



Review Article / Derleme Makale

Home Health Care

Evde Sağlık Hizmetleri

Yasemin Cayir^{*1}

ABSTRACT

Home health care is to provide of examination, treatment and rehabilitation services for patients who have become dependent on others in performing their daily living activities due to chronic or malignant diseases by a professional medical team in their home environment. Home health care is offered in a wide range, from baseline to addictive conditions due to neurological deficits, from chronic lung pathologies to terminal stage cancer patients, neonatal jaundice to advanced muscle diseases. The aim of home health services is to protect and improve the health of patients, to enable them to use their functional capacity at maximum level and to improve the quality of life of patients and caregivers. Family physicians who provide primary health care are responsible for identifying people who need home health care within their registered population and regularly visiting in their home. In this review, the definition, history and scope of home health services will be discussed.

Key Words: home health care, home care, family medicine

ÖZET

Evde sağlık hizmetleri, kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede başkalarına bağımlı hale gelmiş hastalara muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi ev ortamlarında profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir. Evde sağlık hizmetleri, başta nörolojik defisitler nedeniyle oluşan yatağa bağımlılık durumları olmak üzere, kronik akciğer patolojilerinden, terminal dönem kanser hastalarına, yenidoğan sarılığından, ileri dönem kas hastalıklarına kadar geniş bir yelpazede sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinde amaç, hastaların sağlığını korumak, geliştirmek, fonksiyonel kapasitelerini maksimum düzeyde kullanmalarını sağlamak ile hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmaktır. Birinci basamakta sağlık hizmeti veren aile hekimleri kendilerine kayıtlı nüfusları içinde evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyacak kişileri belirlemekle ve düzenli aralıklarla ev ziyareti yapmakla sorumludur. Bu derlemede, evde sağlık hizmetlerinin tanımı, tarihesi ve kapsamı üzerinde durulacaktır.

Anahtar Sözcükler: evde sağlık hizmetleri, evde bakım, aile hekimi

Received date / Geliş tarihi: 13.02.2019, Accepted date / Kabul tarihi: 25.11.2019

¹ Ataturk University Faculty of Medicine Department of Family Medicine, Erzurum- TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Yasemin Cayir, Ataturk University Faculty of Medicine Department of Family Medicine, Erzurum-TÜRKİYE.

E-mail: dryasemincayir@yahoo.com

Cayir Y. Evde Sağlık Hizmetleri. TJFMPC, 2020;14(1): 147-152.

DOI: [10.21763/tjfm.693164](https://doi.org/10.21763/tjfm.693164)

GİRİŞ

Türkiye'nin, önümüzdeki yıllarda tüm dünyada yaşlı nüfusun en hızlı artacağı ülkelerden biri olacağı öngörülmektedir. Türkiye'de 65 yaş üstü bireyler, toplam nüfusun %8'ini oluşturmaktadır. Ülkemiz için doğumda beklenen yaşam süresi 78 yıla çıkmıştır.¹ Yapılan araştırmalar, 1990'da bireylerin yaşamlarının %21'ini hastalıkla geçirirken, 2015 yılında bu oranın %31'e çıktığını göstermektedir. Günümüzde daha çok insan diyabet, kalp hastalığı, kronik solunum hastalıkları, kanser ve inmenin sonuçlarıyla yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre ise sağlık harcamalarının %60'ı kronik hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır.^{2,3} Yaşlılık beraberinde getirdiği kronik hastalıklarla birlikte sağlık harcamalarındaki yükü de giderek artırmaktadır. Yaşlanan nüfus, hem sağlık harcamalarının hem de bakım ihtiyacının hızla artmasına neden olmaktadır. Bu artış bir çok ülkede geleceğe yönelik ciddi bir tehdit olarak algılanmaktadır.⁴

Diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların artması ile birlikte bağımlı ve engelli hasta oranı da artmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın hastalık yükü araştırmasına göre, toplam 22 milyon kronik hastalık sahibi birey bulunmaktadır ve nüfusumuzun %12,3'ünün engelli olduğu tahmin edilmektedir.¹ Toplumumuzda geleneksel kalabalık aile yapısının kaybolması, kadınların daha çok iş yaşamında yer alması gibi kültürel değişiklikler ise artan sayıdaki bağımlı ve engelli hastaların bakımını gündeme getirmiştir. Ayrıca kanser hastalarının tedavi imkanlarının artması ile yaşam süreleri uzamaktadır. Yapılan araştırmalar, bu hastaların terminal dönemlerini hastane ortamı yerine kendi ev ortamında ailesiyle birlikte geçirmeyi tercih ettiklerini göstermektedir.^{2,5}

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de yukarıda bahsedilen demografik, epidemiyolojik, sosyal ve kültürel değişiklikler sağlık hizmetlerinin yeniden şekillenmesine neden olmuştur. Bu gelişmeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi gerekmiştir. Nitekim 2012 yılında Sağlık Bakanlığı "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile evde sağlık hizmetlerinin (ESH) tüm devlet hastanelerinde kurularak yaygınlaşmasını sağlamıştır. Aile hekimleri de kendilerine kayıtlı nüfusları içinde, ESH'ne ihtiyaç

duyacak kişileri belirlemekle ve düzenli aralıklarla ev ziyareti yapmakla sorumludur.⁶

ESH, kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle yatağa ya da eve bağımlı hale gelmiş hastalara kendi ev ortamlarında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir.^{5,6} DSÖ ise ESH'ni, kendi kişisel bakımını sağlama ve yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanma ve yaşamının devamını sağlama konusunda desteğe ihtiyaç duyan bireylere verilen hizmetler olarak tanımlamıştır.⁷

Aile hekimliğinde, kişi merkezli ve hastanın gereksinimine göre sürekli sağlık hizmeti sağlamak esastır.⁸ Dolayısıyla aile hekimliği uygulamalarında eve ya da yatağa bağımlı hale gelen hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramaması için, aile hekimleri kendilerine ulaşamayan hastalara ev ziyareti yaparak hizmetin devamlılığını korumalıdır. Yani ESH, aile hekimliğinde sürekli sağlık bakımı sağlayan önemli bir birinci basamak sağlık hizmeti modelidir.

Yaşlı bireylerin huzurevlerinde ya da hastanelerde uzun süreli bakımlarının hem tıbbi, hem de sosyal açıdan olumsuz sonuçları vardır. Bunun yerine bu bireylerin kendi sosyal çevrelerinde bakımı hem daha ekonomiktir, hem de yaşam kalitesini daha fazla artırmaktadır. Evde bakımın sadece sağlıkla ilgili değil, aynı zamanda sosyal ve emosyonel faydaları da görülmüştür.⁹

ESH'ne duyulan ihtiyacın bir diğer nedeni de hastaların beklenti ve tutumlarındaki değişikliklerdir. Günümüzde, sağlık hizmeti sağlayıcılarının verdiği hizmetler daha fazla sorgulanır olmuş ve sağlık hizmeti sağlayıcıları hizmet alanların istek ve beklentilerini karşılama konusunda daha duyarlı hale gelmiştir. Yaşlılıkta da sağlık hizmetlerini evde almayı tercih eden birey sayısı her geçen gün artmaktadır.⁷

Tüm bu bilgiler ışığında ESH'nin, değişen sağlık hizmeti anlayışının bir ürünü, değişen toplum özelliklerinin bir gereksinimi ve sağlıkta yeni bir hizmet modeli ihtiyacının bir sonucu olarak ortaya çıktığı söylenebilir.

TARİHÇE

Dünyada, ESH ilk kez hemşirelik hizmetleri şeklinde başlamıştır. İlk kapsamlı ESH

uygulamalarının 1947’de Amerika’da kurulan Montefiore Hastanesi’nde başladığı görülmektedir. Burada yeni taburcu olan hastalara evde iyileşme ve toparlanma için hastane destekli bakım sağlanmaktaydı. O yıllarda, oldukça yeni bir kavram olan ESH içerisinde özellikle hastaneden taburculuk sonrasında bireysel ihtiyaçlara uygun hemşirelik bakımına, rehabilitasyon terapilerine ve çeşitli sosyal hizmetlere ev ortamında erişim mümkündür. Bu sağlık hizmeti "duvarsız hastane" olarak anılmaktaydı.¹⁰ Günümüzde, İngiltere’de hasta-hekim görüşmelerinin %10’u evde gerçekleşmektedir. Hollanda’da bu oranın %8,5 olduğu görülmektedir. Kanada’da aile hekimlerinin yaklaşık %50’si haftada bir ESH vermek için ev ziyareti gerçekleştirmektedir. Burada verilen ESH’nin çoğu hemşireler tarafından verilmektedir. Yaşlı hekimler, genç hekimlere göre daha sık ev ziyareti yapmaktadır. Amerika ve Avrupa’da ESH alan hastalara kısa süreli rehabilitasyon hizmetleri, hastanede yatış sonrası yaklaşık üç aya kadar verilen bakım hizmetleri, fizik tedavi hizmetleri, kişisel bakım hizmetleri, teknik hemşire hizmetleri ve ergoterapi gibi bakımlar da verilmektedir.^{7,11}

Önceleri ESH ile evde bakım hizmetleri birbirini yerine kullanılmakta iken; son yıllarda bundan vazgeçilmiştir. Evde bakım hizmetleri, ESH’ne göre çok daha geniş bir hizmet olduğundan farklı bir anlam taşır. Evde bakım hizmetleri, özellikle yaşlı bireylerin sağlığını korumak ve yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerine yardımcı olmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin bir arada sunulmasıdır. Bireylere sunulacak banyo yapma, saç yıkama, elbise giyme, yemek yapma, ev temizliği ve bahçe işleri gibi hizmetler evde bakım hizmetleri başlığı altında yer almaktadır. Kısaca evde bakım hizmetleri, ESH’den farklı olarak yaşlılarda sosyal ve sağlık alanında her türlü bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlar.^{12,13} ESH ise, evde bakım hizmetlerinin bir parçası olarak kişilere ev ortamında verilen her türlü sağlık hizmetlerini ifade eder.

Ülkemizde, profesyonel anlamda ESH sunumu 10 Mart 2005 tarihinde yayınlanan ve özel sağlık kuruluşları tarafından evde bakım hizmetleri verilmesine imkân sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile başlamıştır. ESH’nin Türkiye’deki tarihsel gelişimine baktığımızda, 18 Ağustos 2005’te “Evde Bakım Derneği”nin kurulduğunu ve 2006’da “1.

Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi”nin düzenlendiğini görmekteyiz. Yine 2006 yılında Denizli’de “Evde Bakım Hizmetleri Birimi” kurulmuş ve devlet tarafından verilen ilk ESH örneği olmuştur. Türkiye’de ESH’nin 1 Şubat 2010 tarihinde “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile tüm devlet hastanelerinde kurulmasıyla ivme kazandığı görülmüştür.¹⁴

KAPSAMI

ESH’de, üzerinde anlaşılmalı bir uluslararası konsensüs olmadığından, her ülke kendi imkanları ve sosyokültürel özellikleri açısından aralıklı olarak güncelleyebileceği bir temel hizmet listesi oluşturmalıdır.¹⁷ Ülkemizde de ESH’nin kapsamı, sağlık çalışanlarının görev tanımı, yetkileri ve sorumlulukları ile ilgili tam bir standart geliştirilememiştir. Bununla beraber ESH hizmet kapsamı Sağlık Bakanlığı tarafından yatağa bağımlı hastalar, terminal dönem kanser hastaları, ileri derecedeki kas hastaları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi solunum sistemi hastalıkları, yeni doğan sarılıkları ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak belirlenmiştir. Bu kişilere verilecek ESH ekibinde sorumlu hekim dışında, hemşire, sağlık memuru, fizyoterapist, sosyal hizmetler uzmanı, yaşlı bakımı elemanı, psikolog, ergoterapist, diyetisyen ve şoför olmalıdır. ESH ekibinin, rutin sağlık hizmetlerinin yanı sıra hemşirelik hizmetleri, bireysel ihtiyaçlara uygun bakım planı oluşturma, solunum ya da beslenme problemlerinin çözümü, tıbbi cihaz temini ve kullanımının eğitimi, bakım verenlerin psikososyal problemleri, bası ülserlerinin önlenmesi ve tedavisi, doğru pozisyonlama ve bağımlılık derecesinin ölçümü gibi sorumlulukları vardır.^{6,14}

ESH deyince ilk akla gelmesi gereken hasta grubu yatağa bağımlı hastalardır. Özellikle, serebrovasküler olaylar sonrası gelişen motor bozukluklar (hemipleji ve tetrapleji) yetişkinlerde yatağa bağımlılığın en önemli ve en sık nedenlerinden birisidir. Bu hastalar ev ziyaretlerinde bilinç durumu, mental fonksiyonlar, yutma fonksiyonu, refleksler, konuşma, serebellar değerlendirme, sfinkter problemleri, motor ve duyuşal açıdan ve kas-iskelet sistemi açısından değerlendirilmelidir.¹⁸ KOAH’lı hastalarda ESH ile sigara bırakma danışmanlığı, pulmoner iritanlardan uzak durma, solunum egzersizleri, bronkodilatör ilaç ve cihazların kullanımına yönelik eğitimler mümkündür. Bu hastalarda özellikle pulmoner

rehabilitasyonda tecrübeli hemşirelerle hasta yakınların maksimum düzeyde hastayı yönetmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilir¹⁹. Terminal dönem kanser hastalarına verilecek ESH, rutin sağlık hizmetleri ve hemşirelik bakımı dışında kemoterapinin bulantı, kusma, ağrı, yorgunluk, depresyon ve anksiyete gibi emosyonel bozukluklar, febril nötropeni, kaşeksi ve beslenme problemleri gibi yan etkileri de kontrol altına almaya yönelik olmalıdır. İlerlemiş kas hastalıklarında, hastaya uygun ev içi düzenleme ve fizyoterapist eşliğinde ev içi fizyoterapi modaliteleri uygulanabilir. Burada amaç hastaların aynı özürüllük durumunda çok daha az bağımlılıkla yaşamını sürdürmesini sağlamak olmalıdır. Yenidoğan döneminin en sık görülen problemlerinden olan sarılıkta ESH kapsamında evde fototerapi uygulanabilir. Miadında doğan, sarılık dışında bir problemi olmayan ve sağlık ekibi ile işbirliği kurabilecek ailelerin bebeklerine evde güvenli ve etkili bir şekilde fiberoptik battaniye ile fototerapi uygulanabilir. Tüm bu bahsedilen durumların dışında, ESH alan hastaların ağız ve diş sağlığı problemleri de ESH kapsamında tedavi ve takip edilebilir.^{5,6}

ESH alan hastaların, başlıca sağlık problemleri arasında bası ülserleri yer almaktadır. Bası ülserleri en sık sakrum ve topuk olmak üzere hastanın kullandığı koltuk değneği, tekerlekli sandalye gibi yardımcı araçlara bağlı olarak farklı bölgelerde de olabilir. ESH ekibinin en önemli görevlerinden biri bası ülserlerinin önlenmesi ve mevcut bası ülserlerinin bakımının sağlanmasıdır. Öncelikle her ev ziyaretinde bası ülserleri çap, akıntı veya enfeksiyon varlığı, çevre dokuların

durumu açısından değerlendirilmelidir. Bası ülserleri oluştuğundan sonra tedavisi oldukça zordur ve multidisipliner bir ekip gerektirir. Bu nedenle bası ülserlerinin önlenmesi ESH veren ekibin temel sorumluluklarından olmalıdır. Bakım verenlere bası ülserlerinin önlenmesi ve lokal yara bakımı hakkında bilgi verilmelidir. Hastaya iki saatte bir yatakta yön değiştirilmesi, yatış ve oturma sırasındaki destek yüzeylerinin uygunluğu, basınç giderici özel yatakların kullanımı ile basıncın tüm yüzeye eşit dağıtılması, basınç azaltan manevraların uygulanması, çarşafın temiz ve ütülü olması, enfeksiyonların kontrolü, uygun beslenmenin sağlanması, kan şekeri yüksekliği, anemi gibi durumların tedavisi ile bası ülserlerinin oluşumu önenebilir. Haftada bir bası ülseri takibi, iki haftada bir ise iyileşme kontrolü yapılmalıdır. İyileşme belirtileri yoksa tedavi planı tekrar gözden geçirilmelidir.^{6,20}

AVANTAJLARI ve DEZAVANTAJLARI

ESH ile ilgili karşımıza çıkan ilk sorun ihtiyaç sahiplerine bu hizmetin yeterince ulaşamaması ve profesyonel bir sağlık ekibinin oluşturulamamasıdır. Öte yandan ESH'nin yaygınlaşması ile birlikte mevcut uygulamadaki olumlu yönlerin yanı sıra kontrol edilmesi gereken olumsuz yönler de dikkate alınmalıdır. Tablo 1'de ESH'nin avantajları ve dezavantajları sıralanmıştır. Tablo incelendiğinde ESH'nin hem hasta ve yakınları hem de sağlık çalışanları ve sağlık sistemi ile ilgili çok çeşitli avantajları olduğu gibi bazı yönleri ile de dezavantajları olduğu görülmektedir.^{15,16,21}

Tablo 1. ESH'nin Avantajları ve Dezavantajları	
Avantajları	Dezavantajları
Hasta özerkliğinin sağlanması	Yakın bir kontrol mekanizması kurmakta zorlanma
Hastanın yaşam kalitesinin artırılması	Özel yaşamın gizliliğinin zedelenmesi
Hasta uyumunun artırılması	Evde gelişebilecek komplikasyonların kontrolünde güçlükler yaşanması
Hastane başvurularının azaltılması	Multidisipliner yaklaşımın hastane dışında verilmesinde güçlük
Hastane enfeksiyonu riskinin azaltılması	Hastanelerin profesyonel ekip oluşturmada zorlanması
Sağlık giderlerinin azaltılması	Yalnızca ESH ile ilgilenebilecek sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması
	Sağlık personelin kişisel güvenlik problemleri

SONUÇ ve ÖNERİLER

ESH, günümüz toplumunun değişen ihtiyaçlarına cevap olarak ortaya çıkmıştır. Ülkemizde yaşlı nüfusun artışı ile birlikte hem multimorbidite, hem de engellilik oranları da yükselmiştir. Bu durum ESH'nin gelecekte daha nitelikli ve yaygın bir şekilde verilmesini gerektirecektir. ESH bu alanda yetmiş profesyonel bir ekiple yürütülmeli, aile hekimleri de bu ekiple ortak çalışmalıdır. Nitelikli bir şekilde verilen ESH ile eve ya da yatağa bağımlı hastaların tüm tıbbi ihtiyaçlarının ev ortamında karşılanarak yaşam kalitelerini artırmak mümkündür. Ayrıca yatağa ve eve bağımlı hastaların ESH ihtiyaçlarının karşılanması ile hastanelerin iş yükünün azaltılması ve sağlık giderlerinin düşürülmesi de mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Tekin ÇS, Kara F. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık. IBAD. 2018;3(1):219-29.
2. Onarcan M. Türkiye'de evde bakım hizmetleri ve ülke modeli için öneriler. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2011;19. <http://www.sdplatform.com/Dergi/519/Turkiyede-evde-bakim-hizmetleri-ve-ulke-modeli-icin-oneriler.aspx>. Erişim Tarihi: 01-02-2019.
3. GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: Quantifying the epidemiological transition. The Lancet. 2015;386(10009):2145-91.
4. Popejoy LL, Stetzer F, Hicks L, Galambos C, Stetzer F, Popescu M, et al. Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs. Nurs Econ. 2015;33(6):306-13.
5. Çayır Y, Işık M. Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. Smyrna Tıp Dergisi. 2012;2:87-9.
6. Çayır Y. Birinci basamakta evde sağlık hizmetleri: Neler yapabiliriz? Dicle Med J. 2013;40(2):340-4.
7. Tarricone R, Tsouros AD. Home Care in Europe. Copenhagen: World Health Organization; 2008. p.1-36.
8. McWhinney Ian R. Primary care core values: core values in a changing world. BMJ 1998; 317(7147): 1807-09.
9. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Derg. 2011;38:57-65.
10. Montefiore Home Care: Where Caring Continues. <http://www.montefiore.org/home-care>. Erişim Tarihi: 01-02-2019.
11. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2009. p.363-374.
12. Çubukçu M, Yazıcıoğlu B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2016;(4):325-31.
13. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Geriatri. 2002;5(4):155-9.
14. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010. Tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>. Erişim Tarihi: 01-02-2019.
15. Tan WS, Lee A, Yang SY, Chan S, Wu HY, Ng CW, et al. Integrating palliative care across settings: A retrospective cohort study of a hospice home care programme for cancer patients. Palliat Med. 2016;30(7):634-41.
16. Smith BM, Malay KA, Hawkins DJ. Basic statistics about home care updated. National Association for Home Care & Hospice. 2004. p.1-14.
17. Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Türkiye'de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri. Euras J Fam Med. 2014;3(1):1-8.
18. Çayır Y, Fakirullahoğlu P, Özer Ö, Taştan K, Navruz M. Kuadriplejik bir olgu üzerinden evde sağlık hizmetleri. Genel Tıp Derg. 2014;24(Ek 2):39-42.
19. Alonso A. A new model for home care for COPD. Stud Health Technol Inform. 2004;103: 368-73.
20. Çayır Y, Avşar Ü. Z, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri.

Konuralp Tıp Dergisi. 2013;5(3):9-12.
21. Işık O, Kandemir A, Erişen M.A. Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan

Hizmetin Değerlendirilmesi.
Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.
2016;19(2):171-86.