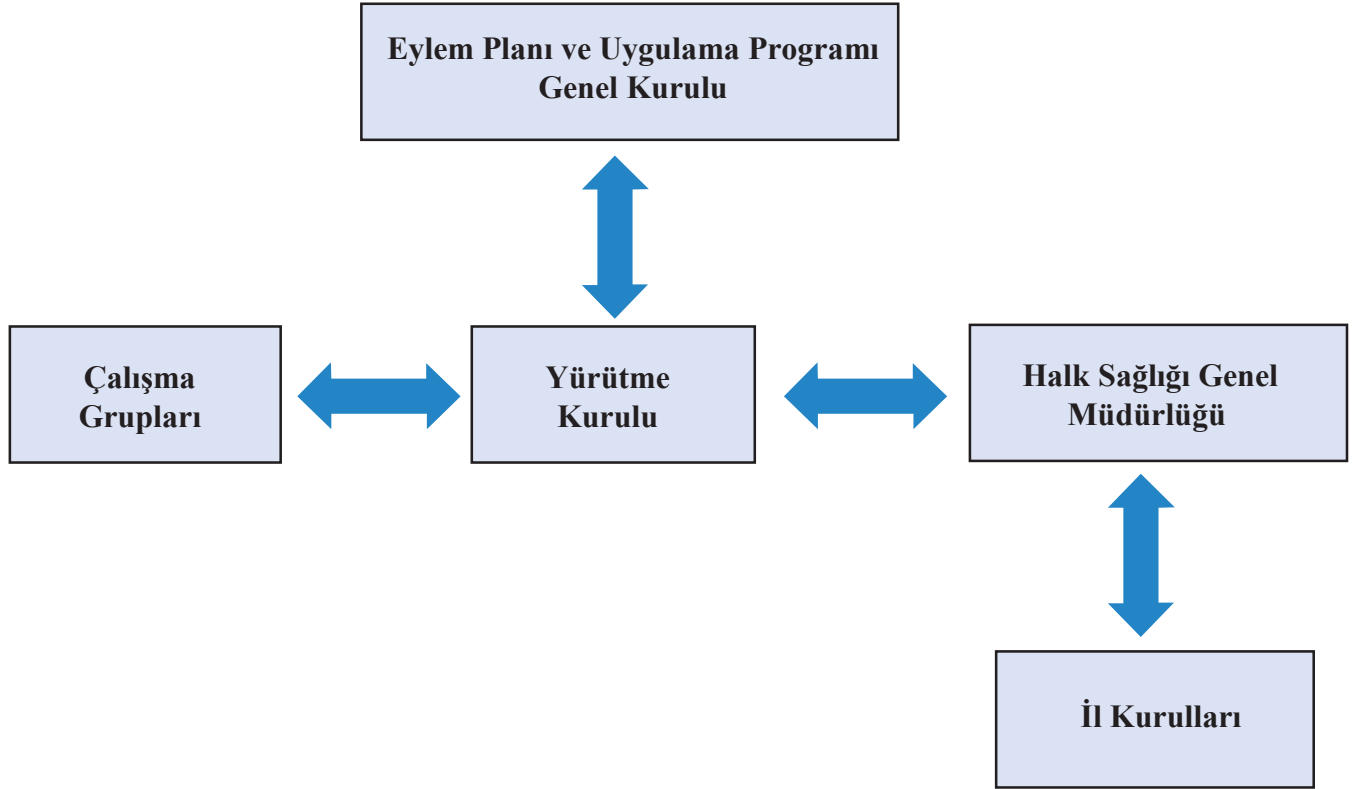
### İl Kurulları

Her ilin kendi içinde eylem planı aktivitelerinin desteklenmesi ve koordinasyonundan sorumludur. İl sağlık müdürü veya yardımcısı başkanlığında paydaşların varsa il temsilcilerinden oluşur. İl kurullarının çalışma usul ve esasları yürütme kurulunca belirlenir ve kurullar bu usul ve esaslara göre çalışmalarını sürdürür. İl kurullarının başkan veya temsilcileri genel kurulun doğal üyesidirler.

### Sekretarya

Sekretarya hizmetleri Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülür.

## TÜRKİYE SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI VE UYGULAMA PROGRAMI ÖRGÜTLENMESİ





## 2.4. KAYNAKLAR

1. United Nations (UN), World Population Prospects 2019  
[https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_DataBooklet.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_DataBooklet.pdf)
2. TÜİK.(2013). Erişim:03 Şubat 2014, <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13466>
3. TÜİK (2020) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712>
4. WHO. World Health Statistics 2013. Geneva, World Health Organization.
5. TÜİK 2020 (Hayat Tabloları 2017-2019) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2017-2019-33711>
6. UNFPA, Current Overview of Turkey s Population 2016
7. WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, 1986, World Health Organization
8. [Urtamo Annele](#), [K. Jyväkörpi Satu](#), and [E. Strandberg Timo](#) · Definitions of Successful Ageing: A Brief Review of a Multidimensional Concept. [Acta Biomed.](#) 2019; 90(2): 359–363. Published online 2019 Dec 9. doi: [10.23750/abm.v90i2.8376](https://doi.org/10.23750/abm.v90i2.8376)
9. Fernández-Ballesteros R, García LF, Abarca D, et al. Lay concept of aging well: Cross-cultural comparisons. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2008;56:950–952. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01654.x. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Fernández-Ballesteros R, Robine JM, Walker A, Kalache A. Active Aging: A Global Goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research.* 2013 Article ID 298012. doi.org/10.1155/2013/298012.
11. Fernandez-Ballesteros R. The Concept of successful aging and related terms. *The Cambridge handbook of successful aging.* In: Fernandez-Ballesteros R, Benetos A, Robine J-M, editors. Cambridge University Press; 2019. pp. 6–22.
12. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2019. World Population Ageing
13. Sidorenko, Alexandre & Zaidi, Asghar. (2018). International Policy Frameworks on Ageing: Assessing Progress in Reference to the Madrid International Plan of Action on Ageing. *The Journal of Social Policy Studies.* 16. 141-154. 10.17323/727-0634-2018-16-1-141-154.
14. Güngör Güler, Nuran Güler, Semra Kocataş, Nurcan Akgül. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2009; 31: 367-373
15. Dr. Ünal Ayrancı, Dr. Nedime Köşgeroğlu, Dr. Çınar Yenilmez, Fatma Aksoy. Eskişehir'de Yaşlıların Sosyoekonomik Özellikleri ve Sağlık Durumları. *Sted* • 2005 • cilt 14 • sayı 5 • 11
16. WHO. Active Ageing Good Health Adds Lefe to Years: Policies and Priority Interventions for Healthy Ageing. WHO Regional Office for Europe. 2012. Copenhagen, World Health Organization
17. Gauchard GC, Jeandel C, Perrin PP. Physical and Sporting Activities Improve Vestibular Afferent Usage and Balance in Elderly Human Subjects. *Gerontol*, 2001; 47: 263-270.

18. Şahin G. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite Düzeyleri Değerlendirme Yöntemleri. *Turkish Journal of Geriatrics* 2010;14(2):172–8.
19. CDC Adults Need More Physical Activity <https://www.cdc.gov/physicalactivity/inactivity-among-adults-50plus/index.html>
20. CDC, Physical Inactivity Among Adults Aged 50 Years and Older — United States, 2014 *Weekly / September 16, 2016 / 65(36);954–958*  
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6536a3.htm>
21. Disability statistics - elderly needs for help or assistance [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability\\_statistics\\_-\\_elderly\\_needs\\_for\\_help\\_or\\_assistance](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_-_elderly_needs_for_help_or_assistance)
22. WHO, 2017. Mental Health of Older Adults <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
23. Suradom C, Wongpakaran N, Wongpakaran T, et al. Prevalence and associated factors of comorbid anxiety disorders in late-life depression: findings from geriatric tertiary outpatient settings. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:199-204. Published 2019 Jan 7. doi:10.2147/NDT.S184585
24. Simning A, Kittel J, Conwell Y. Late-Life Depressive and Anxiety Symptoms Following Rehabilitation Services in Medicare Beneficiaries. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2019;27(4):381-390. doi:10.1016/j.jagp.2018.12.012
25. Cho J, Jin Y, Kang H. Weight Status, Physical Activity, and Depression in Korean Older Adults. *J Epidemiol.* 2018;28(6):292-299. doi:10.2188/jea.JE20170083
26. Mohebbi M, Agustini B, Woods RL, et al. Prevalence of depressive symptoms and its associated factors among healthy community-dwelling older adults living in Australia and the United States. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019;34(8):1208-1216. doi:10.1002/gps.5119
27. WHO.(t.y.). Erişim:14 Eylül 2020  
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/>
28. WHO,2019 Global Health and Aging
29. WHO, 2018 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
30. WHO, 2018 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
31. WHO,2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
32. SB1 T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Kohort Çalışması Offline verileri.
33. Devlet İstatistik Enstitüsü. (2004). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. ( Yayın No:2913). Erişim: 20 Şubat 2014, <http://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf>
34. TÜİK (2018) Nüfus Projeksiyonları 2018-2020 Erişim Tarihi: 13.06.2021  
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2018-2080-30567>

35. WHO, 2018 Life expectancy and Healthy life expectancy Data by WHO region  
<https://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016LEXREGv?lang=en>
36. WHO 2015. World Report on Ageing and Health
37. Pratt M, Norris J, Lobelo F, Roux L, Wang G (2014). The cost of physical inactivity: moving into the 21st century. *Br J Sports Med*, 48, 171-3.
38. Dallmeyer S, Wicker P, Breuer C. How an aging society affects the economic costs of inactivity in Germany: empirical evidence and projections. *Eur Rev Aging Phys Act*. 2017;14:18. Published 2017 Oct 17. doi:10.1186/s11556-017-0187-1
39. WHO. Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. 2009. Geneva, World Health Organisation.
40. Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Berrington de Gonzalez A, Visvanathan K, et al. Leisure time physical activity and mortality: a detailed pooled analysis of the dose-response relationship. *JAMA Intern Med*. 2015 Jun;175(6):959–67. PMID: 25844730
41. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer’s disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol*. 2014 Aug;13(8):788–94. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70136-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70136-X) PMID: 25030513
42. Diep L, Kwagyan J, Kurantsin-Mills J, Weir R, Jayam-Trouth A. Association of physical activity level and stroke outcomes in men and women: a meta-analysis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010 Oct;19(10):1815–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2009.1708> PMID: 20929415
43. McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 2016;17(3):567-580. doi:10.1007/s10522-016-9641-0
44. Wen CP, Wu X (2012). Stressing harms of physical inactivity to promote exercise. *Lancet [Series on physical activity]*, 380(9838):192–193.
45. M.K. Karisson. H. Magnusson. T. Von Schewelov. B.E. Rosengren. “ Prevention of falls in the elderly- a review”, International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation 2012, *Osteoporosis Int*. (2013) 24:747-762
46. Lee I-M et al. (2012). Effect of physical inactivity on major noncommunicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet [Series on physical activity]*, 380(9838):219–229.
47. Barry HC, Eathorne SW: Exercise and aging issues for the practitioner. *Med Clin North Am* 1994;78(2):357-76.
48. Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment. A clinical review. *JAMA*. 2014;312(23):2551–2561.
49. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive

- impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018;90(3):126–135.
50. Jia RX, Liang JH, Xu Y, Wang YQ. Effects of physical activity and exercise on the cognitive function of patients with Alzheimer disease: a meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):181. Published 2019 Jul 2. doi:10.1186/s12877-019-1175-2
51. The European Observatory on Health Systems and Policies.2012. Home Care Across Europe: Current Structure and Future Challenges: Observatory Studies Series 27. Erişim: 13 şubat 2014, [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/181799/e96757.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf)
52. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2013 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>
53. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2014 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>
54. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2015 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>
55. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2016 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>
56. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2017 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595>
57. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2018 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699>
58. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2019 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712>
59. WONCA Avrupa 2002: Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı. 2002. WONCA
60. WHO,2019 Dementia <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
61. WHO, 2018 Towards a Dementia Plan:a WHO Guide
62. WHO,2017 Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017 – 2025
63. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal* 2017
64. WHO 2020 Elder Abuse Fact Sheet <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
65. World Report on Violence and Health. Abuse of the Elderly. Chapter 5. 2002. Geneva, World Health Organization,
66. CDC National Center for Injury Prevention and Control. Division of Violence. Elder Abuse Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Core Data Elements. 2016.
67. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. *Lancet Glob Health*. 2017 Feb;5(2):e147-e156.
68. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton C, Huber M, Sethi D. *European Journal of Public Health* 2018.
69. The mortality of elder mistreatment. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. *JAMA*. 1998 Aug 5;280(5):428-32.
70. Artan T. Aile İçi Fiziksel Yaşlı İstismarı. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 1996.

71. CDC, Violence Prevention Erişim tarihi: 13.06.2021  
<https://www.cdc.gov/violenceprevention/elderabuse/fastfact.html>
72. Johnson MJ, Fertel H. Elder Abuse. [Updated 2020 Aug 16]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560883/>
73. Mileski M, Lee K, Bourquard C, Cavazos B, Dusek K, Kimbrough K, Sweeney L, McClay R. Preventing The Abuse Of Residents With Dementia Or Alzheimer's Disease In The Long-Term Care Setting: A Systematic Review. *Clin Interv Aging*. 2019;14:1797-1815.
74. Rosen T, Stern ME, Elman A, Mulcare MR. Identifying and Initiating Intervention for Elder Abuse and Neglect in the Emergency Department. *Clin. Geriatr. Med*. 2018 Aug;34(3):435-451
75. Dong XQ. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Jun;63(6):1214-38.
76. Mion LC, Momeyer MA. Elder abuse. *Geriatr Nurs*. 2019 Nov - Dec;40(6):640-644
77. Edward W. Champion. Elder Abuse. *N Engl J Med* 2015;373:1947-56. DOI: 10.1056/NEJMra1404688
78. Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA ve ark.(2000) Understanding disability in mental and general health conditions. *Am J Psychiatry*,157:1485-1491.
79. WHO. (2011) World Report on Disability, Malta, World Health Organization
80. United Nations. (2021) Department of Economic and Social Affairs. Ageing and Disability. Erişim Tarihi: 13.06.2021 <https://www.un.org/development/desa/disabilities/disability-and-ageing.html>
81. WHO, 2019. Geneva. Medication Safety in Polypharmacy
82. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*. 2017;17:230. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/>
83. Duerden M, Avery T, Payne R. Polypharmacy and medicines optimization: Making it safe and sound. London: The King's Fund; 2013
84. Scottish Government Model of Care Polypharmacy Working Group. Polypharmacy Guidance, 2nd edition. Edinburgh: Scottish Government; 2015 ([https://www.sign.ac.uk/assets/polypharmacy\\_guidance.pdf](https://www.sign.ac.uk/assets/polypharmacy_guidance.pdf), 22 March 2019)
85. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate Polypharmacy and Medicine Safety: When Many is not Too Many. *Drug Saf*. 2016;39:109–16. <https://doi.org/10.1007/s40264-015-0378-5>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4735229/>
86. Hah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):173–86. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.002>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22500537>
87. Davies EA, O'Mahony MS. Adverse drug reactions in special populations - the elderly. *Br J Clin*



- Pharmacol. 2015;80(4):796–807. <https://doi.org/10.1111/bcp.12596>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25619317>
88. Hubbard RE, O’Mahony MS, Woodhouse KW. Medication prescribing in frail older people. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013;69(3):319–26. <http://doi.org/10.1007/s00228-012-1387-2>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22965651>
89. Molokhia M, Majeed A. Current and future perspectives on the management of polypharmacy. *BMC Fam Pract.* 2017;18:70. <http://doi.org/10.1186/s12875-017-0642-0>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28587644>
90. Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, Chan AT, Giovannucci EL. Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1999-2012. *Jama* 2015;314(17):1818-30.
91. McGarrigle C, Donoghue O, Scarlett S, Kenny RA. Health and Wellbeing: Active Ageing for Older Adults in Ireland. Dublin: The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA), 2017:1-202.
92. Alzner, R., Bauer, U., Pitzer, S. *et al.* Polypharmacy, potentially inappropriate medication and cognitive status in Austrian nursing home residents: results from the OSiA study. *Wien Med Wochenschr* 166, 161–165 (2016). <https://doi.org/10.1007/s10354-015-0428-8>
93. Health at a glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2017 ([http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en), accessed 22 March 2019).
94. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012;380(9836):37–43. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22579043>
95. Gillespie U, Alassaad A, Henrohn D, Garmo H, Hammarlund-Udenaes M, Toss H *et al.* A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2009;169(9):894–900. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.71> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19433702>
96. Avery A, Barber N, Ghaleb M, Franklin BD, Armstrong S, Crowe S *et al.* Investigating the prevalence and causes of prescribing errors in general practice: the PRACTiCe study. London: General Medical Council; 2012
97. Kratz T, Diefenbacher A. Psychopharmacological Treatment in Older People: Avoiding Drug Interactions and Polypharmacy. *Dtsch Arztebl Int.* 2019;116(29-30):508-518. doi:10.3238/arztebl.2019.0508
98. Beijer HJ, de Blaey CJ. Hospitalisations caused by adverse drug reactions (ADR): a meta-analysis of observational studies. *Pharm World Sci* 2002; 24: 46-54.
99. Von Renteln-Kruse W, Thiesemann N, Thiesemann R, *et al.* Does frailty predispose to adverse drug reactions in older patients? *Age Ageing.* 2000; 29: 461-462.
100. Mannesse CK, Derks FHM, Ridder MAJ. Contribution of adverse drug reactions to hospital

- admission of older patients. *Age Ageing*. 2000; 29: 35-39.
101. Grymonpre RE, Mitenko PA, Sitar DS, et al. Drug-associated hospital admissions in older medical patients. *J Am Geriatr Soc*. 1988; 36: 1092-1098.
  102. Winterstein A, Sauer B, Hepler C, et al. Preventable drug-related hospital admissions. *Ann Pharmacother*. 2002;36:1238-1248
  103. Zagaria MAE. Pharmaceutical care of the older patient. *US Pharm*. 2000; 25: 94-95.
  104. Arıoğul S. Geriatri ve Gerontoloji. Halil M; Yaşlı Hastalarda Polifarmasi. 1. Baskı Ankara MN Medikal & Nobel. 2006: 393-400.
  105. Monette J, Gurwitz JH, Avorn J. Epidemiology of adverse drug events in the nursing home setting. *Drugs Aging*. 1995; 7: 203-211.
  106. LabibAL- Muasawe, Ana PaulaMartins Joao FilipeRaposo. The association between polypharmacy and adverse health consequences in elderly type 2 diabetes mellitus patients; a systematic review and meta-analysis. Elsevier, 2019 <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.1078>
  107. Chen N, Alam AB, Lutsey PL, et al. Polypharmacy, Adverse Outcomes, and Treatment Effectiveness in Patients  $\geq 75$  With Atrial Fibrillation. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(11):e015089. doi:10.1161/JAHA.119.015089
  108. Anam Zia, Shahrul Bahyah Kamaruzzaman & Maw Pin Tan (2015) Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk, *Postgraduate Medicine*, 127:3, 330-337, DOI: [10.1080/00325481.2014.996112](https://doi.org/10.1080/00325481.2014.996112)
  109. Hajjar ER, Hanlon JT, Sloane RJ, et al. Unnecessary drug use in frail older people at hospital discharge. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53: 1518–1523.
  110. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47: 30-39.
  111. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: II. Cardiac and analgesic drugs. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 47: 40-50.
  112. Morin L, Calderon Larrañaga A, Welmer AK, Rizzuto D, Wastesson JW, Johnell K. Polypharmacy and injurious falls in older adults: a nationwide nested case-control study. *Clin Epidemiol*. 2019;11:483-493. Published 2019 Jun 24. doi:10.2147/CLEP.S201614
  113. Dhalwani NN, Fahami R, Sathanapally H, Seidu S, Davies MJ, Khunti K. Association between polypharmacy and falls in older adults: a longitudinal study from England. *BMJ Open*. 2017;7(10):e016358. Published 2017 Oct 16. doi:10.1136/bmjopen-2017-016358
  114. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A, Geneva. Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum. World Health Organization, Erişim adresi: [http://www.who.int/ageing/projects/en/alc\\_global\\_survey\\_tegeme.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_tegeme.pdf). Erişim tarihi: 2002.
  115. Warren DL, Painter A, Rudisill J. Effects of geriatric education on the attitudes of medical students. *J Am Geriatr Soc*. 1983;31:435-8.

116. Varkey P, Chutka DS, Lesnick TG. The Aging Game: improving medical students' attitudes toward caring for the elderly. *J Am Med Dir Assoc.* 2006;7:224-9.
117. Cankurtaran M. Turkiyede geriatri. *Geriatric ve Gerontoloji.* (ed): Servet Arıoğlu MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı. 2006,69-73.
118. Lye, M.; Vega, J. L.; Macias Nunez, J. F.; Millard, P.; Vellas, B.; Moulias, R.; Passeri, M.; Steen, B.; Reis, R.; Fisher, R.; Kaplan, R.; Marin Larrain, P. P.; Galinsky, D.; Diaz, A. V.; Vara, G. F.; Ribera Casado, J. M., and Llera, F. G. Declaration of Yuste. *European Working Party. Age Ageing.* 1999 Mar; 28(2):236.
119. Mateos-Nozal, Jesus & Beard, J.R.. (2011). Global approaches to geriatrics in medical education. *European Geriatric Medicine.* 2. 87-92. 10.1016/j.eurger.2011.01.001.
120. Keller I, Makipaa A, Kalenscher T, Kalache A. *Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum.* Geneva: World Health Organization; 2002.
121. Michel JP, Huber P, Cruz-Jentoft AJ. Europe-wide survey of teaching in geriatric medicine. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(8):1536–42.
122. Petriceks AH, Olivas JC, Srivastava S. Trends in Geriatrics Graduate Medical Education Programs and Positions, 2001 to 2018. *Gerontol Geriatr Med.* 2018;4:2333721418777659. Published 2018 May 18. doi:10.1177/2333721418777659
123. Saka B, Kaya O, Öztürk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship Hwith other geriatric syndromes. *Clin Nutr* 2010; 29:745-748.
124. Saka, B. “Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon”, T. Beğer, D.S. Erdinçler, M.R. Altıparmak (Ed.). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No 75: Aralık 2011, İstanbul, s. 147-163.
125. WHO, Nutrition for Older Persons. <https://www.who.int/nutrition/topics/ageing/en/>
126. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. Management of Malnutrition in Older Patients-Current Approaches, Evidence and Open Questions. *J Clin Med.* 2019;8(7):974. Published 2019 Jul 4. doi:10.3390/jcm8070974
127. Cereda E., Pedrolli C., Klersy C., Bonardi C., Quarleri L., Cappello S., Turri A., Rondanelli M., Caccialanza R. Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA<sup>®</sup> Clin. Nutr. 2016;35:1282–1290. doi: 10.1016/j.clnu.2016.03.008
128. Wei JM, Li S, Claytor L, Partridge J, Goates S. Prevalence and predictors of malnutrition in elderly Chinese adults: results from the China Health and Retirement Longitudinal Study. *Public Health Nutr.* 2018;21(17):3129-3134. doi:10.1017/S1368980018002227
129. Vandewoude MFJ, van Wijngaarden JP, De Maesschalck L, Luiking YC, Van Gossum A. The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study [published correction appears in *Aging Clin*

Exp Res. 2018 Jun 12;:]. *Aging Clin Exp Res.* 2019;31(2):175-183. doi:10.1007/s40520-018-0957-2

130. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2008;27(1):5-15. doi:10.1016/j.clnu.2007.10.007
131. Martínez-Reig M, Aranda-Reneo I, Peña-Longobardo LM, et al. Use of health resources and healthcare costs associated with nutritional risk: The FRADEA study. *Clin Nutr.* 2018;37(4):1299-1305. doi:10.1016/j.clnu.2017.05.021
132. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. Management of Malnutrition in Older Patients-Current Approaches, Evidence and Open Questions. *J Clin Med.* 2019;8(7):974. Published 2019 Jul 4. doi:10.3390/jcm8070974
133. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA), Ankara, 2019

## 2.5. EKLER

### Ek 1. Katkı Sağlayan Kamu Kurum ve Kuruluşları (2015-2020 Programı için)

(Alfabetik sıralama yapılmıştır)

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Ankara Büyükşehir Belediyesi

Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı

Çankaya Belediyesi

Maliye Bakanlığı

Milli Eğitim Bakanlığı

Sosyal Güvenlik Kurumu

Türkiye İstatistik Kurumu

Sağlık Bakanlığı

- Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
- Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

**Ek 2. Katkı Sağlayan Üniversiteler (2015-2020 Programı için)**

*(Alfabetik sıralama yapılmıştır)*

Ankara Üniversitesi

Başkent Üniversitesi

Bilgi Üniversitesi

Hacettepe Üniversitesi

İstanbul Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

Mustafa Kemal Üniversitesi

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sütçü İmam Üniversitesi

### **Ek 3. Katkı Sağlayan Sivil Toplum Kuruluşları (2015-2020 Programı için)**

(Alfabetik sıralama yapılmıştır)

Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER)

Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu

Akademik Geriatri Derneği

Evde Bakım Derneği

Geriatri Fizyoterapistleri Derneği

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)

Türk Geriatri Derneği

Türk Hemşireler Derneği

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

Türk Nöroloji Derneği

Türk Psikologlar Derneği

Türk Tabipleri Birliği

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Türkiye Alzheimer Derneği

Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD)

Türkiye Psikiyatri Derneği

Ulusal Sosyal ve Uygulamalı Gerontoloji Derneği

Yaşlılık Platformu

**Ek 4. Katkıda Bulunan Kişiler (2021-2026 Programı için)***(Soyadına göre alfabetik sıralama yapılmıştır)*

<b>Prof. Dr. Dilek ASLAN</b>	Hacettepe Üniversitesi, Türk Geriatri Derneği
<b>Prof. Dr. Teslime ATLI</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Prof. Dr. Tolga Reşat AYDOS</b>	Başkent Üniversitesi Türk Geriatri Derneği
<b>Prof. Dr. Figen GÜNEY</b>	Necmettin Erbakan Üniversitesi Yaşlı ve Engelliler Eğitim Bakım Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü Türkiye Alzheimer Derneği
<b>SHU. Ahmet Cemil ÖLÇER</b>	Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
<b>Diyetisyen Neslişah RAKICIOĞLU</b>	Hacettepe Üniversitesi Türkiye Diyetisyenler Derneği
<b>Öğr. Görevlisi Meltem ŞENGELEN</b>	Hacettepe Üniversitesi Türk Geriatri Derneği



## Ek 5. Katkı Sağlayan Kamu Kurum ve Kuruluşları (2021-2026 Programı için)

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

Milli Eğitim Bakanlığı

Sosyal Güvenlik Kurumu

Türkiye İstatistik Kurumu

Sağlık Bakanlığı

- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
- Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

**Ek 6. Katkı Sağlayan Sivil Toplum Kuruluşları (2021-2026 Programı için)**

Akademik Geriatri Derneği

Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği

Türk Geriatri Derneği

Türk Hemşireler Derneği

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği

Türkiye Alzheimer Derneği

Türkiye Diyetisyenler Derneği

Türkiye Psikiyatri Derneği

## Ek 7. Katkıda Bulunan Kişiler (2015-2020 Programı için)

(Soyadına göre alfabetik sıralama yapılmıştır)

<b>Dr. Mehmet</b>	<b>AKÇA</b>	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
<b>Yrd. Doç. Dr. Özlem Erden</b>	<b>AKİ</b>	Türkiye Psikiyatri Derneği
<b>Dr. İmatullah</b>	<b>AKYAR</b>	Yaşlılık Platformu
<b>Dr. Banu</b>	<b>ALBAYRAK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Sağlık Hizmetleri Dairesi
<b>Uzm. Dr. Sevgi</b>	<b>ARAS</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Dr. Engin M.</b>	<b>ARDOĞAN</b>	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
<b>Prof. Dr. Dilek</b>	<b>ASLAN</b>	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
<b>Uzm. Hem. Güler DURU</b>	<b>AŞİRET</b>	Türk Hemşireler Derneği, Yaşlılık Platformu
<b>Prof. Dr. Teslime</b>	<b>ATLI</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Dr. Fzt. Çiğdem</b>	<b>AYHAN</b>	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
<b>Sosyolog Meltem</b>	<b>SEVEN</b>	Malatya Halk Sağlığı Müdürlüğü
<b>Prof. Dr. Aylin GÖRGÜN</b>	<b>BARAN</b>	Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü
<b>Doç. Dr. Nurcan</b>	<b>BAYKAM</b>	Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği
<b>Ecz. Mine</b>	<b>BİLGE</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SHU. Salim</b>	<b>BİRDİR</b>	Ankara Büyükşehir Belediyesi
<b>Doç. Dr. Pınar</b>	<b>BORMAN</b>	Türk Geriatri Derneği
<b>Prof. Dr. Filiz</b>	<b>CAN</b>	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
<b>Prof. Dr. Banu</b>	<b>CANGÖZ</b>	Türk Psikologlar Derneği
<b>Doç. Dr. Eylem ŞAHİN</b>	<b>CANKURTARAN</b>	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>Prof. Dr. Mustafa</b>	<b>CANKURTARAN</b>	Akademik Geriatri Derneği, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Geriatri Ünitesi
<b>Dr. İrem</b>	<b>ÇAPRAZ</b>	Türk Nöroloji Derneği
<b>Doç. Dr. Sevilay Şenol</b>	<b>ÇELİK</b>	Yaşlılık Platformu
<b>Uzm. Dr. Serap</b>	<b>ÇETİN ÇOBAN</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı
<b>Yrd. Doç. Dr. Serap</b>	<b>ÇİFÇİLİ</b>	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
<b>Prof. Dr. Nesrin</b>	<b>ÇİLİNGİROĞLU</b>	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

<b>Tıb.Tek. Nevin</b>	<b>ÇOBANOĞLU</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı
<b>Prof. Dr. Ash</b>	<b>ÇURGUNLU</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Arş. İsmet</b>	<b>DEDE</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
<b>Ecz. Arıkan</b>	<b>DEMİR</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>Doç. Dr. Kubilay</b>	<b>DEMİRAĞ</b>	Klinik Enteral Parenteral Nutrisyon Derneği
<b>Ecz. Güzin</b>	<b>DİKMEOĞLU</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>Uzm. Dr. Başak</b>	<b>DOKUZOĞUZ</b>	Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği
<b>Doç. Dr. Hüseyin</b>	<b>DORUK</b>	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
<b>Dr. Bilge ÖNAL</b>	<b>DÖLEK</b>	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
<b>Uzm. Dr. Alper</b>	<b>DÖVENTAŞ</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Arş. A. Kadir</b>	<b>EKİNCİ</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
<b>Uzm. Dr. Banu</b>	<b>EKİNCİ</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı
<b>Prof. Dr. Oya Nuran</b>	<b>EMİROĞLU</b>	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
<b>Doç. Dr. Nüket PAKSOY</b>	<b>ERBAYDAR</b>	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
<b>Prof. Dr. Deniz Suna</b>	<b>ERDİNÇLER</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Dr. Utku</b>	<b>ERSÖZLÜ</b>	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
<b>Dt. Vildan</b>	<b>ESEN</b>	Ankara Çankaya Belediyesi
<b>Selami</b>	<b>GEDİK</b>	Türkiye Alzheimer Derneği
<b>Arş. Ertuğrul</b>	<b>GÖKTAŞ</b>	Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü
<b>Tıb. Tek. Ayşe</b>	<b>GÜNDOĞAN</b>	Emekli
<b>Doç. Dr. Meltem</b>	<b>HALİL</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Dr. İlhan Kadri</b>	<b>KAHVECİ</b>	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
<b>Yrd. Doç. Dr. Sevgisun</b>	<b>KAPUCU</b>	Türk Hemşireler Derneği, Yaşlılık Platformu
<b>Dr. Yaprak</b>	<b>KARAKOÇ</b>	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
<b>Prof. Dr. Yahya</b>	<b>KARAMAN</b>	Türk Nöroloji Derneği
<b>Dr. Fzt. İlke</b>	<b>KESER</b>	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
<b>Prof. Dr. Nuray</b>	<b>KIRDI</b>	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği

<b>Ecz. Sevinç</b>	<b>KIRDÖK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>Uzm. Dr. Tuğba Erguvan</b>	<b>KIZIL</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Hülya</b>	<b>KULAKÇI</b>	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
<b>Prof. Dr. Işıl</b>	<b>BARAL KULAKSIZOĞ LU</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Doç. Dr. Zuhâl</b>	<b>KUNDURACILAR</b>	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
<b>Fügen</b>	<b>KURAL</b>	Türkiye Alzheimer Derneği
<b>Şb. Md. Emine</b>	<b>KURTLUK</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
<b>Sağ. Me. Aziz</b>	<b>KÜÇÜK</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
<b>Prof. Dr. Işıl</b>	<b>MARAL</b>	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
<b>Uzm. Dr. Cevriye Karaca</b>	<b>MÜLKOĞLU</b>	Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
<b>Yrd. Doç. Dr. Mehmet</b>	<b>OKUMUŞ</b>	Acil Tıp Uzmanları Derneği
<b>Mehmet</b>	<b>ONARCAN</b>	Evde Bakım Derneği
<b>Uzm. Kenan</b>	<b>ÖZCAN</b>	Maliye Bakanlığı
<b>Yrd. Doç. Dr. Leyla</b>	<b>ÖZDEMİR</b>	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
<b>Uzm. Fzt. Reyhan</b>	<b>ÖZGÖBEK</b>	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
<b>Uzm. Dr. Gülistan Bahat</b>	<b>ÖZTÜRK</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>V.H.K.İ. Bekir</b>	<b>PAKSOY</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
<b>Uzm. Fzt. Emel</b>	<b>PEKÇETİN</b>	Geriatri Fizyoterapistleri Derneği
<b>Halil</b>	<b>POLAT</b>	Millî Eğitim Bakanlığı
<b>Prof. Dr. Neslişah</b>	<b>RAKICIOĞLU</b>	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
<b>Doç. Dr. Bülent</b>	<b>SAKA</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Zinnur</b>	<b>SARIÖZ</b>	Ulusal Sosyal ve Uygulamalı Araştırma Gerontoloji Derneği
<b>Doç. Dr. Meral</b>	<b>SAYGUN</b>	Türk Tabipleri Birliği
<b>Doç. Dr. Nebahat</b>	<b>SEZER</b>	Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
<b>SHU. Gülay</b>	<b>SEZGİN</b>	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
<b>Uzm. Dr. Peri</b>	<b>SOHRABİ</b>	Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

<b>Dr. Dyt. Meltem</b>	<b>SOYLU</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
<b>Ecz. Meltem</b>	<b>ŞAHİN</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>Uzm. Dr. Sevnaz</b>	<b>ŞAHİN</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Prof. Dr. Türker</b>	<b>ŞAHİNER</b>	Türkiye Alzheimer Derneği
<b>Dr. Hatice</b>	<b>ŞİMŞEK</b>	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
<b>Dr. Hatice</b>	<b>TAMBAĞ</b>	Mustafa Kemal Üniversitesi Hatay Sağlık Yüksek Okulu
<b>Uzm. Meltem</b>	<b>TAN</b>	Kalkınma Bakanlığı Türkiye İstatistik Kurumu
<b>Uzm. Dr. Nil</b>	<b>TEKİN</b>	Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
<b>Dr. Aygen</b>	<b>TÜMER</b>	Hacettepe Üniversitesi AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi
<b>Dyt. Cansel</b>	<b>TÜTÜNCÜOĞLU</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı
<b>Prof. Dr. Reyhan</b>	<b>UÇKU</b>	Halk Sağlığı Uzmanlık Derneği
<b>Prof. Dr. Mine</b>	<b>UYANIK</b>	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
<b>Uzm. Dr. Zekeriya</b>	<b>ÜLGER</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Uzm. Dr. Murat</b>	<b>VARLI</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Doç. Dr. Nazan</b>	<b>YARDIM</b>	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı
<b>Uzm. Dr. Burcu BALAM</b>	<b>YAVUZ</b>	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
<b>Uzm. Dr. Yusuf</b>	<b>YEŞİL</b>	Akademik Geriatri Derneği
<b>Emine</b>	<b>YILDIZ</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>Uzm. Yrd. Tarık</b>	<b>YILMAZ</b>	Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**  
**KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞLI SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI**

Mahmut Esat Bozkurt Cad. Umut Sok. No:19 06590 Kolej/Çankaya ANKARA

Tel: 0312 565 6103-04

Faks: 0312 565 6158

[hsgm.saglik.gov.tr](http://hsgm.saglik.gov.tr)

ISBN: 978-975-590-858-8

SAĞLIK BAKANLIĞI YAYIN NO: 1242