



Bir Üçüncü Basamak Evde Sağlık Hizmetleri Merkezi Örneği: Başvuru Nedenleri ve Konsültasyon Durumları

Hülya Yıkılkan, Nurcan Akbaş Güneş, Cenk Aypak, Süleyman Görpelioğlu
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Özet

Amaç: Ülkemizde evde sağlık hizmetleri birimleri geliştikçe hasta ve yakınlarının beklentileri de artmaktadır. Bu çalışma, 2012 yılı süresince bir eğitim araştırma hastanesi bünyesinde yer alan evde sağlık hizmetleri birimi tarafından değerlendirilen hastaların en sık başvuru sebeplerini ve verilmiş olan hizmetleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, kayıtlardan elde edilen verilerle yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmaya, evde sağlık hizmetleri birimi tarafından 01 Ocak-31 Aralık 2012 tarihleri arasında ziyaret edilmiş tüm hastalar alınmıştır. Tekrarlayan ziyaretler dışlanmıştır. Hastaların talepleri birden fazla ise değerlendirmeye dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmanın yapıldığı süre boyunca 218 erkek (%39,4), 336 kadın (%60,6) olmak üzere toplam 554 hasta ziyaret edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 72,7±16,4 yıldır. En sık 3 başvuru nedeni sıklık sırasına göre; ilaç raporu yenileme (n= 252; %45,5), bez raporu talebi (n=197; %35,6) ve genel muayeneydi (n= 158; %28,5). Hastaların %34,8'inde hipertansiyon (HT), %31,0'inde tam ya da kısmi inme, %19,3'ünde Alzheimer, %18,8'inde diabetes mellitus ve %10,8'inde kalp hastalıkları bulunmaktaydı. Hastaların %49,0'una (n=272) konsültasyon ihtiyacı duyulmamıştı. Konsülte edilen hastalar ise sıklık sırasına göre en sık nöroloji, sosyal hizmet ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarına danışılmıştı.

Sonuç: Çalışma sonuçlarımıza göre bir üçüncü basamak evde sağlık hizmetleri biriminden en sık beklenen hizmetler ilaç raporu yenileme ve bez raporu gibi uzman hekim gerektiren raporlardır. Hastaların aylık INR takipleri ve sonda değişimleri azımsanmayacak sayıda olduğundan ve uzmanlık gerektirmediklerinden; takiplerin aile hekimleri tarafından yapılması üçüncü basamak hastanelerin iş yükünü azaltabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri; Başvuru; Tanı; Konsültasyon.

A Tertiary Home Health Care Center: Reasons for Applications and Consultations

Abstract

Aim: As home health care centers develop in our country, expectations of patients and their relatives increase. This study was planned to show the most frequent reasons for application and the service given by a home health care center.

Material and Methods: This is a descriptive study done screening the files. All patients visited by home health care center between January 01 and December 31, 2012 were recruited to the study. Repeated visits were excluded. All requests were included in the assessment even though there was more than one request.

Results: During the study period, a total of 554 patients of 218 male (39,4%) and 336 female (60,6%) were visited. Mean age of patients was 72,7±16,4 years. The most 3 frequent reasons for application were medication use report (n=252; 45,5%), diaper report (n=197; 35,6%) and general examination (n=158; 28,5%) respectively. There was hypertension (HT) in 34,8%, stroke in 31,0%, Alzheimer in 19,3%, diabetes mellitus in 18,8% and heart diseases in 10,8% of patients. Consultations from other clinics weren't asked in 49,0% of patients. Consultations were asked mostly from specialists of neurology, social services and physical therapy and rehabilitation.

Conclusions: According to our results, the most frequent requests from a tertiary home health care center were medication use report and diaper report that require specialists. As monthly visits for INR-blood tests and urine catheters make up a substantial number and evaluation do not need specialty, follow up by primary care would help to reduce the workload of tertiary hospitals.

Key Words: Home Health Care; Application; Diagnosis; Consultation.

GİRİŞ

Çağımızda yaşlanma ve beraberinde ortaya çıkan kronik hastalık ve özürllülüğün artması, sosyal politikalar üzerinde büyük bir baskı oluşturmaya başlamıştır. 2005 yılı TÜSİAD (Türk Sanayiciler ve İşadamları Derneği) verilerine göre %5,9 olan 65 yaş ve üzerindeki nüfus oranının 2025 yılında %9'a ulaşacağı öngörülmektedir (1). Türkiye'nin doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 2003 yılı için 68,7'dir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri ile kıyaslandığında kısa olan bu sürenin 2045-2050 yılları için ortalama 78 yıl

olacağı varsayılmaktadır (2). Yine 2002 yılında gerçekleştirilen Türkiye Özürllüler Araştırmasına göre %12,3 olan özürllü nüfusun içinde kronik hastalıklara bağlı özürllülük sıklığı %9,7'dir (3). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre, ülkemizdeki 65 yaş ve üstü nüfus oranı %6,8'dir (4). Ortalama yaşam süresinin uzaması; bakıma muhtaçlığın artmasına, sağlık harcamalarının tahmin edilenin ötesine çıkmasına ve alternatif bakım istemlerinin geliştirilmesine neden olmuştur.

Ülkemizde yaşlılık, özürllülük ve kronik hastalıkların artması ve hastane sonrası bakım hizmetlerine olan

talebin yükselmesi, gelecek yıllarda sağlık harcamalarında ciddi bir artış olacağına işaretlerini vermektedir. Bakıma muhtaçların temel gereksinmelerini karşılayacak, uygun ve etkili bakım hizmetlerini daha düşük maliyette, etkili, kapsamlı ve aile ile devletin rolü arasındaki dengeyi sağlayacak kısa ve uzun süreli evde bakım hizmetlerini geliştirme ve politika oluşturma konusunda çaba gösterilmektedir.

Ülkemizde evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, 25/05/2010 tarih ve 27591 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği” gereği toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtasıyla verilmektedir (5). Evde sağlık hizmetlerine ilişkin çalışma planı aile hekimince hazırlanarak, Sağlık Grup Başkanlığı tarafından onaylanarak koordinasyon merkezine gönderilmektedir. Aile hekiminin gerekli görmesi durumunda koordinasyon merkezi, ikinci ve üçüncü basamak hizmet veren hastane evde sağlık birimleri ile irtibata geçmektedir.

Ülkemizde evde sağlık hizmetleri birimleri geliştikçe hasta ve yakınlarının beklentileri de artmaktadır. Bu çalışma, 2012 yılı süresince bir eğitim araştırma hastanesi bünyesinde yer alan evde sağlık hizmetleri birimi tarafından değerlendirilen hastaların en sık başvuru sebeplerini ve verilmiş olan hizmetleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi *Evde Sağlık Hizmetleri Birimi* tarafından 1 Ocak-31 Aralık 2012 tarihleri arasında ziyaret edilmiş tüm hastalar dahil edilmiştir. Çalışma, kayıtlardan elde edilen verilerle yapılmış tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Tekrarlayan ziyaretler dışlanmıştır. Hastaların talepleri birden fazla ise değerlendirmeye dahil edilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmede sonuçlar ortalama \pm standart sapma ya da sayı ve yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Cinsiyetler arasındaki yaş ortalamasının karşılaştırmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 18,0 programı kullanılarak yapılmış, istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ değeri olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı süre boyunca 218 erkek (%39,4), 336 kadın (%60,6) olmak üzere toplam 554 hasta ziyaret edilmişti. Hastaların yaş ortalaması $72,7 \pm 16,4$ yıl (en düşük: 10, en yüksek: 104 yıl) idi. Hastaların %77,3’ü (n= 428) 65 yaş ve üstüydü. Kadınların yaş ortalaması ($75,0 \pm 13,9$ yıl), erkeklerin yaş ortalamasından ($68,3 \pm 18,8$ yıl) yüksekti ($p = 0,001$).

En sık başvuru nedenleri sıklık sırasına göre; ilaç raporu yenileme (n= 252; %45,5), bez raporu talebi (n= 197; %35,6), genel muayene (n= 158; %28,5), INR takibi (n=

71; %12,8), yardım parası talebi (n= 54; %9,7), bası yarasının değerlendirilmesi (n= 54; %9,7), tekerlekli sandalye talebi (n= 37; %6,7), havalı yatak talebi (n= 36; %6,5) ve sonda takılmasıydı (n= 33; %6,0). Hastaların primer tanıları incelendiğinde, ilk 3 tanı sırasıyla serebrovasküler olay (SVO) (%27,8), Alzheimer (%16,3) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) (%5,8) idi. Hastaların primer tanılarının dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. İkincil tanıları da dahil edilerek incelendiğinde, hastaların %34,8’inde (n= 193) hipertansiyon (HT), %31,0’inde (n= 172) tam ya da kısmi inme, %19,3’sinde (n=107) Alzheimer, %18,8’inde (n=104) diabetes mellitus (DM) ve 10,8’inde (n= 60) kalp hastalıkları bulunmaktaydı.

Tablo 1. Hastaların primer tanılarına göre dağılımı

TANI	Sayı	%
SVO ¹	154	27,8
Alzheimer	90	16,3
KOAH ²	32	5,8
Kanser	28	5,1
Hipertansiyon	26	4,7
Kalça kırığı	22	4,0
Diyabet	21	3,8
Kalp Yetmezliği	21	3,8
Parkinson	19	3,4
MR ³	14	2,5
MS ⁴	12	2,2
Epilepsi	11	2,0
Yaşlılık	10	1,8
Osteoporoz	9	1,6
Serebral Palsi	9	1,6
Trafik Kazası	7	1,3
Diğer	69	12,3

¹Serebrovasküler olay

²Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

³Mental Retardasyon

⁴Multiple Skleroz

Hastaların %49’una (n=272) konsültasyon ihtiyacı duyulmamıştı. Konsülte edilen hastalar ise sıklık sırasına göre en sık nöroloji (n=95), sosyal hizmet (n=54) ve fizik tedavi ve rehabilitasyon (n=52) uzmanlarına danışılmıştı (Tablo 2).

Tablo 2. Konsültasyon istenen kliniklerin dağılımı (Toplam n= 326)

Klinik	N (%)	Klinik	N (%)
Nöroloji	95 (29,1)	Plastik cerrahi	4 (1,2)
Sosyal hizmetler	54 (16,6)	Gastroenteroloji	3 (0,9)
Fizik Tedavi	52 (15,9)	Genel cerrahi	3 (0,9)
Dahiliye	28 (8,6)	Göz	3 (0,9)
Kardiyoloji	24 (7,4)	Diyabet	2 (0,6)
Göğüs	20 (6,1)	Endokrin	2 (0,6)
Beslenme	9 (2,8)	Nefroloji	2 (0,6)
Üroloji	8 (2,5)	Dermatoloji	2 (0,6)
Ortopedi	7 (2,1)	Hematoloji	1 (0,3)
Psikiyatri	6 (1,8)	Enfeksiyon	1 (0,3)

Hastaların muayeneleri yapıldığında 441 hastadan (%79,6) kan tetkiki alınmış, 16 hastaya (%2,9) evde solunum fonksiyon testi yapılmıştır. İnkontinans açısından incelendiğinde, hastaların %38,8’inde (n=215) idrar,

%31,0'inde (n=172) gayta inkontinansı mevcuttu. Ayrıca %10,6 hasta ağrıdan şikayetçiydi. Yatağa tam bağımlı olan tüm hastaların yakınlarına (%55,1) yatan hasta eğitimi ve fizik tedavi rehabilitasyon eğitimleri verildi. Beslenme bozukluğu olan 16 hastaya (%2,9) beslenme raporu düzenlenerek, 7 hastaya perkutan endoskopik gastroskopi (PEG) açılması sağlandı.

TARTIŞMA

Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan hastaların çoğunun (%77,3) 65 yaş ve üstü olduğu görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlılıkla ilgili yayınladığı raporlarda yaşlılığın başlangıcı 65 yaş olarak belirtilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 1996 yılında yapmış olduğu nüfus projeksiyonlarında, ülkemizde 65 yaş ve üstü nüfusun 2010 yılında %6,7, 2020 yılında %8,5, 2030 yılında ise %12,1 olacağı tahmin edilmektedir (6). Yaşam süresi uzadıkça bireyde kronik hastalıkların, bağımlılık durumu ve evde sağlık hizmeti kullanma ihtiyacının arttığı aşikardır.

Cinsiyet açısından hastaların %60,6'sı kadındır. Yaş ortalaması açısından incelendiğinde kadınların yaş ortalaması erkeklerden daha yüksektir (p=0,001). Yaşlı hasta grubunun sosyo-demografik özelliklerini inceleyen daha önce yapılmış olan çalışmalarda da benzer şekilde yaşlı hasta grubunun daha çok kadın olduğu ve yaş ortalamalarının daha büyük olduğu görülmüştür (7-9). Amerikan Ulusal Sağlık İstatistik 2011 raporuna göre, 2007 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 1,459,900 evde sağlık hastasına hizmet verilmekte olup; bu hastaların %68,7'si 65 yaş ve üstü ve her 10 hastadan 6'sı kadındır (%64)(10).

Evde sağlık hizmeti alan hastalar, tanıları açısından incelendiğinde en sık tanıları HT, SVO, Alzheimer, DM ve kalp hastalıklarıdır. Toplumda yapılan çalışmalarda da benzer biçimde 65 yaş üzerinde en sık görülen hastalıklar HT (11,12) ve SVO'dur (8,13). Yurtdışı kaynaklarda evde sağlık hizmeti alan hastaların tanıları incelendiğinde, sıklık sıralaması farklı olmakla birlikte çalışmamızla uyumlu olarak, en sık tanıları HT (%41,1), kalp hastalıkları (%31,3), DM (%30,6), KOAH (%13,5), osteoartrit (%10,0), kanser (%8,6), demans (%7,1) ve SVO (%7,1)'dur (10).

Çalışma sonuçlarımıza göre, kronik hastalıklara bağlı ilaç kullanımı nedeniyle evde sağlık hizmetlerine en sık başvuru sebebi ilaç raporu yenilemedir (%45,5). En sık ikinci başvuru nedeni ise bez raporu talebidir (%35,6). Bunun nedeni çalışma kapsamındaki hastaların çoğunda üriner (%38,8) ve fekal inkontinans (%31,0) bulunmasıdır. İnkontinans sıklığı, evde sağlık hizmeti alan hasta gruplarıyla yapılmış çalışmalarla uyumludur (14-16). Yatağa bağlı bası ülseri çalışmamızda %9,7 sıklıkla görülmüştür. Kaynaklarda bu sıklık %22'lere kadar yükselmektedir (14).

Hastaların yarısında (%49,0) konsültasyon ihtiyacı duyulmamıştır. Konsülte edilen hastalar ise sıklık sırasına göre en sık nöroloji, sosyal hizmet ve fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarına danışılmıştır. Hastalarda en sık nörolojik hastalıklar (n=244, %44,1) görülmesi

nedeniyle nörolojiye, yardım parası talebi nedeniyle sosyal hizmet uzmanına danışılmaktadır. Fizyoterapi, tekerlekli sandalye, havalı yatak ihtiyacı veya ilaç raporu yenileme gibi durumlarda fizik tedavi uzmanına danışılmaktadır.

INR takibi nedeniyle 71 hasta (%12,8), sonda takılması için 33 hasta (%6,0) düzenli ziyaret edilmektedir. Hastaların aylık INR takipleri ve sonda değişimleri azımsanmayacak sayıda olduğundan ve uzmanlık gerektirmediğinden; takiplerin aile hekimleri tarafından yapılması üçüncü basamak hastanelerin iş yükünü azaltabilecektir. Ancak, aile hekimlerinin INR tetkikini yapabilmek için teknik açıdan desteklenmesi uygun olacaktır.

Dünyada evde bakım, hastane bakım maliyetlerini düşürmesi ve daha az masraflı olması nedeniyle yaygınlaşmaktadır (17). Evde bakım hizmetlerinin ortaya çıkışına bakıldığında ilk kapsamlı kayıtların ABD'ye ait olduğu söylenebilir (18). İlk evde bakım hizmeti sunan yapılanmalar 1800'lü yılların başında kurulmuştur. 1960'larda yaygınlaşıp kapsamı genişlemiş ve sigorta kapsamına girmiştir. Günümüzde ABD'de 22 binin üzerinde evde bakım şirketi bulunmaktadır (19). Evde bakım sektörünün büyüklüğü 170 milyar dolar civarında olup taburcu olan hastaların yüzde 15-20'si evde bakım hizmetlerine yönlendirilmektedir. Bu hizmetlerin tüm sağlık harcamaları içindeki payı ise yüzde 7,8'dir (20). Avrupa'daki evde bakım hizmetleri uygulamalarına bakıldığında ise, İspanya'da evde bakım hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı yaklaşık 14 milyon; 65 yaş üzeri nüfusta 1998 yılı itibarıyla evde bakım hizmeti alan yaşlı nüfus İsveç'te %11,2, Almanya'da %9,6, Fransa'da %6,1 ve Japonya'da ise %5'dir (18). Türkiye'de ise evde bakımın tarihi henüz çok yenidir ve bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yapılan değişikliklerle 1 Mart 2011 tarihinde, Sağlık Bakanlığı birimlerine verilen evde sağlık hizmetleri gününbirlik tedavi kapsamında SGK tarafından ödenmeye başlanmıştır (5).

Ülkemizde güncel uygulamada, hasta yakınları evde sağlık hizmetlerinden yararlanmak için koordinasyon merkezine ulaşmakta, koordinasyon merkezi de uygun olan en yakın aile hekiminden ilk değerlendirmeyi yapmasını istemektedir. Ancak talep ilaç raporu yenileme, bez raporu veya yardım parası için heyet raporu gibi durumlar olduğunda, adrese en yakın bir üçüncü basamak evde sağlık hizmetleri birimi ile iletişime geçilmektedir. Bizim çalışma sonuçlarımıza göre de bir üçüncü basamak evde sağlık hizmetleri biriminden en sık beklenen hizmetler ilaç raporu yenileme ve bez raporu gibi uzman hekim gerektiren raporlardır.

Bu çalışma, Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir üçüncü basamak evde sağlık hizmetleri biriminin vermekte olduğu hizmetleri tanımlayan en kapsamlı çalışmadır. Çalışmanın yürütüldüğü Evde Sağlık Hizmetleri birimi Ağustos 2011 yılından beri hizmet vermekte olup 2013 Mart itibarıyla 1109 hastaya ulaşmış bulunmaktadır. Ankara ilinde aktif hasta sayısı en yüksek olan evde sağlık hizmetleri birimidir. Bu açıdan çalışmanın sonuçları değerlidir.

Dünyanın pek çok ülkesinde uygulanan ve giderek yaygınlaşan evde sağlık hizmeti, sağlığı korumanın, yaşam kalitesini artırmanın en uygun yöntemlerinden biridir. Evde sağlık hizmeti sunumunda, hastaların gereksinimleri doğrultusunda kaliteli hizmet verilmesi için birinci ve üçüncü basamak evde sağlık hizmet birimlerinin iş yükünü paylaşmaları ve eğitim ihtiyacı duyulan konularda desteklenmesi uygun olacaktır.

16-20 Mayıs 2013'de Kuşadası'nda düzenlenen 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Savaş BS, Karahan Ö, Saka RÖ. Health Care Systems in Transition= Turkey. Copenhagen= European Observatory on Health Care Systems 2002;4:10.
2. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, et al. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum Şekli olarak evde hasta bakımı. Istanbul Med J 2010;11:125-32.
3. Çalık S. Özürlülüğün Ölçülmesinde Metodolojik Yaklaşımlar ve 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması . ÖZ-VERİ Dergisi 2004;1:153-375.
4. Ergöçmen BA, Tunçkanat FH. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA_2008_Sonuclar_Adana.pdf
5. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=603:salk-bakanlnc-sunulan-evde-salk-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar-hakknda-yoenerge-&catid=41:yoenergeler&Itemid=218
6. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2:32-9.
7. Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Türkiye Halk Sağ Derg 2012;10:13-21.
8. Bilir N, Aslan D, Güngör N. Ankara Altındağ sağlık ocağı bölgesi Sakarya mahallesi'nde yaşayan 65 yaş üzeri kişilerin bazı sağlık ve sosyal durumlarının saptanması. Turkish J Geriatr 2002;5:97-102.
9. Ünsal A, Demir G. The prevalence of chronic disease and drug use in elderly in central Kırşehir. Turkish J Geriatr 2010;13:244-51.
10. Caffrey C, Sengupta M, Moss A, Harris-Kojetin L, Valverde R. Home health care and discharged hospice care patients: United States, 2000 and 2007, National health statistics reports; no 38, Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics 2011.
11. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H. Sivas il merkezinde yaşlı nüfusta bazı kronik hastalıkların prevalansı ve risk faktörleri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;27:89-94.
12. Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay FB. Yaşlı nüfusun sosyodemografik özellikleri: Pamukçu kasabası, Balıkesir. Sürekli Tıp Eğitimi Derg 2006;15:199-201.
13. Çatak B, Sütlü S, Kılınç AS, Sarıoğlu O. Bir aile hekimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfusta sağlık hizmet kullanımı, kronik hastalık sıklığı ve bağımlılık durumu. Akad Geriatri 2011;3:88-94.
14. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. Smyrna Tıp Derg 2012;1:45-8.
15. Haley WE, Allen JY, Grant JS, Clay OJ, Perkins M, Roth DL. Problems and benefits reported by stroke family caregivers: results from a prospective epidemiological study. Stroke 2009;40:2129-33.
16. Gordon C, Ellis-Hill C, Ashburn A. The use of conversational analysis: nurse-patient interaction in communication disability after stroke. J Adv Nurs 2009;65:544-55.
17. Gutiérrez-Robledo LM. Looking at the future of geriatric care in developing countries. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2002;57:162-7.
18. Jakopzode, S. Coping with aging: International challenges., Health Affairs 2000;19:213-25.
19. Kaye, W.L. The proliferation of home care programs. J Gerontol Soc Work 1995;24:1-6.
20. Özer Ö, Şantaş F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;3:96-103.

Received/Başvuru: 17.04.2013, Accepted/Kabul: 28.05.2013

Correspondence/İletişim

Hülya YIKILKAN
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, ANKARA
E-mail: hulyayikilkan@hotmail.com

For citing/Atıf için

Yikilkan H, Akbas NG, Aypak C, Gorpelioglu S. A tertiary home health care center: reasons for application and consultations. J Turgut Ozal Med Cent 2013;20:322-5. DOI: 10.7247/jtomc.2013.709