

TÜRKİYE'DE EVDE BAKIMDA MEVCUT DURUM

Prof. Dr. Rukiye Pınar

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü

Uluslararası Hemşireler Birliği'nin 2010 yılı teması "Kronik Hastalıkların Yönetiminde Hemşire"dir¹. Gerçekten de kronik hastalıklar dünya sağlık harcamalarının %60'ından fazlasına karşılık gelmektedir². Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 16 Şubat 2006 tarihinde yayınlanan "Kronik Hastalıklar Raporu"na göre, ülkemizde 22 milyon kronik hastalıklı birey mevcuttur³, 2020 yılında dünyada tüm ölümlerin %75'inin kronik hastalıklardan kaynaklanacağı öngörülmektedir. Yaş ilerledikçe kronik hastalıklar artmaktadır². Devlet İstatistik Enstitüsü'nün 2002 yılı sonunda yaptığı araştırmaya göre, Türkiye nüfusunun %12.3'ü (yaklaşık 8.5 milyon kişi) özür-lüdür, %9.7'sinin özürlü kronik hastalıklara bağlıdır⁴. Kronik hastalıklı ve özür-lülerle birlikte 30 milyonu aşan bu gruba nerede, nasıl ve kim tarafından ağılık hizmeti verilecektir?. Kuşkusuz bu sorunun yanıtı "kurum bazında ve hekim-hemşire temelli bir hizmet sunulsun" olmamalıdır. Çünkü ülkemiz sağlık göstergeleri açısından (sağlığa ayrılan bütçe, hastane yatak sayısı, hekim sayısı, hemşire sayısı/100 000) dünya sıralamasında yüz güldürücü bir yerde değildir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2003 yılında Türkiye'de yaklaşık 47-63 bin hekim açığı mevcuttur⁵; 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 düşmüştür⁶. DSÖ'nün Avrupa bölgesindeki 51 ülke içinde her 1000 kişiye düşen hemşire sayısı 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. Sağlık çalışanı olmayan sağlık olanağı (hastane, sağlık merkezi vb) sağlık çalışanlarının eksikliğini ya da fazlalığını tespit etmede bir diğer göstergedir. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri istatistiklerine göre ülkemizde hekimi olmayan sağlık merkezlerinin oranı %16.8'dir⁵.

Ülkemizde yaşlılara verilen hizmetler daha çok kurum bazındadır. 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 mevcuttur⁷. Kaba bir hesaplama ile 60 ve üzeri 341 kişiye bir huzurevi yatağı düşmektedir. Bu azımsanmayacak bir rakam olmakla birlikte, yaşlıların kurumlara girişi koşulları nedeniyle mevcut huzurevleri gereksinimi karşılamaktan çok uzaktır. Örneğin huzurevlerine kabul edilecek yaşlılarda aranılan 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"; yine **huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerine kabul edilecek yaşlılarda aranılan nitelikler arasında** "ruh sağlığı yerinde olmak" gibi şartlar yer almaktadır⁸. 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 tesisleri kurması veya kurdurması" hükmü ile örtüşmemektedir⁹.

Tüm bu yetersizliklere karşın hükümetin Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda (2007-2013) 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, yanı sıra 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 ihtiyaçtan söz edilmekte; program çerçevesinde "eğitim ve sağlık hizmetlerinin dezavantajlı gruplar için daha erişilebilir ve eşit olarak yararlanılabilir hale geti-

rileceği”; “sosyal hizmet ve yardımların ihtiyaç sahiplerine daha etkili sunulması amacıyla, bu alanda hizmet veren kurumlar arasında işbirliğini sağlayan, yerel yönetim ve sivil toplum insiyatifini artıran, ihtiyaç sahiplerinin tespitinde ve ihtiyaçlarının karşılanmasında objektif kriterler getiren düzenlemeler yapılacağı ve sosyal hizmet ile yardımlar alanında nitelikli personel eksikliğini giderileceği”; “yaşlılara yönelik evde bakım hizmetinin destekleneceği, kurumsal bakım hizmetlerinin ise nitelik ve niceliğinin artırılacağı” belirtilmektedir⁶.

Oldukça iyimser düşüncelerle yazılmış bu plan, iyileşme yönünde küçük değişimler olmasına karşın, planlama sürecinin neredeyse yarısını geride bırakmamıza rağmen, henüz hayata geçirilememiştir. Yaşlılara, kronik hastalıklı bireylere, özürülere bakacak kurumumuz ve sağlık çalışanımız yoksa, bu insanlara nerede ve nasıl sağlık hizmeti ulaştırılacak? Çözüm evde bakım hizmetleri ve bu hizmetlerin yükünü sırtlanacak ara insan gücünün yetiştirilmesi olmalıdır.

Evde bakım kronik hastalığı veya sakatlığı olan veya taburculuk sonrası evde tedavi alması gereken veya terminal dönemde olan kişilere sağlığını yeniden kazandırmak, yükseletmek ve gelişebilecek komplikasyonlara karşı korumak için multipl sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde bireyin kendi yaşadığı yerde verilmesidir. Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre evde bakım “Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır¹⁰.

Evde bakımın kurum bakımına kıyasla birçok üstünlüğü vardır. Bunlar:

- 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, hasta 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 nazokomiyal infeksiyon gibi hastane kaynaklı komplikasyonlar daha az görülür.
- Evde bakım hastanede yatış süresini azaltarak, yatakta 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.
- Maliyet etkilidir; aile ve ülke ekonomisine katkı sağlar¹¹⁻¹³
- Geleneksel yapımıza uygun bir modeldir.

Türkiye’de evde bakımın tarihi henüz çok yeni olup, bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Bugün ülkemizde evde bakım hizmetleri, yerel yönetimler tarafından yoğun olmakla birlikte, yerel yönetimler, özel hastaneler, özel evde bakım merkezleri ve kamu hastanelerinin evde bakım birimleri tarafından yürütülmektedir.

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik madde 5’te sağlık kuruluşlarının, faaliyet alanları, verilen hizmetin kapsamına göre altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, merkez veya birim olarak açılabilceği belirtilmektedir. Madde 6’da merkezlerin, tabip sorumluluğunda ve gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile sadece evde bakım hizmetleri verilmek üzere müstakil olarak açılan kuruluş; madde 7’de birimlerin, hastane, tıp merkezi, özel dal merkezi veya poliklinik olarak ilgili mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları bünyesinde, bir birim olarak gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile evde bakım hizmetleri sunan kuruluş olduğu belirtilmektedir. Madde 8’de merkezlerin özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılıp işletilebileceği, birimlerin ise 9/3/2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik¹⁴ hükümlerine göre açılan merkezler, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsatlandırılan özel hastaneler bünyesinde açılabilceği, mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastanelerinin de, bu yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti verebileceği belirtilmektedir¹⁰.

Evde bakımdan hastaneden taburcu olduktan sonra tedavisinin devam etmesi gerekenler (yara bakımı, IV terapi, fizyoterapi..vb), kronik hastalıkları veya özürülüğü 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 yönelik olmakla birlikte, bu hizmetlerden yararlananların çoğu 65 yaş ve üzeri kişilerdir^{11-13, 15}.

EvdeBakımHizmetleriSunumuHakkındaYönetmeliği'nin çalışma usul ve esaslarına değinen beşinci bölüm, madde 19'da "Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilir. Çağrı merkezi görevlisi personel hizmet talep eden kişi ile görüşme yapar, gerekli bilgileri verir. İlk görüşmeyi takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulur, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur. Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulamıyorsa hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur, varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanır. Gerekli durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır. Evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır" denilmektedir¹⁰. Ülkemizde, sağlık politikaları açısından değerlendirdiğimizde, evde bakım sisteminin yaygınlaştırma çabalarının temel nedeni bu sistemin maliyet etkili olmasıdır. Ancak yukarıda ifade edilen paragrafta görüldüğü gibi, yönetmelikte hangi olguların bakım kapsamına alınacağı net değildir. Bu şekilde bir değerlendirme ile kişilere evde bakım hizmeti verilirse, mevcut insan gücü, sağlığa ayrılan bütçe vs düşünüldüğünde evde bakım sisteminin çok maliyet etkili bir sistem olmadığı görülecektir. Bu nedenle evde bakım kapsamına kimler alınacak sorusunun ayrıntılı olarak yanıtlanmasına ihtiyaç vardır.

Yine de ilgili yönetmeliğe bakıldığında önemli iyileştirmeler ve yasal yaptırımlar yönünde olumlu değişimleri görmek mümkündür. Yeni yönetmelikte dikkat çeken hususlar çalışan personelin başta HIV, hepatit markerleri olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini en az yılda bir defa periyodik olarak yaptırması, kayıt tutulması, bakım hizmeti veren personele bilgi ve eğitim verilmesi, danışmanlık sağlanması, hizmetleri geliştirmeye yönelik kararlar alınması ve sorunları tartışmak üzere toplantılar düzenlenmesi, tüm uygulama ve işlemlerde etik kurallara uyulması, bakım ve tedavinin hasta hakları doğrultusunda yapılması, fiziki altyapının tanımlanan özellikleri ve merkezlerin denetim ilkeleridir. Yine madde 29'da "Sağlık kuruluşlarının denetimi; müdürlük tarafından oluşturulan bir hekim, bir hemşire olmak üzere en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir. Olağan denetimler, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, en az altı ayda bir yapılır, Sağlık kuruluşunun görevlendirdiği hekim dışı sağlık personeli tarafından hastaya verilen evde bakım hizmetleri; müdürlük tarafından görevlendirilecek bir sağlık personeli başkanlığında; tabip odası temsilcisi ile hekim dışı sağlık personelinin temsil eden derneklerden bir temsilciden oluşturulacak bir ekip ile denetlenir. Denetim, şikayet, soruşturma ve Bakanlık merkez teşkilatının veya müdürlüğün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere en az üç ayda bir, her bir sağlık kuruluşu tarafından en az iki hastaya verilen hizmet yerinde denetlenir. Denetim sonucu bir rapor hazırlanarak Müdürlüğe sunulur. Rapor Müdürlük tarafından değerlendirilerek sağlık kuruluşu hakkında mevzuat doğrultusunda gerekli işlemler uygulanır" denilmektedir¹⁰.

Evde bakımda üzerinde düşünülmesi gereken bir diğer husus hekim ve hemşirenin denetiminde sınırlı bakım faaliyetlerinde çalışacak ara insan gücünün yetiştirilmesine duyulan ihtiyaçtır. Burada yanıtlanması gereken anahtar soru eksik ara insan gücünün kim tarafından ve nasıl yetiştirileceğidir. Ülkemizde mevcut durumda yaşlı ya da hasta bakıcısı adı altında çok çeşitli düzeylerde, çok farklı kurumlar tarafından ara insan gücü yetiştirilmektedir. Bu programların, kanımca en vahim olanı da devlet eliyle, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı sürücü kurslarında yaşlı bakım elemanı yetiştirilmesidir. 130 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 Uluslar arası Çalışma Örgütü'nün hazırladığı meslek ta-

nımlamaları vardır. Ara insan gücü yetiştirilirken bu örgütün standartları rehber alınmalıdır. En önemlisi de bu programlar meslek örgütleri, üniversiteler, yerel yönetimler ve ilgili Bakanlıkların işbirliğinde yapılmalıdır.

Evde bakım gereksinimi olan yaşlılarda en çok görülen hastalıklar ortopedik problemler, kardiyak problemler, diyabet ve solunum problemleridir. 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. Tüm bu sorunların demans, beslenme bozukluğu, hareket ile ilgili sorunlar, polifarmasi ve güvenlik sorunları ana başlığı altında ele alınabilir. Bu problemler semptom yönetiminin sağlanması ve hastaların optimum sağlıklarını geri kazanmalarını sağlamak için evde bakım hemşireleri tarafından bakım planlamalarında ve uygulamalarında dikkat edilmesi gereken konulardır¹⁶.

Sonuç olarak ülkemizde evde bakım hizmetleri henüz yaygınlaşmamıştır, evde bakım hizmetlerinin sunumunun nasıl yapılacağına dair belirlenmiş bir model yoktur, altyapı planlamaları yapılmamıştır, evde bakım hizmetleri daha çok özel sektör ve yerel yönetimler tarafından verilmektedir, bu

hizmetleri verecek nitelikli insan gücü eksiklikleri mevcuttur.

Oysa evde bakım geleneksel aile yapımıza son derece uygun olduğundan toplum tarafından kabullenilmesi ve benimsenmesi kolay bir modeldir. Bu bağlamda evde bakımda aile üyelerine aktif rol verilmesi ve aile üyelerinin bakıma katılabilmeleri için eğitim ve danışmanlık yolu ile güçlendirilmeleri gerekir. Ayrıca ara insan gücünün yetiştirilmesi, bu konuda esas ve usullerin belirlenmesine ivedilikle gereksinim vardır. Evde bakım hizmetlerinin sadece özel kuruluşlar ve yerel yönetimler aracılığıyla karşılanamayacağı gerçeğinden hareketle, genel sağlık sistemi içinde ve diğer sağlık hizmeti sunan kuruluşlarla bağlantılı bir kamu hizmeti olarak planlanması uygun olacaktır. Bu hizmetin gerektiği gibi verilebilmesi için destekleyici hizmetlerle birlikte sunulması yaşamsal önem taşımaktadır. Hizmeti sadece sağlık hizmeti ile sınırlamak, hizmetin hiç yaşama geçmemesine neden olacaktır. Bu nedenle evde bakım hizmetleri sağlık ve sosyal hizmetlerin entegrasyonu şeklinde olmalıdır. Bu konuda halen yürürlükte olan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun başta olmak üzere ilgili yasalarda evde bakım ile ilgili maddeler dikkate alınmalıdır. Son olarak evde bakım hizmeti ile ilgili güncel gelişmeleri dikkate alan, hizmetin bütün yönlerini kapsayan ve bu hizmeti bir kamu hizmeti olarak değerlendiren bir yasal düzenlemeye gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. www.icn2010.org/ (Erişim tarihi: 1 Mayıs 2010).
2. www.who.int/chp/chronic_disease_report (Erişim tarihi: 1 Mayıs 2010).
3. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Kronik Hastalıklar Raporu", 16 Şubat 2006.
4. www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm (Erişim tarihi: 1 Mayıs 2010).
5. Savas S, Karakan O, Saka O. Health Care Systems in Transition: Turkey. Thomson S, Mossialos E, eds. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. 2002:77-78, 80. <http://www.euro.who.int/document/e79838> (Erişim tarihi: 2 Ocak 2008).
6. Dokuzuncu Kalkınma Planı, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 01/07/2006. Sayı: 26215, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan9.pdf> -. (Erişim tarihi: 1 Şubat 2008).
7. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, http://www.shcek.gov.tr/Kuruluslarimiz/tablo_huzx.asp (Erişim tarihi: 23 Ocak 2008).
8. Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, http://www.shcek.gov.tr/hizmetler/yasli/Huzurevine_Giris_ve_Basvuru.asp, (Erişim tarihi: 24 Ocak 2008).
9. 982 Anayasası. Kanun No: 2709. Kabul Tarihi: 18/10/1982. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 09/11/1982. Sayı: 17863, www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1113.html - 252k (Erişim tarihi: 24 Ocak 2008).
10. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (T.C. Resmi Gazete, 10 Mart 2005, sayı: 25751).
11. Karahan S, Güven S.(2002). Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics, 5 (4):155-159.
12. Aydın D.(2005). Evde Bakım Hizmetleri. Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları 1 Ankara.
13. Döventaş A.(2006). Evde bakım: Nasıl uygulayalım? 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kongre Kitabı, Antalya: 6-10 Eylül, s. 83-86.
14. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. (T.C. Resmi Gazete, 9 Mart 2000, sayı: 23988).
15. Lueckenotte AG.(2000). Gerontologic Nursing. 2nd ed, Mosby Company, St Louis, p.781- 789.
16. Rice R. Home Care Nursing Practice: Concepts and Application. 4 th ed, The Mosby, Phoenix, 2006: 443-455.