

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık birimi değerlendirilmesi

Evaluation of home health care unit at Sanliurfa Education and Research Hospital

Dursun Çadırıcı¹, Cumhuriyet Murat Tulay², Erkan Çakmak³

¹Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

²Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği

³Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

Yazışma adresi: Dursun ÇADIRCI, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Şanlıurfa, Tel: +9 0 414 318 60 00, Fax: +90 414 318 68 12, E-mail: drdcadirci@hotmail.com

Geliş tarihi / Received: 24.04.2013

Kabul tarihi / Accepted: 14.06.2013

Özet

Amaç: Evde bakım hizmetleri dünyanın birçok ülkesinde genel sağlık ve sosyal hizmetler içinde yer alan bir hizmettir. Bu kavram hastaya, evinde sunulan medikal ve paramedikal hizmetler olarak özetlenebilir. Bu çalışmada hastanemizde kurulmuş olan evde sağlık bakım biriminde 6 aylık dönemdeki hastalara ait dosyalar retrospektif olarak incelenerek sonuçları paylaşıldı.

Materyal ve metot: Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi tarafından Ocak 2012 – Haziran 2012 arasında takip edilen 234 hastanın rutin kayıtları incelenerek elde edilen veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hasta ya da hasta yakınlarının evde sağlık için başvuruları ev ziyaretleri yapılarak hastanın bakım yapılacağı ortamda değerlendirildi.

Bulgular: Altı aylık inceleme dönemi içerisinde hizmet verilen 234 hastanın %62'si kadın, %38 erkekti. Yaş ortalaması 67.2 idi. Hastalık gruplarına bakıldığında nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler ve endokrin nedenli hastalıklar en sık bakım gereksinimi oluşturan 3 hastalık grubuydu.

Sonuç: Evde sağlık hizmeti, bireye yaşadığı ortamda verimli bir şekilde sağlık hizmeti sunma modelidir. Günümüz koşullarında özellikle yatalak hastaların hastane ortamında bakımlarının yerini evde sağlık hizmeti almalıdır. Evde sağlık hizmetleri ile ilgili standartların oluşturulması ve hizmetlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hizmetler, sağlık, evde bakım

Abstract

Background: Home care services are taken place in public health and social services in many countries of the world. This concept can be summarized as medical and paramedical services which are presented at home. In this study, the patients' files were retrospectively reviewed in our home health care unit during 6 months and the results were discussed.

Methods: The data obtained from 234 patients who were followed at Şanlıurfa Education and Research Hospital Home Care Unit, between January 2012 - June 2012 were evaluated retrospectively. The home health care environment was evaluated during the home visits.

Results: Sixty-two percent of patients who were served at 6 months period were female male and thirty-eight percent were male. The meanage was 67.2. When we look at the group of diseases, Neurological diseases, cardiovascular and endocrine diseases are the most common diseases which need home care.

Conclusion: Home health care is a model that serves efficient health service at living environment. In today's conditions, home health care treatments should replace hospital care especially forbedridden patients. The establishment of standards and services related to home health services should be improved.

Key words: Services, health, home care

Giriş

Evde bakım hizmetleri dünyanın birçok ülkesinde genel sağlık ve sosyal hizmetler içinde yer alan bir hizmettir. Bu hizmet, gereksinim duyan kişiye aile, arkadaş ve komşu gibi yakınları ile görevi gereği evde bakım hizmetini üstlenmiş kişiler ve gönüllüler tarafından sağlanan bakım etkinlikleridir. Bu kavram hastaya, evinde sunulan medikal ve paramedikal hizmetler olarak özetlenebilir (1-3). Her ülkenin genel sağlık ve sosyal hizmet sistemlerinin özelliğine ve imkanlarına göre bu hizmet kamu kurumları, özel ve/veya gönüllü kuruluşlar eliyle verilebilir; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları evde bakım hizmetlerini sunmak üzere organizasyonlar oluşturabilirler (1, 2). Evde sağlık hizmeti hasta ve bakıma muhtaç bireylere, sevgi ve şefkat ortamında bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu modern bir sistemdir. Bireyin, ailenin ve toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi evde sağlık hizmetleri ile sağlanır (4). Evde bakım hizmetlerinin dünyadaki gelişimi incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri'nde 1965'den beri hızlı bir şekilde yaygınlaşmaya başladığı görülmüştür. Bugün dünyada hala evde bakım hizmeti sistemi bulunmayan ülkelerin sayısı az değildir. Gelişmiş Avrupa ülkelerinin bir kısmında bile bu hizmet sisteminin henüz etkili bir şekilde yürütülemediği de söylenebilir (2). Ancak

giderek yaygınlaşan evde sağlık hizmeti, sağlığı korumanın, yaşam kalitesini arttırmanın en uygun yöntemi olarak görülmektedir (4).

Tıp ve teknoloji alanındaki yenilikler, yaşam standardının yükselmesi, erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere bağlı olarak doğuştan beklenen yaşam süresi uzamaktadır (5, 6). Doğurganlık ve mortalite hızlarının azalması, bağışıklama ve enfeksiyon hastalıkları başta olmak üzere hastalıklarla savaştan elde edilen başarılar, teknolojik gelişmeler ile çevresel şartların düzeltilmesi sonucu yaşlı nüfus hızla artmaktadır (7-9). Ülkemizde de Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre beklenen yaşam süresinin uzadığı görülmektedir (10). Yaşlı nüfusun giderek arttığı ülkemizde kronik hastalıkların neden olduğu bakım hizmeti gereksinimi olan nüfus sayısı da artmaktadır. Aynı zamanda kazalara bağlı engelli bireylerin sayısının da arttığını düşünenecek olursak, bu hizmet gün geçtikçe önem kazanmaktadır.

Evde sağlık hizmeti kişinin kendi alıştığı ortamda bakılmasını sağlar. Kişinin ait olduğu sosyal çevreden kopmasını engeller. Bu özellikle çeşitli düzeyde demansa sahip hastaların, mevcut tıbbi durumları dolayısı ile yeni bir ortama uyum sağlama yeteneklerinde azalma olması nedeniyle önemlidir (7, 11). Hastaların çevreyle olan iletişimi daha hızlı iyileşmelerini sağlamaktadır. Evinden çıkarılıp hastaneye yatırılan hastalarda iyileşmenin geciktiği düşünölmektedir (7, 12). Ev, kişinin kendisini rahat

ve mutlu hissettiği, alışıktığı bir ortamdır. Bu nedenle ev, fiziksel ve ruhsal olarak, içindeki kişiler ve donanımıyla hastane ortamından farklı özellikler taşıyor (4, 13).

Hastaların kronik hastalıkları dolayısıyla hastanede yatış süreleri bazen gereksiz yere uzamakta ve bu uzun yatışlara bağlı ek problemlere sebep olabilmektedir. Tıbbi tedavi açısından hastanede yatış gerektirmeyen, ancak bakım ihtiyacı dolayısıyla takibi gereken hasta grubu mevcuttur. Asıl hastalıkları ile ilgili almaları gereken tedavi hizmetleri bakım hizmetlerinin gerisinde kalmaktadır. Hastane tedavi süresi medikal anlamda sona eren bireylere aileleri kendi olanaklarıyla evlerinde bakmaya çalışmaktadır (2). Evde sağlık bakımı uygunsuz hastane kullanımını azaltır, hastaneye başvurularda, hastanede kalış sürelerinde ve hastane enfeksiyonların da azalma gözlenir (14, 15).

Sıklıkla evde bakım (home care) terimi sağlık çalışanı olmayanlar tarafından verilen nonmedikal bakımı tarif etmek için kullanılırken, evde sağlık bakımı (home health care) ise doktor, hemşire veya lisanslı bir sağlık çalışanı tarafından verilen tıbbi bakımı tarif eder (16, 17).

Bu çalışmada hastanemizde kurulmuş olan evde sağlık bakım biriminde 6 aylık dönemde hastalara ait dosya incelemeleri retrospektif olarak yapılarak rutin kayıtlardan elde edilen sonuçlar paylaşıldı.

Materyal ve metod

Hastanemizin Evde Sağlık Birimi tarafından Ocak 2012 – Haziran 2012 arasında takip edilmiş olan 234 hastanın rutin kayıtları incelenerek elde edilen veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışma ile ilgili olarak etik kurul onayı alındı. Hastanemizin evde sağlık biriminde hasta ya da hasta yakınlarının evde sağlık için başvuruları

sırasında onamları alınarak ve hastanın bakımının yapılacağı ortamda ziyaret edilerek ilk değerlendirmeleri yapılmaktaydı. Tüm hastalar takip dönemi boyunca ayda en az iki defa olmak üzere evlerinde sağlık ekibiyle ziyaret edilmekteydi. Evde sağlık birimi bünyesinde bir doktor, iki hemşire ve bir şoför yer almaktaydı. Ayrıca ilk başvuru sırasında hastaların psikolog tarafından değerlendirilmesi yapılmakta, ihtiyacı olan hastalara psikolog desteği verilmekteydi. Bunun yanı sıra hastalar ev ortamında tıbbi sosyal çalışmacılar tarafından değerlendirilerek ihtiyaçları doğrultusunda gerekli destek sağlanabilmesi için girişimlerde bulunulabilmekteydi.

Hastaların hastanemizde evde sağlık hizmetlerine dahil edilme kriterleri şunlardır: Yatağa bağımlı hastalar, solunum sistemi hastalıkları olanlar, ileri derecede kas hastalığı olanlar, demans, felç v.b. özel ihtiyaçlarını dahi gideremeyen hastalığı olanlar kabul edilmektedir. Başvuru sonrası sorumlu hekim tarafından ilk değerlendirmesi yapılarak takibe başlanır. Takipten çıkarılma kriterleri ise: Evde sağlık hizmeti verilen hastanın uygulanan tedavi ile iyileşerek tedavi ihtiyacının ortadan kalkması; Evde sağlık hizmeti sunulan hasta için uygulanacak sağlık bakımı ve tedavinin belli bir aşamadan sonra sağlık personeli gerektirmeden uygulanabilecek hale gelmesi; Hastanın kendisi ve kanuni temsilcilerinin hizmeti sonlandırmayı talep etmesi; Hastanın vefat etmesi; Hastanın ikamet adresinin değişmesi; Hasta veya yakınlarının tedaviye uyumsuz davranışları, direnç göstermeleri, önerilere uymamaları halinde verilen hizmet, sorumlu tabip tarafından sonlandırabilir.

Bulgular

Evde Sağlık Biriminde Ocak 2012 – Haziran 2012 tarihleri arasında 234 hasta takip edilmiştir (Grafik 1). Bu 6 aylık inceleme dönemi içerisinde hizmet

verilen 234 hastanın %62'si kadın, %38'i erkek idi. Yaş ortalaması 67.2 (dağılım aralığı 3-102 yaş) idi (Grafik 2). Hastalık gruplarına bakıldığında nörolojik hastalıklar, kardiyovasküler ve endokrin nedenli hastalıklar en sık bakım gereksinimi oluşturan 3 hastalık grubuydu (Grafik 3).

Hastalarımızın primer ve sekonder hastalık tanıları incelendiğinde nörolojik hastalık grubunda en sık serebrovasküler olay, psikiyatrik hastalıklar içinde depresyon ve psikoz, kardiyovasküler hastalıklar arasında hipertansiyon ve kalp yetmezliği sık görülmekteydi. Hasta grubumuzda diyabet, sık gözlenen endokrin hastalık olarak karşımıza çıkmakta, solunum sistem hastalıkları içinde KOAH, ortopedik hastalıklar arasında en sık osteoporoz göze çarpmaktaydı. Onkolojik hasta grubunda ise en sık prostat kanserine rastlandı. Takipte olan hastaların %70'i yatağa bağımlı idi. Evde sağlık bakım kriterleri doğrultusunda 6 aylık süre içerisinde toplam 28 hasta (25 eksitus, 2 tedaviyi reddetme ve 1 iyileşme) hastanemiz evde sağlık birimi takibinden çıkmıştır (Grafik 4).

Tartışma

Günümüz sağlık bakım sisteminde sağlığın korunması, geliştirilmesinin yanı sıra hastalıkların bakım ve rehabilitasyonun da bireyin ve ailenin aktif katılımı ve sağlık bakımından sorumluluk almasının üzerinde durulmaktadır (18). Dünya genelinde koruyucu sağlık hizmetleri sağlığa ayrılan bütçenin önemli bir kısmına sahipken, evde sağlık hizmetlerinin de içinde bulunduğu rehabilite edici sağlık hizmetlerine de aynı düzeyde önem verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Tüm toplumlarda aile, hasta bireylerin bakımında önemli görevler üstlenmiştir. Toplumumuzun temel taşı olan aileye, hastaların bakımında

önemli sorumluluklar düşmektedir (6, 19). Evde bakım hastalarının %80'inde bakım aile bireyleri tarafından verilir (17, 20). Bizim hastalarımızın %97'sinde hastanın temel bakımından aile üyeleri sorumluydu.

Evde sağlık hizmetleri, farklı meslek ve branşların işbirliği ile sürekli, kapsamlı ve organize biçimde sunulması gereken bir hizmet olarak ifade edilmektedir. Evde sağlık bakımı gereksinimi bulunan hastanın, birden fazla bakım türü ile karşılaşacağı öngörülebilir. Bu süreçte karşılaşılan gereksinimlerin çeşitliliği nedeniyle multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç olduğu görülmektedir. Gereksinimlerin karşılanmasındaki kalite artışı beklentisi, her bakım bileşeninde ayrı eğitim almış personelin varlığını gerektirir (7, 21, 22). Evde sağlık hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile dikkate alınmasını gerektirdiğinden ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Evde sağlıktan sorumlu hekim hastanın mevcut hastalıkları ya da ortaya çıkan yeni klinik durumu ile ilgili olarak gerekli gördüğü branş hekimleri ile konsültasyon görevini yürütmelidir. Eğer mevcut şartlar yeterli ise konsültasyon faaliyetleri hastanın bulunduğu ortamda, yeterli değil ise hastanın transportunun sağlanacağı sağlık merkezinde ilgili hekim tarafından yapılmalıdır. Hastanın klinik durumunda meydana gelebilecek bozulma halinde, ailenin bakımı veya çevresel yetersizlik ortaya çıktığında hasta ve/veya hasta yakınlarının onamı alınarak hastaneye yatırma kararı verilmelidir (23).

Özellikle yatalak olarak takip edilen hastaların bakımında aileye büyük sorumluluk düşmektedir. Bu sorumluluğun hastayla primer olarak ilgilenen aile bireyleri üzerinde yarattığı baskı tartışılmazdır. Hekim hastanın yanı sıra aynı zamanda aileyi bakım konusunda bilgilendirmeli ve ailede tükenmişlik

gelişip gelişmediğini de değerlendirmelidir (17). Bu bireylerin hasta bakımının nasıl yapılacağı konusunda ayrıntılı bilgilendirilmesinin dışında, bu bireylerde gelişebilecek psikolojik ve sosyolojik duygu-durum bozukluklarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Biz ev ziyaretleri esnasında hasta ve yakınlarının psikolojik durumlarını değerlendirmek üzere ilk değerlendirmenin ardından 2 ayda bir psikolog tarafından aile bireylerinin ev ortamında değerlendirilmesini sağladık. Bu değerlendirmeler ışığında aile bireylerinin psikolojik durumlarıyla ilgili ileri çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Hasta bakımından sorumlu aile bireyleri, hastaları ile ilgilenen evde sağlık hizmetleri hekimini sadece hasta sağlığı ile ilgili konularda değil, resmi işlemlerin çözümüyle de ilgili tek kişi olarak düşünmektedir. Sağlık hizmetinin ev ortamında hastaya mevcut şartlar dahilinde hekim ve sağlık çalışanları tarafından sağlanması evde sağlık hizmetlerinin temel yapıtaşı olarak görülmesine rağmen, aile bireylerinin de sorumluluk alması gereklidir. Pek çok ülke, maliyetleri düşürmek açısından, aile fertlerini olası en iyi personel olarak görmektedirler. Gerekli eğitimlerin verilmesinin ardından, uygun aile fertleri tarafından verilecek olan bakım, hem hasta için daha doyurucu, daha güvenilir bir bakım süreci yaratacak hem de bakım maliyetlerinde azalma sağlayacaktır. Evde sağlık hizmetleri ile ilgili olarak henüz ülkemizde bu bağlamda çalışmalar olmamakla birlikte bu tür çalışmalara da hız verilmesi gerekebilir (7).

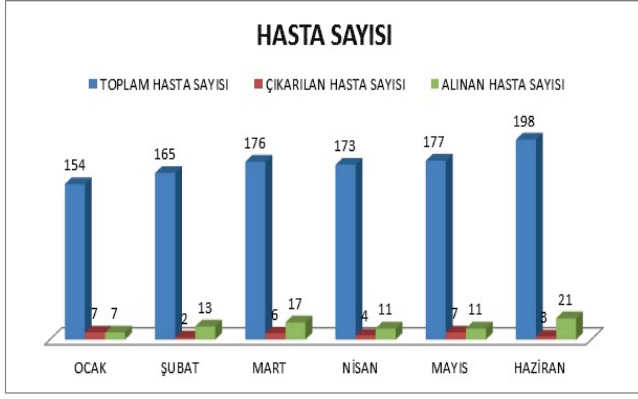
Evde sağlık hizmetinin olumsuz bir yönü olarak evde sağlık hizmeti veren kişinin evinin içine girmesi ile bakım alan kişi, özel hayatına müdahale ediliyormuş hissine kapılabilir (7).

Evde sağlık hizmetlerinin sınırlarının ve net kriterlerinin olmaması sağlık çalışanı ile hasta yakını arasında anlaşmazlıklara neden olabilir. Evde bakım verecek personelin güvenliği sağlanamayabilir (7). Hasta ve hasta yakınlarının kendi ev ortamlarında ziyaretleri esnasında personelin güvenliği sağlayacak önlemlerin de alınması gerektiğini düşünüyoruz. Sağlık bakanlığının yayınladığı Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik de yer verildiği gibi sağlık personeline sözlü ya da fiili şiddete maruz kalması durumunda hastaya verilecek evde sağlık hizmetinin sonlandırılması gerektiğine inanıyoruz (23).

Evde sağlık personeli, hastasıyla daha özel bir ilişki içinde olması ve hastane ortamında kısıtlanmamış olan hastanın daha az gergin olmasından etkilenerek daha az stresli olabilir. Yapılan bir çalışmada, evde hemşirelik hizmeti veren hemşirelerin kızgınlık, işe karşı önleyici tutumlar gibi negatif stres faktörleri açısından hastane hemşirelerine göre daha iyi durumda olduğu bulunmuştur (7, 24). Hastalarımızdan edindiğimiz izlenimler doğrultusunda evde sağlık birimi personeli ile ilgili hastaların daha olumlu düşüncelere sahip oldukları gözlenmiştir ancak bu konuda bir değerlendirme yapmamış olmamız çalışmamızın eksik yönü olarak kabul edilebilir.

Ortak bir çerçeve etrafında hekim ve sağlık çalışanlarının destekleriyle sağlık bakanlığı tarafından evde sağlık hizmetlerini için standartlar geliştirmesi gerektiğine inanıyoruz.

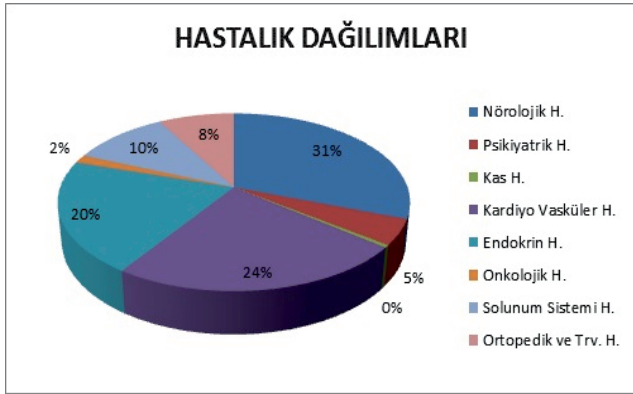
Sonuç olarak evde sağlık hizmeti, bireye yaşadığı ortamda verimli bir şekilde sağlık hizmeti sunma modelidir. Günümüz koşullarında özellikle yatalak hastaların hastane ortamında bakımlarının yerini evde sağlık hizmeti almalıdır. Evde sağlık hizmetleri ile ilgili standartların oluşturulması ve hizmetlerin geliştirilmesi gerekmektedir.



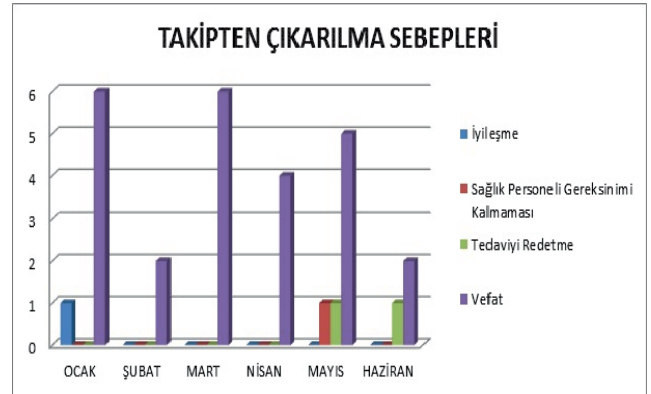
Grafik 1: Ocak 2012 – Haziran 2012 Arasında Takip Edilen Aylık Hasta Sayısı



Grafik 2: Ocak 2012 – Haziran 2012 arasında takip edilen hastaların yaş gruplarına göre dağılımı



Grafik 3: Ocak 2012 – Haziran 2012 arasında takip edilen hastaların hastalık gruplarına göre dağılımı



Grafik 4: Ocak 2012 – Haziran 2012 arasında takip edilen hastaların takipten çıkarılma sebepleri

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

- 1) Bilir N, Subaşı N.P. Yaşlılık Sorunları. Güler Ç, Akın L, Ed. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006; 1020-43.
- 2) Cindoruk M, Yetkin İ, Şahin M, Ekici E, Görgül A, İleri F, et al. Evde bakım hizmetleri. Akad Geriatri Dergisi 2010; 2(2): 121-7.
- 3) Home Care. www.euro.who.int/observatory/Glossary Erişim Tarihi: 12.01.2013
- 4) Öztöp H, Şener A, Güven S. Evde Bakımın Yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008; 1(1): 39-49.
- 5) Utku U. İnme Tanımı, Etiyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2007; 53(1): 1-3.
- 6) Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z. Yatağa bağımlı hastaların

- evde bakım hizmeti. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38(1): 57-65.
- 7) Turan Ö.S. Evde izlemi yapılan kronik kardiyopulmoner hastaların evde bakım sürecinde tıbbi gereksinim düzeylerinin saptanması. Uzmanlık Tezi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Ankara - 2008
- 8) Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İ.İ. Dünya'da ve türkiye'de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7(2): 105-10.
- 9) Güleç M, Tekbaş Ö.F. Sağlık perspektifinden yaşlılık. Türkiye Klinikleri Dergisi 1997; 17(6): 369-78.
- 10) Beklenen Yaşam Süresi. http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3712&metod=İlgili Gösterge Erişim Tarihi: 12.01.2013
- 11) Doğan B.G, Subaşı N.P. Evde Bakım. Güler Ç, Akın L, Ed. Halk sağlığı temel bilgiler. Hacettepe Üniversitesi

- Yayınları, Ankara, 2006; 981-98.
- 12) Çoban M, Esatoğlu A.E. Home care: an overview. T Klin J Med Ethics, Law, History 2004; 12(2): 109-20.
- 13) Mack A. Home: A place in the world. Social Research, 1991; 58(1): 307.
- 14) Corrado OJ. Hospital-at-home. Age and Aging 2001; 30(3): 11-4.
- 15) Landi F, Onder G, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Federici S, et al. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. J Clin Epidemiol. 2001; 54(9): 968-70.
- 16) Joe W. Ramsdell. Medical management of the home care patient: Guidelines for Physicians. In: Joe W. Ramsdell Ed, American Medical Association and American Academy of Home Care Physicians, 2007; 3: 1-64.
- 17) Can ÖS, Ünal N. Evde bakım ve tedavi. Türk yoğun

bakım derneği dergisi 2008; 6(4): 6-13.

18) Kara M, Aşti T. Kronik obstrüktif akciğer hastalığının evde bakımı. *The Eurasian Journal of Medicine* 2002; 34(4): 75-81.

19) Güven S, Hazer O. Ülkemizde Evde Bakımın Aile ve Yaşlılık Açısından Önemi ve Ev Ekonomistlerinin Yeri. *Ev Ekonomisi Dergisi* 2000; 6(7): 25-29.

20) Navaie-Waliser M, Spriggs A, Feldman PH. Informal caregiving, differencial experiences by gender. *Med Care* 2002; 40(12): 1249-59.

21) Nishiwaki, T, Nakamura, K, Ueno, K, Fujino, K, Yamamoto M. Health characteristics of elderly Japanese requiring care at home. *Tohoku J. Exp. Med.* 2005; 205(3): 231-9.

22) Matsuda S, Yamamoto M. Long-term care insurance and integrated care for the aged in Japan. *Int J Integr Care.* 2001; 1: 28.

23) Evde sağlık hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik. [http:// www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html](http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html) Erişim tarihi: 26.04.2013

24) Simmons BL, Nelson DL, Neal LJ. A Comparison of the positive and negative work attitudes of home health care and hospital nurses. *Health Care Manage Rev.* 2001; 26(3): 63-74.

25) Uncu S, Yaylı S, Bahadır S, Okten A, Alpay K. Relevance of autoimmune thyroiditis in children and adolescents with vitiligo. *Int J Dermatol.* 2011; 50(2): 175-9.

26) Kasumagic-Halilovic E, Prohic A, Begovic B, Ovcina-Kurtovic N. Association between Vitiligo and Thyroid Autoimmunity. *J Thyroid Res.* 2011; 2011: 938257.

27) Nicolaidou E, Antoniou C, Miniati A, Lagogianni E, Matekovits A, Stratigos A et al. Childhood- and later-onset vitiligo have diverse epidemiologic and clinical characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 66(66): 954-8.

28) Kroon MW, Joore IC, Wind BS, Leloup MA, Wolkerstorfer A, Luiten RM et al. Low yield of routine screening for thyroid dysfunction in asymptomatic patients with vitiligo. *Br J Dermatol.* 2012; 166(3): 532-8.

29) Cho SB, Kim JH, Cho S, Park JM, Park YK, Oh SH. Vitiligo in children and adolescents: association with thyroid dysfunction. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011; 25 (1): 64-7.