

EVDE BAKIM HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE UYGULAMALARI

HISTORICAL PROGRESSION AND IMPLEMENTATION OF HOME CARE SERVICES

Dr. Hilal AKSOY*
Dr. Rabia KAHVECİ**
Dr. İrfan ŞENCAN**
Dr. İsmail KASIM**
Dr. Adem ÖZKARA***

* Ankara Etimesgut Toplum Sağlığı Merkezi

** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

*** Çorum Hitit Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Hilal AKSOY
Ankara Etimesgut Toplum Sağlığı Merkezi
E-posta:hilal.aksoy35@gmail.com

ÖZET

Evde bakım hizmetlerinin sağlık hizmetleri arasındaki yeri, tüm dünyada giderek önem kazanmaktadır. Temelleri eski çağlara dayanan bu hizmetin, gelişimi ve sunumu da ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmada dünyada evde bakım hizmetlerinin tarihçesi ve uygulamaları literatür bilgisinden yararlanılarak derlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, tarihsel gelişim, sağlık hizmeti

ABSTRACT

Home care services' importance have increased through health care area all over the world. The foundations of these services are based on prehistoric times and the development and implementation of home care varies between countries. In this article, historical progression of home care services and practices in the world has been compiled using the literature information.

Key Words: Home care, historical development, health service

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), evde bakımı “formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında hizmet sunulması” şeklinde tanımlamıştır¹. Eski çağlarda uygulanmaya başlayan evde bakım hizmeti, tüm dünyada farklı gelişim izlemiştir. Ülkemizde 2005 tarihinde yasal düzenleme altına alınan evde bakım hizmetleri sunumundaki çalışmalar halen devam etmektedir². Yurt dışında özellikle Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Avrupa ülkelerinde ise evde bakım hizmetlerinin devlet politikası haline getirilmesi ülkemizden önce olmuştur.

Bu derleme ile dünyada evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve uygulama şekilleri konusunda literatür bilgisinden yararlanılarak, henüz ülkemizde yeni olan bu kavram hakkında daha ayrıntılı bilgi edinilmesi amaçlanmıştır.

ESKİ ÇAĞLARDA EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Eski toplumların birçoğunda doğumda vücuttan kan çıktığı için, doğumun kadını ve doğumda bulunanları kirli hale getirdiğine inanılmıştır. Bu sebeple doğuran kadının tecrit edilerek özel doğum mekanlarına götürülmesi gerektiği düşünülmüştür. Hititler ve sonrasında Romalılar döneminde ise doğumun evde mi yoksa ev dışında mı yapılması gerektiği tartışmaları yaşanmaya başlanmıştır. Soranus, “Gynaecology” başlıklı eserinde Roma’da doğum başladığında ebeinin gerekli malzemeyi alarak gebe kişinin evine gittiğinden söz etmektedir^{3,4}.

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİNDE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Evde bakım hizmetlerine dair ilk kapsamlı kayıtlar ABD'ye aittir. ABD'de 18. yüzyılda verilen evde bakım uygulaması, gelir seviyesi düşük çocuklar ve ailelerine sağlanan kamusal bakım metodu olarak benimsenmiş ve kurumsal bakımdan uzaklaşmaya başlanmıştır. ABD'de evde bakım hizmetleri anlamında ilk örgütlenme 1796 yılında Boston Dispanseri tarafından gerçekleştirilmiştir. Ancak 19. yüzyıla birlikte bu düşüncede büyük bir değişim meydana gelmiş ve yoksul çocukların kurumlarda bakımı, evde bakıma göre daha üstün kabul edilmiştir. Pek çok şehirde bakımevleri kurulmuştur. Bazı eyaletlerde ise, 19. yüzyıl öncesinde olduğu gibi evde hizmet sunumu devam etmiş ve daha sonra New York'ta evde hizmet sunumu üzerine yoğunlaşmıştır^{5,6}.

20. yüzyılda değişen dünya ile birlikte sağlık hizmetleri sunumunda da değişiklikler olmuştur. 1909 yılında Metropolitan Yaşam Sigortası Şirketi evlere yapılan halk sağlığı hizmetlerini ödeme kapsamına almıştır. 1921 yılında evde prenatal ve yenidoğan bakımı hükümetçe kabul edilmiştir. 1935'te devlet finansı ile sağlık müdürlüklerinin resmi evde bakım hizmetleri başlamıştır⁷.

1947'de New York'taki Montefiore Hastanesi evde bakım birimi kurarak hastane destekli evde bakım uygulamalarının ilkinin gerçekleştirmiştir. O zamana kadar daha çok hemşirelik hizmetleri ile sınırlı olan evde bakım hizmetleri diğer sağlık profesyonellerinin katılımıyla multidisipliner bir hizmet haline gelmiştir. 1960'ta yaşlılar için ücretsiz evde bakım hizmeti onaylanmıştır. 1965'ten itibaren ise ABD'deki Medicare ve Medicaid sigorta sisteminin hayata geçişiyle sosyal güvence sistemleri evde bakım hizmetlerini karşılamaya başlamıştır⁸. 1982 yılında ABD'de Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuştur. Birliğin amacı hastalar için bakım kalitesini geliştirmek, bakım hizmeti sunanların haklarını korumak ve sağlık bakım merkezine evde bakımı yerleştirmektir. Bu birlik yaptığı çalışmalarla evde bakım hizmetinin toplumda bilinirliğinin ve evde bakım hizmeti alan hasta sayısının önemli ölçüde artmasını sağlamıştır. 1990'lı yıllar evde bakım hizmeti kapsamının ve hizmet veren kuruluşların arttığı yıllardır. Evde bakım hizmeti sektörü ABD'de ikinci en hızlı büyüyen sektör konumuna gelmiştir⁹.

ABD'de evde bakım kuruluşlarının çoğunluğu kar ortaklıkları şeklinde örgütlenmiş ya da hastanelerle ortak

çalışmaktadır. Evde bakım kuruluşlarının hastanelerle ortak çalışması, hastaların hastaneden zamanında taburcu olmalarını sağlamıştır^{6,9}.

ABD'de Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Üst Kurulu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) evde bakım kuruluşlarını dört temel sınıfa ayırarak değerlendirmiştir. Bunlar: Kişisel bakım ve hasta bakıcılığı hizmetleri, evde tıbbi malzeme desteği hizmetleri, evde infüzyon desteği hizmetleri ve hemşirelik hizmetleridir¹⁰.

AVRUPA'DA EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Ortaçağ Avrupa'sında hastanın diğer hastalara hastalığını bulaştırmamasını sağlamak amacı ile yapılan karantina uygulamaları daha sonra 17. yüzyılda veba salgınlarında uygulanan "evde tecrit" ve "evde sağlık hizmeti uygulamaları"nın kaynağını oluşturmuştur. Ortaçağda sunulan hizmetin içeriği tıbbi boyuttan daha çok barınma, yemek verme gibi sosyal hizmetleri içermektedir. 17. yüzyıldaki veba salgınlarında, evler hastaların barındığı mekanlar olmuş ve hastaların evlerinden çıkmaları yasaklanmıştır. Bu dönemde uygulanan evde sağlık hizmeti, hastaları tecrit ederek hasta olmayanları korumak ve olabildiğince vebalılarının temel gereksinimlerini evlerinde sağlamaya yönelik olmuştur¹¹.

Hastaneler, 18. yüzyılda deliler, sakatlar, yetimler, bir organı kesilecek kişiler ve diğer hastaların her yaşta ve cinsiyette hep bir arada, karmaşık bir biçimde yatığı yerlerdi. Bu dönemdeki hastaneler hakkındaki olumsuz yargılar evde bakım hizmeti uygulamaları için hazırlayıcı faktör olarak değerlendirilebilir¹².

Evde hasta bakımı uzun yıllardır informal bakım verenler (öncelikle aile) ve kilisenin önderliğinde gönüllü kuruluşlar tarafından yapılıyordu. Yaşlı ve engelli kişilere, aile ve akrabalar tarafından evde bakım hizmeti verme tüm Avrupa ülkelerinde merkezi bir yere sahipti. 19. yüzyılın sonlarından itibaren bakım ihtiyacı olan bireylere yardım etmek için organize resmi girişimler oluşturulmaya başlanmıştır¹³.

Evde bakım hizmetlerinin en önemli öncülerinden olan Florence Nightingale, hasta kişilerin bakımı için görevlendirilecek kadınların özel olarak eğitilmesini önermiş ve eğitilmiş kadınların ev ziyaretleri gerçekleştirecek özel hemşire olarak görevlendirilmeleriyle ilgili bir öneri sunmuştur. Nightingale'in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool'da evlerde hasta bakımını gerçekleştirecek, ziyaretçi hemşire yetiştiren ve 1,5 yıllık eğitim veren ilk okul açılmıştır. Nightingale, hemşirelerin ye-

terli eğitim almasıyla birlikte, kırsal bölgelerde yaşayan annelere hijyen bilgilerinin verilebilmesi için, kırsal sağlık misyonerleri ve hemşire olmayan sağlık ziyaretçilerinin yetiştirilmesiyle ilgili de öneriler sunmuştur^{14,15}.

20. yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış, şehirlerde yaşayan yoksul insan sayısındaki artışı ve buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı da beraberinde getirmiş ve evde bakım ihtiyacı artmıştır¹⁶.

Avrupa'da 1937 yılında Danimarka'da başlatılan ev ziyareti programı, başarılı bir hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka'da uygulanan altı yıllık bir pilot çalışmanın ev ziyaretlerinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi, evde bakım ve ev ziyaretlerinin önemini artmasını büyük oranda hızlandırmıştır. Çalışmalar sonucunda, tüm ülkede çocuk haklarını savunan ve ev ziyaretleri gerçekleştirerek evde bakım sağlayan sivil toplum örgütlerinin oluşumunun desteklenmesi kararlaştırılmıştır. Çocuk haklarını savunan gruplar, "Çocuk ve Gençlik Komiteleri" (Child and Youth Committees) olarak adlandırılmıştır. Komitelerin görevi koruma, destekleme ve engellemedir. Komitelerde daha çok, sosyal hizmet çalışanları ve aile yardımcıları bulunmaktadır. Sosyal hizmet çalışanlarının sayısının yetersiz olmasından dolayı aile yardımcıları kullanılmıştır¹².

20. yüzyılda büyük ölçekli kurumlar ve hastaneler yaşlı insanlar, çocuklar, engelliler ve akli problemleri olan kişilere hizmet vermede önemli yer tutmaya başlamıştır. Bununla birlikte 1950'lerde batı Avrupa ve İskandinav ülkelerinde bu hizmetle ilgili eleştiriler başlamıştır. 1960'lardan itibaren yaşlıların ve çocukların hastanelerdeki uzun süreli yatışlarını azaltmak, yaşlılar, çocuklar ve engelliler için huzurevi ve bakımevi sayısını artırmak ve uzun süreli akıl hastanelerinde yatışı azaltmak için girişimler başlamıştır. Toplum bakımı, devamlı bakım, entegre bakım ve ev tabanlı bakım gibi terimler bakım tipini anlatmak için kullanılmıştır. İskandinav ülkeleri ve İngiltere gibi ülkelerde kurum merkezli bakımdan aile bakımına direkt geçiş için bir politika değişikliği olmamıştır, fakat kurumsal bakımdan toplum temelli formal bakıma geçiş olmuştur. Daha sonra da aile merkezli bakıma verilen önem artmıştır. Kurumsallaştırma ve kurumsallıktan çıkarma işlemleri Avrupa'da çok farklı zamanlarda ve adımlarda gerçekleşmiştir. Örneğin doğu Avrupa'da 1990'ların başına kadar kurumsal bakımda ısrar edilmiştir¹⁷. Bazı güney Avrupa ülkelerinde de formal bakım hala tam olarak gelişmemiş iken kuzey Avrupa'da gönüllü sektör sayısı az gelişmiştir. Tüm bu gelişmelerin yanı sıra "evde hastane uygulaması", "ev hemşireliği", "ev yar-

dımı" gibi terimler tıptaki gelişmeleri yansıtan yeni terimlerdir^{18,19}.

Avrupa'da evde sağlık hizmeti yıllardır uygulanan bir toplum hizmetidir. Danimarka, Hollanda, İsveç, İngiltere ve İskoçya gibi ülkelerde merkezi hükümetler evde sağlık ve bakım hizmetlerini sunarken bir yandan da kaliteli hizmetlerin verilmesini sağlayacak programları desteklemektedirler. İngiltere'de sağlık hizmetlerinde 1980 ve 1990 yılları arasında gerçekleştirilen büyük değişim sonucunda, evde bakım hizmetleri İngiltere sağlık bakım sisteminde büyük bir sorun olan hastanelerdeki yatış için kısmen çözüm olmuştur⁵.

Belçika, Fransa, İtalya, Portekiz, İngiltere ve İspanya gibi bazı ülkelerde ise evde bakımın sağlık kısmı sağlık bakım sisteminin bir parçası iken sosyal kısmı sosyal sistemin bir parçasıdır. Danimarka, Finlandiya, İsveç gibi ülkelerde evde bakım tek bir kurumun yani belediyelerin sorumluluğu altındadır. Örneğin Danimarka'da 1992'den beri bu uygulama devam etmektedir. Almanya ve Hollanda'da evde bakım hizmetleri medikal hemşirelik hizmetleri ve hastanın kişisel bakım ve sosyal desteğinin sağlandığı hizmetler olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır. Hollanda'da yaşlılar için 300'den fazla evde bakım kuruluşu bulunmaktadır^{18,19} (Tablo 1).

İrlanda'da devlet, evde bakım hizmetlerinin tamamını ödemektedir. İzlanda, İsveç, Macaristan'da belediyeler geri ödeme yapmakta ve tıbbi hizmetlerin hepsini vermektedir. Hollanda'da bu hizmetler, hem hemşirelik hizmetlerini hem de annelik bakımı gibi diğer bakım hizmetlerini de içermektedir. İngiltere, İtalya ve Fransa'da da evde bakım hizmetleri geri ödeme kapsamındadır. Norveç ve Danimarka'da sadece evlere yapılan sağlık amaçlı ziyaretlerin bedeli ödenmekte ve refakat hizmetleri de ödeme kapsamında değerlendirilmektedir²⁰.

Şimdiye kadar sadece Avusturya, Almanya, İsrail, Japonya ve Hollanda gibi birkaç ülke kişilere uzun süreli bakım hakkı sağlayan yasaları yürürlüğe koymuştur. Bu ülkeler, kişisel hakkın bütçe sınırlamaları ile kısıtlanmadığı yasal sigorta programları oluşturmuşlardır. Programların çoğu bütün yaş gruplarını kapsamakta ve kurumsal bakımı da içerecek şekilde kapsamlı hizmetler sağlamaktadır. Bununla birlikte bu ülkelerin uzun süreli bakım konusunda yasalarını hazırlarken hedef nüfusun seçimi, uygunluğun değerlendirilmesi işlemi ve değerlendirmeden sorumlu personel, verilecek hizmetin tipi, hizmetlerin nasıl ve kim tarafından sağlanacağı ve finansman mekanizmaları gibi konularda farklı yaklaşımlar benimsedikleri de dikkat çeken önemli bir noktadır²¹.

DİĞER ÜLKELERDE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Kanada'da 1997'den 2007 yılına kadar evde bakım talep edenlerin sayısında %51'lik bir artış meydana gelmiş ve hizmet alan kişi sayısı 900.000 kişinin üzerine çıkmıştır. Bu kişilerin %70'i 65 yaş ve üzerindedir. Kanada'da evde bakım hizmetleri kavramı, sağlık sistemi kapsamına 1970'li yıllarda girmiş ve 1970'ten 1980'e kadar olan dönemde tüm eyaletlerde sağlık sistemi kapsamına alınmıştır. 1980'lerde halkın taleplerini karşılamak için evde bakım sisteminde yeni yapılandırılmalar yapılmış ve 1990'ların sonunda ise evde bakım hizmetlerinde büyük genişleme olmuştur. Kanada'da verilen hizmetin içeriği de eyaletten eyalete değişebilmektedir. Giderler, temel olarak her eyaletin kendi gelirlerinden karşılanırken, federal hükümetçe de desteklenmektedir²².

İsrail'de evde bakım hizmetleri, Ulusal Sigorta Enstitüsü tarafından yürütülmektedir ve kurumsal bakım yasa kapsamına girmektedir. Yasa 1 Nisan 1988'den beri yürürlüktedir. Günlük yaşam etkinliklerinde özürsüzlük gösteren, yalnız yaşayıp günde en az iki saat destek gereksinimi olan veya yalnız yaşayan ancak günde en az iki buçuk saat destek gereksinimi olan 60 yaş üzeri kadınlarla 65 yaş üzeri erkekleri kapsamaktadır. Kişinin hizmetlerden tümüyle faydalanabilmesi için gelirinin ortalamasının üzerinde olmaması gerekmektedir, aksi takdirde yapılan harcamalar için katkı payı alınmaktadır. Hizmetler sivil toplum kuruluşlarından ve kar amaçlı kurumlardan alınabilmektedir²³.

Japonya, dünyanın ortalama yaşam beklentisi en yüksek olan ve aynı zamanda en hızlı yaşlanan ülkesidir. Japonya'da nüfusun yaşlanması ile birlikte bakıma muhtaç yaşlılara yönelik sosyal bakım hizmetlerinin önemi de artmaktadır. 2000 yılı verilerine göre; Japonya'da bakıma muhtaçların sayısı, nüfusun %13'ünü oluşturmaktadır. Evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üstünde olanların toplam nüfus içindeki oranı ise %9'dur^{23,24}. Japon gelenek ve değerlerine göre yaşlı bakımının sağlanmasındaki birincil sorumluluk ailenin üzerinde olmaktadır. Dolayısıyla Japonya'da bakıma muhtaç yaşlılar, evlerinde aile fertleri tarafından bakılmaktadır. Kurumsal bakım hizmetleri ise daha çok kimsesiz yaşlıların bakımına yöneliktir. İster evde, isterse kurumsal bakım altında olsun 70 yaş üstündeki her yaşlı için, Japonya'da ücretsiz tıbbi hizmetler de verilmektedir²⁵.

Nisan 2000'den sonra, evde bakım için sağlık sisteminden ayrı bir sigorta sistemi oluşturulmuştur. Evde bakım için yapılan masrafların büyük bir kısmı sigorta tarafından karşılanmaktadır. Evde bakım için öngörü-

len aylık azami parasal sınırlar, bakıma muhtaçlık düzeyine göre değişmektedir. Japon bakım sigortası programı, yerel yönetimler (belediyeler) tarafından yürütülmektedir. Hizmet sunumu ve kalite güvenliği açısından belediyeler, hem kar maksatlı, hem de kar amacı gütmeyen sivil toplum kuruluşları ile işbirliği yapmaktadır. Belediyeler, sivil ve özel bakım hizmetlerini etkili bir şekilde desteklemekte ve finanse etmektedir. Ayrıca evde bakım sigortasının devreye girmesi ile akut tıbbi hizmet veren hastaneler, evde bakım hizmeti verebilecek entegre bakım hizmeti sunan merkezlere dönüşmeye başlamıştır. Bu hastaneler evlere temizlik hizmeti, gezici hemşirelik hizmeti gibi hizmetler için departmanlar oluşturmuşlardır. Evde bakım sigorta sisteminin devreye girmesi ile evde bakım hizmetlerinde hekimin merkezi rolü yerini bakım yöneticisine bırakmıştır. Bakım yöneticileri, bölge ofislerinde çalışmaya başlamadan önce özel bir eğitimden geçerler ve bir sınavı geçmek zorundadırlar. Bakım yöneticisi tüm hizmetlerin seçilmesi, organizasyonu ve yürütülmesinden sorumludur. Hastalar, aynı bölgede olması şartıyla hizmeti hangi bakım yöneticisi ofisinden almak istediklerine kendileri karar verebilirler^{26,27}.

Çin'deki sağlık sisteminde evde bakım hizmetleri, yaşlılara hizmet sunumunda bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Çin'deki evde bakım hizmetlerinin gelişimindeki en önemli unsur, ekonomik nedenlerden öte, sosyokültürel etkenlerdir. Hizmet sunumundaki esas kişiler aile içerisinde evde sağlık hizmeti sunumu için eğitilmiş bireylerdir. Bu bireyler evde bakım hizmetlerinde gayri resmi bakıcılar adı altında çalıştırılmaktadır²⁸.

SONUÇ

Sonuç olarak "evde bakım hizmetleri" dünyada farklı şekillerde uygulanmaktadır. Ancak her uygulanan sistemin kendi içinde olumlu ve olumsuz tarafları bulunmaktadır. Ülkedeki sağlık-bakım sistemi politika, kişilerin ihtiyaçlarına göre hizmet uygulaması farklılıklar göstermektedir. Ülkemizde evde bakım hizmetlerini geliştirirken ve bu alanda düzenlemeler yaparken diğer ülke örneklerinin olumlu ve olumsuz yönleriyle incelenmesi daha etkin bir sistemin geliştirilmesi yönünde yarar sağlayacaktır.

Tablo 1. Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinde Ülkelere Özgü Evde Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu²⁹

Ülke	Evde Sağlık Bakımı	Evde Sosyal Bakımı
Belçika	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye
Danimarka	Yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
Finlandiya	Yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
Fransa	Sosyal sigorta ve yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
Almanya	Sosyal sigorta	Sosyal sigorta
İrlanda	Merkezi veya bölgesel hükümet	Merkezi veya bölgesel hükümet
İtalya	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye
Hollanda	Sosyal sigorta	Sosyal sigorta
Portekiz	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye
İspanya	Sosyal sigorta	Yerel hükümet veya belediye
İsveç	Yerel hükümet veya belediye	Yerel hükümet veya belediye
İngiltere	Merkezi veya bölgesel hükümet	Yerel hükümet veya belediye

KAYNAKLAR

1. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye’de Karşılanamayan Bir Gereksinim: Evde Bakım Hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5:19-31.
2. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Ankara, 10.03.2005; Resmi Gazete: Sayı 25751.
3. Erginöz SG. İlk Çağlarda Akdeniz Havzasında ve Anadolu’da Doğum ve Doğum Yardımı. Düşünen Siyaset 2002;16:148-60.
4. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2004;12:109-120.
5. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara: 2007.
6. Munchus G. The US Home Health Industry: Past, Present, and Future. Home Health Care Management & Practice 1999;11:21-30.
7. Harris MD. Home Health Administration. Handbook of Home Health Care Administration. 2nd ed. Gaitersburg; An Aspen Publication.;1997:5-32.
8. Aydın D. Evde Bakım Kavramı ve Kapsamı, Evde Bakım Hizmetleri. 1. Baskı. Ankara: Sağlıklı Nesiller Demeği; 2005:14-25.
9. Chromlak D. Referral Sources in Home Healthcare. The Journal of Nursing Administration 1992;22:39-45.
10. Popovich ML. The Joint Commission’s Home Care Accreditation Programme. Harris MD. ed. Handbook of Home Health Care Administration. 5th ed. London: Jones and Barlett Publishers; 2010:71-83.
11. Sobel D. Galileo’nun Kızı. Çeviren: Bahadır Sina Şener. 1. Baskı. İstanbul :Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 2000.
12. Wasik BH, Bryant DM, Lyons MC. Home Visiting. London: Sage Publications; 1990.
13. Twigg J. Informal care in Europe. York:University of York/SPRU; 1993: 215-2234.
14. Gallagher MB. Nursing Role In Home Health Care. Linda L, Jarvis MS. eds., In:Community Health Nursing: Keeping The Public Healthy. USA: Davis Company; 1985:50-327.
15. Öztekin Z, Kubilay G. Toplum Sağlığı ve Hemşireliği. Ankara: Somgür Yayıncılık;1995.
16. Schulmerich SC. General Information. Home Health Care Administration. New York:Delmar Publishers; 1996:12-9.
17. Risse GB. Mending bodies, saving souls: a history of hospitals. Oxford: Oxford University Press; 1999: 69-153.
18. Hutten JBF, Kerkstra A. Home care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing. Arena; Aldershot; 1996:219-244.
19. Ehrenfeld M. Nursing and home care in Europe. International Nur-

- sing Review 1998;45:61–64.
20. Alnıgıneş E. Evde Bakım Hizmetlerine Bakış. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2009;10. (<http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=240>)
21. Home-based long-term care. World Health Organization technical report series no: 898, Geneva; 2000.
22. Home Care: Meeting the Needs of an Aging Population. Canadian Home Care Association; 2008.
23. Brodsky J, Habib J, Mizrahi I. Long-Term Care Laws in Five Developed Countries A Review. Geneva:World Health Organization; 2010.
24. Seyyar A., Oğlak S. Almanya ve Japonya’da Bakım Sigortası Uygulamaları. İ. Ü. İktisat Fakültesi Mecmuası, 2005;55:735-757.
25. Campbell CJ. Initiating Public Long-Term Care Insurance in Japan; The Journal of The International Institute 1997;5. (<http://hdl.handle.net/2027/spo.4750978.0005.104>)
26. Turan ÖS. Evde İzlemi Yapılan Kronik Kardiyopulmoner Hastaların Evde Bakım Sürecinde Tıbbi Gereksinim Düzeylerinin Saptanması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara;2008.
27. Matsuda S., Yamamoto M. Long-Term Care Insurance and Integrated Care For The Aged in Japan. International Journal of Integrated Care 2001;1:1-11.
28. Xu K., Hu S. Home care for elderly. World Health Forum, 1996;17:357-9.
29. Tarricone R, Tsouros AD. Home Care in Europe. The Solid Facts. World Health Organization Europe. Università Commerciale Luigi Bocconi; 2008:14.