



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YAŞLI BİREYLERİN BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Çağdaş Salih MERİÇ

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN**

**ANKARA
2017**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YAŞLI BİREYLERİN
BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çağdaş Salih MERİÇ

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN**

**ANKARA
2017**

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan hazırlanmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Çağdaş Salih MERİÇ

Tarih:

İmza:

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında
Çağdaş Salih MERİÇ tarafından hazırlanan
“Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumlarının
Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS
TEZİ olarak OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 25/07/2017

İmza

Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Jüri Başkanı

İmza

Doç. Dr. Alev KESER
Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı
Üye

İmza

Yrd. Doç. Dr. Pelin BİLGİÇ
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Toplum Beslenmesi Anabilim Dalı
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Evde Sağlık Hizmetleri	4
1.1.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	4
1.1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Süreci	5
1.1.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri	8
1.1.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	10
1.1.5. Evde Sağlık Hizmeti Ekibi	12
1.1.6. Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetleri	14
1.1.7. Evde Sağlık Hizmetinin Yaşlı Bireyler Açısından Önemi	16
1.1.8. Yaşlı Bireylerin Evde Bakım İlkeleri	17
1.1.9. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Genellikle Karşılaşılan Kronik Hastalıklar	19
1.2. Yaşlılık ve Beslenme	21
1.2.1. Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumunu Etkileyen Etmenler	21
1.2.2. Yaşlılıkta Beslenme Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi	25
1.2.3. Yaşlılıkta Beslenme	27
1.3. Malnutrisyon	34
1.3.1. Malnutrisyon Tanımı ve Yaşlılarda Malnutrisyon	34
1.3.2. Yaşlılarda Malnutrisyon Nedenleri	36
1.3.3. Yaşlılarda Malnutrisyonun Önemi	40
1.3.4. Yaşlı Bireylerde Malnutrisyonun Tanısı, Taraması ve Değerlendirilmesi	41
1.3.5. Geriatrik Hastalarda Malnutrisyonun Taranması/MNA-SF	43
2. GEREÇ ve YÖNTEM	45
2.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	45
2.2. Araştırmanın Genel Planı	45
2.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	46
2.3.1. Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA-SF)	46
2.3.2. Baldır Çevresi	47
2.3.3. Biyokimyasal Ölçümler	47
2.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	48
3. BULGULAR	49
3.1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılara Ait Genel Bulgular	49
3.2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Genel Beslenme Alışkanlıkları	53
3.3. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılara İlişkin Biyokimyasal Bulgular	64

3.4.	Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Beslenme Durumunun Değerlendirmesi	69
4.	TARTIŞMA	81
4.1.	Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılara Ait Genel Bulguların Değerlendirilmesi	81
4.2.	Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Genel Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	85
4.3.	Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılara İlişkin Biyokimyasal Bulguların Değerlendirilmesi	90
4.4.	Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların MNA-SF Tarama Puanlarına Göre Değerlendirilmesi	94
4.5.	Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi	99
4.6.	Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Malnutrisyon Durumları ile Bazı Biyokimyasal Bulguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	103
5.	SONUÇ VE ÖNERİLER	106
	ÖZET	113
	SUMMARY	114
	KAYNAKLAR	115
	EKLER	141
EK-1:	Etik Kurul Raporu	142
EK-2:	Hatay Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı	144
EK-3:	Yaşlı Bireyler İçin Hazırlanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	145
EK-4:	Hasta Vasileri İçin Hazırlanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	147
EK-5:	Yaşlı Bireylere Uygulanan Anket Formu	149
EK-6:	T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Laboratuvarı'nın Kabul Ettiği Referans Değerler	154
	ÖZGEÇMİŞ	155

ÖNSÖZ

Günümüzde ortalama yaşam süresinin artması, yaşlı bireylerin hastane ve bakımevlerini tercih etmemesi, artan yaşlı nüfusa paralel olarak medikal desteklere olan gereksinimin artması, tıbbi ve teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetlerinin evde sunulmasına olanak yaratmış ve evde sağlık hizmetlerinin önemini arttırmıştır. Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların yüksek kronik hastalık prevalansına ek olarak beslenme sorunu, tat, koku, iştah duyularında azalma, öğün atlama, yatağa bağımlılık ve deride hassaslık veya bası yarası varlığının beslenme durumunu olumsuz yönde etkilediği ve malnutrisyon riskini arttırdığı düşünülmektedir. Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi konusunda literatüre güncel ve önemli bilgiler sağlamak amaçlanmıştır.

Tezimin hazırlanması sırasında desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen; bilgi, birikim ve tecrübelerini her daim aktaran, yol gösteren, öncülük eden, çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN'a sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım. Ayrıca Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyeleri ve öğretim elemanları başta olmak üzere, akademik görev arkadaşlarım Arş. Gör. Emre DUMAN, Arş. Gör. Mustafa ÖZGÜR, Arş. Gör. Hacı Ömer YILMAZ, Arş. Gör. İsmail Mücahit ALPTEKİN ve Arş. Gör. Onur ÇIRAK'a teşekkür ederim.

Tezimin veri toplama sürecinde bana göstermiş oldukları sabır, anlayış ve en önemlisi benimle bilgi ve tecrübelerini paylaşarak buldukları yardımlar için Samandağ Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti ekibine sonsuz teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince bana maddi ve manevi anlamda her türlü desteği veren başta annem Munise MERİÇ olmak üzere, babam Rasim MERİÇ, ablam Ezgi MERİÇ ve kız kardeşim Çağla MERİÇ'e teşekkür ederim. Tez çalışmamı, başta bana ilham kaynağı olan anneannem Hediye MERİÇ olmak üzere evde sağlık hizmeti alan diğer bütün yaşlı hastalara ithaf ediyorum.

SİMGELER VE KISALTMALAR

AGD	Akademik Geriatri Derneği
ALT	Alanin Aminotransferaz
AMA/AAHCP	American Medical Association/American Academy of Home Care Physicians-Amerikan Tıp Derneği/Amerikan Evde Bakım Hekimleri Akademisi
AST	Aspartat Aminotransferaz
BAPEN	British Association for Parenteral and Enteral Nutrition/İngiltere Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği
BKİ	Beden Ktle İndeksi
cm	Santimetre
CRP	C-Reaktif Protein
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism/Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Cemiyeti
HDL	High Density Lipoprotein/Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
kg	Kilogram
kcal	Kilokalori
LDH	Laktat Dehidrogenaz
LDL	Low Density Lipoprotein/Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
m²	Metrekare
mcg	Mikrogram
mg	Miligram
mL	Mililitre
mmol	Milimol
MNA	Mini Nutritional Assessment/Mini Nutrisyonel Değerlendirme
MNA-SF	Mini Nutritional Assessment-Short Form/Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form
NG	Nazogastrik
PEG	Perkütan Endoskopik Gastrostomi

PEM	Protein–Enerji Malnutrisyonu
SS	Standart Sapma
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO/DSÖ	World Health Organization/Dünya Sağlık Örgütü
YLD	Years Lost with Disability/Engellilik Hali ile Geçen Yıllar
\bar{X}	Aritmetik Ortalama
χ^2	Ki-kare



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Türkiye Beslenme Rehberi'ne göre 65 yaş ve üzeri bireylerin enerji ve besin ögesi gereksinim miktarları	29
Çizelge 1.2. “Meals on Wheels” kısaltması	38
Çizelge 3.1. Yaşlılara ait genel bulgular (n:120)	50
Çizelge 3.2. Yaşlıların hastalık durumu ile ilaç kullanma durumlarına göre dağılımları	51
Çizelge 3.3. Yaşlıların sigara ve alkol kullanımına ilişkin bulgular (n:120)	52
Çizelge 3.4. Yaşlıların şu an ve önceden deride hassaslık veya yara bulunma durumuna göre dağılımları	53
Çizelge 3.5. Yaşlıların beslenme şekilleri ile enteral ürün kullanma durumlarına göre dağılımları (n:120)	54
Çizelge 3.6. Yaşlıların yemek hazırlama ve alışveriş yapma durumuna göre dağılımları	55
Çizelge 3.7. Yaşlıların genel beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları	56
Çizelge 3.8. Yaşlıların bazı beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları	57
Çizelge 3.9. Yaşlıların beslenme sorunları ile iştah, tat ve koku duyularına ilişkin bulgular (n:120)	58
Çizelge 3.10. Yaşlıların beslenme sorunları ile iştah, tat ve koku duyularında meydana gelen değişikliklerin beslenme şekillerine göre değerlendirilmesi	60
Çizelge 3.11. Yaşlılarda deride hassaslık veya yara oluşma sıklığı ve süresinin beslenme şekillerine göre değerlendirilmesi	62
Çizelge 3.12. Yaşlıların fiziksel aktivite durumları (n:120)	63
Çizelge 3.13. Yaşlıların gece ve gündüz ortalama uyku süreleri (n:120)	63
Çizelge 3.14. Yaşlıların ortalama biyokimyasal bulguları	65
Çizelge 3.15. Yaşlıların ortalama biyokimyasal bulgularının beslenme şekillerine göre değerlendirilmesi	67

Çizelge 3.16. Yaşlılara ilişkin bazı biyokimyasal bulguların değerlendirilmesi (n:120)	68
Çizelge 3.17. Yaşlıların MNA-SF tarama puanlarına göre değerlendirilmesi	70
Çizelge 3.18. Yaşlıların ortalama MNA-SF puanlarının cinsiyet ve beslenme şekillerine göre değerlendirilmesi	71
Çizelge 3.19. Yaşlıların malnutrisyon açısından değerlendirilmesi	71
Çizelge 3.20. Yaşlıların tanısı konan bazı hastalıklara göre malnutrisyon açısından değerlendirilmesi	72
Çizelge 3.21. Malnutrisyon açısından değerlendirilen yaşlılara ait bazı bulgular	74
Çizelge 3.22. Yaşlıların malnutrisyon durumlarının tat, koku, iştah, diş problemi, beslenme sorunu ve fiziksel aktivite gibi değişkenlere göre değerlendirilmesi	76
Çizelge 3.23. Yaşlıların ortalama biyokimyasal bulgularının malnutrisyon durumlarına göre değerlendirilmesi	78
Çizelge 3.24. Yaşlıların malnutrisyon durumları ile bazı biyokimyasal bulgularının değerlendirilmesi	80

1. GİRİŞ

Günümüzde toplumsal ve sosyal yapıdaki değişiklikler, tıpta elde edilen tanı ve tedavi olanaklarının gelişmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması ile birlikte ortalama yaşam süresi artmıştır. Bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %8-10 arasında olmasının o ülkenin yaşlı nüfus, %10'un üzerinde olmasının ise çok yaşlı nüfus özelliği gösterdiği bildirilmektedir. Geleceğe yönelik nüfus tahminlerine göre Türkiye'de yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının 2023 yılında %10,2'ye yükseleceği ve böylece Türkiye'nin de çok yaşlı nüfusa sahip ülkeler arasında yer alacağı düşünülmektedir (TÜİK, 2015). Bu demografik değişime bağlı olarak yaşlılığa ilişkin hastalıklarda artış meydana gelmektedir. Artan kronik hastalık insidansı, ilerleyen yıllarda sağlık ve bakım hizmeti sunumunun etkinliğinin azalmasına neden olacağı gibi özellikle bu hizmetlere duyulan gereksinimin karşılanamayacağına ve hizmet sunumlarına yönelik önlemlerin alınması gerektiğine işaret etmektedir. Benzer sorunlarla önceden karşılaşan ve bugün ülkemize kıyasla daha yaşlı nüfusa sahip Avrupa ülkeleri artan sağlık ve bakım gereksinimine yönelik multidisipliner ve etkin evde sağlık ve bakım hizmeti programları üretmişlerdir (Aksoy ve ark., 2015).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (2005) tarafından hazırlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik”te evde bakım hizmeti, “Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik'te evde sağlık hizmeti terimi kullanılmış ve evde sağlık hizmetinin tanımı; “Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık ve bakım hizmeti sunumuna gereksinim duyan bireylere ev, aile ortamı veya yaşadığı çevrede muayene ve biyokimyasal testlere ek olarak inceleme, araştırma, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri ile

kendilerine ve aile bireyelerine psiko-sosyal destek hizmetlerinin birlikte verilmesi” şeklinde yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

Günümüzde ortalama yaşam süresinin artması, yaşlı bireylerin hastane ve bakımevlerini tercih etmemesi, artan yaşlı nüfusa paralel olarak medikal desteklere olan gereksinimin artması, tıbbi ve teknolojik gelişmelerin sağlık hizmetlerinin evde sunulmasına olanak sağlamıştır. Ayrıca hastanede yatış sürelerinin azalması gibi birçok faktör evde sağlık ve bakım hizmetini cazip hale getirmiş ve önemini arttırmıştır (Erdil, 2009; Öztop ve ark., 2008).

Evde sağlık ve bakım hizmeti talep eden yaşlı hastalar genellikle, multimorbidite ve komorbiditesi mevcut, fonksiyonel ve bilişsel kapasitesi azalmış, temel özbakım becerilerini yerine getiremeyen, eve, yatağa veya başkasına bağımlı bireylerdir. Bu özelliklerin hepsi bireyin beslenmesiyle doğrudan ilişkili olup, geriatrik bir sendrom olarak da tanımlanan malnutrisyon açısından önemli risk faktörleridir (Özkul ve Ünalın, 2015).

Malnutrisyon, aşırı kilolu olma durumunu da içeren bir terim olmasına rağmen, Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği Rehberi’nde (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism/ESPEN) klinik olarak belirgin yetersiz beslenme durumu önemslenmekte; malnutrisyon fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda azalmaya, iyileşme sürecinin uzamasına ve vücut bileşiminde değişiklikler meydana gelmesine neden olan, yetersiz besin alımından kaynaklanan durum şeklinde tanımlanmaktadır (Lochs ve ark., 2006). Malnutrisyon, denge kaybı, düşme ve kalça kırıklarına, hastalık sıklığının artışına, iyileşme sürecinin uzamasına, enfeksiyon ve bası yaralarında artışa ve yara iyileşmesinde gecikmeye sebep olmaktadır (Özkara ve Kasım, 2014; Özkul ve Ünalın, 2015).

Yapılan çalışmalarda yaşlılarda ilerlemiş yaşın, çoklu komorbidite varlığının, bir önceki sene hastaneye yatış öyküsünün, entellektüel kapasitede azalmanın, fonksiyonel bağımlılığın, eş kaybının, tek başına yaşamanın ve düşük eğitim düzeyinin malnutrisyon ile ilişkisi gösterilmiştir (Chen ve ark., 2010; Han ve ark.,

2009; Johansson ve ark., 2009; Kwon ve ark., 2006; Pablo ve ark., 2003; Yap ve ark., 2007). Evde bakım hastalarında beslenme takibi yapmak mutlak bir gerekliliktir, çünkü evde bakım hasta grubu, özellikle de yaşlı hastalar demans, depresyon, oral alımın azalması, yutma ve çiğneme problemleri ve tek başına yemek yiyememe, immobilitate, iştahsızlık, bulantı-kusma gibi şikâyetleri nedeniyle malnutrisyona oldukça yatkındır (Özkara ve Kasım, 2014; Tannen ve ark., 2012; Zapka ve ark., 2014). Özellikle demans hastalarında yemek zamanı ile müzik ve yemeklerin servis edilme şekli gibi düzenlemelerin bile malnutrisyonun önlenmesinde etkili olduğu saptanmıştır (Whear ve ark., 2014). Zamanında düzeltilemeyen malnutrisyon ise bu hastalarda morbidite ve mortaliteyi etkileyen önemli bir unsurdur.

Literatürdeki çalışmalar, malnutrisyon prevalansının huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda %29-49 (Kulnik ve Elmadfa, 2008; Pauly ve ark., 2007; Saeidlou ve ark, 2011a; Saeidlou ve ark, 2011b; Souminen ve ark., 2005; Tsai ve Ku, 2008) evlerinde yaşayanlarda ise %1-26 arasında değiştiğini göstermektedir (Saeidlou ve ark., 2011a; Saeidlou ve ark, 2011b; Tsai ve ark, 2010; Vedantam ve ark., 2010).

Evde bakım hizmeti alan ve/veya ayaktan takip edilen 65 yaş ve üzeri 3119 yaşlının beslenme durumunu inceleyen 25 çalışmadan oluşan bir meta-analiz araştırmasında; yaşlıların %9,0'ının malnutrisyonlu, %45,0'ının ise malnutrisyon açısından risk altında olduğu saptanmıştır (Guigoz ve ark., 2006).

Mortalite bakımından bağımsız bir risk faktörü olduğu kanıtlanan malnutrisyonun multifaktöriyel etiyojisi, beraberinde önemli biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlar getirmektedir. Diğer taraftan malnutrisyonun sağlık profesyonelleri tarafından güçlükle teşhis edildiği ve yaşlı bireylerin büyük bir bölümünün (yaklaşık %75) tedavisiz bırakıldığı da yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Arnaud-Battandier, 2004; Seiler, 2001).

Günümüzde hızla artan yaşlı nüfus, yaşlı hizmetleri arasında önemli bir yeri olan “evde sağlık hizmetleri” kavramına gereksinim duyulmasına neden olmuştur. Türkiye’de evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumlarını

değerlendiren yeterli çalışmaya rastlanmamakla birlikte; konuyla ilgili yabancı çalışmalar artan bakım gereksinimi ile birlikte etkin sağlık hizmetleri sunumunun gün geçtikçe daha da güçleşeceğine, evde sağlık ve bakım hizmetlerine yönelik tedbirlerin vakit kaybetmeden alınması gerektiğine dikkat çekmektedir. Ayrıca tüm yaşlıların malnutrisyon açısından taranmasının önemine vurgu yapılmıştır. Günümüzde ülkemizde de evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin sayısı giderek artmaktadır. Bu nedenle evde sağlık hizmeti alan yaşlıların rutin olarak beslenme durumlarının değerlendirilmesi ve malnutrisyonlu veya malnutrisyon açısından risk altında olan bireylere beslenme desteğinin verilmesi gerekmektedir.

Bu nedenle bu çalışma, evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

1.1. Evde Sağlık Hizmetleri

1.1.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Evde sağlık hizmetleri genel olarak; engelli, yaşlı, kronik hastalığı olan bireylerin sağlığını, fonksiyonlarını ve konforunu korumak, yükseltmek, bireyi yeniden sağlığına kavuşturmak, bakım ve sağlık hizmetine gereksinim duyan bireylerin bakım yükünü hafifletmek amacıyla birey, aile veya bakım vericiye sunulan sağlık ve sosyal hizmetlerin multidisipliner ve profesyonel düzeyde veya aile bireyleri ya da bakım vericiler aracılığıyla bireyin kendi evinde veya yaşadığı çevrede sunulması şeklinde tanımlanmaktadır (AMA/AAHCP, 2007; Danış, 2006).

Evde bakım anlamında kullanılan; sürekli bakım, topluma dayalı uzun süreli bakım, evde uzun süreli bakım gibi farklı terimlerle karşılaşılmaktadır. Terminoloji ülkeden ülkeye farklılık göstermesine rağmen temel görüş aynıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubu'nun (Home-Based Long Term Care Study Group) hazırladığı Evde Uzun Süreli Bakım Teknik Raporu'nda

(Home-Based Long Term Care Technical Report) uzun süreli bakım ve evde uzun süreli bakım tanımları yer almaktadır (WHO, 2000).

Hazırlanan bu rapora göre; evde uzun süreli bakım, mevcut sağlık ve sosyal hizmetlerinin bir parçası olup, bakıma veya sağlık hizmetine gereksinim duyan bireye aile, arkadaşlar ve komşular gibi geleneksel bakıcılar veya gönüllüler gibi informal türde yetişmiş bireyler (informal care) ile asıl mesleği evde bakım veya sağlık hizmet sunumu olan profesyonel sağlık çalışanları gibi formal türde yetişmiş bireyler tarafından sağlanan bakımın (formal care) hastanın yaşadığı ev ortamında sunulması etkinlikleridir (Ellenbecker ve ark., 2008; WHO, 2000).

Bireylere sunulan evde bakım veya evde sağlık hizmetleri, huzurevi veya bakım evlerinin yerini alan, hastanelerde yatış süresini azaltan, bireylerin gerek yaşam kalitesi gerekse toplumsal saygınlığının korunması ve yükseltilmesini amaçlayan hizmetler olarak ifade edilmektedir (AMA/AAHCP, 2007).

Evde sağlık hizmetleri koruyucu-destekleyici, tedavi edici, rehabilite edici, akut-kısa süreli, kronik-uzun süreli ve palyatif-terminal bakım şeklinde farklı kapsamlı gruplarda sunulabilmektedir (WHO, 2004).

1.1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Süreci

Evde sağlık hizmetlerinin tarihsel süreci insanlık tarihinin başlangıcına dayanmakla birlikte eski toplumlarda yaralananlara ve hastalara sağlık ve bakım hizmeti yaşanan ortamlarda yakınları tarafından verilmekteydi. İlk tıbbi uygulamalarda ise hekimler hastanın yaşadığı yere gitmekte, hastalığın tanı ve tedavisini yaşanan çevrede yapmaktaydı. Fakat, hekimlerin zamanını verimli kullanamama, tanı ve tedavi işlemleri ile cerrahi müdahalelerde kullanılacak alet ve cihazların taşınmasının güçleşmesi gibi nedenlerle terk edilmiştir ve ilk hastane (darüşşifa) oluşumlarının temeli atılmıştır. Bununla birlikte hastaneler çoğu sağlık hizmetinin ve tıbbi bakımın verildiği yer olarak kabul edilmiştir ve günümüze kadar

ulaşmıştır. Fakat hastanelerde gerek maliyetin gerekse hastane enfeksiyonlarının artmasına ek olarak evin sıcak ortamının aranması ile yeniden evde sağlık ve bakım hizmeti önem kazanmaya başlamıştır (Wasik ve Bryant, 2001).

Evde sağlık ve bakım hizmetleri Ortaçağ Avrupa'sında hastalıkların diğer bireylere bulaşmaması amacıyla verilmiş olup, tanı ve tedavi işlemlerinin yerine evde sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan barınma ve beslenme gibi temel ihtiyaçların karşılanması ön plana çıkmıştır (Akdemir, 2004; Çoban ve Esatoğlu, 2004).

ABD'de evde sağlık ve bakım hizmeti sunumunu gerçekleştiren ilk kuruluş 1796'da kurulan Boston Dispanseri'dir (Munchus ve ark., 1999). 1800'lü yıllarda tıp dünyasındaki hızlı gelişmeler ile hastaneler daha da gelişmiş ve çoğu sağlık ve bakım hizmeti hastaneler tarafından vermeye başlamıştır. Sağlık ve bakım hizmetlerine gereksinim duyan hastaların çoğuna ulaşılmış ayrıca hemşireler evde sağlık ve bakım hizmeti sunmalarının yanı sıra aile üyelerini bakım ve sağlık hizmeti konusunda eğiterek hizmet kalitesini yükseltmişlerdir (Özer ve Şantaş, 2012; Sezer ve ark., 2015).

ABD'de Medicare ve Medicaid 1965 yılında yürürlüğe girerek yaşlı ve engelli nüfusla beraber artan kronik hastalıklarda sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaştırmıştır. Medicaid her yaş grubundaki yoksul kişilerin sağlık giderlerini karşılayan bir sistem iken; Medicare çoğunlukla 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık harcamalarını kapsayan bir sigorta sistemi olmuştur. Medicare kapsamında 1965'te evde bakım ve sağlık hizmeti sunan kuruluşların sayısı 1753 iken 1993 yılında 6497'ye yükselmiş ve toplamda 1990 ile 1996 yılları arasında bu kuruluşların sayısı %31,4 oranında artmıştır (Dudzinski ve ark., 1998; Schulmerich ve ark., 1996).

Evde sağlık hizmetinin tarihsel sürecinde gelişmiş ülkelerdeki ekonomik nedenlerle sağlık ve bakım hizmetlerinin hastanelerden evlere veya bireyin yaşadığı çevreye doğru kayması evde sağlık hizmetlerine olan ilgiyi arttırmış ve bu hizmetin sürekli bir şekilde araştırılarak birçok ülkede hızla yayılmasını sağlamıştır. Ancak gelişmekte olan ülkelerdeki finansal desteğin düşük olması nedeniyle evde sağlık

hizmetlerinin kalitesi resmi kurumlardan istenilen seviyeye ulaşamamış ve evde bakım kısa ve uzun vadede aile bireyleri tarafından yürütülmüştür (WHO, 2000). Kronik hastalık prevalansının artmasıyla beraber ABD ve Kanada'da yaşlı bakımı açısından evde sağlık hizmetleri önem kazanmaya başlamıştır. Yaşlıların evde bakım ve sağlık hizmetlerine olan ilgilerinin artması Benjamin'e göre iki temele dayanmaktadır. Bunlardan birincisi yaşlı bireylerin diğer yaş gruplarına kıyasla kronik hastalıklardan daha çok etkilenmesinin yaşam alanlarındaki bakıma olan ihtiyaçlarını arttırması; ikincisi ise 65 yaş ve üstü grubundaki kişilerin tedavi amaçlı hastaneleri kullandıktan sonra evde bakıma olan gereksinimlerinin artmış olmasıdır (Benjamin, 1992).

Evde sağlık hizmetleri 1992-2005 yılları arasında ABD'de sağlık sektörünün en hızlı gelişen birinci bölümü iken endüstriyel sektörde en hızlı gelişen ikinci bölümü olarak 500.000'e yakın insana iş imkanı sunmuştur (AMA/AAHC, 2007). Evde sağlık hizmetleri sistemi İngiltere, İsveç, Hollanda, Danimarka ve İskoçya gibi Avrupa ülkelerindeki merkezi yönetimler tarafından uzun zamandan beri uygulanmakta ve kaliteli hizmet sunumunu kapsayacak programlar geliştirilerek desteklenmektedir. Örneğin Hollanda'da evde sağlık hizmetleri sağlık politikaları ile bütünleşmiş, medikal hemşirelik ve kişisel bakım ile birlikte yaşlı nüfusun geropsikiyatrik ve psikomatik sorunlarına çözüm sunan yaklaşık 300 evde sağlık hizmeti veren kurum açılmıştır (Genet ve ark., 2012).

Günümüzde Avrupa Birliği'ne üye olan 28 ülkeye ek olarak Türkiye, İngiltere, Japonya, Yunanistan, Kanada, Endonezya ve Suudi Arabistan gibi çok sayıda ülkede evde sağlık ve bakım hizmetleri sunumu yapılmaktadır. Temel Sağlık Hizmetleri'nin yapı taşı olan sosyal eşitlik ve öz sorumluluk ilkeleri dikkate alındığında; bireylere ve ailelerine kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk bilincinin kazandırılması ve sağlık alanına toplumsal katılım sağlanması için evde sağlık hizmetleri topluma, aileye ve bireylere katılım bilinci kazandırılmasında rol model olmuştur (Akdemir, 2004; Polat, 2003).

1.1.3. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde tam anlamıyla organize olmuş bir evde sağlık hizmeti sistemi henüz olmamakla beraber uygulamada yönerge ve yönetmelikler gibi yasal düzenlemeler yer almakta, fakat bu durum evde sağlık ve bakım hizmetlerinin geniş kapsamı göz önünde bulundurulduğunda yetersiz ve eksik kalmaktadır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, ülkemizde sağlık alanında yapılan ilk düzenleme olmakla birlikte, Cumhuriyetin ilk yıllarında yaygın olan bulaşıcı hastalıklar ve anne-çocuk sağlığı sorunlarının evde tanı ve tedavisinin yanı sıra hekimlerin evde hasta muayenesini, annelere ve çocuklarına sağlık hizmetlerinin verilmesini de kapsamış olup hekim ve hemşireler evlere ziyaretler gerçekleştirmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1930). Ancak bu düzenleme evde sağlık ve bakım hizmetlerinin oldukça küçük bir bölümünü kapsamaktadır.

Cumhuriyet döneminin ilk yazılı sağlık uygulaması olan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı’nda sağlık personelinin oluşan ekiplerin, belirli bir program dahilinde evleri ziyaret etmesi ve her türlü sağlık sorununun yerinde tanı ve tedavisinin yapılması hedeflenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015b).

Ülkemizde 1961’de uygulanmaya başlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile evde sağlık ve bakım hizmetlerinin halk sağlığı hemşirelerinin sorumluluğunda olduğu belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1961).

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin yasal dayanakları Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda da bulunmakla birlikte; tüm bireylerin sağlıklı bir çevrede yaşaması, engelli ve yaşlı bireylerin devlet tarafından korunması gibi maddelerin bireylerin temel hakkı olduğu anayasamızda da belirtilmektedir (Akdemir, 2004).

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, 1983’te kabul edilen kanun ile sağlık ve bakım hizmetine gereksinim duyan yaşlı, engelli, çocuk ve bunların

ailelerine hizmet sunulmasını üstlenmiştir. Daha sonraki dönemlerde ise özel sağlık kuruluşları, hastanelerden taburcu edilen hastaların gereksinimlerini karşılamak için evde sağlık ve bakım hizmetleri sunmaya başlamıştır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 1983).

Belediyeler de evde sağlık ve bakım hizmeti sunan kuruluşlar arasında yer almaktadır; 2004 yılında kabul edilen Belediye Kanunu ile yaşlı, engelli ve maddi durumu iyi olmayan bireylere yardım edilmesi, evde kan alma, sonda uygulama, enjeksiyon, deride hassaslık veya bası ülseri bakımı gibi hemşirelik hizmetleri verilmekte olup bu organizasyonu ayarlayan, düzenleyen veya denetleyen herhangi bir sistem bulunmamaktadır (TBMM, 2004).

Evde sağlık hizmetlerine yönelik yasal düzenlemelere ek olarak, DSÖ'nün 21. yüzyılda 21 sağlık hedefi kapsamında yaşlı sağlığının korunması ve yükseltilmesi, bireyler için sağlıklı çevrelerin oluşturulması gibi maddeler bulunmaktadır (WHO, 2005).

Ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetleri sunulmasına dair ilk yasal düzenleme 2005'te yürürlüğe giren "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik"tir. Bu yönetmelikte evde sağlık ve bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının açılması, bunları işleten kurumların, tüzel ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esaslar yer almaktadır. Aynı yönetmelik ile evde sağlık ve bakım hizmeti sunan kuruluşlar; merkezler (hekim sorumluluğunda olan, asgari donanım ve personele sahip, sadece evde sağlık ve bakım hizmeti sunan kuruluşlar) ve birimler (hastane, tıp merkezi veya poliklinik gibi özel sağlık kuruluşları bünyesinde, asgari donanım ve personele sahip, evde sağlık ve bakım hizmeti sunan kuruluşlar) olmak üzere ikiye ayrılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu yönergenin amacı "Evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve

rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması, bu birimlerin asgari fiziki donanımı ile araç, gereç ve personel standardının ve ilgili personelin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, iletişim, uygulanacak randevu, kayıt ve takip sisteminin tanımlanması ve uygulamanın denetimine ilişkin usul ve esasların belirlenerek evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır” şeklinde belirtilmiştir. Yönergede ayrıca “Evde sağlık hizmetleri, Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri (ADSM) bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulur” maddesi de yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

“Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” 27.02.2015 tarihinde uygulanmaya başlamış olup, bu yönetmelikte evde sağlık hizmeti terimi kullanılmış ve evde sağlık hizmetinin tanımı; “Çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna gereksinim duyan bireylere kendi evlerinde, aile ortamında veya yaşadıkları çevrede muayene, tanı ve tedavi, tıbbi bakım, inceleme, araştırma, takip, kendilerine ve aile bireylerine psiko-sosyal destek hizmetlerinin eksiksiz ve kapsamlı olarak verilmesi” şeklinde yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

1.1.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Evde sağlık hizmetleri; kapsamı, süresi ve hizmeti sunan kişilere göre sınıflandırılabilir. Evde sağlık hizmetleri; kapsamı, süresi ve hizmeti sunan kişilere göre sınıflandırılabilir.

Kapsama göre sınıflandırma: Kapsama göre sınıflandırma kendi içerisinde tıbbi ve medikal hizmetler, sosyal destek hizmetleri ve diğer hizmetler şeklinde üçe ayrılmaktadır. Diğer hizmetler başlığında yalnız yaşayan, engelli veya evde sağlık

veya bakım hizmetine gereksinim duyan bireylerin özellikle yaşlıların ev veya yaşadıkları çevrenin düzenlenmesi, temizlik, yemek, alışveriş gibi günlük işlerinin yapılmasını içeren hizmetler yer almaktadır (Yılmaz ve ark., 2010).

Süreye göre sınıflandırma: Evde sağlık hizmetleri süreye göre kısa süreli ve uzun süreli evde sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli evde sağlık hizmetleri; tıbbi ve medikal hizmetleri kapsamakla birlikte genellikle hastaneden taburcu olan bireylere toparlanma dönemi süresince, genelde 30 gün verilmektedir. Bu süreç temelde tıbbi, medikal ve rehabilite edici hizmet sunularınının bireylerin kısa süre içerisinde başkasına bağımlı olmayacak şekilde hayatını devam ettirmesini amaçlamaktadır. Uzun süreli evde sağlık hizmetleri ise tıbbi ve medikal hizmetlere ek olarak sosyal hizmetleri de içeren, genellikle sosyal bakım ağırlıklı olan ve 6 aydan daha uzun süre evde sağlık veya bakım hizmetine gereksinim duyulması durumunda verilen hizmetleri kapsamaktadır (Oğlak, 2007; Özer ve Şantaş, 2012; Yılmaz ve ark., 2010).

Son 20 yıl içerisinde gelişmiş ülkelerde daha belirgin artış sergilemekle beraber, çoğu gelişmekte olan ülkede yaşlı popülasyon yaklaşık %300 artmış ve artmaya devam etmektedir. Buna paralel olarak bütün dünya ülkelerinde uzun süreli bakım veya sağlık hizmetine duyulan gereksinim de artmaktadır (WHO, 2000).

Uzun süreli bakım esasen günlük ve yardımcı yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumunun incelenmesine dayanmakta (Feder ve ark., 2000) ve çoğu ülkede bu işlevleri yaparken güçlük çekme, bilişsel bozukluk veya mental yetersizlik, yaşa bağlı olarak gelişebilecek ilerleyici hastalıklar ile yatağa veya sandalyeye bağımlı olma gibi engellilik halleri, sağlık veya bakım hizmetlerinden yararlanma koşulları arasında sayılabilmektedir (Yılmaz ve ark., 2010).

Hizmeti sunan kişilere göre sınıflandırma: Evde sağlık hizmetleri, hizmet sunan kişilere göre ikiye ayrılmaktadır. Farklı meslek alanlarına göre uzman kişiler (Formal care); hemşirelik hizmetleri, destek sağlık hizmetleri, kişisel bakım (özbakım) hizmetleri, evin veya yaşanan çevrenin düzenlenmesi, sosyal destek ve

danışmanlık hizmetleri ile besin ve beslenme hizmetleri sunmaktadır. Besin ve beslenme hizmetleri kapsamında yaşlı bireylerin besine ulaşımı ve yeterli beslenmenin sağlanması, yemek hazırlama, pişirme ve saklama konularında gereksinimi olan bireylerin evlerine yemek dağıtım hizmetlerinin sunulması ve sağlık eğitimlerinin düzenlenmesi yer almaktadır. Aile bireyleri veya bakıcılar tarafından sunulan hizmetler (Informal care); evde sağlık ve bakım hizmetlerinin aile üyelerinin temel görevi olarak görülmesine ek olarak ekonomik, sosyal ve kültürel faktörler hizmet sunumunun yaklaşık %80-90'ının aile üyeleri (eşi, kızı, gelini) tarafından verilmesine neden olmaktadır (Bolin ve ark., 2008; Bonsang, 2009; Genet ve ark., 2012; Van Houtven ve Norton, 2004).

1.1.5. Evde Sağlık Hizmeti Ekibi

Günümüzde evde sağlık hizmetleri farklı meslek profesyonellerinin katılımı ve multidisipliner ekip çalışması ile yürütülmektedir. Evde sağlık hizmetleri sunumunun etkin ve başarılı olması, hizmet alan bireyin ve aile üyelerinin gereksinimlerinin değerlendirilerek tedavi ve bakım uygulamalarının planlanması ve evde sağlık hizmeti ekibiyle işbirliği içerisinde çalışmasına bağlıdır.

İnformal bakım kapsamında verilen fiziksel ve psikolojik destek hastanın kendisini daha iyi hissetmesini sağlamakla beraber belirli bir dereceye kadar hastanın ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Evde sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar ise hasta yakınları veya bakıcıların hakim olmadığı, bilgi, beceri ve donanım gerektiren hizmetler sunmaktadır. Bu bağlamda engelli, yaşlı veya kronik hastalığı olan bireylerin bakımında aile üyelerine ek olarak daha uzak akrabalar, yakın arkadaşlar ve hatta komşuların da evde sağlık hizmeti veren ekiple birlikte çalışarak hastaya yardımcı olması ve hasta tedavi planını takip ederek hastaya destek olmaları gerekmektedir. Ekip içerisinde yer alan sağlık personellerinin, evde sağlık veya bakım hizmeti kapsamında hasta yakınlarını rollerinin önemi hakkında bilgilendirmeli ve hizmet sunumuna katkıda bulunmalarını sağlamalıdır (Bolin ve ark., 2008; Genet ve ark., 2012; Van Houtven ve Norton, 2004).

Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'te evde sağlık veya bakım hizmeti sunan sağlık kuruluşlarında hekim olan sorumlu bir müdür, sorumlu müdür veya birim sorumlusu haricinde en az iki hekim, dört hemşire veya sağlık memurunun (biri ebe olabilir) görev yapması gerektiği; ayrıca evde sağlık veya bakım hizmeti sunan merkez veya birimin bu alana ilişkin psikolog, diyetisyen, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı gibi yardımcı sağlık personeli ile sağlık veya bakım hizmeti sunan ekibe yardımcı olmak üzere bakım destek personellerinin de çalıştırılabileceği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Sağlık Bakanlığı tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge'de ise "Evde Bakım Hizmeti" ifadesi "Evde Sağlık Hizmeti" olarak değiştirilmiştir. Bu yönergenin kapsamı, "Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren ve Sağlık Bakanlığı tarafından, bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimi kurmak suretiyle bu hizmetleri vermeye yetkili kılınacak yataklı tedavi kurumlarını, ağız ve diş sağlığı merkezi ve hastanelerini, toplum sağlığı merkezlerini ve buralarda çalışan personel ile aile hekimlerini, aile sağlığı merkezlerini ve aile sağlığı elemanlarını kapsar" maddesinde belirtilmiş olup; ayrıca evde sağlık hizmeti biriminde kayıt, iletişim ve arşivleme işlemleri için bir tıbbi sekreter veya benzer vasıfta bir personel, evde sağlık hizmeti sunan ekip içerisinde ise en az bir doktor, birer hemşire, sağlık memuru ve şoför görev yapmalı; bunlara ek olarak bir fizyoterapist, bir beslenme uzmanı, gerekli durumlarda psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ya da her ikisi de evde sağlık hizmeti ekibine dahil edilmelidir. Yönergede ayrıca duyulan gereksinim ve iş yoğunluğuna bağlı olarak birden fazla evde sağlık hizmeti ekibi oluşturulabilmekte ve yeterli personel görevlendirilebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Evde sağlık hizmeti ekibinde yer alan diyetisyen, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanının görev, yetki ve sorumlulukları yönerge ile belirlenmiş olup; yönergeye göre yukarıda bahsedilen sağlık personelleri evde sağlık ve bakım hizmeti sunulan kişi ve aile bireylerine müdavi tabip ve sorumlu tabibin belirlediği tedavi planı doğrultusunda, mesleklerinin gerektirdiği beslenme, rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal ve psikolojik destek hizmetleri vermelidir.

“Sağlık Bakanlığı tarafından Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge” kapsamında 81 ilde Sağlık Müdürlükleri tarafından hizmet sunumu yapmak amacıyla oluşturulan 34 ekibe ek olarak hastaneler gibi kurumsal bakım sağlayan kuruluşların bünyesindeki 408 evde sağlık hizmeti birimi ile birlikte toplam 442 adet evde sağlık hizmeti biriminin olduğu saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

1.1.6. Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetleri

Yaşlanma, her canlının hayatı boyunca devam eden ve vücudun çoğu işlevini azaltan fizyolojik, psikolojik, hücrel ve moleküler değişimlerin tümünü içeren bir süreçtir (Huang ve ark., 2001; Uzundikme ve Çakıroğlu, 2007). DSÖ kronolojik olarak 65 yaş ve üstü yaş grubunu yaşlı olarak tanımlamaktadır (WHO, 2007). Bu gruptaki bireyler 65-74 yaş arasında ise genç yaşlı (young-old), 75-84 yaş arasında ise orta yaşlı (middle-old) ve 85 yaş ve üzerinde ise ileri yaşlı (old-old) olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır (Aslan, 2008; Saka ve ark., 2010). Kronolojik değerlendirme dışında yaşlılık; bireyin fizyolojik ve psiko-sosyal aktivitelerinde düşüşe neden olan doğal bir süreç olarak değerlendirilmekle birlikte fonksiyonel olarak günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde bağımlı olmak şeklinde tanımlanabilmektedir. Daha geniş bir tanım ile yaşlılık; zamanla kişinin değişen hayat şartlarına uyum sağlama becerisi ile iç ve dış faktörler arasında denge kurma potansiyelinin azalması ve bunun sonucunda ölüm olasılığının artması olarak da ifade edilmektedir (Akgün ve ark., 2004; Turan, 2008).

Nüfusun toplumsal ve sosyal yapısındaki değişiklikler ile birlikte kalkınma ve gelişme gibi evrensel politikaların da gelişmesiyle ve tıp alanındaki değişimlere paralel olarak yaşlı nüfus oranında da anlamlı bir artış meydana gelmektedir (Çekal, 2006; Vatan ve Gençöz, 2004). Dünya yaşlı nüfusunda her yıl %5’lik artış görülmesi tüm popülasyonlar içerisinde en hızlı artış gösteren grubun yaşlılar olduğunun bir göstergesidir (Dorner, 2010; Elsner, 2002).

Avrupa Birliği ÷lkelerinde 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfusun %16'sını oluşturduğu bilinmekle birlikte bu oranın 2050'lerde iki katına çıkararak %28'e ulaşacağı öngör÷lmektedir (Börsch-Supan ve Alcsér, 2005).

Diğer Avrupa ÷lkelerine kıyasla daha yüksek genç nüfus oranına sahip olan ÷lkemizde yaşlı nüfusun hızla arttığı da bilinmektedir. ÷lkemizde 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki payı 2000 yılında %5,6 iken, 2013 yılı sonunda %7,7'ye ve 2016'da ise %8,3'e yükselmiştir (TÜİK, 2017). Bu artış ile yaşlı nüfusun ÷lke nüfusuna oranının 2023 yılında %10'u ve 2050 yılında ise %20'yi geçeceği tahmin edilmektedir (Akgün ve ark., 2004). 2050 yılı itibariyle günlük sağlık hizmeti veya bakım ihtiyacı olan kişi sayısının yaklaşık 6,6 milyon olacağı ve Türkiye'nin gelecek 25 yıl içerisinde bugün daha yaşlı nüfus yapısına sahip Almanya, İngiltere, İtalya gibi gelişmiş Avrupa ÷lkelerinin önüne geçeceği tahmin edilmektedir (Aksu ve Fadilloğlu, 2010).

Hızla artan yaşlı pop÷lasyon ile birlikte yaşlıların sağlık ve sosyal hizmet sunucularına gereksinimi de giderek artmakta ve bu doğrultuda artan gereksinimin yeterli derecede karşılanabilmesi 65 yaş ve üstü yaş grubuna sunulan sağlık ve sosyal hizmetlerinin aynı doğrultuda gelişmesi ile mümkün olacaktır. Dünya genelinde 2000'li yılların başında sayıları yaklaşık 70 milyonu bulan ileri yaş grubunun, önümüzdeki 50 yıl içerisinde beş kat artacağı öngör÷lmektedir. Bu doğrultuda sağlık veya bakım hizmeti sunumu değerlendirilirken yaşlı nüfusun en hızlı artan alt grubunun ileri yaş grubu olarak da ifade edilen 80 yaş ve üstü bireyler olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Dişciğil ve Tekin, 2007; Koçoğlu ve Bilir, 2002).

Sağlık veya bakım gereksinimi durumlarında yaşlıların çok büyük bir bölümünün kendi ev ortamlarında veya yaşadıkları çevrede hizmet sunumu almayı tercih ettiği bilinmekle birlikte, bu bağlamda yaşlılara yönelik evde sağlık veya bakım hizmetleri gün geçtikçe daha çok gündeme gelen bir hizmet sunumu olarak karşımıza çıkmaktadır (Aksu ve Fadilloğlu, 2010).

1.1.7. Evde Sağlık Hizmetinin Yaşlı Bireyler Açısından Önemi

Yaşlıların gereksinimlerine bağlı olarak yaşlı hastaların izlemi ayrı bir önem taşımaktadır. 65 yaş ve üzeri grubun, diğer yaş gruplarına kıyasla, sağlık hizmet sunucularına artan kronik hastalıkların da etkisiyle daha fazla başvurduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlıların %90'ına bir, %35'ine iki, %23'üne üç ve %15'ine dört veya daha fazla hastalık tanısı konduğu, Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) verilerine göre ise engelli nüfusun toplam nüfusa oranının %12,3 olduğu, bu oranın yaklaşık %10'unun kronik hastalıklar nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmiştir. Engelli nüfusun %4'ten fazlasının ise evde sağlık veya bakım hizmetine gereksinim duyduğu ifade edilmektedir. Yaşlılıkla birlikte görülme sıklığı artan kronik hastalıklar, mortalite ve morbidite artışına neden olmakla beraber sağlık harcamalarının da önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Aslan ve Ertem, 2012; Devlet İstatistik Enstitüsü, 2004; Turan, 2008).

Kronik hastalıkların tanı ve tedavisinde meydana gelen gelişmeler ile birlikte kronik hastalığı ve belirgin yeti yitimi olan yaşlılarda her ne kadar tamamen iyileşme görülme de bireylerin yaşam süreleri artmaktadır. Bu durumda, kronik hastalıkların yönetimi ön plana çıkmakta, fonksiyonların aynı düzeyde kalması veya iyileşmesi sağlanarak yaşam kalitesinin düşmesinin engellenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşılmasında temel hedeflerin belirlenmesine ek olarak yaşlılarda hastalıkların, bilişsel ve fonksiyonel yetersizlik ölçütlerinin ve mortalite nedenlerinin saptanması gerekmektedir (Kutsal, 2003; Sahyoun ve ark., 2001; Tekin ve Şahin, 2006).

Yaşlı hastaların aile hekimliği bünyesinde izlemi ile sunulan sağlık ve bakım hizmeti gün geçtikçe artmakta ve bu durum aile hekimliği uygulamalarında önem teşkil etmektedir. Bu bağlamda aile hekimlerinin hastaları ile sürekli iletişim halinde olmasının, hastalarını fiziksel, ruhsal ve sosyal yapısıyla bütün olarak değerlendirmesinin, geriatric yaş grubunda sık rastlanan kronik hastalık tanı ve tedavilerinin etkili şekilde yönetilmesine katkıda bulunduğu önemle vurgulanmaktadır. ABD'de yapılan bir çalışmada, sağlık ve bakım hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulduğu takdirde hizmet alan yaşlı hastaların aynı aile hekiminde

kayıtlı kalmayı tercih ettikleri; yaşlıların aile hekimleri ile ilişkilerini hekim emekli oluncaya, taşınuncaya veya ölünceye kadar sürdürdükleri bildirilmiştir (Mold ve ark., 2004; Tekin ve Şahin, 2006).

1.1.8. Yaşlı Bireylerin Evde Bakım İlkeleri

Evde sağlık hizmetlerinin, yaşlı bireylerin psikolojik ve fizyolojik sağlığı, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve toplumsal hayata katılım süreci üzerine olumlu etkilerine ek olarak; bireyin alışkın olduğu çevreden koparılmadan bakım veya sağlık hizmeti alabilmesi, sosyal yapının ve aile bütünlüğünün korunması, bakım alan ile hizmet sunanların psikolojik yük ve streslerini azalttığı bilinmektedir. Sağlığın korunması ve sürdürülmesi amacıyla sunulan evde sağlık hizmetlerinin, hastanede yatış süresinde azalmaya ve uzun süreli bakımın veya sağlık hizmetinin kişinin evinde ya da yaşadığı ortamda verilmesine imkan sunmaktadır (Bahar ve Parlar, 2007; Bilge ve ark., 2014).

Kronik hastalıklar ile meydana gelen yeti kaybı ile bakıma veya sağlık hizmetine gereksinim duyan yaşlı bireylerin evde sağlık veya bakım hizmeti ile birlikte hastane yatışları ve bakımevlerine yerleşme durumları azalmaktadır. Bu durumun ortaya çıkmasında yaşlı bireylerin ev veya yaşanılan çevrede hizmet sunumuna ilişkin tercihlerine ek olarak bakım maliyetinin daha düşük olması da söz konusudur (Bahar ve Parlar, 2007; Turan, 2008).

Yaşlı bireylerin bir bütün olarak değerlendirilmesine ek olarak sağlık veya bakım hizmetine duyulan gereksinim düzeyinin saptanabilmesi objektif kriterler ile mümkün olmaktadır. Objektif kriterlerin sağlanmasına yönelik Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarının oluşturulmasına yönelik çalışmalar sürdürülmekte, elde edilen sonuçların bakım ve sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim düzeyinin belirlenmesinin yanı sıra sınıflandırılmasını da sağlayarak, kurumsal bakım hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda olduğu gibi evde sağlık ve bakım hizmeti

uygulamalarında da kalite ve maliyet etkinliğini arttıracaktır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2014).

Yaşlı bireylere sunulan bakım hizmetlerinin temel amacı, bireylerin gereksinimlerinin evlerinde veya yaşadığı çevrede karşılanmasıdır. Eve, yatağa veya başkasına bağımlı yaşlılarda genel olarak tıbbi gereksinimler ön plana çıksa da bireyler bağımlılık düzeyleri göz önünde bulundurularak bakım ve hizmet sunumu açısından değerlendirilmelidir. Ülkemizde evde sağlık ve bakım hizmetleri sunumu kapsamında tıbbi ve medikal gereksinimlere yönelik hizmetler sunulmakta, ancak yaşlı bireylerin bağımlılık düzeyine bağlı olarak evde bakımı, giyinme-soyunma, banyo yapma, saç yıkama gibi bireysel bakım gereksinimleri, evin temizliği, yemeklerin pişirilmesi, çamaşırların yıkanması, evdeki yaşamı kolaylaştırıcı çalışmalar ile alışveriş, sosyal aktivitelere katılım gibi ekonomik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını da içermektedir (Pınar, 2010).

Yaşlı bireylerin evde sağlık ve bakım hizmeti kapsamında ilk hedef, sağlığın, bilişsel ve fiziksel fonksiyonun ve yaşanan ortamdaki rahatlık seviyelerinin üst düzeyde idame ettirilmesi veya adı geçen hedeflerin düzeltilmesi ve korunmasıdır. Bu hedeflere ulaşmada en etkin yöntem, tedavi edici, koruyucu-önleyici ve rehabilite edici hizmetleri içeren sağlık ve bakım hizmeti sunumlarının bütünleştirilmesidir (Erdil, 2009).

Yaşlı bireylere sunulan bakım hizmetlerinin ülkemizde genelde aile üyeleri tarafından verildiği bilinen bir gerçek olup başta ileri evre Alzheimer/demans hastaları olmak üzere sağlık veya bakım hizmetlerine gereksinim duyan diğer hastalara bakım veren aile üyeleri, bakıcı veya gönüllülerin, profesyonel sağlık çalışanlarından oluşan ekip tarafından desteklenmesi ve gözlemlenmesi gerekmektedir. Evde sağlık ve bakım hizmeti sunumunda yaşlının, ailesinin ve bakım verenlerin fiziksel, psikolojik, sosyoekonomik ve çevresel faktörlerden etkilenme durumları bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmesi gerektiğinden etkin bir ekip çalışması zorunludur. Ayrıca, evde sağlık veya bakım hizmeti sunumunda kapsamlı geriatrik değerlendirmenin yapılması; tedavi edici, koruyucu ve rehabilite

edici hizmetlerin planlanmasında önemli rol oynamaktadır. Yaşlı popülasyona sunulan sağlık ve bakım hizmetlerinin planlanması, organizasyonu ve denetiminin sağlanması açısından disiplinlerin ortak hedefte birleştiği ve gerektiğinde yeniden yapılandırıldığı, iletişimin yüksek düzeyde sürdürüldüğü geriatrik interdisipliner ekip çalışmasının önemine vurgu yapılmaktadır (Aksu ve Fadıllıoğlu, 2010; Dişçigil ve Tekin, 2007; Reeves ve ark., 2010).

Aile hekimleri, gerek hastalarının uzun süreli takibi gerekse tıbbi geçmişlerinden yaşanan ortama kadar çeşitli değişkenlere hakim olmaları nedeniyle, evde sağlık ve bakım hizmetlerinin odağında olan ekip üyeleridir (Turan, 2008). Bu itibarla, birinci basamak sağlık ve bakım hizmeti sunumunda çekirdek geriatrik interdisipliner ekibin aile hekimi, hemşire, beslenme uzmanı, psikolog, fizyoterapist, eczacı, konuşma ve uğraşı terapistleri, ev ekonomistleri ve sosyal hizmet uzmanından oluşmasının uygulanabilir olacağı ve farklı meslek gruplarının hizmet sunumunda rol alabileceği belirtilmektedir. Evde sağlık veya bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin aile üyelerinin de hizmet sunumuna katılması ile evde sağlık ve bakım hizmeti organizasyonunun etkinliği artacaktır (Aksu ve Fadıllıoğlu, 2010; Dişçigil ve Tekin, 2007).

Evde sağlık ve bakım hizmetlerinin kapsamı, gündüzlü bakım merkezlerindeki mobil yaşlılardan, yaşamın terminal döneminde bulunan veya yakın gözlem gerektiren yaşlıların evde ya da yaşadıkları çevrede sağlık veya bakım hizmeti sunulmasına kadar uzanan geniş bir hizmet alanı içermekte ve bu hizmet gereksinimine göre 1 saatten 24 saate kadar verilebilmektedir (Dişçigil ve Tekin, 2007).

1.1.9. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerde Genellikle Karşılaşılan Kronik Hastalıklar

Evde sağlık veya bakım hizmetine gereksinim duyan yaşlılarda genelde nörolojik, ortopedik, kardiyak, solunum sistemi hastalıkları, diyabet ve kanser gibi

kronik hastalıklar ile sık karşılaşılmaktadır. DSÖ, kronik hastalığı, geri dönüşümsüz patolojik değişikliklerin neden olduğu, uzun süreli takip ve bakım gerektiren, tıbbi tedavi ve rehabilitasyona rağmen çoğu zaman önlenemeyen ve vücutta kalıcı işlev veya doku bozuklukları bırakan süreğen hastalık olarak tanımlamaktadır (WHO, 2009).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinlik Çalışması Raporu'na göre, 60 yaş ve üzeri grupta YLD (Years Lost With Disability)'ye yol açan ilk 10 hastalık sırasıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı, alzheimer ve diğer demanslar, diabetes mellitus, serebrovasküler hastalıklar, osteoartritler, yetişkinlerde işitme kaybı, demir eksikliği anemisi, iskemik kalp hastalığı, unipolar depresif hastalıklar ve hipertansif kalp hastalıklarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Ülkemizde evde sağlık veya bakım hizmeti alan yaşlıların hizmet sunumundan yararlanma nedenleri incelendiğinde, genel olarak yatağa bağımlı hastalar arasında hemipleji ve kardiyovasküler hastalıklar tanısına ek olarak alzheimer, diyabet, hipertansiyon, kalp yetmezliği, kalça kırığı ve osteoporoz gibi hastalıklar yer almaktadır (Pınar, 2010; Yörük ve ark., 2012). Evde sağlık hizmetleri alan yaşlılarda sık karşılaşılan bu sorunlara yaklaşımın genel çerçevesini kronik hastalık tanı, tedavi ve yönetimi, beslenme bozukluğu/malnutrisyon, bağımlılık ve çoklu ilaç kullanımına ilişkin sorunların çözümü gibi temel sağlık ve bakım hizmetine ilişkin konular oluşturmaktadır.

Evde sağlık hizmeti uygulamalarında yaşlı bireyin yaşadığı çevre koşullarına ve bakım verenlerin özelliklerine bağılı olarak bazı zorluklar yaşanabilmektedir. Bunlar arasında yeterli bilgiye sahip olmama, yetersiz kişisel bakım, eve, yatağa veya başkasına bağımlılık hali, fiziksel inaktivite, deride hassaslık veya yara, olumsuz ev veya çevre koşulları, Alzheimer-demansa bağılı bakım sorunları, malnutrisyon, tedavi uygulamalarına katılım ve sürdürmede güçlük, düşme ve kazalara bağılı sakatlıklar, şiddet, ihmal ve istismara neden olan güvenlik eksiklikleri yer almaktadır. Evde sağlık hizmetlerinde sık karşılaşılan hastalıklar, bulgu veya

belirti yönetiminin etkin şekilde yapılabilmesi ve yaşlı hastaların bağımsız yaşama becerilerini geri kazanmalarının sağlanması açısından evde sağlık hizmeti ekibi tarafından bakım planlamalarında ve uygulamalarında dikkatle değerlendirilmelidir (Pınar, 2010).

Evde sağlık hizmeti alan yaşlılarda sıklıkla rastlanan kronik hastalıklar; serebrovasküler hastalıklar, kalp hastalıkları, kanserler, diyabet, depresyon ve Alzheimer-demans olup bunlar aynı zamanda yaşlılık döneminde de sık görülen sorunlardır (Turan, 2008).

1.2. Yaşlılık ve Beslenme

1.2.1. Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumunu Etkileyen Etmenler

Yaşlı nüfus oranının toplumsal alanda artması, kronik hastalıklarda artışa neden olmakta ve uzun süreli bakım ve sağlık hizmetlerine gereksinimi, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı, sağlık hizmet sunumlarının daha fazla kullanılmasını, hastanede yatış süresinin ve sağlık harcamalarının artması gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Bu sonuçlar bireylerin yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının neden olduğu kronik hastalıklardan ve yaşlılıkta bu hastalıklar ile başa çıkamama veya iyi yönetilememesinden kaynaklanabildiği gibi, ilerleyen yaşla birlikte meydana gelen bazı değişikliklerden de etkilenebilmektedir (Christensen ve ark., 2009; Karaoğlu ve Karaoğlu, 2009; Oğlak, 2007).

Yaşlı bireylerin beslenme durumu, besin tüketimi ve tüketilen besinlerin vücutta kullanımı yaşlanma süreci ile vücut yapısı ve işlevlerinde meydana gelen fiziksel ve fizyolojik değişikliklerden (cildin incilmesi ve elastikiyetinin kaybetmesi sonucu deride kırışıklık, postüral değişimler sonucu boy kısalması, işitme, görme, tat ve koku alma duyularında azalma, ağız ve diş sağlığı bozuklukları ile diş kayıpları, protez diş kullanımı) etkilenmektedir (Aksoydan, 2006; Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004;

Oğuz, 2007; Uzundikme ve Çakıroğlu, 2007). Yaşlanma döneminde meydana gelen fiziksel değişiklikler ve bunun sonucunda fonksiyonel yeteneklerin azalması yaşlı bireylerin bağımlı yaşamasına neden olmakta, 65-79 yaş grubundaki bireylerin %11,5'i beslenme, giyinme, öz-bakım ve alışveriş gibi günlük kişisel ihtiyaçlarını karşılamada yardıma gereksinim duyarken (Karaduman, 2004), özellikle 75 yaş ve üzeri yalnız yaşayan bireyler yemek hazırlama ve kendi kendine beslenme konusunda daha fazla zorlanmaktadır (TÜİK, 2012).

Bireyin yaşlanması ile birlikte beslenme düzeyini etkileyen endokrin gastrointestinal, kardiyovasküler, ürogenital, solunum, sinir, kas-iskelet ve bağışıklık sistemlerinde birçok fizyolojik değişiklik meydana gelmektedir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Keser ve ark., 2015).

Gastrointestinal sistemde meydana gelen değişiklikler yaşlı bireylerin besin tüketimi ve buna bağlı olarak beslenme durumunu anlamlı oranda etkilemektedir. Yaşlılık sürecinde, tat, koku ve tükürük gibi beslenmede etkili işlevlerde geri dönüşsüz azalma, gastrointestinal sistemin etkin bir şekilde çalışmamasına ve tüketilen besinlerin vücutta kullanımının olumsuz etkilenmesine neden olarak yaşlı bireylerin beslenme yetersizliklerine karşı daha hassas hale gelmelerine yol açmaktadır (Akyıldızlar, 2007; Elsner, 2002; Hirsch ve Maza, 2002; Huang, 2001). Altmışlı yaşlarda başlayan ve yetmişli yaşlarda hızlanan tat ve koku reseptörlerindeki azalma yaşlıların yiyeceklerin tat ve kokularını eskiye nazaran daha az algılamalarına neden olmakta ve bu durum bireyin yetersiz beslenmesi ile sonuçlanabilmektedir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Essed ve ark., 2007).

Yaşlı bireylerde özefagus fonksiyonlarındaki değişiklikler ile aspirasyon ve disfaji riski artmakta, %11-50 oranında görülen atrofik gastrit, parietal hücreler ve onların ürünü olan intrinsik faktör kaybı sonucu mide asit salgısında azalma meydana gelmektedir (Hirsch ve Maza, 2002).

Yaşlanmaya bağlı olarak gastrik asit yetersizliği ve antiasit kullanımı disakkaridazların (özellikle laktaz) aktivitesinin, B₁₂ vitamini, kalsiyum, demir gibi

besin öğelerinin emiliminde ve biyoyararlılıklarında azalmaya neden olmaktadır (Andrès ve ark., 2008; Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Hirsch ve Maza, 2002; Thomson, 2009). Yaşlılıkta mide hareketlerinin yavaşlaması ve uzun süreli tokluk hissine neden olan mide boşalmasındaki gecikmelerin iştah ve besin tüketimindeki azalmayla ilişkili olduğu bulunmuştur (Akyıldızlar, 2007; Hirsch ve Maza, 2002). Ayrıca yaşlı bireylerde azalan pankreas beta hücre fonksiyonunun Diabetes Mellitus (DM) riskini arttıran glukoz intoleransı ve insülin direncine yatkınlığı arttırmaktadır (Chang ve Halter, 2003; Hirsch ve Maza, 2002).

Konstipasyon yaşlılarda yaygın ve kronik bir sorun olmakla birlikte yaşlılık ile kolonun yapı ve işlevlerinde değişiklikler meydana gelmekte ve bireylerin dışkılama mekanizmaları da değişebilmektedir. Ayrıca bu durum kullanılan ilaçların kolondan geçiş zamanını geciktirmekte ve bireyde konstipasyona yol açmaktadır (Çelik Şenol, 2008; Hirsch ve Maza, 2002).

Yaşlılık ile birlikte total böbrek kütlesi ve fonksiyonunda, renal kan akımında, glomerüler filtrasyon değerinde, böbreğin idrarı konsantrasyon yeteneğinde azalma, suyun böbreklerden geri emiliminde yetersizlik gibi ürolojik sistem değişiklikleri ile dehidratasyon riski artmakta, su-elektrolit ve asit-baz dengelerinde bozukluklar meydana gelmektedir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Çelik Şenol, 2008; Leibovitz ve ark., 2007).

İlerleyen yaşla birlikte enerji metabolizması, vücut ısısı, kan şekeri ve kan basıncını düzenleme ve dengeleme, kas proteinlerinin yapımı, cinsel özelliklerin korunması, peristaltik hareketlerin düzenlenmesi gibi işlevleri bulunan hormonlarda da değişiklikler görülebilmektedir. Tiroid hormonlarından T₃'ün yanısıra paratiroid hormon ve norepinefrin yaşlılık ile beraber salınımı ve miktarı azalan hormonlardandır (Erdil ve ark., 2004; Özdemir ve Ersoy, 2009; Pehlivan ve Karadakovan; 2013).

Yaşa bağlı olarak sistolik kan basıncında artışa neden olan damar elastikiyetinde ve kalınlığında azalma, arter çapında daralma ve sertliğinde artış,

LDL düzeyinde yükselme, HDL düzeyinde düşme görülebilmekte, bunların sonucunda kalp-damar hastalıkları içerisinde yaşlı bireyler arasında en sık rastlanan hipertansiyon ortaya çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010; Özdemir ve Ersoy, 2009). Hipertansiyon, ilerleyen yaş ile birlikte görülme sıklığı artan kronik hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar (KVH) ve serebrovasküler hastalıklar (SVH) için önemli bir risk oluşturmaktadır; yaş gruplarına göre prevalansı incelendiğinde, 60-69 yaş arasında %70, 70-79 yaş arasında %76 ve 80 yaş ve üstü grupta ise yaklaşık %80 olduğu saptanmıştır (Aksoydan, 2006; Trabulus ve Altıparmak, 2011).

İlerleyen yaşla birlikte immün sistem fonksiyonlarında meydana gelen disregülasyon sonucu yaşlılıkta otoimmün, enfeksiyon, inflamatuvar ve neoplastik hastalıkların görülme sıklığı artmakta, hastalık sonrası iyileşme süreci uzamaktadır (Adolfsson ve Meydani, 2002).

Yaşla birlikte kronik hastalıkların prevalansı artmakta ve bu durum yaşam kalitesinde azalma, hastalık seyri, mortalite ve sağlık veya bakım hizmetlerine duyulan gereksinim açısından önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır (Karaoğlu ve Karaoğlu, 2009; Ünsal ve Demir, 2010). Çoklu komorbidite varlığının hastalıkların tanı ve tedavi uygulamalarının güçleşmesine ve hastalıkların daha hızlı ilerlemesine yol açtığı bildirilmektedir (Karaoğlu ve Karaoğlu, 2009). Ülkemizde yaşlı nüfusun %90'ının bir, %35'nin iki, %23'nün üç, %15'inin dört ve daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu, en yaygın görülen hastalıkların ise kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, böbrek hastalıkları, kanser ve osteoporoz olduğu bildirilmektedir (Aksoydan, 2006; Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Çelik Şenol, 2008).

Son yıllarda obezite prevalansının artması ile birlikte, fiziksel inaktivite ve ilerleyen yaşa bağlı olarak belirgin şekilde artan diğer bir kronik hastalık ise diyabettir. Özellikle 65 yaş ve üstü diyabetli hastalar, tüm diyabetlilerin yaklaşık %40'ını oluşturmaktadır (Beğer ve ark., 2009; Çelik Şenol, 2008; Rakıcıoğlu ve Attila, 2003).

Yaşlılık ile birlikte gerçekleşen hücresel ve moleküler değişimler, 65 yaş ve üzeri nüfustaki ölüm nedenleri arasında ikinci sırada bulunan kanser insidansında artışa neden olurken, 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm kanser vakalarının yaklaşık ½'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (Bostankolu ve ark., 2008; Tuna, 2007).

Çoğu ülkede toplumun büyük bölümü ile ilişkili olan, özellikle yaşlı ve menapozal dönemdeki kadınlarda sık rastlanan osteoporoz, bu bireylerde ağrının yanı sıra fiziksel ve fonksiyonel yetersizliğe neden olmaktadır. Bu durum bireylerin başkasına bağımlı hale gelmesine ve yaşam kalitesinde azalmaya yol açarak depresyon ve sosyal izolasyona zemin hazırlamaktadır (Baklacioğlu ve ark., 2011; Güler ve Akal, 2009; Turhanoglu ve ark., 2008).

1.2.2. Yaşlılıkta Beslenme Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi

Süreçten hastalığı bulunan yaşlı bireylerde morbidite, mortalite ve hastanede kalma süresi kişinin beslenme durumu ile yakından ilişkilidir (Rakıcıoğlu ve Attila, 2003; Saka, 2012). Beslenme yetersizliği açısından hassas bir grup olan yaşlıların beslenme durumları ile ilgili değerlendirme yapmak, malnutrisyon açısından risk altında olan veya malnutre durumdaki yaşlıların belirlenmesini hızlandırarak, malnutrisyona etki eden faktörlerin ve risklerin tanımlanmasına ve erken dönemde beslenmeye bağlı olarak gelişen sorunların çözümlenmesine yardımcı olmaktadır (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Yeh ve Schuster, 2006).

Yaşlılarda beslenme durumu bireylerin diyet öyküsü (24 saatlik besin tüketimi ve sıklığı ile besinlerin türü ve miktarları, enerji ve besin ögesi içerikleri, beslenme alışkanlıkları ile bireylerin sosyoekonomik ve eğitim durumu, besinlerin satın alma, hazırlama, pişirme aşamaları, fiziksel aktivite durumu vb.), antropometrik ölçümler, klinik belirtiler, biyokimyasal analizleri, fiziksel testleri ve psikososyal verileri aracılığıyla saptanmaktadır. Sık kullanılan yöntemlerden biri olan besin tüketim kaydı ile bireylere son 1 gün (veya daha fazla) içerisinde tükettiği tüm yiyecek ve içecekler sorulmaktadır. Besin tüketim sıklığı da yaşlı bireylerin beslenme

durumunun değerlendirilmesinde kullanılmakta ve günlük besin türleri ile besin öğelerinin miktarı saptanmakta, gün içerisinde tüketilen besinlerin enerji oranları ve besin ögesi içerikleri, besin bileşim cetvelleri kullanılarak hesaplanmaktadır. Bazı yaşlı bireyler için geriye dönük besin tüketim kaydı oluşturulurken; bireyin yaşına, ruhsal ve bilişsel sağlığına bağlı olarak besin türünün ve miktarının hatırlanmaması bakımından zorluk yaşanabilmekte bu nedenle hatırlatma işlemini doğru bir şekilde yapabilmek için besinlerin porsiyon miktarlarını, ev ölçülerini (su bardağı, yemek kaşığı, silme-tepeleme, orta boy vb.) gösteren yemek ve besin fotoğraf katalogları kullanılmalıdır (Pekcan, 2012; Rakıcıoğlu ve Attila, 2003).

Yaşlılarda antropometrik ölçümler protein ve yağ depolarının göstergesi olduğu için önem taşımaktadır ve sıklıkla vücut ağırlığı, boy uzunluğu, beden kütle indeksi (BKİ), üst orta kol çevresi, bel, kalça ve baldır çevresi ile deri kıvrım kalınlığı gibi ölçümler kullanılmaktadır (Ahmed ve Haboubi, 2010; Allard ve ark., 2004; Hickson ve Frost, 2003; Perissinotto ve ark., 2002). Ayrıca el kavrama gücü ölçüm testinin beslenme durumu ve protein enerji malnutrisyonunun tanımlanmasında güvenilir olduğu belirtilmektedir (Huisman ve ark., 2011). Düzenli olarak tekrarlanan antropometrik ölçümler bireyin beslenme durumunun sağlıklı bir şekilde değerlendirmesinde önemli rol oynamaktadır.

Biyokimyasal testlerle (hemoglobın, hematokrit, serum albümin, prealbümin, total protein, transferrin, serum ferritin vb.) besin öğelerinin (demir, folik asit, B₁₂, B₆ vitamini vb.) kan ve idrardaki düzeyleri saptanarak yaşlıların beslenme durumları objektif bir şekilde değerlendirilebilmektedir. Yaşlıların beslenme alışkanlıkları sosyal ve psikolojik durumlardan etkilenebildiği için bireyin beslenme durumu değerlendirilirken psikososyal veriler de kullanılmalıdır. Bu bağlamda yaşlı bireylerin beslenme durumları saptanırken beslenme bilgi düzeyleri ve beslenme alışkanlıklarına ek olarak besinleri satın alma-saklama-hazırlama-piştirme durumları ve ekonomik koşulları da dikkate alınmalıdır (Pekcan, 2012; Rakıcıoğlu ve Attila, 2003).

1.2.3. Yaşlılıkta Beslenme

Yaşlı bireylerde görme ve diş kaybı, protez diş kullanımı, çiğneme ve yutma güçlüğü, tat ve koku alımında azalma ile besin seçimi sınırlanmakta, besin tüketimi azalmakta ve sonuç olarak yetersiz ve dengesiz beslenme kaçınılmaz hale gelmektedir (Aksoydan, 2006; Pelchat ve Schaefer, 2000). Ayrıca düşük gelire sahip olmak, satın almadaki zorluklar, yiyecek-içeceklere ulaşamama, besinlerin hazırlama, pişirme ve saklama koşullarındaki zorluklar besin alımını olumsuz yönde etkilemektedir (Nieuwenhuizen ve ark., 2010; Smith, 2004; Yabancı Ayhan ve ark., 2015). Yaşlı bireylerde, demans, depresyon, hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık, osteoporoz gibi hastalıklardan birkaçının aynı anda bulunması, sürekli ilaç kullanımı, eş kaybı, yalnız yaşamak, psikolojik ve ruhsal problemler ile fiziksel ve fonksiyonel bağımlılık beslenme düzenini bozarak yetersiz beslenmeye neden olabilmektedir. Bu durumda vücut ağırlığı, kas ve yağ dokusunda azalma ile sonuçlanan katabolik bir durum oluşmasına yol açacak şekilde düzenli besin tüketiminin bozulmasıyla başlayan ve “yaşlılık anoreksiyası” olarak isimlendirilen düşük enerji alımına sıklıkla rastlanmaktadır (Aksoydan, 2006; Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Correa ve ark., 2009; Finkelstein ve Schiffman, 1999; Marian ve Sacks, 2009; Nieuwenhuizen ve ark., 2010; Pelchat ve Schaefer, 2000; Roberts, 2002; Smith, 2004).

Yapılan çalışmalarda; 65 yaş ve sonrasında günlük enerji ve protein alımının azaldığı ve sırasıyla; 65-74 yaş grubunda 1580 kkal ve 70 g; 75-84 yaş grubunda 1510 kkal ve 56 g ve 85 yaş ve üstü yaş grubunda ise 1500 kkal ve 53 g'a kadar düştüğü saptanmıştır (Allison, 2002; Johnson ve Begum, 2008).

Azalan enerji alımı ile orantılı olarak protein ve diğer besin öğelerinin yeterli miktarlarda tüketimi de azalmaktadır (Vikstedt ve ark., 2011). Yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada kadınların ve erkeklerin sırasıyla %47 ve %24'ünün demir, tiamin ve riboflavin gibi mikro besin öğelerinin en az birinden (De Groot ve ark., 1996), diğer çalışmalarda ise birçok yaşlı bireyin folik asit, D, E, B₆, B₁₂ vitaminleri

ile kalsiyum, çinko ve posadan yetersiz beslendiği saptanmıştır (Gary ve Vellas, 1996; Martinez Roldan, 2011; Vikstedt ve ark., 2011).

Tayvan Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre yaşlı bireylerin süt ve süt ürünleri, meyve ve yağlı tohum tüketimleri azalırken, et tüketimindeki artış ile protein, kolesterol ve doymuş yağ asitleri alımının yüksek olduğu bunlara ek olarak basit şeker tüketimlerinin arttığı saptanmıştır (Wu ve ark., 2011).

Yaşlı bireylerin büyük bir çoğunluğunun kalsiyum, potasyum, çinko, iyot, bakır, magnezyum gibi mineraller ile, folik asit, D, E ve B₂ vitaminlerinden yetersiz beslendikleri, bunun sonucu olarak düşük enerji değeri ve yüksek besin ögesi içeriğine sahip diyet tüketen yaşlılarda obezite, metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve hipertansiyon gibi hastalıkların riskinin arttığı bildirilmiştir (Keser ve ark., 2015; Martinez Tome ve ark., 2011; Yabancı Ayhan ve ark., 2015). Yapılan başka bir çalışmada ise azaltılan porsiyon miktarının, yeterli enerji ile birlikte proteinden ve mikro besin öğelerinden yeterli ve dengeli olan bir diyetin yaşlı bireyler açısından daha iyi bir besin alımı sağladığı saptanmıştır. Huzurevleri gibi kurumlarda yaşayan bireylere sunulan beslenme hizmetlerinin yaşlıların gereksinmelerine uygun olarak düzenlenmemesi sonucu yaşlı bireylerin besin ögesi tüketimi yetersiz olabilmekte, özellikle kurum bakımı alan yaşlı grupta malnutrisyon sıklığı göze çarpmaktadır (Allison, 2002; Vikstedt ve ark., 2011).

İlerleyen yaş ile birlikte bazı besin öğelerine duyulan gereksinme artarken, bazılarının aynı kalabildiği veya azalabildiği bilinmektedir. Yaşlı bireylerde özellikle protein, A, C, D ve B₁₂ vitaminleri ile folik asit, kalsiyum, demir, çinko, posa ve su tüketimine önem verilmelidir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Ongan ve Rakıcıoğlu, 2015; Rakıcıoğlu ve Attila, 2003).

Türkiye Beslenme Rehberi'ne göre 65 yaş ve üzeri bireylerin enerji ve besin ögesi gereksinim miktarları Çizelge 1.1.'de verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Çizelge 1.1. Türkiye Beslenme Rehberi'ne göre 65 yaş ve üzeri bireylerin enerji ve besin ögesi gereksinim miktarları

Enerji ve besin öğeleri	Gereksinim miktarları	
	Erkek	Kadın
Enerji (kkal)*	2112-2134	1668-1717
Protein (g)	61,5-63,7	56,4-63,2
Karbonhidrat (g)	130	130
EPA+DHA (mg)	250	250
A vitamini (µg)	750	650
D vitamini (µg)	15-20	15-20
E vitamini (mg)	13	11
K vitamini (µg)	120	90
C vitamini (mg)	110	95
B ₁ vitamini (mg)	1,2	1,1
B ₂ vitamini (mg)	1,3	1,1
B ₃ vitamini (mg/1000kkal)	6,7	6,7
B ₆ vitamini (mg)	1,7	1,5
B ₁₂ vitamini (mg)	4	4
Folik asit (µg)	330	330
Demir (mg)	11	11-16
Kalsiyum (mg)	950	950
Sodyum (g)	1,2-1,3	1,2-1,3
Potasyum (g)	4,7	4,7
Çinko (mg)	9,4-16,3	7,5-12,7
Fosfor (mg)	550	550
Posa (g)	25	25
Su (mL)	2500	2000

* Enerji için referans değerleri "50. Persentil" ve "orta aktif" bireyler baz alınarak kabul edilmiştir.

Yaşlanmayla beraber yağsız vücut kütlelerinde, kas yoğunluğunda ve kas hücre metabolizmasında artan azalmalarla birlikte bazal metabolizma hızı da düştüğü için yaşlı bireylerin enerji gereksinmesi de azalmaktadır. Enerji gereksiniminin 50 yaşından sonraki her 10 yılda yaklaşık olarak %5 azaldığı düşünülmekte; fiziksel aktivite, iş yapma kapasitesi ve besinlerin termik ve dinamik etkisinde meydana gelen azalma enerji gereksinmesinde de azalmaya neden olmaktadır (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Rakıcıoğlu ve Attila, 2003).

Allison (2002) yapmış olduğu çalışmada 50-80 yaş aralığındaki 30 yıllık süreçte erkeklerin enerji gereksiniminin, günlük 2700 kkal'den 2100 kkal'ye düştüğünü, bu değişimin 2/3'ünden azalan fiziksel aktivitenin, 1/3'ünden ise azalan yağsız vücut kütlelerine bağlı olarak dinlenme halindeki enerji harcamasında meydana gelen azalmanın sorumlu olduğunu saptamıştır.

Enerji gereksinmesi, bireylerin ideal vücut ağırlığı korunarak ve fiziksel aktivite düzeylerindeki farklılıklar da göz önünde bulundurularak kişiye özgü olacak şekilde hesaplanmalıdır. Günlük fiziksel aktivite düzeylerinin düşük (az aktif) olduğu düşünülen erkek yaşlılara 1848-1867 kkal/gün; kadın yaşlılara 1460-1502 kkal/gün enerji alımı önerilmekte; bu gereksinim fiziksel olarak aktif erkek yaşlılarda 2376-2400 kkal/gün, kadınlarda 1877-1931 kkal/gün olarak kabul edilmektedir (Rakıcıoğlu ve Attila, 2003; Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Yaşlılar için günlük diyet içeriği hesaplanırken enerjinin %50-60'ı karbonhidratlardan gelecek şekilde olmasına dikkat edilmelidir (Aksoydan, 2008). Trigliserit düzeyini arttırırken ve HDL kolesterol düzeyinin azalmasına neden olan basit şekerlerden (saf şeker, şeker içeren gıda maddeleri ile reçel, pekmez, bal vb.) kaçınılmalı; protein, vitamin-mineral ve posa alımını da destekleyen karbonhidratlar (tahıllar, kurubaklagiller) tercih edilmelidir (Appel ve ark., 2005; Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004;). Meyve, sebze, kurubaklagiller, sert kabuklu meyveler, kepekli gıdalar, tam buğday unundan yapılmış ekmekler ile yulaf ve tahıllardan alınan posa, yaşlı bireylerde koruyucu ve tedavi edici etki göstermektedir ve bu yaş grubuna 25 g/gün posa alımı önerilmektedir (Meyer ve ark., 2000).

Hastalık ve malnutrisyon riski açısından hassas bir grup olan yaşlı bireylerde yeterli protein tüketimi ile azot dengesinin korunması oldukça önemlidir. Yaşlı bireylerde son verilerdeki protein gereksinim önerisi kilogram başına 0,8 g/gün olmakla birlikte, her yaşlı bireyde azot dengesi yukarıda önerilen miktar ile sağlanamamaktadır (Volkert ve Sieber, 2011). Günde kilogram başına 0,8 g protein gereksinimi, kaliteli protein kaynağı tüketiminin yanı sıra enerji alımının günde kilogram başına 40 kkal olduğu takdirde karşılanabilmektedir. Bundan dolayı yaşlı bireylere 0,9-1,1 g/kg/gün protein tüketimi önerilirken; enfeksiyon, stres ve cerrahi işlem ve benzeri katabolik süreçlerde protein gereksinimi 1,5 g/kg/gün olmalıdır (Allison, 2002; Bauer ve ark., 2013; Volpi ve ark., 2012).

Diyetteki toplam enerjinin %14-20'si proteinlerden karşılanmalı (Sağlık Bakanlığı, 2015c) buna ek olarak tüketilen protein miktarının yanı sıra protein

kalitesinin de yaşlı bireyler açısından önemli olduğu unutulmamalı, diyetin protein içeriğinin %25-30'u hayvansal, %70-75'i bitkisel kaynaklardan sağlanmalıdır, yüksek miktarlarda tüketilen hayvansal proteinler negatif kalsiyum dengesi oluşturarak kalça kırığı riskini arttırmaktadır. Yaşlılık döneminde, yeterli ve kaliteli protein kaynaklarının tüketimine ek olarak kas protein yapımını arttırmak için yeterli enerji alımı ve fiziksel aktivite de önerilmektedir (Aksoydan, 2008; Volkert ve Sieber, 2011; Volpi ve ark., 2012).

Yaşlılarda bir günde alınan enerjinin %20-35'inin yağlardan karşılanması önerilirken (Sağlık Bakanlığı, 2015c); kandaki kolesterol seviyesini arttırmasından dolayı doymuş ve trans yağ asitlerinin tüketimi azaltılmalı, enerjinin %8'inden daha azı doymuş yağlardan gelecek şekilde günlük yağ tüketimi ayarlanmalıdır. Doymamış yağ asitlerinin tüketimi plazma LDL kolesterolünü düşürmekte ve aritmi riskini azaltmaktadır. Tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerinin yaşa bağlı makular dejenerasyon gelişimi ve bilişsel fonksiyonlarda meydana gelen bozulmalara karşı koruyucu etkisi bulunmaktadır. Örneğin yağ asit içeriği yüksek oranda çoklu doymamış yağ asitlerinden oluşan zeytinyağı güçlü antioksidanlar olan polifenollerden zengindir. Sağlıklı bireyler için diyetin kolesterol içeriği 300 mg'dan düşük olmalı, serum LDL kolesterol düzeyi yüksek olan ve kardivasküler hastalık ve/veya diyabet gelişen yaşlılarda 200 mg'ı geçmemelidir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Kalmijn ve ark., 1997; Morris ve ark., 2004).

Yaşlılarda yeterli D vitamini alımıyla desteklenen günlük 950 mg kalsiyum alımı önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015c). Önerilen düzeydeki kalsiyum alımı bireyin kemik mineral yoğunluğunun sürdürülebilmesi ve kan basıncının dengede kalması açısından önemlidir. Ancak yaşlanmayla beraber artan laktoz intoleransı dikkate alındığında laktozu azaltılmış süt ürünlerinin tüketimi yaşlı bireyler için daha kolay olabilmektedir. Süt ürünleri tüketimi az olan bireylere kalsiyum içeriği yüksek olan yeşil yapraklı sebzeler, kurubaklagiller ve pekmez de önerilebilmektedir (Aksoydan, 2008; Wang ve ark., 2008).

Yaşlılar D vitamini yetersizliği bakımından risk grubunda bulunmaktadır. D vitamini yetersizliği kurumlarda kalan yaşlılarda %48-80 iken, ailesiyle veya kendi evinde kalan yaşlılarda %5-25'tir (Pérez Llamas ve ark., 2008). Diyetle veya suplementasyonla 15-20 mcg/gün D vitamini almaları gereken yaşlıların derilerinde yeterli miktarda D vitamini üretilebilmesi için haftada 2-3 gün 20-30 dakikalık sürelerle güneşlenmeleri, ayrıca D vitamininden zengin süt tüketmeleri önerilmektedir (Dawson-Hughes ve ark., 2010; Rakıcıoğlu ve Attila, 2003; Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Erkeklerin ve postmenopozal dönemdeki kadınların demir gereksinimi aynıdır. Gereksinim duyulan demir miktarının karşılanması açısından kırmızı et önemli bir kaynak olmakla birlikte; yumurta, pekmez, kuru meyveler, yeşil yapraklı sebzeler, kurubaklagiller, yağlı tohumlar da demir alımı için önerilen besinlerdir. Ayrıca demirin vücutta emilimini arttıran C vitamininin yeterli tüketilmesi açısından yeşil biber, domates, turunçgiller gibi C vitamininden zengin besinlere diyetle yer verilmelidir. Tahıl içeriği yüksek olan öğünlerin et, tavuk, balık ile birlikte tüketilmesi öğünü demirden zenginleştirmekte ve demirin emilimini arttırmaktadır. Yaşlı bireylerde günlük demir gereksinimi 11-16 mg olarak belirlenmiştir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Lee ve ark., 2004; Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Kronik malnutrisyon, alkole olan bağımlılık, vejetaryen diyet tüketimi ve çinkonun emilimini azaltan fitatlar veya demir gibi divalent katyonların diyetle alınımının artması çinko yetersizliğine sebep olmaktadır (Marian ve Sacks, 2009).

Çinko yetersizliği yaşlı bireylerde iştahsızlık, tat duyusunda azalma, yara iyileşmesinde gecikme ve immün fonksiyonlarda bozulma gibi önemli klinik sorunlara neden olmaktadır. Günlük çinko gereksinimini karşılamak için et, tavuk, balık, peynir, yağlı tohumları yeterli miktarda içeren bir diyet önerilmektedir. Ayrıca kurubaklagillerin iyi pişirilerek tüketilmesi, ekme ve hamur işlerinde mayalandırılmış olanların tercih edilmesi çinkonun biyoyararlılığını arttırmaktadır (Marian ve Sacks, 2009; Uzundikme ve Çakıroğlu, 2007). Çinkonun bitkisel kaynaklardaki biyoyararlılığı, hayvansal kaynaklara kıyasla düşük olduğu için

bireylerin çinko gereksinmesi değişebilmektedir ancak günlük çinko gereksinmesi erkeklerde 9,4-16,3 mg/gün ve kadınlarda 7,5-12,7 mg/gün olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015c).

Diyetle yetersiz folik asit alımı kişide makrositik anemiye, demansa, hafif konfüzyona, iritabiliteye, depresyona, apati ve mental fonksiyonlarda azalmaya neden olabilmektedir. Ayrıca kan folat düzeyi düşük olan kişilerde yükselen homosistein seviyesine bağlı KVH riski de artmaktadır (Durga ve ark., 2007; Mooijaart ve ark., 2005). 65 yaş ve üzeri bireyler için önerilen yeterli alım düzeyi 330 mcg olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015c). Yeşil yapraklı sebzeler, kırmızı et, kurubaklagiller ve tam tahıllar folik asitten zengin besinlerdir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004).

Yaşlılarda günlük B₁₂ gereksinmesi 4 mcg olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015c); fakat yaşlı bireylerde midedeki asit ile intrinsik faktör salgılamında oluşan azalma B₁₂ vitamininde yetersizliğe yol açtığı için bu miktarın ancak besin desteği veya besin zenginleştirilmesi ile sağlanabileceği düşünülmektedir (Stabler, 1995; Valuck ve Ruscin, 2004).

Yaşlılarda önerilen C vitamini yeterli alım miktarı kadın ve erkeklerde sırasıyla 95-110 mg/gün'dür (Sağlık Bakanlığı, 2015c). Yeterli miktarda tüketilen C vitamini senil katarakt ve KVH insidansını azaltırken; HDL kolesterol düzeyini yükseltmektedir. Ayrıca antioksidan yapıda olan vitamin C, kanser riskini azaltmakta, demans gelişimini önlemekte ve immün sistemi desteklemektedir (Fotherby ve ark., 2000; Gale ve ark., 1995; Losonczy ve ark., 1996).

Yaşlılık döneminde yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması amacıyla her gün en az üç ana ve üç ara öğün tüketimi sağlanmalı, bu öğünlerin basit şeker ve yağ içeriği düşürülüp; vitamin ve mineral içeriği zenginleştirilmelidir (McKie ve ark., 2000; Rakıcıoğlu, 2008). Yaşlıların yemeklerine ve salatalarına bitkisel sıvı yağlar katılarak tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerini alımları artırılabilir. Ayrıca omega-3'ten zengin balıkların tüketimi yaşlı kişilerde görme ve bilişsel fonksiyonları

desteklerken, kemik-eklem hastalıkları risikini azaltmakta ve kan lipid değerlerini dengelemektedir. Bu yaş grubundaki bireylerin diyetleri kalsiyum ve posadan zenginleştirilmeli; tuz ve şekerden kısıtlanmalıdır (Chernoff, 2001; McKie ve ark., 2000; Smith ve ark., 2011).

Zengin vitamin ve mineral içeriğine ek olarak yüksek antioksidan kapasitesine sahip sebze-meyve grubunun tüketimi önemle vurgulanmalıdır. Sebzelelerin pişirilerek tüketilmesi pişirme esnasında lezzet bileşiklerinin açığa çıkmasını ve yiyeceğin daha yumuşak olmasını sağlayarak çiğneme ve yutma problemi olan yaşlı bireylerin tüketimini kolaylaştırmaktadır (Drewnowski ve Evans, 2001; Uzundikme ve Çakıroğlu; 2007).

1.3. Malnutrisyon

1.3.1. Malnutrisyon Tanımı ve Yaşlılarda Malnutrisyon

Malnutrisyon; obezite terimini de içermekle birlikte temelde enerji, karbonhidratlar, proteinler ve yağlar gibi makro besin öğeleri ile vitamin ve mineraller gibi mikro besin öğelerinin yetersiz veya fazla alınması ile ortaya çıkan, vücutta metabolik ve fizyolojik değişikliklere neden olan beslenme bozukluğudur (Acar-Tek ve Ülger, 2013; Volkert ve ark., 2006). ESPEN ise klinik olarak belirgin yetersiz beslenme durumunu önemsemekle birlikte; malnutrisyonu fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda azalmaya, iyileşme sürecinde uzamaya ve vücut bileşiminde değişikliklere neden olan, yetersiz besin alımından kaynaklanan durum şeklinde tanımlamaktadır (Lochs ve ark., 2006).

Literatürde yer alan çalışmalarda yaşlılarda ilerlemiş yaşın, çoklu komorbidite varlığının, bir önceki sene hastaneye yatış öyküsünün, entelektüel kapasite azalmasının, fonksiyonel bağımlılığın, eş kaybının, tek başına yaşamanın ve düşük eğitim düzeyinin malnutrisyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Chen, 2010; Han,

2009; Johansson, 2009; Johson, 2004; Kwon, 2006; Pablo, 2003; Şanlıer ve Yabancı, 2006; Yap, 2007).

Malnutrisyon; bakım evleri ve hastaneler gibi kurumsal bakım hizmeti alan veya kendi evinde yaşayan yaşlılar açısından önemli, yaygın ve genellikle teşhis edilmekte geç kalınan veya yanlış ya da yetersiz teşhis edilen bir sağlık sorunu olarak göze çarpmaktadır (Crogan ve Pasvogel, 2003; Seiler, 2001). Yaşlılara yönelik sağlık veya bakım hizmeti sunumlarının önemli nedenleri arasında yer alan Protein-Enerji Malnutrisyonu (PEM), prevalansı ilerleyen yaş ile birlikte artan klinik sendromdur. PEM' in; enerji ve proteinin yetersiz alımı sonucu oluşan "marasmus" ve sadece proteinin yetersiz alımı sonucu oluşan "kwashiorkor" olmak üzere 2 tipi bulunmaktadır. Geriatrik yaş grubunda çoğunlukla her iki malnutrisyon tipinin de eşlik ettiği mix tip malnutrisyon göze çarpmaktadır (Sarıkaya, 2013).

Malnutrisyon prevalansı evde yaşayan, bakımevleri gibi kurumsal bakım hizmeti alan ve hastanede yatan yaşlılarda sırasıyla %5-10, %30-60 ve %35-65 olarak saptanmıştır (Rakıcıoğlu, 2009). Yaşlılarda malnutrisyon prevalansı, incelenen nüfus yapısı ve özellikleri ile tanımlama kriterlerine bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir (Sarıkaya, 2013).

Hacettepe Üniversitesi Geriatri Polikliniği'ne başvuran hastaların %28'inin malnutrisyon açısından risk altında olduğu, aynı poliklinikte yapılan başka bir çalışmada ise yatan hastalardaki malnutrisyon riskinin %69, malnutrisyon oranının ise %12 olduğu tespit edilmiştir (Kuyumcu ve ark., 2013; Ülger ve ark., 2010). İstanbul Üniversitesi'nde polikliniğe ayaktan başvuran hastalar ve yatan hastalar ile yapılan başka bir çalışmada; polikliniğe ayaktan başvuran hastaların %31'inin malnutrisyon açısından riski altında, %13'ünün ise malnutrisyonlu olduğu; yatan hastaların ise %39'unun malnutrisyon açısından riski altında, %25'inin malnutrisyonlu olduğu belirtilmiştir (Saka ve ark., 2010). Akademik Geriatri Derneği'nin (2013) yaptığı Türkiye Huzurevleri ve Bakımevleri Nütrisyonel Durum Değerlendirme çalışmasında yaşlı bireylerin %38,3'ünün malnutrisyon açısından risk altında, %11,9'unun ise malnutrisyonlu olduğu saptanmıştır (AGD, 2013).

1.3.2. Yaşlılarda Malnutrisyon Nedenleri

Yaşlılarda beslenme düzeyini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu bağlamda yaşlılarda yetersiz beslenmeye neden olan durumların saptanması, malnutrisyon açısından koruyucu önlemlerin alınması ve uygun tedavi planlarının oluşturulması hususunda etkin rol oynamaktadır (Sacks ve ark., 2000).

Yaşlılarda psikolojik sebepler (depresyon, demans, kognitif değişiklikler vb.), tıbbi sebepler (anoreksi, kötü diş sağlığı, ilaçlar, hastalıklar ve gastrointestinal bozukluklar vb.), fonksiyonlarda bozulma (ağrı, duyuşal değişiklikler, yorgunluk, nöromüsküler hastalıklar vb.), sosyal nedenler (çevre memnuniyeti, öğün sunumu, diyet kısıtlamaları, besleme için yetersiz personel sayısı vb.), aile/bakıcı durumu (gıda tercihleri, yemek alanının devamlılığı, bağımsızlık ve özerkliğin teşviki vb.) gibi nedenlerden dolayı malnutrisyon görülebilmektedir (Stechmiller, 2003).

Alzheimer/demans hastalığına sahip yaşlılar yemek yeme ihtiyacını hatırlayamamakta veya unutabilmekte, ileri evrelerde ise çiğneme ve yutma reflekslerindeki azalmalara bağılı olarak yiyecekleri yutmada zorluk çekeabilmekte veya çiğneme işlemini uzun sürmekte olup, bu durum genellikle ağırlık kaybına ve sonucunda malnutrisyona, duyuşal ve davranışsal problemler ile yeme bozukluklarının görülmesine neden olmaktadır (Luchsinger ve ark., 2002).

Depresyon, poliklinikler ve bakım evleri de dahil olmak üzere, yaşanan veya değerlendirilen çevre gözetilmeksizin, yaşlılarda sıklıkla rastlanan malnutrisyonun önemli psikolojik nedenleri arasında yer almaktadır (Stechmiller, 2003). Düzeltmesi mümkün olmakla beraber depresyon tek başına anoreksiye de neden olabilmektedir. Literatürdeki çalışmalar, Tümör Nekrozis Faktör-alfa (TNF- α) gibi sitokinlerin, anoreksi gelişimini tetikleyen Kortikotropin Salgılatıcı Hormon sentezini arttırarak depresyonlu bireylerde anoreksi riskini arttırdığına dikkat çekmektedir (Vetta ve ark., 1999). Ayrıca sosyal izolasyonun neden olduğu, yalnızlık hissi ve sonucunda gelişen depresyon besin tüketiminde azalma ve malnutrisyon ile sonuçlanabilmektedir.

Ateş, enfeksiyon veya katabolik hastalıklar gibi durumlarda enerji ve besin öğelerine olan gereksinim artarken; ilerleyen yaş ile birlikte sık rastlanan kronik hastalıklar sonucu yaşlıların besin tüketimi azalmakta, gereksinimi artan enerji ve besin öğeleri karşılanamamakta ve sonucunda malnutrisyon kaçınılmaz hale gelmektedir (Chapman, 2004).

Yaşlılarda iştah ile çiğneme ve yutma refleksi azaltan, malnutrisyon oluşma riskini arttıran, fonksiyonel yetersizlik ve ilerleyen yaşa bağlı olarak sıklıkla rastlanan fiziksel ve fizyolojik değişiklikler dikkat çekmektedir. Parkinson ve Alzheimer hastalarında daha belirgin olmakla birlikte yaşlılık ile birlikte tat ve koku duyuları ile kokunun iştah üzerine uyarıcı etkisinde azalmalar meydana gelmektedir (Andersson ve Sidenvall, 2001). İlerleyen yaş ile birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere ek olarak çevresel faktörlerin, cerrahi işlemlerin, ilaç, sigara ve alkol kullanımının, kötü ağız bakımı ve bazı hastalıkların da koku ve tat duyularında azalmaya neden olabileceği bildirilmektedir (Finkelstein ve Schiffman, 1999). Bu duyusal değişikliklerin yanı sıra; diş kaybı ve protez diş kullanımı, tükürük salgısındaki azalmaya bağlı olarak çiğneme ve yutma gücü de yaşlılarda besin tüketimini azaltmakta ve malnutrisyon riskini arttırmaktadır. Protez diş kullanan veya hiç dişi olmayan yaşlılardaki psikolojik durumun besin seçimi ve tüketimine olan ilgiyi azalttığı ve malnutrisyon gelişmesine katkı sağladığı bildirilmektedir (de Oliveira ve Frigerio, 2004).

İlerleyen yaşla birlikte özefagusun peristaltik hareketleri ve midenin boşaltım hızı yavaşlamakta, yutma refleksi ve mide asit salgısında azalma meydana gelmektedir. Eğer bireyde afazi, apraksi, agnozi veya disfaji gibi nöromusküler bir bozukluk söz konusu ise bu bozuklukların ihmal edilmesi durumunda yaşlılarda besin tüketimi azalabilmekte ve ağırlık kaybı görülebilmektedir. Örneğin Parkinson hastalarında görülen titremeler ve metabolik hızdaki artış, ağırlık kaybı ile sonuçlanabilmektedir (Omran ve Morley, 2000; Stechmiller, 2003).

Uygun olmayan sandalye-masa yüksekliği, tekerlekli sandalye kullanımı gibi hareket, pozisyon ve kendi kendine yeme kabiliyetini kısıtlayan fiziksel engellerin

bulunması da besin tüketiminde azalmalara neden olabilmekte ve yaşlıları malnutrisyon riskiyle karşı karşıya bırakabilmektedir (Stechmiller, 2003). Düşük ekonomik gelire bağlı olarak yiyeceklere ulaşamama, yiyeceklerin hazırlanması ve saklanmasıyla yaşanan güçlükler gibi sosyoekonomik faktörler yaşlı bireylerin sağlıklı, yeterli ve dengeli bir şekilde beslenememesine neden olabilmektedir.

Kronik hastalıklara sahip yaşlılara önerilen ve lezzet kaybına yol açan diyet kısıtlamaları da iştahsızlığa ve sonuçta besin reddine veya besin tüketiminde azalmalara yol açabilmektedir. Bir hastanın besin tüketimine karşı ilgi ve motivasyonu yemeğin ısısı, kıvamı ve sunumu ile yemek ortamına bağlı olarak değişebilmekte, bu nedenle yaşlıların besin tüketimine ilişkin istekleri göz ardı edilmemelidir (Amarantos ve ark., 2001; Stechmiller, 2003).

Malnutrisyonlu yaşlıların yaklaşık %70'inde malnutrisyona neden olan etiyolojik faktörler belirlenebilmektedir. John Morley'e ait olan "Meals On Wheels" metodu ile malnutrisyona neden olan etiyolojik faktörler Çizelge 1.2.'de özetlenmektedir (Morley, 2013).

Çizelge 1.2. "Meals on Wheels" kısaltması

(M) Medications / İlaçlar
(E) Emotional (Depression) / Duygusal nedenler (Depresyon)
(A) Alcoholism, anorexia tardive, abuse / Alkolizm, anoreksiya
(L) Late life paranoia / Geç dönem paranoya
(S) Swallowing problems / Yutma problemleri
(O) Oral problems / Ağız sorunları
(N) Nosocomial infections, no money (Poverty) / Nosokomiyal enfeksiyonlar (Yoksulluk-Açlık)
(W) Wandering-dementia / Demansa bağlı amaçsız dolaşma
(H) Hyperthyroidism, hypercalcemia, hypoadrenalism / Hipertiroidi, hiperkalsemi, hipoadrenalizm
(E) Enteric problems (Malabsorption) / Enterik problemler (Malabsorpsiyon)
(E) Eating problems (Tremor) / Yeme bozuklukları (Titreme)
(L) Low salt, low cholesterol diet / Az tuzlu ve düşük kolesterolü diyet
(S) Shopping and meal preparation problems, stones / Alışveriş yapamama ve diğer sosyal problemler

Yaşlıların besin tüketimi üzerinde etkin rol oynayan bu faktörler sonucunda osteoporoz ve sarkopeni gibi hastalıklar görülebilmekte, öz bakım eksiklikleri ve fiziksel bağımlılık hali ortaya çıkabilmekte ve sonuç olarak nutrisyonel durumu giderek kötüleştirilmektedir (AGD, 2013).

Anoreksi, kaşeksi ve sarkopeni gibi sendromların malnutrisyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

Anoreksi, yaşlılarda ilerleyen yaşla birlikte meydana gelen birçok fizyolojik nedenden etkilenerek oluşan iştahta azalma durumudur (Ritchie, 2013). Kronik hastalığı olmayan sağlıklı yaşlıların iştah durumları ve enerji alımları her yıl yaklaşık %1 oranında azalmaktadır (Chapman, 2007). Erken yaşlılık döneminde enerji alımının azalması, genellikle fiziksel aktivite, bazal metabolizma hızı ve/veya yağsız vücut kütlelerinde meydana gelen azalmalar ile ilişkilidir (Ritchie, 2013). Bunlara ek olarak, tat ve koku duyularında meydana gelen azalma besinlere karşı isteksizliğe neden olmakla birlikte gastrointestinal sistem ve gastrik hormon sekresyonundaki değişiklikler de erken doygunluk hissinin oluşmasına yol açmaktadır. Yaşlı bireylerde iştah metabolizmasının düzenlenmesi; kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, sigara-alkol kullanımı, cerrahi müdahaleler ve duygu-durum bozukluklarından etkilenmektedir (Finkelstein ve Schiffman, 1999; Ritchie, 2013). National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)' de erkek ve kadınlarda besin tüketimindeki azalmanın 20'li yaşlarda başlayıp 80'li yaşlarda da devam ettiği belirtilmekte, ayrıca enerji alımında meydana gelen bu azalmanın enerji harcanmasındaki azalmanın bir sonucu olabileceği düşünülmeyle birlikte; yaşlıların büyük bir çoğunluğunda enerji alımındaki azalma, enerji harcamasındaki azalmadan daha yüksektir (Wakimoto ve Block, 2001).

Kaşeksi, yetersiz beslenme ve buna bağlı aşırı ağırlık, yağ ve kas kaybı ile karakterize, temelde altta yatan hastalık ve artan morbidite riski ile ilişkili, kompleks metabolik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Evans ve ark., 2008; Ritchie, 2013). Kaşeksi genellikle kas proteinlerindeki yıkımın artması, anoreksi, inflamasyon ve insülin direnci ile ilişkili olmakla beraber; kaşektik sendromlar açlık, yaşa bağlı kas kütlelerinin azalması veya psikiyatrik, gastrointestinal ya da endokrinolojik nedenlere bağlı meydana gelen ağırlık kaybı ile farklılık göstermektedir. Kaşeksi katabolik ve anabolik olaylar arasında denge bozukluğuna neden olan birçok metabolik yolak içermekle beraber temelde sitokin aracılı yanıt içeren hastalık durumlarında kendini göstermektedir (Evans, 2010; Ritchie, 2013). Bu hastalıklar içerisinde kanser, AIDS,

son dönem böbrek yetmezliği, kronik hastalıklar, kalp yetmezliği ve romatoid artrit bulunmaktadır. İnterlökin-1 (IL-1), interlökin-6 (IL-6) ve TNF- α gibi pro-inflamatuar sitokinlerin seviyeleri yaşlılarda yüksek olmasına rağmen kaşektik yaşlılarda seviyelerinin daha da yüksek olduğu saptanmıştır (Evans, 2010; Muscaritoli ve ark., 2010; Ritchie, 2013).

Sarkopeni, kas kütlesi ve kuvvetinde gün geçtikçe azalmaya neden olan, fiziksel olarak yaşamı olumsuz etkileyen ve ölümlle sonuçlanabilen geriatrik bir sendromdur. Sarkopeni tanısı için kas kütlesi ve kas fonksiyonlarında azalmanın birlikte bulunması gerekmektedir (Cruz-Jentoft ve ark., 2010; Halil ve ark., 2011). Geriatrik popülasyonda prevalansı oldukça yüksek olmakla birlikte temelde yaşlanma sürecinin bir sonucu ve geriatrik bir sendrom olarak kabul edilmektedir. Sarkopeni sonucunda sıklıkla mobilitede azalma ve fiziksel dayanıklılık faktörlerinde bozulmalar meydana gelmektedir. Sarkopeni gelişiminde kas kütlesi ve kas liflerinde kayıp, inflamasyonda artma, bozulan hormonal denge ve renin-anjiyotensin sistemi, kötüye giden beslenme durumu gibi çok sayıda faktör rol oynamaktadır (Evans, 2010; Halil ve ark., 2011). Bu durumun sonucunda bireyin günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde başkasına bağımlılığı artmakta, otonomi kaybı hızlanmakta, düşmelere bağlı kırık ve mortalite riski artmaktadır (Evans, 2010; Halil ve ark., 2011; Muscaritoli ve ark., 2010).

1.3.3. Yaşlılarda Malnutrisyonun Önemi

Yaşlılarda malnutrisyon, kavrama gücünde azalma, depresyon varlığı, yüksek enfeksiyon prevalansı ve kötü klinik sonuçlarla ilişkili, morbidite ve mortalite üzerinde etkili olmakla birlikte genellikle gözden kaçan ve üzerinde durulmayan önemli bir faktör olarak dikkat çekmektedir (AGD, 2013). Ayrıca ilerleyen yaşla birlikte eve, yatağa veya başkasına bağımlı olma durumuna stres faktörü de eklenince genellikle yaşlı bireylerin sağlık ve beslenme durumlarında hızlı bir düşüş meydana gelmekte; bu bağlamda malnutrisyon gelişen veya gelişme riski olan

yaşlıların beslenme durumları üzerine yoğunlaşmak gerekmektedir (Guigoz ve ark., 1997; Seiler, 2001; Şanlıer ve Yabancı, 2006).

Malnutrisyon, ağırlık ve kas yoğunluğunda kayıp ile ortaya çıkarken, sonuçta yaşlı bireylerin vücut dirençlerinde azalma, düşme ve buna bağlı kalça kırıklarına, iyileşme süreci ve hastane yatışlarının uzamasına, enfeksiyon artışına, deride hassaslık oluşmasına veya bası yaralarında artışa ve yara kapanmasının gecikmesine neden olmaktadır (AGD, 2013; Cruz-Jentoft ve ark., 2010; Rolland ve ark., 2003). Bu nedenle, yaşlıların yetersiz beslenmesi ve buna bağlı oluşabilecek malnutrisyon durumu mortalite açısından önemli bir belirleyici olmakla beraber, KVH, osteoporoz, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıkların ortaya çıkması ve ilerlemesi sürecinde etkin rol oynamaktadır. Bu sürece ek olarak yaşlılarda malnutrisyon; tükürük bezi fonksiyonlarında bozulma, diş hastalıkları ve ağız enfeksiyonlarında artışa neden olmakta; bireylerin besin tüketimi azalmakta, tıbbi beslenme tedavisi giderek güçleşmekte ve sonuç olarak yaşlıların yaşam süresi ve kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Guigoz ve ark., 1997; Omran ve Morley, 2000; Rakıcıoğlu, 2009).

1.3.4. Yaşlı Bireylerde Malnutrisyonun Tanısı, Taraması ve Değerlendirilmesi

Özellikle sağlık veya bakım hizmeti alan hastalar ile hastanede yatan yaşlılarda malnutrisyon prevalansının yüksek olduğu bilinmekle birlikte neden olabileceği morbidite ve mortalite riski de göz önünde bulundurulduğunda, malnutrisyonun erken dönem tanısının büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Protein-enerji malnutrisyonunun klinik göstergeleri, hafif ağırlık kaybı ile belirgin kaşeksi-zayıflık sendromları gibi geniş bir yelpazede olabilmektedir (Crogan ve Pasvogel, 2003; Guigoz ve ark., 1997; Sieber ve ark., 2006).

Malnutrisyon saptamasında kesin sonuç veren bir yöntem bulunmamaktadır. Beslenme durumunun daha doğru bir şekilde değerlendirilebilmesi için geriye dönük hastalık ve beslenme öyküsü sorgulanmalı, bireyin fiziksel muayenesi ve antropometrik ölçümleri yapılmalı ve biyokimyasal verileri incelenmelidir. Klinik

çalışmalar yapılırken geçerliliği kanıtlanmış duyarlı ve o alana özgü geliştirilen testlerin kullanılması oldukça önemlidir (Donini ve ark., 2007; Rakıcıoğlu, 2009).

ESPEN kılavuzuna göre ideal bir tarama yöntemi, yüksek öngörme değerine sahip, tam ve elverişli bilgi sağlayan, bireysel görüş farklılıklarına yol açmayan faktörleri içermeli ve tarama sonucunda bir müdahale planı yapmaya olanak sağlamalıdır. Altmışbeş yaş üstü herkese yılda bir kez rutin olarak malnutrisyon taraması yapılmalıdır (ESPEN, 2003).

Yaşlı hastalarda malnutrisyon riskini belirlemede birçok tarama aracı geliştirilmiştir. Bunlar, Nutrisyonel Risk Taraması-2002 (Nutritional Risk Screening-2002 [NRS-2002]), Kısa Nütrisyon Değerlendirme Formu (Short Nutrition Assessment Questionnaire [SNAQ]), Yaşlılar İçin Beslenme Tarama İndeksi (Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition [SCREEN II]), Malnutrisyon Universal Tarama Aracı (Malnutrition Universal Screening Tool [MUST]), Malnutrisyon Tarama Aracı (Malnutrition Screening Tool [MST]), Subjektif Global Değerlendirme (Subjective Global Assessment [SGA]), Mini Nutrisyonel Değerlendirme (Mini Nutritional Assessment [MNA]) ve Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (Mini Nutritional Assessment-Short Form [MNA-SF])'dir. Klinikte sıklıkla kullanılan tarama testleri; SGA, NRS-2002 ve MNA'dır (Ritchie, 2013; Secher ve ark., 2007).

Pekçok değerlendirme aracı önerilmesine rağmen, Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD)'de kullanılan tarama testleri arasında yaygın olarak fikir birliğine varılamamıştır. Klinik araştırmalar ve saha çalışmaları sonucunda MNA, hem sağlık çalışanları hem de hastalar göz önünde bulundurulduğunda kabul edilen en yaygın nutrisyonel test olmakla birlikte, yaşlı bireylerde malnutrisyonun tarama ve değerlendirmesinde MNA'yı ön plana çıkaran çok sayıda retrospektif ve prospektif çalışma bulunmaktadır (Secher ve ark., 2007). Ayrıca yaşlılarda kullanılması ESPEN tarafından da önerilmektedir (ESPEN, 2003).

MNA'nın, uzun-MNA ve kısa-MNA (MNA-SF) olmak üzere iki formu bulunmakla birlikte yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada MNA-SF kullanılmıştır.

1.3.5. Geriatrik Hastalarda Malnutrisyonun Taranması/MNA-SF

MNA'nın onaylanmasını takiben MNA-SF 2001'de Rubenstein ve arkadaşları tarafından geliştirilerek yasallaştırılmıştır (Rubenstein ve ark., 2001). Başlangıçta geliştirilen MNA-SF ile, hastalar “yeterli beslenen” ve “malnutrisyonlu” olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. MNA-SF, MNA ile birlikte “malnutrisyon açısından risk altında” olan popülasyonlarda iki aşamalı olarak uygulanabilen, bireyleri yetersiz beslenme açısından tanımlayan, tanı ve tedavi uygulamalarını değerlendiren pratik bir tarama aracıdır. MNA-SF'nin uzun MNA ile korelasyonu yüksek olmakla beraber duyarlılık, özgüllük ve doğruluğu da başarıyla test edilmiştir (Cohendy ve ark., 2001; Guigoz ve ark., 2006; Rubenstein ve ark., 2001; Wikby ve ark., 2008). MNA-SF'nin taramada geçerlilik ve güvenilirliği yapılan 6 çalışma sonucu ortaya çıkan %86-96 duyarlılık oranı ile hemen hemen uzun MNA kadar iyi olduğu bildirilmektedir (Guigoz ve ark., 2006).

Fakat son zamanlarda MNA-SF'nin, BKİ ölçümü yapılamayan hastalarda kullanımının kısıtlı olduğu ve hedeflenen verimlilik değerine ulaşılamaması sonucu etkinliğini arttırmak amacıyla daha fazla geliştirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Bu amaçla Kaiser ve arkadaşlarının 2032 hasta üzerinde yaptığı çalışma ile MNA-SF 2009 yılında güncellenip, vücut ağırlığı ve BKİ ölçümlerinden bağımsız olacak şekilde beslenme durumunun değerlendirilmesinde üç gruba ayrılarak sınıflandırılmıştır. BKİ ölçümünün zahmetli olması, zaman kaybına yol açması ve doğru ölçümün her koşulda yapılamaması nedeniyle, uzun MNA formunda da yer alan diğer antropometrik ölçümlerin (baldır ve üst orta kol çevresi), BKİ ölçümü yapılmaksızın uygulanabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle baldır çevresinin BKİ ölçümüne iyi bir alternatif olduğu bildirilmiştir (Cereda, 2012; Kaiser ve ark., 2009).

MNA-SF'in İÇeriği ve Klinik Kullanımı

MNA-SF, beslenme durumunun değerlendirmesinde birbiri ile yüksek korelasyona sahip altı sorudan meydana gelmektedir (Rubenstein ve ark., 2001). MNA-SF'de "Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında meydana gelen azalma", "Son 3 ay içerisindeki ağırlık kaybı", "Hareketlilik/bağımlılık durumu", "Son 3 ay içerisindeki psikolojik stres veya akut hastalık durumu", "Nöropsikolojik problem varlığı" ve "Beden Kütle İndeksi" (BKİ) hesaplanarak puanlama yapılmaktadır. MNA-SF'in güncellenmesinden sonra BKİ ölçümü mümkün olmayan hastalara alternatif seçenek olarak baldır çevresi ölçümü ilave edilmiştir.

Malnutrisyon durumunun saptanmasında kullanılan MNA-SF tek başına veya uzun MNA formunun bir parçası olarak kullanılabilir. MNA-SF tek başına kullanıldığında; normal nutrisyonel durum (12-14 puan), malnutrisyon riski altında (8-11 puan) veya malnutrisyonlu (0-7 puan) olarak kategorize edilmektedir. MNA-SF'de hesaplanabilecek en yüksek tarama puanı 14'tür (Kaiser ve ark, 2009).

MNA-SF, uzun MNA formuna ek olarak kullanıldığında ise, bireylerin beslenme durumunun değerlendirilmesi iki aşamada yapılmalıdır; öncelikle 6 sorudan oluşan MNA-SF uygulanmalı ve tarama puanının 11 veya daha düşük olarak hesaplanması durumunda hastanın malnutrisyon açısından risk altında olduğu değerlendirilerek uzun MNA formu uygulanmalıdır. MNA-SF özellikle kurumsal bakım hizmeti almayan, ev ortamında aile üyeleri ile birlikte yaşayan bireylerin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ancak bakımevleri ve hastaneler gibi kurumsal bakım hizmeti sunan kuruluşlarda kalan yaşlılarda yüksek malnutrisyon prevalansı göz önünde bulundurularak uzun MNA formunun uygulanması önerilmektedir (Guigoz ve ark., 2006).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi

Bu araştırma Ağustos-Ekim 2016 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti Birimi'ne kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler üzerinde yürütülmüştür.

T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti Birimi'ne kayıtlı ve aktif olarak takip edilen yaklaşık 200 yaşlı bireyin olduğu saptanmıştır. Araştırma yapılacak yaşlı birey sayısı evrenden örnekleme gitme metodu kapsamında $n = Nt^2pq / (d^2(N-1) + t^2pq)$ formülü kullanılarak %95 güven aralığı ile 120 olarak hesaplanmış olup; çalışma 120 yaşlı birey ile tamamlanmıştır.

Çalışma evde sağlık hizmetleri ekibi ile birlikte ortak çalışarak yürütülmüştür. Yaşlı bireylerin evlerine gidilerek anket formu uygulanmış ve beslenme durumları değerlendirilmiştir. Bilişsel durumu iyi olan yaşlı bireyler (n:10) soruları kendileri cevaplamıştır. Bilişsel durumu iyi olmayan yaşlı bireyler (n:110) ile ilgili bilgiler hastaların vasileri aracılığıyla elde edilmiştir.

Araştırma için, öncelikle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Komitesi'nden 11 Nisan 2016 tarihli 07-303-16 no'lu etik kurul onayı (Ek-1); daha sonra da Hatay Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (Ek-2) gerekli izin alınmıştır.

2.2. Araştırmanın Genel Planı

Araştırmanın başlangıcında yaşlı bireylere bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-3), bilişsel durumu iyi olmayan yaşlı bireylerin vasilerine ise hasta vasileri için hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (Ek-4) imzalatılmıştır. Her

katılımcıyla yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmacı tarafından anket formu (Ek-5) doldurulmuştur.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylere uygulanan anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaşlılara ait genel bilgiler ile bireylerin sosyo-demografik özellikleri, kronik hastalık bulunma durumu, alkol-sigara kullanma durumları, deride hassaslık veya yara oluşma durumu vb. gibi sorular yer almıştır. İkinci bölümde ise bireylerin beslenme alışkanlıkları ile ağızdan, enteral veya parenteral beslenme durumları, öğün sayısı, herhangi bir diyet uygulama durumu, tat-koku-iştah-uyku-fiziksel aktivite durumları vb. gibi sorular yer almıştır. Anket formunun üçüncü bölümü rutin olarak bakılan biyokimyasal parametreleri, dördüncü bölümü ise Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA-SF) ölçeği ile yaşlı bireylerin malnutrisyon durumlarının değerlendirilmesini içermektedir.

2.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

2.3.1. Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA-SF)

MNA-SF, beslenme durumunun değerlendirmesinde yüksek korelasyona sahip altı sorudan meydana gelmektedir (Rubenstein ve ark., 2001). MNA-SF’de, hastanın iştah durumunda değişiklikler, son 3 ay içerisindeki ağırlık kaybı, hareketlilik/bağımlılık durumu, son 3 ay içerisindeki psikolojik stres veya akut hastalık durumu, nöropsikolojik problem varlığı ve BKİ hesaplanarak puanlama yapılır. MNA-SF’in revize edilmesinden sonra BKİ hesaplanması mümkün olmayan hastalar için BKİ yerine alternatif olarak baldır çevresi seçeneği sunulmuştur (Kaiser ve ark., 2009).

Ülkemizde Sarıkaya (2013) tarafından MNA-SF’nin geçerlilik çalışması yapılmış olup, sensitivite ve spesifitesi sırasıyla %94 ve %81; MNA ve MNA-SF arasındaki kappa uyumu ise sırasıyla 0.68 ve 0.66 olarak bulunmuştur. Çalışma

sonucunda MNA-SF'nin ülkemizdeki yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirilmesinde geçerli bir yöntem olduğu tespit edilmiştir.

Kurumsal bakım hizmeti almayan ve ev ortamında aile üyeleri ile birlikte yaşayan yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirilmesinde MNA-SF kullanımı önerildiği için bu çalışmada da MNA-SF kullanılmıştır (Guigoz ve ark., 2006).

2.3.2. Baldır Çevresi

Yatağa veya sandalyeye bağımlı olmayan yaşlı bireylerin ölçümü, ayağa kalkmış pozisyonda iken, ayakların 20 cm bir aralık olacak şekilde açılıp ve ağırlık dengeli dağıtılarak, mezura ekstremitenin en geniş bölgesine dik şekilde uygulanarak ölçüm alınmıştır (Barış ve ark., 2003). Tekerlekli sandalyeye bağımlı yaşlı bireylerin baldır çevresi ölçümünde bacak desteklenip, ayak bileği ve dizin 90°C'lik açı yapması sağlanmıştır. Mezür dizin üst kısmından geçirilip, aşağı ve yukarı doğru oynatılarak baldırın en geniş olduğu çevre belirlenmiştir ve ölçümler en geniş baldır çevresinin olduğu yerden alınmıştır. Yatağa bağımlı hastalarda da bacak dizden 90 °C'lik açı yapacak şekilde bükülmüştür, ayak tabanı sert ve düz bir zemine bastırılarak en geniş yerden, yöntemine uygun şekilde ölçüm yapılmıştır (Patrick ve ark., 1982; Pekcan, 2012). Tüm ölçümler sol baldırdan alınmıştır.

2.3.3. Biyokimyasal Ölçümler

Araştırmaya alınan yaşlı bireylere ait biyokimyasal ölçümler T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi tarafından yapılmış olup, araştırmacı tarafından yaşlı bireylerde rutin olarak bakılan güncel biyokimyasal parametreler kaydedilmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Laboratuvarı'nın kabul ettiği referans değerler (Ek-6) bu çalışmada da aynı şekilde kabul edilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Laboratuvarı'nda biyokimyasal ölçüm analizleri Roche Hitachi Cobas® c501 cihazı ile yapılmıştır. Açlık kan şekeri analizinde heksokinaz yöntemi, üre analizinde üreaz yöntemi, kreatinin analizinde Jaffe analiz yöntemi, AST ve ALT analizlerinde spektrofotometrik enzimatik yöntem, CRP analizinde immünotürbidimetrik yöntem, HDL ve LDL analizlerinde sırasıyla kolorimetrik yöntem ve hesaplamalı yöntem, albümin analizinde klasik-spektrofotometrik yöntem, hemoglobin ve hematokrit analizlerinde sırasıyla kolorimetrik yöntem ile mikrohematokrit yöntem, sodyum ve potasyum analizlerinde fotometrik yöntem, kalsiyum analizinde ise titrimetrik yöntem kullanılmıştır.

2.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Yapılan araştırmada verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programından yararlanılmıştır.

Nitel verilerin karşılaştırılmasında ve gruplar arasındaki farklılıkların araştırılmasında, tablolarda 5'ten küçük veri bulunan göz sayısının, toplam göz sayısının %20'sini aşmayacak şekilde Pearson Ki Kare testi kullanılmıştır. Pearson Ki-Kare testinin uygulanamadığı durumlarda Fisher's Exact Ki-Kare testi uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalamaların değerlendirilmesinde t-testi, normal dağılım gösteren bağımsız ikiden fazla grupların ortalama değerleri karşılaştırılırken One-Way Anova testi uygulanmıştır ve ortalama (\bar{X}), standart sapma ($\pm SS$), alt, üst değerleri verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık, $p < 0,05$ ve $p < 0,001$ düzeylerinde değerlendirilmiştir (Lorcu, 2015).

3. BULGULAR

3.1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılara Ait Genel Bulgular

Bu araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti Birimi'ne kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya 40 erkek, 80 kadın olmak üzere toplam 120 birey dahil edilmiştir. Evde sağlık hizmeti alan yaşlılara ait genel bulgular Çizelge 3.1.'de verilmiştir. Ortalama yaşları $81,3 \pm 8,3$ (65-105) yıl olan yaşlıların %55,8'inin eşi vefat etmiş olup, %82,5'i okur-yazar değil, %95,8'i çalışmayan veya ev hanımı iken %50,9'u çocukları ile, %24,2'si ise eşi ile beraber yaşamaktadır. Yaşlıların ortalama çocuk sayısı $6 \pm 2,8$ (0-13) iken evde beraber yaşadığı bireylerin ortalama sayısı $3 \pm 1,1$ (1-6) kişidir. Yaşlıların sosyal güvencelerine bakıldığında, %49,2'sinin yeşil kartlı, %22,5'inin Bağ-Kur'lu olduğu; %16,6'sının ise herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Yaşlıların medeni durum ve beraber yaşadıkları kişiler ($p < 0,001$) ile meslekleri ve eğitim durumlarının ($p < 0,05$) cinsiyete göre dağılımları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 3.1. Yaşlılara ait genel bulgular (n:120)

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Medeni durum							
Eşi vefat etmiş	7	17,5	60	75,0	67	55,8	$\chi^2 = 35,894$ $p=0,000^{**}$
Evli	32	80,0	19	23,7	51	42,5	
Bekar	1	2,5	1	1,3	2	1,7	
Eğitim durumu							
Okur yazar değil	27	67,5	72	90,0	99	82,5	$\chi^2 = 11,182$ $p=0,009^*$
İlkokul mezunu	7	17,5	4	5,0	11	9,2	
Okur yazar	4	10,0	4	5,0	8	6,7	
Ortaokul veya lise mezunu	2	5,0	-	-	2	1,6	
Meslek							
Çalışmıyor/Ev hanımı	35	87,5	80	100,0	115	95,8	$\chi^2 = 10,435$ $p=0,003^*$
Emekli	5	12,5	-	-	5	4,2	
Yaşadığı kişiler							
Çocukları	7	17,5	54	67,5	61	50,9	$\chi^2 = 34,624$ $p=0,000^{**}$
Eşi	18	45,0	11	13,8	29	24,2	
Eşi ve çocukları	14	35,0	8	10,0	22	18,3	
Tek başına	1	2,5	6	7,5	7	5,8	
Komşu	-	-	1	1,2	1	0,8	
Sosyal güvence							
Yeşil Kart	14	35,0	45	56,3	59	49,2	$\chi^2 = 9,099$ $p=0,096$
Bağ-Kur	12	30,0	15	18,8	27	22,5	
SSK	4	10,0	4	5,0	8	6,7	
Özel sigorta	3	7,5	1	1,2	4	3,3	
Emekli sandığı	-	-	2	2,4	2	1,7	
Yok	7	17,5	13	16,3	20	16,6	

* $p<0,05$ ** $p<0,001$

Yaşlıların hastalık durumu ile ilaç kullanımına ilişkin bulgular Çizelge 3.2.'de verilmiştir. Buna göre yaşlıların %97,5'inin tanısı konan hastalığı bulunmaktadır. Tanı konan hastalıklara bakıldığında yaşlıların %76,1'inin hipertansiyon, %60,7'sinin nörolojik hastalıklar, %47,9'unun ise diyabet tanısı aldığı; ayrıca yaşlıların %93,3'ünün düzenli olarak ilaç kullandıkları görülmektedir. Yaşlıların düzenli ilaç kullanımına ilişkin verilerin cinsiyete göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 3.2. Yaşlıların hastalık durumu ile ilaç kullanma durumlarına göre dağılımları

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Hastalık durumu							
Var	39	97,5	78	97,5	117	97,5	$\chi^2 = 0,000$
Yok	1	2,5	2	2,5	3	2,5	$p=1,000$
Tanı konan hastalık*	(n:39)		(n:78)		(n:117)		
Hipertansiyon	30	76,9	59	75,6	89	76,1	
Nörolojik hastalıklar	25	64,1	46	59,0	71	60,7	
Diyabet	16	41,0	40	51,3	56	47,9	
Kemik Erimesi	4	10,3	37	47,4	41	35,0	
Diğer (Kalça kırığı, astım vb.)	10	25,6	29	37,2	39	33,3	
Romatizma	3	7,7	23	29,5	26	22,2	
Kalp-damar hastalığı	9	23,1	21	26,9	30	25,6	
Böbrek hastalığı	6	15,4	5	6,4	11	9,4	
Sindirim sistemi hastalıkları	2	5,1	8	10,3	10	8,5	
Kanser	3	7,7	4	5,1	7	6,0	
Göğüs hastalıkları	-	-	1	1,3	1	0,9	
Anemi	1	2,6	-	-	1	0,9	
Düzenli ilaç kullanımı	(n:40)		(n:80)		(n:120)		
Evet	34	85,0	78	97,5	112	93,3	$\chi^2 = 6,696$
Hayır	6	15,0	2	2,5	8	6,7	$p=0,010^*$

*Hastalık tanısı konan yaşlı sayısına göre % alınmıştır.

* $p<0,05$

Çizelge 3.3.'te yaşlıların sigara ve alkol kullanımına ilişkin bulgular verilmiştir. Buna göre yaşlıların büyük çoğunluğu sigara (%78,3) ve alkol (%65,0) kullanmamaktadır. Çizelgeye göre yaşlıların sigara ve alkol tüketimine ilişkin verilerin cinsiyete göre dağılımları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Çizelge 3.3. Yaşlıların sigara ve alkol kullanımına ilişkin bulgular (n:120)

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Sigara kullanımı							
Hiç içmedim	17	42,5	77	96,2	94	78,3	$\chi^2 = 45,523$ $p=0,000^{**}$
Eskiden içerdim	21	52,5	3	3,8	24	20,0	
Halen içiyorum	2	5,0	-	-	2	1,7	
Alkol kullanımı							
Hiç içmedim	3	7,5	75	93,7	78	65,0	$\chi^2 = 87,332$ $p=0,000^{**}$
Eskiden içerdim	35	87,5	5	6,3	40	33,3	
Halen içiyorum	2	5,0	-	-	2	1,7	

****p<0,001**

Yaşlılarda şu an deride hassaslık veya yara bulunma durumu ve süresi ile önceden deride hassaslık veya yara oluşma durumu ve sıklığına ilişkin bulgular Çizelge 3.4.'te verilmiştir. Çizelgeye göre erkeklerin %72,5'inde kadınların ise %66,3'ünde (toplam %68,3) şu an hassaslık veya yara bulunmamaktadır. Şu an deride hassaslık veya yara bulunan yaşlıların %31,6'sı 6 ay, %21,1'i 2 ay, %15,8'i ise 3 aydır bu şikayette bulduklarını beyan etmişlerdir. Yaşlıların %63,3'ünde önceden deride hassaslık veya yara oluşmamıştır. Önceden deride hassaslık veya yara oluşan yaşlıların %47,7'sinde bir kez, %40,9'unda ise iki kez deride hassaslık veya yara oluştuğu belirtilmiştir. Yaşlıların şu an ve önceden deride hassaslık veya yara bulunma durumlarının cinsiyete göre dağılımları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.4. Yaşlıların şu an ve önceden deride hassaslık veya yara bulunma durumuna göre dağılımları

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Şu an deride hassaslık/yara bulunma durumu							
Hayır	29	72,5	53	66,3	82	68,3	$\chi^2 = 0,481$ p=0,488
Evet	11	27,5	27	33,7	38	31,7	
Şu an deride hassaslık/yara bulunma süresi (ay)							
	(n:11)		(n:27)		(n:38)		$\chi^2 = 11,465$ p=0,105
1	-	-	3	11,1	3	7,9	
2	1	9,1	7	25,9	8	21,1	
3	2	18,2	4	14,8	6	15,8	
4	3	27,3	-	-	3	7,9	
5	1	9,1	1	3,7	2	5,2	
6	4	36,3	8	29,7	12	31,6	
12	-	-	4	14,8	4	10,5	
Önceden deride hassaslık/yara oluşma durumu							
	(n:40)		(n:80)		(n:120)		$\chi^2 = 0,449$ p=0,503
Hayır	27	67,5	49	61,3	76	63,3	
Evet	13	32,5	31	38,7	44	36,7	
Önceden deride hassaslık/yara oluşma sıklığı (kez)							
	(n:13)		(n:31)		(n:44)		$\chi^2 = 3,129$ p=0,680
1	6	46,2	15	48,4	21	47,7	
2	7	53,8	11	35,5	18	40,9	
3	-	-	3	9,7	3	6,8	
4	-	-	1	3,2	1	2,3	
6	-	-	1	3,2	1	2,3	

3.2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Genel Beslenme Alışkanlıkları

Yaşlıların şu anki beslenme şekilleri ile enteral ürün kullanımına ilişkin bulgular Çizelge 3.5.'te verilmiştir. Çizelgeye göre yaşlıların %85,8'i ağızdan, %14,2'si ise enteral (PEG+NG) beslenmektedir. Ağızdan beslenen yaşlıların %65,0'ı katı besinler, %31,1 ise sıvı besinler tüketmektedir. Enteral (PEG+NG) yolla beslenen yaşlıların %23,5'i 12 ay, %17,6'sı ise 6 aydır enteral ürün kullanmakta, bu yaşlıların %23,5'i günde 3 kez, %23,5'i ise günde 6 kez beslenmektedir. Enteral (PEG+NG) yolla beslenen yaşlıların %41,2'sinin (n:7) enteral ürün olarak Novasource Diabetes, Fortimel Energy Multi Fibre veya Glucerna kullandıkları görülmektedir.

Çizelge 3.5. Yaşlıların beslenme şekilleri ile enteral ürün kullanma durumlarına göre dağılımları (n:120)

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Beslenme Şekli							
Ağızdan	35	87,5	68	85,0	103	85,8	$\chi^2 = 0,137$ p=0,711
Enteral (PEG+NG)	5	12,5	12	15,0	17	14,2	
Ağızdan beslenme durumu							
	(n:35)		(n:68)		(n:103)		
Katı	25	71,4	42	61,8	67	65,0	$\chi^2 = 1,940$ p=0,379
Sıvı	8	22,9	24	35,3	32	31,1	
Püre	2	5,7	2	2,9	4	3,9	
Enteral ürün kullanım sıklığı (kez/gün)							
	(n:5)		(n:12)		(n:17)		
2	1	20,0	1	8,3	2	11,8	$\chi^2 = 2,951$ p=0,886
3	2	40,0	2	16,7	4	23,5	
4	-	-	2	16,7	2	11,8	
5	1	20,0	2	16,7	3	17,6	
6	1	20,0	3	25,0	4	23,5	
8	-	-	2	16,7	2	11,8	
Enteral ürün kullanım süresi (ay)							
1	1	20,0	1	8,3	2	11,8	$\chi^2 = 5,360$ p=0,942
2	1	20,0	1	8,3	2	11,8	
4	1	20,0	-	-	1	5,9	
6	1	20,0	2	16,7	3	17,6	
7	-	-	2	16,7	2	11,8	
8	-	-	1	8,3	1	5,9	
12	1	20,0	3	25,0	4	23,5	
18	-	-	1	8,3	1	5,9	
24	-	-	1	8,3	1	5,9	

Çizelge 3.6.'ya göre yaşlıların %71,7'sinin yemeklerini çocukları hazırlamakta, %71,7'sinin alışverişini de çocukları yapmaktadır. Yaşlıların yemeklerini hazırlayan kişiler ile alışverişlerini yapan kişilerin cinsiyete göre dağılımları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Çizelge 3.6. Yaşlıların yemek hazırlama ve alışveriş yapma durumuna göre dağılımları

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Besini hazırlayan kişi							
Çocuğu	19	47,5	67	83,7	86	71,7	$\chi^2 = 38,872$ $p=0,000^{**}$
Eşı	19	47,5	2	2,5	21	17,5	
Kendi	-	-	6	7,5	6	5,0	
Bakıcı	1	2,5	3	3,8	4	3,3	
Diğer (Komşu)	1	2,5	2	2,5	3	2,5	
Alışverişi yapan kişi							
Çocuğu	19	47,5	67	83,7	86	71,7	$\chi^2 = 35,355$ $p=0,000^{**}$
Eşı	19	47,5	3	3,8	22	18,3	
Kendi	-	-	5	6,2	5	4,2	
Bakıcı	1	2,5	3	3,8	4	3,3	
Diğer (Komşu)	1	2,5	2	2,5	3	2,5	

****p<0,001**

Yaşlıların genel beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulgular Çizelge 3.7.'de verilmiştir. Buna göre, yaşlıların %66,2'si kırmızı eti, %70,4'ü beyaz ekmeği (normal), %71,8'i yemeklerde normal ölçüde tuz tüketmeyi tercih etmektedir. Yaşlıların tüketilen et ve ekmek çeşitleri ile yemeklerde tuz kullanımına ilişkin verilerin cinsiyete göre dağılımları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.7. Yaşlıların genel beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları

	Erkek (n:27)		Kadın (n:44)		Toplam (n:71)		
	S	%	S	%	S	%	
Tüketilen et çeşidi *							
Kırmızı et	17	63,0	30	68,2	47	66,2	$\chi^2 = 0,972$ $p=0,757$
Tavuk eti	10	37,0	13	29,5	22	31,4	
Balık eti	-	-	1	2,3	1	1,4	
Tüketilen ekmek çeşidi *							
Beyaz ekmek (normal)	17	63,0	33	75,0	50	70,4	$\chi^2 = 1,231$ $p=0,601$
Beyaz ekmek (tuzsuz)	6	22,2	6	13,6	12	16,9	
Kepekli ekmek	4	14,8	5	11,4	9	12,7	
Yemekte tuz kullanımı *							
Normal	17	63,0	34	77,2	51	71,8	$\chi^2 = 2,810$ $p=0,261$
Az tuzlu	10	37,0	9	20,5	19	26,8	
Tuzsuz	-	-	1	2,3	1	1,4	

* Bu soruları sadece ağızdan katı ve püre şeklinde beslenenler cevaplamıştır.

Yaşlıların öğün tüketimi, öğün atlama ve diyet uygulama durumlarına ilişkin bulgular Çizelge 3.8.'de verilmiştir. Çizelgeye göre yaşlıların %65,0'ı öğün atlamadığını ve %84,2'si gün içerisinde 4 ve daha fazla sayıda öğün tükettiğini beyan etmiştir. Yaşlıların %70,8'i diyet uygularken, diyet uygulayan yaşlıların %58,8'i az tuzlu (hipertansiyon), %41,2'si ise diyabetik diyet uyguladığını belirtmiştir. Yaşlıların öğün tüketimi, öğün atlama ve diyet uygulama durumlarına ilişkin bulguların cinsiyete göre dağılımları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.8. Yaşlıların bazı beslenme alışkanlıklarına göre dağılımları

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Öğün sayısı							
4 ve daha fazla	32	80,0	69	86,2	101	84,2	$\chi^2 = 1,624$ $p=0,611$
3	8	20,0	10	12,5	18	15,0	
2	-	-	1	1,3	1	0,8	
Öğün atlama durumu							
Hayır	26	65,0	52	65,0	78	65,0	$\chi^2 = 0,000$ $p=1,000$
Evet	14	35,0	28	35,0	42	35,0	
Diyet uygulama durumu							
Evet	25	62,5	60	75,0	85	70,8	$\chi^2 = 2,017$ $p=0,156$
Hayır	15	37,5	20	25,0	35	29,2	
Uygulanan diyet							
	(n:25)		(n:60)		(n:85)		
Hipertansiyon	17	68,0	33	55,0	50	58,8	$\chi^2 = 1,231$ $p=0,267$
Diyabet	8	32,0	27	45,0	35	41,2	

Yaşlıların kendilerine göre beslenme durum değerlendirmeleri, beslenme sorunları ve bu durumda destek alınan kişi, iştah, tat ve koku duyularında meydana gelen değişiklikler ile sindirim sorunu yaşama durumlarına ilişkin veriler Çizelge 3.9.'da verilmiştir. Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %93,3'ü beslenme sorunu yaşamakta ve bu durumda yaşlıların %52,7'si doktorlardan, %47,3'ü ise hemşirelerden destek almaktadır. Yaşlıların %81,7'si protez (takma) diş kullanmakta ve %73,5'inin tüm dişleri protezdir. Yaşlıların ortalama eksik diş sayısı 23 ± 11 (0-32) diş olup, diş problemlerinden dolayı yaşlıların %62,5'i sadece katı besinlerde, %33,3'ü ise hemen hemen tüm yiyeceklerde sıkıntı yaşadığını beyan etmiştir. Yaşlıların %60,0'ı sindirim sorunu yaşamadığını, %32,5'i ise konstipasyon şikayeti olduğunu belirtmiştir. Buna ek olarak yaşlıların günlük ortalama su tüketimi 6 ± 3 (1-15) su bardağı olarak saptanmıştır. Yaşlıların büyük çoğunluğu (%67,5) iştah durumlarını orta, %29,2'si ise kötü olarak tanımlamaktadır. Yaşlıların %88,3'ü tat duyusunun, %87,5'i ise koku duyusunun azaldığını belirtmiştir.

Çizelge 3.9. Yaşlıların beslenme sorunları ile iştah, tat ve koku duyularına ilişkin bulgular (n:120)

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Beslenme sorunu yaşama durumu							
Evet	36	90,0	76	95,0	112	93,3	$\chi^2 = 1,071$ p=0,301
Hayır	4	10,0	4	5,0	8	6,7	
Beslenme sorununda destek alınan kişi							
	(n:36)		(n:76)		(n:112)		
Hemşire	16	44,4	37	48,7	53	47,3	$\chi^2 = 0,176$ p=0,675
Doktor	20	55,6	39	51,3	59	52,7	
Diyetisyen	-	-	-	-	-	-	
İştah durumu							
	(n:40)		(n:80)		(n:120)		
Çok kötü	-	-	1	1,3	1	0,8	$\chi^2 = 1,079$ p=0,857
Kötü	10	25,0	25	31,2	35	29,2	
Orta	29	72,5	52	65,0	81	67,5	
İyi	1	2,5	2	2,5	3	2,5	
Tat duyusu değişikliği							
Azaldı	36	90,0	70	87,5	106	88,3	$\chi^2 = 3,158$ p=0,446
Değişiklik yok	3	7,5	10	12,5	13	10,8	
Arttı	1	2,5	-	-	1	0,9	
Koku duyusu değişikliği							
Azaldı	36	90,0	69	86,3	105	87,5	$\chi^2 = 0,877$ p=0,720
Değişiklik yok	4	10,0	11	13,7	15	12,5	
Sindirim sorunu							
Yok	25	62,5	47	58,7	72	60,0	$\chi^2 = 0,563$ p=0,755
Kabızlık	13	32,5	26	32,5	39	32,5	
İshal	2	5,0	7	8,8	9	7,5	
Diş problemi							
Sadece katı besinlerde	25	62,5	50	62,5	75	62,5	$\chi^2 = 0,113$ p=1,000
Tüm besinlerde	13	32,5	27	33,7	40	33,3	
Problem yok	2	5,0	3	3,8	5	4,2	
Protez diş bulunma durumu							
Var	31	77,5	67	83,8	98	81,7	$\chi^2 = 0,696$ p=0,404
Yok	9	22,5	13	16,2	22	18,3	
Protez diş kullanımı							
	(n:31)		(n:67)		(n:98)		
Bir kısmı kendi dişleri bir kısmı protez	12	38,7	13	19,4	25	25,5	$\chi^2 = 4,475$ p=0,077
Alt çene protez	-	-	1	1,5	1	1,0	
Hepsi protez	19	61,3	53	79,1	72	73,5	

Çizelge 3.10.'da yaşlıların kendilerine göre beslenme durum değerlendirmeleri, beslenme sorunları ve bu durumda destek alınan kişi ile iştah, tat ve koku duyularında meydana gelen değişiklikler, sindirim sorunu yaşama durumlarının beslenme şekillerine göre (ağızdan ve enteral (PEG+NG)) değerlendirilmiştir. Çizelgeye göre ağızdan beslenen yaşlıların %92,2'si, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların ise tamamı beslenme sorunu yaşadığını beyan etmiştir. Ağızdan beslenen yaşlıların %68,9'u, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların %58,8'i iştah durumunu orta olarak değerlendirmiştir. Ayrıca ağızdan beslenen yaşlıların %86,4'ü, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların tamamı tat duyusunun; ağızdan beslenen yaşlıların %85,4'ü, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların tamamı koku duyusunun azaldığını ifade etmiştir. Yaşlıların sindirim sorunlarına bakıldığında ağızdan beslenen yaşlıların %62,2'si, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların ise %47,1'i herhangi bir sindirim sorunu yaşamadığını bildirmiştir.

Çizelge 3.10. Yaşlıların beslenme sorunları ile iştah, tat ve koku duyularında meydana gelen değişikliklerin beslenme şekillerine göre değerlendirilmesi

	Ağızdan (n:103)		Enteral (PEG+NG) (n:17)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Beslenme sorunu yaşama durumu							
Evet	95	92,2	17	100	112	93,3	$\chi^2 = 1,415$ p=0,234
Hayır	8	7,8	-	-	8	6,7	
Beslenme sorununda destek alınan kişi							
	(n:95)		(n:17)		(n:112)		
Hemşire	44	46,3	9	52,9	53	47,3	$\chi^2 = 0,254$ p=0,614
Doktor	51	53,7	8	47,1	59	52,7	
Diyetisyen	-	-	-	-	-	-	
İştah durumu							
	(n:103)		(n:17)		(n:120)		
Çok kötü	1	1,0	-	-	1	0,8	$\chi^2 = 1,861$ p=0,503
Kötü	28	27,2	7	41,2	35	29,2	
Orta	71	68,9	10	58,8	81	67,5	
İyi	3	2,9	-	-	3	2,5	
Tat duyusu değişikliği							
Azaldı	89	86,4	17	100	106	88,3	$\chi^2 = 2,829$ p=0,419
Değişiklik yok	13	12,6	-	-	13	10,8	
Arttı	1	1,0	-	-	1	0,9	
Koku duyusu değişikliği							
Azaldı	88	85,4	17	100	105	87,5	$\chi^2 = 3,047$ p=0,248
Değişiklik yok	15	14,6	-	-	15	12,5	
Sindirim sorunu							
Yok	64	62,2	8	47,1	72	60,0	$\chi^2 = 3,319$ p=0,190
Kabızlık	33	32,0	6	35,3	39	32,5	
İshal	6	5,8	3	17,6	9	7,5	
Protez diş bulunma durumu							
Var	84	81,6	14	82,4	98	81,7	$\chi^2 = 0,006$ p=0,937
Yok	19	18,4	3	17,6	22	18,3	
Protez diş kullanımı							
	(n:84)		(n:14)		(n:98)		
Bir kısmı kendi dişleri bir kısmı protez	23	27,4	2	14,3	25	25,5	$\chi^2 = 1,307$ p=0,440
Alt çene protez	1	1,2	-	-	1	1,0	
Hepsi protez	60	71,4	12	85,7	72	73,5	

Çizelge 3.11.'de evde sağlık hizmeti alan yaşlıların şu an deride hassaslık veya yara bulunma durumu ve süresi ile önceden deride hassaslık veya yara oluşma durumu ve sıklığının yaşlıların beslenme şekillerine göre (ağızdan ve enteral (PEG+NG)) değerlendirilmesi verilmiştir. Buna göre ağızdan beslenen yaşlıların %74,8'inde, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların ise %29,4'ünde (toplam %68,3) şu an deride hassaslık veya yara bulunmamaktadır. Ayrıca ağızdan beslenen yaşlıların %34,6'sında 6 aydır, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların ise %33,3'ünde 12 aydır deride hassaslık veya yara bulunmaktadır. Ağızdan beslenen yaşlıların %69,9'unda, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların ise %23,5'inde önceden deride hassaslık veya yara oluşmamıştır. Ağızdan beslenen yaşlıların %58,1'inde önceden 1 kez, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların %38,4'ünde önceden 2 kez deride hassaslık veya yara meydana gelmiştir. Çizelgeye göre enteral (PEG+NG) beslenen yaşlılarda şu an deride hassaslık veya yara bulunma durumu ile önceden deride hassaslık veya yara oluşma durumuna ilişkin veriler, ağızdan beslenen yaşlılara kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Çizelge 3.11. Yaşlılarda deride hassaslık veya yara oluşma sıklığı ve süresinin beslenme şekillerine göre değerlendirilmesi

	Ağızdan (n:103)		Enteral (PEG+NG) (n:17)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Şu an deride hassaslık/yara bulunma durumu							
Hayır	77	74,8	5	29,4	82	68,3	$\chi^2 = 13,886$ p=0,000**
Evet	26	25,2	12	70,6	38	31,7	
Şu an deride hassaslık/yara bulunma süresi (ay)							
	(n:26)		(n:12)		(n:38)		$\chi^2 = 40,954$ p=0,000**
1	1	3,8	2	16,7	3	7,9	
2	8	30,8	-	-	8	21,1	
3	4	15,4	2	16,7	6	15,8	
4	2	7,7	1	8,3	3	7,9	
5	2	7,7	-	-	2	5,2	
6	9	34,6	3	25,0	12	31,6	
12	-	-	4	33,3	4	10,5	
Önceden deride hassaslık/yara oluşma durumu							
Hayır	72	69,9	4	23,5	76	63,3	$\chi^2 = 13,513$ p=0,000**
Evet	31	30,1	13	76,5	44	36,7	
Önceden deride hassaslık/yara oluşma sıklığı (kez)							
	(n:31)		(n:13)		(n:44)		$\chi^2 = 37,991$ p=0,000**
1	18	58,1	3	23,1	21	47,7	
2	13	41,9	5	38,4	18	40,9	
3	-	-	3	23,1	3	6,8	
4	-	-	1	7,7	1	2,3	
6	-	-	1	7,7	1	2,3	

**p<0,001

Yaşlıların cinsiyete ve beslenme şekillerine göre fiziksel aktivite durumları Çizelge 3.12.'de verilmiştir. Çizelgeye göre yaşlıların %53,3'ü yatağa bağımlı olduğunu, %22,5'i günün yarısını, %12,5'i ise günün çoğunu oturarak veya yatarak geçirdiğini beyan etmiştir. Yaşlıların fiziksel aktivite durumlarına ilişkin verilerin beslenme şekillerine göre dağılımları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Çizelge 3.12. Yaşlıların fiziksel aktivite durumları (n:120)

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Fiziksel aktivite durumu							
Yatağa bağımlı	20	50,0	44	55,0	64	53,3	
Günün yarısını oturarak/yatarak geçiriyor	10	25,0	17	21,2	27	22,5	
Günün çoğunu oturarak/yatarak geçiriyor	6	15,0	9	11,3	15	12,5	$\chi^2 = 0,992$ $p=0,915$
Günlük işleri yaparken zorluk çekiyor	3	7,5	6	7,5	9	7,5	
Günlük işleri yardımsız yapabiliyor	1	2,5	4	5,0	5	4,2	

	Ağızdan (n:103)		Enteral (PEG+NG) (n:17)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Fiziksel aktivite durumu							
Yatağa bağımlı	49	47,6	15	88,2	64	53,3	
Günün yarısını oturarak/yatarak geçiriyor	26	25,2	1	5,9	27	22,5	
Günün çoğunu oturarak/yatarak geçiriyor	15	14,6	-	-	15	12,5	$\chi^2 = 10,325$ $p=0,040^*$
Günlük işleri yaparken zorluk çekiyor	8	7,8	1	5,9	9	7,5	
Günlük işleri yardımsız yapabiliyor	5	4,8	-	-	5	4,2	

*p<0,05

Çizelge 3.13.'te yaşlıların gece ve gündüz ortalama uyku süreleri verilmiştir. Çizelgeye göre yaşlıların uyku süresi gündüz ortalama $4,11 \pm 3,86$ saat, gece ortalama $8,55 \pm 2,06$ saattir.

Çizelge 3.13. Yaşlıların gece ve gündüz ortalama uyku süreleri (n:120)

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		t	p
	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst		
Uyku süresi						
Gündüz uyku süresi	$2,0 \pm 4,05$	1,0-12,0	$2,0 \pm 3,78$	0,0-12,0	0,316	0,752
Gece uyku süresi	$8,0 \pm 2,13$	6,0-12,0	$8,0 \pm 2,03$	2,0-12,0	0,156	0,876

3.3. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılara İlişkin Biyokimyasal Bulgular

Çizelge 3.14.'te yaşlılara ait ortalama biyokimyasal bulgular verilmiştir. Buna göre yaşlıların ortalama hemoglobin değerleri (n:120) $11,71 \pm 1,77$ g/dL (5,32-15,90 g/dL), ortalama hematokrit değerleri (n:120) $\%34,66 \pm 5,17$ (% 15,32-45,30), ortalama üre değerleri (n:120) $66,21 \pm 48,28$ mg/dL (21,0-257,60 mg/dL), ortalama kreatinin değerleri (n:120) $1,12 \pm 0,67$ mg/dL (0,34-5,52 mg/dL), ortalama CRP değerleri (n:120) $71,26 \pm 98,44$ mg/L (0,40-460,0 mg/L), ortalama AST (n:103) ve ALT (n:105) değerleri sırasıyla $20,64 \pm 19,70$ U/L (6,40-174,50 U/L) ve $14,64 \pm 9,58$ IU/mL (0,50-55,40 IU/mL), ortalama sodyum (n:108), potasyum (n:95) ve kalsiyum (n:71) değerleri sırasıyla; $140,62 \pm 6,56$ mmol/L (126,0-172,0 mmol/L), $4,15 \pm 0,74$ mmol/L (2,44-5,72 mmol/L) ve $8,80 \pm 0,85$ mg/dL (5,30-10,40 mg/dL) olarak saptanmıştır.

Ayrıca erkek yaşlıların ortalama HDL değerleri ($33,20 \pm 11,07$ mg/dL), kadın yaşlılara ($43,03 \pm 11,68$ mg/dL) göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 3.14. Yaşlıların ortalama biyokimyasal bulguları

Biyokimyasal bulgular	Erkek			Kadın			t	p
	n	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	n	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst		
Hemoglobin (g/dL)	40	11,20±1,66	8,50-15,90	80	11,90±1,83	5,32-14,80	-1,000	0,319
Hematokrit (%)	40	34,05±4,62	25,82-45,30	80	35,25±5,43	15,32-43,80	-0,644	0,521
Üre (mg/dL)	40	49,80±56,31	22,80-257,60	80	44,40±43,72	21,00-200,10	1,085	0,280
Kreatinin (mg/dL)	40	1,02±0,54	0,65-2,81	80	0,95±0,72	0,34-5,52	1,036	0,303
CRP (mg/L)	40	19,90±96,67	0,50-343,70	80	21,05±99,86	0,40-460,0	-0,308	0,758
AST (U/L)	36	15,20±10,48	6,40-52,50	67	15,40±23,17	8,20-174,50	-0,893	0,374
ALT (U/L)	37	12,50±9,26	1,70-44,70	68	11,90±9,80	0,50-55,40	-0,559	0,577
Sodyum (mmol/L)	36	140,50±5,08	132,0-152,0	72	140,0±7,21	126,0-172,0	0,351	0,726
Potasyum (mmol/L)	31	4,27±0,82	2,44-5,67	64	4,24±0,70	3,08-5,72	-0,429	0,669
Kalsiyum (mg/dL)	25	8,72±0,98	5,30-10,00	46	8,85±0,78	6,60-10,40	-0,622	0,536
Total kolesterol (mg/dL)	15	182,66±42,28	111,10-270,0	27	203,68±51,33	113,80-299,40	-1,350	0,185
Trigliserid (mg/dL)	14	152,52±65,24	50,00-274,00	24	156,82±89,30	59,80-365,80	-0,163	0,871
Albümin (g/dL)	10	3,39±0,53	2,42-4,08	14	3,52±0,42	3,10-4,18	-0,621	0,541
HDL (mg/dL)	15	33,20±11,07	22,00-59,70	25	43,03±11,68	20,30-64,50	-2,602	0,013*
LDL (mg/dL)	14	118,64±35,82	65,22-205,60	25	135,48±37,15	57,16-204,50	-1,353	0,184
Ürik asit (mg/dL)	10	6,95±1,83	3,40-8,90	13	5,90±1,52	3,60-9,90	1,341	0,194
Klor (mmol/L)	11	103,30±4,42	96,30-112,20	20	101,85±5,28	91,90-107,0	0,643	0,525
Folik asit (ng/mL)	3	4,24±2,09	3,23-7,26	6	8,91±3,56	3,47-14,42	-1,838	0,109
HbA _{1c} (%)	2	7,40±3,39	5,00-9,80	7	9,90±2,42	6,0-12,70	-0,876	0,410
B ₁₂ vit. (pg/mL)	4	407,65±130,36	293,0-601,80	9	217,50±114,3	159,0-520,0	2,235	0,047*
Sedimantasyon (mm/sa)	3	58,0±5,0	53,0-63,0	3	47,0±32,12	10,0-74,0	0,763	0,488
Demir (mg/dL)	1	-	-	4	45,88±27,90	22,39-85,55	-	-
LDH (U/L)	-	-	-	3	273,0±17,27	261,0-295,0	-	-

*p<0,05 **Açlık kan şekeri ortalamaları çalışmada diyabetli yaşlılar bulunduğu için verilmemiştir.

Yaşlıların ortalama biyokimyasal bulgularının beslenme şekillerine göre (ağızdan veya enteral (PEG+NG)) değerlendirilmesi Çizelge 3.15.'te verilmiştir. Buna göre ağızdan beslenen yaşlıların ortalama hemoglobin ve hematokrit değerleri sırasıyla $11,90\pm 1,82$ g/dL, $10,58\pm 0,89$ g/dL ve $\%35,17\pm 5,27$, $\%31,56\pm 3,09$ 'dir.

Ağızdan beslenen yaşlıların ortalama hemoglobin ve hematokrit değerleri, enteral (PEG+NG) yolla beslenenlere göre daha yüksek; ortalama ürik asit değerleri ise daha düşük saptanmış olup, bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Enteral (PEG+NG) yolla beslenen yaşlıların ortalama kreatinin değerleri ($1,01\pm 0,44$ mg/dL) ağızdan beslenen yaşlılara ($1,14\pm 0,70$ mg/dL) göre düşük, CRP değerleri ($80,88\pm 110,48$ mg/L) ağızdan beslenenlere ($69,67\pm 96,81$ mg/L) göre yüksek bulunmuş olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Çizelge 3.15. Yaşlıların ortalama biyokimyasal bulgularının beslenme şekillerine göre değerlendirilmesi

Biyokimyasal bulgular	Ağızdan			Enteral (PEG+NG)			t	p
	n	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	n	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst		
Hemoglobin (g/dL)	103	11,90±1,82	5,32-15,30	17	10,58±0,89	8,50-12,00	2,906	0,004*
Hematokrit (%)	103	35,17±5,27	15,32-45,30	17	31,56±3,09	25,82-36,40	2,743	0,007*
Üre (mg/dL)	103	63,53±44,82	21,00-224,50	17	82,43±66,58	26,80-257,60	-1,503	0,135
Kreatinin (mg/dL)	103	1,14±0,70	0,50-5,52	17	1,01±0,44	0,34-2,08	0,737	0,462
CRP (mg/L)	103	69,67±96,81	0,40-460,00	17	80,88±110,48	4,50-340,80	-0,433	0,665
AST (U/L)	86	20,41±20,98	6,40-174,50	17	21,78±11,58	9,70-45,10	-0,260	0,796
ALT (U/L)	88	14,08±9,19	0,50-55,40	17	17,55±11,23	1,70-38,70	-1,376	0,172
Sodyum (mmol/L)	91	140,25±5,39	126,00-152,00	17	142,60±10,91	129,00-172,00	-1,386	0,169
Potasyum (mmol/L)	78	4,18±0,72	2,44-5,72	17	4,02±0,81	2,82-5,67	0,820	0,414
Kalsiyum (mg/dL)	58	8,75±0,87	5,30-10,40	13	9,05±0,72	8,20-10,10	-1,142	0,257
Total kolesterol (mg/dL)	39	199,36±48,89	111,10-299,40	3	154,73-26,44	124,20-170,0	1,551	0,129
Trigliserid (mg/dL)	35	155,33±83,64	50,00-365,80	3	155,46-23,49	141,90-182,60	-0,003	0,998
Albümin (g/dL)	14	3,60±0,57	2,33-4,18	10	3,28±0,12	3,14-3,46	1,745	0,095
HDL (mg/dL)	37	39,73±12,62	20,30-64,50	3	35,03-6,41	28,40-41,20	0,633	0,531
LDL (mg/dL)	35	128,29±38,84	57,16-205,60	4	137,24-9,48	123,80-145,10	-0,454	0,652
Ürik asit (mg/dL)	16	5,81±1,47	3,40-8,80	7	7,74±1,41	6,20-9,90	-2,914	0,008*
Klor (mmol/L)	26	101,47±4,98	91,90-106,20	5	108,73±3,00	107,00-112,20	-1,959	0,060
Folik asit (ng/mL)	6	6,79±4,25	3,23-14,42	3	9,49±1,01	8,91-10,67	-1,052	0,328
HbA _{1c} (%)	9	8,81±2,54	5,00-12,70	-	-	-	-	-
B ₁₂ vit. (pg/mL)	10	341,11±148,58	159,00-601,80	3	236,46±32,85	217,50-274,40	1,176	0,264
Sedimantasyon (mm/sa)	5	50,40±24,58	10,00-74,00	1	-	-	-	-
Demir (mg/dL)	4	48,02±29,55	22,39-85,55	1	-	-	-	-
LDH (U/L)	2	284,00±15,55	273,00-295,00	1	-	-	-	-

*p<0,05 **Açlık kan şekeri ortalamaları çalışmada diyabetli yaşlılar bulunduğu için verilmemiştir.

Yaşlılara ilişkin rutin olarak bakılan bazı biyokimyasal bulguların referans değerleri göz önünde bulundurularak cinsiyete göre dağılımları Çizelge 3.16.'da verilmiştir. Çizelgeye göre yaşlıların %49,2'si yüksek, %48,3'ü normal kan şekereine sahip olup; %85,0'i düşük hemoglobin miktarına, %51,7'si normal kan üre düzeyine, %85,0'ı düşük hematokrit değerine, %59,1'i normal kreatinin değerine ve %74,2'si yüksek CRP değerine sahiptir. Yaşlıların kreatinin değerlerine ilişkin verilerin cinsiyete göre dağılımları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

Çizelge 3.16. Yaşlılara ilişkin bazı biyokimyasal bulguların değerlendirilmesi (n:120)

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Glikoz (mg/dL)							
Yüksek (>115)	17	42,5	42	52,5	59	49,2	$\chi^2 = 3,085$ p=0,214
Normal (82-115)	23	57,5	35	43,7	58	48,3	
Düşük (<82)	-	-	3	3,8	3	2,5	
Hemoglobin (g/dL)							
Düşük (<12,3)	35	87,5	67	83,8	102	85,0	$\chi^2 = 0,294$ p=0,401
Normal (12,3-15,3)	5	12,5	13	16,2	18	15,0	
Üre (mg/dL)							
Normal (16,6-48,5)	19	47,5	43	53,8	62	51,7	$\chi^2 = 0,417$ p=0,326
Yüksek (>48,5)	21	52,5	37	46,2	58	48,3	
Hematokrit (%)							
Düşük (<35)	36	90,0	66	82,5	102	85,0	$\chi^2 = 1,176$ p=0,211
Normal (35-47)	4	10,0	14	17,5	18	15,0	
Kreatinin (mg/dL)							
Normal (0,7-1,2)	23	57,5	48	60,0	71	59,1	$\chi^2 = 6,228$ p=0,044*
Yüksek (>1,2)	15	37,5	17	21,3	32	26,7	
Düşük (<0,7)	2	5,0	15	18,7	17	14,2	
CRP (mg/L)							
Yüksek (>5)	30	75,0	59	73,7	89	74,2	$\chi^2 = 0,022$ p=0,534
Normal (0-5)	10	25,0	21	26,3	31	25,8	

*p<0,05

3.4. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Beslenme Durumunun Değerlendirmesi

Yaşlıların MNA-SF ölçeğine göre son 3 ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma olup olmadığı, son 3 ay içerisindeki ağırlık kaybı durumları, fiziksel hareketlilik durumları, son 3 ay içerisinde psikolojik stres veya akut hastalık şikayetleri olup olmadığı, nöropsikolojik problemler ve baldır çevresinin (cm) ölçümünü de içeren bulgular Çizelge 3.17.'de verilmiştir. Çizelgeye göre yaşlıların %68,4'ünde son 3 ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında orta derecede düşüş, %35,8'inde son 3 ay içerisinde 1-3 kg arasında ağırlık kaybı meydana gelmiştir. Yaşlıların %35,0'ı son 3 ay içerisindeki ağırlık kaybını bilmediklerini beyan etmiştir. Yaşlıların %60,9'u yatak veya sandalyeye bağımlı, %30,8'i ise yataktan veya sandalyeden kalkabildiğini fakat evden dışarı çıkamadığını ifade etmiştir. Yaşlıların %67,5'i son 3 ay içerisinde psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti olduğunu belirtmiştir. Tanı konan hastalıklar ve edinilen gözlemler ışığında yaşlıların %52,5'inde hafif düzeyde bunama, %25,8'inde ciddi bunama veya depresyon, %21,7'sinde ise hiçbir psikolojik problemin olmadığı belirtilmiştir. Yaşlıların %65,0'mının baldır çevresi 31 cm veya daha fazla iken %35,0'mının baldır çevresi 31 cm'den az bulunmuştur.

Çizelge 3.17. Yaşlıların MNA-SF tarama puanlarına göre değerlendirilmesi

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Son 3 ay içerisinde besin alımında azalma							
Şiddetli düşüş (0 puan)	12	30,0	16	20,0	28	23,3	$\chi^2 = 1,492$ $p=0,474$
Orta derece düşüş (1 puan)	25	62,5	57	71,2	82	68,4	
Düşüş yok (2 puan)	3	7,5	7	8,8	10	8,3	
Son 3 ay içerisindeki ağırlık kaybı							
3 kg'dan fazla ağırlık kaybı (0 puan)	11	27,5	16	20,0	27	22,5	$\chi^2 = 1,392$ $p=0,707$
Bilinmiyor (1 puan)	12	30,0	30	37,5	42	35,0	
1-3 kg arasında ağırlık kaybı (2 puan)	15	37,5	28	35,0	43	35,8	
Ağırlık kaybı yok (3 puan)	2	5,0	6	7,5	8	6,7	
Hareketlilik							
Yatak veya sandalyeye bağımlı (0 puan)	23	57,5	50	62,4	73	60,9	$\chi^2 = 4,195$ $p=0,123$
Yarı bağımlı (1 puan)	16	40,0	21	26,3	37	30,8	
Bağımlı değil (2 puan)	1	2,5	9	11,3	10	8,3	
Son 3 ay içerisinde akut hastalık veya psikolojik stres							
Evet (0 puan)	24	60,0	57	71,2	81	67,5	$\chi^2 = 1,538$ $p=0,215$
Hayır (2 puan)	16	40,0	23	28,8	39	32,5	
Nöropsikolojik problemler							
Ciddi bunama veya depresyon (0 puan)	8	20,0	23	28,8	31	25,8	$\chi^2 = 1,169$ $p=0,557$
Hafif düzeyde bunama (1 puan)	22	55,0	41	51,2	63	52,5	
Hiçbir psikolojik problem yok (2 puan)	10	25,0	16	20,0	26	21,7	
Baldır çevresi							
31 cm'den az (0 puan)	15	37,5	27	33,7	42	35,0	$\chi^2 = 0,165$ $p=0,685$
31 cm veya daha fazla (3 puan)	25	62,5	53	66,3	78	65,0	

Yaşlıların ortalama MNA-SF puanlarının cinsiyet ve beslenme şekillerine göre değerlendirilmesi Çizelge 3.18.'de verilmiş olup, erkek ve kadın yaşlıların ortalama MNA-SF puanları sırasıyla $6,15 \pm 3,38$ ve $6,16 \pm 3,48$ 'dir. Ağızdan ve enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların ortalama MNA-SF puanları sırasıyla $6,69 \pm 3,30$ ve $2,88 \pm 2,17$ olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Çizelge 3.18. Yaşlıların ortalama MNA-SF puanlarının cinsiyet ve beslenme şekillerine göre değerlendirilmesi

MNA-SF puan ortalaması	n	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	t	p
Cinsiyet					
Erkek	40	6,15±3,38	0,0-12,0	-0,019	0,985
Kadın	80	6,16±3,48	0,0-14,0		
Beslenme Şekli					
Ağızdan	103	6,69±3,30	0,0-14,0	4,588	0,000**
Enteral (PEG+NG)	17	2,88±2,17	0,0-6,0		

*p<0,001

Yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirilmesi MNA-SF ile yapılmış olup; yaşlılar normal nutrisyonel durum (12-14 puan arası), malnutrisyon riski altında (8-11 puan arası) veya malnutrisyonlu (<7 puan) olarak sınıflandırılmıştır. Çizelge 3.19.'da yaşlıların malnutrisyon açısından değerlendirilmesi verilmiştir. Buna göre yaşlıların %60,8'i malnutrisyonlu, %34,2'si malnutrisyon açısından risk altında ve %5,0'i normal nutrisyonel durum olarak sınıflandırılmıştır.

Çizelge 3.19. Yaşlıların malnutrisyon açısından değerlendirilmesi

	Erkek (n:40)		Kadın (n:80)		Toplam (n:120)		
	S	%	S	%	S	%	
Malnutrisyon Durumu							
Malnutrisyonlu	24	60,0	49	61,3	73	60,8	$\chi^2 = 0,952$ p=0,651
Malnutrisyon Riski Altında	15	37,5	26	32,5	41	34,2	
Normal Nutrisyonel Durum	1	2,5	5	6,2	6	5,0	

Çizelge 3.20.'de yaşlıların tanısı konan hastalıklara göre malnutrisyon açısından değerlendirilmesi verilmiştir. Çizelgeye göre malnutrisyonlu yaşlıların %72,6'sı hipertansiyon ve %46,6'sı diyabet tanısı almıştır. Malnutrisyonlu yaşlıların %74,0'ı, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %39,0'ı ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %16,7'si nörolojik hastalık tanısı almış olup; bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Çizelge 3.20. Yaşlıların tanısı konan bazı hastalıklara göre malnutrisyon açısından değerlendirilmesi

	Malnutrisyonlu (n:73)		Malnutrisyon Riski Altında (n:41)		Normal Nutrisyonel Durum (n:6)		
	S	%	S	%	S	%	
Hipertansiyon							
Var	53	72,6	32	78,0	4	66,7	$\chi^2 = 0,592$ p=0,744
Yok	20	27,4	9	22,0	2	33,3	
Nörolojik hastalıklar							
Var	54	74,0	16	39,0	1	16,7	$\chi^2 = 17,995$ p=0,000**
Yok	19	26,0	25	61,0	5	83,3	
Diyabet							
Var	34	46,6	18	43,9	4	66,7	$\chi^2 = 1,090$ p=0,580
Yok	39	53,4	23	56,1	2	33,3	
Kemik erimesi							
Var	24	32,9	16	39,0	1	16,7	$\chi^2 = 1,301$ p=0,522
Yok	49	67,1	25	61,0	5	83,3	
Romatizma							
Var	16	21,9	8	19,5	2	33,3	$\chi^2 = 0,596$ p=0,742
Yok	57	78,1	33	80,5	4	66,7	
Kalp-damar hastalıkları							
Var	17	23,3	11	26,8	2	33,3	$\chi^2 = 0,410$ p=0,815
Yok	56	76,7	30	73,2	4	66,7	
Böbrek							
Var	8	11,0	2	4,9	1	16,7	$\chi^2 = 1,593$ p=0,451
Yok	65	89,0	39	95,1	5	83,3	
Sindirim sistemi hastalıkları							
Var	6	8,2	3	7,3	1	16,7	$\chi^2 = 0,602$ p=0,740
Yok	67	91,8	38	92,7	5	83,3	
Kanser							
Var	6	8,2	1	2,4	-	-	$\chi^2 = 1,988$ p=0,370
Yok	67	91,8	40	97,6	6	100	
Göğüs hastalıkları							
Var	-	-	1	2,4	-	-	$\chi^2 = 1,943$ p=0,379
Yok	73	100	40	97,6	6	100	

*p<0,001

Yaşlıların ağızdan ve enteral (PEG+NG) beslenme, şu an veya önceden deride hassaslık ya da yara oluşma ve öğün atlama gibi durumların malnutrisyon açısından değerlendirilmesi Çizelge 3.21.'de verilmiştir. Buna göre, malnutrisyonlu yaşlıların %49,2'sinde şu an deride hassaslık veya yara bulunmakta, malnutrisyon riski altındaki yaşlıların %95,1'inde ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamında şu an deride hassaslık veya yara bulunmamaktadır. Malnutrisyonlu yaşlıların %54,8'inde önceden deride hassaslık veya yara oluşmuş, malnutrisyon riski altındaki yaşlıların %90,2'sinde ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamında önceden deride hassaslık veya yara oluşmamıştır. Malnutrisyon riski altındaki ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamı ağızdan beslenmekte iken malnutrisyonlu yaşlıların %76,6'sı ağızdan, %23,3'ü ise enteral (PEG+NG) yolla beslenmektedir. Malnutrisyonlu yaşlıların %50,0'ı ağızdan sıvı şekilde, %46,4'ü ağızdan katı şekilde beslenmektedir. Malnutrisyon riski altındaki yaşlıların %85,3'ü ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamı ağızdan katı şekilde beslenmektedir. Yaşlıların öğün atlama durumlarına bakıldığında malnutrisyonlu yaşlıların %54,8'i, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %78,0'i ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamı öğün atlamadığını ifade etmiştir.

Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan veya normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların ağızdan (sıvı, püre, katı) ve enteral (PEG+NG) beslenme, şu an veya önceden deride hassaslık ya da yara oluşma durumu ($p<0,001$) ve öğün atlama durumları ($p<0,05$) arasındaki tüm farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 3.21. Malnutrisyon açısından değerlendirilen yaşlılara ait bazı bulgular

	Malnutrisyonlu (n:73)		Malnutrisyon Riski Altında (n:41)		Normal Nutrisyonel Durum (n:6)		
	S	%	S	%	S	%	
Şu an deride hassaslık/yara bulunma durumu							
Evet	36	49,2	2	4,9	-	-	$\chi^2 = 26,888$
Hayır	37	50,8	39	95,1	6	100	p=0,000**
Önceden deride hassaslık/yara oluşma durumu							
Evet	40	54,8	4	9,8	-	-	$\chi^2 = 26,590$
Hayır	33	45,2	37	90,2	6	100	p=0,000**
Beslenme Durumu							
Ağızdan	56	76,7	41	100	6	100	$\chi^2 = 12,752$
Enteral (PEG+NG)	17	23,3	-	-	-	-	p=0,001**
Ağızdan Beslenme Durumu							
Sıvı	28	50,0	4	9,8	-	-	$\chi^2 = 21,383$ p=0,000**
Püre	2	3,6	2	4,9	-	-	
Katı	26	46,4	35	85,3	6	100	
Öğün Atlama Durumu							
Evet	33	45,2	9	22,0	-	-	$\chi^2 = 9,641$
Hayır	40	54,8	32	78,0	6	100	p=0,008*

*p<0,05 **p<0,001

Çizelge 3.22.'de malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tat ve koku duyularındaki değişiklikler, iştah durumları, protez diş kullanımları ve diş problemleri ile beslenme sorunları ve fiziksel aktivite durumları verilmiştir. Çizelgeye göre malnutrisyonlu yaşlıların tamamının, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %78,0'mın ve %75,6'sının sırasıyla tat ve koku duyularında azalma meydana gelmiştir. Malnutrisyonlu yaşlıların %56,2'si iştah durumunu orta, %42,4'ü kötü; malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %87,8'i ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'si iştah durumunu orta olarak ifade etmiştir. Malnutrisyonlu yaşlıların %89,0'ı, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %70,7'si ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'si protez diş kullanmaktadır. Malnutrisyonlu yaşlıların %54,8'i sadece katı besinlerde, %42,5'i tüm besinlerde; malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %73,2'si ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %83,3'ü sadece katı besinlerde diş problemi yaşadığını;

malnutrisyonlu yaşlıların %98,6'sı, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %87,8'i ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'si beslenme sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Yaşlıların fiziksel aktivite durumlarına bakıldığında, malnutrisyonlu yaşlıların %80,8'inin yatağa bağımlı olduğu, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %41,5'inin günün yarısını oturarak veya yatarak geçirdiği, normal nutrisyonel durum yaşlıların ise %50,0'ının günlük işleri yardımsız yapabildiği görülmektedir.

Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tat ve koku duyularındaki değişiklikler, iştah durumları ($p<0,001$), protez diş kullanımları ve diş problemleri ile beslenme sorunları ($p<0,05$) ve fiziksel aktivite durumları ($p<0,001$) arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çizelge 3.22. Yaşlıların malnutrisyon durumlarının tat, koku, iştah, diş problemi, beslenme sorunu ve fiziksel aktivite gibi değişkenlere göre değerlendirilmesi

	Malnutrisyonlu (n:73)		Malnutrisyon Riski Altında (n:41)		Normal Nutrisyonel Durum (n:6)		
	S	%	S	%	S	%	
Tat duygusunda değişiklik							
Değişiklik yok	-	-	8	19,6	5	83,3	$\chi^2 = 47,334$ p=0,000**
Azaldı	73	100	32	78,0	1	16,7	
Arttı	-	-	1	2,4	-	-	
Koku duygusunda değişiklik							
Değişiklik yok	-	-	10	24,4	5	83,3	$\chi^2 = 43,666$ p=0,000**
Azaldı	73	100	31	75,6	1	16,7	
İştah durumu							
İyi	-	-	1	2,4	2	33,3	$\chi^2 = 40,654$ p=0,000**
Orta	41	56,2	36	87,8	4	66,7	
Kötü	31	42,4	4	9,8	-	-	
Çok kötü	1	1,4	-	-	-	-	
Protez diş kullanımı							
Evet	65	89,0	29	70,7	4	66,7	$\chi^2 = 6,828$ p=0,033*
Hayır	8	11,0	12	29,3	2	33,3	
Diş problemi							
Sadece katı besinlerde	40	54,8	30	73,2	5	83,3	$\chi^2 = 9,934$ p=0,042*
Tüm besinlerde	31	42,5	9	22,0	-	-	
Problem yok	2	2,7	2	4,8	1	16,7	
Beslenme sorunu yaşama durumu							
Evet	72	98,6	36	87,8	4	66,7	$\chi^2 = 12,163$ p=0,002*
Hayır	1	1,4	5	12,2	2	33,3	
Fiziksel aktivite							
Günlük işleri yardımsız yapabiliyor	-	-	2	4,9	3	50,0	$\chi^2 = 92,036$ p=0,000**
Günlük işleri yaparken zorluk çekiyor	1	1,4	6	14,6	2	33,3	
Günün yarısını oturarak/yatarak geçiriyor	9	12,3	17	41,5	1	16,7	
Günün çoğunu oturarak/yatarak geçiriyor	4	5,5	11	26,8	-	-	
Yatağa bağımlı	59	80,8	5	12,2	-	-	

*p<0,05 **p<0,001

Çizelge 3.23.'te malnutrisyon açısından değerlendirilen yaşlılara ilişkin biyokimyasal bulguların ortalaması verilmiştir. Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların ortalama hemoglobin değerleri sırasıyla; $11,31 \pm 1,35$ g/dL, $12,12 \pm 2,05$ g/dL ve $13,85 \pm 2,44$ g/dL; ortalama hematokrit değerleri ise $\%33,75 \pm 4,50$, $\%35,56 \pm 5,57$ ve $\%39,60 \pm 6,83$ 'dir. Malnutrisyonlu yaşlıların ortalama hemoglobin ($p < 0,001$) ve hematokrit ($p < 0,05$) değerleri, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara kıyasla daha düşük saptanmış olup; bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Malnutrisyonlu yaşlıların ortalama CRP ($88,98 \pm 106,86$ mg/L) ve üre ($72,81 \pm 55,09$ mg/dL) değerleri normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre daha yüksek bulunurken; ortalama kreatinin ($1,10 \pm 0,67$ mg/dL) değerleri daha düşük bulunmuştur. Malnutrisyonlu yaşlıların ortalama CRP değerleri, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Ayrıca malnutrisyonlu yaşlıların ortalama AST ($19,60 \pm 13,34$ mg/dL), ALT ($14,72 \pm 8,92$ mg/L), potasyum ($4,05 \pm 0,71$ mmol/L) ve kalsiyum ($8,74 \pm 0,87$ mg/dL) değerlerinin de normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Malnutrisyonlu ve malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların ortalama AST ($p < 0,001$) ve ALT ($p < 0,05$) değerleri, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Çizelge 3.23. Yaşlıların ortalama biyokimyasal bulgularının malnutrisyon durumlarına göre değerlendirilmesi

Biyokimyasal bulgular	Malnutrisyonlu			Malnutrisyon Açısından Risk Altında			Normal Nutrisyonel Durum			p
	n	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	n	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	n	$\bar{X} \pm SS$	Alt-Üst	
Hemoglobin (g/dL)	73	11,31±1,35	5,32-14,70	41	12,12±2,05	5,92±15,50	6	13,85±2,44	9,00±15,90	0,000**
Hematokrit (%)	73	33,75±4,50	15,32±43,90	41	35,56±5,57	18,92±43,90	6	39,60±6,83	26,50±45,30	0,010*
Üre (mg/dL)	73	72,81±55,09	21,00-257,60	41	56,17±33,15	23,80±154,80	6	54,50±36,93	27,10±112,30	0,175
Kreatinin (mg/dL)	73	1,10±0,67	0,34±5,52	41	1,10±0,43	0,50±2,81	6	1,40±1,60	0,55±4,68	0,575
CRP (mg/L)	73	88,98±106,86	1,40±460,00	41	41,97±79,75	0,40±341,40	6	55,85±58,51	4,40±139,20	0,045*
AST (U/L)	68	19,60±13,34	6,40±92,00	32	18,35±10,93	8,20±52,50	3	68,60±91,71	14,80±174,50	0,000**
ALT (U/L)	68	14,72±8,92	0,50±38,70	32	12,29±8,12	2,80±44,70	5	28,54±15,98	14,50±55,4	0,002*
Sodyum (mmol/L)	69	141,73±7,20	126,00±172,00	34	138,55±4,89	127,00±150,00	5	139,40±3,71	137,00±146,00	0,062
Potasyum (mmol/L)	65	4,05±0,71	2,82±5,67	27	4,34±0,77	2,44±5,72	3	4,83±0,42	4,50±5,32	0,064
Kalsiyum (mg/dL)	43	8,74±0,87	5,30±10,10	24	8,85±0,87	6,60±10,40	4	9,22±0,17	9,00±9,40	0,535
Total kolesterol (mg/dL)	25	183,85±42,90	113,80±299,40	13	202,75±51,65	111,10±280,30	4	251,80±40,33	206,20±290,70	0,026*
Trigliserid (mg/dL)	24	146,91±73,26	50,00-365,80	12	168,50±94,73	50,90±325,70	2	177,50±109,60	100,00±255,00	0,723
Albümin (g/dL)	16	3,30±0,25	3,10-3,46	8	3,79±0,63	2,33±4,18	-	-	-	0,012*
HDL (mg/dL)	25	39,94±12,44	20,30-63,70	13	38,18±13,19	22,00±64,50	2	40,15±6,57	35,50±44,80	0,917
LDL (mg/dL)	24	123,94±30,99	65,22-198,90	13	130,32±42,88	57,16±205,60	2	185,15±27,36	165,80±204,50	0,075
Ürik asit (mg/dL)	13	6,50±1,89	3,40-9,90	10	6,26±1,47	4,70±8,80	-	-	-	0,737
Klor (mmol/L)	20	103,62±6,76	92,60±112,20	10	101,00±4,03	96,30±106,20	1	91,90±0,00	91,90±91,90	0,130
Folik asit (ng/mL)	6	8,94±3,62	3,47±14,42	3	5,20±2,58	3,23±8,13	-	-	-	0,160
HbA _{1c} (%)	4	8,87±3,15	6,00-12,70	3	7,66±2,47	5,00±9,90	2	10,40±0,84	9,80±11,00	0,564
B ₁₂ vit. (pg/mL)	5	313,42±163,09	217,50±601,80	5	299,22±109,73	186,90±437,00	3	352,43±181,88	159,00±520,00	0,886
Sedimentasyon (mm/sa)	3	45,66±32,62	10,00-74,00	3	56,00±8,18	47,00±63,00	-	-	-	0,623
Demir (mg/dL)	2	28,26±8,30	22,39±34,13	2	42,07±21,99	26,52±57,63	1	85,55±0,00	85,55±85,55	0,199
LDH (U/L)	2	267,00±8,48	261,00±273,00	1	295,00±0,00	295,00±295,00	-	-	-	0,226

*p<0,05 **p<0,001 ***Açlık kan şekeri ortalamaları çalışmada diyabetli yaşlılar bulunduğu için verilmemiştir.

Çizelge 3.24.'te yaşlıların malnutrisyon durumları ile bazı biyokimyasal bulguları arasındaki ilişki verilmiştir. Çizelgeye göre, malnutrisyonlu yaşlıların %98,6'sının, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %70,7'sinin kan hemoglobin (g/dL) miktarlarının düşük, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %83,3'ünün ise kan hemoglobin (g/dL) miktarlarının normal seviyede olduğu; ayrıca malnutrisyonlu yaşlıların %93,2'sinin, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %78,0'ının kan hematokrit (%) oranlarının düşük, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'sinin kan hematokrit (%) oranlarının normal seviyede olduğu saptanmıştır. Yaşlıların kan CRP (mg/L) miktarına bakıldığında, malnutrisyonlu yaşlıların %86,3'ünün, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %53,7'sinin, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'sinin kan CRP (mg/L) miktarının yüksek olduğu görülmektedir.

Yaşlıların malnutrisyon durumları ile bazı biyokimyasal bulguları (hemoglobin (g/dL), hematokrit (%) ve CRP (mg/L)) arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Çizelge 3.24. Yaşlıların malnutrisyon durumları ile bazı biyokimyasal bulgularının değerlendirilmesi

	Malnutrisyonlu		Malnutrisyon Riski Altında		Normal Nutrisyonel Durum		
	S	%	S	%	S	%	
Açlık kan şekeri	(n:73)		(n:41)		(n:6)		$\chi^2 = 7,317$ $p=0,120$
Düşük	1	1,4	1	2,4	1	16,7	
Normal	35	47,9	22	53,7	1	16,7	
Yüksek	37	50,7	18	43,9	4	66,6	
Hemoglobin	(n:73)		(n:41)		(n:6)		$\chi^2 = 39,157$ $p=0,000^{**}$
Düşük	72	98,6	29	70,7	1	16,7	
Normal	1	1,4	12	29,3	5	83,3	
Hematokrit	(n:73)		(n:41)		(n:6)		$\chi^2 = 17,920$ $p=0,001^{**}$
Düşük	68	93,2	32	78,0	2	33,3	
Normal	5	6,8	9	22,0	4	66,7	
Kreatinin	(n:73)		(n:41)		(n:6)		$\chi^2 = 3,926$ $p=0,416$
Düşük	12	16,4	3	7,3	2	33,3	
Normal	41	56,2	27	65,9	3	50,0	
Yüksek	20	27,4	11	26,8	1	16,7	
Üre	(n:73)		(n:41)		(n:6)		$\chi^2 = 1,268$ $p=0,531$
Normal	35	47,9	23	56,1	4	66,7	
Yüksek	38	52,1	18	43,9	2	33,3	
CRP	(n:73)		(n:41)		(n:6)		$\chi^2 = 14,787$ $p=0,001^{**}$
Normal	10	13,7	19	46,3	2	33,3	
Yüksek	63	86,3	22	53,7	4	66,7	
AST	(n:68)		(n:32)		(n:3)		$\chi^2 = 1,053$ $p=0,591$
Normal	56	82,4	28	87,5	2	66,7	
Yüksek	12	17,6	4	12,5	1	33,3	
ALT	(n:68)		(n:32)		(n:5)		$\chi^2 = 2,147$ $p=0,342$
Normal	62	91,2	31	96,9	4	80,0	
Yüksek	6	8,8	1	3,1	1	20,0	
Sodyum	(n:69)		(n:34)		(n:5)		$\chi^2 = 5,639$ $p=0,228$
Düşük	11	15,9	7	20,6	-	-	
Normal	37	53,6	23	67,6	4	80,0	
Yüksek	21	30,5	4	11,8	1	20,0	
Potasyum	(n:65)		(n:27)		(n:3)		$\chi^2 = 5,722$ $p=0,221$
Düşük	21	32,3	4	14,8	-	-	
Normal	39	60,0	20	74,1	2	66,7	
Yüksek	5	7,7	3	11,1	1	33,3	

****p<0,001**

4. TARTIŞMA

Kronik hastalığı bulunan yaşlılarda hastanede kalış süresi, morbidite ve mortalite yaşlı bireylerin beslenme durumları ile yakından ilişkilidir (Rakıcıoğlu ve Attila, 2003; Saka ve ark., 2010). Beslenme yetersizliği bakımından oldukça hassas bir grup olarak nitelendirilen yaşlıların beslenme durumları ile tarama ve değerlendirme yöntemleri, malnutrisyon açısından risk altında olan veya malnutrisyonlu bireylere vakit kaybetmeden tanı konmasına, risk oluşturan faktörlerin tanımlanmasına ve erken dönemde tedavi edilmesine ayrıca beslenme yetersizliğine bağlı olarak meydana gelen sorunların çözümlenmesine yardımcı olmaktadır (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Yeh ve Schuster, 2006).

Evde sağlık veya bakım hizmetine gereksinim duyan yaşlılarda ilerleyen yaş ile birlikte demans-depresyon varlığı, fiziksel ve bilişsel fonksiyonlara ek olarak çiğneme ve yutma reflekslerinin azalması hatta ilerleyen dönemlerde kaybolması, iştahsızlık, bulantı-kusma gibi nedenler malnutrisyona yatkınlığını arttırmaktadır (Özkara ve Kasım, 2014; Tannen ve ark., 2012; Zapka ve ark., 2014).

Bu çalışma, evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi amacıyla 40 erkek ve 80 kadın olmak üzere toplam 120 yaşlı ile planlanmış ve yürütülmüştür.

4.1. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılara Ait Genel Bulguların Değerlendirilmesi

Yaşlı nüfusun büyük bir bölümünü oluşturan ve beklenen yaşam süresi erkeklere göre daha uzun olan kadınlar evde sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinim duymakta ve bu yaş grubundaki kadınlarda engellilik hali ile daha sık karşılaşılmaktadır (WHO, 2003). Danimarka'da evde sağlık ve bakım hizmeti veren kurumlardan yararlananların yaklaşık %75'ini (Van Campen ve Woittiez, 2003); Amerika'da ise yaklaşık %65'ini kadınlar oluşturmaktadır (Caffrey ve ark., 2011). Bu

çalışmada ise evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %66,7'sini kadınlar oluşturmakla birlikte, bu sonuç literatürde yer alan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada yaşlıların evde sağlık hizmeti almasına neden olan ve tanısı konan hastalıklara bakıldığında ilk sırada hipertansiyon (%76,1), ikinci sırada nörolojik hastalıklar (%60,7) ve üçüncü sırada diyabet (%47,9) bulunmaktadır. Bu hastalıkları kemik erimesi (%35,0) ve kalça kırığı, astım vb. (%33,3) takip etmektedir (Çizelge 3.2.). Akiyama ve ark.nın (2011) Japonya'da yaptığı çalışmada yaşlıların evde sağlık hizmetinden yararlanma nedenleri arasında ilk sırada hipertansiyon (%29,6) ikinci sırada ise serebrovasküler hastalıklar (%21,4) yer almaktadır. Turhanoğlu ve ark. (2000) Diyarbakır'da 55 yaş ve üzerindeki bireylerin engellilik, kronik hastalık ve günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerini incelediği çalışmada; tanısı konan hastalıklar arasında hipertansiyon, osteoporoz ve osteoartrit ilk 3 sırada olduğu görülmektedir. Özgüneş (2013) huzurevindeki yaşlıların beslenme durumunu değerlendirdiği çalışmasında yaşlılarda en sık görülen ilk 3 hastalığın hipertansiyon (%65,7), kalp-damar hastalıkları (%48,6) ve diyabet (%42,9) olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda geriatrik yaş grubunda genellikle hipertansiyon, nörolojik hastalıklar, diyabet ve kalp-damar hastalıkları prevalansının yüksek olduğu belirtilmekle birlikte bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Yaşlılarda ilerleyen yaş ile birlikte artan kronik hastalıklar ilaç kullanımını da arttırmaktadır. Fialová ve ark.nın (2005) 8 farklı ülkede evde sağlık hizmeti alan toplam 2707 yaşlı ile yaptığı çalışmada yaşlıların %95,1'inin günde en az 1, %51,0'ının günde en az 6 ve %22,2'sinin ise günde en az 9 adet ilaç kullandıkları saptanmıştır. Soini ve ark.nın (2004) evde sağlık hizmeti alan 178 yaşlı ile yaptığı çalışmada ise yaşlıların %82'sinin günde en az 3 adet ilaç kullandığı belirtilmiştir. Vural ve ark.nın (2012) yapmış olduğu çalışmada ise yaşlıların %86,0'ı (erkeklerin %83,0'ı, kadınların %92,3'ü) düzenli olarak ilaç kullandığını bildirmiştir. Bu çalışmada ise yaşlıların %93,3'ü (erkeklerin %85,0'ı, kadınların %97,5'i) düzenli olarak ilaç kullandıklarını beyan etmişlerdir (Çizelge 3.2.).

Bu çalışmada yaşlıların %78,3'ü (erkeklerin %42,5'i, kadınların %96,2'si) hiç sigara içmediğini, %65,0'ı (erkeklerin %7,5'i, kadınların %93,7'si) ise hiç alkol kullanmadığını ifade etmiştir. Erkeklerin %52,5'i sigarayı, %87,5'i alkolü önceden tükettiğini fakat şu an tüketmediğini belirtmiştir (Çizelge 3.3.). Lüleci ve ark. (2010) yaşlıların sigara ve alkol tüketimlerini araştırdığı bir çalışmada yaşlıların %64,0'ının hiç sigara içmediğini, %91,9'unun ise hiç alkol tüketmediğini saptamıştır. Rakıcioğlu ve ark. (2005) 65 yaş ve üzeri erkeklerin %49,3'ünün, kadınların %85,8'inin hiç sigara içmediğini belirtmiştir. Akyıldızlar (2007) bu oranları erkek ve kadınlarda sırasıyla %55,4 ve %85,7 olarak, Vural ve ark. (2012) ise sırasıyla %11,3 ve %80,8 (toplam %34,2) olarak tespit etmiştir. Sigara ve alkol tüketimi ilerleyen yaş ile birlikte demans, depresyon, mental fonksiyonlarda bozukluk, kalp hastalıkları ve kanser gibi birçok hastalığın prevalansını arttırmakta ve yaşlıların genel sağlığını etkilemektedir. Bununla birlikte yaşlıların besin tüketimleri azalmakta, yetersiz ve dengesiz beslenme ile malnutrisyona neden olmaktadır (Anstey ve ark., 2007; Peters ve ark., 2008).

Deride hassaslık veya bası yarası oluşumu, morbidite ve mortalite açısından risk faktörü oluşturmakla birlikte; doğru tanı, tedavi ve takip ile önlenmesi mümkün geriatric bir sendromdur. Yaşa bağlı fizyo-patolojik değişiklikler ve dejenerasyonlar, artan kronik hastalıklar, yatağa bağımlılık ve hastaneye yatış öyküsü geriatric yaş grubunda deride hassaslık veya bası yarası görülme olasılığını artırmaktadır (Reddy ve ark., 2006).

Bu çalışmada yaşlıların %31,7'sinde şu an deride hassaslık veya yara bulunmaktadır. Deride hassaslık veya bası yarası bulunan yaşlıların %31,6'sında 6 ay, %21,1'inde 2 ay, %15,8'inde ise 3 aydır bu şikayet devam etmektedir. Yaşlıların %36,7'sinde önceden deride hassaslık veya yara meydana gelmiştir. Ayrıca yaşlıların %47,7'si önceden bir kez, %40,9'u ise önceden iki kez deride hassaslık veya yara oluştuğunu beyan etmiştir (Çizelge 3.4.). Arslan Özkul (2014) evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %20,0'ında değişik evrelerde deride hassasiyet veya yara meydana geldiğini belirtmiştir. Donini ve ark.nın (2005) yaptığı çalışmada deride hassaslık

veya bası yarası prevalansının yatan hastalarda %1-18, uzun dönem bakım merkezlerinde ise %3-28 arasında değiştiği belirtilmiştir.

Deride hassaslık veya bası yarası prevalansı Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel)'nin 2002 yılında İngiltere, Belçika, İtalya, İsveç ve Portekiz'de yaptığı çalışmada %18,1; insidansı ise Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel) tarafından ABD'de yapılan çalışmada %7,0; aynı çalışmada hastanede yatan hastalarda ise prevalansın %15,0 olduğu bildirilmiştir (Clark ve ark., 2002; Cuddigan ve ark., 2001).

Ülkeler arasında farklılıklar göstermekle birlikte Avrupa ülkelerinde deride hassaslık veya bası yarası prevalansının %5,0-28,3; insidansın ise kısa süreli bakımda %0,4-38,0, uzun süreli bakımda %2,2-23,9, evde bakımda ise %0-17,0 arasında değişen farklı veriler bildirilmektedir. ABD'de her yıl yaklaşık 2.5 milyon hasta bası yarası nedeniyle tedavi görmekte birlikte, bası yaraları en sık hastanelerin yoğun bakım üniteleri ile bakımevlerinde uzun süreli yatan hastalarda, en nadir ise evde sağlık hizmeti alan yaşlılarda görülmektedir (Torra i Bou ve ark., 2003; Lahmann ve ark., 2005; Lyder, 2003; Reddy ve ark., 2006; Staas Jr ve Cioschi, 1991; Stausberg ve ark., 2006).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında deride hassaslık veya bası yarası prevalansı Pektekin ve ark. (1992) tarafından yatağa bağımlı hastalarda %6,1, diğer hastalarda %1,1 olduğunu; Alaca ve ark. (2001) ise spinal kord hasarında bası ülseri prevalansının %28,4 olduğunu saptamışlardır. Hug ve ark. (2001) ile Karadağ ve Gümüşkaya (2006) hastanede yatan veya operasyon geçiren hastalarda bası yarası prevalansını sırasıyla %7,2 ve %54,8 olarak bildirmişlerdir. Deride hassaslık veya bası ülserlerinin yaklaşık %66,7'si 70 yaş ve üzerindeki yaşlılarda görülmekte, özellikle hastanede yatan hastaların %25,0'ında operasyon sonrası dönemde deride hassasiyet veya yara oluşmakta, bu yaraların %83,0'ının hastaların hastanedeki ilk 5 gün içerisinde meydana geldiği bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda bası ülserlerinin nörolojik hastaların %5,0-8,0; paraplejik hastaların ise %7,0-8,0'inin

ölümüne neden olduğu belirtilmiştir (Alaca ve ark., 2001; Hug ve ark., 2001; Karadağ ve Gümüşkaya, 2006; Landi ve ark., 2007; Pektekin ve ark., 1992).

Literatürde yer alan çalışmalar bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Evde sağlık hizmeti alan yaşlılarda deride hassaslık veya bası yarası oluşumu sıklıkla karşılaşılan önemli bir sorun olmakla birlikte bu sorunun azaltılmasında hijyen ve deri bakımı, pozisyon değişikliği ve yeterli ile dengeli beslenme oldukça önemlidir.

4.2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Genel Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Enteral beslenme, ağızdan besin alımı (oral beslenme) yeterli olmayan veya bağırsak fonksiyon yetersizliği olan bireylerde yeterli enerji gereksinimi ve sıvı dengesinin sağlanmasında genel olarak tercih edilen; oral, NG, PEG veya jejunostomi gibi yollarla gastrointestinal kanalı kullanarak beslenmeyi sağlayan nutrisyonel destek tedavisidir. Evde enteral beslenmeye gereksinim duyan bireyler genellikle yaşlı hastalardır.

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %85,8'i ağızdan, %14,2'si enteral (PEG+NG) beslenmektedir. Enteral ürün kullanan yaşlıların %23,5'i 12 ay, %17,6'sı 6 aydır enteral (PEG+NG) yolla beslendiğini ve %23,5'i günde 3 kez, %23,5'i de günde 6 kez enteral ürün tükettiğini beyan etmiştir (Çizelge 3.5.). Bu yaşlıların %41,2'si (n:7) enteral ürün olarak Novasource Diabetes, Fortimel Energy Multi Fibre veya Glucerna kullanmaktadır.

ABD'de her yıl yaklaşık 350 000 kişinin, Avrupa'da 65 yaş ve üzeri hastaların %35'ten fazlasının evde enteral beslenme desteği aldığı belirtilmektedir. 2009 yılı verilerine göre, enteral yolla beslenen hastaların yaklaşık %60'ı bakımevlerinde, yaklaşık %40'ı ise kendi evlerinde yaşamaktadır. Ülkemizde hastaların evde enteral beslenme desteği ve ürün kullanımına ilişkin kısıtlı veriler bulunmasına rağmen,

evde enteral tüple beslenen hasta sayısına ilişkin herhangi bir veri bulunmamaktadır (Bozciğeroğlu ve Karadağ, 2012).

Arslan Özkul (2014)'un yaptığı çalışmada evde bakım hastalarının büyük çoğunluğunun (%96,1) oral yolla beslendiğini hastaların geri kalanının nazogastrik sonda veya PEG ile beslendiğini saptamıştır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise evde enteral yolla beslenen hastaların yaklaşık %60'ının onkolojik ve %30'dan fazlasının nörolojik hastalığı olduğu bildirilmiştir (Girgin ve ark., 2008).

İspanya'da yapılan bir çalışmada evde enteral yolla beslenen yaşlıların %68,2'sinin oral, %24,3'ünün nazogastrik, %6,8'inin PEG ile beslendiği ayrıca 2001'de yaklaşık 1/10.000 olan enteral ürün kullanma prevalansının 2009 yılında 3/10.000 olduğu saptanmıştır (Luis ve ark., 2013).

İngiltere Enteral Parenteral Beslenme Derneği (The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition [BAPEN]) 2008 Yılı Yapay Nütrisyon Desteği Raporu'nda evde enteral beslenmeye gereksinim duyan hastaların %66,5'inin 60 yaş ve üzeri, yaklaşık %43'ünün 70 yaş ve üzeri, yaklaşık %20'sinin ise 80 yaş ve üzeri yaşlılar olduğunu bildirmiştir (Jones ve ark., 2008). BAPEN'in 2011 yılı raporuna göre evde enteral beslenen yetişkin oranı önceki yıla göre %5, 2010 yılı sonu itibariyle önceki yıllara göre %21-36 arasında artış göstermiştir. Ayrıca evde enteral beslenen yetişkin hastaların oranı önceki yıla göre İngiltere'de %5, İskoçya'da %31, Kuzey İrlanda'da %4'lük artış göstermiştir (Smith ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda enteral beslenen hastaların %4,4'ü sürekli, yaklaşık %34'ü bolus beslenmekte; ayrıca hastaların %36,7'si sadece gece, %24,8'i ise sadece gündüz beslenmektedir. Enteral ürün kullanan hastaların %65,3'ü yüksek enerjili veya standart ürünler, %24,5'i yüksek lif içeren ürünler, yaklaşık %5'i ise elementer/semi-elementer ürünler tüketmektedir (Yentür, 2008). Bu alışmada PEG ve NG ile beslenen yaşlı oranı, literatürde yer alan çalışmalara kıyasla biraz daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylere ve evde enteral beslenme uygulamalarına daha çok önem verilmelidir.

Beslenme durumları enteral (PEG+NG) yolla beslenen yaşlılara kıyasla nispeten daha iyi olan ağızdan (katı, püre ve sıvı) beslenen yaşlıların tükettikleri et çeşitlerine bakıldığında %66,2'sinin kırmızı eti (erkekler %63,0; kadınlar %68,2), %31,4'ünün tavuk etini tercih ettiği görülmektedir. Yaşlıların %70,4'ü beyaz ekmeği (normal), %16,9'u tuzsuz beyaz ekmeği ve %12,7'si de kepekli ekmeği tüketmeyi tercih ettiğini beyan etmiştir. Yaşlıların %71,8'i yemeklerde normal ölçüde tuz kullanmayı %26,8'i ise yemekleri az tuzlu tükettiğini ifade etmiştir (Çizelge 3.7.). Özgüneş (2013)'in yapmış olduğu çalışmada yaşlıların et çeşitlerinden en çok kırmızı eti (erkekler %64,1; kadınlar %69,3) tercih ettiğini saptamıştır. Bu çalışmada elde edilen veriler Özgüneş (2013)'in çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Yaşlıların yaklaşık %40'ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde yeterli ölçüde beslenememekle birlikte, yaşlıların %60'tan fazlası iştahsızlık, düzenli öğün tüketimi alışkanlıklarının olmaması, sabahları geç kalkmak vb. nedenlerle öğün atlamakta ve malnutrisyon açısından birer risk oluşturmaktadır (Saka, 2012). Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %84,2'si düzenli olarak kahvaltı yaptığını, %84,2'si günde 4 ve daha fazla öğün tükettiğini, %65,0'ı gün içerisinde öğün atlamadığını ifade etmiştir. Ayrıca yaşlıların %70,8'i diyet uyguladığını, diyet uygulayan yaşlıların %58,8'i az tuzlu (hipertansiyon), %41,2'si diyabetik diyet uyguladığını beyan etmiştir (Çizelge 3.8.).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Aksoydan (2006) yaşlıların %75,3'ünün, Şanlıer ve Yaman (2002) Ankara'daki yaşlıların %58,5'inin, Ayar ve Sürücüoğlu (2003) yaşlıların %70,6'sının, Arslan Özkul (2014) yaklaşık %60'tan fazlasının günde 3 veya daha fazla; Arlı ve arkadaşları (2003), yaşlıların %67,2 sinin günde iki öğün yemek tükettiğini saptamıştır. Özgüneş (2013) yaşlıların %74,7'sinin öğün atlamadığını, öğün atlayan yaşlıların %35,0'ünün kahvaltı öğününü atladığını, Yaman ve ark. (2003) ise yaşlıların %24,4'ünün öğün atladığını saptamıştır.

Yapılan çalışmalarda (Özgüneş, 2013) yaşlıların %22,5'inin doktor veya diyetisyen tarafından verilen diyeti uyguladığını, %78,5'inin ise uygulamadığını; Aksoydan (2006) yaşlıların %75,8'inin diyetini tam olarak uyguladığını,

Demircioğlu ve Bulduk (2003) yaşlıların %78,7'sinin diyet uygularken zorlandığını belirtmiştir, diyet uygularken zorlanan yaşlıların %42,7'si verilen diyetin damak tadına uygun olmamasını, %29,3'ü diyetle sevilen besinlerin diyetle yer almamasını, %21,3'ü diyetin yeterli doygunluğu sağlamamasını gerekçe göstermiştir. Ayar ve Sürücüoğlu (2003) ise kendilerine diyet önerilen erkek yaşlıların yaklaşık %23'ünün, kadın yaşlıların ise yaklaşık %27'sinin önerilen diyeti uyguladığını saptamıştır.

Beslenme, ileri yaş grubunda sağlık sorunlarının azaltılmasında, yaşlılığa bağlı olarak gelişen hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesinde önemli rol oynamaktadır. Yaşlanma süreci ile birlikte meydana gelen fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler gerek kurumsal bakım gerekse evde bakım alan yaşlıların tat, koku, iştah ve besin tüketimlerinde azalmaya neden olmakta; ayrıca diş kayıpları ve protez diş kullanımı ile çiğneme ve yutma güçlükleri oluşmakta, yaşlıların beslenme durumu olumsuz şekilde etkilenmekte ve bu durum malnutrisyon ile sonuçlanabilmektedir (Dorner, 2010).

Bu çalışmada yaşlıların %93,3'ü beslenme sorunu yaşadığını belirtirken, beslenme sorunu yaşayan yaşlıların %52,7'si doktorlardan, %47,3'ü hemşirelerden destek aldığını beyan etmiştir. Ayrıca yaşlıların %67,5'i iştah durumunu orta, %29,2'si kötü olarak değerlendirmiştir, yaşlıların %88,3'ü tat duyusunun, %87,5'i koku duyusunun azaldığını beyan etmiştir. Yaşlıların %81,7'si protez diş kullanmakta ve ortalama eksik diş sayısı 23 ± 11 diş olup, %62,5'i sadece katı besinleri, %33,3'ü ise hemen hemen tüm yiyecekleri tüketirken sıkıntı yaşadığını, %60,0'ı sindirim sorunu yaşamadığını, %32,5'i ise konstipasyon şikayeti olduğunu belirtmiştir (Çizelge 3.9.). Evde sağlık hizmeti sunan ekip içerisinde mutlaka diyetisyenler de yer almalı, hizmet sunulan yaşlı bireylerin beslenme durumları diyetisyenler tarafından değerlendirilmeli ve beslenme sorunu yaşayan bireylere yönelik çözümler aranmalıdır.

Arslan Özkul (2014) evde bakım hastalarının beslenme durumlarını incelediği çalışmasında yaşlıların %30,3'ünün eskiye göre iştah durumunun çok azalmış, %23,9'unun biraz azalmış (toplam %54,2); ayrıca yaşlıların %48,4'ünün eskiye göre

besin alımında azalma olduğunu saptamıştır. Özgüneş (2013) huzurevinde yaşayan yaşlıların beslenme durumunu incelediği çalışmasında yaşlıların %60,7'sinin iştah durumunun iyi, %34,2'sinin iştah durumunun orta, kadınların erkeklere göre iştahının daha kötü olduğunu belirtmiş ve yaşlıların %68,4'ünün çiğneme veya yutma güçlüğü çekmediğini, %57,0'ının tüm dişlerinin protez olduğunu saptamıştır.

Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların fiziksel aktivite durumları incelendiğinde yaşlıların %53,3'ünün yatağa bağımlı olduğu, %25,5'inin günün yarısını oturarak veya yatarak geçirdiği, %12,5'inin günün çoğunu oturarak veya yatarak geçirdiği görülmektedir (Çizelge 3.12.). Ayrıca yaşlılar gece ve gündüz ortalama uyku sürelerinin sırasıyla $8,55 \pm 2,06$ (2,0-12,0) ve $4,11 \pm 3,86$ (0,0-12,0) saat olduğunu beyan etmiştir (Çizelge 3.13.).

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında Arslan Özkul (2014) evde bakım alan hastaların %56,1'inin yatağa veya sandalyeye bağımlı olduğunu, Ayraller ve ark. (2013) evde sağlık birimine başvuran ve kendi evinde yaşayan yaşlıların %41,5'inin yatağa bağımlı, %52,8'inin kısmen yatağa bağımlı ve %5,7'sinin ise bağımsız yaşadığını saptamıştır. Aynı çalışmada bakımevinde kalan yaşlıların %5,6'sının yatağa bağımlı, %27,8'inin yatağa kısmen bağımlı yaşadığı saptanmıştır. Boyoğlu ve Oktay (2002)'in hastane destekli evde bakım hizmetlerini incelediği çalışmada, özel hastaneler ile özel bakım bürolarında hizmet alan yaşlıların sırasıyla %50,0'ının ve %36,0'ının yatağa bağımlı olduğunu saptamıştır.

Çatak ve ark.nın (2012) Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada yaşlıların fiziksel aktivite ve günlük yaşam aktivitelerini incelemiştir. Çalışmaya dahil edilen yaşlıların %32,4'ünün baston, koltuk değneği veya yürütece, %27,8'inin yatağa, %21,3'ünün ise tekerlekli sandalyeye bağımlı olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %99,1'inin ev dışı işleri, % 97,2'sinin günlük ev işlerini, %95,4'ünün tek başına yemek yapmasının, %41,7'sinin tek başına tuvalet ihtiyacını karşılamasının, %30,6'sının tek başına banyo yapmasının mümkün olmadığını saptamıştır.

Fadıllıoğlu (2006) 65-79 yaş arasındaki yaşlıların yaklaşık %12'sinin hareket etme, banyo yapma, giyinme ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktiviteleri bakımından diğer bireylere bağımlı olduğunu bildirmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda; Subaşı (2008) ve Arslan ve Gökçe-Kutsal (1999) huzurevlerinde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlıların sırasıyla yaklaşık %25'inin ve %31'nin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için başka kişilere bağımlı olduklarını bildirmişlerdir.

Biçer (1996) ve 65 yaş ve üzeri kronik hastalığı bulunan yaşlıların yaklaşık %25'inin hareket etme, banyo yapma, giyinme ve yemek yeme; Kerem ve ark. (2001) yaşlıların yaklaşık %24'ünün yürüme, %22'sinin merdiven inip çıkma ve yaklaşık %12'sinin beslenme ve hijyen; Gökdoğan ve ark. (2008) ise yaşlıların %30,0'mın öz bakım, hareket etme ve günlük ev işleri gibi yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesinde diğer bireylere gereksinim duyduğunu belirtmektedir.

4.3. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılara İlişkin Biyokimyasal Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmanın yürütüldüğü birimde evde sağlık hizmeti alan yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesinde rutin olarak açlık kan şekeri, hemoglobin, hematokrit, CRP, re ve kreatinin değerlerine bakılmaktadır. Fakat bu biyokimyasal değerlere ek olarak albümin, Retinol Bağlayıcı Protein (RBP), total kolesterol, trigliserit, HDL, LDL, HbA₁C, folik asit, B₁₂, ALT ve AST'ye de bakılmalıdır.

Bu çalışmada yaşlılara ilişkin rutin bakılan bazı biyokimyasal bulgular, referans değerleri göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Buna göre yaşlıların %49,2'si yüksek, %48,3' normal kan şekerine sahip olup; %85,0'i düşük hemoglobin miktarına, %51,7'si normal kan üre seviyesine, %85,0'i düşük hematokrit değerine, %59,1'i normal kreatinin değerine ve %74,2'si yüksek CRP değerine sahiptir (izelge 3.16.). Ayrıca bu çalışmaya dahil edilen yaşlıların ortalama hemoglobin değerleri (n:120) 11,71±1,77 g/dL, ortalama hematokrit

değerleri (n:120) $34,66 \pm 5,17$, ortalama üre değerleri (n:120) $66,21 \pm 48,28$ mg/dL, ortalama kreatinin değerleri (n:120) $1,12 \pm 0,67$ mg/dL, ortalama CRP değerleri (n:120) $71,26 \pm 98,44$ mg/L, ortalama AST (n:103) ve ALT (n:105) değerleri sırasıyla $20,64 \pm 19,70$ U/L ve $14,64 \pm 9,58$ IU/mL, ortalama sodyum (n:108), potasyum (n:95) ve kalsiyum (n:71) değerleri sırasıyla; $140,62 \pm 6,56$ mmol/L, $4,15 \pm 0,74$ mmol/L ve $8,80 \pm 0,85$ mg/dL, ortalama albümin değerleri ise (n:24) $3,46 \pm 0,46$ g/dL olarak saptanmıştır (Çizelge 3.14.). Bu çalışmada yer alan yaşlıların %49,2'sinin yüksek kan şekeri değerine sahip olması yaşlıların %47,9'unun diyabet tanısı almasına ek olarak enteral ürün kullanan yaşlıların geceleri de beslenerek 8 saatlik açlık süresine ulaşamamasından kaynaklanabilmektedir.

Ayraller ve ark. (2013)'nin yaptığı çalışmada yaşlıların %26,5'inin yüksek, %67,5'inin normal açlık kan şekeri, %34,9'unun düşük hemoglobin düzeyine, %55,4'ünün normal üre seviyesine, %48,2'sinin düşük hematokrit değerine, %53,0'ının normal kreatinin değerine ve %53,7'sinin yüksek CRP değerine sahip olduğunu bildirmiştir. Ayraller ve ark. (2013)'nin üre ve kreatinin değerlerine ilişkin elde ettiği veriler bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Kuyumcu (2010) hastanedeki yaşlı hastaların nutrisyonel durumlarının belirlenmesi ve malnutrisyon risklerinin saptanması amacıyla yaptığı çalışmada; yaşlıların ortalama kreatinin değerini $1,49 \pm 1,21$ mg/dL, ortalama hemoglobin düzeyini $11,97 \pm 2,21$ g/dL, ortalama albümin değerini $3,71 \pm 0,61$ g/dL, ortalama CRP değerini $8,14 \pm 51,49$ mg/L, ortalama AST ve ALT değerleri sırasıyla $30,85 \pm 40,09$ U/L ve $22,94 \pm 25,12$ IU/mL, ortalama HDL ve LDL değerlerini sırasıyla $47,51 \pm 15,74$ mg/dL ve $102,70 \pm 36,96$ mg/dL, ortalama sodyum, potasyum ve kalsiyum değerlerini ise sırasıyla $138,15 \pm 3,73$ mmol/L, $4,57 \pm 0,65$ mmol/L ve $9,02 \pm 0,61$ mg/dL olarak saptamıştır. Kuyumcu (2010)'nun elde ettiği ortalama hemoglobin, kreatinin, sodyum, potasyum ve kalsiyum değerleri bu çalışma ile benzerlik gösterirken; CRP ve LDL değerleri bu çalışmaya göre düşük; ortalama AST, ALT, HDL ve albümin değerleri ise bu çalışmaya göre yüksek bulunmuştur.

Vischer ve ark. (2010)'nın diyabetli 146 yaşlının malnutrisyon durumunu araştırdığı çalışmada, yaşlıların %60,1'inin dūřuk HbA₁C değerine, %53,8'inin dūřuk hemoglobin miktarına, %60,0'mın dūřuk kreatinin değerine, %53,4'ünün dūřuk albümin miktarına, %44,0'ının yüksek CRP değerine sahip olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada yaşlıların ortalama HbA₁C değerleri %6,9±1,2, ortalama hemoglobin değerleri 12,6±1,5 g/dL, ortalama albümin değerleri 3,0±0,41 g/dL, ortalama CRP değerleri 47,4±71,9 mg/L, ortalama kreatinin değerleri ise 1,02±0,47 mg/dL olarak bulunmuştur. Vischer ve ark. (2010)'nın elde ettiği ortalama hemoglobin ve kreatinin değerleri bu çalışmanın verileri ile benzerlik gōstermektedir.

Arinzon ve ark. (2008) uzun sūreli evde bakım alan ve enteral beslenen diyabetli yaşlıların ortalama HbA₁C değerlerini %8,03±1,32, ortalama hemoglobin değerlerini 11,54±0,62 g/dL, ortalama CRP değerlerini 4,65±2,22 mg/L, ortalama ũre değerlerini 76,62±41,72 mg/dL, ortalama kreatinin değerlerini 1,34±0,47 mg/dL ve ortalama albümin değerlerini 3,56±0,48 g/dL olarak saptamıştır. Arinzon ve ark.nın (2008) elde ettiği ortalama hemoglobin, ũre ve kreatinin değerleri bu çalışma ile benzerlik gōsterirken; bu çalışmada enteral (PEG+NG) yolla beslenen yaşlıların ortalama CRP değerleri Arinzon ve ark.nın (2008) alışmasına gōre daha yūsek bulunmuştur (izelge 3.15.).

Maruyama ve ark. (2008)'nın huzurevinde ve kendi evlerinde kalan 65 yaş ve ũzeri yaşlıların enfeksiyon durumlarını incelediği çalışmasında, sırasıyla huzurevinde ve kendi evinde yaşayan yaşlıların ortalama kreatinin değerlerini 0,82±0,31 mg/dL ve 0,93±0,64 mg/dL, ortalama albümin değerlerini 2,82±0,43 g/dL ve 3,04±0,44 g/dL, ortalama hemoglobin değerlerini 10,1±2,7 g/dL ve 11,2±1,6 g/dL, ortalama hematokrit değerlerini %29,2±5,7 ve 33,7±4,9, ortalama CRP değerlerini 139,0±82,0 mg/L ve 128,0±75,0 mg/L, ortalama sodyum değerlerini 135,0±9,5 mmol/L ve 139,0±6,3 mmol/L ve ortalama potasyum değerlerini 3,92±0,72 mmol/L ve 3,85±0,69 mmol/L olduğunu bildirmiştir.

Maruyama ve ark. (2010)'nın bakımevi ve kendi evinde kalan çok yaşlı (85 yaş ve üzeri) bireylerde pnömoni gelişme durumlarını incelediği benzer çalışmasında yaşlıların sırasıyla; ortalama kreatinin değerlerini $0,99\pm 0,72$ mg/dL ve $1,23\pm 0,78$ mg/dL, ortalama albümin değerlerini $3,01\pm 0,45$ g/dL ve $3,19\pm 0,49$ g/dL, ortalama hemoglobin değerlerini $10,8\pm 1,6$ g/dL ve $11,3\pm 2,0$ g/dL, ortalama hematokrit değerlerini $\%32,7\pm 4,7$ ve $33,9\pm 5,9$, ortalama CRP değerlerini $118,0\pm 70,0$ mg/L ve $133,0\pm 77,0$ mg/L, ortalama sodyum değerlerini $139,4\pm 6,70$ mmol/L ve $139,8\pm 5,78$ mmol/L ve ortalama potasyum değerlerini $3,87\pm 0,78$ mmol/L ve $4,13\pm 0,74$ mmol/L olduğunu saptamıştır.

İlerleyen yaş ile birlikte vücutta meydana gelen fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, beslenme ve sıvı tüketimindeki değişikliklere ek olarak yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı ve stres gibi faktörler yaşlı bireylerin biyokimyasal bulgularının değerlendirilmesini etkilemektedir. Yaşlılıkta total protein ve albümin gibi bazı serum proteinlerinin seviyesi azalabilmekte; bu duruma malnutrisyon veya karaciğer disfonksiyonu neden olabilmektedir. Diyetin yeterli miktarda protein içermemesi, karaciğer hastalıkları, total kas kütlelerinde azalma kreatinin düşüklüğü; diyabet, obezite ve metabolik sendrom, steroid türü ilaç kullanımı, genetik faktörler, sigara kullanımı ve sedanter yaşam yaşlılarda HDL düşüklüğü ve LDL yüksekliği ile sonuçlanabilmektedir. Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların ameliyat sonrası dönemde olması, ciddi kronik hastalıklara ek olarak folik asit, B₁₂ ve demir gibi vitamin ve minerallerden yetersiz beslenmesi kan hemoglobin seviyesi ile hematokrit oranlarında düşüklüğe neden olabilmektedir. Kalp-damar hastalıkları, vücutta enfeksiyon varlığı, yanık ve yaralanmalar, cerrahi müdahaleler, sedanter yaşam ve stres yaşlılarda CRP yüksekliğine; böbrek hastalıkları, vücutta üre yüksekliği, B₆ vitamini eksikliği ve malnutrisyon gibi faktörler AST ve ALT seviyelerinde düşüklüğe yol açabilmektedir (Besarab ve ark., 1998; Clark ve ark., 2003; Holvoet ve ark., 2004; Levey ve ark., 1999; McLean ve ark., 2009; Roubenoff ve ark., 1998; Seres ve ark., 2004; Tracy ve ark., 1997).

4.4. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların MNA-SF Tarama Puanlarına Göre Değerlendirilmesi

Bu çalışmada MNA-SF ölçeğine göre yaşlıların %68,4'ü son 3 ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında orta derecede düşüş, %23,3'ü ise şiddetli düşüş olduğunu; %35,8'i son 3 ay içerisinde 1-3 kg arasında ağırlık kaybı yaşadığını, %35,0'ı ise son 3 ay içerisindeki ağırlık kaybını bilmediklerini beyan etmiştir. Yaşlıların %60,9'u yatak veya sandalyeye bağımlı olduğunu, %30,8'i ise yataktan veya sandalyeden kalkabildiğini fakat evden dışarı çıkamadığını (yarı bağımlı) ifade etmiştir. Yaşlıların %67,5'i son 3 ay içerisinde psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti olduğunu belirtmiştir.

Tanı konan hastalıklar ve edinilen gözlemler ışığında yaşlıların %52,5'inde hafif düzeyde bunama, %25,8'inde ciddi bunama veya depresyon olduğu, %21,7'sinde ise hiçbir psikolojik problemin olmadığı saptanmıştır. Yaşlıların %65,0'mın baldır çevresi 31 cm veya daha fazla iken %35,0'mın baldır çevresi 31 cm'den az bulunmuştur (Çizelge 3.17.).

Ülkemizde Ergün ve ark. (2012) huzurevinde kalan yaşlıların %27,3'ünde son 3 ayda besin alımında orta derece azalma, %5,7'sinde ise önemli düzeyde azalma olduğu; evde kalan yaşlılarda ise bu oranların sırasıyla %17,7 ve %6,5 olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların %27,4'ü son 3 ay içerisindeki ağırlık kaybını bilmediğini belirtirken yaşlıların %11,3'ü son 3 ay içerisinde 3 kg'dan fazla kayıp yaşadığını beyan etmiştir. Evde kalan yaşlılarda bu oranlar sırasıyla %33,9 ve %6,5 olarak saptanmıştır. Ayrıca yaşlıların %18,9'unun yataktan veya sandalyeden kalkabildiğini fakat evden dışarı çıkamadığını (yarı bağımlı), %11,3'ünün ise yatağa veya sandalyeye bağımlı olduğunu; evde kalan yaşlıların ise %8,1'inin yataktan veya sandalyeden kalkabildiğini fakat evden dışarı çıkamadığını (yarı bağımlı), %3,2'sinin ise yatağa veya sandalyeye bağımlı olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada huzurevinde ve evde kalan yaşlıların sırasıyla %33,0 ve %35,5'inin son 3 ay içerisinde psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti olduğunu;

%20,8 ve %25,8'inin hafif düzeyde bunama yaşadığını; %82,1 ve %77,4'ünün baldır çevresinin 31 cm veya daha fazla olduğu saptanmıştır.

Arslan Özkul (2014) yaşlıların %48,4'ünde 3 ay içerisinde besin alımında düşüş olduğunu, %45,8'inde son 3 ay içerisinde ağırlık kaybı olduğunu, %56,1'inin yatağa veya sandalyeye bağımlı olduğunu, %31,6'sında ciddi düzeyde, %28,4'ünde ise hafif düzeyde bunama olduğunu, %89,7'sinin ise baldır çevresinin 31 cm veya daha fazla olduğunu saptamıştır. Arslan Özkul (2014)'un yaşlıların hareketlilik ve nöropsikolojik durumlarına ilişkin elde ettiği veriler bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Murphy ve ark. (2000)'nin ortopedik rahatsızlığı bulunan yaşlıların %55,0'ında son 3 ay içerisinde ağırlık kaybı olduğunu, %12,0'ında psikolojik stres, %3,0'ında nöropsikolojik problemler, %9,0'ında yatağa bağımlılık ve %3,0'ında iştah kaybı olduğunu bildirmiştir. Soini ve ark. (2004)'nin Finlandiya'da evde sağlık hizmetinden yararlanan 75-94 yaş arasındaki 272 yaşlı üzerinde yürüttüğü çalışmada yaşlıların %36,0'ının son 3 ay içerisinde psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti, %12,0'ında son 3 ay içerisinde 3 kg'dan fazla kayıp, %12,0'ında nöropsikolojik problemlerin olduğunu saptanmıştır.

Bakımevinde kalan yaşlıların ağırlık kaybı durumlarının incelendiği çalışmalarda; Beck ve Ovesen (2002) yaşlıların %38,0'ının son 3 ay içerisinde %5'ten fazla ağırlık kaybı yaşadığını, Blaum ve ark. (1995) yaşlıların %10,0'ının son 6 ay içerisinde yaklaşık %10 ağırlık kaybı yaşadığını, Buckler ve ark. (1994) %30,0'ının son 1 ay içerisinde yaklaşık 5 kg kaybettiğini, Frisoni ve ark. (1994) ve Kruizenga ve ark. (2003) yaşlıların sırasıyla %38,0'ının ve %12,0'ının son 6 ay içerisinde 0-5 kg kayıp yaşadığını, Nordenram ve ark. (2001) yaşlıların %41,0'ının son 6 ay içerisinde %10'dan fazla, Sullivan ve ark. (2004) ise %32,0'ının son 1 ay içerisinde %5'ten fazla ağırlık kaybı yaşadığını saptamıştır. Bu sonuçlar yaşlı bireylerin medikal tedavilerine ek olarak beslenme tedavilerinin de düzenli olarak yapılması gerektiğini ve diyetisyenlerin de bulunduğu tedavi ve izlem ekibinin kurulmasının önemli bir gereklilik olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada malnutrisyonlu yaşlıların %49,2'sinde şu an deride hassaslık veya yara bulunmakta, malnutrisyon riski altındaki yaşlıların %95,1'inde ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamında şu an deride hassaslık veya yara bulunmamaktadır ($p<0,001$). Malnutrisyonlu yaşlıların %54,8'inde önceden deride hassaslık veya yara oluşmuş, malnutrisyon riski altındaki yaşlıların %90,2'sinde ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamında önceden deride hassaslık veya yara oluşmamıştır ($p<0,001$) (Çizelge 3.21.).

Malnutrisyon riski altındaki ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamı ağızdan beslenmekte iken malnutrisyonlu yaşlıların %76,6'sı ağızdan, %23,3'ü ise enteral yolla beslenmektedir. Malnutrisyonlu yaşlıların yarısı ağızdan sıvı şekilde, %46,4'ü ağızdan katı şekilde beslenmektedir. Malnutrisyon riski altındaki yaşlıların %85,4'ü ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamı ağızdan katı şekilde beslenmektedir ($p<0,001$). Yaşlıların öğün atlama durumlarına bakıldığında malnutrisyonlu yaşlıların %54,8'i, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %78,0'i ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamı öğün atlamadığını ifade etmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 3.21.). Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan veya normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların ağızdan (sıvı, püre, katı) ve enteral (PEG+NG) beslenme, şu an veya önceden deride hassaslık ya da yara oluşma durumu ($p<0,001$) ve öğün atlama durumları ($p<0,05$) arasındaki tüm farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Arslan Özkul (2014) evde bakım hizmeti alan malnutrisyonlu yaşlıların yaklaşık %32'sinde deride hassaslık veya yara olduğunu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların ise sırasıyla yaklaşık %83 ve yaklaşık %92'sinde deride hassaslık veya yara bulunmadığını saptamıştır, ayrıca bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Ayraller ve ark. (2013) evde sağlık hizmeti talep eden 65 yaş ve üzeri malnutrisyonlu yaşlıların yaklaşık %28'inde deride hassaslık veya yara olduğunu, malnutrisyon açısından risk altında veya normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların ise sırasıyla %91,2 ve %100,0'ünde deride hassaslık veya yara olmadığını saptamıştır. Valentini ve ark. (2009) Avusturya ve Almanya'daki bakımevlerinde kalan toplam 197 malnutrisyonlu

yaşlının %45,0'ında deride kontraktür veya hassaslık geliştiğini, malnutrisyonlu yaşlıların %8,0'ında ise 2 ve daha fazla bası yarası meydana geldiğini saptamıştır. Her 3 çalışmada elde edilen veriler bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Volkert ve ark. (2011) Almanya'da farklı bakımevlerinde kalan ve uzun dönem bakım alan 65 yaş üstü 350 yaşlı ile yaptığı çalışmasında, enteral yolla beslenen yaşlıların %57,7'sinin malnutrisyonlu, %42,3'ünün ise malnutrisyon açısından risk altında olduğunu; ağızdan beslenen yaşlıların ise 24,1'inin malnutrisyonlu, %53,7'sinin malnutrisyon açısından risk altında olduğunu ve bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır ($p<0,01$). Oliveira ve ark. (2009) Brezilya'da hastanelerde en az bir gün yatan 60 yaş ve üzeri 240 yaşlı ile yapmış olduğu çalışmada malnutrisyonlu yaşlıların %32,8'inin enteral yolla beslendiğini, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların sırasıyla %96,6 ve %97,5'inin ağızdan beslendiğini saptamıştır; bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Oliveira ve ark. (2009)'nın elde ettiği veriler bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (Çizelge 3.21.). Bu durum yaşlı bireylerde malnutrisyon prevalansının önemli düzeylerde olduğunu ve malnutrisyon açısından risk altında olan bireylere yönelik gerekli önlemlerin alınması ve malnutrisyonlu bireylere ise doğru tıbbi beslenme tedavisinin uygulanması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada malnutrisyonlu yaşlıların tamamının, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %78,0'mın ve %75,6'sının sırasıyla tat ve koku duyularında azalma meydana gelmiş olup; her iki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Malnutrisyonlu yaşlıların %56,2'si iştah durumunu orta, %42,4'ü kötü; malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %87,8'i ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'si iştah durumunu orta olarak ifade etmiştir (Çizelge 3.22.). Malnutrisyonlu yaşlıların iştah durumları, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,001$).

Ayrıca malnutrisyonlu yaşlıların %98,6'sı, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %87,8'i ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'si beslenme sorunu yaşadığını ($p<0,05$) ifade etmiş olup (Çizelge 3.22.); bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaşlıların fiziksel aktivite durumlarına bakıldığında, malnutrisyonlu yaşlıların %80,8'inin yatağa bağımlı olduğu, normal nutrisyonel durum yaşlıların ise %50,0'ının günlük işleri yardımsız yapabildiği görülmektedir (Çizelge 3.22.). Malnutrisyonlu yaşlıların yatağa bağımlılık durumları, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tat ve koku duyularındaki değişiklikler, iştah durumları ($p<0,001$), protez diş kullanımları, diş problemleri ve beslenme sorunları ($p<0,05$) ile fiziksel aktivite durumları ($p<0,001$) arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Vanderwee ve ark. (2010) malnutrisyonlu yaşlıların %57,7'sinin tat duyusunda zorluk ve azalma, %71,4'ünde çiğneme-yutma zorluğu, yaklaşık %50'sinde sindirim problemleri olduğunu saptamıştır ve bu farklılıkların tamamı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Valentini ve ark. (2009) malnutrisyonlu yaşlılar ile normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıları kıyasladığında; yaşlıların çiğneme ve yutma problemleri ile fiziksel aktivite (yatağa bağımlılık) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu, malnutrisyonlu yaşlıların %58,0'ının yatağa bağımlı, %28,0'ının çiğneme, %37,0'ının ise yutma problemi olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Schmid ve ark. (2003) yaptığı çalışmada yaşlıların %51,0'ının kötü iştah durumuna, %26,0'ının çiğneme, %15,0'ının yutma problemine sahip olduğunu; Sullivan ve ark. (2004) yaşlıların %66,0'ının kötü iştah durumuna sahip olduğunu; Steele ve ark. (1997) yaşlıların yaklaşık %70'inin yutma problemi olduğu ve buna bağlı olarak yaklaşık %50'sinin besin alımının düştüğü; Sahyoun ve ark. (1996)

yaşlıların %57,0'ının çiğneme problemi olduğu; Lamy ve ark. (1999) yaşlıların %52,0'mın çiğneme ve yutma problemi olduğu saptanmıştır.

Hallaj (2015) malnutrisyonlu yaşlıların tamamının diş problemi yaşadığını, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların ise tamamına yakınının (%96,7) diş problemi yaşamadığını bildirmiştir, bu çalışmada malnutrisyonlu yaşlılarda diş problemi görülme sıklığı, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Bu durum ağız ve diş sağlığının beslenme durumunun korunmasında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Ağız ve diş sağlığının korunmasına yönelik ulusal düzeyde geliştirilecek projeler erken yaşta önlemlerin alınmasını sağlayacaktır.

4.5. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların beslenme durumlarının MNA-SF ile değerlendirildiği bu çalışmada yaşlıların %60,8'i malnutrisyonlu, %34,2'si malnutrisyon açısından risk altında ve %5,0'i normal nutrisyonel durum göstermektedir (Çizelge 3.19.). Literatürde yaşlıların malnutrisyon açısından değerlendirilmesi hususunda birçok çalışma yapılmış olup farklı değerler elde edilmiştir.

Guigoz ve ark. (2006) MNA ile yaptıkları bir literatür derlemesinde 21 çalışma incelenmiş ve 14149 sağlıklı yaşlıda malnutrisyon prevalansının %2,0; malnutrisyon riskinin ise %24,0 olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada evde sağlık veya bakım hizmeti alan toplam 3119 yaşlıdan oluşan 25 araştırma sonucunda malnutrisyon prevalansının %9,0; malnutrisyon riskinin ise %45,0 olduğu tespit edilmiştir. Aynı derlemede 35 çalışmada yer alan toplam 8596 hastanede yatan yaşlıda malnutrisyon prevalansının %23,0; malnutrisyon riskinin %46,0 olduğu; 32 çalışmada yer alan toplam 6821 bakımevi gibi kurumsal bakım alan yaşlıda malnutrisyon prevalansının

%21,0; malnutrisyon riskinin ise %51,0 olduğu saptanmıştır. Ayrıca 10 çalışmada yer alan toplam 2051 engelli yaşlıda malnutrisyon prevalansının %15,0; malnutrisyon riskinin ise %44,0 olduğu belirtilmiştir.

Saka ve Özkulluk (2008) İç Hastalıkları polikliniğine başvuran 140 yaşlıdan %2,1'inin malnutrisyonlu, %14,3'ünün malnutrisyon açısından risk altında; Saka ve ark. (2010) dahiliye polikliniğine başvuran 413 yaşlıdan %13,0'ının malnutrisyonlu, %31,0'ının ise malnutrisyon açısından risk altında olduğu saptanmıştır. MNA ile yapılan başka bir çalışmada ise Ayraller ve ark. (2013) evde kalan yaşlıların %73,6'sının malnutrisyonlu, %18,9'unun malnutrisyon açısından risk altında olduğunu; bakımevinde kalan yaşlıların ise %11,1'inin malnutrisyonlu, %66,7'sinin malnutrisyon açısından risk altında olduğunu; sonuç olarak (her iki grup dahil edildiğinde) yaşlıların %48,3'ünün malnutrisyonlu, %38,2'sinin ise malnutrisyon açısından risk altında olduğunu saptamıştır.

Ergün ve ark. (2012) evde yaşayan yaşlıların %12,9'unun malnutrisyonlu, %35,5'inin ise malnutrisyon açısından risk altında olduğunu; huzurevinde kalan yaşlıların %12,3'ünün malnutrisyonlu, %41,5'inin ise malnutrisyon açısından risk altında olduğunu saptamıştır. Çevik ve ark. (2014) evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri yaşlıların (n:103) beslenme durumunu incelediği çalışmada, yaşlıların %33,1'inin malnutrisyonlu, %39,3'ünün ise malnutrisyon açısından risk taşıdığını bildirmiştir. Adıgüzel (2016) evde bakım hizmeti alan erkek yaşlıların yaklaşık %55'inin, kadın yaşlıların ise yaklaşık %52'sinin malnutrisyonlu olduğunu; Keser ve Yıldırım (2017) ise bakımevinde yaşayan Alzheimer'lı yaşlıların (n:57) %19,3'ünün malnutrisyonlu ve %57,9'unun malnutrisyon açısından risk altında olduğu saptamıştır.

Kuyumcu ve ark. (2013) Hacettepe Üniversitesi Hastanesi İç Hastalıkları servislerine yatan 100 yaşlı hasta ile yaptığı çalışmasında, yaşlıların %12,0'mın malnutrisyonlu ve %69,0'mın malnutrisyon riski taşıdığını belirtmiştir. Sarıkaya (2013) MNA uygulanan yaşlıların (n:214) %15,0'mın malnutrisyonlu, %29,9'unun malnutrisyon açısından risk altında; MNA-SF uygulanan yaşlıların (n:236)

%19,5'inin malnutrisyonlu, %32,2'sinin ise malnutrisyon açısından risk altında olduğunu saptamıştır.

Hallaj (2015) MNA uygulanan yaşlıların %19,4'ünün malnutrisyonlu, %39,8'inin ise malnutrisyon açısından risk altında; MNA-SF uygulanan yaşlıların ise %17,5'inin malnutrisyonlu ve %41,8'inin malnutrisyon açısından risk altında olduğunu saptamıştır. Vanderwee ve ark. (2010) %33,0'nin malnutrisyonlu ve yaklaşık %43'ünün malnutrisyon açısından risk altında olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada erkek ve kadınların malnutrisyon oranları sırasıyla %34,5 ve %32,3 olarak saptanmış, ayrıca 75-85 yaş arasındaki yaşlıların %29,6'sının ve 85 yaş ve üzeri yaşlıların %37,4'ünün malnutrisyonlu olduğu belirtilmiştir. Hastanede yatan hastaların malnutrisyon oranı %27,5 iken, bakımevinde kalan yaşlılarda malnutrisyon oranı %58,6 olarak bulunmuştur.

Nieuwenhuizen ve ark. (2010) malnutrisyon prevalansının kendi evinde yaşayan yaşlılarda yaklaşık %5-25, hastanede yatan yaşlılarda yaklaşık %5-37, bakımevlerinde kalan yaşlılarda ise % 85'e ulaştığını bildirmiştir. Lamb ve ark. (2009) yaşlıların yaklaşık %44'ünün malnutrisyonlu, %32'sinin malnutrisyon açısından yüksek risk ve yaklaşık %12'sinin malnutrisyon açısından orta derecede risk taşıdığını belirtmiştir. Pressoir ve ark. (2010) yaşlıların yaklaşık %30,9'unun malnutrisyonlu (%18,6'sının orta derecede, %12,3'sinin ise şiddetli derecede malnutrisyonlu) olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada erkeklerin %35,3'ünün, 70 yaş üstü yaşlıların %35,0'mın, gastrointestinal kanseri olanların %49,5'inin, baş ve boyun kanseri olanların %45,6'sının, kemoterapi tedavisi görenlerin 32,4'ünün, radyoterapi tedavisi görenlerin %40,1'inin, vücudunda metastaz gelişenlerin %34,3'ünün malnutrisyonlu olduğu saptanmıştır.

Lobo ve ark. (2009) İspanya'da bir hastanede 5 günden fazla yatan 817 hastanın %45,9'unun malnutrisyonlu olduğunu, malnutrisyonlu hastaların %22,5'inde gastrointestinal hastalık, %20,8'inde kanser, %16,5'inde dolaşım sistemi ve %11,6'sında solunum sistemi hastalığı olduğu bildirilmiştir. Ranhoff ve ark. (2005) Norveç'te bir hastanede 3 günden fazla kalan 70 yaş ve üzeri 69 yaşlının

beslenme durumunu MNA-SF ile değerlendirdiği çalışmasında yaşlıların %30,0'ının malnutrisyonlu, %74,0'ının ise malnutrisyon açısından risk altında olduğunu; çalışmaya dahil edilen yaşlıların ortalama MNA-SF skorlarının $7,8\pm 2,9$ olduğunu saptamıştır. Slee ve ark. (2015) ise hastanede yatan malnutrisyonlu ve malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların ortalama MNA-SF skorlarını sırasıyla $6,9\pm 2,9$ ve $8,9\pm 2,2$; Lilamand ve ark. (2015) huzurevindeki yaşlılarda $9,8\pm 2,4$ olarak saptamıştır. Bu çalışmadaki yaşlıların ortalama MNA-SF skorları ($6,1\pm 3,4$) literatürde yer alan çalışmalara kıyasla düşük bulunmuştur (izelge 3.18.).

Rubenstein ve ark. (2001) Fransa (n:151), İşpanya (400) ve Meksika'da (n: 330) 881 yaşlı bireyin beslenme durumunu MNA ile değerlendirdiği çalışmasında Fransa'daki yaşlıların %36,4'ünün malnutrisyonlu, %28,5'inin malnutrisyon açısından risk altında; İşpanya'ki yaşlıların %11,0'ının malnutrisyonlu, %30,3'ünün ise malnutrisyon açısından risk altında; Meksika'daki yaşlıların %0,3'ünün malnutrisyonlu ve %18,2'sinin malnutrisyon açısından risk altında olduğunu; toplam malnutrisyon oranını %11,2, malnutrisyon riskini ise %25,5 olarak saptamıştır. Kuzuya ve ark. (2005) Japonya'da kendi evinde kalan (n:33), bakımevinde kalan (n:53), geriatri kliniğinde yatan (n:72) ve kliniğe başvuran (n:68) 65-95 yaş arasındaki toplam 226 yaşlı ile yaptığı çalışmada yaşlıların %19,9'unun malnutrisyonlu, %58,0'ının ise malnutrisyon açısından risk altında olduğunu saptamıştır. Kiesswetter ve ark. (2014) Almanya'da evde bakım alan 65 yaş ve üzeri 309 yaşlının beslenme durumunu MNA ve MNA-SF ile değerlendirmiştir. Çalışmaya göre MNA-SF uygulanan yaşlıların yaklaşık %15'i malnutrisyonlu, %41,1'ise malnutrisyon açısından risk altında; aynı yaşlılara MNA uygulandığında bu oranlar sırasıyla %13,6 ve %57,6 olarak saptanmıştır.

Yeni bir sağlık hizmet sunumu olan evde sağlık hizmetlerine en çok gereksinim duyanların ve başvuru yapanların genel sağlık durumu daha kötü olan yaşlılar olması nedeniyle malnutrisyon oranlarının literatürdeki çalışmalara kıyasla daha yüksek saptanması olasıdır. Önemle irdelenmesi gereken bir diğer konu ise çalışmaya dahil edilen yaşlıların evde bakım hizmetlerine ek olarak evde sağlık hizmeti alıyor olmasıdır. Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların ciddi sağlık sorunlarının

olduğu, yüksek kronik hastalık prevalansına ek olarak geriatrik yaş grubunda beslenme sorunu, tat, koku, iştah duyularında azalma, öğün atlama, protez diş kullanımı, yatağa bağımlılık ve deride hassaslık veya bası yarası varlığının beslenme durumunu olumsuz etkilediği ve bu yaş grubu için kaçınılmaz olan malnutrisyon ile sonuçlanabileceği bilinmektedir.

4.6. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlıların Malnutrisyon Durumları ile Bazı Biyokimyasal Bulguları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada (izelge 3.24.), malnutrisyonlu yaşlıların tamamına yakınının (%98,6), malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %70,7'sinin kan hemoglobin (g/dL) miktarlarının dűřük, normal nutrisyonel durum gűsteren yaşlıların %83,3'ünün ise kan hemoglobin (g/dL) miktarlarının normal seviyede olduğu; ayrıca malnutrisyonlu yaşlıların %93,2'sinin, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %78,0'ının kan hematokrit (%) oranlarının dűřük, normal nutrisyonel durum gűsteren yaşlıların %66,7'sinin kan hematokrit (%) oranlarının normal seviyede olduğu saptanmış olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Malnutrisyonlu yaşlıların %86,3'ünün, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %53,7'sinin, normal nutrisyonel durum gűsteren yaşlıların %66,7'sinin kan CRP (mg/L) miktarının anlamlı olarak ($p<0,001$) yüksek olduğu; malnutrisyonlu yaşlıların yarısından fazlasının (%50,7) açlık kan şekerinin yüksek, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların ise %53,7'sinin ise açlık kan şekerinin normal seviyelerde olduğu saptanmış olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Malnutrisyonlu yaşlıların %56,2'sinin, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %65,9'unun ve normal nutrisyonel durum gűsteren yaşlıların %50,0'ının kreatinin değerleri normal seviyelerde olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değerdir ($p>0,05$). Çalışmaya katılan malnutrisyonlu yaşlıların yarısından fazlasının (%52,1) őr değerleri yüksek, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gűsteren

yaşlıların sırasıyla %56,1'inin ve %66,7'sinin üre değerleri normal sınırlar içerisinde olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ayraller ve ark. (2013) malnutrisyonlu yaşlıların %40,5'inin hemoglobin değerlerinin düşük, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların sırasıyla %72,4'ünün ve %66,7'sinin hemoglobin değerlerinin normal; ayrıca malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların sırasıyla %47,6'sının, %44,8'inin ve %58,3'ünün hematokrit değerlerinin düşük olduğunu ve her 2 farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır ($p>0,05$). Malnutrisyonlu yaşlıların %73,8'inin CRP değerleri yüksek iken, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların sırasıyla %65,5'inin ve %72,7'sinin CRP değerleri normal sınırlar içerisinde olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Ayrıca bu çalışmadaki malnutrisyonlu yaşlıların %73,8'inin albümin değerleri düşük, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların sırasıyla %72,4'ünün ve %83,3'ünün albümin değerleri normal olarak değerlendirilmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Aynı çalışmada malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların açlık kan şekeri, üre ve kreatinin değerleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Ayraller ve ark., 2013).

Çevik ve ark. (2014)'nın yapmış olduğu çalışmada ise malnutrisyonlu yaşlıların %67,8'inin CRP değerleri yüksek, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların sırasıyla %57,1'inin ve %83,7'sinin CRP değerleri normal değerler aralığında olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$); malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların sırasıyla %66,1'inin, %77,1'inin ve %81,6'sının üre değerleri; %59,3'ünün, %52,9'unun ve %69,4'ünün ise kreatinin değerleri normal sınırlar içerisinde değerlendirilmiş olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Aynı çalışmada malnutrisyonlu yaşlıların %59,3'ünün albümin, %76,3'ünün hemoglobin ve %69,5'inin demir değerleri,

malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,01$) (Çevik ve ark., 2014).

Kuyumcu (2010)'nun çalışmasında malnutrisyonlu yaşlıların albümin ve hemoglobin değerlerinin, malnutrisyon riski olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre daha düşük olduğu saptanmıştır; fakat bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Aynı çalışmada malnutrisyonu olan yaşlıların CRP değerlerinin, malnutrisyon riski olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Yaşlı bireylerde malnutrisyon, vücut kompozisyonunda değişiklik ve ağırlıkta azalma, fizyolojik fonksiyonlarda kayıp, komplikasyon riskinde artış, inflamasyon ve protein katabolizması gibi kötü klinik sonuçları beraberinde getirmektedir. Fiziksel ve mental fonksiyonlarda azalma da malnutrisyon veya malnutrisyon riski ile orantılı olarak meydana gelmekte, gastrointestinal ve immün sistem ile iskelet ve kalp kaslarında değişiklikler görülebilmektedir. Bu değişikliklere ek olarak yaş, cinsiyet ve stres gibi faktörler yaşlı bireylerin biyokimyasal değerlerinde anomali ile sonuçlanabilmektedir. İlerleyen yaş ile birlikte malnutrisyon şiddetinde meydana gelen artış, yaşlı bireylerde total protein ve albümin gibi bazı serum proteinlerinin seviyesinde azalmalara yol açmaktadır. Yaşlıların folik asit, B₁₂ ve demir gibi vitamin ve mineralleri içeren besinleri yeterli miktarda tüketmemesi, kronik hastalıklar, sigara, alkol ve bazı ilaçların kullanımı gibi faktörler kan hemoglobin seviyesi ile hematokrit oranında azalmaya; kalp-damar hastalıkları, vücutta enfeksiyon varlığı, yanık ve yaralanmalar, cerrahi müdahaleler, sedanter yaşam ve stres gibi faktörler ise CRP yüksekliğine neden olabilmektedir. Ayrıca diyetin yeterli oranda protein içermemesi, diyabet ve karaciğer hastalıkları ile cerrahi müdahaleler ve enfeksiyon varlığı yaşlılarda üre seviyesinde artışa; malnutrisyon, sarkopeni ve ilerlemiş yaş kreatinin seviyesinde azalmaya yol açabilmektedir (Besarab ve ark., 1998; Levey ve ark., 1999; McLean ve ark., 2009; Musso ve Oreopoulos, 2011; Payette ve Gray-Donald, 1991; Regidor ve ark., 2006; Tracy ve ark., 1997; Zhong ve ark., 2007).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti Birimi'ne kayıtlı, ortalama yaşları $81,31 \pm 8,29$ yıl olan 65 yaş ve üzeri 80 kadın, 40 erkek olmak üzere toplam 120 yaşlı birey üzerinde evde sağlık hizmetleri ekibi ile birlikte ortak çalışarak yürütülmüştür. Çalışma kapsamında yaşlıların beslenme alışkanlıkları, tat-koku-iştah duyularında meydana gelen değişiklikler ile uyku ve fiziksel aktivite durumları, rutin olarak bakılan biyokimyasal parametreleri, Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA-SF) ölçeği ile beslenme ve malnutrisyon durumları değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçları aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

- Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %60,8'inin malnutrisyonlu, %34,2'sinin malnutrisyon açısından risk altında ve %5,0'inin normal nutrisyonel durum gösterdiği tespit edilmiştir.
- Evde sağlık hizmeti alan malnutrisyonlu yaşlıların %49,2'sinde şu an deride hassaslık veya yara bulunduğu, malnutrisyon riski altındaki yaşlıların %95,1'inde ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamında şu an deride hassaslık veya yara bulunmadığı, malnutrisyonlu yaşlıların %54,8'inde önceden deride hassaslık veya yara oluştuğu, malnutrisyon riski altındaki yaşlıların %90,2'sinde ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamında önceden deride hassaslık veya yara oluşmadığı tespit edilmiştir.
- Çalışmaya dahil edilen malnutrisyonlu yaşlıların %54,8'i, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %78,0'i ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamı öğün atlamadığını beyan etmiştir.

- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların ağızdan (sıvı, püre, katı) ve enteral (PEG+NG) beslenme, şu an veya önceden deride hassaslık ya da yara oluşma durumu ($p<0,001$) ve öğün atlama durumları ($p<0,05$) arasındaki tüm farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
- Evde sağlık hizmeti alan malnutrisyonlu yaşlıların tamamının, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %78,0'nın ve %75,6'sının sırasıyla tat ve koku duyularında azalma meydana geldiği; malnutrisyonlu yaşlıların %56,2'sinin, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %87,8'inin ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'sinin kendi iştah durumunu orta olarak değerlendirdiği belirlenmiştir.
- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tat ve koku duyularındaki değişiklikler ve iştah durumları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Çalışmaya dahil edilen malnutrisyonlu yaşlıların %89,0'nın, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %70,7'sinin ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'sinin protez diş kullandığı; malnutrisyonlu yaşlıların %54,8'inin, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %73,2'sinin ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %83,3'ünün sadece katı besinlerde diş problemi yaşadığı; malnutrisyonlu yaşlıların %98,6'sının, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %87,8'inin ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'sinin beslenme sorunu yaşadığı saptanmıştır.
- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların protez diş kullanımları ile diş problemi

yaşama durumları ve beslenme sorunları ($p<0,05$) arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

- Evde sağlık hizmeti alan malnutrisyonlu yaşlıların %80,8'inin yatağa bağımlı olduğu, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %41,5'inin günün yarısını oturarak veya yatarak geçirdiği, normal nutrisyonel durum yaşlıların ise %50,0'nın günlük işleri yardımsız yapabildiği saptanmıştır.
- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların fiziksel aktivite durumları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Evde sağlık hizmeti alan malnutrisyonlu yaşlıların %60,3'ünün ve malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %87,8'inin son 3 ay içerisinde iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında orta derecede düşüş meydana geldiği, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'sinin besin alımında herhangi bir düşüş meydana gelmediği tespit edilmiştir.
- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların son 3 ay içerisinde iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımındaki azalma durumları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Çalışmaya dahil edilen malnutrisyonlu yaşlıların %35,6'sında son 3 ay içerisinde 3 kg'dan fazla, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %53,7'sinde son 3 ay içerisinde 1-3 kg arasında ağırlık kaybı meydana geldiği, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'sinde herhangi bir ağırlık kaybı olmadığı saptanmıştır.

- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların son 3 ay içerisindeki ağırlık kaybı durumları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Evde sağlık hizmeti alan malnutrisyonlu yaşlıların %87,7'sinin yatak veya sandalyeye bağımlı olduğu, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %65,9'unun yataktan veya sandalyeden kalkabildiği fakat evden dışarı çıkamadığı, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların ise %66,7'sinin evden dışarı çıkabildiği tespit edilmiştir.
- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların hareketlilik durumları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Çalışmaya dahil edilen malnutrisyonlu yaşlıların 87,7'sinin son 3 ay içerisinde psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti olduğu, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %58,5'inin ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamının son 3 ay içerisinde psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti olmadığı saptanmıştır.
- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların son 3 ay içerisindeki psikolojik stres veya akut hastalık şikayetleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların bunama ve depresyon gibi nöropsikolojik problemleri arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

- Evde sağlık hizmeti alan malnutrisyonlu yaşlıların %54,8'inin baldır çevresi 31 cm'den az, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %95,1'inin ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların tamamının baldır çevresinin 31 cm veya daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
- Malnutrisyonlu, malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların baldır çevresi arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Evde sağlık hizmeti alan malnutrisyonlu yaşlıların %98,6'sının, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %70,7'sinin kan hemoglobin (g/dL) miktarlarının düşük, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %83,3'ünün ise kan hemoglobin (g/dL) miktarlarının normal seviyede olduğu saptanmış olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Malnutrisyonlu yaşlıların %93,2'sinin, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %78,0'ının kan hematokrit (%) oranlarının düşük, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'sinin kan hematokrit (%) oranlarının normal seviyede olduğu tespit edilmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).
- Evde sağlık hizmeti alan malnutrisyonlu yaşlıların %86,3'ünün, malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlıların %53,3'ünün, normal nutrisyonel durum gösteren yaşlıların %66,7'sinin kan CRP (mg/L) miktarının yüksek olduğu belirlenmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

5.2. Öneriler

Yaşlıların insan onuruna yakışır bir yaşam sürdürebilmesinde yalnızca devletin değil toplumu oluşturan tüm bireylerin ortak sorumluluğu vardır. Öncelikle sağlıklı yaşlanmaya yönelik toplumsal bilinç ve eğitim çalışmaları arttırılmalı, yaşlılar için evde sağlık ve bakım hizmetlerini de kapsayan sağlık, ekonomik ve toplumsal politikalar belirlenmeli, genel olarak yaşlı bakımı tüm yönleriyle tartışılmalı ve çözüm yolları aranmalıdır.

Yaşlanan Türkiye’de yaşlı sayısı ile birlikte artan sağlık ve bakım gereksiniminin evde sağlık hizmeti ile karşılanması ve bunun tüm ülkeye yaygınlaştırılması, hizmet sunumunda bakım standartlarının oluşturulması gerekmektedir. Bakım modelinin belirlenmesinin yanı sıra alt yapı ile gerekli insan gücünün planlanması da yapılmalıdır.

Evde sağlık hizmetlerinin etkin sunumunda koruyucu-önleyici, tedavi ve rehabilite edici hizmetlere ek olarak sosyal destek hizmetlerinin de multidisipliner şekilde verilmesinin anahtar rol oynayacağı düşünülmekle birlikte; evde sağlık hizmetlerinin ülkemiz için yeni bir hizmet alanı olması itibariyle uygulamanın sürekliliği, personel eğitimi ve denetimin sağlanması mekanizmaları geliştirilmelidir.

Morbidite ve mortalite üzerinde oldukça önemli etkisi olan malnutrisyon çoğu zaman üzerinde durulmayan ve gözden kaçan önemli bir faktördür. Yaşlılarda malnutrisyon; azalmış kavrama gücü, depresif durum, yüksek enfeksiyon prevalansı ve kötü klinik sonuçlarla ilişkili olmakla beraber stres ve fiziksel bağımlılık varlığı nedeniyle genellikle sağlık ve beslenme durumlarında hızlı bir düşüş görülmektedir. Bu nedenle malnutrisyon gelişmiş veya gelişme riski olan yaşlıların beslenme durumları üzerine yoğunlaşmak gerekmektedir.

Yaşlıların beslenme durumunun değerlendirilmesinde anamnez, diyet öyküsü (24 saatlik besin tüketimi, besin tüketim sıklığı, besinlerin tür ve miktarı, enerji ve

besin ögesi içerikleri ile bireylerin beslenme alışkanlıkları, sosyoekonomik düzeyleri, fiziksel aktivite durumları vb.), fizik muayene, antropometrik ölçümler ve beslenme durumlarını gösteren biyokimyasal parametrelerin rutin olarak incelenmesine ek olarak; uluslararası düzeyde geçerliliği olan, objektif ve spesifik ölçek ya da testlerin kullanılması gerekmektedir.

Bu bağlamda diyetisyenler, yaşlı bireylerde optimal beslenmenin sağlanmasına ek olarak, tıbbi beslenme tedavisi uygulamaları ile evde sağlık hizmetlerine gereksinim duyan her yaşlının sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi ile yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik önemli katkılarda bulunmalıdır. Diyetisyenler evde sağlık hizmetleri kapsamında yer alması gereken beslenme hizmetleri ile gerek ekip içerisinde yer alan diğer sağlık personellerinin gerekse informal türde sağlık veya bakım hizmeti sunan aile üyelerine beslenme ve enteral-parenteral beslenme tedavisi konularında eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeli, evde sağlık hizmeti alan yaşlıların beslenme durumlarını değerlendirmeli, düzenli olarak kontrollerini yapmalı, malnutrisyonlu veya malnutrisyon açısından risk altında olan yaşlılara diyet önerilerinde bulunarak beslenme desteği sağlamalıdır.

Diyetisyenler evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylere sunulan tıbbi beslenme tedavisi uygulamalarının merkezinde yer almalı, konu ile ilgili bilimsel toplantı veya konferanslara katılmalı, geriatric yaş grubuna yönelik ulusal plan, program ve politikaların geliştirilmesinde aktif olarak görev almalıdır. Diyetisyenlerin de yer aldığı multidisipliner ekip ile evde sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli bir şekilde sunulacağı yadsınamaz bir gerçektir.

ÖZET

Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu araştırma Ağustos-Ekim 2016 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti Birimi'ne kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri 40 erkek ve 80 kadın toplam 120 yaşlı üzerinde yürütülmüştür. Araştırma verileri anket formu ile yaşlılar veya vasileri ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlılara uygulanan anket formu; yaşlılara ilişkin genel bilgileri, yaşlıların genel beslenme alışkanlıklarını, rutin olarak bakılan biyokimyasal parametreleri ve Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA-SF) ölçeği ile yaşlıların malnutrisyon durumlarının değerlendirilmesini içermiştir. Yaşlıların ortalama yaşları 81,3±8,3 yıldır. Yaşlıların %85,8'inin ağızdan, %14,2'sinin ise enteral (Perkütan Endoskopik Gastrostomi+Nazogastrik /PEG+NG) yolla beslendiği; ağızdan beslenen yaşlıların ise %65,0'nun katı besinler, %31,1'inin ise sıvı besinler tükettiği belirlenmiştir. Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %93,3'ünün beslenme sorunu yaşadığı, %81,7'sinin protez (takma) diş kullandığı, %40,0'nin sindirim sorunu yaşadığı, %88,3'ünün tat duyusunun, %87,5'inin ise koku duyusunun azaldığı saptanmıştır. Ağızdan beslenen yaşlıların %25,2'sinde, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların ise %70,6'sında şu an deride hassaslık veya yara bulunmaktadır. Ayrıca ağızdan beslenen yaşlıların %34,6'sı 6 aydır, enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların ise %33,3'ü 12 aydır bu şikayetin devam ettiğini bildirmiştir. Yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirilmesi MNA-SF ile yapılmış olup; buna göre yaşlıların %60,8'inin malnutrisyonlu, %34,2'sinin malnutrisyon açısından risk altında ve %5,0'inin normal nutrisyonel durum gösterdiği saptanmıştır. Ağızdan ve enteral (PEG+NG) beslenen yaşlıların ortalama MNA-SF puanları sırasıyla 6,69±3,30 ve 2,88±2,17 (p<0,05); malnutrisyon prevalansı da %76,7 ve %23,3 (p<0,001) olup bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Malnutrisyonlu yaşlıların; malnutrisyon açısından risk altında olan ve normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre %98,6'sının kan hemoglobin, %93,2'sinin kan hematokrit değerinin düşük, %86,3'ünün kan CRP değerinin ise yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001). Ayrıca malnutrisyonlu yaşlıların ortalama serum potasyum ve kalsiyum değerlerinin normal nutrisyonel durum gösteren yaşlılara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlıların ciddi sağlık sorunlarının olduğu, yüksek kronik hastalık prevalansına ek olarak geriatrik yaş grubunda beslenme sorunu, tat, koku, iştah duyularında azalma, öğün atlama, protez diş kullanımı, yatağa bağımlılık ve deride hassaslık veya bası yarası varlığının beslenme durumunu olumsuz yönde etkilediği ve malnutrisyon veya malnutrisyon riskini arttırdığı saptanmıştır. Evde sağlık hizmeti alan yaşlıların beslenme durumları, ekip içerisinde mutlaka yer alması gereken diyetisyenler tarafından değerlendirilmeli ve bu konuda daha kapsamlı bilimsel çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Beslenme, Evde Sağlık Hizmetleri, Malnutrisyon, MNA-SF, Yaşlı

SUMMARY

Assessment of Nutritional Status of Elderly Getting Home Health Care Services

This research was conducted on 120 elderly individuals (40 men and 80 women) aged 65 and over, registered T.C. Ministry of Health Samandag State Hospital Home Health Care Unit between August-October 2016. Survey data were collected using a questionnaire and face-to-face interviews with elderly individuals or their custodians. The questionnaire form applied to elderly people participating in research consists of general information about elderly, general nutritional habits of elderly, routine biochemical parameters and assessment of malnutrition of elderly evaluated by Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) scale. The average age of elderly is $81,3 \pm 8,3$ years. It was determined that 85,8% of elderly were fed by mouth and 14,2% by enteral solution (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy+Nasogastric/PEG+NG); 65,0% of elderly fed orally consumed solid foods and 31,1% consumed liquid foods. 93,3% of elderly who getting home health care services had nutritional problems, 81,7% used prosthetic dentures, 40,0% have digestive problems, 88,3% of them felt less sense of taste, 87,5% of them reported sense of smell decreased. 25,2% of elderly who are fed orally and 70,6% of elderly who are fed enteral (PEG+NG) have deep sensitivity or pressure wounds. In addition, 34,6% of elderly who are fed orally for 6 months and 33,3% of elderly who are fed enteral (PEG+NG) have reported this complaint has continued for 12 months. Assessment of nutritional status of elderly was evaluated by MNA-SF and according to this scale 60,8% of elderly were malnourished, 34,2% were at risk for malnutrition and 5,0% had normal nutritional status. Mean MNA-SF scores of oral and enteral (PEG+NG) fed elderly were $6,69 \pm 3,30$ and $2,88 \pm 2,17$ ($p < 0,05$); prevalence of malnutrition was 76,7% and 23,3% ($p < 0,001$), respectively, these differences were statistically significant. It was determined 98,6% and %93,2 of malnourished elderly, compared to those who are at risk for malnutrition and have normal nutritional status, were found to have lower blood hemoglobin and hematocrit respectively; and 86,3% of malnourished elderly had high CRP ($p < 0,001$). In addition, mean serum potassium and calcium values of malnourished elderly were found to be lower than those of elderly who showed normal nutritional status. In this study, it was determined that elderly who get home health care services have serious health problems and in addition to high prevalence of chronic diseases, nutritional problems in geriatric age group, decreasing in taste, smell, appetite, skipping meals, using prosthetic dentures, bed-dependence and deep sensitivity or pressure injury affected nutritional status negatively and increased risk of malnutrition or malnutrition. Nutritional status of elderly who get home health care services should be assessed by dietitians who should take part in the team and more comprehensive scientific studies are needed.

Key words: Elderly, Home Health Care Services, Malnutrition, MNA-SF, Nutrition

KAYNAKLAR

- ACAR-TEK N, ÜLGER Z (2013). Nütrisyonel Tarama Yöntemleri ve Değerlendirme. (Ed.: ARIÖĞUL S) *Yaşlıda Malnutrisyon ve Tedavisi*. s.: 177-189, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara.
- ADIGÜZEL E (2016). Evde bakım hizmeti alan bireylerde beslenme durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve evde bakım hizmetleri kapsamında diyetisyenin rolü. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Linsans Tezi, Ankara.
- ADOLFSSON O, MEYDANI SN (2002). Nutrition and the aging immune response. *Nutrition and Aging*, **6**: 207-221.
- AHMED T, HABOUBI N (2010). Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clinical Interventions in Aging*, **5**: 207-216.
- AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI (1983). Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu. <http://mevzuat.meb.gov.tr/html/132.html> Kabul Tarihi: 24/05/1983 Resmi Gazete Tarihi: 27.5.1983 Resmi Gazete Sayısı: 18059.
- AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI (2014). Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Kitabı. Eylül, s.:11-15.
- AKADEMİK GERİATRİ DERNEĞİ (AGD) (2013). Yaşlılarda Malnutrisyon Kılavuzu. (Ed.: ARIÖĞUL S) Ankara, 22.01.2013, s.:20-25.
- AKDEMİR N (2004). Yaşlı Bireye Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler. 3. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, Marmaris. s.: 86-88.
- AKDEMİR N, BOSTANOĞLU H, YURTSEVER S, KUTLUTÜRKAN S, KAPUCU S, ÖZER ZC (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, **38(1)**: 57-65.
- AKGÜN S, BAKAR C, BUDAKOĞLU İ (2004). Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. *Türk Geriatri Dergisi*, **7(2)**: 105-110.
- AKIYAMA A, HANABUSA H, MIKAMI H (2011). Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **52(2)**: e85-e88.
- AKSOY H, KAHVECİ R, ŞENCAN İ, KASIM İ, ÖZKARA A (2015). Historical progression and implementation of home care services. *Turkish Medical Journal*, **7(1)**: 118-123.

- AKSOYDAN E (2006). Ankara’da kendi evinde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık ve beslenme durumları. *Turkish Journal of Geriatrics*, **9(3)**: 150-157.
- AKSOYDAN E (2008). Yaşlılık ve Beslenme. Şubat–2008 Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726, Klasmat Matbaacılık, s.: 11-25.
- AKSU T, FADİLOĞLU Ç (2010). Yaşlılıkta evde bakıma güncel yaklaşımlar: “Telefon zinciri yöntemi ve kurtarıcı servisler teknolojisi”. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2(3)**: 119-25.
- AKYILDIZLAR E (2007). Kocaeli’nde bulunan üç farklı huzurevindeki yaşlıların beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Besin Analizleri ve Beslenme Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Gaziantep.
- ALACA R, HAZNECİ B, GÖKTEPE S, GÜNDÜZ Ş, KALYON TA (2001). Spinal kord hasarlılarda bası yarası gelişimi için risk faktörleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, **43**: 259.
- ALLARD JP, AGHDASSI E, MCARTHUR M, MCGEER A, SIMOR A, ABDOLELL M (2004). Nutrition risk factors for survival in the elderly living in canadian long-term care facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, **52(1)**: 59-65.
- ALLISON S (2002). Institutional feeding of the elderly. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, **5(1)**: 31-34.
- AMARANTOS E, MARTINEZ A, DWYER J (2001). Nutrition and quality of life in older adults. *The Journals of Gerontology series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **56(2)**: 54-64.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION/AMERICAN ACADEMY OF HOME CARE PHYSICIANS (AMA/AAHCP) (2007). Medical Management of the Home Care Patient, Guidelines for Physicians. p.:1-5.
- ANDERSON RN, SMITH BL (2005). Deaths: Leading causes for 2002. *National Vital Statistics Reports*, **53(17)**: 1-89.
- ANDERSSON I, SIDENVALL B (2001). Case studies of food shopping, cooking and eating habits in older women with Parkinson’s disease. *Journal of Advanced Nursing*, **35(1)**: 69-78.
- ANDRES E, FEDERICI L, SERRAJ K (2008). Update of nutrient deficiency anemia in elderly patients. *European Journal of Internal Medicine*, **19(7)**: 488-493.
- ANSTEY KJ, VON SANDEN C, SALİM A, O’KEARNEY R (2007). Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: A meta-analysis of prospective studies. *American Journal of Epidemiology*, **166(4)**: 367-378.

- APPEL LJ, SACKS FM, CAREY VJ, OBARZANEK E, SWAIN JF, MILLER ER, CHARLESTON J (2005). Effects of protein, monounsaturated fat, and carbohydrate intake on blood pressure and serum lipids: Results of the OmniHeart randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, **294(19)**: 2455-2464.
- ARINZON Z, SHABAT S, SHUVAL I, PEISAKH A, BERNER Y (2008). Prevalence of diabetes mellitus in elderly patients received enteral nutrition long-term care service. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **47(3)**: 383-393.
- ARLI M, ŞANLIER N, DEMİREL H (2003). Yaşlılarda Stres ve Beslenme İlişkisi. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, Denizli, s.: 81-91.
- ARNAUD-BATTANDIER F, MALVY D, JEANDEL C, SCHMITT C, AUSSAGE P (2004). Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco-economic study. *Clinical Nutrition*, **23(5)**: 1096-1103.
- ARSLAN ÖZKUL S (2014). Evde bakım hastalarında beslenme durumunun değerlendirilmesi amacıyla metodolojik bir çalışma. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- ARSLAN P, RAKICIOĞLU N (2004). Beslenme Risk Taraması ve Yaşlı Beslenmesi. (Ed.: GÖKÇE KUTSAL Y). (GEBAM). *Yaşlılık Gerçeği*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, s.: 97-114.
- ARSLAN Ş, GÖKÇE KUTSAL Y (1999). Yaşlılarda özürüllüğün değerlendirilmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2(3)**: 103-114.
- ASLAN D (2008). Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Olmak ve Hastalıklardan Korunmak. (Ed.: GÖKÇE KUTSAL Y, ALTINOK T). (GEBAM). *Sağlıkla ve Üretken Yaşlanalım*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi GEBAM, İ. Aygül Ofset, s.: 11.
- ASLAN D, ERTEM M (2012). Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler. Palme Yayıncılık, Ankara, s.: 1-66.
- AYAR A, SÜRÜCÜOĞLU MS (2003). Ankara'da yaşayan yaşlıların beslenme alışkanlıkları ve sağlık durumları üzerine bir araştırma. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, Denizli, s.: 92-110.
- AYRALER A, AKAN H, HAYRAN O (2013). Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **17(3)**: 106-112.
- BAHAR A, PARLAR S (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2(4)**: 32-39.

- BAKLACIOĞLU HŞ, İÇAĞASIOĞLU A, YUMUŞAKHUYLU Y, TURGUT S, AKPINAR P, ÇOBAN RŞ (2011). Osteoporoz hastalarında kırığın yaşam kalitesine etkisi ve kırıkla ilişkili faktörler. *Göztepe Tıp Dergisi*, **26(1)**: 14-20.
- BARIŞ L, MİNÜROĞLU S, ÇORUH E, SUNAY H (2003). Türk erkek voleybol milli takımının somatotip özelliklerinin incelenmesi. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, **1(1)**: 53-56.
- BAŞBAKANLIK DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ BAŞKANLIĞI (2004). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.
- BAUER J, BIOLO G, CEDERHOLM T, CESARI M, CRUZ-JENTOFT AJ, MORLEY JE, VISVANATHAN R (2013). Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *Journal of the American Medical Directors Association*, **14(8)**: 542-559.
- BECK AM, OVESEN L (2002). Body mass index, weight loss and energy intake of old Danish nursing home residents and home-care clients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **16(1)**: 86-90.
- BEERS MH, BERKOW R (2000). The Merck Manual of Geriatrics. Whitehouse Station, Merck Research Laboratories, p.: 54-74.
- BEĞER T, ERDİNÇLER DS, ÇUNGURLU A (2009). Yaşlıda Diabetes Mellitus. *Akademik Geriatri Dergisi*, http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2009-01/html/2009-1-1-020-030.htm
- BENJAMIN AE (1992). An overview of in-home health and supportive services for older persons. In-home care for older people: Health and Supportive Services, p.: 9-52.
- BESARAB A, BOLTON WK, BROWNE JK, EGRIE JC, NISSENSON AR, OKAMOTO DM, GOODKIN DA (1998). The effects of normal as compared with low hematocrit values in patients with cardiac disease who are receiving hemodialysis and epoetin. *New England Journal of Medicine*, **339(9)**: 584-590.
- BİÇER S (1996). 60 yaş ve üzeri kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- BİLGE U, ELÇİOĞLU Ö, ÜNALACAK M, ÜNLÜOĞLU İ (2014). Türkiye’de yaşlı evde bakım hizmetleri. *Eurasian Journal of Family Medicine*, **3(1)**: 1-8.
- BİLGİLİ N, GÖZÜM S (2014). İnmeli hastaların evde bakımı: Bakım verenler için rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, **7(2)**: 128-150.
- BLAUM CS, FRIES BE, FIATARONE MA (1995). Factors associated with low body mass index and weight loss in nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **50(3)**: M162-M168.

- BOLIN K, LINDGREN B, LUNDBORG P (2008). Informal and formal care among single-living elderly in Europe. *Health Economics*, **17(3)**: 393-409.
- BONSANG E (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe?. *Journal of Health Economics*, **28(1)**: 143-154.
- BORSCH-SUPAN A, ALCSEER KH (2005). Health, aging and retirement in Europe: First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), p.:30-34.
- BOSTANKOLU Ö, ÖZTÜRK B, COŞKUN U, BÜYÜKBERBER S, BENEKLİ M (2008). Yaşlı hastalarda kanser kemoterapisi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, **3(18)**: 185-192.
- BOYOĞLU R, OKTAY S (2002). Hastane destekli evde bakım hizmetleri ve sunumu. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **12(49)**: 99-118.
- BOZCİĞEROĞLU RD, KARADAĞ A (2012). Determination of problems of the patients depending on enteral tube feeding at home and their interventions for those problems. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, **14(3)**: 15-26.
- BUCKLER DA, KELBER ST, GOODWIN JS (1994). The use of dietary restrictions in malnourished nursing home patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, **42(10)**: 1100-1102.
- CAFFREY C, SENGUPTA M, MOSS A, HARRIS-KOJETIN L, VALVERDE R (2011). National health statistics reports: Home health care and discharged hospice care patients: United States, 2000 and 2007, **38**: 1-28.
- CEREDA E (2012). Mini Nutritional Assessment. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, **15(1)**: 29-41.
- CHANG AM, HALTER JB (2003). Aging and insulin secretion. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, **284(1)**: E7-E12.
- CHAPMAN IM (2004). Endocrinology of anorexia of ageing. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, **18(3)**: 437-452.
- CHAPMAN M (2007). The anorexia of aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, **23(4)**:735-756.
- CHEN SH, ACTON G, SHAO JH (2010). Relationships among nutritional self-efficacy, health locus of control and nutritional status in older Taiwanese adults. *Journal of Clinical Nursing*, **19(15-16)**:2117-2127.
- CHERNOFF R (2001). Nutrition and health promotion in older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **56(2)**: 47-53.

- CHRISTENSEN K, DOBLHAMMER G, RAU R, VAUPEL JW (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *The Lancet*, **374(9696)**: 1196-1208.
- CLARK JM, BRANCATI FL, DIEHL AM (2003). The prevalence and etiology of elevated aminotransferase levels in the United States. *The American Journal of Gastroenterology*, **98(5)**: 960-967.
- CLARK M, BOURS GJJW, DEFLOOR T (2002). Summary report on the prevalence of pressure ulcers. *European Pressure Ulcer Advisory Panel Review*, **4(2)**: 49-57.
- COHENDY R, RUBENSTEIN LZ, ELEDJAM JJ (2001). The Mini Nutritional Assessment-Short Form for preoperative nutritional evaluation of elderly patients. *Aging Clinical and Experimental Research*, **13(4)**: 293-297.
- CORREA B, LEANDRO MERHI VA, FOGACA KP, OLIVEIRA M (2009). Caregiver's education level, not income, as determining factor of dietary intake and nutritional status of individuals cared for at home. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, **13(7)**: 609-614.
- CROGAN NL, PASVOGEL A (2003). The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **58(2)**: M159-M164.
- CRUZ-JENTOFT AJ, BAEYENS JP, BAUER JM., BOIRIE Y, CEDERHOLM T (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis report of the European working group on sarcopenia in older people. *Age and Ageing*, **39(4)**: 412-423.
- CUDDIGAN J, BERLOWITZ DR, AYELLO EA (2001). Pressure ulcers in America: prevalence, incidence, and implications for the future. *Advances in Skin & Wound Care*, **14(4)**: 208-215.
- ÇAKMAK B, AYDIN F Y, AKTAŞ İ, AKGÜN K, ERYAVUZ M (2004). Geriatrik hastalarda kas-iskelet sistemi hastalıkları. *Türk Geriatri Dergisi*, **7(4)**: 221-224.
- ÇATAK B, KILINÇ AS, BADILLIOĞLU O, SÜTLÜ S, SOFUOĞLU AE, ASLAN D (2012). Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Turkish Journal of Public Health*, **10(1)**: 13-21.
- ÇEKAL N (2006). Huzurevinde kalan yaşlıların beslenme servisi örgütünden memnuniyet durumları. *Aile ve Toplum Eğitim, Kültür ve Araştırma Dergisi*, **3(10)**: 43-53.
- ÇELİK ŞENOL S (2008). Yaşlının Bakımı. (Ed.: GÖKÇE KUTSAL Y, ALTINOK T) (GEBAM). *Sağlıkla ve üretken yaşlanalım*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi GEBAM, İ. Aygül Ofset, s.: 72-84.
- ÇEVİK A, BASAT O, UÇAK S (2014). Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri üzerine olan etkisinin irdelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, **2014(3)**: 31-37.

- ÇOBAN M, ESATOĞLU AE (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, **12(2)**: 109-120.
- DANIŞ MZ (2006). Evde bakım hizmetlerinin organizasyonunda sosyal hizmet uzmanlarının ekip içerisindeki sorumluluğu. 5. Ulusal Geriatri Kongresi Kitabı, Antalya, s.:111-115.
- DAWSON-HUGHES B, MITHAL A, BONJOUR JP, BOONEN S, BURCKHARDT P, FULEIHAN GH, YOSHIMURA N (2010). IOF position statement: vitamin D recommendations for older adults. *Osteoporosis International*, **21(7)**: 1151-1154.
- DE GROOT CP, VAN DEN BROEK T, VAN STAVEREN W (1999). Energy intake and micronutrient intake in elderly Europeans: seeking the minimum requirement in the SENECA study. *Age and Ageing*, **28(5)**: 469-474.
- DE OLIVEIRA TR, FRIGERIO ML (2004). Association between nutrition and the prosthetic condition in edentulous elderly. *Gerodontology*, **21(4)**: 205-208.
- DEMİRCİOĞLU Y, BULDUK S (2003). Elli yaş ve üzeri bireylerin diyet ürünleri kullanma durumları ve bu ürünlere yaklaşımlarını saptamaya yönelik bir araştırma. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, Denizli, s.: 167-175.
- DİŞCİGİL G, TEKİN N (2007). Geriatrik değerlendirme ve interdisipliner ekip. Aile hekimleri için geriatri el kitabı. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları. No:24, s.:10.
- DONINI LM, DE FELICE MR, TAGLIACCICA A, DE BERNARDINI L, CANNELLA C (2005). Nutritional status and evolution of pressure sores in geriatric patients. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, **9(6)**: 446-454.
- DONINI LM, SAVINA C, ROSANO A, CANNELLA C (2007). Systematic review of nutritional status evaluation and screening tools in the elderly. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, **11(5)**: 421-432.
- DORNER B (2010). Practice paper of the American Dietetic Association: Individualized nutrition approaches for older adults in health care communities. *Journal of the American Dietetic Association*, **110(10)**: 1554-1563.
- DREWNOWSKI A, EVANS WJ (2001). Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults summary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **56(2)**: 89-94.
- DUDZINSKI CS, HOMER EREKSON O, IEGERT AL (1998). Estimating an hedonic translog cost function for the home health care industry. *Applied Economics*, **30(9)**: 1259-1267.

- DURGA J, VAN BOXTEL MP, SCHOUTEN EG, KOK FJ, JOLLES J, KATAN MB, VERHOEF P (2007). Effect of 3-year folic acid supplementation on cognitive function in older adults in the FACIT trial: a randomised, double blind, controlled trial. *The Lancet*, **369(9557)**: 208-216.
- ELLENBECKER CH, SAMIA L, CUSHMAN MJ, ALSTER K (2008). Patient safety and quality in home health care. *An Evidence-Based Handbook for Nurses*, **13(1)**:301-319.
- ELSNER RJ (2002). Changes in eating behavior during the aging process. *Eating Behaviors*, **3(1)**: 15-43.
- ERDİL F (2009). Yaşlanan toplum ve yaşlının evde bakımı. Erişim adresi: http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/23.pdf (Erişim tarihi: 20.05.2017).
- ERDİL F, ÇELİK ŞENOL S, BAYBUĞA SUBAŞI M. (2004). Yaşlılık ve Hemşirelik Hizmetleri. (Ed.: GÖKÇE KUTSAL Y) (GEBAM). *Yaşlılık Gerçeği*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, s.: 57-78.
- ERGÜN A, EROL S, YILDIZ A (2012). Mini nütrisyonel değerlendirme testine göre evde ve huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda malnutrisyon riski. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **21(1)**: 10-18.
- ESPEN (2003). EUROPEAN SOCIETY FOR CLINICAL NUTRITION AND METABOLISM. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, **22(4)**: 415-421.
- ESSED NH, STAVAREN WA, KOK FJ, GRAAF C (2007). No effect of 16 weeks flavor enhancement on dietary intake and nutritional status of nursing home elderly. *Appetite*, **48(1)**: 29-36.
- EVANS WJ (2010). Skeletal muscle loss: Cachexia, sarcopenia, and inactivity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **91(4)**: 1123S-1127S.
- EVANS WJ, MORLEY JE, ARGILES J, BALES C, BARACOS V (2008). Cachexia: A new definition. *Clinical Nutrition*, **27(6)**: 793-799.
- FADILLIOĞLU Ç (2006). İleri Geriatri Hemşireliği. (Ed.: FADILLIOĞLU Ç). *Yaşlılığın Önemi*. İzmir: Meta Basım, s.: 19-34.
- FEDER J, KOMISAR HL, NIEFELD M (2000). Long-term care in the United States: An overview. *Health Affairs*, **19(3)**: 40-56.
- FIALOVA D, TOPINKOVA E, GAMBASSI G, FINNE-SOVERI H, JONSSON PV, CARPENTER I (2005). Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *Journal of the American Medical Association*, **293(11)**: 1348-1358.

- FINKELSTEIN JA, SCHIFFMAN SS (1999). Workshop on taste and smell in the elderly: An overview. *Physiology & Behavior*, **66(2)**: 173-176.
- FOTHERBY MD, WILLIAMS JC, FORSTER LA, CRANER P, FERNS GA (2000). Effect of vitamin C on ambulatory blood pressure and plasma lipids in older persons. *Journal of Hypertension*, **18(4)**: 411-415.
- FRISONI GB, FRANZONI S, ROZZINI R, FERRUCCI L, BOFFELLI S, TRABLUCCHI, M (1994). A nutritional index predicting mortality in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, **42(11)**: 1167-1172.
- GALE CR, MARTYN CN, WINTER PD, COOPER C (1995). Vitamin C and risk of death from stroke and coronary heart disease in cohort of elderly people. *British Medical Journal*, **310(6994)**: 1563-1566.
- GARRY PJ, VELLAS BJ (1996). Aging and nutrition. *Present Knowledge in Nutrition*, **7**: 414-419.
- GENET N, BOERMA W, KRONEMAN M, HUTCHINSON A, SALTMAN RB (2012). Home care across Europe, The European observatory on health systems and policies/observatory studies series, 27. Brussels: WHO European Centre for Health Policy. p.:25-53.
- GİRGIN NK, KIRDAK T, KESKİN M, KERİMOĞLU D, KUTLAY O (2008). Evde enteral beslenme uygulanan olgulardaki deneyimlerimiz. *Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği Dergisi*, **36(2)**: 98-104.
- GÖKDOĞAN F, YILDIRIM Y, AYHAN F, ALPTEKER H, OCAK Z, CAN S (2008). Bir yaşlı merkezine kayıtlı kronik hastalığı olan yaşlıların evde bakım gereksinimleri. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, s.: 147.
- GUIGOZ Y, JENSEN G, THOMAS D, VELLAS B (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature-what does it tell us?/discussion. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, **10(6)**: 466-485.
- GUIGOZ Y, VELLAS B, GARRY PJ (1997). Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Research and Intervention in Geriatrics*, **4(2)**: 15-60.
- GÜLER N, AKAL Ç (2009). Sivas ilinde evde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **12(4)**: 181-189.
- HALİL M, ÜLGER Z, ARIÖĞÜL S (2011). Sarkopeniye yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **42(3)**: 123-132.

- HALLAJ FA (2015). Assessment of the nutritional status of residents in homes for the elderly in Lattakia, Syrian Arab Republic/Evaluation de l'etat nutritionnel des residents de maisons de retraite a Lattaquie (Republique arabe syrienne). *Eastern Mediterranean Health Journal*, **21(10)**: 753-761.
- HAN Y, LI S, ZHENG Y (2009). Predictors of nutritional status among community dwelling older adults in Wuhan, China. *Public Health Nutrition*; **12(08)**: 1189-1196.
- HICKSON M, FROST G (2003). A comparison of three methods for estimating height in the acutely ill elderly population. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, **16(1)**: 13-20.
- HIRSCH S, DE LA MAZA MP (2002). Functional changes in the gastrointestinal system. Karger Publishers, *Nutrition and Aging*, **6**: 97-108.
- HOLVOET P, KRITCHEVSKY SB, TRACY RP, MERTENS A, RUBIN SM, BUTLER J, HARRIS TB (2004). The metabolic syndrome, circulating oxidized LDL, and risk of myocardial infarction in well-functioning elderly people in the health, aging, and body composition cohort. *Diabetes*, **53(4)**: 1068-1073.
- HUANG YC, WONG Y, WUENG SL, CHENG CH, SU KH. (2001). Nutrient intakes and iron status of elderly men and women. *Nutrition Research*, **21(7)**: 967-981.
- HUG E, ÜNALAN H, KARAMEHMETOĞLU SS, TÜZÜN S, GÜRGÖZE M, TÜZÜN F (2001). Bir eğitim hastanesinde bası yarası prevalansı ve bası yarası gelişiminde etkili risk faktörleri. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, **47(6)**: 3-11.
- HUISMAN EJ, TRIP EJ, SIERSEMA PD, VAN HOEK B, VAN ERPECUM KJ (2011). Protein energy malnutrition predicts complications in liver cirrhosis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, **23(11)**: 982-989.
- JOHANSSON Y, BACHRACH-LINDSTROM M, CARSTENSEN J, EK AC (2009). Malnutrition in a home –living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, **18(9)**: 1354-1364.
- JONES B, HOLDEN C, STRATTON R, MICKLEWRIGHT A, DALZELL M (2008). Annual BANS Report 2008. Artificial Nutrition Support in the UK 2000-2007. *British Artificial Nutrition Survey*.
- JONHSON CS, BEGUM MN (2008). Adequacy of nutrient intake among elderly persons receiving home care. *Journal of Nutrition for the Elderly*, **27(1-2)**: 65-82.
- KAISER M, BAUER JM, RAMSCH C, UTER W, GUIGOZ Y, CEDERHOLM T (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, **13(9)**: 782-788.

- KALMIJN S, LAUNER LJ, OTT A, WITTEMAN J, HOFMAN A, BRETELER M (1997). Dietary fat intake and the risk of incident dementia in the Rotterdam Study. *Annals of Neurology*, **42(5)**: 776-782.
- KARABAĞ H (2007). Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KARADAĞ M (2006). Türk Silahlı Kuvvetleri’nde görevli hekim öğretim üyelerinin evde bakım hizmetleri konusundaki görüşleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- KARADAĞ M, GÜMÜŞKAYA N (2006). The incidence of pressure ulcers in surgical patients: A sample hospital in Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, **15(4)**: 413-421.
- KARADUMAN A, YİĞİTER K, ARAS Ö, YAKUT Y (2004). Yaşlılıkta Fiziksel Bağımsızlık ve Yaşam Kalitesi. (Ed.: GÖKÇE KUTSAL Y) *Yaşlılık Gerçeği*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, s.:79-96.
- KARAOĞLU N, KARAOĞLU MA (2009). Özel bir hastanenin dahiliye polikliniğinde yaşlı hastalıkları ile ilgili bir çalışma. *Turkish Journal of Geriatrics*, **12(3)**: 130-137.
- KEREM M, MERİÇ N, KIRDI A, CAVLAK U (2001). Ev ortamında ve huzurevinde yaşayan yaşlıların değişik yönlerden değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **4(3)**: 106-112.
- KESER A, YABANCI AYHAN N, BİLGİÇ P, TAYFUR M, ŞİMŞEK I (2015). Determination of dietary status as a risk factor of cardiovascular heart disease in Turkish elderly people. *Ecology of Food and Nutrition*, **54(4)**: 328-341.
- KESER A, YILDIRIM F (2017). Evaluation of the relationship between nutritional status and quality of life among nursing home residents with Alzheimer's disease. *In Improving the Quality of Life for Dementia Patients through Progressive Detection, Treatment, and Care*, IGI Global, (p.: 42-73).
- KIESSWETTER E, POHLHAUSEN S, UHLIG K, DIEKMANN R, LESSER S, UTER W, VOLKERT D (2014). Prognostic differences of the mini nutritional assessment short form and long form in relation to 1-year functional decline and mortality in community-dwelling older adults receiving home care. *Journal of the American Geriatrics Society*, **62(3)**: 512-517.
- KOÇOĞLU G, BİLİR N (2002). Aging 2002 International Action Plan (Yaşlanma 2002 Uluslararası Eylem Planı.) Hacettepe Üniversitesi. *Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi*.

- KRUIZENGA HM, WIERDSMA NJ, VAN BOKHORST MA, HOLLANDER HJ, JONKERS-SCHUITEMA CF, VAN DER HEIJDEN E (2003). Screening of nutritional status in the Netherlands. *Clinical Nutrition*, **22(2)**: 147-152.
- KULNIK D, ELMADFA I (2008). Assessment of the nutritional situation of elderly nursing home residents in Vienna. *Annals of Nutrition and Metabolism*, **52(1)**: 51-53.
- KUTSAL YG (2003). Yaşlanan dünya, yaşlanan toplum, yaşlanan insan. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **3-4**: 1-8.
- KUYUMCU ME (2010). Hastaneye yatan yaşlı hastaların nütrisyonel durumlarının belirlenmesi, malnutrisyon risklerinin saptanması ve yatış süresine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.
- KUYUMCU ME, YEŞİL Y, ÖZTÜRK ZA, HALİL M, ÜLGER Z ve ark (2013). Challenges in nutritional evaluation of hospitalized elderly; always with mini-nutritional assessment?. *European Geriatric Medicine*, **4(4)**: 231-236.
- KUZUYA M, KANDA S, KOIKE T, SUZUKI Y, SATAKE S, IGUCHI A (2005). Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. *Nutrition*, **21(4)**: 498-503.
- KWON J, SUZUKI T, KUMAGAI S, SHINKAI S, YUKAWA H (2006). Risk factors for dietary variety decline among Japanese elderly in a rural community: a 8-year follow-up study from TMIG-LISA. *European journal of Clinical Nutrition*, **60(3)**: 305-311.
- LAHMANN NA, HALFENS RJ, DASSEN T (2005). Prevalence of pressure ulcers in Germany. *Journal of Clinical Nursing*, **14(2)**: 165-172.
- LAMB CA, PARR J, LAMB EI, WARREN MD (2009). Adult malnutrition screening, prevalence and management in a United Kingdom hospital: cross-sectional study. *British Journal of Nutrition*, **102(04)**: 571-575.
- LAMY M, MOJON P, KALYKAKIS G, LEGRAND R, BUTZ-JORGENSEN E (1999). Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *Journal of Dentistry*, **27(6)**: 443-448.
- LANDI F, ÖNDER G, RUSSO A, BERNABEI R (2007). Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **44**: 217-223.
- LEE DH, FOLSOM AR, JACOBS DR (2004). Dietary iron intake and type 2 diabetes incidence in postmenopausal women: The Iowa Women's Health Study. *Diabetologia*, **47(2)**: 185-194.
- LEIBOVITZ A, BAUMOEHL Y, LUBART E, YAINA A, PLATINOVITZ N, SEGAL R (2007). Dehydration among long-term care elderly patients with oropharyngeal dysphagia. *Gerontology*, **53(4)**: 179-183.

- LEVEY AS, BOSCH JP, LEWIS JB, GREENE T, ROGERS N, ROTH D (1999). A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: A new prediction equation. *Annals of Internal Medicine*, **130(6)**: 461-470.
- LILAMAND M, KELAIDITI E, DEMOUGEOT L, ROLLAND Y, VELLAS B (2015). The Mini Nutritional Assessment-Short Form and mortality in nursing home residents--results from the INCUR study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, **19(4)**: 383-388.
- LOBO TG, RUIZ L M, PÉREZ DLCA (2009). Hospital malnutrition: Relation between the hospital length of stay and the rate of early readmissions. *Medicina Clinica*, **132(10)**: 377-384.
- LORCU F (2015). Örneklerle Veri Analizi SPSS Uygulamalı. (Ed.: LORCU F) Detay Yayıncılık. Ankara. s.: 102-186.
- LOCHS H, ALLISON SP, MEIER R, PIRLICH M, KONDRUP J, VAN DEN BERGHE G, PICHARD C (2006). ESPEN (EUROPEAN SOCIETY of CLINICAL NUTRITION and METABOLISM). Introductory to the ESPEN guidelines on enteral nutrition: Terminology, definitions and general topics. *Clinical Nutrition*, **25(2)**: 180-186.
- LOSONCZY KG, HARRIS TB, HAVLIK RJ (1996). Vitamin E and vitamin C supplement use and risk of all-cause and coronary heart disease mortality in older persons: The established populations for epidemiologic studies of the elderly. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **64(2)**: 190-196
- LUCHSINGER JA, TANG MX, SHEA S, MAYEUX R (2002). Caloric intake and the risk of Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, **59(8)**: 1258-1263.
- LUIS DA, IZAOLA O, CUELLAR LA, TERROBA MC, CABEZAS G, LA FUENTE B (2013). Experience over 12 years with home enteral nutrition in a healthcare area of Spain. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, **26(1)**: 39-44.
- LÜLECİ E, TAŞDEMİR M, EKER HH (2010). İstanbul'da huzurevlerinde yaşayan yaşlıların sigara ve alkol kullanım ve egzersiz yapma durumları. *Türk Geriatri Dergisi*, **13(Özel Sayı)**: 94.
- LYDER CH (2003). Pressure ulcer prevention and management. *Journal of the American Medical Association*, **289(2)**: 223-226.
- MACE NL, RABINS PV (2011). The 36-hour day: A family guide to caring for people who have Alzheimer disease, related dementias, and memory loss. Johns Hopkins University Press. p.: 165-192.
- MARIAN M, SACKS G (2009). Micronutrients and older adults. *Nutrition in Clinical Practice*, **24(2)**: 179-195.

- MARTINEZ ROLDAN C, VEIGA HERREROS P, COBO SANZ JM, CARBAJAL AZCONA A (2011). Assessment of the nutritional status of a group of people older than 50 years by means of dietary and body composition parameters. *Nutrición Hospitalaria*, **26(5)**: 1081-1090.
- MARTINEZ TOME MJ, RODRIGUEZ A, JIMENEZ AM, MARISCAL MA, GARCIA DIZ L (2011). Food habits and nutritional status of elderly people living in a Spanish Mediterranean city. *Nutrición Hospitalaria*, **26(5)**: 1175-1182.
- MARUYAMA T, GABAZZA EC, MORSER J, TAKAGI T, D'ALESSANDRO-GABAZZA C (2010). Community-acquired pneumonia and nursing home-acquired pneumonia in the very elderly patients. *Respiratory Medicine*, **104(4)**: 584-592.
- MARUYAMA T, NIEDERMAN MS, KOBAYASHI T, KOBAYASHI H, TAKAGI T (2008). A prospective comparison of nursing home-acquired pneumonia with hospital-acquired pneumonia in non-intubated elderly. *Respiratory Medicine*, **102(9)**: 1287-1295.
- MCKIE L, MACINNES A, HENDRY J, DONALD S, PEACE H (2000). The food consumption patterns and perceptions of dietary advice of older people. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, **13(3)**: 173-183.
- MCLEAN E, COGSWELL M, EGLI I, WOJDYLA D, DE BENOIST B (2009). Worldwide prevalence of anaemia, WHO vitamin and mineral nutrition information system, 1993–2005. *Public Health Nutrition*, **12(4)**: 444-454.
- MEYER KA, KUSHI LH, JACOBS DR, SLAVIN J, SELLERS TA, FOLSOM AR (2000). Carbohydrates, dietary fiber, and incident type 2 diabetes in older women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **71(4)**: 921-930.
- MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI (2013). Hemşirelik: Sinir Sistemi Hastalıkları ve Bakımı. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları. Ankara.
- MOLD JW, FRYER GE, ROBERTS AM (2004). When do older patients change primary care physicians?. *The Journal of the American Board of Family Practice*, **17(6)**:453-460.
- MOOIJART SP, GUSSEKLOO J, FROLICH M, JOLLES J, STOTT DJ, WESTENDORP RG, DE CRAEN AJ (2005). Homocysteine, vitamin B-12, and folic acid and the risk of cognitive decline in old age: the Leiden 85-Plus study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **82(4)**: 866-871.
- MORLEY JE (2013). Pathophysiology of the anorexia of aging. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, **16(1)**: 27-32.
- MORRIS MC, EVANS DA, BIENIAS JL, TANGNEY CC, WILSON RS (2004). Dietary fat intake and 6-year cognitive change in an older biracial community population. *Neurology*, **62(9)**: 1573-1579.

- MOSER M (2007). Hypertension treatment guidelines: is it time for an update?. *The Journal of Clinical Hypertension*, **9(1)**: 9-14.
- MUNCHUS G, ROBERTS V, RIVERS PA, GINGERICH BS (1999). The US home health care industry: Past, present, and future. *Home Health Care Management & Practice*, **11(5)**: 21-30.
- MURPHY MC, BROOKS CN, NEW SA, LUMBERS ML (2000). The use of the Mini-Nutritional Assessment (MNA) tool in elderly orthopaedic patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, **54(7)**: 555-562.
- MUSCARITOLI M, ANKER SD, ARGILES J, AVERSA Z, BAUER JM (2010). Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG)“cachexia-anorexia in chronic wasting diseases” and “nutrition in geriatrics”. *Clinical Nutrition*, **29(2)**: 154-159.
- MUSSO CG, OREOPOULOS DG (2011). Aging and physiological changes of the kidneys including changes in glomerular filtration rate. *Nephron Physiology*, **119(1)**: 1-5.
- NIEUWENHUIZEN WF, WEENEN H, RIGBY P, HETHERINGTON MM (2010). Older adults and patients in need of nutritional support: review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clinical Nutrition*, **29(2)**: 160-169.
- NORDENRAM G, LJUNGGREN G, CEDERHOLM T (2001). Nutritional status and chewing capacity in nursing home residents. *Aging Clinical and Experimental Research*, **13(5)**: 370-377.
- OĞLAK S (2007). Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Turkish Journal of Geriatrics*, **10(2)**: 100-108.
- OĞUZ MT (2007). Yaşlılarda görülen biyolojik ve sosyal değişimler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Antropoloji Anabilim Dalı Fizik Antropoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- OLIVEIRA MR, FOGACA KC, LEANDRO-MERHI VA (2009). Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. *Nutrition Journal*, **8(1)**: 54.
- OMRAN ML, MORLEY JE (2000). Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition*, **16(1)**: 50-63.
- ONGAN D, RAKICIOĞLU N (2015). Nutritional status and dietary intake of institutionalized elderly in Turkey: A cross-sectional, multi-center, country representative study. *Archives of Gerontology And Geriatrics*, **61(2)**: 271-276.
- ÖZDEMİR G, ERSOY G (2009). Yaşlanma Sürecinde Egzersiz ve Sağlıklı Beslenmenin Kazandırdıkları. Ankara: İlksan Matbaacılık, s.:42-49.

- ÖZER Ö, ŞANTAŞ F (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **3(2)**: 96-103.
- ÖZGÜNEŞ N (2013). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda beslenme durumunun taranması: Tarama testleri kıyaslaması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- ÖZKARA A, KASIM İ (2014). Evde bakım gerektiren hastalarda beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, **5(6)**: 56-60.
- ÖZKUL SA, ÜNALAN PC (2015). Yaşlı evde bakım hastasının beslenme durumu. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, **6(6)**: 28-34.
- ÖZTOP H, ŞENER A, GÜVEN S (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, **1(1)**: 39-49.
- PABLO MA, IZAGA MA, ALDAY LA (2003). Assessment of nutritional status on hospital admissions, nutritional scores. *European Journal of Clinical Nutrition*, **57(7)**:824-831.
- PATRICK JM, BASSEY EJ, FENTEM PH (1982). Changes in body fat and muscle in manual workers at and after retirement. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, **49(2)**: 187-196.
- PAULY L, STEHLE P, VOLKERT D (2007). Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, **40(1)**: 3-12.
- PAYETTE H, GRAY-DONALD K (1991). Dietary intake and biochemical indices of nutritional status in an elderly population, with estimates of the precision of the 7-d food record. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **54(3)**: 478-488.
- PEHLİVAN S, KARADAKOVAN A (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanınması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2(3)**:385-395.
- PEKCAN G (2012). Beslenme Durumunun Saptanması. (Ed.: BAYSAL A, AKSOY M, BESLER HT, BOZKURT N, KEÇECİOĞLU S, KUTLUAY MERDOL T, PEKCAN G, MERCANLIGİL SM). *Diyet El Kitabı*, Ankara: HatiboğluYayınevi, s.: 67-142.
- PEKTEKİN Ç, BATMAZ M, SÖNMEZ Y, SEVER AD, BUZLU S (1992). İstanbul il sınırları içerisinde değişik hastanelerde yatan hastalarda basınç yaralarının ve uygulanan hemşirelik bakımının nitel ve nicel durumu üzerine bir çalışma. Sivas: III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, s.: 364.
- PELCHAT ML, SCHAEFER S (2000). Dietary monotony and food cravings in young and elderly adults. *Physiology & Behavior*, **68(3)**: 353-359.

- PEREZ LLAMAS F, LOPEZ CONTRERAS HM, BLANCO MJ, LOPEZ AZORIN F (2008). Seemingly paradoxical seasonal influences on vitamin D status in nursing home elderly people from a Mediterranean area. *Nutrition*, **24(5)**: 414-420.
- PERISSINOTTO E, PISENT C, SERGI G, GRIGOLETTO F, ENZI G (2002). Anthropometric measurements in the elderly: Age and gender differences. *British Journal of Nutrition*, **87(2)**: 177-186.
- PETERS R, PETERS J, WARNER J, BECKETT N (2008). Alcohol, dementia and cognitive decline in the elderly: A systematic review. *Age and Ageing*, **37(5)**: 505-512.
- PINAR R (2010). Türkiye’de evde bakımda mevcut durum. *Akademik Geriatri Dergisi*, 153-156.
- POLAT Ş (2003). 60 yaş üstü bireylere bakım veren ailelerin yaşadığı güçlükler, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. 2. Ulusal Geriatri Kongre Kitabı, s.:144.
- PRESSOIR M, DESNE S, BERCHERY D, ROSSIGNOL G, POIREE B (2010). Prevalence, risk factors and clinical implications of malnutrition in French comprehensive cancer centres. *British Journal of Cancer*, **102(6)**: 966-971.
- RAKICIOĞLU N (2008). Yaşlıda Şişmanlık. Ankara: Klasmat Matbaacılık, s.: 5-19.
- RAKICIOĞLU N (2009). Yaşlılık Döneminde Malnutrisyonun Saptanması. (Ed: GÖKÇE KUTSAL Y). *Geriatri: Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım*. Ankara: Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını, s.: 115-20.
- RAKICIOĞLU N, ATTİLA S (2003). Yaşlılıkta Beslenme (Teknik Rapor No: 8). Ankara: Halk Sağlığı Kurumu Derneği, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, s.:16-17.
- RAKICIOĞLU N, ÇALIŞKAN D, ÖZÇİMEN S, NAKİLCİOĞLU H, PARLAK S, KAYA T (2005). Ankara’da huzurevi ve ev koşullarında yaşayan yaşlılarda beslenme alışkanlıklarının saptanması ve beslenme durumunun değerlendirmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, **33(2)**: 19-30.
- RANHOFF AH, GJOEN AU, MOWE M (2005). Screening for malnutrition in elderly acute medical patients: The usefulness of MNA-SF. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, **9(4)**: 221-225.
- REDDY M, GILL SS, ROCHON PA (2006). Preventing pressure ulcers: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, **296(8)**: 974-984.
- REEVES S, LEWIN S, ESPIN S (2010). A conceptual framework for interprofessional teamwork. *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, 57-76.

- REGIDOR DL, KOPPLE JD, KOVESDY CP, KILPATRICK RD, MCALLISTER CJ, ARONOVITZ J (2006). Associations between changes in hemoglobin and administered erythropoiesis-stimulating agent and survival in hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, **17(4)**: 1181-1191.
- RICCIO PA (2000). Quality evaluation of home nursing care: Perceptions of patients, physicians, and nurses. *Nursing Administration Quarterly*, **24(3)**: 43-52.
- RITCHIE C (2013). Geriatric nutrition: Nutritional issues in older adults. *Last literature review version, UpToDate® Retrieved*, **10(17)**: 1-27.
- ROBERTS SB (2002). Impaired regulation of energy intake in old age. *Nutrition and Aging*, **6**: 49-61.
- ROLLAND Y, LAUWERS-CANCES V, COURNOT M, NOURHASHEMI F, REYNISH W (2003). sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: A cross-sectional study. *Journal of the American Geriatrics Society*, **51(8)**: 1120-1124.
- ROUBENOFF R, HARRIS TB, ABAD LW, WILSON PW (1998). Monocyte cytokine production in an elderly population: effect of age and inflammation. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **53(1)**: M20-M26.
- RUBENSTEIN LZ, HARKER JO, SALVA A, GUIGOZ Y, VELLAS B (2001). Screening for undernutrition in geriatric practice developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **56(6)**: M366-M372.
- SACKS GS, DEARMAN K, REPLOGLE WH, CORA VL, MEEKS M (2000). Use of subjective global assessment to identify nutrition-associated complications and death in geriatric long-term care facility residents. *Journal of the American College of Nutrition*, **19(5)**: 570-577.
- SAEIDLOU SN, MERDOL TK, MIKAILI P, BEKTAŞ Y (2011a). Assessment of the nutritional status and affecting factors of elderly people living at six nursing home in Urmia, Iran. *International Journal of Academic Research*, **3(1)**: 173-181.
- SAEIDLOU SN, MERDOL TK, MIKAILI P, BEKTAŞ Y (2011b). Assessment of the nutritional status of elderly people living at nursing homes in Northwest Iran. *International Journal of Academic Research*, **3(1)**: 463-472.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (1930). Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf> Resmi Gazete Tarihi : 06/05/1930 Resmi Gazete Sayısı :1489.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. <http://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html> Resmi Gazete Tarihi : 12.01.1961 Resmi Gazete Sayısı : 10705 Güncellenme Tarihi : 11/05/2009.

- SAĞLIK BAKANLIĞI (2004). Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi, Hastalık Yükü Final Raporu. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2005). Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 10.03.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25751.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2010). Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 1Şubat 2010 tarih ve 3895 sayılı makam oluru. Güncellenme Tarihi : 19.02.2016.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2010). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010 (Yayın No: 781). s: 39-51. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t3.pdf>
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2015a). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 27.02.2015 Resmi Gazete Sayısı : 29280.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2015b). Sağlık Bakanlığının Tarihçesi <http://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> Güncellenme Tarihi: 01.09.2015.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2015c). Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara 2016. s: 140-144.
- SAHYOUN NR, JACQUES PF, DALLAL G, RUSSELL RM (1996). Use of albumin as a predictor of mortality in community-dwelling and institutionalized elderly populations. *Journal of Clinical Epidemiology*, **49(9)**: 981-988.
- SAHYOUN NR, LENTZNER H, HOYERT D, ROBINSON KN (2001). Trends in causes of death among the elderly. *Aging Trends*, **1**: 1-10.
- SAKA B (2012). Yaşlı hastalarda malnutrisyon. *Klinik Gelişim*, **25**: 82-89.
- SAKA B, KAYA O, ÖZTÜRK GB, ERTEN N (2010). Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clinical Nutrition*, **29(6)**: 745-748.
- SAKA B, ÖZKULLUK H (2008). İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nutrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnutrisyonun diğer geriatric sendromlarla ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **50(3)**: 151-157.
- SARIKAYA D (2013). Geriatric hastalarda Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) testinin uzun ve kısa (MNA-SF) formunun geçerlilik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.

- SCHMID A, WEISS M, HESEKER H (2003). Recording the nutrient intake of nursing home residents by food weighing method and measuring the physical activity. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, **7(5)**: 294-295.
- SCHULMERICH SC, RIORDAN TJ, DAVIS ST (1996). Home Health Care Administration. New York: Delmar Publishers, p.:12-19.
- SECHER M, SOTO ME, VILLARS H, VAN KAN GA, VELLAS B (2007). The Mini Nutritional Assessment (MNA) after 20 years of research and clinical practice. *Reviews in Clinical Gerontology*, **17(4)**: 293-310.
- SEILER WO (2001). Clinical pictures of malnutrition in ill elderly subjects. *Nutrition*, **17(6)**: 496-498.
- SERES I, PARAGH G, DESCHENE E, FULOP T, KHALIL A (2004). Study of factors influencing the decreased HDL associated PON1 activity with aging. *Experimental Gerontology*, **39(1)**: 59-66.
- SEZER A, DEMİRBAŞ H, KADIOĞLU H (2015). Evde bakım hemşireliği: Mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **23(2)**: 160-165.
- SIEBER CC, CHARNEY P, CEDERHOLM T, VELLAS B (2006). Nutritional screening tools-How does the MNA® Compare? Proceedings of the session held in Chicago May 2-3, 2006 (15 years of Mini Nutritional Assessment)/Discussion. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, **10(6)**: 488-494.
- SLEE A, BIRCH D, STOKOE D (2015). The relationship of the skeletal muscle index and nutritional status in frail older hospital patients. *The Proceedings of the Nutrition Society*, **74(2)**: E154.
- SMITH A (2004). Nutrition in elderly women. *Women's Health Medicine*, **1(1)**: 34-37.
- SMITH GI, ATHERTON P, REEDS DN, MOHAMMED BS, RANKIN D, RENNIE MJ, MITTENDORFER B (2011). Dietary omega-3 fatty acid supplementation increases the rate of muscle protein synthesis in older adults: a randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **93(2)**: 402-412.
- SMITH T, MICKLEWRIGHT A, HIRST A, STRATTON R, BAXTER J (2011). Annual BANS Report, 2011 artificial nutrition support in the UK 2000–2010; a report by the British Artificial Nutrition Survey (BANS), a committee of BAPEN (The British Association for Parenteral and Enteral Nutrition).
- SODERSTROM L, ADOLFSSON ET, ROSENBLAD A, FRID H, SALETTI A (2013). Mealtime habits and meal provision are associated with malnutrition among elderly patients admitted to hospital. *Clinical Nutrition*, **32(2)**: 281-288.

- SOINI H, ROUTASALO P, LAGSTROM H (2004). Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, **58(1)**: 64-70.
- SOUMINEN M, MUURINEN S, ROUTASALO P, SOINI H, SUUR-USKI I, PEIPONEN A (2005). Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing home in Helsinki. *European Journal of Clinical Nutrition*, **59(1)**:578-583.
- STAAS JR WE, CIOSCHI HM (1991). Pressure sores--a multifaceted approach to prevention and treatment. *Western Journal of Medicine*, **154(5)**: 539.
- STABLER SP (1995). Screening the older population for cobalamin (vitamin B12) deficiency. *Journal of the American Geriatrics Society*, **43(11)**: 1290-1297.
- STAUSBERG J, KROGER K, MAIER I, SCHNEIDER H, NIEBEL W (2005). Pressure ulcers in secondary care: Incidence, prevalence, and relevance. *Advances in Skin & Wound Care*, **18(3)**: 140-145.
- STECHMILLER JK (2003). Early nutritional screening of older adults: Review of nutritional support. *Journal of Infusion Nursing*, **26(3)**: 170-177.
- STEELE CM, GREENWOOD C, ENS I, ROBERTSON C (1997). Mealtime difficulties in a home for the aged: Not just dysphagia. *Dysphagia*, **12(1)**: 43-50.
- SUBAŞI F (2008). Evde bakım verecek olan destek personelinin eğitim standartları. 2. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, s.: 99-101.
- SUBAŞI N, ÖZTEK Z (2006). Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: Evde bakım hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **5(1)**: 19-31.
- SULLIVAN DH, JOHNSON LE, BOPP MM (2004). Prognostic significance of monthly weight fluctuations among older nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **59(6)**: M633-M639.
- ŞANLIER N, YABANCI N (2006). Mini Nutritional Assessment in the elderly: Living alone, with family and nursing home in Turkey. *Nutrition & Food Science*, **36(1)**:50-58.
- ŞANLIER N, YAMAN M (2002). Ankara’da yaşayan yaşlıların sağlık ve beslenme durumları. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, **2(1)**: 29-40.
- TANNEN A, SCHUTZ T, SMOLINER C, DASSEN T, LAHMANN N (2012). Care problems and nursing interventions related to oral intake in German nursing homes and hospitals: A descriptive multicentre study. *International Journal of Nursing Studies*, **49(4)**: 378-385.
- TEKİN N, ALTUNBAŞ E, KARAHÜSEYİN A (2010). Alzheimer's disease care, treatment and follow up. *The Journal of Turkish Family Physician*, **1(1)**: 46-49.

- TEKİN N, ŞAHİN HA (2006). Birinci basamak hekimlerinin geriatrik hasta izlemindeki yeri: Geriatrik bakım merkezi örnekleri. *Sendrom Dergisi*, **18(11)**: 61-64.
- THOMSON BR (2009). Small intestinal disorders in the elderly. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, **23(6)**: 861-874.
- TORRA I BOU JE, LOPEZ JR, AGREDA JJS, CUERVO FM, SORIANO JV (2003). 1st National Study on Pressure Ulcer Prevalence in Spain. Epidemiology and defining factors for lesions and patients. *Gerokomos*, **14(1)**: 37-47.
- TRABULUS, S. VE ALTIPARMAK, M. R. (2011). Yaşlıda Hipertansiyon. (Ed.: BEĞER T). *Geriatrik Hasta ve Sorunları*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Görüntüleme Yöntemleri Sempozyumu, Dizi No: 75, İstanbul, s.: 113-146.
- TRACY RP, LEMAITRE RN, PSATY BM, IVES DG, EVANS RW, CUSHMAN M (1997). Relationship of C-reactive protein to risk of cardiovascular disease in the elderly. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, **17(6)**: 1121-1127.
- TSAI AC, CHANG TL, YANG TW, CHANG-LEE SN, TSAY SF (2010). A modified Mini Nutritional Assessment without BMI predicts nutritional status of community living elderly in Taiwan. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, **14(3)**: 183-189.
- TSAI AC, KU PY (2008). Population-specific Mini Nutritional Assessment effectively predicts the nutritional state and follow-up mortality of institutionalized elderly Taiwanese regardless of cognitive status. *British Journal of Nutrition*, **100(1)**:152-158.
- TUNA S (2007). Kanserli geriatrik hastalarda komorbidite ve klinik değerlendirme. *Türk Onkoloji Dergisi*, **22(4)**: 192-196.
- TURAN ÖS (2008). Evde izlemi yapılan kronik kardiyopulmoner hastaların evde bakım sürecinde tıbbi gereksinim düzeylerinin saptanması. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.
- TURHANOĞLU AD, GÜLER H, ÖZER C (2008). Yaşlı kadınlarda osteoporoz tedavisinin yaşam kalitesine etkisi. *Osteoporoz Dünyasından*, **14**: 7-11.
- TURHANOĞLU AD, SAKA G, KARABULUT Z, KILINÇ Ş, ERTEM M (2000). Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özürlülük ve kronik hastalık sıklığı. *Geriatrici*, **3(4)**: 146-150.
- TÜRKİYE BEYİN AKSİYON GRUBU (2014). Beyin Yılı 2014. Bülten Sayı:1 http://turkiyebeyinyili.org/wp-content/uploads/2014/01/noroloji_bulten.pdf Erişim Tarihi: 09.02.2017
- TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ (2004). Belediye Kanunu. Kanun No. 5215, Kabul Tarihi : 9.7.2004 <https://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5215.html>

- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2012). Sağlık Araştırması 2010 (Yayın No: 3654). http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/turkey_annex2_turkish_health_survey_2010.pdf Erişim Tarihi: 09.06.2017.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2015). İstatistiklerle Yaşlılar, 2014. Yayın Tarihi: 18.03.2015 Sayı:18620 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620> Erişim Tarihi: 20.05.2017.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU (2017). İstatistiklerle Yaşlılar, 2016. Yayın Tarihi: 16.03.2017 Sayı:24644 www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24644 Erişim Tarihi: 03.06.2017.
- UNAY K, DEMİRCAY E, AKAN K, SENER N (2005). Risk factors for osteoporosis in women having hip fractures after 60 years of age. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, **39(4)**: 295-299.
- UYANIK M, KARADUMAN A, CAN F (2006). Yaşlılarda Düşmeler, Kırıklar ve Önlenmesi, Osteoporoz Rehabilitasyonu. (Ed.: ARIÖĞÜL S, CANKURTARAN M, HALİL M, YAVUZ BB). *Geriatric ve Gerontoloji*. MN Medikal & Nobel Basım Yayın Ticaret ve Sanayi Ltd.Sti; s.: 339-353.
- UZUNDİKME F, ÇAKIROĞLU FP (2007). Yaşlılıkta Sebze-Meyve Tüketimi (Consumption of vegetables and fruit in the old age). Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, s.: 1-3.
- ÜLGER Z, HALİL M, KALAN I, YAVUZ BB, CANKURTARAN M (2010). Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. *Clinical Nutrition*, **29(4)**: 507-511.
- ÜNSAL A, DEMİR G (2010). Kırşehir il merkezindeki yaşlılarda kronik hastalık prevalansı ve ilaç tüketimi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **13(4)**: 244-251.
- ÜNSAR S, FINDIK Ü, KURT S, ÖZCAN H (2007). Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2(5)**: 89-106.
- VALENTINI L, SCHINDLER K, SCHLAFFER R, BUCHER H, MOUHIEDDINE M, STEININGER K (2009). The first nutritionDay in nursing homes: Participation may improve malnutrition awareness. *Clinical Nutrition*, **28(2)**: 109-116.
- VALUCK RJ, RUSCIN JM (2004). A case-control study on adverse effects: H2 blocker or proton pump inhibitor use and risk of vitamin B 12 deficiency in older adults. *Journal of Clinical Epidemiology*, **57(4)**: 422-428.
- VAN CAMPEN C, WOITTIEZ IB (2003). Client demands and the allocation of home care in the Netherlands. A multinomial logit model of client types, care needs and referrals. *Health Policy*, **64(2)**: 229-241.

- VAN HOUTVEN CH, NORTON EC (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of Health Economics*, **23(6)**: 1159-1180.
- VANDERWEE K, CLAYS E, BOCQUAERT I, GOBERT M, FOLENS B (2010). Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: A Belgian cross-sectional, multi-centre study. *Clinical Nutrition*, **29(4)**: 469-476.
- VATAN S, GENÇÖZ T (2004). Huzurevinde yaşayan sakinlerin kuruma yönelik düşünce ve beklentileri. *Kriz Dergisi*, **12(2)**: 19-32.
- VEDANTAM A, SUBRAMANIAN V, RAO NV, JOHN KR (2010). Malnutrition in free-living elderly in rural South India: prevalence and risk factors. *Public Health Nutrition*, **13(9)**: 1328-1332.
- VELLAS B, GUIGOZ Y, BAUMGARTNER M, GARRY PJ, LAUQUE S (2000). Relationships between nutritional markers and the Mini-Nutritional Assessment in 155 older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, **48(10)**: 1300-1309.
- VETTA F, RONZONI, S, TAGLIERI G, BOLLEA MR (1999). The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. *Clinical Nutrition*, **18(5)**: 259-267.
- VIKSTEDT T, SUOMINEN MH, JOKI A, MUURINENA S, SOINI H, PITKALA KH (2011). Nutritional status, energy, protein and micronutrient intake of older service house residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, **12(4)**: 302-7.
- VISCHER UM, PERRENOUD L, GENET C, ARDIGO S, REGISTE-RAMEAU Y (2010). The high prevalence of malnutrition in elderly diabetic patients: Implications for anti-diabetic drug treatments. *Diabetic Medicine*, **27(8)**: 918-924.
- VOLKERT D, BERNER YN, BERRY E, CEDERHOLM T, BERTRAND PC (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: geriatrics. *Clinical Nutrition*, **25(2)**: 330-360.
- VOLKERT D, PAULY L, SIEBER CC (2011). Prevalence of malnutrition in orally and tube-fed elderly nursing home residents in Germany and its relation to health complaints and dietary intake. *Gastroenterology Research and Practice*, **2011**: 1-10.
- VOLKERT D, SIEBER CC (2011). Protein requirements in the elderly. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, **81(23)**: 109-119.
- VOLPI E, CAMPBELL WW, DWYER JT, JOHNSON MA, JENSEN GL, MORLEY JE, WOLFE RR (2012). Is the optimal level of protein intake for older adults greater than the recommended dietary allowance?. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, **68(6)**: 677-681.
- VURAL BK, ZENCİR G, İNCİ FH (2012). Üç farklı yerleşim alanında yaşlıların beslenme durumunun karşılaştırılması. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, s:755-758. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/15.UHSK%20K%C4%B0TAP_14_10_12.pdf Erişim Tarihi: 08.06.2017

- WAKIMOTO P, BLOCK G (2001). Dietary intake, dietary patterns, and changes with age an epidemiological perspective. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **56(2)**: 65-80.
- WANG L, MANSON JE, BURING JE, LEE IM, SESSO HD (2008). Dietary intake of dairy products, calcium, and vitamin D and the risk of hypertension in middle-aged and older women. *Hypertension*, **51(4)**: 1073-1079.
- WASIK BH, BRYANT DM (2001). Home visiting: Procedures for helping families. Sage publications, Second Edition. A Historical Overview p.: 2-22.
- WHEAR R, ABBOTT R, THOMPSON-COON J, BETHEL A, ROGERS M, HEMSLEY A (2014). Effectiveness of meal time interventions on behavior symptoms of people with dementia living in carehomes: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, **15(3)**:185-193.
- WHO (2000). (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Home-based long-term care: report of a WHO study group (Vol. 898). World Health Organization. Geneva, p.:1-5.
- WHO (2003). (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Gender, Health and Ageing. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68893/1/a85586.pdf> Erişim Tarihi: 08.06.2017
- WHO (2004). (WORLD HEALTH ORGANIZATION) A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report. Volume 5. p.: 7-38
- WHO (2005). (WORLD HEALTH ORGANIZATION) Health21: The Health for all policy framework for the WHO European Region, 2005 update. European Health for All Series No. 6 p.: 34-36.
- WHO (2006). (WORLD HEALTH ORGANIZATION) Neurological disorders: Public health challenges. World Health Organization, p.: 140-150.
- WHO (2007). (WORLD HEALTH ORGANIZATION) Definition of an older or elderly person. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>(Erişim: 02.01.2017)
- WHO (2009). (WORLD HEALTH ORGANIZATION) Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, p.: 9-10.
- WIKBY K, EK AC, CHRISTENSSON L (2008). The two-step Mini Nutritional Assessment procedure in community resident homes. *Journal of Clinical Nursing*, **17(9)**: 1211-18.
- WOOLF AD, PFLEGER B (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, **81(9)**: 646-656.

- WU SJ, PAN WH, YEN NH, CHANG HY (2011). Trends in nutrient and dietary intake among adults and elderly: From NAHSIT 1993-1996 to 2005-2008. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, **20(2)**: 251-265.
- YABANCI AYHAN N, BİLGİÇ P, ŞİMŞEK I, TAYFUR M, HONGU N (2015). The determination of total energy and nutrient intake in older adults in Turkey. *Studies on Ethno-Medicine*, **9(3)**: 319-326.
- YAMAN M, ŞANLI N, YABANCI N (2003). Yaşlıların besin tercihleri ve etkileyen faktörler. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, Denizli, s.: 483-489.
- YAP KB, NITI M, NG TP (2007). Nutrition screening among home-dwelling older adults in Singapore. *Singapore Medical Journal*, **48(10)**: 911-916.
- YEH SS, SCHUSTER MW (2006). Epidemiology of malnutrition in the elderly. *Cachexia and Wasting: A Modern Approach*, p.: 365-368.
- YENTÜR E (2008). Evde enteral ve parenteral beslenme. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, **6(4)**: 28-33.
- YIKILKAN H, GÖRPELİOĞLU S, AYPAK C, UYSAL Z, ARIMAN OO (2013). Differences between rural and urban primary care units in Turkey: Implications on residents' training. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, **2(1)**: 15-19.
- YILMAZ M, SAMETOĞLU F, AKMEŞE G, TAK A, YAĞBASAN B, GÖKÇAY S (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, **11(3)**: 125-132.
- YÖRÜK S, ÇALIŞKAN T, GÜNDOĞDU H (2012). 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*, **1(1)**: 12-15.
- ZAPKA J, AMELLA E, MAGWOOD G, MADISSETTI M, GARROW D, BATCHELOR-ASELAGE M (2014). Challenges in efficacy research: the case of feeding alternatives in patients with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, **70(9)**: 2072-2085.
- ZHONG S, CHEN CN, THOMPSON LV (2007). Sarcopenia of ageing: Functional, structural and biochemical alterations. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, **11(2)**: 91-97.

EKLER

EK-1: Etik Kurul Raporu

EK-2: Hatay Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı

EK-3: Yaşlı Bireyler İçin Hazırlanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK-4: Hasta Vasileri İçin Hazırlanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK-5: Yaşlı Bireylere Uygulanan Anket Formu

EK-6: T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Laboratuvarı'nın Kabul Ettiği Referans Değerler



EK-1: Etik Kurul Raporu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLU			
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
İLAN	<input type="checkbox"/>	
YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No	Tarih
	No07-303-16	11 Nisan 2016

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İrfan SOYKAN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Seher DEMİRER	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Derste
Prof. Dr. Şule ŞENGÜL	Nefroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İnci İLHAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serap SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Zariye ŞENOCAK	Hukuk	A.Ü. Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İznil
Prof. Dr. Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	Karar
Doç. Dr. Süha YAĞCIOĞLU	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Derya ÖZTUNA	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İznil
Doç. Dr. Selami Koçak TOPRAK	Hematoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	Derste
Yrd. Doç. Dr. Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uz. Dr. Önder İLGİLİ	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Mühürbe SUTAY	İşletme	-	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet MELLİ

İmza:

Not: Etik kurul başkanının imzasının yer almadığı her sayfaya imza alınmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Nurcan YABANCI AYHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Beslenme ve Diyetetik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz: Kesitsel Araştırma					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Mehmet MELLİ
İmza:

ASLI GİBİDİR
İbrahim DURAN
Fakülte Sekreteri

14 Nisan 2016



ASLI GİBİDİR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-2: Hatay Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 15196423/772.02
Konu : Araştırma İzni

ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Arş. Gör. Çağdaş Salih MERİÇ'e ait "Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Birliğimize bağlı Samandağ Devlet Hastanesinde yapması; hastanemizde hizmeti aksatmayacak ve hastaneye ek mali külfet getirmeyecek şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına yönelik mevzuata aykırı olmaması, aydınlatılmış onam formunun kullanılması, çalışmanın Hasta Hakları ile ilgili yasal düzenlemelere uygun olarak yürütülmesi, hukuki sorumluluğun proje sahibinde olması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi koşuluyla 08.06.2016 tarih ve 5.5.5...sayılı komisyon kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim

Uzm. Dr. Ömer AKIN
Genel Sekreter

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı ile Aynıdır.

15.10.6/2016...
Erdal SAZIS
V.H.H.A.

Akasya Mah. 2. Etap Toki Evleri Arkası 87. Sok. Dış Kapı No: 15 Antakya /HATAY
Faks No:0 326 290 11 30

e-Posta:naime.danagoz@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://hatay.khb.saglik.gov.tr/

Bilgi için:Naime DANAGÖZ

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0326 290 11 41-45 / 1818

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 3948ee87-d796-4951-a697-5e975308eeffe kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3: Yaşlı Bireyler İçin Hazırlanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın adı: Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Sorumlu araştırmacı: Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN

Araştırmanın yürütüleceği yer: T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi
- Evde Sağlık Hizmetleri Birimi / Hasta Bakım Hizmetleri

Sayın gönüllü,

Günümüz dünyasında, ortalama yaşam süresinin uzaması ve yaşlı bireylerin hastane veya bakımevlerini tercih etmemeleri ile birlikte medikal desteklere ihtiyaç duyan yaşlı nüfusun artması; tıptaki ve teknolojideki gelişmelerin sağlık hizmetlerinin birçoğunun evde verilmesine olanak sağlaması; genel olarak hastanede yatış sürelerinin kısalması ve günü birlik cerrahinin artması gibi birçok etken evde bakımın önemini arttırmıştır. Ölüm oranı bakımından bağımsız bir risk faktörü olduğu kanıtlanan kötü beslenmenin; pek çok değişkene bağlı nedenleri, beraberinde önemli biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlar getirir. Diğer taraftan kötü beslenmenin sağlık profesyonelleri tarafından zor tanındığı ve büyük bir bölümünün tedavisiz bırakıldığı da yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz; size ait genel bilgilerinizi (yaş, cinsiyet, eğitim durumunuz, mesleğiniz vb.), sağlık durumunuzu, beslenme alışkanlıklarınızı, antropometrik ölçümlerinizi ve malnutrisyon risk durumunuzu öğrenmek için araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket formunda yer alan sorulara yanıt vermeniz istenecektir. Anket formu toplam 50 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular son 3 aydaki iştah ve ağırlık kaybı, hareketlilik, son 3 aydaki psikolojik stres ve ciddi hastalık, nöropsikolojik sorunlar ve beden kitle indeksini (BKİ) sorgulamaktadır. Anket formu, hastane ya da bakım evlerinde yaşlı hastaların beslenme durumlarını değerlendirebilmek için geliştirilmiş basit, hızlı, tamamlanması yaklaşık 5 dakika süren bir tarama aracıdır. Bu amaçla evde sağlık hizmeti ekibi ile birlikte ortak çalışılacak, araştırmacı sizinle yüzyüze görüşecek ve anket formunu doldurup beslenme durumunuzu değerlendirecektir. (Bilişsel durumu iyi olmayan yaşlı bireyler ile ilgili bilgiler hastanın vasisinden edinilecektir.) Antropometrik ölçüm olarak boy uzunluğunuz ile vücut ağırlığınız veya sadece baldır çevresi ölçümünüz alınacaktır. Bu ölçümler size rahatsızlık vermeyecektir. Araştırma kapsamında beslenme durumunuzu belirlemek için MNA-SF (Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form) ölçeği kullanılacaktır. Öncelikle MNA-SF ölçeği ile beslenme

durumunuzu belirlemek için anket formu uygulanacaktır. Daha sonra beslenme durumunuz ile biyokimyasal profiliniz arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı dosyanızda bulunan bazı kan parametrelerine bakılacaktır.

Araştırmaya 65 yaş ve üzeri ortalama 120 gönüllünün katılımı planlanmaktadır.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel bir duruma yol açmayacaktır. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır, sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırmanın bütçesi yardımcı araştırmacı Arş.Gör. Çağdaş Salih MERİÇ tarafından karşılanacaktır.

Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için yardımcı araştırmacı Arş.Gör. Çağdaş Salih MERİÇ'e danışabilirsiniz (Cep Tel: 0507 --- -- --). Size ait tüm anket ve ölçüm bilgileri gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir. Siz de istediğinizde size ait bilgilere, verilerin analizlerinden sonra ulaşabilirsiniz.

Çalışma Onayı

Ben.....

Araştırmanın gönüllü olur formunu okudum/sözlü olarak dinledim. Araştırma ile ilgili istediğim tüm açıklamalar yeterli yapılmıştır ve tüm sorularıma tatmin edici cevaplar verilmiştir. Araştırmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Katılımcının adı-soyadı

İmzası

Tarih:

Bu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmıştır ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının adı-soyadı

İmzası

Tarih:

Arş. Gör. Çağdaş Salih MERİÇ

EK-4: Hasta Vasileri İçin Hazırlanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA VASİLERİ İÇİN HAZIRLANMIŞTIR)

Araştırmanın adı: Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Sorumlu araştırmacı: Doç. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN

Araştırmanın yürütüleceği yer: T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi
- Evde Sağlık Hizmetleri Birimi / Hasta Bakım Hizmetleri

Sayın vasi,

Günümüz dünyasında, ortalama yaşam süresinin uzaması ve yaşlı bireylerin hastane veya bakımevlerini tercih etmemeleri ile birlikte medikal desteklere ihtiyaç duyan yaşlı nüfusun artması; tıptaki ve teknolojideki gelişmelerin sağlık hizmetlerinin birçoğunun evde verilmesine olanak sağlaması; genel olarak hastanede yatış sürelerinin kısalması ve günü birlik cerrahinin artması gibi birçok etken evde bakımın önemini arttırmıştır. Ölüm oranı bakımından bağımsız bir risk faktörü olduğu kanıtlanan kötü beslenmenin; pek çok değişkene bağlı nedenleri, beraberinde önemli biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlar getirir. Diğer taraftan kötü beslenmenin sağlık profesyonelleri tarafından zor tanındığı ve büyük bir bölümünün tedavisiz bırakıldığı da yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz; hastanıza ait genel bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği vb.), sağlık durumunu, beslenme alışkanlıklarını, antropometrik ölçümlerini ve malnutrisyon risk durumunu öğrenmek için araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket formunda yer alan sorulara yanıt vermeniz istenecektir. Anket formu toplam 50 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular hastanızın son 3 aydaki iştah ve ağırlık kaybı, hareketlilik, son 3 aydaki psikolojik stres ve ciddi hastalık, nöropsikolojik sorunlar ve beden kitle indeksini (BKİ) sorgulamaktadır. Anket formu, hastane ya da bakım evlerinde yaşlı hastaların beslenme durumlarını değerlendirebilmek için geliştirilmiş basit, hızlı, tamamlanması yaklaşık 5 dakika süren bir tarama aracıdır. Bu amaçla evde sağlık hizmeti ekibi ile birlikte ortak çalışılacak, araştırmacı sizinle yüzyüze görüşecek ve anket formunu doldurup hastanızın beslenme durumunu değerlendirecektir. Antropometrik ölçüm olarak boy uzunluğu ile vücut ağırlığı veya sadece baldır çevresi ölçümü alınacaktır. Bu ölçümler hastanıza rahatsızlık vermeyecektir. Araştırma kapsamında hastanızın beslenme durumunu belirlemek için MNA-SF (Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form) ölçeği kullanılacaktır. Öncelikle MNA-SF ölçeği ile hastanızın beslenme durumunu belirlemek için anket formu uygulanacaktır. Daha sonra hastanızın beslenme durumu ile biyokimyasal profili arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla;

hastanızın Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'ne kayıtlı dosyasında bulunan bazı kan parametrelerine bakılacaktır.

Araştırmaya 65 yaş ve üzeri ortalama 120 gönüllünün katılması planlanmaktadır.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Hastanızın araştırmada yer almasını reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayırabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da hastanızın yararına engel bir duruma yol açmayacaktır. Hastanızın bu araştırmada yer alması nedeniyle hastanıza hiçbir ödeme yapılmayacaktır, hastanızdan veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırmanın bütçesi yardımcı araştırmacı Arş.Gör. Çağdaş Salih MERİÇ tarafından karşılanacaktır.

Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için yardımcı araştırmacı Arş.Gör. Çağdaş Salih MERİÇ'e danışabilirsiniz (Cep Tel: 0507 --- -- --). Hastanıza ait tüm anket ve ölçüm bilgileri gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir. Siz de istediğinizde hastanıza ait bilgilere, verilerin analizlerinden sonra ulaşabilirsiniz.

Çalışma Onayı

Ben.....

Araştırmanın gönüllü olur formunu okudum/sözlü olarak dinledim. Araştırma ile ilgili istediğim tüm açıklamalar yeterli yapılmıştır ve tüm sorularıma tatmin edici cevaplar verilmiştir. Vasisi olduğum hastanın araştırmaya katılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

Hastanın adı-soyadı :

Hasta vasisinin adı-soyadı

İmzası

Tarih:

Bu araştırma ile ilgili yukarıda yer alan ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmıştır ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının adı-soyadı

İmzası

Tarih:

Arş. Gör. Çağdaş Salih MERİÇ

EK-5: Yaşlı Bireylere Uygulanan Anket Formu

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YAŞLI BİREYLERİN BESLENME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket No :

Tarih:

I - GENEL BİLGİLER

1. Yaş:.....yıl

2. Cinsiyet a. Erkek b. Kadın

3. Medeni Durumunuz a. Evli b. Bekar c. Boşanmış d. Dul

4. Eğitim Durumunuz

a. Okur – yazar değil b. Okur – yazar c. İlkokul mezunu
d. Ortaokul mezunu e. Lise ve dengi okul mezunu f.
Yüksekokul/Üniversite

5. Mesleğiniz nedir?

a. Çalışmıyor / Ev hanımı b. Emekli c. Serbest meslek d. Memur
e. Özel sektör f. İşçi g. Diğer(belirtiniz).....

6. Şu anda kiminle yaşıyorsunuz?

a. Tek başıma b. Eşimle c. Çocuklarımla
d. Eşim ve çocuklarımla e. Diğer akrabalarımla f. Diğer (Belirtiniz).....

7. Çocuğunuz var mı? a. Evet (sayısını belirtiniz)..... b. Hayır

8. Şu an evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

9. Sosyal Güvenceniz nedir?

a. Bağkur b. Emekli sandığı c. SSK d. Yeşil kart e. Özel sigorta
f. Yok

10. Herhangi bir hastalık\hastalıklarınız var mı? a. Evet b. Hayır

11. Cevabınız "Evet" ise belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

a. Şeker hastalığı b. Göğüs hastalıkları c. Hipertansiyon
d. Kalp-damar yetmezliği e. Kemik erimesi f. Romatizma
g. Böbrek hastalığı h. Kanser i. Kansızlık
j. Sindirim sistemi hastalıkları k. Nörolojik Hastalıklar m. Diğer
(Belirtiniz.....)

12. Her gün düzenli ilaç kullanıyor musunuz? a. Evet b. Hayır

13. Sigara içiyor musunuz? a) Hiç içmedim b) Eskiden içerdimadet şimdi içmiyorum

c)adet içiyorum

14. Eğer sigara içiyorsanız kaç yıldır sigara içiyorsunuz?yıl (içmiyorsanız boş bırakınız)

15. Alkol kullanıyor musunuz? a) Hiç içmedim b) Eskiden içerdimmL, şimdi içmiyorum

c)mL içiyorum

16. Eğer alkol kullanıyorsanız kaç yıldır alkol tüketiyorsunuz?yıl (içmiyorsanız boş bırakınız)

17. Şu an deride hassaslık ya da yara var mı? a. Evet (.....ay) b. Hayır

18. Önceden deride hassaslık ya da yara oldu mu? a. Evet (.....kez) b. Hayır

II. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

1. Şu an nasıl besleniyorsunuz? a. Ağızdan b. Enteral (.....) c. Parenteral

2. Enteral besleniyorsanız : Ürün adı..... Günde kez Ne kadar süredir?.....

3. Ağızdan besleniyorsanız a. Sıvı b. Püre c. Katı

4. Yemeklerinizi kim hazırlıyor? a. Kendim b. Eşim c. Çocuğum d. Bakıcı e. Diğer (.....)

5. Alışverişinizi kim yapıyor? a. Kendim b. Eşim c. Çocuğum d. Bakıcı e. Diğer (.....)

6. Aşağıdaki et türlerinden en çok hangisini tercih ediyorsunuz? a. Tavuk eti b. Balık eti c. Kırmızı et d. Diğer.....

7. Genelde hangi ekmeği tüketirsiniz?

a. Tüketmiyorum b. Beyaz ekme (tuzsuz) c. Beyaz ekme (normal) d. Kepekli ekme e. Diğer.....

8. Yemeğinizde tuzun nasıl olmasını istersiniz?

a. Tuzsuz b. Az tuzlu c. Normal d. Çok tuzlu

9. Genelde kaç öğün yemek yiyorsunuz? a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 ve daha fazla
10. Öğün atlar mısınız? a. Evet(belirtiniz)..... b. Hayır
11. Herhangi bir diyet uyguluyor musunuz? a. Evet (Belirtiniz)..... b. Hayır
12. Uyguluyorsanız bu diyeti kimden aldınız? *Eğer uygulamıyorsanız bu soruyu atlayınız.*
a) Doktor b)Diyetisyen c) Gazete-dergi d) Arkadaşlarımdan e) Diğer.....
13. Diyet uyguluyorsanız, bu diyetin adı nedir? *Eğer uygulamıyorsanız bu soruyu atlayınız.*
a. Diyabetik diyet b. Zayıflama diyet c. Tuzsuz diyet
d. Kolesterolü kısıtlı kalp koruma diyeti e. Diğer
14. Sindirim ile ilgili bir sorunuz var mı?
a.Yok b. Kabızlık c. Hemoroid d. İshal
15. Bir günde kaç bardak su içersiniz? Su bardağı
16. Tat duyunuzda bir değişiklik oldu mu? **Belirtiniz.**
a) Bir değişikli yok b) Azaldı c) Arttı
17. Koku almanızda bir değişiklik oldu mu? **Belirtiniz.**
a) Bir değişikli yok b) Azaldı c) Arttı
18. İştahınızı nasıl tanımlarsınız? a.Çok iyi b.İyi c.Orta d.Kötü e.Çok kötü
19. Ortalama gece uyku süreniz ne kadardır?saat dakika
20. Ortalama gündüz uyku süreniz kadardır?saat dakika
21. Protez(takma) dişiniz var mı? a.Evet b.Hayır
1. Bir kısmı kendi dişim bir kısmı protez 2. Alt 3. Üst 4. Hepsi
22. Eksik dişiniz var mı? a.Evet adet b.Hayır
23. Diş problemleriniz yemek yemenize engel oluyor mu?
a. Evet ama sadece katı besinlerde b. Evet hemen hemen tüm yiyeceklerde
c. Hayır
24. Beslenme sorunu yaşıyor musunuz? a. Evet b. Hayır
25. Bu durumda kimden destek alıyorsunuz?
a. Doktor b. Hemşire c. Diyetisyen d.Komşu-Akraba
e. Diğer (.....)

26. Fiziksel aktiviteniz genelde nasıldır ?

- a.** Günlük işlerimi kendim yardımsız yapabiliyorum **b.** Günlük işlerimi yapmakta zorluk çekiyorum **c.** Günün yarısını oturarak ve yatarak geçiyorum
d. Günün çoğunu oturarak geçiriyorum **e.** Yatağa bağımlıyım

27. Evde sağlık hizmetinden kaç aydır/yıldır faydalanıyorsunuz? ay/yıl

28. Evde sağlık hizmeti veren ekibin içerisinde beslenme uzmanlarının/diyetisyenlerin de bulunmasını ister misiniz? a. Evet b. Hayır

29. Bilgileri hastadan aldım **Refakatçiden aldım** **Yakınlık derecesi (.....)**

BİYOKİMYASAL BULGULAR

Açlık kan şekeri (mg/dL)		T. kolesterol (mg/dL)	
Total protein (g/dL)		Trigliserid (mg/dL)	
Albümin (g/dL)		HDL (mg/dL)	
Hemoglobin (g/dL)		LDL (mg/dL)	
HbA _{1c} (%)		Üre (mg/dL)	
Hematokrit (%)		CRP (mg/L)	
Sedimentasyon (mm/sa)		Kreatinin (mg/dL)	
AST (U/L)		LDH (U/L)	
ALT (U/L)		Demir (mg/dL)	
Sodyum (mmol/L)		Potasyum (mmol/L)	
Kalsiyum (mg/dL)		Ürik asit (mg/dL)	
Klor (mmol/L)		Folik asit (ng/mL)	
B ₁₂ vit. (pg/mL)			

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Ad: _____ Soyad _____
Cinsiyet _____ Yaş: _____ Ağırlık, kg: _____ Boy, cm: _____ Tarih: _____

Aşağıdaki soruları kutulara uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Tarama puanı için rakamları toplayın.

Tarama

A Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu?

- 0 = besin alımında şiddetli düşüş
1 = besin alımında orta derece düşüş
2 = besin alımında düşüş yok

B Son üç ay içindeki ağırlık kaybı durumu

- 0 = 3 kg'dan fazla ağırlık kaybı
1 = bilinmiyor
2 = 1-3 kg arasında ağırlık kaybı
3 = Ağırlık kaybı yok

C Hareketlilik

- 0 = yatak veya sandalyeye bağımlı
1 = yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor
2 = evden dışarı çıkabiliyor

D Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu?

- 0 = Evet 2 = Hayır

E Nöropsikolojik problemler

- 0 = ciddi bunama veya depresyon
1 = hafif düzeyde bunama
2 = hiçbir psikolojik problem yok

F1 Beden Kütle İndeksi (BKİ) (Vücut ağırlığı-kg)/(Boy'un metre)²

- 0 = BKİ 19'dan az (19 dahil değil)
1 = BKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil)
2 = BKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil)
3 = BKİ 23 ve üzeri

EĞER BKİ DEĞERİ YOKSA F1 SORUSU YERİNE F2 SORUSUNU CEVAPLAYIN.
F1 TAMAMLANDIYSA F2 SORUSUNA CEVAP VERMEYİN.

F2 Baldır Çevresi (BÇ) cm

- 0 = BÇ 31'den az
3 = BÇ 31 veya daha fazla

Tarama puanı

(En fazla 14 puan)

12-14 puan: Normal nütrisyonel durum
8-11 puan: Malnütrisyon riski altında
0-7 puan: Malnütrisyonlu

**EK-6: T.C. Sağlık Bakanlığı Samandağ Devlet Hastanesi Laboratuvarı'nın
Kabul Ettiği Referans Değerler**

Biyokimyasal Ölçüm	Referans Değerler
Açlık kan şekeri (mg/dL)	82-115
HDL-kolesterol (mg/dL)	>40
LDL-kolesterol (mg/dL)	<130
Total kolesterol (mg/dL)	130-200
Trigliserit (mg/dL)	<200
Hemoglobin (g/dL)	12,3-15,3
Hematokrit (%)	35-47
Üre (mg/dL)	16,6-48,5
Kreatinin (mg/dL)	0,7-1,2
CRP (mg/L)	0-5
AST (U/L)	0-32
ALT (U/L)	0-33
Sodyum (mmol/L)	136-145
Potasyum (mmol/L)	3,5-5,1
Kalsiyum (mg/dL)	8,8-10,2
Klor (mmol/L)	98-107
Ürik asit (mg/dL)	3,4-7
LDH (U/L)	135-214
Albumin (g/dL)	3,97-4,94
HbA ₁ C (%)	3,5-5,7
Folik asit (ng/mL)	3-17
B ₁₂ vitamini (pg/mL)	220-940
Sedimentasyon (mm/sa)	<20

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Çağdaş Salih
Soyadı: MERİÇ
Doğum yeri ve tarihi: Samandağ-01.01.1990
Medeni durumu: Bekar
Askerlik durumu: Tecilli
İletişim adresi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Altındağ/ ANKARA
e-mail: csmeric@ankara.edu.tr

II- Eğitimi

Yüksek Lisans: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. (2014 -....)
Lisans: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2013)
Lise: Hüseyin Özbuğday Anadolu Lisesi,
Antakya/HATAY (2009)

Yabancı dili: İngilizce

III- Mesleki Deneyimi

Diyetisyen: Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi-
Şölen Gıda San. ve Tic. A.Ş., Diyetisyen, (Özel) (2013)
T.C. Sağlık Bakanlığı Diyarbakır Halk Sağlığı Müdürlüğü, Diyetisyen, (Kamu)
(2013)
Araştırma Görevlisi: Gaziantep Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Beslenme
ve Diyetetik Bölümü (2014)
Ankara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Beslenme ve Diyetetik Bölümü
(2014-....)

VI- Bilimsel Çalışmaları

Yayınları

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler

1. **Meriç Çağdaş Salih**, Yabancı Ayhan Nurcan, Tokaç Nida, Yılmaz Hacı Ömer (2016). Anthropometric Measurements and Nutritional Status in Children Admitted to Neurology Endocrine and Oncology Service in Children Hospital. World Congress on Public Health and Nutrition, 6(1), 105-105., Doi: <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0711.C1.19>. March 10-12, 2016; Madrid, SPAIN. (Özet Bildiri/Poster) (Yayın No:2602094)
2. Yılmaz Hacı Ömer, Yabancı Ayhan Nurcan, **Meriç Çağdaş Salih**, Tokaç Nida (2016). Factors Affecting The Status of Obesity in School Age Children. World Congress on Public Health and Nutrition, 6(1), 74-74., Doi: <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0711.C1.018>. March 10-12, 2016; Madrid, SPAIN. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:2602088)
3. Tokaç Nida, Yabancı Ayhan Nurcan, Yılmaz Hacı Ömer, **Meriç Çağdaş Salih** (2016). Assesment of Osteoporosis Knowledge and Risk of Sedentary Female Bank Employees. World Congress on Public Health and Nutrition, 6(1), Doi: <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0711.C1.17>. March 10-12, 2016; Madrid, SPAIN. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum) (Yayın No:2602103)
4. **Meriç Çağdaş Salih**, Yılmaz Hacı Ömer, Yabancı Ayhan Nurcan (2017). Assessment of University Students' Thoughts About Functional Foods. 1st International Congress on Medical and Aromatic Plants:“Natural and Healthy Life”, p:103, Poster Session 4, Submission ID:568. May 10-12, 2017; Konya, TURKEY. (Özet Bildiri/Poster Sunum)
5. **Meriç Çağdaş Salih**, Yabancı Ayhan Nurcan, Yılmaz Hacı Ömer (2017). Black Cumins' Positive Effects on Health. 1st International Congress on Medical and Aromatic Plants:“Natural and Healthy Life”, p:764, Poster Session 5, Submission ID:636. May 10-12, 2017; Konya, TURKEY. (Özet Bildiri/Poster Sunum)
6. Yılmaz Hacı Ömer, Yabancı Ayhan Nurcan, **Meriç Çağdaş Salih** (2017). Buckwheat and Health Effects. 1st International Congress on Medical and Aromatic Plants:“Natural and Healthy Life”, p:785, Poster Session 5, Submission ID:666. May 10-12, 2017; Konya, TURKEY. (Özet Bildiri/Poster Sunum)

7. **Meriç Çağdaş Salih**, Yılmaz Hacı Ömer, Yabancı Ayhan Nurcan (2017). University Students' Life Quality and Some Nutritional Habits. 1st International Health Sciences Congress. Poster Session P-002. June 29-July 1, 2017; Aydın, TURKEY. (Özet Bildiri/Poster Sunum)
8. Yılmaz Hacı Ömer, **Meriç Çağdaş Salih**, Yabancı Ayhan Nurcan (2017). Evaluation of Adolescents' General Nutritional Habits. 1st International Health Sciences Congress. Poster Session P-001. June 29-July 1, 2017; Aydın, TURKEY. (Özet Bildiri/Poster Sunum)
9. Yılmaz Hacı Ömer, **Meriç Çağdaş Salih**, Yabancı Ayhan Nurcan (2017). Views of University Students About Turkish Cuisine Culture. International Congress on Cultural Heritage and Tourism (ICCHT – 2017). Code: A148. May 19-21, 2017; Konya, TURKEY. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)

Projelerde Yer Aldığı Görevler

1. Geleceğin Sağlık Personelinde Obezite Taraması ve Etki Eden Etmenler, ARAŞTIRMA PROJESİ, **Araştırmacı**, 09/11/2016 (Devam Ediyor) (ULUSAL)