

## Türkiye'nin Ulusal Yaşlı Bakım Politikası Nasıl Olmalıdır?

Rukiye PINAR\*

Havva SERT\*\*

\* Prof. Dr., Yeditepe Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri  
Bölümü  
rukiye@yeditepe.edu.tr

\*\* Arş. Gör., Sakarya Üniversitesi  
Sağlık Yüksekokulu

### Özet

Tüm dünyada yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranı, 2008 yılında %6.8'e yükselmiştir. Bugün dünya, sayıları epidemi halinde artan yaşlı nüfus nerede, kim tarafından ve nasıl bakılacak sorularının yanıtlarını aramaktadır. Ülkemizde bu sorulara verilecek kanıt temelli yanıtlar ulusal yaşlılık politikalarının yeniden yapılandırılması ve/veya geliştirilmesinde yol gösterici olacaktır. Yanıtlanması gereken ilk soru yaşlıların nerede bakılacağıdır. Ülkemizdeki yaşlılık hizmetleri kurum bazında yoğun olarak huzurevlerinde verilmektedir. Bu kurumlarda, 60 yaş ve üzeri 341 kişiye bir huzurevi yatağı düşmektedir. Ayrıca yaşlıların kurumlara giriş koşulları nedeniyle mevcut huzurevleri gereksinimi karşılamaktan çok uzaktır. O halde yaşlı bakımı kurumlardan yaşlıların yaşadıkları ortamlara, evde bakıma ve gündüz yaşlı bakımevi/kreşlerine kaydırılmaktadır. Yanıtlanması gereken ikinci soru yaşlılara kimin bakacağıdır. Türkiye'de 47-63 bin hekim açığı mevcuttur. DSÖ'nün Avrupa bölgesindeki 51 ülke içinde her 1000 kişiye düşen hemşire açısından Türkiye son sıradadır. Bu rakamlarla ülkemiz yaşlılarının sağlık bakım ihtiyacının karşılanması mümkün değildir. Bu nedenle yaşlı bakımında gereksinimi karşılayacak ara insan gücünün yetiştirilmesi zorunludur. Yaşlı bakımının nasıl yapılacağına yanıtı hükümetin Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda mevcuttur. Dokuzuncu Kalkınma Planı gerçek anlamıyla uygulandığında yaşlı bakımındaki sağlık ve sosyal sorunların çoğu çözümlenmiş olacaktır. Elbetteki tüm bunlar yapılırken ülkemizin uluslararası taahhütleri, Avrupa Birliğinde geline süreç dikkate alınmalı, Türkiye'nin yaşlı politikalarında ilgili tüm yasa, yönetmelik, ulusal planlar, uluslararası taahhütler göz önüne alınarak hızlı bir yasa uyumlaştırılmasına gidilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Yaşlı, yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri, politikalar, sosyal hizmetler, evde bakım hizmetleri

## How Should The Turkey's National Elderly Care Policy Be?

*The elderly population is increasing gradually worldwide. The population rate of elderly of ages 65 and above has increased to 6.8% in 2008 in our country. Today, the world seeks solutions to where, how and by who care of elderly, with almost an epidemic growth in numbers, will be provided. Evidence-based answers to these questions will guide restructuring and/or improvement of national policies concerning elderly in our country. The first question to be answered is where we provide care for elderly. Elderly services in Turkey are, on institutional level, predominantly offered by nursing homes. The number of the institutions per 341persons is one bed for ages 60 and above. Moreover, existing nursing homes do not meet requirements due to institutions' admission conditions. Therefore, elderly care should be transferred to environments they reside, to home care and elderly day nursing homes/nurseries. The second question is who will provide care for elderly. There is a shortage of 47-63 thousand physicians in Turkey. According to WHO, Turkey takes the last place among 51 countries in European region in terms of the number of nurses per 1000 individuals. With these figures, it is not possible to meet healthcare needs of elderly. Therefore, training an interim workforce to meet the need in elderly care is imperative. Answer for how elderly care will be provided is present in the 9th Development Plan of the government. Following this plan strictly will resolve many of health care and social problems in elderly care. Certainly, international commitments of Turkey and current position regarding European Union should be kept in view meanwhile, and a rapid harmonization should be undertaken by taking into account all laws, regulations, national plans, international commitments regarding elderly care.*

**Keywords:** Aged, health services for the aged, politics, social work, home care services

## Giriş

Tüm dünyada yaşlı nüfus giderek artmaktadır. İki bin yılında dünya nüfusunun %6.9'unun 65 yaş ve üzerinde olduğu, 2050 yılında Avrupa nüfusunun yaş ortalamasının 60 olacağı öngörülmektedir (United Nations Department of Economics and Social Affairs, Population Division 2006). Türkiye'de nüfusun %6.8'i 65 yaş ve üzerindedir (TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2008 Nüfus Sayımı Sonuçları).

Ülkemizde yaşlı bakım hizmetleri hem mevcut kurumların hem de hekim ve hemşire sayısının yetersizliği nedeniyle gereksinime yanıt veremeden çok uzak olup, yaşlı bakımının kurumlardan evlere kaydırılması ve gereksinimi karşılayacak ara insan gücünün yetiştirilmesi zorunluluğuna işaret etmektedir. Bu derleme makalede ülkemizdeki yaşlı bakım politikalarına yön vermek amacı ile dünya'da ve ülkemizde yaşlı nüfus ile ülkemizde yaşlı popülasyona yönelik sorunlar ve çözüm önerileri özetlenecek, yaşlılara nerede, kim tarafından ve nasıl bakılacak sorularının yanıtları aranacaktır.

## Dünya'da ve Ülkemizde Yaşlı Nüfus

Bir toplumda 65 yaş ve üzerindeki kişi sayısının toplam nüfus içinde aldığı payın düzeyine göre toplumlar için "genç", "olgun" ve "yaşlı" nitelendirmeleri yapılmaktadır. Nüfusun yaşlanması bir nüfusun yaş yapısının değişerek, o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması, 65 yaş ve üzeri insanların toplam nüfus içindeki payının artmasıdır. Atmış beş yaş ve üzeri nüfusun toplamdaki payı %4'ten az olursa genç nüfustan, %4-6.9 arasında olursa olgun nüfustan, %7'den fazla olursa yaşlı nüfustan söz edilir (Bilir 2006).

Tüm dünyada yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Yirminci yüzyılda gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam süresi ortalama 47 yıldan 75 yıl ve üzerine çıkmıştır. İki bin yılında dünya nüfusunun %6.9'unun 65 yaş ve üzerinde olduğu, gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülkelere daha hızlı yaşlandığı, 2005'te dünya yaşlı nüfusunun

**Tablo 1:** Yaş Gruplarının Toplam Nüfus İçindeki Yüzde Dağılımları

Yıl	Toplam Nüfus	Yaş Grupları (%)	
		0-14	65 yaş üstü
1935*	16 158 365	41.4	3.9
1940*	17 820 950	42.1	3.5
1950*	20 947 188	38.3	3.3
1960*	27 754 820	41.2	3.5
1970*	35 605 176	41.8	4.4
1980*	44 736 957	39.1	4.7
1990*	56 473 035	35.0	4.3
2000*	67 803 927	29.8	5.7
2008**	71 517 100	26.3	6.8

%60'ının gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bildirilmekte; bu oranın 2025'te %75'e çıkacağı; 2050 yılında Avrupa nüfusunun yaş ortalamasının 60 olacağı öngörülmektedir (United Nations Department of Economics and Social Affairs, Population Division 2006)

Ülkemizde 1990 genel nüfus sayımında %4.3 olan 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranı, 2000 yılında %5.7'ye, 2003 yılında %6.9'a, 2008 yılında %6.8'e yükselmiştir (Tablo 1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2008 Nüfus Sayımı sonuçlarına göre ülkemizde 65 yaş ve üzerinde 4 893 425 birey bulunmaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT) 2007 "Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı"nda, 2050 yılında 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfus oranının %17.6'ya ulaşacağı öngörülmele birlikte (DPT Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü 2007); 2008 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Nüfus Sayımı sonuçları yaşlı nüfusun bu öngörüden çok hızlı bir şekilde artacağını göstermektedir.

Yaşlı nüfusun bu hızlı artışının nedeni doğum hızındaki azalmanın yanı sıra teknolojik ve sağlık alanındaki gelişmelere bağlı eski dönemlerde ölüme neden olan birçok hastalığın artık tedavi edile-

bilir, hatta bazılarının eradike edilmiş olması, çevrenin sağlık üzerine olumsuz etkisi olan koşullarının düzeltilmesi, bebek ölüm hızlarının azalması ve tüm bunların sonucu olarak doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasıdır (Aslan ve Gökçe-Kutsal 1999, Cobbs ve diğ. 2000).

Dünya büyük bir kent haline gelmektedir. İki bin yedi yılı itibarı ile toplumun yarısından fazlası kentlerde yaşamaktadır. On milyon ve üzerinde insanın yaşadığı megakentler 20. yüzyılda %2'den %20'ye ulaşmıştır, bu oran dünya kırsal nüfusunun %9'unun kente göçtüğü anlamındadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kente göçün artarak devam edeceği, 2030 yılında dünyada her 5 kişiden 3'ünün kentlerde yaşıyor olacağı öngörülmektedir (World Health Organization 2007, United Nations Population Fund 2007, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2006). Ülkemizde kırdan kente göçte benzer tablo göze çarpmaktadır.

Türkiye'de Cumhuriyetin ilk yıllarında nüfusun %80'i kırsal alanda yaşarken, kırdan kente göç 1960'lı yıllarda başlamış, 1970'li yıllarda ivme kazanmış, 1980'li yıllarda ise sıçrama yapmıştır (TÜİK İstatistiki Göstergeler 1923-2006, TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2008 Nü-

fus Sayımı Sonuçları). Bugün kırsal-kent oranı cumhuriyetin ilk yıllarının tam tersine dönmüştür. Bugün ülkemiz toplam nüfusunun %75'i kentlerde; %17.8'si bir megakent olan İstanbul'da yaşamaktadır (TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2008 Nüfus Sayımı Sonuçları). Bu rakamlara bakıldığında, kırsaldan kente göçün ülkemizde uluslararası projeksiyonlardan çok daha hızlı olduğu görülmektedir. Ayrıca Türkiye nüfusunun yaklaşık 1/5'i gecekondularda yaşamaktadır, bu oran Ankara'da %70, İstanbul'da %60 ve İzmir'de %50 gibi çok büyük rakamlara ulaşmıştır. Gecekondu bölgelerinde yaşayan bir ailenin gelirinin kentte yaşayan orta ekonomik düzeyde bir ailenin gelirinin yaklaşık 1/4'i olduğu, ancak göç ettikleri yaşam koşulları ile kıyaslandığında, bu gelirin önceki gelirin iki katı, hatta bazı bölgelerde üç-dört katı olduğu bildirilmektedir. Gecekondu bölgelerinde ulaşım, temiz su, elektrik, kanalizasyon vb gibi çok temel kent hizmetlerinin kısıtlılığı söz konusudur. Gecekonduya yaşayanların yaş ortalaması genel olarak genç olup 35 yaş civarındadır, gecekonduya yaşama süresi ise ortalama 6 yıldır. Ancak 20 yıl ve daha uzun süredir gecekonduya yaşayanların olduğu da bilinen bir gerçektir (Ermann 2002, Etöz 2000). Tüm bu bulgular ülkemiz yaşlılık politikalarında dikkate alınması gereken önemli kriterler olmalıdır.

Yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun artması, özellikle ileri yaşlarda görülen birçok kronik hastalık ve yetersizliği beraberinde getirmektedir (Arellano ve diğ. 2004, Aslan ve Gökçe-Kutsal 1999, Cobbs ve diğ. 2000, Wellas ve diğ. 1997). Ayrıca endüstrileşme, küçülen aile yapısı, özellikle ülkemizde kadının çalışma hayatına katılması, bu grubun barınma ve bakım sorunları yaşamalarına neden olmaktadır. Tüm bunlar yaşlıları hastalık ve sakatlıkları / yetersizlikleri ile başkalarına bağımlı kılmakta ve sonuçta fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak yaşamın tüm yönlerini etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (Kurtuluş ve diğ. 2006, Pınar ve Çınar 2001).

## **Ülkemizde Yaşlı Popülasyona Yönelik Sorunlar ve Çözüm Önerileri**

Bugün dünya, sayıları epidemik halde artan yaşlı nüfus nerede, kim tarafından ve nasıl bakılacak sorularının yanıtlarını aramaktadır. Ülkemizde bu sorulara verilecek kanıt temelli yanıtlar ulusal yaşlılık politikalarının yeniden yapılandırılması ve/veya geliştirilmesinde yol gösterici olacaktır. Ancak bu sorular yanıtlanırken, yaşlılar sağlık ve sosyal boyutları içerecek şekilde bütünlük içinde ele alınmalıdır.

Yanıtlanması gereken ilk soru yaşlıların nerede bakılacağıdır? Ülkemizdeki yaşlılık hizmetleri kurum bazında yoğun olarak huzurevlerinde verilmektedir. Türkiye'de 21.10.2008 itibari ile Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na, kamu kurum ve kuruluşlarına, yerel yönetimlere, dernek ve vakıflara, gerçek kişilere ve azınlıklara ait toplam 259 huzurevinde 20 754 yatak kapasitesi mevcuttur (Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı 2008). Kaba bir hesaplama ile 60 yaş ve üzeri 341 kişiye bir huzurevi yatağı düşmektedir. Bu azımsanmayacak bir rakam olmakla birlikte, yaşlıların kurumlara giriş koşulları nedeniyle mevcut huzurevleri gereksinimi karşılamaktan çok uzaktır. Örneğin huzurevlerine kabul edilecek yaşlılarda aranan nitelikler arasında "kendi gereksinimlerini karşılamasını engelleyici bir rahatsızlığı bulunmamak, yeme, içme, banyo, tuvalet ve bunun gibi günlük yaşam etkinliklerini bağımsız olarak yapabilecek durumda olmak, ruh sağlığı yerinde olmak" ve huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerine kabul edilecek yaşlılarda aranan nitelikler arasında "ruh sağlığı yerinde olmak" gibi şartlar yer almaktadır (Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği 2001). Bu şartlar 1982 Anayasasının 61. maddesinde belirtilen "yaşlıların devletçe korunacağı, yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıkların kanunla düzenleneceği, bu amaçlarla devletin gerekli teşkilat ve te-

sisleri kurması veya kurdurması” hükmü ile örtüşmemektedir (1982 Anayasası. Kanun No: 2709. Kabul Tarihi :18/10/1982. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 09/11/1982, Sayı: 17863).

Ayrıca, yapılan çalışmalar yaşlıların huzurevlerinde kalmak istemediklerini, huzurevlerinde kalanların sağlık sorunlarının arttığını, yaşam süre ve kalitelerinin azaldığını, üstelik kurum bakımının maliyetinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir (Noro ve Aro 1997, Pınar ve Çınar 2001, Wellas ve diğ. 1997). O halde yaşlı bakımı kurumlardan yaşlıların yaşadıkları ortamlara, evde bakıma ve gündüz yaşlı bakımevi/kreşlerine kaydırılmalı, yanısıra mevcut huzurevlerinin altyapı ve hizmet kalitesi artırılmalıdır.

Evde bakım kronik hastalığı veya sakatlığı olan veya taburculuk sonrası evde tedavi alması gereken veya terminal dönemde olan kişilere sağlığını yeniden kazandırmak, yükseltmek ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı korumak için farklı disiplinleri içeren sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde bireyin kendi yaşadığı yerde verilmesidir. Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre evde bakım hizmetleri, “Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil, tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin sunulmasıdır” (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2005). Evde bakımdan hastaneden taburcu olduktan sonra tedavisinin devam etmesi gerekenler (yara bakımı, IV terapi, fizyoterapi vb), kronik hastalıkları veya özür lülüğü nedeniyle evden çıkamayan, tek başına bakımını sağlayamayan veya evde bakımını yapacak hiç kimsesi olmayan, şizofreni, depresyon veya diğer psikozlar gibi kronik mental hastalığa sahip olan, yakınları tarafından bakımında zorluk çekilen, huzurevlerine şartları uymadığı için yatırılmayan, terminal dönemde olup yakınları tarafından bu dönemi evinde huzur içinde geçirmesi istenen veya sadece aralıklı bakım ihtiyacı olan kişiler yararlanmaktadır. Evde

bakım hizmetleri tüm yaş gruplarına yöneliktir; ancak bu hizmetlerden yararlananların çoğu 65 yaş ve üzeri kişilerdir (Aydın 2005, Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2005, Karahan ve Güven 2002, Lueckenotte 2000).

Evde bakım hizmetine en fazla gereksinim duyulan yaşlı grubu ortopedik, kardiyak, solunum sistemi hastalıkları ve diyabeti olanlardır. Yaşlılarda en sık görülen bakım problemleri ise bilgi eksikliği, demans, malnütrisyon, immobilizasyon, aktivite intoleransı, bozulmuş deri bütünlüğü, konfor eksikliği, öz-bakım yetersizliği, etkisiz solunum, tedaviye katılma/sürdürme güçlüğü ve düşme, kazalar, ihmal ve istismara yol açan güvenlik eksikliğidir. Demans, beslenme, polifarmasi, hareket, güvenlik sorunları ana başlıkları altında ele alınabilecek tüm bu sorunlar semptom yönetiminin sağlanması ve hastaların optimum sağlıklarını geri kazanmaları için yaşlının bakım ve tedavisinden sorumlu hekim ve evde bakım hemşireleri tarafından bakım planlamalarında ve uygulamalarında dikkat edilmesi gereken temel konulardır (Rice 2006).

Yaşlıların evde bakımı planlanırken öncelikle kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Değerlendirmede yaşlının fiziksel, mental, emosyonel bütüncül değerlendirilmesinin yanısıra, yaşadığı ortamın bakım için uygunluğu, evde bakıma katılabilecek/destek olabilecek aile üyelerinin/yakınlarının varlığı ve bakım için uygunluğu, evde genelde hangi gıdaların tüketildiği, yemeklerin kim tarafından, nasıl pişirildiği, ev ortamı/çevresinin yaşlı güvenliği açısından (basamaklar, yer kaplamaları, halı/kilim, tutunma barları, mobilyaların durumu, ışıklandırma vb) uygunluğu, yaşlıda ihmal ve istismar bulgusunun olup olmadığı, alışveriş, banka işleri vb işlerinin nasıl yapıldığı değerlendirilmelidir. Değerlendirmeden sonra hangi düzeyde evde bakım hizmetlerine gereksinim olduğu belirlenmelidir (Halil ve Cankurtaran 2008, Rice 2006) .

Evde bakım hizmetleri akut, postakut, rehabilite edici ve uzun süreli bakım şeklinde sunulabi-

lır. Akut bakım genellikle yaşlının hastaneden taburcu edilmesini takiben, iyileşme sürecinde verilen, tıbbi hizmetlerin daha yoğun uygulandığı bakımdır. Akut bakımda evde antibiyotik tedavisi, infüzyon cihazlarının sağlanması, evde tanı testlerinin yapılması (röntgen ve laboratuvar izlemleri) gibi işlemler yer alır. Postakut ve rehabilite edici bakım, akut bir hastalığın aktif bir şekilde yönetiminde çok, iyileşme sürecinin tamamlanması ve bozulan fonksiyonların yeniden normal hale getirilmesine odaklanır. Bu bakımda verilen hizmetler arasında genel bakım uygulamaları, fizik tedavi, konuşma terapisi, stoma bakımı, beslenme hizmetleri ve iş terapisi sayılabilir. Uzun süreli evde bakım, hem tıbbi hem de sosyal bakımın birlikte verildiği, ancak sosyal bakımın daha yoğun uygulandığı hizmetlerdir (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2005, Ham ve diğ. 2002).

Akut, postakut ve rehabilite edici evde bakımda hekim; uzun süreli bakımda evde bakım hemşiresi ya da sosyal hizmet uzmanı olan vaka yöneticisi birincil rol oynar. Akut evde bakımda hizmetler sağlık profesyonelleri tarafından verilirken, postakut, rehabilite edici ve uzun süreli bakımda bu sürece yaşlı bakım elemanları ve ev işleri yardımcıları da katılır. Bu özellikle tek başına yaşayan veya sınırlı aile desteği olanlar için önemlidir (Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik 2005, Ham ve diğ. 2002).

Evde bakım, bireylerin aşağıda gösterilen farklı alanlardaki gereksinimlerinin karşılanması olanak sağlar (Aydın 2005, Karahan ve Güven 2002, Oğlak 2007).

- Hemşirelik hizmetleri, düzenli veya belirli aralıklarla uzman hemşirelerin evde hemşirelik hizmetlerini sağlamasıdır.
- Kişisel acil müdahale, yirmi dört saat acil yardım hizmetidir.
- Destek sağlık hizmetleri psikoterapi, fizik tedavi, konuşma ve iş terapisi.

- Ev işleri ve ev düzenlemeleri çamaşır, alıştırma, temizlik, kapı, kilit onarımı, çıkış rampalarının oluşturulması, banyo güvenliğinin oluşturulması, tekerlekli sandalyenin evde dolaşımındaki engellerin ortadan kaldırılmasıdır.

- Kişisel bakım giyinme, banyo ve kişisel hijyene yardım etmedir.

- Gıda ve beslenme hizmetleri evde yemeklerin hazırlanması, ya da hazır yemeklerin yaşlıların evlerine ulaştırılmasıdır.

- Bakıcılar için destek hizmetleri evde bakımı üstlenen gerek aile bireyleri gerekse para karşılığında hizmet sunan bakıcılara gerekli destek hizmetlerinin sağlanmasıdır.

- Ulaşım hizmetleri bireyin sağlık kontrollerine gitmesi için uygun ulaşım sürecinin sağlanmasıdır.

- Danışmanlık hizmetleri bireyin hakları ve sorumlulukları ile ilgili öneri ve danışmanlık hizmetleri ile bireyin istek ve şikâyetlerinin ele alındığı hizmetlerdir.

Evde bakımın kurum bakımına kıyasla aşağıda yer alan birçok üstünlüğü vardır (Aydın 2005, Karahan ve Güven 2002, Lueckenotte 2000).

- Evde bakımda, kurumdakilere göre bireyin hijyenik gereksinimleri daha rahat karşılanır.

- Evde bakım yaşlının ailesi ve çevresiyle iletişimini sürdürmesine yardım eder; böylece uzun süreli bakım gereksinimi olanlara psikolojik destek sağlar. Evde bakım hizmetleri alan kişilerde depresyon, anksiyete ve stres insidansı, kurumda bakılanlara göre daha azdır.

- Yaşlının alışık olduğu ortamda bakım alması, hem kendisinin hem de ailesinin bakıma katılmasını sağlar; böylece kişi kendisini daha özgür, işe yarar, bağımsız, rahat, huzurlu ve mutlu hisseder.

- Terminal dönemdeki yaşlının evde bakılması, kurum bakımı ile karşılaştırıldığında, yaşlı yakınlarının durumla baş etmelerini kolaylaştırır.

- Evde bakım ile aile bireylerinin üzerinden direkt bakım sorumluluğu alınacağı için, bakıma destek olan aile üyeleri daha az tükenmişlik yaşar, iş ve sosyal yaşantılarını daha rahat sürdürür.

- Evde bakım alanlar hastanede yatanlardan daha hızlı iyileşir; evde bakım alanlarda nozokomiyal infeksiyon gibi hastane kaynaklı komplikasyonlar daha az görülür.

- Evde bakım hastanede yatış süresini azaltarak, yataklı tedavi kurum kapasitelerinin etkin kullanımını artırır.

- Evde bakım ile hastaneye, acil ve yoğun bakıma dönüşler azalır.

- Evde bakım ile koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması kronik hastalıkların bakım ve tedavi maliyetlerini azaltır.

- Evde bakım maliyet etkilidir, aile ve ülke ekonomisine katkı sağlar.

Sonuç olarak, evde bakım ülkemizin ulusal yaşlı politikalarında ivedilikle ele alınması gereken bir konudur. Burada yanıtlanması gereken ikinci soru bu hizmetlerin kim tarafından verileceğidir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2003 yılında Türkiye'de yaklaşık 47-63 bin hekim açığı mevcuttur (Oğlak 2007), hekim başına düşen nüfus sayısı 2005 yılında 715 olup, bu Avrupa Birliği (AB) ortalaması olan 288'in çok gerisindedir. AB ülkelerinde 8.8 olan yüz bin kişiye düşen tıp fakültesi mezunu sayısı ülkemizde bu dönemde 7.5'ten 6.1'e düşmüştür (Dokuzuncu Kalkınma Planı 2006). DSÖ'nün Avrupa bölgesindeki 51 ülke içinde her 1000 kişiye düşen hemşire açısından Türkiye son sırada olup, ülkemizde her 1000 kişiye 2.4 hemşire düşerken, bu oran Almanya'da 9.5, İsveç'te 8.4, Avusturya'da 5.8, Bulgaristan'da 4.5, İspanya'da 3.7'dir (Savas ve diğ. 2002). Sağlık çalışanı olmayan sağlık kurumları (hastane, sağlık merkezi vb) sağlık çalışanlarının eksikliğini belirlemede önemli bir göstergedir. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri istatistiklerine göre ülkemizde hekimi olmayan sağlık

merkezlerinin oranı %16.8'dir (Dokuzuncu Kalkınma Planı 2006). Bu rakamlarla ülkemiz yaşlılarının sağlık bakım ihtiyacının karşılanması mümkün değildir. Bu nedenle yaşlı bakımında gereksinimi karşılayacak ara insan gücünün yetiştirilmesi zorunludur. Burada yanıtlanması gereken anahtar soru eksik ara insan gücünün kim tarafından ve nasıl yetiştirileceğidir.

Ülkemizde mevcut durumda yaşlı ya da hasta bakıcısı adı altında; yerel yönetimlerin açtığı bir haftalık sertifika kurslarından, 2 yıl öğrenim süreli 120 kredilik önlisans eğitimine kadar değişen geniş bir yelpazede ara insan gücü yetiştirme programları mevcuttur. Bu programların en vahim olanı da devlet eliyle, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı sürücü kurslarında yaşlı bakım elemanı yetiştirilmesidir. Yüz otuz saatlik teorik derslerden oluşan bu programda adaylar öğrendikleri bilgileri hiç uygulamadan, dahası yaşlı, hasta ile hiç karşılaşmadan sertifika almakta; sertifikalı eleman olarak çalışmaya başlamaktadırlar. Bu ve benzer programların önüne geçilmedikçe, denetimi yapılmadıkça ülkemizde kaliteli bir evde bakım hizmeti başlatılmasına imkan yoktur. Oysa, bu konuda Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (International Labour Office-ILO) hazırladığı meslek tanımlamaları vardır. Ara insan gücü yetiştirilirken ILO'nun standartları rehber alınmalı, ara insan gücünün görev kapsamı ilgili ILO'nun 5133 kod no ile belirttiği gibi (International Labour Office-ILO, 2008); “*yatağa yatma-kalkmada ve giyinmede yardım; yatak örtülerinin değiştirilmesi ve tuvalet banyo yardımı; kendisi veya başkası tarafından yapılmış olan yemeğin hazırlanması ve ihtiyacı olan kişilerin beslenmesi; gerekli ilaçların verilmesi veya alındığının kontrol edilmesi; hastalık belirti ve değişimlerinin izlenmesi ve hemşire, hekim veya sosyal servisin bilgilendirilmesi ve diğer ilişkili görevlerin yürütülmesi*” ile sınırlı olmalıdır. Ayrıca, yukarıdaki bölümlerde belirtildiği gibi, akut evde bakımda hizmetlerin sağlık profesyonelleri tarafından verilmesi gerektiği, postakut, rehabilite edici ve uzun süreli bakımda

bu sürece ara insan gücünün daha etkin katılacakları akıldan çıkarılmamalı; evde bakımın her düzeyinde evde bakım hemşiresi vaka yöneticisi rolünü üstlenmelidir. Her ne kadar ILO eğitimin süre ve kredisi konusunda bir öneri getirmese de denetimli bir evde bakım hizmeti için lise mezunlarına yönelik 30 kredilik bir sertifika programının yeterli olacağı düşünülmektedir. En önemlisi de bu programlar ilgili meslek örgütleri, üniversiteler, yerel yönetimler ve ilgili bakanlıkların işbirliğinde yapılmalıdır. Yaşlı hizmetlerinin yanısıra evde bakım hizmetlerinin denetimi tek elden yürütülmelidir.

Yaşlı bakımının kurum bazından ev bakımına kaydırılmasının gereği ve ara insan gücü yetiştirilmesinin zorunluluğu ortaya konulduktan sonra, yanıtlanması gereken son sorunun, başka bir anlatımla bunun nasıl yapılacağına yanıtı hükümetin Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda (2007-2013) mevcuttur (Dokuzuncu Kalkınma Planı 2006). Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda ülkemizde yaşlı nüfusta artış gözlemlendiğinden, aile yapısının değişime uğradığından, bu nedenle yaşlı kesime götürülecek hizmetlerin öneminin arttığından, birden fazla kurum veya kuruluşun faaliyet gösterdiği sektörlerde genel bir koordinasyon sorunu ve işbirliği yetersizliğinin gözlemlendiğinden söz edilmektedir. Yine aynı planda ulusal ve yerel düzeyde, topluma entegrasyon ve aidiyet duygusunu geliştirici önlemlerin alınması ve bu alanlarda yerel yönetimlerin kapasitelerinin ve sivil toplum kuruluşları ile diyalogun artırılmasına olan ihtiyaç vurgulanmaktadır.

Bu program çerçevesinde “eğitim ve sağlık hizmetlerinin dezavantajlı gruplar için daha erişilebilir ve eşit olarak yararlanılabilir hale getirileceği”; “sosyal hizmet ve yardımların ihtiyaç sahiplerine daha etkili sunulması amacıyla, bu alanda hizmet veren kurumlar arasında işbirliğini sağlayan, yerel yönetim ve sivil toplum inisiyatifi artırarak, ihtiyaç sahiplerinin tespitinde ve ihtiyaçlarının karşılanmasında objektif kriterler getiren düzenlemeler yapılacağı ve sosyal hizmet ile yar-

dımlar alanında nitelikli personel eksikliğinin giderileceği”; “yaşlılara yönelik evde bakım hizmetinin destekleneceği, kurumsal bakım hizmetlerinin ise nitelik ve niceliğinin artırılacağı” belirtilmektedir (Dokuzuncu Kalkınma Planı 2006).

Ülkemizde yaşlı bakım hizmetleri yasalarla güvence altına alınmasına karşın, bu hizmetlerin sunumunun farklı bakanlıkların sorumluluğunda olması, ilgili yasa ve yönetmeliklerdeki eksiklikler, çelişkiler, hizmetlerin sahiplenilmemesine, sunumunda sorunlara ve kalite eksikliklerine neden olmaktadır.

Dokuzuncu Kalkınma Planı gerçek anlamıyla uygulandığında, yaşlı bakımındaki sağlık ve sosyal sorunların çoğu çözümlenmiş olacaktır. Bu amaçla yaşlı bakım hizmetlerinin kurulacak ulusal yaşlılık merkezi çatısı altında toplanması en doğru yaklaşım olacaktır. Bu yapılırken ülkemizde yaşlılık ve yaşlılara ilişkin hukuki durum incelenmelidir. Yaşlılar ile ilgili hukuki düzenlemeler, yönetmelikler ve beş yıllık kalkınma planları incelendiğinde; bugün konuşulan ulusal yaşlılık politikalarının aslında müteakip zamanlarda farklı kanun, yönetmelik ve/veya kalkınma planlarında ele alındığı, ancak uygulanmadığı/eksik uygulandığı görülmektedir.

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nın yaşlılarla ilgili bölümlerine bakıldığında, yaşlılık ile ilgili hizmetlerin Başbakanlığa bağlı kurulacak ulusal yaşlılık merkezinde kolayca yürütülebileceği, bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu ile işbirliği halinde sürdürülmesi gerektiği, ulusal yaşlılık merkezi çalışmalarının birinci basamak koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ve yaşlı bakımının kurumlardan evde bakıma kaydırılması ilkelerinin tümüyle örtüşebileceği görülecektir. Elbetteki tüm bunlar yapılırken ülkemizin uluslararası taahhütleri, Avrupa Birliği'nde geline süreç dikkate alınmalı, Türkiye'nin yaşlı politikalarında ilgili tüm yasa, yönetmelik, ulusal planlar, uluslararası taahhütler göz önüne alınarak hızlı bir yasa uyumlaştırılmasına gidilmelidir.



## Kaynaklar

**Arellano M, Garcia-Caselles MP, Pi-Figueras M, Miralles R, Torres RM, Aguilera A** (2004) Clinical impact of different scores of the Mini Nutritional Assessment (MNA) in the diagnosis of malnutrition in patients with cognitive impairment. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* **9**, 27-31.

**Aslan S, Gökçe-Kutsal Y** (1999) Yaşlılarda özürüllülüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. *Geriatry* **2**, 103-114.

**Aydın D** (2005) *Evde bakım hizmetleri*. Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları, Ankara.

**Bilir N** (2006) Türkiye’de ve dünyada yaşlılarda demografik özellikler. In S Arıoğul (Ed.), *Geriatry ve gerontoloji*. MN Medikal & Nobel, Ankara, s. 3-9.

**1982 Anayasası**. Kanun No: 2709. Kabul Tarihi: 18/10/1982. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 09/11/1982, Sayı: 17863. [Electronic version]. Retrieved March 14, 2009, from [www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1113.html](http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1113.html) - 252k

**Cobbs EL, Duthie EH, Murphy JB** (2000) *Geriatrics review syllabus*. American Geriatrics Society, Kendall/Hunt Company, New York, p. 12-17.

**Dokuzuncu Kalkınma Planı**. Yayımlandığı Resmi Gazete-Mükerrer Tarihi: 01/07/2006. Sayı: 26215. [Electronic version]. Retrieved December 28, 2008, from <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan9.pdf>.

**Erman T** (2004) Gecekondu çalışmalarında ‘öteki’ olarak gecekondu kurguları. *European Journal of Turkish Studies* **1** (1), [Electronic version]. Retrieved May 27, 2009, from <http://www.ejts.org/document85.html>

**Etöz Z** (2000) Varoş: Bir istila, bir tehdit. *Birikim* **132**, 49-53.

**Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik**. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 10/03/2005, sayı: 25751.

**Halil M, Cankurtaran M** (2008) Geriatrik hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* **28** (6 Suppy 1), 262-266.

**Ham RJ, Sloane PD, Warshaw GA** (2002) *Primary care geriatrics: a case-based approach*. (4th ed.), Mosby Company, St Louis, p. 218-227.

**Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği**. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 21/02/2001, sayı: 24325. [Electronic version]. Retrieved December 29, 2008, from [http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Huzurevine\\_Giris\\_ve\\_Basvuru.asp](http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Huzurevine_Giris_ve_Basvuru.asp)

**Karahan S, Güven S** (2002) Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics* **5**, 155-159.

**Kurtuluş Z, Yıldız H, Pınar R** (2006) Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin geriatriye kullanımı. *Sağlıkta Birlik* **1**, 21-26.

**Lueckenotte AG** (2000) *Gerontologic nursing*. (2nd ed.), Mosby Company, St Louis, p.781- 789.

**Noro A, Aro S** (1997) Comparison of health and functional ability between noninstitutionalized and least dependent institutionalized elderly in Finland. *Gerontologist* **37**, 374-383.

**Oğlak S** (2007) Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics* **10**, 100-108.

**Pınar R, Çınar S** (2001) İstanbul ilinde huzurevi ve huzurevi dışında yaşayan yaşlıların yaşam doyumları (kaliteleri) farklı mı? Karşılaştırmalı bir çalışma. *Hemşire Dergisi* **51**, 10-18.

**United Nations Department of Economics and Social Affairs, Population Division** (2006), *Population Ageing 2006*, New York.

**Rice R** (2006) *Home care nursing practice: concepts and application*. (4th ed.), The Mosby, Phoenix, p. 443-455.

**Savas S, Karakan O, Saka O** (2002) *Health care systems in transition: Turkey*. In S Thomson, E Mossialos (Eds.), European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen, p. 77-78, 80. [Electronic version]. Retrieved September 30, 2008, from <http://www.euro.who.int/document/e79838>

**Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yaşlı Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı**, 2008. [Electronic version]. Retrieved October 21, 2008, from [http://www.shcek.gov.tr/Kuruluslarimiz/tablo\\_huzx.asp](http://www.shcek.gov.tr/Kuruluslarimiz/tablo_huzx.asp).

**Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2008 nüfus sayımı sonuçları** (2009). [Electronic version]. Retrieved July 23, 2009, from <http://www.tuik.gov.tr>

**Türkiye İstatistik Kurumu, istatistiki göstergeler 1923-2006** (2007) Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara. Retrieved January 2, 2009, from [www.gov.tr/yil-lik/Istgostergeler.pdf](http://www.gov.tr/yil-lik/Istgostergeler.pdf)

**Devlet Planlama Teşkilatı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü** (2007) *Türkiye’de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı*, Yayın no DPT: 2741, Ankara.

**United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division** (2006) *World urbanization prospects: The 2005 revision*, Fact sheet 7. Mega-Cities, New York. [Electronic version]. Retrieved April

13, 2009, from <http://www.un.org/esa/population/publications/ageing/ageing2006.htm>

**United Nations Population Fund** (2007) *Urbanization: A majority in cities* (2007) New York. [Electronic version]. Retrieved April 13, 2009, from [www.unfpa.org/pds/urbanization.htm](http://www.unfpa.org/pds/urbanization.htm)

**Wellas B, Hunt WC, Romero LJ, Koehler KM, Baumgartner RN, Garry PJ** (1997) Changes in nutritional status and patterns of morbidity among free-living elderly persons. A ten year longitudinal study. *Nutrition* **13**, 515-519.

**World Health Organization, Family and Community Health, Ageing and Life Course** (2007) *Global age-friendly cities: A guide*. [Electronic version]. Retrieved April 13, 2009, from [http://www.who.int/ageing/publications/Global\\_age\\_friendly\\_cities\\_Guide\\_English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf)

**International Labour Office (ILO)** (2008) *International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08)* [Electronic version]. Retrieved September 8, 2009, from <http://unstats.un.org/unsd/statcom/doc07/BG-ISCO-08.pdf>