

Araştırma Makalesi

Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2019;12(3):457-468

doi: 10.26559/mersinsbd.569332

Çanakkale ilinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin temel demografik özellikleri ve sağlık durumları

Esen Eker¹, Özgür Özerdoğan¹, Eftal Yıldırım², Sibel Oymak¹, Coşkun Bakar¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale Devlet Hastanesi, Evde Sağlık Hizmetleri Birimi, Çanakkale

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Çanakkale Devlet Hastanesi kapsamında yürütülen Evde Sağlık Hizmetlerinden (ESH), Ocak 2015-Aralık 2017 tarihleri arasında faydalanmış ve/veya faydalanmakta olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin ve bu hizmet gereksinimine neden olan psikolojik ve hastalık durumların belirlenmesidir. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte bu epidemiyolojik araştırma kapsamında Ocak 2015-Aralık 2017 tarihleri arası Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi tarafından sağlık hizmeti sunulan 901 kişinin takip dosyaları incelendi. Dosyalarda bulunan bilgiler üzerinden veri toplama formu hazırlandı ve kişilerin sosyodemografik özellikleri, takip süreleri, yatağa bağımlılık, kişisel bakım, güvenlik, kişisel hijyen, beslenme, yardımcı araç kullanımı ve psikolojik durumları, kronik hastalık, geçirilmiş ameliyat, bası ülseri, nöroloji, dahiliye konsültasyonu varlığı, şu an takipte olmayan bireylerin takipten çıkış nedenleri kayıt altına alındı. **Bulgular:** İncelenen kişilerin %62.7'si kadın, yaş ortalaması 77.72±12.78 yılı. Kişilerin %40.7'si tam bağımlıydı, %26.7'sinin beslenmesi uygun değildi, psikolojik durum değerlendirilmesinde %44.9'u üzüntülüydü, %13.1'inde bası ülseri vardı, %7.7'si yardımcı araç kullanıyordu, %99.3'ünde en az bir kronik hastalık vardı, %22.8'inin ameliyat öyküsü vardı. **Sonuç:** Kişilerin fiziksel ve psikososyal sağlıklı durumlarının devamı için birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerde ve ESH birimlerinde hizmet modeli içinde diyetisyene, psikoloğa ve psikiyatri uzmanına, sosyal hizmet çalışanlarına ihtiyaç vardır. ESH alan kişilerin tedavi başarıları ve bu hizmetin verimliliği için ESH; birinci basamak sağlık hizmetleri ile entegre ve eşgüdümlü olmalıdır. ESH ihtiyacı olan kişilere yönelik hizmet öncelikle birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından belirli aralıklarla takip edilecekleri 65 yaş üzeri izlem modeli oluşturmaktır.

Anahtar kelimeler: Evde sağlık hizmetleri, Çanakkale, yaşlı sağlığı

Yazının geliş tarihi:23.05.2019

Yazının kabul tarihi:30.10.2019

Sorumlu Yazar: Arş.Gör.Dr.Esen Eker, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi Dekanlığı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı, Terzioğlu Yerleşkesi Çanakkale. Tel:+90 286 2180018-2078, Faks: +90 286 2183806, Cep Telefonu: 05062698665. E-posta: esenek@comu.edu.tr

Basic demographic characteristics and health status of home health service in Çanakkale

Abstract

Aim: The aim of this study was to determine the socio-demographic characteristics and psychological and illness conditions of individuals who benefited and / or benefited from HCS conducted within the scope of Çanakkale State Hospital between January 2015 and December 2017. **Method:** In this descriptive epidemiological study, the files of 901 people who were given health services by Çanakkale State Hospital Home Health Service Unit between January 2015 and December 2017 were evaluated. A questionnaire was prepared on the information in the files. Sociodemographic characteristics, follow-up periods, bed dependence, personal care, safety, personal hygiene, nutrition, use of auxiliary tools and psychological conditions, chronic diseases, previous surgery, pressure ulcer, neurology, internal medicine consultation, the reasons for the follow-up was recorded. **Results:** It was found that 62.7% were female, mean age was 77.72 ± 12.78 , 40.7% were fully dependent, 26.7% of them were mis-nutrition, 44.9% of them were sad, %13.1 had press ulcer, 7.7% were using auxiliary tools, 99.3% had at least one chronic disease, 22.8% had operation. **Conclusion:** In order to maintain the physical and psychosocial health status of individuals, there is a need for dieticians, psychologists and psychiatrists and social workers in the service model in primary health care units and in HHS units. HHS should be integrated and coordinated with primary health care services for the success of treatment and the efficiency of this service. The service for people in need of HHS is primarily to create a follow-up model over 65 years of age, followed by primary health care.

Keywords: Home health service, Çanakkale, health of the elderly

Giriş

Demografik ve epidemiyolojik veriler ülkemizde nüfusun yaşlanma eğilimi içinde olduğu ve kronik hastalık yükünün arttığı yönündedir.¹⁻⁴ Toplumların demografik yapılarıyla birlikte epidemiyolojik dönüşüm sağlık bakım hizmetleri taleplerini etkilemektedir. Daha fazla insanın yaşlılık ya da kronik hastalık nedeniyle yatağa dolayısıyla eve bağımlı olması, hastanın evinde bakılması olması zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Kronik hastalıklara ya da yaşlılık sorunlarına bağlı olarak ortaya çıkan bakım sorunları düşük maliyetle, etkili, kapsamlı ve bireye özgü sağlık bakım ihtiyacını doğurmaktadır. Çoğu ülkede bu ihtiyacı evde sağlık hizmetleri gidermektedir.⁵⁻⁷

Evde sağlık hizmetleri (ESH), sağlığı korumak, geliştirmek ve gerektiğinde yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla özel gereksinimi olan kişilere yönelik olarak sunulan tıbbi yönü ağırlıklı olan bir hizmettir.⁸ Hemşirelik hizmetleri, egzersiz, iş-uğraş ve konuşma terapisi, ağrı, enteral

beslenme, ilaç gibi hizmetler bu kapsamda öne çıkan başlıklardır.^{9,10}

Türkiye’de ise ESH’nin yaygınlaştırılması 1963 tarihinde hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma planı hedefleri arasında yer almasına rağmen bu alanda gelişim yeni başlamıştır. İlk yasal düzenleme Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında yayınlanmış olup, 2010 ve 2015 yıllarında yeni düzenlemeler getirilmiştir.¹¹⁻¹⁴

Ülkemizde ESH’nin yeni olması nedeniyle konuyla ilgili çalışmalar da az olup daha çok tanımlayıcı niteliktedir. Aslan ve arkadaşlarının yaptığı derlemede Türkiye’de 2011-2017 yılları arasındaki toplam hasta sayısı 860.869 olup ulaşılan hasta sayısı 311.780’dir. 2017 yılı verilerine göre toplam 1014 birimde, 861’i hekim olmak üzere 4554 sağlık personeli ile hizmet sunulmaktadır. Hizmet sunumundaki hastalık gruplarına bakıldığında ise %38’i nörolojik, %24’ü kardiyovasküler hastalıklardır.¹¹ Hizmet sunumu ilerledikçe bölgesel çalışmalar da yayınlanmıştır. Çatak ve arkadaşları

Burdur'da 2011 yılında ESH alanların genel profilini çıkarmıştır. Bu çalışmaya göre hizmet alanların %67.6'sı kadın, %11.1'i 90 yaşın üzerinde, %47.2'sinin sağlık güvencesi yok, %27.8'i yatağa tam bağımlı olup, %39.8'inde tam ya da kısmi inme bulunmaktadır.¹² ESH sunulan grubun özelliklerini bilmek hizmetinin yönünü belirlemede hizmet sunuculara yol gösterici olacaktır. ESH Çanakkale'de 2010 yılında başlamıştır. Ancak henüz hizmeti değerlendiren bir çalışma yapılmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, Çanakkale Devlet Hastanesi kapsamında yürütülen ESH'nden, Ocak 2015-Aralık 2017 tarihleri arasında faydalanmış ve/veya faydalanmakta olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin ve bu hizmet gereksinimine neden olan psikolojik ve hastalık durumların belirlenmesidir. Çalışmanın verilerinin Çanakkale özelinde ve Türkiye genelinde ESH sunumunun planlanmasında yol gösterici olması beklenmektedir.

Yöntem

Araştırma bölgesi ve popülasyonu

Bu araştırma Çanakkale İl Merkezi'nde ESH alan kayıtlı nüfus üzerinde yapılmıştır. Çanakkale İl Merkezinin 2017 yılı nüfusu 175.032'dir. Bu nüfusun %9.8'i 65 yaş üzerindedir. Çanakkale İli sağlık göstergeleriyle ilgili fazla bir bilgiye sahip değiliz. Ancak TÜİK'nun yayınladığı ölüm istatistiklerine göre ilk üç ölüm nedeni dolaşım sistemi hastalıkları (%47.2), malign ve benign neoplazmalar (%18.2) ve solunum sistemi hastalıklarıdır (%11.1).¹³

Bu araştırma İl Sağlık Müdürlüğü Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi tarafından sağlık hizmeti sunulan kişilerin kayıtları incelenerek yapılmıştır. Örnek alınmasına gidilmemiş olup, 01.01.2015-01.12.2017 tarihleri arasında Çanakkale Devlet Hastanesi ESH Birimi'nden hizmet almış ve/veya almakta olan bireyler dâhil edildi. Bu çalışmada Çanakkale İlinde ESH Biriminde 2015-2017 yılları arasında hizmet alan 901 kişi değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler başvuru anındaki ilk değerlendirmeleri içermektedir. Bu yüzden

mükerrer başvuru yoktur ancak hastaların devam eden takipleri vardır. Bu tarihler arasında Çanakkale Devlet Hastanesi ESH Birimi'nden hizmet almış ve/veya almakta olan 935 kişi bulunmakta idi. Bu kişilerden 901'inin (%96.4) hasta takip dosyaları çalışmaya alındı. Veri girişi sürecinde 34 adet hasta takip dosyası hasta takiplerinde kullanıldığı için, bu dosyalara ulaşılamadı.

Araştırmanın tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır. Araştırma kapsamında Çanakkale İl Merkezi Evde Sağlık Hizmetleri biriminin arşivleri incelendi.

Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar

Araştırmanın uygulanması amacıyla öncelikle Evde Sağlık Birimi sorumlu hekimiyle çalışma planı yapıldı. Daha sonra İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alındı. Daha sonra Halk Sağlığı Araştırma görevlisi tarafından dosyalar örnekleme yöntemiyle ön incelemeye tabi tutuldu. Bu aşamada dosyalarda bulunan bilgiler üzerinden veri toplama formu hazırlandı. Bu veri toplama formuyla hasta takip dosyalarından, kişilerin sosyodemografik özellikleri, takip süreleri, yatağa bağımlılık, kişisel bakım, güvenlik, kişisel hijyen, beslenme, yardımcı araç kullanımı ve psikolojik durumları, kronik hastalık, geçirilmiş ameliyat, bası ülseri, nöroloji, dahiliye konsültasyonu varlığı, şu an takipte olmayan bireylerin takipten çıkış nedenleri kayıt altına alındı. Hastaların evde sağlık hizmeti almalarında etkili olan bağımlılık düzeylerini belirlemeye yönelik Katz'ın 1983 yılında geliştirdiği Günlük Yaşam Aktiviteleri (Activities of Daily Living Scale-GYA) indeksinden yararlanılmıştır. Pehlivanoğlu ve arkadaşları 2017 yılında ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmıştır.¹⁴ GYA indeksi, banyo, giyinme, tuvalet, hareket, beslenme gibi bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri ile ilgili 5 sorudan oluşmaktadır. Birey bu aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 1 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan ve hiç yapamıyorsa 3 puan verilmektedir. Buna göre 0-5 puan arası bağımsız, 6-10 arası yarı bağımlı ve 11-15 arası bağımlı olarak değerlendirilmiştir.¹⁵

Evde Sağlık Hizmeti alan kişilerin kronik hastalık tanıları ICD-10 sınıflandırmasına göre, kişilerin birden fazla tanı verisi dikkate alınarak (6 tanı) tüm kronik hastalık tanıları üzerinden değerlendirme yapıldı. Kişilerin ameliyat öyküsü birden fazla ameliyat öyküsü verisi dikkate alınarak (3 ameliyat öyküsü) tüm ameliyat öyküleri üzerinden değerlendirme yapıldı.

Araştırmanın veri toplama aşaması Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanları ve Halk Sağlığı stajında bulunan intörn doktorlar ile Çanakkale Devlet Hastanesi ESH Birimi Sorumlu Hekimi tarafından yürütüldü. Hasta takip dosyalarının incelenerek veri girişi ve analizine hazır hale getirilmesi için öncesinde intörn hekimlere, araştırma ekibi tarafından bir ön eğitim verildi. Ön-eğitimde boş hasta takip formu kullanılarak veri girişleri için bir standardizasyon sağlandı.

Etik onay ve Kurum İzni

Araştırma için öncelikle Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan E.136012 sayı ve 20.11.2017 tarihli etik kurul onayı alındı. Daha Sonra Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden 35787233/622.01 sayı ve 29.11.2017 tarihli yazılı izin alındı.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri 25/12/2017-28/12/2017 tarihleri arasında, hasta takip dosyalarının bulunduğu Çanakkale Devlet Hastanesi ESH Birimi'nde hastaların tüm kayıtlı bilgileri gizli ve güvenli kalacak şekilde incelenerek elektronik ortama aktarıldı. Çalışmanın verileri istatistik paket programı SPSS 20.0 sürümü ile analiz edildi. Verilerin sunumunda sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri kullanıldı.

Araştırmanın kısıtlılıkları

Bu araştırma ESH biriminin dosya kayıtları üzerinden yapılmıştır. Söz konusu dosyalar hizmet sırasında düzenlenmektedir. Dolayısıyla elde edilen bilgiler dosya tutumu sırasındaki yeterlilikle sınırlıdır. Bu durumun düzeltilmesi için ESH alan kişiler ile yüz yüze görüşme tekniği ile yürütülmüş yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Böylece hizmet sunumu sırasında kullanılan verilerin de güvenilirliği tartışmaya açılacaktır.

Bulgular

Bu araştırma kapsamında toplam 901 kişiye ait kayıt incelendi. İncelenen kişilerin %62.7'si kadın, %52.1'i 80 yaş üzerinde olup yaş ortalaması 77.72±12.78 (ortanca:80, Min-Maks:12-103) yıldı. ESH alan kişiler bu birimce, takibe başlama ayı ve yılı verilerini dikkate alınarak, ortalama 18.79±10.50 (Ortanca:19, Min-Maks:1-36) aydır izlendi. İncelenenlerin, bu birimce ortalama 0.40±0.62 (Ortanca:0.23, Min-Maks:0.03-10.00) takip/ay sıklığı ile takip edildiği saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri, 2017, Çanakkale

	n	%
Cinsiyet (n=901)		
Kadın	565	62.7
Erkek	336	37.3
Yaş (n=901)		
≤45	24	2.6
46-64	88	9.8
65-79	320	35.5
≥80	469	52.1
Hizmet almaya başlanılan yaş (n=901)		
≤45	26	2.9
46-64	98	10.9
65-79	345	38.3
≥80	432	47.9
Yerleşim yeri (n=901)		
İl merkezi	879	97.6
Köy	22	2.4

n=Sayı, %= Sütun yüzdesi

ESH almaya başlanılan yaş incelendiğinde; ESH alan bireylerin %47.9'u 80 yaş ve üzeri, %38.3'ü 65-79 yaş arası, %10.9'i 46-64 yaş arası idi. ESH'yi alan 901 kişinin bağımlılık durumu incelendiğinde %40.7'sinin tam bağımlı, %50.6'sının da yarı bağımlı olduğu gözlemlendi.

Kişisel bakımlarını incelenenlerin %16.1 kendisi, %82.8 ailesi yapıyordu. Kişilerin %26.7'sinin beslenmesi uygun değildi. Araştırmaya katılanların psikolojik durumu incelendiğinde (n=758) %44.9'u üzüntülü, %19.5'i huzursuz-gergin, %17.2'si kayıtsız, %5.5'i aşırı dalgındı. ESH alan kişilerin %13.1'inde bası ülseri vardı. Kişilerin %46.9'unun dâhiliye konsültasyonu, %62.7'sinin nörolojisi konsültasyonu, %22.8'inin ameliyat öyküsü vardı. Kişilerin %7.7'si yardımcı araç kullanıyordu. Bu yardımcı araçlar sıklıkla sırasıyla oksijen kondansatörü (%30.5), wolker (%22.2), havalı yatak (%13.8), tekerlekli sandalye (%11.1) idi (Tablo 2).

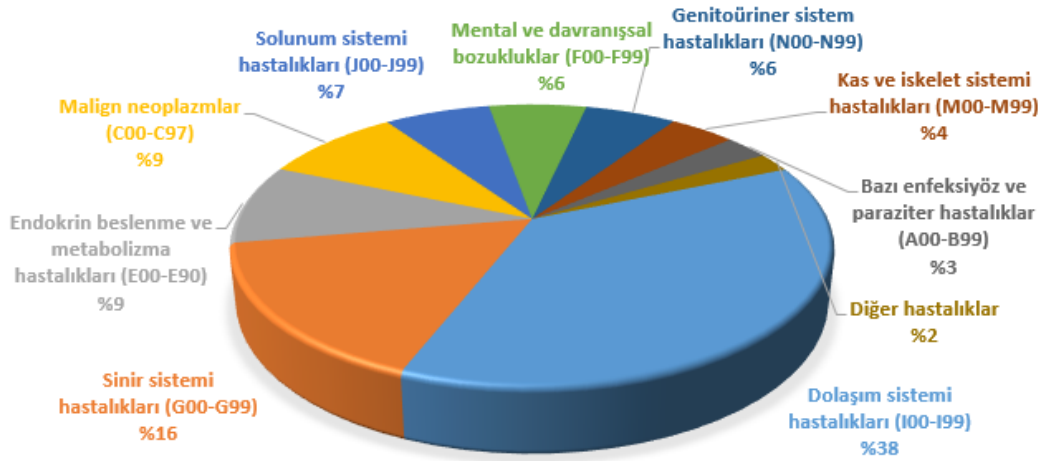
Araştırma grubunun %99.3'ünün kronik hastalığı mevcut idi. Sadece 5 kişide bir kronik hastalık bulunmamaktaydı. Bu kişiler ameliyat öyküsü nedeniyle belirli bir süre takip edilmişti. Bu 5 kişide, toplamda 4 kalça protezi, 1 beyin ameliyatı, 1 amputasyon, 1 bypass öyküsü kaydedildi. Bu kişilerin yatak bağımlılık durumları; 1 kişi tam bağımlı, 1 kişi yarı bağımlı, 3 kişi bağımsız idi.

Kronik hastalıklar sıralamasında %37.4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk, %16.3 ile sinir sistemi hastalıkları ikinci, %9.2 ile endokrin ve metabolizma hastalıkları üçüncü sıradaydı. Bu kronik hastalıkları solunum sistemi hastalıkları (%6.8), malign neoplazmlar (8.9) ve mental ve davranışsal bozukluklar (%6.3) takip etmekteydi (Şekil 1).

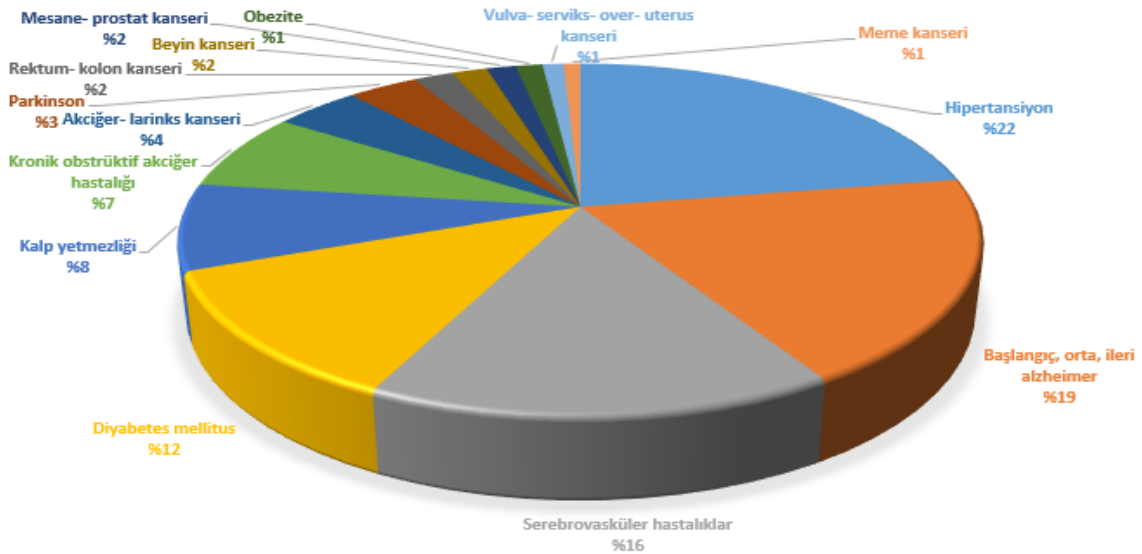
İncelenen kişilerin dolaşım sistemi hastalıkları dağılımına bakıldığında ilk üç sırada hipertansiyon (%22.4), serebrovasküler hastalıklar (%15.9), kalp yetmezliği (%7.9); sinir sistemi hastalıkları dağılımına bakıldığında ilk sıralarda alzheimer (%18.9) ve parkinson (%3.4); endokrin, beslenme ve metabolizma hastalıkları dağılımına bakıldığında ilk sıralarda diyabetes mellitus (%12.0) ve obezite (%1.3), solunum sistemi hastalıkları dağılımına bakıldığında ilk sırada KOAH (%7.2); malign neoplazmların dağılımına bakıldığında ilk üç sırada larinks-akciğer kanseri (%4.1), rektum- kolon kanseri (%1.9) ve beyin kanseri (%1.7) bulundu (Şekil 2).

Tablo 2. Çalışma grubunun biyo-psiko-sosyal durumu ve evde sağlık hizmetleri takip süreci, 2017, Çanakkale (n=Sayı, %=Sütun yüzdesi)

Değişkenler	n	%
Kronik hastalık durumu (n=901)		
Var	895	99.3
Yok	6	0.7
Bağımlılık durumu (n=901)		
Tam bağımlı	367	40.7
Yarı bağımlı	456	50.6
Bağımsız	78	8.7
Yardımcı araç kullanım durumu (n=901)		
Evet	69	7.7
Hayır	832	92.3
Kişisel bakım durumu (n=815)		
Kendisi	131	16.1
Ailesi	675	82.8
Bakıcı	9	1.1
Beslenme durumu (n=779)		
Uygun	571	73.3
Uygun değil	208	26.7
Psikolojik durum (n=758)		
Normal	67	8.8
Üzüntülü	340	44.9
Huzursuz- gergin	176	23.2
Kayıtsız	130	17.2
Aşırı dalgın	39	5.1
Ajite / Koopere değil	6	0.8
Bası ülseri (n=901)		
Var	118	13.1
Yok	783	86.9
Dâhiliye konsültasyonu (n=901)		
Var	423	46.9
Yok	478	53.1
Nöroloji konsültasyonu (n=901)		
Var	565	62.7
Yok	336	37.3
Ameliyat öyküsü (n=901)		
Var	205	22.8
Yok	696	77.2
Takipten çıkma durumu (n=901)		
Evet	575	63.8
Hayır	326	36.2
Takipten çıkma nedeni (n=575)		
Ölüm	476	82.8
Göç	59	10.2
Takip gerekçesinin ortadan kalkması	23	4.0
Kendi isteği	17	3.0



Şekil 1. İncelenenlerin kronik hastalıklarının temel hastalık gruplarına göre dağılımı, 2017, Çanakkale (Yüzdeler toplam 901 kişi üzerinden alınmıştır)



Şekil 2. İncelenenlerin hastalık tanılarının dağılımı, 2017, Çanakkale (Yüzdeler toplam 901 kişi üzerinden alınmıştır)

Ameliyat öyküsü incelendiğinde kişilerin en sık kalça protezi (%24.5), ikinci sırada kanser nedeni ile ameliyat (%18.0), üçüncü sırada kalp hastalığı (%15.5) nedeni ile ameliyat geçirmiş oldukları görüldü (Tablo 3).

Tartışma

Bu çalışmada Çanakkale ilinde ESH alan kişilerin dosyaları incelenmiştir.

Çalışmamızda ESH almaya başlanılan yaş incelendiğinde; ESH alan

bireylerin %86.2'si 65 yaş ve üzeriydi. Enginyurt ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılan kişilerin %63.8'i 70 yaş ve üzeri, Yeşiltaş ve Adıgüzel'in çalışmasında araştırmaya katılan kişilerin %47.2'si 50 yaş ve üzeri, Karaman ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılan kişilerin %88.1'i 65 yaş ve üzeriydi.^{6,16-18}

Kişilerde yaş arttıkça bulaşıcı olmayan hastalıklar, yeti yitimine ve günlük yaşam aktivitesinde bağımlılığa neden olan sağlık sorunları artmaktadır; bu artışla

beraber sağlık hizmetlerini ESH kapsamında alan kişiler genellikle 65 yaş üzeri bireylerdir.^{8,18} İleri yaşlarda bulunan insanların kronik hastalıklarının ve bağımlılıklarının artması beklediğimiz bir bulgudur. Bizim çalışmamızda da bu durum görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanmasında ileri yaş gruplarının kronik hastalıkları ve bağımlılık düzeylerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Tablo 3. Çalışma grubunun ameliyat öyküsü dağılımı, Çanakkale 2017 (n= Sayı, %=Sütun yüzdesi)

Ameliyat öyküsü nedenleri (n=233)	n	%
Kalça protezi	57	24.5
Kanser	42	18.0
Bypass, koroner anjiyoplasti, kalp pili, kalp kapağı	36	15.5
Barsak mide ameliyatı, kolostomi ve perkutan endoskopik gastrotomi uygulaması	18	7.8
Beyin	16	6.9
Amputasyon	13	5.5
Ekstremitte (diz, dirsek)	13	5.5
Bel, kasık, göbek hernisi	12	5.2
Vertebra kırığı	7	3.0
Trakeostomi, toraks tüpü	5	2.1
Kolesistektomi	4	1.7
Bening Prostat Hipertrofisi	3	1.3
Göz ve burun	3	1.3
Nefrektomi	3	1.3
Total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi	1	0.4

Çalışmamızda ESH alan kişilerin %62.7'si kadındı. Ülkemizde evde sağlık hizmeti alan kişilerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde, kadın cinsiyet %41.6 ile %86.9 arasında değişmektedir ve sıklıkla kadınlar daha fazla ESH almaktadır.^{6,16,17,19-21} Kadınların doğumda beklenen yaşam süresinin, kronik hastalıklar ve yeti yitimi sıklığının, 65 yaş üzeri nüfusunun erkeklerden daha yüksek olması nedeni ile ESH'den daha çok yararlanmaları araştırmamızda beklenen bir bulgudur.^{2,22,23} Kadınların yaşam beklentilerinin

erkeklerden uzun olması ve kronik hastalıklarının yaratacağı bağımlılık durumu göz önünde bulundurularak risk gruplarında bağımlılığın gelişmediği erken yaşlarda birinci basamak düzeyinde izlemlerin artırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesiyle ilerleyen yaşlarda ortaya çıkacak kronik hastalık izlem ve yönetimine olumlu katkı sağlayabilir.

Çalışmamızda ESH alan kişilerin %13.1'inde bası ülseri vardı. ESH alan kişilerde yapılan Enginyurt ve arkadaşlarının çalışmasında bası ülseri %12.0, Karaman ve arkadaşlarının çalışmasında %9.5 bulunmuştur ve uluslararası çalışmalarla beraber bası ülseri sıklığı %22'lere kadar çıkmaktadır.^{6,17} Literatürle birlikte değerlendirildiğinde ESH alan hastaların yaklaşık %10-20'sinde bir şekilde bası ülseri oluşmaktadır.

Bası ülseri varlığı evde sağlık hizmetlerinin başarısını etkileyen ciddi bir durumdur. Bası ülseri tedavisi ekip işi olup, tedavi edilmediği durumlarda komplikasyonlardan dolayı mortaliteyi artıran bir sağlık sorunudur. Bu konuda en önemli nokta bası ülseri oluşmasını engellemektir. Özellikle bağımlı kişilerin evde bakımını yapan kişiler, bu konuda uzman kişiler tarafından eğitilmelidir.²⁴ Kişi hizmet aldığı birinci basamak sağlık merkezinde veya ESH'ye başvurduğu anda bası ülseri riski açısından değerlendirilmeli, bası ülseri oluşmaması için kişiye gerekli koruyucu müdahaleler yapılmalıdır. Bu müdahalelerin izlenmesi ve etkinliğinin ölçülmesi için deneysel müdahale çalışmaları uygulanmalıdır.

Çalışmamızda ESH alan kişilerin kişisel bakımını %16.1 kendisi, %82.8 ailesi veriyordu. Enginyurt ve ark. çalışmasında %80.8, Limnili ve Özçakar'ın çalışmasında %98.8, Hisar ve Erdoğan'ın çalışmasında %85.9 ile ESH alan kişilerin bakımını aile veya yakın akrabalarından biri veriyordu.^{6,20,21} Çalışmamızla benzer olarak literatürde de ESH alan kişilerin evde bakımını ailesi veya yakın akrabası vermektedir. Bakım; formal veya informal şekilde verilebilir. Formal bakım, bakım hizmeti sunan meslek uzmanı vermektedir; informal bakımı ise bakım

ihtiyacı olan kişiyle beraber yaşayan, bu kişiye sosyal destek sağlayan, bakımı ücretsiz sağlayan aile bireyleri veya yakın arkadaşları vermektedir.²⁵

Literatürde informal bakımı üstlenen bireylerinin bu konuda eğitim almadıkları ve bakım vermede yetersiz kaldıkları görülmüştür.²⁶ Yaşlı bakımı konusunda uzmanlaşmış sağlık personeline ESH ekibi içerisinde ihtiyaç vardır. ESH başvuru değerlendirmesinde hizmet alacak yaşlı bireyin bakıma ihtiyaç durumu ve bireye bakım veren kişi tespit edilmelidir. Bakıma ihtiyacı olan kişilere bakımı bu konuda uzmanlaşmış kişiler veya yaşlı bakımı konusunda eğitim almış aile bireyleri verebilir. Bakım veren kişi bakım vermeye devam edecekse ve bu konuda eğitimi yoksa yaşlı bakımı konusunda uzmanlaşmış kişilerden eğitim almalıdır. Formal bakım ihtiyacı olan yaşlı bireylerin bakımında ise yaşlılara yönelik hizmet sunumunun bir parçası olarak profesyonel bakım hizmeti ve evde bakım kurumsal ve yaygın hale getirilmelidir. Bu hizmetin sunumunda ilgili olabilecek kamu kurumları (İlgili Bakanlıklar, Yerel Yönetimler) hizmet sunumunda aktif rol alabildikleri gibi yönlendirici de olabilirler.

Çalışmamızda kişilerin %26.7'sinin beslenmesi uygun değildi. Yaşlılıkta meydana gelen fizyolojik ve patolojik süreçler doğrultusunda yaşlıların %37-40'ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenememekte, üç yaşlıdan ikisi bir öğün atlamaktadır, bu durum "Anorexia of aging" olarak nitelendirilmektedir. Yaşa bağlı ortaya çıkan kilo kaybı ve beslenme bozuklukları; kişilerin mortalitesini ve morbiditesini artırması nedeniyle önemli bir konudur.²⁷⁻²⁹

Evde sağlık hizmeti alan kişilerde malnütrisyon, beslenme durumu ile ilgili yapılan çalışmalarda, kişilerinde malnütrisyon ve malnütrisyon açısından risk altında olma durumuna sık rastlanmaktadır.^{19,29} Özellikle sağlık sorunu olan yaşlılarda sık görülen protein enerji malnütriyonu; hasta olmayan yaşlılarda %10-38, eve bağımlı yaşlılarda %5-12, hastanede yatan hasta yaşlılarda %26-65 ve bakımevindeki yaşlılarda %5-85

oranlarında bulunmuştur. Morley, toplum içindeki yaşlıların %15'inde çeşitli derecelerde malnütrisyon olduğunu göstermiştir.^{30,31} ESH alan yaşlı kişiler, kronik mental veya fiziksel hastalıklar nedeniyle yetersiz beslenmeye yatkındır. Uygun olmayan beslenme, malnütrisyon farkedilmediği zaman ve tedavi edilmediği zaman diğer hastalıkların tedavisini etkilemekte, evde sağlık hizmetlerinin başarısı düşürmektedir.¹⁹ Bu nedenle ESH ihtiyacı olan kişiler ilk başvuruda beslenme açısından taranmalı ve uygun olmayan beslenme durumu tedavi edilmelidir. ESH sunan ekip içerisine diyetisyenler dahil edilmelidir. Ekip içerisindeki diyetisyenler uygun beslenen kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmeti sunarken, uygun beslenmeyen kişilerin beslenme düzenlerini ve tedavilerini düzenli aralıklarla takip etmelidir.

Çalışmamızda bağımlılık durumu incelendiğinde kişilerin %90'ından fazlası ya tam bağımlı ya da yarı bağımlıydı. Kalınkara ve Kalaycı'nın çalışmasında evde bakım hizmeti alan yaşlıların %24.4'ü tam bağımlı, %54.1'i yarı bağımlı, Oğuz ve ark. ESH alan kişilerde yaptığı çalışmada, kişilerin %40.2'si tam bağımlı, %21.0'ı yarı bağımlı olarak saptanmıştır.^{26,32} Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklar nedeniyle bireyler GYA'yı gerçekleştirme ve özbakım gereksinimlerini karşılamakta zorluk yaşamakta ve yardıma ihtiyaç duymaktadır.³³ Yaşlılara yönelik bakım hizmetleri modeli oluşturulurken yaşlıların bağımlılık düzeyi çok önemlidir. Bağımsız yaşlıların bağımsızlığını koruması açısından bu kişilere yönelik hizmetler; topluma katılımı destekleyecek uygulamalar, gündüzlü hizmet merkezleri, evde destek hizmetleri, çağrı merkezi olabilir. ESH'nin özellikle yarı bağımlı kişilere yönelik planlanması; sağlık durumu gün geçtikçe kötüleşen bağımlılığı artan kişilerin sağlık ihtiyaçlarının yatılı bakım ve rehabilitasyon merkezleri tarafından yürütülmesi, yaşlı bakım hizmet modelinin devamlılığı açısından oldukça önemlidir. Yaşlıların değişen ihtiyaçlarına göre aşamalı ve sürdürülebilir bakım planı yapmak son derece önemlidir.³⁴

Gelişen teknoloji ve tıbbın sayesinde mortalitenin azalması ve yaşam süresinin uzamasına rağmen kronik hastalıklar, yaşlı hastaların en büyük problemi olmaya devam etmektedir.³⁵ Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (BOH) Risk Faktörleri Araştırmasında; kalp ve damar hastalıkları (BOH'ların %48'i), kanserler (%21), kronik solunum hastalıkları (%12) ve diyabeti (%3.5) kapsamaktadır.³⁶ Çalışmamızda araştırmaya dahil edilen kişilerin %99.3'ünde en az bir kronik hastalık mevcuttu. ICD-10 tanı koduna göre sınıflandırılmış kronik hastalıkların sıralaması %37.4 ile dolaşım sistemi hastalıkları, %16.3 ile sinir sistemi hastalıkları, %9.2 ile endokrin ve metabolizma hastalıklarıdır. Bu kronik hastalıkları solunum sistemi hastalıkları (%6.8), malign neoplazmlar (%8.9) ve mental ve davranışsal bozukluklar (%6.3) takip etmekteydi. Toplumda sık görülen kronik hastalıklar açısından değerlendirildiğinde, araştırmaya katılan kişilerin; %22.4'ü hipertansiyon, %18.9'u alzheimer, %15.9'u serebrovasküler olay, %7.9'u kalp yetmezliği, %7.2'si kronik obstrüktif kalp hastalığı bildirdi.

Literatürde ESH alan kişilerde yapılan araştırmalarda, kişilerin kronik hastalıkları sorgulandığında ilk sırada kas-iskelet ve nörolojik hastalıklar gelmekteydi. Bu hastalıkları dolaşım sistemi hastalıkları, endokrin ve metabolizma hastalıkları, solunum sistemi hastaları takip etmektedir.^{6,16,17,37-39} Literatürde ESH alan kişilerde yapılan çalışmalarda kişilerin kronik hastalıkları hizmet alma nedenleri şeklinde sorgulanmıştır, bizim çalışmamızda hizmet alma nedeni dışında ek tüm kronik hastalıklar, geçirilmiş maligniteler sorgulandığı için kronik hastalıklar daha kapsamlı listelenmiştir ve kronik hastalık sıklığı daha yüksektir.

Yaşlılarda kronik hastalık yönetimine yönelik sağlık hizmetleri iki farklı şekilde yürütülebilir. Bunlar birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yaşlı izlem modeli oluşturulması ve özellikli sağlık çalışanları ile yaşlılara yönelik sağlık hizmeti sunan ikinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların oluşturulmasıdır. Bu

hizmetin planlanması içerisinde; hastanelerde geriatri birimlerinin yaygınlaştırılması ve demans, alzheimer, parkinson gibi yaşlılığa özel hastalıklara yönelik sağlık hizmeti veren kurumlar oluşturulması yer alabilir.

Çalışmamızda yaşlıların psikolojik durumunun üzüntülü, dalgın, gergin, huzursuz olduğu bildirildi. Bu sıralanan depresif belirtiler yaşlılarda depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıkların varlığına işaret edebilir. Yaşlılık döneminde görülen en psikiyatrik rahatsızlık olan depresyon; 65 yaş üzeri kişilerde tanısı ve tedavisi güç bir hastalıktır. Yaşlılarda bulunan komorbid hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, organik nedenleri dışlama gücü gibi nedenler tanıyı zorlaştırmakta hastalığı kronikleştirip tedavisini geciktirmekte hatta intiharlara neden olmaktadır.^{40,41}

Yaşlılık döneminde psikososyal durumları ortaya koyulması açısından ESH alan kişilerin depresyon ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar bakımından taranması; risk altında olduğu düşünülen kişilere yönelik tanı ve tedavi hizmetlerinin verilmesi gerekir. Yaşlılara hizmet sunumunda tedavi edici sağlık hizmeti politikalarının yanında sosyal politikalara ve aktif, sağlıklı yaşamı destekleyen koruyucu ve önleyici psikososyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç vardır. Bu nedenle ESH'i içerisinde psikiyatri uzmanlarına ve psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmeti sağlayacak kişilere ihtiyaç vardır.

Çanakkale'de ESH alan kişilerin ileri yaşta oldukları, kadın cinsiyetin daha fazla olduğu ve tamamına yakının bir kronik hastalığı olduğu gözlenmiştir. Bu kişilerin ruhsal durumlarının değerlendirilmesinde çoğunluğunun üzüntülü, huzursuz ve gergin olduğu görülmektedir. İncelenenlerin %90'nın farklı düzeylerde bağımlı olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde yaşam beklentilerinin artması kronik hastalıkların ve bunlara bağlı tıbbi ve sosyal sorunların da artmasına yol açması beklenmelidir. Bu durum yeni hizmet modellerinin geliştirilmesine ihtiyaç doğurmaktadır. Bu amaçla yürütülecek hizmet modellerinde; birinci basamak sağlık

hizmetleri tarafından belirli aralıklarla takip edilecekleri 65 yaş üzeri izlem modeli oluşturmaktır. Bu kişilerin sağlıklı durumları tam bağımlılık gelişmeden mümkün mertebe korunmalıdır. Kişilerin ESH'ye ihtiyacını belirleyen risk değerlendirmeleri birinci basamak sağlık hizmetleri üzerinden yapıp, kişiler ESH'ye yönlendirilebilir. ESH hizmeti alanlar içinde de öncelikli gruplar belirlenmelidir. Hizmet bu grupları önceleyecek şekilde sürdürülmelidir. Kişilerin sağlıklı durumlarının devamı için birinci basamak sağlık hizmeti sunan birimlerde ve ESH birimlerinde hizmet modeli içinde diyetisyene, psikoloğa ve psikiyatri uzmanına, sosyal hizmet çalışanlarına ihtiyaç vardır. Bu kişilerin sağaltım başarıları ve hizmetin verimliliği açısından birinci basamak sağlık hizmetleri ile ESH arasındaki entegrasyon ve eşgüdüm oldukça önemlidir.

ESH hizmetleri son 15 yılda uygulanmaya başlanmıştır, bu sağlık hizmetleri sisteminin tanımlanması, hizmetin sınırlarının çizilmesi, hizmeti alan kişilerin profilinin çıkarılması ve ihtiyaç duyulan politikaların hayata geçirilebilmesi için kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Elde edilen verilerin ve yapılan değerlendirmelerin ulusal ve bölgesel düzeydeki karar vericilerle birlikte hizmet sunumuna yansıtılması gerekmektedir. Böylece hizmetin ilerleyen süreçte sürekli olarak değerlendirileceği aktif bir sistem kurulabilecektir. Toplumumuzun yaşlanması süreci devam ettikçe ESH'ne olan talebin hem şekli değişecek hem de yükü artacaktır. Yapılacak olan bu değerlendirmelerin zamanla değişecek ve artacak talebi karşılayacak şekilde yeni düzenlemeler yapılmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Kaynaklar

1. Erol SI. Küresel Bir Sorun Olarak Demografik Dönüşüm: Nedenleri, Etkileri ve Alınması Gereken Önlemler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2016;37:75-123.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle

Yaşlılar, 2017. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27595>. Erişim Tarihi: 20.05.2019.

3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYC_Sunumu_06122016.pdf. Erişim Tarihi: 20.05.2019
4. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. Dünya'da ve Türkiye'de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. *Türk Geriatri Dergisi*. 2004;7(2):105-110.
5. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012;9(3):22-29.
6. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2011;(1):45-48.
7. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, et al. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*. 2010;11(3):125-132.
8. Aksoy H, Kahveci R, Şencan İ, Kasım I, Özkara A. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış ve Türkiye'deki Mevcut Durum. *Turk Medical Journal*. 2015;7(2):162-168.
9. Shepperd S, Doll H, Broad J, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009.
10. Çayır Y, Avşar ÜZ, Avşar Ü, Cansever Z, Khan SA. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2013;5(3):9-12.
11. Aslan Ş. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*. 2018;1(1):44-55.
12. Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Erkan Sofuoğlu A, Aslan D. Burdur 'da

- Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2012;10(1):13-21.
13. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Erişim Adresi: <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>. Erişim Tarihi: 20.05.2019
14. Pehlivanoglu EFÖ, Özkan MU, Balcioğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish. *Ankara Medical Journal*. 2018;18(2):219-223.
15. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015;61(3):344-350.
16. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Yakınlarının Memnuniyeti. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016;7(1):863-880.
17. Karaman D, Kara D, Yalçın Atar N. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği*. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4(3):347-359.
18. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z. Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011;38(1):57-65.
19. Çevik A, Basat O, Uçak S. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Durumunun Laboratuvar Parametreleri Üzerine Olan Etkisinin İrdelenmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2014;48(2):132-139.
20. Limnili G, Özçakar N. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru Özellikleri ve Beklentiler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2013;17(1):13-17.
21. Hisar KM, Erdoğan H. Evde Sağlık Hizmeti Alanlarda Yaşam Kalitesi Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*. 2014;(24):138-142.
22. St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: Differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*. 2015;5(2):1-13.
23. Bakanlık TCA ve SP. Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistik Bilgiler. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim Adresi: https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/RAPORLAR/aspb_2018_engelli_yasli_bireylere_iliskin_istatistik_bilgiler.pdf. Erişim Tarihi: 20.05.2019
24. Aktürk AŞ, Atmaca E, Zengin S, Bayramgürler D. Kocaeli İlinde Evde Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bası Ülserlerinin Prevalansı ve Klinik Özellikleri. *Türkderm*. 2010;44(3):128-131.
25. Türken Gel K, Tokur Kesgin M. İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüküne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;20(4):267-278.
26. Kalıncara V, Kalaycı I. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu , Bakım Yüğü ve Tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2017;10(2):19-39.
27. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *The American journal of clinical nutrition*. 1997;66(4):760-773.
28. Morley JE. Pathophysiology of the anorexia of aging. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 2013;16(1):27-32.
29. Saka B. Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon. *Klinik Gelişim*. 2012;(25):82-89.
30. De Groot LCPMG, Verheijden MW, De Henauw S, Schroll M, Van Staveren WA. Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: A review of the longitudinal results of the SENECA study. *The Journals of Gerontology series A: Biological sciences and Medical sciences*. 2004;59(12):1277-1284.
31. Morley JE, Silver AJ. Anorexia in the

- elderly. *Neurobiology of Aging*. 1988;9:9-16.
32. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016;19(2):171-186.
33. Neundorfer MM. Family caregivers of the frail elderly: Impact of caregiving on their health and implications for interventions. *Family and Community Health*. 1991;14(2):48-58.
34. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetleri Raporu. Erişim Adresi: <https://abdisdb.aile.gov.tr/uploads/pages/raporlar-ve-yayinlar/turkiye-de-yasli-bakim-hizmetleri-raporu.pdf>. Erişim Tarihi: 20.05.2019
35. Uncu Y, Özçakır A. Yaşlı hastaya birinci basamakta yaklaşım. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003;6(1):31-37.
36. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı. Erişim Adresi: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf. Erişim Tarihi: 20.05.2019
37. Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(1):12-15.
38. Çubukçu M, Yazıcıoğlu B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 2016;16(4):325-331.
39. Çayır Y. Birinci basamakta evde sağlık hizmetleri : Neler yapabiliriz? *Dicle Tıp Dergisi*. 2013;40(2):340-344.
40. Keskinoğlu P, Pıçakçıefe M, Giray H, Bilgiç N, Uçku R, Tunca Z. Yaşlılarda depresif belirtiler ve risk etmenleri. *Genel Tıp Dergisi*. 2006;16(1):21-26.
41. Çınar Öİ, Kartal A. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2008;7(5):399-404.