



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN BİREYLERDE
BESLENME DURUMUNUN VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ
KAPSAMINDA DİYETİSYENİN ROLÜ**

EMRE ADIGÜZEL

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

ARALIK 2016



**EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN BİREYLERDE BESLENME
DURUMUNUN VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE
EVDE BAKIM HİZMETLERİ KAPSAMINDA DİYETİSYENİN ROLÜ**

Emre ADIGÜZEL

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

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ARALIK 2016

Emre ADIGÜZEL tarafından hazırlanan “EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN BİREYLERDE BESLENME DURUMUNUN VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ KAPSAMINDA DİYETİSYENİN ROLÜ” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Nilüfer ACAR TEK

Beslenme ve Diyetetik, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Başkan: Prof. Dr. Nevin ŞANLIER

Beslenme ve Diyetetik, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Üye: Yrd. Doç. Dr. Perim F. TÜRKER

Beslenme ve Diyetetik, Başkent Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum

Tez Savunma Tarihi: 21/12/2016

Jüri üyeleri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak uygun görülmüş olan bu tez Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

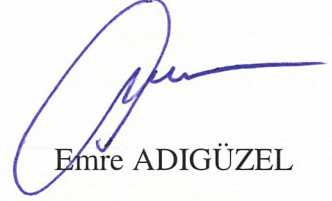
Prof. Dr. Mustafa ASLAN

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Emre ADIGÜZEL

21.12.2016

EVDE BAKIM HİZMETİ ALAN BİREYLERDE BESLENME DURUMUNUN VE YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE EVDE BAKIM HİZMETLERİ KAPSAMINDA
DİYETİSYENİN ROLÜ
(Yüksek Lisans Tezi)

Emre ADIGÜZEL

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Aralık 2016

ÖZET

Evde bakım hizmeti alan bireylerde beslenme durumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek ve evde bakım hizmetleri kapsamında diyetisyenlerin sağlık hizmeti sunumuna yönelik öneriler geliştirmek amacıyla yapılan bu çalışma 90 erkek (76,2±17,39 yıl), 119 kadın (75,8±13,43) toplam 209 evde bakım hastası üzerinde yürütülmüştür. Bireylerin beslenme durumunun değerlendirilmesinde MNA ve SNAQ testleri kullanılmıştır. Katılımcıların 24 saatlik geriye dönük besin tüketimleri de kaydedilmiştir. Yaşam kalitesi değerlendirmesi için ise SF-36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Bireylere ait MNA ve SNAQ puan ortalamaları sırasıyla 15,2±7,04 ve 1,6±2,00 olarak saptanmış ve cinsiyetlere göre önemli bir fark bulunmamıştır (p>0,05). MNA puanlarına göre erkeklerin %54,4'ü; kadınların %52,1'i malnütrisyonlu bulunmuştur. SNAQ puanlarına göre ise erkeklerin %28,9'unda; kadınların ise %25,2'sinde malnütrisyon saptanmıştır. Bireylerin %18,2'si nütrisyon desteği almaktadır. En sık rastlanan hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (%44,5), SVO (%25,8), kalp damar hastalığı (%23,9), diyabet (%21,5), demans (%20,6), kırıklar (%17,2) ve basınç ülseridir (%16,3). SVO, demans ve basınç ülseri MNA puanını anlamlı derecede düşürmekte iken, sadece basınç ülseri SNAQ puanını anlamlı derecede artırmaktadır (p<0,05). Yetersizliklerine en sık rastlanan besin öğeleri sırasıyla potasyum (%91,9), B1 vitamini (%46,4), magnezyum (%39,2), B6 vitamini (%38,3), C vitamini (%38,3), çinko (%36,4), toplam folat (%31,6) ve B12 vitaminidir (%30,1). SF-36 özet boyutlarından fiziksel bölüm puanları sosyodemografik özelliklere göre değişiklik göstermemektedir (p>0,05). Buna karşın mental bölüm puanları; yaş grubu, eğitim durumu ve sigara kullanım durumuna göre değişiklik göstermektedir (p<0,05). SF-36 özet skorları genel iştah durumu kötü olan bireylerde anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur (p<0,05). Ayrıca SF-36 alt ve özet puanlarının tamamı MNA ve MNA-SF puanları ile pozitif ilişkili bulunurken, SNAQ puanları ile negatif ilişkili bulunmuştur (p<0,05). Sonuç olarak katılımcılarda malnütrisyon prevalansı oldukça yüksek olup, malnütrisyonun önlenmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasında erken dönemde beslenme müdahalesi gereksinimi olduğu değerlendirilmiştir. Evde sağlık ve bakım hizmeti sunmakla görevli olan multidisipliner ekibe diyetisyenlerin dâhil edilmesi; malnütrisyon riskinin erken dönemde tespit edilmesi, beslenme tedavisi uygulanması, malnütrisyonun ve komorbiditenin önlenmesi, mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve maliyet etkinlik açısından önemli ve gereklidir.

Bilim Kodu : 1007
Anahtar Kelimeler : Evde bakım, Malnütrisyon, MNA, Yaşam kalitesi
Sayfa Adedi : 119
Danışman : Doç. Dr. Nilüfer ACAR TEK

EVALUATION OF NUTRITIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS
WHO RECEIVE HOME CARE SERVICE AND THE ROLE OF DIETITIAN WITHIN HOME
CARE SERVICES

(M. Sc. Thesis)

Emre ADIGÜZEL

GAZI UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

December 2016

ABSTRACT

This study, aimed to evaluate nutritional status and quality of life in individuals who receive home care service and to offer suggestions about health service provision of dietitians, was conducted on 209 home care patients (90 male and 119 female). MNA and SNAQ were used and 24 hour recall dietary assessment was registered for evaluation of nutritional status of participants. SF-36 health survey was used to evaluate quality of life. The mean MNA and SNAQ scores of participants were determined as $15,2 \pm 7,04$ and $1,6 \pm 2,00$ respectively and there were no statistically significant differences with regard to gender. According to the MNA scores, 54,4% of males and 52,1% of females were malnourished. Also according to the SNAQ scores, prevalence of malnourished males was 28,9% and the prevalence of malnourished females was 25,2%. Additionally 18,2% of participants were getting nutritional support. The most common illnesses of the participants were hypertension (44,5%), cerebrovascular events (25,8%), cardiovascular disease (23,9%), diabetes (21,5%), dementia (20,6%), fractures (17,2%) and pressure ulcers (16,3%) respectively. While patients with cerebrovascular event, dementia or pressure ulcer had lower MNA scores, only patients with pressure ulcer had higher SNAQ scores ($p < 0,05$). The most deficient nutrients were potassium (91,9%), vitamin B1 (46,4%), magnesium (39,2%), vitamin B6 (38,3%), vitamin C (38,3%), zinc (36,4%), total folate (31,6%) and vitamin B12 (30,1%) respectively. The physical section scores, one of the SF-36 sub scores, did not change according to sociodemographic characteristics ($p > 0,05$). On the other hand mental section scores changed according to age group, educational status and smoking ($p < 0,05$). Also SF-36 sub scores were significantly higher in individuals who have good appetite ($p < 0,05$). Whereas all SF-36 sub and summary scores were positively correlated with MNA and MNA-SF scores, there were negative correlations between SNAQ scores and all SF-36 sub and summary scores ($p < 0,05$). In conclusion, prevalence of malnutrition was quite high and it was detected that nutritional intervention in early period is needed for prevention of malnutrition and increasing quality of life. Participation of dietitians to the multidisciplinary team, tasked with provide people home health and care service, is necessary for detection of malnutrition risk, application of nutritional therapy, prevention of malnutrition and comorbidity, reduction of mortality, increasing quality of life and cost effectiveness.

Science Code : 1007
Key Words : Home care, Malnutrition, MNA, Quality of life
Page Number : 119
Advisor : Assoc. Prof. Dr. Nilüfer ACAR TEK

TEŞEKKÜR

Araştırmamın her safhasında bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren ve manevi desteklerini benden esirgemeyen çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Nilüfer ACAR TEK'e,

Araştırmanın yapılması hususunda, mevcut imkânlar dâhilinde gerekli kolaylığı sağlayan Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne,

Veri toplama sürecinde manevi destekleriyle yanımda olan Evde Sağlık Hizmetleri birim personeline,

Araştırmaya katılmayı kabul ederken bilimsel araştırmaları gönülden desteklediklerini bizzat bildiren, şifa dileklerimle her zaman yanlarında olduğum katılımcılara,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu süreçte de manevi destekleriyle beni yüreklendiren, bu günlere gelmemde büyük pay sahibi olan canım annem ve babama,

Kendisi de benim gibi tez çalışması sürecinde olan, her daim moral ve motivasyon kaynağım, canım kardeşime,

Can-ı gönülden teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı	3
2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Önemi	4
2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması	5
2.4. Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler	5
2.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi	7
2.6. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Mevzuat Tarihi.....	9
2.7. Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bakım Alma Nedenleri.....	12
2.8. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları.....	13
2.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları	15
2.10. Dünyada Evde Bakım Kapsamında Diyetisyenlik Hizmetleri.....	15
2.11. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Diyetisyenin Görevleri	17
2.12. Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerde Beslenme Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	18
2.12.1. Beslenme durumunun değerlendirilmesi.....	18
2.12.2. Yaşam kalitesi	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tipi ve Araştırma Yerinin Özellikleri	23

	Sayfa
3.2. Araştırmanın Örneklemi ve Dışlanma Ölçütleri	23
3.3. Etik Komisyon Onayı ve Aydınlatılmış Onam	24
3.4. Araştırma Süreci.....	24
3.5. Veri Toplama Araçları	25
3.5.1. Genel anket formu	25
3.5.2. Mini nütrisyonel değerlendirme (MNA)	26
3.5.3. Kısa nütrisyonel değerlendirme formu (SNAQ).....	29
3.5.4. 24 saatlik geriye dönük besin tüketimi	29
3.5.5. Kısa form-36 (SF-36) sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği	30
3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	31
3.7. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	31
4. BULGULAR	33
4.1. Bireylere Ait Genel Özellikler	33
4.2. Bireylere Ait Sağlık Problemleri.....	35
4.3. Bireylerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bilgiler	36
4.3.1. Bireylerin genel özelliklerine göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının değerlendirilmesi.....	42
4.3.2. Bireylerin MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre genel beslenme özellikleri ve nütrisyon desteği alma durumları	43
4.3.3. Bireylerin yaşları, birlikte yaşadıkları birey sayısı, ana ve ara öğün sayıları ve günlük su tüketim miktarları ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	46
4.3.4. Sık görülen hastalıklara göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puan ortalamaları ve MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre bireylerde sık görülen hastalıkların dağılımı.....	47
4.3.5. Bireylerin Günlük Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımlarına İlişkin Bilgiler	50
4.4. Bireylerin Biyokimyasal Parametrelerinin Değerlendirilmesi.....	55
4.4.1. Bireylere ait biyokimyasal bulguların MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre değerlendirilmesi.....	56

Sayfa

4.4.2. Bireylere ait biyokimyasal bulgular ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	59
4.5. Bireylerin SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Özet Puanlarına İlişkin Bilgileri	60
4.5.1. Bireylerin genel özelliklerine göre SF-36 özet puanlarının değerlendirilmesi	61
4.5.2. Bireylerin beslenme özelliklerine göre SF-36 özet puanlarının değerlendirilmesi	62
4.5.3. Bireylerin MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre SF-36 alt ve özet puanlarının değerlendirilmesi	63
4.5.4. Bireylerin MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları ile SF-36 alt ve özet puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi	66
5. TARTIŞMA	67
5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	67
5.2. Bireylerin Bakım Alma Nedenlerinin Değerlendirilmesi	69
5.3. Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığı ile İştah Durumlarının Değerlendirilmesi	70
5.4. Bireylerin Beslenme Durumu ve Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi	71
5.5. Bireylerin Sağlık Problemlerine Göre Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi	74
5.6. Bireylerin Günlük Enerji ve Besin Ögesi Alımlarının Değerlendirilmesi	76
5.7. Bireylerin Biyokimyasal Bulgularının Değerlendirilmesi	77
5.8. Bireylerin Yaşam Kalitesi Bulgularına Göre Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
KAYNAKLAR	89
EKLER	101
Ek-1. Araştırma İzin Yazısı	102
Ek-2. Etik Komisyon Onayı	104
Ek-3. Aydınlatılmış Onam Formu	106

	Sayfa
Ek-4. Veri Toplama Araçları	107
Ek-5. Yetişkin Bireyler İçin Biyokimyasal Parametrelerin Referans Aralıkları	117
ÖZGEÇMİŞ	118

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Bazı AB ülkelerinde evde sağlık ve sosyal hizmetlerin organizasyonu ..	7
Çizelge 3.1. Araştırmanın genel planı	24
Çizelge 3.2. Yaşa göre uygun BKİ değerleri	28
Çizelge 3.3. SF-36’da alt boyutlara göre soru sayılarının dağılımı.....	30
Çizelge 4.1. Bireylere ait genel özelliklerin cinsiyete göre dağılımı	33
Çizelge 4.2. Bireylere ait hastalık bilgileri.....	35
Çizelge 4.3. Bireylerin beslenme durumlarına ilişkin bilgiler	36
Çizelge 4.4. Bireylerin nütrisyonel destek durumları.....	37
Çizelge 4.5. Bireylerin cinsiyete göre ana ve ara öğün tüketim sayısının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	37
Çizelge 4.6. Bireylerin yaş gruplarına göre BKİ sınıflamaları.....	37
Çizelge 4.7. Yaş gruplarına göre erkek katılımcılara ait antropometrik ölçümlerin (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ) aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	38
Çizelge 4.8. Yaş gruplarına göre kadın katılımcılara ait antropometrik ölçümlerin (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ) aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	38
Çizelge 4.9. Bireylerin cinsiyete göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.....	39
Çizelge 4.10. Bireylere ait MNA, MNA-SF, SNAQ puanları, antropometrik ölçümler (BKİ, ÜOKÇ ve BÇ) ve SF-36 özet puanların korelasyonu (r)	40
Çizelge 4.11. Cinsiyete göre MNA, MNA-SF ve SNAQ sınıflamalarının dağılımı.....	40
Çizelge 4.12. MNA, MNA-SF ve SNAQ sınıflamalarının uyumu (κ).....	41
Çizelge 4.13. Hastanın beslenme durumu ile ilgili olarak hasta veya bakım verene yöneltilen soruların yanıtlarına göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	42
Çizelge 4.14. Katılımcıların genel özelliklerine göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	43
Çizelge 4.15. MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre bireylerin genel beslenme özelliklerinin dağılımı	45

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.16. Bireylerin nütrisyon desteği alma durumları ve nütrisyonel destek yollarına göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	46
Çizelge 4.17. Bireylerin yaşları, birlikte yaşadıkları bireylerin sayısı, ana ve ara öğün sayıları ile günlük su tüketim miktarlarının MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları ile korelasyonu (r)	47
Çizelge 4.18. Sık görülen hastalıklara göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.....	48
Çizelge 4.19. MNA sınıflamasına göre sık görülen hastalıkların dağılımı	49
Çizelge 4.20. SNAQ sınıflamasına göre sık görülen hastalıkların dağılımı.....	49
Çizelge 4.21. Bireylerin enerji ve besin ögeleri günlük alım aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.....	50
Çizelge 4.22. MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre enerji ve besin ögeleri günlük alım aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	52
Çizelge 4.23. Bireylerin TÜBER 2015'e göre günlük enerji, diyet posası ve mikro besin ögesi alım düzeyleri	53
Çizelge 4.24. Makro besin ögelerinin TÜBER 2015'e göre günlük enerji alımı karşılama düzeyleri	54
Çizelge 4.25. Enerji ve besin ögeleri günlük alım miktarları ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının korelasyonu (r)	55
Çizelge 4.26. Bireylerin referans değerlere göre biyokimyasal parametre düzeyleri	56
Çizelge 4.27. MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre biyokimyasal parametrelerin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.....	58
Çizelge 4.28. Bireylerin biyokimyasal bulguları ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının korelasyonu (r)	60
Çizelge 4.29. Bireylere ait SF-36 alt ve özet puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.....	61
Çizelge 4.30. Bireylerin genel özelliklerine göre SF-36 özet puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	62
Çizelge 4.31. Bireylerin beslenme durumlarına göre SF-36 özet puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	63
Çizelge 4.32. MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre SF-36 alt puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri	65

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.33. Bireylerin MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının SF-36 alt ve özet puanları ile korelasyonu (r)	66

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler	Açıklamalar
dL	Desilitre
g	Gram
kcal	Kilokalori
kg	Kilogram
κ	Kappa Katsayısı
m²	Metrekare
mg	Miligram
n	Sayı (number)
µg	Mikrogram
S	Sayı
SS	Standart Sapma
r	Korelasyon
$\bar{x}$	Ortalama
χ^2	Kikare
%	Yüzde

Kısaltmalar	Açıklamalar
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ALP	Alkalen Fosfataz
ALT	Alanin Aminotransferaz
ASPEN	Amerikan Parenteral ve Enteral Nutrisyon Topluluğu
AST	Aspartat Aminotransferaz
BAPEN	İngiliz Parenteral ve Enteral Nutrisyon Derneği
BÇ	Baldır Çevresi
BEBİS	Beslenme Bilgi Sistemi

Kısaltmalar**Açıklamalar**

BKİ	Beden Kütle İndeksi
BPH	Benign Prostat Hiperplazisi
CK	Kreatin Kinaz
CK-MB	Kreatin Kinaz-Miyokardiyal Band
CRP	C-reaktif protein
DB	Diz Boyu
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESPEN	Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği
GGT	Gama Glutamil Transferaz
HDL	Yüksek Dansiteli Liprotein
KÇ	Kol Çevresi
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDH	Laktat Dehidrojenaz
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
LESA	Malnütrisyonunda Birincil Bakım Ulusal İşbirliği
MNA	Mini Nutrisyonel Değerlendirme
MNA-SF	Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Form
MS	Multipl Skleroz
MST	Malnütrisyon Tarama Aracı
MUST	Malnütrisyon Üniversal Tarama Aracı
NNSF	Hemşirelik Nutrisyonel Tarama Formu
NRS-2002	Nutrisyonel Risk Taraması-2002
PEM	Protein Enerji Malnütrisyonu
RDA	Önerilen Diyetset Alım
SDKK	Subskapular Deri Kıvrım Kalınlığı
SF-36	Kısa Form-36
SGA	Subjektif Global Değerlendirme
SNAQ	Kısa Nutrisyonel Değerlendirme Formu
SPSS	İstatistik Paket Programı
SVO	Serebrovasküler Olay
TDKK	Triseps Deri Kıvrım Kalınlığı
TKHK	Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Kısaltmalar**Açıklamalar****TPN**

Total Parenteral Beslenme

TSM

Toplum Sağlığı Merkezi

TÜBER 2015

Türkiye Beslenme Rehberi 2015

UHK

Umumi Hıfzısıhha Kanunu

ÜOKÇ

Üst Orta Kol Çevresi

VLDL

Çok Düşük Dansiteli Lipoprotein

1. GİRİŞ

Evde bakım terimi, hastanın kendi evinde sağlık çalışanı tarafından verilen resmi bakımı ve aile tarafından verilen resmi olmayan sağlık bakımını veya destekleyici tedaviyi ifade eder [1]. Gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmeti, farklı hizmetleri kapsayan multidisipliner bir yapılanma olarak dikkat çekmektedir. Türkiye’de ise evde bakım, 2000’li yılların başında kurulmuş ve hâlihazırda gelişmekte olan yeni bir hizmet modelidir [2].

Evde sağlık ve bakım hizmetleri her ne kadar tüm yaş guruplarına sunulsa da önemli ölçüde ileri yaş döneminde ihtiyaç haline gelmektedir [3]. Bununla ilişkili olarak hem ülkemiz hem de dünya nüfusundaki yaşlılar lehine artış gösteren demografik değişim evde bakım hizmetlerinin şekillendirilmesinde önem taşımaktadır. Yaşlı nüfusun artışında tıbbın ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte hastalıkların tanı ve tedavilerinin gelişmesi ve bunun sonucunda beklenen yaşam süresinin uzamasının payı olduğu belirtilmektedir [4, 5].

Yaşlanma sürecinde vücutta meydana gelen birtakım metabolik değişiklikler bireyin beslenme durumunu etkilemektedir. Yağsız vücut kütlesi, vücut su miktarı ve bazal metabolizma hızı azalırken, yağ dokusu artmaktadır. Böylece yaşlanma ile birlikte günlük enerji gereksinimi azalırken protein ve bazı mikro besin ögesi gereksinimi artmaktadır. Ağız ve diş sağlığı problemlerinden kaynaklanan çiğneme ve yutma güçlüğü, gastrointestinal ve üriner sistem fonksiyonlarında bozukluklar, tat ve koku alma sorunları, gıdalara ulaşma güçlükleri ve bağımlılık beslenme yetersizliğine sebep olmaktadır [6, 7].

Avrupa SENECA çalışmasına göre mikro besin ögesi yetersizliklerinin de birlikte görüldüğü protein enerji malnütrisyonu (PEM) toplumda sağlıklı yaşlılar arasında büyük bir sorundur [8]. Toplum içinde yaşayan 22 007 yaşlı bireyin katıldığı bir çalışmada malnütrisyon sıklığı %4,3; malnütrisyon riski altında olan bireylerin sıklığı ise %25,4 olarak saptanmıştır [9]. Türkiye’de yapılan ve toplum içinde yaşayan 2 327 yaşlı bireyin dâhil edildiği bir çalışmada ise malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altında olan birey sıklığının %28,0 olduğu bildirilmiştir [10].

Diğer taraftan malnütrisyonun sağlık profesyonelleri tarafından zor tanındığı ve büyük bir bölümünün tedavisiz bırakıldığı da yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur [11, 12]. Malnütrisyon tanısı zor konduğu gibi tanı konanlar da yetersiz tedavi edilmektedir; ağırlık

kaybı olan yaşlıların %75'ine hiçbir tedavi verilmediği gösterilmiştir [11]. Bu veriler toplum içinde yaşayan, bakım evlerinde kalan, hastanede yatan ve evde bakım hizmeti alan tüm yaşlıların malnütrisyon açısından taranmasının önemini göstermektedir.

Bu çalışma, çoğunluğunu yaşlıların oluşturduğu evde bakım hastalarının beslenme durumu ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve elde edilen veriler ışığında evde bakım hizmetleri kapsamında tıbbi beslenme tedavisine yönelik öneriler sunulması amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Bakım Hizmetlerinin Tanımı

Evde Bakım Hizmetleri; koruyucu tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanmasını amaçlayan, bu doğrultuda sağlık hizmetlerini destekleyen ve güçlendiren bakım sistemi olarak tanımlanmaktadır. Özürlü, yaşlı, süregelen hastalığı olan veya hastalık sonrası nekahat döneminde bulunan bireylerin sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleşmelerine olanak vermek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadınlar üzerindeki yükünü hafifletmek için bireylerin bulundukları ortamda desteklenmesi amacını güden psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modeli şeklinde de tanımlanabilmektedir. Bir diğer ifade ile yakınlarından bakım alamayan bireylere kendi ev ortamlarında; sağlık, ekonomik ve sosyal hizmetler gibi alanlarda multidisipliner olarak sunulan hizmetlerdir [13].

10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’te ise evde bakım hizmeti; “hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” olarak tanımlanmıştır [14].

Evde bakım kavramının içeriği konusunda literatürde kavramsal ve içeriksel farklılıkların bulunması evde bakım hizmetleri ile ilgili yapılan çalışmaların güçlükleri arasında ifade edilmektedir [15]. Genet ve arkadaşları [16] tarafından yapılan Avrupa Birliği (AB) ülkelerindeki evde bakım hizmetlerini haritalandırmaya yönelik çalışmada; ülkeler arasında evde bakım hizmetlerinin içeriği, kapsamı ve tanımı ile ilgili olarak örnek bir uygulamaya rastlanmamış, evde sunulan bakım ve sağlık hizmetlerinin tümü evde bakım uygulamaları olarak kabul edilmiştir. Söz konusu çalışmada evde bakım, evde tedavi, evde sağlık, ev ziyareti gibi tüm kavramlar evde bakım uygulamaları olarak ele alınmış ve kişiye evde sağlık ve bakım uygulamalarının profesyoneller tarafından yapılması temel ayırt edici nokta olarak belirlenmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) evde bakım (home care) ve ev hemşireliği (home nursing), Batı Avrupa'da evde sağlık bakımı (home health care) ve ev ziyareti (home visiting), İsrail'de ise ev hastanesi (hospital at home) sık kullanılan terimlerdir [17].

Kavramsal farklılıklar Türkiye'de de bulunmaktadır. Evde bakım hizmetleri, yönetmelik ve yönergelerde farklı terminolojiler ile ifade edilmektedir. Türkiye'de evde bakım hizmetleriyle ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ilk mevzuatta evde bakım terimi kullanılmış [14], daha sonraki uygulamalarda evde sağlık terminolojisi tercih edilmiştir [2, 18, 19]. Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı ise, evde bakım kavramını kullanmıştır [20, 21].

Ulusal evde bakım sistemlerinin üç önemli bileşeni bulunmaktadır. Birincisi bakımın sunumu, ikincisi finansmanı, üçüncüsü ise gereksinim değerlendirmesidir. İlk olarak bakımı sunanlar; aile, kamu sektörü, özel şirketler veya bunların çeşitli şekilde kombinasyonları olabilir. İkinci olarak finansman yöntemleri arasında vergiler, cepten ödeme, özel sigorta, sosyal sigorta veya kombinasyonları olabilir. Bakım için başvuru sahibinin bakım ihtiyacı açısından değerlendirilmesi olan üçüncü bileşen ise bakımı sunan veya finanse eden ilk iki bileşenden biri tarafından üstlenilebilir. Bu bileşenlerin çeşitli şekillerde kombinasyonları ile özellikle yaşlı nüfusu fazla olan gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmetleri yaygın olarak sunulmaktadır [22].

2.2. Evde Bakım Hizmetlerinin Önemi

Dünyada ve Türkiye'de yaşlı nüfusun, toplam nüfusa göre oranının artışı ile yaşlılığa özgü fiziksel, duygusal, bilişsel ve fonksiyonel sorunların artması, kronik hastalıkların toplum sağlığında öneminin artıyor olmasını beraberinde getirmektedir. Kronik hastalıkların yarattığı özürlülük durumu, ileri yaş grubu başta olmak üzere kronik hastalıklardan muzdarip tüm hastalarda bakım sorununu ortaya çıkarmıştır [22]

Sosyodemografik değişim ve hareketlilik eğilimleri evde bakım ihtiyaçlarını etkilemektedir. Geleneksel geniş aile grubu ve kentleşme gibi diğer sosyolojik eğilimler bu durumu karmaşıktırabilir. Yaşlı ve özürlü aile üyelerinin bakımı konusunda kırsal kesimde yaşayanların birbirlerine daha bağlı olduğu görülmektedir. Kentsel topluluklardaki küçük aile birimleri, sınırlı yaşam alanı ve genç nesillere sık iş taahhütleri nedeni ile ailelerinden

uzakta yer alırlar. Tüm bu faktörler günümüzde ve gelecekte hükümetlerin her bir kademesine önemli sorumluluklar yüklemekte ve olası ek bakım ihtiyaçlarını ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle gelecek nesillerin ihtiyaçlarının artmasıyla evde bakım hizmetinin önemi daha da artmaktadır [23]

Gerek bakım alan, gerekse bakım veren açısından yük getiren evde bakım süreci, ulusal düzeyde, profesyonel olarak multidisipliner bir katılımı yürütüldüğünde bakım süreci içindeki tüm taraflar için olumlu olacağı düşünülmektedir [23].

2.3. Evde Bakım Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Evde bakım hizmetleri kapsamı ve özellikleri gereği üç farklı şekilde sınıflandırılabilir. Birinci sınıflandırmada evde bakım hizmeti, tıbbi hizmet odaklı evde sağlık hizmeti ve sosyal destek odaklı evde sosyal hizmet şeklinde ikiye ayrılır.

İkincisi; evde bakım hizmetlerinin süresi ve hizmet kapsamına göre sınıflandırılmasıdır. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri genellikle tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve hastalık sonrası nekahat dönemini kapsar. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise altı aydan daha fazla bakım gereksinimi olan bireylere, tıbbi hizmetleri de kapsamakla birlikte sosyal bakım ağırlıklı olarak sunulan hizmetlerdir.

Üçüncüsü ise bakım hizmeti verenlere göre evde bakım hizmetlerinin sınıflandırılmasıdır. Farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişiler tarafından sunulan evde bakım hizmeti ‘formal bakım’; aile bireylerinin verdikleri hizmet ise ‘informal bakım’ olarak adlandırılmaktadır [24].

2.4. Evde Bakım Kapsamında Sunulan Hizmetler

AB ülkelerinin çoğunluğunda evde bakım hizmetleri, sağlık hizmetleriyle sosyal hizmetlerin tam kesiştiği yerde konumlanmış olup her ikisinin özelliklerini de içermektedir. Geleneksel olarak, sağlık hizmetleriyle sosyal hizmetler arasındaki ayırım, evde verilen hizmetin niteliğinde yatmaktadır [23].

Evde verilen sağlık hizmetler genelde şunları içerir:

- Rehabilitasyon; akut ve kronik durumlar için sağlığı koruyucu veya tedavi edici teknik hemşirelik hizmetleri (kronik durumlar için sunulan hizmetlere ‘evdeki hastane programı’ da denmektedir),
- Mesleki terapiler ve fizyoterapi [25].

Evde verilen sosyal bakım ve yardım hizmetleri ise şunları içermektedir:

- Alışveriş, yemek yapma, temizlik, aylık giderleri ödeme (kira, fatura, vs.) gibi ev işleri,
- Yıkanma, giyinme ve kişisel temizlik gibi kişisel bakım ihtiyaçları,
- Sosyal aktivitelelere katılma, yürüyüşe çıkarma ve kitap okuma gibi sosyal ihtiyaçlar [23].

Bu hizmetler genelde informal bakımın yerini almaktadır; yine de sosyal hizmet sağlayıcılar aileye, komşulara ve arkadaşlara destek olarak informal bakıma yardımcı olabilir, danışmanlık yaparak manevi ve psikolojik destek sağlayabilirler. Evde sosyal yardım hizmeti alan bireyler önemli ölçüde yalnız yaşamaktadırlar [23].

AB ülkelerinin önemli bir kısmında, evde bakımın sağlık ve sosyal bileşenlerinin ayrı sistemlere dâhil olduğu bir organizasyon yapısı bulunmaktadır (Bkz. Çizelge 2.1.). Danimarka, Finlandiya ve İsveç gibi ülkelerde ise karar mercileri evde bakım hizmetini tek bir kurumun sorumluluğuunda toplamıştır. Almanya ve Hollanda’da evde sağlık ve sosyal bakım hizmetleri, yerel yönetim odaklı politikaların aksine sigorta tabanlı tek bir fon ile finanse edilmektedir [26, 27].

Çizelge 2.1. Bazı AB ülkelerinde evde sağlık ve sosyal hizmetlerin organizasyonu [23]

Ülke	Evde sağlık hizmeti	Evde sosyal hizmetler
Danimarka	Yerel yönetim veya belediye	Yerel yönetim veya belediye
Finlandiya	Yerel yönetim veya belediye	Yerel yönetim veya belediye
İsveç	Yerel yönetim veya belediye	Yerel yönetim veya belediye
Belçika	Merkezi veya bölgesel yönetim	Yerel yönetim veya belediye
İtalya	Merkezi veya bölgesel yönetim	Yerel yönetim veya belediye
Portekiz	Merkezi veya bölgesel yönetim	Yerel yönetim veya belediye
Birleşik Krallık	Merkezi veya bölgesel yönetim	Yerel yönetim veya belediye
Fransa	Sosyal güvenlik, yerel yönetim veya belediye	Yerel yönetim veya belediye
İspanya	Sosyal güvenlik	Yerel yönetim veya belediye
Hollanda	Sosyal güvenlik	Sosyal güvenlik
Almanya	Sosyal güvenlik	Sosyal güvenlik
İrlanda	Merkezi veya bölgesel yönetim	Merkezi veya bölgesel yönetim

2.5. Evde Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi

Evde bakım hizmetlerinin tarihi, doğumun evde mi yoksa hastanede mi gerçekleştirilmesi tartışmalarının yaşandığı Roma'ya dayanır. Roma'da doğumlar alet ve edevatlarını yanlarında taşıyan ebeler tarafından gerçekleştirilirken bazı toplumlarda doğum olayı kutsal sayıldığından günlük kullanım dışında özel mekânlarda gerçekleştirilmiştir. Orta Çağ Avrupasında ise hastalığın diğer insanlara bulaşmasını engellemek için hasta bireylere evde sağlık hizmeti uygulamaları yapılmıştır. Bu dönemde uygulanan evde bakım hizmetlerinin sosyal yönü daha baskındır [17].

Evde sağlık ve bakım uygulamaları 19. yüzyıldan önce büyük oranda informal bakıma dayanmıştır. ABD'de 19. yüzyılın başlarından itibaren, zengin ve gönüllü kadınlar kilise ile işbirliği içinde yoksul ailelere sosyal destek ağırlıklı bakım hizmeti sunmuş ve yardım kampanyalarında etkin biçimde yer almaya başlamışlardır. Gönüllü hizmet sağlayıcılar bu uygulamalar sırasında 'Bakım almaya ihtiyacı olan kimdir?', 'Bakım hizmetinden sorumlu olan kimdir?' ve 'Ne tür bir bakım ve ne kadar süre için sağlanmalı?' sorularına yanıt vermede güçlük çekmişlerdir. Bu sorulara yanıt arama çabası, formal evde bakım hizmetlerinin başlangıcı olmuştur. Ancak süreç evde bakım hizmetlerini akut hastalıkların bakımı ile sınırlandırmıştır [28].

20. yüzyılın başlarından itibaren kentleşme hızı ivme kazanmış, bu durum kentlerde yaşayan yoksul oranını artırmış dolayısıyla da evde bakım ve desteğe olan ihtiyaç artmıştır [29]. Bu dönem içinde İngiltere’de bakıma muhtaç olan çocuk ve yaşlılar toplanmış ve evlerinden ayrı bakımevlerine yerleştirilmişlerdir. Bazı toplumlar bu duruma farklı tepkiler göstermişlerdir. İngiltere’de eğitilmiş kişiler tarafından ev ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi için kurumsallaşma çalışmaları başlatılmıştır. Evde bakım hizmetleri, uzun yıllardır kilisenin önderliğinde temel hizmet sunma yolu olarak benimsenmiş, dini kuruluşlar dışında bu hizmetlerin sunulması 1859 yılına kadar gerçekleştirilememiştir. Dini kuruluşlar dışında evde bakım hizmetinin temelleri 1859 yılında İngiliz antropolog William Rathbone tarafından atılmıştır. Evinde eşine bir hemşire tarafından verilen hemşirelik hizmetinden etkilenen Rathbone yoksullar için gönüllü bir hemşire servis hizmeti oluşturmuştur [29, 30].

Evde bakım hizmetlerinin öncülerinden olan Florence Nightingale, evde hasta bakımı sağlayacak kadınların özel olarak eğitilmelerini önermiş ve eğitilmiş kadınların ev ziyaretlerinde bulunacak özel hemşire olarak görevlendirilmeleri ile ilgili bir plan sunmuştur. Nightingale’in önerileri üzerine, 1862 yılında Liverpool’da, hasta bakımı için ev ziyaretlerinde bulunacak hemşireleri yetiştirmek üzere 1,5 yıllık eğitim veren ilk hemşirelik okulu açılmıştır [29, 30]. Aynı dönemlerde Amerika Birleşik Devletleri (ABD) büyük kültürel ve sosyal değişim geçirmiş ve evde bakım hizmetleri ile ilgili burada da büyük ilerleme kaydedilmiştir [31]. Burada öncülüğü yapan hemşire Lillian Wald olmuştur. 20. yüzyılın başlarından itibaren evde bakım hizmetleri yalnızca hemşirelerin yaptığı sağlık hizmeti olmaktan çıkmış ve öğretmenler ile diğer sosyal görevliler de evde bakım hizmetleri hareketine dâhil olmuşlardır. Evde bakım hemşireleri tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanı sıra koruyucu bakım hizmetlerinde de bulunmuşlardır. Savaşlar, ekonomik krizler, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler, halk sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin gelişimini hızlandırmıştır [32].

ABD’de 1930’larda meydana gelen büyük ekonomik kriz evde bakım hizmetleri hareketini etkilemiş birçok eyalet evde bakım hizmetlerine yeterli kadar kaynak ayıramamıştır. Kaynak sorununu çözmek için federal yardım başlatılmıştır. Sivil Hizmetler Müdürlüğü’nün yetkisinde büyük bir özveri ile 10 binden fazla hemşire lokal sağlık kuruluşlarında görev almıştır. Lokal sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerin görevlerinin önemli bir parçası da ev ziyaretleri olmuştur. İkinci Dünya Savaşı sırasında ise hastanelerde görev yapan hemşire ve sağlık çalışanlarının sayısı azalmış, hastanelerde bulunan hastaların tedavilerine evde

devam edilmiştir. Böylece evde bakım hizmetleri niteliksel ve niceliksel olarak artış göstermiştir. 1942 yılı sonuna kadar 500 bin eğitimli kadın, Amerikan Kızılhaç'ının ev hemşireliği kursunu tamamlayarak evde bakım hizmeti vermeye başlamıştır [33].

Pahalı, hastane temelli tedaviler yerine maliyet etkin uygulamaların geliştirildiği ve birçok tedavi ve izlemin evde yapılma imkânının sağlandığı 1990'lı yıllar evde bakım hizmetleri açısından büyük sıçrama dönemidir. Özellikle ABD'de 'Medicare' ve 'Medicaid' sigorta sisteminin 1965'te hayata geçişi ile birlikte evde bakım hizmetleri hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır [34]. ABD'de Medicare lisanslı evde bakım şirketlerinin sayısı 1965 yılında 1753 iken, 1993 yılı başında 6497'ye ulaşmıştır. Evde bakım şirketleri 1990-96 yılları arasında %31,4'lük bir artış göstermiştir. Amerikan Ulusal Evde Bakım Derneği'nin kayıtlarında, 1995 yılı itibarıyla yaklaşık 15 bin evde bakım şirketinin ve bu şirketler bünyesinde 700 bin sağlık çalışanının bulunduğu bildirilmiştir [35].

Avrupa ise evde bakım hizmetlerinin sosyal hizmet boyutunu ABD'ye oranla daha çok önemsemiştir. Danimarka'da başlatılan Avrupa'daki en geniş ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. Danimarka'da ileri derecede gelişmiş evde bakım hizmetlerinin temeli 19. yüzyılın sonlarında atılmıştır. 1937 yılında başlatılan, dört coğrafi bölgede uygulanan 6 yıllık bir pilot çalışmanın sonuçlarının, ev ziyaretinin bebek ölüm hızını ve hastalanma oranını azalttığını göstermesi evde bakımın ve ev ziyaretlerinin öneminin artmasında büyük rol oynamıştır [31].

Evde bakım hizmetlerini tarihsel süreç içinde değerlendirmek gerekirse ekonomik ve sağlık yönünden birçok avantajı olmasından dolayı değerinin her gün yeniden keşfedildiği söylenebilir. Evde bakım hizmetlerinin tüm dünyada hızla yaygınlaştığı ve özellikle gelişmiş ülkelerde azalan kaynaklardan dolayı hastanede bakımdan evde bakıma büyük bir yöneliş olduğu aşikârdır [36].

2.6. Türkiye'de Evde Bakım Hizmetlerinin Gelişimi ve Mevzuat Tarihi

Ülkemizde modern anlamda evde bakım hizmetleri çok eskilere dayanmamaktadır. Ancak, Türklerin geçmişten bugüne evde bakım hizmetlerine benzer şekilde tıbbi bakım anlayışına sahip oldukları bilinmektedir. İslâmiyet'ten önceki Türk toplumlarında hastalıklarla mücadele eden ve halk sağlığı hizmetleri sunan toplumsal gruplar mevcuttur. Bu dönemde

yerleşik hayata geçmeyen ve göçebe yaşam tarzı sürdüren Türk toplumlarına, sağlık hizmetlerinin hasta bireylerin evlerinde sunulduğu düşünülmektedir. Anadolu Selçukluları döneminde ise sağlık hizmetleri açık hava yardımı şeklinde olmuştur. Hekimler mahalle halkına; pazarlarda, çarşılarda ve evlerde sağlık hizmeti sunmuşlardır [37].

Osmanlı Döneminde hastaları evlerinde tedavi etmek normal hekimlik davranışı olarak kabul edilirken o zamanki adlarıyla şifahaneler ya da bimarhaneler evde tedavi edilemeyecek, daha özel bakım gerektiren hastalar için kullanılmıştır [38]. Fatih Sultan Mehmet tababet ile ilgili vasiyetinde İstanbul'daki bütün hastaları tedavi etmeleri için on cerrah, on tabip ve üç yara sarıcıyı ev ziyaretlerinde bulunmaları hususunda görevlendirdiğinden bahsetmiştir. Cumhuriyet dönemi ile birlikte evde bakım hizmetleri farklı bir boyut kazanmış ve ara ara yasa ve yönetmeliklere mevzu bahis olmuştur. Evde bakım hizmetlerine, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2000 Yılı Kalkınma Planı ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda değinilmiş 'ayakta teşhis ve tedavi merkezleri ve yataklı tedavi kurumları ile irtibatlı evde hasta bakımına yönelik bir hizmet modelinin geliştirileceği' belirtilmiştir [39].

Türkiye'de 'ev ziyareti' kavramından resmi olarak ilk defa 'Umumî Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) Tatbikatına Dair 19 Temmuz 1931 tarihli 1852 sayılı 21 Nolu Tamim'de bahsedilmiştir. Ev ziyareti ile hemşireler tarafından çocukların evlerinde büyüme ve gelişmelerinin takibi ve genel sağlık durumlarının izlenimleri hususu belirtilmiştir. Ayrıca dispanserlere kayıtlı çocukların tedavilerinin evlerinde yapılmasını takip etmek, uygulamak ve destek olmak şeklinde de bir düzenleme bulunmaktadır [40]. Cumhuriyet döneminde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında çıkarılan ve hâlâ yürürlükte olan UHK ile evlerinde tecrit altına alınan hastaların ve ailelerinin giderlerini devletin karşılayacağı belirtilmiştir. Bu uygulama, sunduğu hizmetler itibarıyla ilerleyen yıllarda birçok belediye tarafından evde bakım uygulamalarının başlatılmasına temel teşkil etmiştir [41].

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda evde tedavi hizmetlerinin geliştirilmesi önerilmekte ve bazı pilot bölgelere evde tedavi birimlerinin kurulması ile ilgili çalışmalar yer almaktadır. Planda evde tedavi hizmetlerinin yataklı tedavi hizmetlerine bir alternatif olmasının yanı sıra maliyet etkin oluşu da belirtilmektedir. Ayrıca evde tedavi hizmetlerinin geliştirilmesinin tüberküloz başta olmak üzere bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde geniş halk kitlelerine ulaşılması açısından avantaj sağlayacağı vurgulanmıştır [42].

‘1969 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar’da da “Kamu hastaneleri bünyesinde evde ve ayakta tedavi sisteminin geliştirilmesi amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu’nca seçilecek birer hastanede gerekli servisler kurularak deneme uygulamasına geçilecektir.” hükmü yer almaktadır. Öncesinde daha çok birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında faaliyet göstermesi beklenen evde tedavi hizmetlerinin bu kararla birlikte ikinci basamak sağlık hizmetleri kapsamına da alınacağı belirtilmiştir [43].

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk proje 1993 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilmiştir. Pilot uygulama için Ankara, Adana, İzmir ve İstanbul illeri seçilmiş; ancak etkili sonuç alınamadığı için sürdürülememiştir. 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı olarak kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi bünyesinde kurulan İstanbul Sağlık A.Ş.’nin yaşlı hastalar için evde sağlık ve sosyal bakım hizmetleri Türkiye’de yerel yönetimler bazında sunulan ilk evde bakım faaliyetleri olmuştur [44].

10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ ile hastane veya diğer sağlık kuruluşlarına bağlı birim veya bağımsız merkezler bünyesinde evde sağlık hizmeti sunma işi ilk kez mevzuattaki yerini almıştır. Bu yönetmelik evde bakım hizmetinin sosyal hizmet boyutuna değinmemekte, hekim ve hemşire odaklı evde sağlık hizmetlerinin sunumunu kapsamaktadır [14]. Yönetmeliği takiben ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’ 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe girmiş ve Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarca evde sağlık hizmetleri başlatılmıştır [18].

Sağlıkta dönüşüm bünyesinde, sağlık hizmetlerinin aile hekimliği kapsamında yapılandırılması sürecinde yürürlüğe giren “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ile aile hekimleri de evde bakım hizmeti sunmakla görevlendirilmiştir [45].

27 Şubat 2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik’te evde sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve koordinasyonu önceki yönetmeliğe göre daha kapsamlı hâle getirilmiştir. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde kurulacak evde sağlık ekiplerinin görevleri ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Bu

yönetmelik ile Toplum Sağlığı Merkezlerine (TSM) bağlı olarak kurulan T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri öncelikli olarak sağlık hizmetini sunmakla görevlendirilmiş, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna (TKHK) bağlı hastaneler bünyesinde kurulan H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri ise koordinasyon merkezlerinin planlaması doğrultusunda T tipi birimleri destekleyen ve daha kapsamlı sağlık hizmeti sunan birimler olarak belirlenmiştir [19].

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sağlıklı yaşlı ve bakıma muhtaç özürllülere hizmet verme odaklı evde sosyal destek sunulmaktadır. Yaşlı bireylere sunulan evde bakım hizmeti, ‘Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik’ kapsamında yürütülmektedir. Bu yönetmelik kapsamında evde bakım hizmetleri örgütsel bir hizmet sunma modeli olarak yer almasına rağmen uygulamada böyle bir kuruluşa rastlanmamaktadır [21]. Bakıma muhtaç özürllülere ise ‘Bakıma Muhtaç Özürllülerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik’ kapsamında hizmet sunulmaktadır [50].

2.7. Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerin Bakım Alma Nedenleri

Evde bakım hizmetlerine başvuran hastaların belli başlı bazı özellikleri mevcuttur. Bu özellikler; genellikle 65 yaşın üzerinde olma, multimorbiditesi olma, azalmış fonksiyonel ve entelektüel kapasiteye sahip olma, bakımını sağlayamama ve eve ya da yatağa bağımlı olmak gibi durumlardır. Bu özelliklere sahip bireylerin, yaşamlarını kendi başlarına idame ettirmelerinin bazı riskleri vardır. Bu risklerin başında gelen yetersiz beslenme sonucu vücut ağırlığı ve kas yoğunluğunun kaybı (sarkopeni); düşkünlük ve denge kaybının en önemli nedenlerinden biridir. Geriatrik bir sendrom olan düşkünlük, hastalık sıklığının artışına, iyileşme sürecinin uzamasına, enfeksiyon ve bası yaralarında artışa ve yara iyileşmesinde gecikmeye neden olurken, denge kaybı, düşme ve kalça kırıkları ile sonuçlanır. Bu durumun hasta, hasta yakınları ve sağlık sistemi açısından sonuçları [46];

- Hastanede yatış süresinin uzaması,
- Tekrarlayan hastane yatışları,
- Kullanılan ilaç sayısında artış,
- Bakım gereksiniminde artış,
- Kapsamlı ve komplike bakım hizmetleri ihtiyacı,

- Yaşam kalitesinin düşmesi,
- Sağlık harcamalarında artış şeklinde sıralanabilir.

Evde bakım hizmeti tüm yaş gruplarına sunulmakla birlikte özellikle yaşlı grubu daha yakından ilgilendiren bir hizmet modelidir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun Nüfus İstatistikleri Verilerine göre ülkemizdeki 65 yaş ve üzeri nüfus sıklığı 1990 yılında %4,3 iken, 2015 yılında %8,2'ye yükselmiştir [47]. Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında geliştirilen 'Ulusal Yaşlı Sağlığı Programı' stratejilerinden biri 'yaşlıların ülke koşullarına uygun evde bakımına yönelik uygulamaların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması' olarak belirlenmiştir [48].

Evde bakım hizmeti alan bireyler arasında en sık görülen hastalıklar genellikle kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, serebrovasküler olaylar (SVO) ve nörolojik hastalıklardır [49-54]. Yaşlı hastaların evde bakım hizmeti alma nedenlerinin incelendiği bir çalışmada yaşlıların bakım alma nedenleri arasında ilk sırada kardiyovasküler hastalık ile birlikte hemipleji, ikinci sırada yalnızca hemipleji, üçüncü sırada ise diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar yer almıştır [55]. Ankara'da yapılan bir çalışmada bakım alma nedeni olarak birinci sırada ameliyat sonrası bakım ile SVO, ikinci sırada kanserler ve üçüncü sırada diyabet ile kardiyovasküler hastalıklar bulunmuştur [56]. Burdur'da yapılan başka bir çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin genel özellikleri incelenmiş ve bakım alan hastaların %48,1'inde hipertansiyon, %39,8'inde SVO, %28,6'sında diğer nörolojik hastalıklar ve %22,2'sinde kalp damar hastalıkları olduğu belirtilmiştir [57]. Japonya'da yapılan bir çalışmada ise evde bakım hastalarının hastalık profili incelendiğinde sırasıyla demans (%31,6), hipertansiyon (%29,6), SVO (%21,4) ve kardiyovasküler hastalıkların (%21,4) en yaygın hastalıklar olduğu bildirilmiştir [58].

2.8. Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları

Tıp ve teknolojiadaki gelişimin sağlık hizmetlerinin birçoğunun evde verilmesine olanak sağlaması, yaşlılık ya da kronik hastalıklar nedeniyle sürekli bakıma ihtiyaç duyan bireylerin evde bakım hizmetlerine olan talebini arttırmıştır [59]. Evde bakımın; fiziksel ve psikolojik sağlık, kişilerarası ilişkiler, bağımsız iş yapabilme gibi süreçler üzerinde son derece olumlu etkileri vardır. Evde bakım hizmetlerinin kurum bakımına üstünlükleri aşağıdaki gibi sıralanabilir [60-63].

- Evde bakım, kuruma göre bireyin hijyenik gereksinimlerinin karşılanmasına daha iyi olanak sağlar.
- Evde bakım uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylerin ailesi ve çevresiyle sürekli iletişim hâlinde olmasını sağlar. Evde bakım hizmeti alanlarda depresyon, anksiyete ve stres insidansı, kurumda bakılan bireylere göre daha azdır.
- Bireyin alışık olduğu ortamda bakım alması, kendini rahat, bağımsız ve huzurlu hissetmesi açısından önemlidir.
- Terminal dönemdeki bireylerin evde bakımı, kurum bakımı ile kıyaslandığında, bireyin yakınlarının durumla baş etmeleri açısından daha avantajlıdır.
- Evde bakım hizmeti alan bireylerin iyileşme süreci kurum bakımı alanlara göre daha hızlı olmaktadır; özellikle nozokomiyal enfeksiyon gibi hastane kaynaklı komplikasyonlar daha az görülür.
- Hastanede yatış süresini azaltan evde bakım hizmetleri, yataklı tedavi kurum kapasitelerinin etkin kullanımını sağlar.
- Evde bakım hizmeti alan bireylerde acil ve yoğun bakıma dönüşler azalır.
- Evde bakım kapsamında koruyucu sağlık hizmetleri sunulması kronik hastalıkların bakım ve tedavi maliyetlerini azaltır.
- Evde bakım maliyet etkindir, aile ve ülke ekonomisine katkı sağlar ve Türk ailesinin geleneksel yapısına uygundur.

Evde bakım hizmetleri sosyal yönden de giderek yaygınlaşmakta olan bir ihtiyaç hâline gelmiştir. Geleneksel Türk aile yapısında evde informal bakım hâlâ yaygın olsa da sanayileşme ve kentleşme ile birlikte aile yapısı değişmektedir. Geniş ailenin yerini çekirdek ailenin alması özellikle yaşlıların aile içindeki eski konumlarını yitirmelerine neden olmuştur. Bu nedenle yalnız yaşayan ve hızla artan yaşlılar ciddi bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı bireylerin fiziksel ve mental sağlığı ile yaşlılıkta ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikler evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın önemini pekiştirmektedir [64, 65].

2.9. Evde Bakım Hizmetlerinin Dezavantajları

Evde bakımın Türkiye gibi birçok ülke için yeni bir hizmet modeli olması bazı risk ve sorunları beraberinde getirmektedir.

- Evde bakım hizmeti, birçok dış etkene karşı açık, detaylı bir eğitim programı ve yakın bir kontrol mekanizması gerektiren güç bir organizasyondur.
- Evde bakım hizmeti veren personel genellikle ev ortamında sağlık veya sosyal bakım hizmeti sunmaya yönelik eğitim almamaktadır. Normal bakım dışındaki bir ortamda eğitim verilecek olması verimliliği azaltabilir.
- Evde bakım hizmeti alan bireyler kurum bakımına kıyasla sağlık personeli ile sürekli ilişki içinde olmazlar. Bu yüzden evde bakım personeli ile hasta ve ailesi arasında etkili bir iletişim kurulamayabilir.

Evde bakım hizmeti verecek sağlık personeli güvenlik zafiyeti yaşayabilir. Sağlık personelinin güvenli bir ortamda mesleki kararlarını özgürce vererek çalışma hakkı, uygun planlanmamış ev ziyaretleri sırasında zedelenebilir [66]. Tüm bu olumsuz koşulların ortadan kaldırılması etkin bir hizmet sunumu açısından önemlidir.

2.10. Dünyada Evde Bakım Kapsamında Diyetisyenlik Hizmetleri

Evde bakım kapsamında diyetisyenlik hizmetlerinin yaygınlığının ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile orantılı olduğu söylenebilir. Evde bakım sistemi mevcut devletlerin yalnızca yaklaşık üçte biri evde bakım alanında nitelikli diyetisyenlerin görev almasını veya evde bakım hizmetleri kapsamında nütrisyon hizmetlerinin gerekliliğini mevzuatlarında belirtmişlerdir [67].

ABD’de evde bakım hizmetleri dâhilinde verilecek beslenme tedavisi ve danışmanlığı ‘hayati’ olarak nitelendirilmektedir. Özellikle evde bakım hastalarında sıklıkla rastlanan diyabet, kalp ve damar hastalıkları, osteoporoz, karaciğer hastalıkları, prediyaliz dönemdeki kronik böbrek yetmezliği, disfaji, basınç ülserleri ve aşırı ağırlık kaybı veya artışı gibi durumların izlenmesi evde bakım diyetisyenleri için elzemdir. Amerikan Diyetetik Birliği (ADA) ve Amerikan Parenteral ve Enteral Nütrisyon Topluluğu (ASPEN) tarafından evde bakım diyetisyenleri tarafından verilecek hizmetler; nütrisyonel tarama ve değerlendirme,

nütrisyonel teşhis, beslenme danışmanlığı, hasta ve bakım verenler için beslenme eğitimi ve hastaların nütrisyonel açıdan izlenmesi ve takibi olarak belirlenmiştir [67].

Hollanda’da 2009 yılında gerçekleştirilen ‘Ulusal Bakım Problemleri Araştırması’na göre evde bakım hizmeti alan beş hastadan biri yetersiz beslenmektedir. Aynı araştırmada hastaların yaklaşık beşte ikisinin ise malnütrisyonlu olduğu tespit edilmiştir. Hollanda Genel Pratisyenlik Koleji, Hollanda Hemşireler Derneği ve Hollanda Diyetetik Derneği’nin ortak çalışması olan ‘Malnütrisyonla Birincil Bakım Ulusal İşbirliği Anlaşması (LESA)’, hekimler, hemşireler ve diyetisyenlerin yakın işbirliği ile malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altında olan yetişkinlere daha kaliteli birincil bakım sunulmasını hedeflemiştir. Bu anlaşmada evde bakım hastalarında malnütrisyon taramasının, hemşirelerin veya bakım verenlerin başat görevlerinden biri olduğu vurgulanmış olup malnütrisyonlu hastaların tamamının hekimler tarafından diyetisyenlere sevk edilmesi gerektiği belirtilmiştir [68]

Kanada’nın birçok eyaletinde faaliyetlerini sürdüren evde bakım kuruluşları, bünyelerinde yaygın olarak tıbbi beslenme hizmeti de sunmaktadırlar. Bu kuruluşlarda görev alan diyetisyenler; nütrisyonel değerlendirme, nütrisyonel tedavi, beslenme eğitimi ve danışmanlığı ile beslenme hizmetlerinin planlanması ve koordinasyonundan sorumludurlar. Kanada Diyetisyenler Derneği 2008 yılında yayımladığı ‘Britanya Kolumbiyası Eyaletinde Evde Nütrisyonel Destek İhtiyacı’ isimli yayında Britanya Kolumbiyası eyaletinde evde bakım hizmeti veren kuruluşlar bünyesinde toplam on beş diyetisyenin tam zamanlı olarak çalıştığını belirtmiştir. Dernek, aynı yayında bu sayının oldukça yetersiz olduğunu ve en az 250 diyetisyenin eyaletteki evde bakım faaliyetleri kapsamında tam zamanlı olarak görev alması gerektiğini savunmuştur. Ayrıca dernek tarafından evde bakım ile ilgili yeterli donanımına sahip diyetisyenlerin eğitilmesi için eyaletlerdeki yükseköğretim bakanlıkları tarafından üniversitelerin diyetetik programlarına yeteri kadar fon ayrılması önerilmiştir [69].

Evde nütrisyonel destek Avrupa’da uzun yıllardır var olan ve sürekli gelişim kaydeden bir uygulamadır. Birçok Avrupa ülkesinde evde nütrisyonel destek alan hastaları izlemek ve takip etmek üzere oluşturulmuş, diyetisyenlerin de görev aldığı nütrisyonel destek ekipleri mevcuttur. Danimarka, Avrupa’da evde parenteral beslenme uygulamalarına öncülük eden ülke olmuştur. 1975 yılında Danimarka’da evde parenteral beslenme ile ilgili yasal mevzuat hazırlanmıştır. Evde enteral beslenme uygulamaları ise parenteral beslenmeden çok daha

sonra yasalara konu olmuştur. 1988 yılında Fransa ve İtalya evde enteral beslenme ile ilgili mevzuat hazırlayan ve bu alandaki giderlerin sağlık sigortası kapsamında karşılanmasını sağlayan ilk iki ülke olmuştur. Avrupa’da evde enteral ve parenteral beslenme hizmetlerinin hızla gelişimine karşın bu alanda ulusal sağlık politikaları bünyesinde standartların oluşturulması ve rehberlerin hazırlanması daha sonraki yıllarda gerçekleştirilmiştir [70].

2.11. Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Diyetisyenin Görevleri

Türkiye’de evde bakımla ilgili mevcut mevzuatta diyetisyenin görev ve sorumluluklarına kapsamlı bir şekilde değinilmemiştir. ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’te diyetisyenin çalışması ile ilgili asgari koşul belirtilmemiş, istek veya ihtiyaç hâlinde diyetisyenlerin evde bakım hizmetleri sunumunda görev alabileceği bildirilmiştir. Yönetmeliğin 14. maddesinde; psikolog, fizyoterapist, diyetisyen ve sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personelinin görev ve sorumluluklarının kendi mesleki mevzuatları ile sınırlı olduğu belirtilmiştir [14].

‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de ise asgari personel standardı olarak bir tabip, bir hemşire, bir sağlık memuru ve bir şoför bulunması gerektiği ve içinde diyetisyenin de bulunduğu bir grup sağlık personelinin iş yükü ve ihtiyaca göre evde sağlık ekibine dâhil olabileceği belirtilmiştir. Yönergenin 12. maddesinin C bendinde ‘Evde sağlık hizmetleri ekibinde yer alan fizyoterapist, diyetisyen, psikolog ve sosyal çalışmacı, evde sağlık bakım hizmeti verilen kişi ve aile bireylerine müdavi tabip ve sorumlu tabibin belirlediği tedavi planı doğrultusunda, mesleklerinin gerektirdiği beslenme, rehabilitasyon hizmetleri ile sosyal ve psikolojik destek hizmetleri verirler.’ ibaresi yer almaktadır [18].

‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik’te hizmet birimleri üç tipe ayrılmıştır. TSM’lere bağlı olan T tipi evde sağlık hizmet birimlerinde ve hastanelere bağlı çalışan H tipi evde sağlık hizmet birimlerinde bir hekim, bir yardımcı sağlık personeli ve bir evde bakım veya yaşlı bakım teknikeri asgari personel olarak şart koşulmuştur. Yönetmelikte, T tipi evde sağlık hizmet birimlerinde psikolog ve sosyal hizmet uzmanının ihtiyaç hâlinde ekibe katılabileceği belirtilirken, H tipi evde sağlık hizmet birimlerinde ihtiyaç hâlinde psikolog ve sosyal hizmet uzmanının yanı sıra diyetisyen ve fizyoterapistin de ekibe dâhil olabileceği ifade edilmektedir [19].

Mevcut yönetmeliklerde evde bakım ekibinde görev alan hekim, hemşire ve sağlık memurunun görev, yetki ve sorumlulukları madde madde kapsamlı bir şekilde belirtilmiştir. ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’de ise ek olarak laboratuvar teknisyeni ile diş protez teknisyeninin görevleri ele alınmıştır. Psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli, yönerge ve yönetmeliklere kısaca mevzu bahis olmuş, görev ve sorumluluklarının sınırları kendi mesleki mevzuatları olarak belirlenmiştir.

2.12. Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerde Beslenme Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

2.12.1. Beslenme durumunun değerlendirilmesi

Antropometrik ölçümler

Evde bakım hizmeti alan bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi antropometrik ölçümlerin gerçekleştirilmesi ve bireylerin nütrisyonel olarak taranmasına bağlıdır. Boy uzunluğu, vücut ağırlık, beden kütle indeksi (BKİ), üst orta kol çevresi (ÜOKÇ), baldır çevresi (BÇ), diz boyu (DB) ve triseps deri kıvrım kalınlığı (TDKK) gibi ölçümlerin gerçekleştirilebilirliği evde bakım hastalarında malnütrisyon tanısı açısından önem arz etmektedir.

BKİ, beslenme durumunun değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan ölçümlerden birisidir. Özellikle yaşlanma sürecinde kas kütlesi ile birlikte gövde ve bacaklardaki subkutan yağ dokusu azalır, gövde ve karındaki visceral yağ dokusu artar. Yaşlı bireyler, BKİ değerleri aynı olan genç bireylere göre daha çok toplam vücut yağına ve daha az yağsız vücut kütleline sahiptir. Bu nedenle BKİ’nin yaşlı bireylerde beslenme durumunun değerlendirilmesindeki geçerliliği tartışmalıdır. Mortalite ile ilişkili olduğu bilinen BKİ’nin, yaşlı bireyler için en ideal kesim noktaları hakkında tam bir mutabakat olmamakla birlikte, 22 kg/m^2 ’nin altında olması yetersiz beslenmenin göstergesi olarak kabul edilmektedir [71].

Vücut ağırlığı ölçülemeyen yatak veya sandalyeye bağımlı hastalarda DB, ÜOKÇ, BÇ ve subskapular deri kıvrım kalınlığı (SDKK) kullanılarak formül ile hesaplama yapılabilir. Ayrıca yaşlanma ile birlikte yağlı ve yağsız vücut kütlelerindeki değişikliklerin yanı sıra boy

uzunluğu da ilerleyen bir şekilde kısalır. Artrit ve osteoporoz gibi kronik hastalıklar, parkinson gibi nöromusküler sistem hastalıkları, kifoz ve skolyoz gibi omurga deformiteleri ve yatağa bağımlılık gibi durumlar boy uzunluğunun ölçümünü zorlaştırır. Bu durumda diz boyu ölçümü alınarak boy uzunluğu hesaplanabilir [72].

Deri kıvrım kalınlığı ölçümü vücut yağının saptanmasında kullanılır ve göğüs, triseps, subskapular, midaksillar, suprailiak, karın, uyluk ve orta baldır bölgelerinden ölçüm gerçekleştirilebilir. Yaşlı bireylerde azalan deri elastikiyeti deri kıvrım kalınlığının ölçümünü engelleyebilmektedir [72].

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde çevre ölçümleri tek başına veya deri kıvrım kalınlığı ölçümleriyle birlikte kullanılabilir. Özellikle tartılması güç olan hastalarda yağ depolarının ve yağsız vücut kütlelerinin saptanması ÜOKÇ ve TDKK ölçümleri ile gerçekleştirilir. Somatik protein depolarının (kas kütlelerinin) bir göstergesi olan üst orta kol kas alanı ve üst orta kol kas çevresinin hesaplanması için de ÜOKÇ ve TDKK ölçümlerine ihtiyaç vardır. Özellikle sıvı metabolizması önemli ölçüde değişen yaşlı bireylerde üst orta kol kas alanı ve üst orta kol kas çevresi ölçümleri faydalı olabilmektedir [72].

Yapılan bir çalışma laboratuvar bulgularının malnütrisyondan etiyolojisini aydınlatmada çok az yararı olduğunu göstermiştir. Özellikle serum protein, albümin ve prealbümin miktarı yetersiz beslenmenin tanınması açısından yararlıdır. Bununla birlikte bu parametreler malnütrisyondan erken dönemlerinde normal düzeylerde olabilir [73].

Malnütrisyon tarama araçları

Beslenme tarama araçları; çoğunlukla uzmanlık gerektirmeyen, kısa sürede yapılan ve hastalar için problem yaratmayan testlerdir [74]. ESPEN (Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği), 2002 yılında yayınladığı kılavuzunda sadece evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyanların değil, 65 yaş ve üzerindeki tüm bireylerin rutin nutrisyonel taramasını önermektedir [75]. Sonraki yıllarda yayınlanan diğer ESPEN kılavuzlarında da bu ve benzeri öneriler yinelenmiştir [76]. Bu nedenlerle son dekat içerisinde birçok malnütrisyon tarama aracı geliştirilmiştir.

Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA); ESPEN tarafından yaşlılarda kullanılmak üzere önerilmiştir [75]. MNA'nın amacı, evde bakım hizmeti alan, bakım evlerinde yaşayan veya klinikte yatan yaşlılarda yetersiz beslenme varlığını ve yetersiz beslenme riskini saptamaktır [77]. Yani geriatri hastalarında malnütrisyonu ortaya çıkaran MNA, malnütrisyon riskinin de önceden belirlenmesi bakımından da geçerli bir araç olarak kabul edilmektedir [78].

MNA, yaşlılarda sıklıkla beslenme durumunu etkileyen fiziksel ve mental durumu da sorguladığından, klinikte yatan hastaların yanı sıra poliklinik hastaları için de malnütrisyon tespitinde etkin bir araçtır. Ayrıca beslenme destek tedavilerinin değerlendirilmesinde de güvenli sonuçlar verir [78, 79]. Hem tarama hem de saptama araçlarını içeren MNA'nın geçerlilik durumu belirlenmiş, güvenilirliği de saptanmıştır. Geçerliliği ve etkinliği en çok kanıtlanmış tarama testidir [75, 79-81]. MNA'nın 10 dakikadan daha az bir sürede tamamlandığı ve pratik olduğu birçok araştırmada gösterilmiştir [79].

Geliştirildiğinden bugüne birçok ülkede MNA'nın akut, subakut, uzun dönem bakım üniteleri, huzurevleri, bakımevleri ve evde bakım kapsamında kullanımını gösteren 200'den fazla yayın vardır. Ayrıca 20'den fazla dile çevrilmiştir [81].

Malnütrisyon Ünlversal Tarama Aracı (MUST); İngiliz Parenteral ve Enteral Nütrisyon Derneği (BAPEN) tarafından geliştirilmiş ve Avrupa'da yaygın olarak kullanılan tarama aracıdır. BKİ, son üç ay içindeki ağırlık kaybı ve son zamanlardaki akut hastalığı sorgulayan MUST, malnütrisyon riskini düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç gruba ayırır. Öncelikli olarak toplum taramalarında kullanılmak üzere geliştirilen tarama aracı, yatan hastalarda protein enerji malnütrisyonunu saptamada da duyarlıdır [82].

Subjektif Global Değerlendirme (SGA); Beslenme durumunun değerlendirilmesinde kolay ve pratik bir yöntem olarak kabul edildiğinden kullanımı yaygındır. Hastanın tıbbi anamnezi (ağırlık değişimi, besin alımında değişme, gastrointestinal semptomlar ve fonksiyonel aksaklık) ve fiziksel testleri (subkutan yağ kaybı, kas zayıflığı, ayak bileği ödemi, sakral ödem ve ascit) gibi değerlendirme kriterleri içermesine karşın labratuvar bulgularını içermemektedir. Subjektif değerlendirmeyi etkileyen esas objektif faktörün ağırlık değişimi olduğu bildirilmiştir. SGA'nın uzun dönem bakımda beslenme durumu ile ilişkili

komplikasyon riski (major enfeksiyonlar, basınç ülserleri ve mortalite) yüksek olan yaşlı bireylerin tanımlanmasında etkin olduğu saptanmıştır [72].

Nütrisyonel Risk Taraması 2002 (NRS-2002); ESPEN tarafından 2002 yılında geliştirilen kapsamlı bir tarama testidir. Özellikle akut hastalık durumunda beslenme desteğinin yeterliliğini değerlendiren bir tarama testidir. Yetişkin ve yaşlı tüm bireyler için geliştirilmiştir. Akut bakıma alınmış ve besin ihtiyacı olan hastalara odaklanır [83].

Kısa Nütrisyonel Değerlendirme Formu (SNAQ); 2005 yılında Hollandalı araştırmacılar tarafından 26 sorunun analiz edilmesi sonucu geliştirilmiştir. SNAQ’u geliştiren araştırmacılar, beş dakikadan daha kısa süren, herhangi bir hesaplamaya (antropometrik ölçüm vs.) ihtiyaç duymayan ve tarama puanına göre tedavi planı içeren bir nütrisyonel tarama aracı geliştirmeyi amaçlamışlardır. Kısa formlu tarama araçları olan Nütrisyonel Risk Taraması-2002 (NRS-2002), Malnütrisyon Universal Tarama Aracı (MUST), Malnütrisyon Tarama Aracı (MST) ve Hemşirelik Nütrisyonel Tarama Formu (NNSF) ile karşılaştırılan SNAQ’un sahip olduğu bu özellikler bakımından MST dışındaki tarama araçlarına göre avantajlı olduğu kanısına varılmıştır. MST de SNAQ gibi antropometrik ölçüm içermeyen ve kolay cevaplanabilecek üç sorudan oluşan bir tarama aracı olup her iki tarama aracı da nütrisyonel risk altındaki hastaları kapsamlı bir değerlendirme için diyetisyene yönlendirmektedir. SNAQ, MST’den farklı olarak tedavi planı sunmaktadır [84].

Sık kullanılan tarama araçları içinde evde bakım hastalarında geçerliliği gösterilmiş olanlar bulunmakla birlikte, geliştirilme sürecinde bu hastaların klinik özellikleri ve kendilerine özgü risklerini merkezde tutarak sadece bu populasyon için hazırlanmış bir tarama aracı bulunmamaktadır [46].

Belçika’da 2007 yılında Ulusal Gıda ve Sağlık Planı çerçevesinde toplanan nütrisyon konusunda uzman bir grup farklı ortamlarda malnütrisyonun belirlenmesi ve yönetimi için en uygun ve geçerli yöntemleri tanımlayan bir rapor hazırlamışlardır. Avrupa Konseyi’nin de onayladığı bu raporda, evde bakım ve bakım evleri için malnütrisyon taramasında ilk seçenek olarak MNA, ikinci seçenek olarak MUST önerilmiştir. SGA’nın ise ileri nütrisyonel değerlendirme için uygun olduğu belirtilmiştir [85].

2.12.2. Yaşam kalitesi

Yaşam kalitesi çok çeşitli sonuçları içeren bir terimdir. Bireylerin günlük yaşamlarındaki öznel deneyimlerin (fiziksel fonksiyonlar, psikolojik durum, sosyal iletişim ve ekonomik düzey) toplamı olarak tanımlanabilir [86, 87]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini ‘Kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi’ olarak tanımlamıştır [88].

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler hastalığa özgü ve jenerik (genel) ölçekler olmak üzere iki gruba ayrılabilir [89]:

Hastalığa özgü ölçekler; belirli bir hastalığın, hastalıkla ilişkili olan semptomların veya fonksiyonel bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelemek için tasarlanmışlardır. Hastalığa özgü tedavinin sağlık etkilerine odaklanan bu ölçekler yaşam kalitesindeki küçük değişimleri kolayca saptayabilirler. Ancak her ölçeğin puanlama sistemi farklıdır. Bu yüzden hem farklı ölçekler arasında hem de farklı hastalık grupları arasında karşılaştırma yapılması olanaklı değildir.

Jenerik (Genel) ölçekler ise belirli bir hastalık grubu için tasarlanmamış olup genel popülasyonda kullanılan ve geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçeklerdir. Hastalık gruplarına özgü olmadıklarından bazı hastalıklar için daha az duyarlıdırlar. Hastalığa özgü ölçeklerin aksine yaşam kalitesindeki küçük değişiklikleri saptayamayabilirler. En önemli avantajları farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmaları olası kılmalarıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Araştırma Yerinin Özellikleri

Bu çalışma, evde bakım hizmeti alan bireylerin beslenme durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya katılan bireyler yalnızca bir kez değerlendirilmiş olup araştırma kapsamında Karaman Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri ekibi ile birlikte ev ziyaretlerinde bulunulmuştur.

Ekim 2015 itibarıyla Karaman il merkezinde bulunan Karaman Devlet Hastanesinden elde edilen verilere göre Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı 574 hasta bulunmaktadır. Bu sayı Karaman ilinin toplam nüfusu olan 242 196'nın yaklaşık % 2,3'üne karşılık gelmektedir [90]. Sağlık Bakanlığı tarafından evde sağlık hizmetine ihtiyacı olabilecek, hedef nüfus, uluslararası literatür de taranarak % 1-2 olarak belirlenmiştir [91]. Hastaların tamamı il merkezinde olmasına rağmen Karaman ilinde evde sağlık hizmeti sunumu Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bu hedefin biraz üzerindedir.

3.2. Araştırmanın Örneklemi ve Dışlanma Ölçütleri

Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden evde sağlık hizmetleri ekibi ile koordineli olarak ev ziyaretlerine katılma hususunda gerekli izinler alınmıştır (EK-1). Birime kayıtlı 574 bireyin oluşturduğu araştırma evreninden Ocak-Haziran 2016 arasında ulaşılabilecek tüm hastaların araştırma kapsamında değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Bebek, çocuk ve adölesanlar araştırmaya dâhil edilmemiştir. Ayrıca kendileri veya bakım veren yakınlarından doğru veri alınamayan ve antropometrik ölçümlerinin gerçekleştirilmesi mümkün olmayan bireyler de araştırmanın dışında bırakılmıştır.

Ön görülen sürede ulaşılan ve çalışmaya katılma şartlarını sağlayan 119 kadın, 90 erkek toplam 209 yetişkin ve yaşlı evde bakım hastası ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Ziyaret edilen evde bakım hastalarının ve bakım verenlerin tamamı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

3.3. Etik Komisyon Onayı ve Aydınlatılmış Onam

Araştırma için 18 Ocak 2016 tarih ve 77082166-604.01.02 sayı ile Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan onay alınmıştır (EK-2).

Araştırmaya dâhil edilecek hastaların ilk olarak aydınlatılmış onamları alınmıştır (EK-3). Hastaların bilişsel durumlarının iletişim kurulamayacak düzeyde olduğu durumlarda ise hasta yakınlarından aydınlatılmış onam alınmıştır. Hasta ve hasta yakınlarına araştırmanın amacı, araştırmaya katılma şartları, katılımcıların sahip olduğu haklar ve yöneltilecek sorular hakkında detaylı bilgi verilmiştir.

3.4. Araştırma Süreci

Araştırma, Eylül 2015 ve Kasım 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (Bkz. Çizelge 3.1.).

Çizelge 3.1. Araştırmanın genel planı

Faaliyetler	Eylül 2015	Ekim 2015	Kasım 2015	Aralık 2015	Ocak 2016	Haziran 2016	Temmuz 2016	Kasım 2016
Konunun belirlenmesi								
Literatür tarama								
Tez önerisi								
Araştırma izin talebi								
Etik Komisyon onayı								
Verilerin toplanması ve bilgisayara girilmesi								
Verilerin analizi								
Araştırma raporunun hazırlanması								

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında beş çeşit veri toplama aracı kullanılmıştır:

1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin, genel sağlık durumlarının ve biyokimyasal bulgularının sorgulandığı genel anket formu
2. Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) [92]
3. Kısa Nutrisyonel Değerlendirme Formu (SNAQ) [84]
4. 24 saatlik geriye dönük besin tüketimi
5. Kısa Form-36 (SF-36) sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği [93]

3.5.1. Genel anket formu

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, genel sağlık durumları, biyokimyasal bulguları ve beslenmeye ilişkin hasta veya bakım verenin yaşadığı problemleri sorgulayan dört bölümlük genel bir anket formu hazırlanmıştır (EK-4). Birinci bölümde katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, hasta ile birlikte yaşayan aile üyeleri, bakım verenin varlığı, hastanın mesleği, kullandığı ilaçlar, sigara ve alkol kullanma durumu, evde bakım hizmetini alma süresi ve periyodu ile tanısı konan hastalıklar sorgulanmıştır. Bireyler yaş dönemlerine göre yetişkin (19-64 yıl), erken yaşlı (65-74 yıl), yaşlı (75-84 yıl) ve ileri yaşlı (85 yıl ve üzeri) olarak gruplandırılmıştır.

İkinci bölümde hasta veya hasta yakınına, genel beslenme durumu ve beslenme alışkanlıklarına yönelik sorular yöneltilmiştir. Bu bölümde hastanın beslenme yolu, ana ve ara öğün sayısı, genel iştah durumu, çiğneme ve yutma güçlüğü, diş kaybı, tam protez kullanımı ve günlük su tüketimine ilişkin sorular yer almıştır.

Üçüncü bölümde biyokimyasal parametre tablosu oluşturulmuştur. Çalışmanın yapıldığı tarihten önceki son üç ay içinde olmak koşuluyla en son elde edilen biyokimyasal test sonuçları Evde Sağlık Hizmetleri birimi bünyesindeki hasta dosyalarından alınmıştır. Form üzerinde her ne kadar standart bir biyokimyasal parametre tablosu oluşturulmuşsa da her bir hasta için test edilen parametreler farklılık gösterdiğinden son üç ay içindeki en son laboratuvar sonuçlarında yer alan kan bulguları kaydedilmiştir (EK-5).

Son bölümde evde bakım hizmetleri kapsamında hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme tedavisine yönelik aldığı hizmet sorgulanmış, hasta veya bakım verenden hastanın en sık yaşadığı sağlık sorunları ile ilgili düşüncelerini ifade etmesi istenmiştir. Evde sağlık ekibi tarafından hastanın beslenmesine ilişkin herhangi bir bilgilendirmenin yapıp yapılmadığı, söz konusu bilgilendirmenin yeterli olup olmadığı, hastanın beslenme sırasında yaşadığı sorunlar, evde bakım hizmetleri kapsamında beslenme durumunun değerlendirilmesi için diyetisyenlik hizmeti talebi ve açık uçlu olarak hastanın en sık yaşadığı sorunlar sorgulanmıştır.

3.5.2. Mini nütrisyonel değerlendirme (MNA)

MNA, tarama ve değerlendirme olmak üzere iki bölümden oluşur (EK-4). MNA, 15'i sözel sorgulama ve 3'ü antropometrik ölçüme dayalı 18 sorudan oluşmakta ve 6 sorusu tarama bölümünü içermektedir. MNA'nın kısa formu (MNA-SF) olarak da kabul edilen bu bölümde 5 sözel soru 1 antropometrik ölçüm bulunmaktadır [92]. Sorgulanan sağlık sorunları ve antropometrik ölçümler şunlardır:

- Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına ve çiğneme ve yutma zorluklarına bağlı besin alımında düşüş
- Son üç ay içindeki ağırlık kaybı
- Hareketlilik durumu
- Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti
- Nöropsikolojik problemler
- Beden kütle indeksi (BKİ)

MNA'nın tarama bölümünden 14 puan üzerinden 12 puanın altında alındığı takdirde değerlendirme bölümü ile devam edilmektedir. Bu bölüm 16 puan üzerinden değerlendirilmekte olup 10 sözel soru ve 2 antropometrik ölçüm olmak üzere 12 sorudan oluşur. Burada ise sağlık sorunları ve antropometrik ölçümlerin yanı sıra beslenme alışkanlıkları da sorgulanır:

- Bağımsız yaşama durumu
- Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma durumu
- Bası yarası veya deri ülserine sahip olma durumu

- Günlük tam öğün sayısı
- Protein alımı için seçilen besinler
- Günlük meyve veya sebze tüketim miktarı
- Günlük sıvı tüketimi
- Yardımsız yemek yiyebilme durumu
- Hastanın beslenme durumuna ilişkin düşüncesi
- Hastanın kendi yaşlıtlarına göre sağlık durumu ile ilgili düşüncesi
- Kol çevresi (cm)
- Baldır çevresi (cm)

MNA'nın tarama puanı ile değerlendirme puanı toplamı toplam değerlendirme puanını vermekte olup 30 puan üzerinden değerlendirilen nihai MNA puanının 24 ve üzerinde olması beslenme yetersizliği olmadığını göstermektedir. MNA puanının 17-23,5 arasında olması malnütrisyon riskine, 17'nin altında olması ise malnütrisyona işaret etmektedir [92]. MNA ve MNA-SF'in Türkiye'deki yaşlılar için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması son olarak Sarıkaya tarafından yapılmıştır [94].

Bireylerin antropometrik ölçümleri

Boy Uzunluğu: Yatak veya sandalyeye bağımlı olmayan bireylerin boy uzunlukları esnemeyen mezura ile usülüne uygun olarak ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümü esnasında ayakların bitişik, dizlerin düz, kalça ve kürek kemiklerinin dikey düzeyeyle temas etmesine ve başın frankfort düzleminde olmasına dikkat edilmiştir. Yatak veya sandalyeye bağımlı bireylerde ise bacak, dizden 90 derece bükülerek femoral kondiller üzerinde bacağın anterior ucundan ayak topuğuna kadar olan kısım mezura ile ölçülmüştür [95]. Bu ölçüm Chumlea tarafından geliştirilen formülde yerine konularak bireylerin boy uzunluğu ölçümleri elde edilmiştir [95].

Yetişkin bireyler için boy uzunluğu;

- Erkeklerde: $(2,08 * DB \text{ (cm)}) + 59,01$
- Kadınlarda: $(1,91 * DB \text{ (cm)}) - (0,17 * \text{yaş}) + 75,0$

Yaşlı bireyler için boy uzunluğu:

- Erkeklerde: $(2,02 \cdot DB \text{ (cm)}) - (0,04 \cdot \text{yaş}) + 64,19$
 - Kadınlarda: $(1,83 \cdot DB \text{ (cm)}) - (0,24 \cdot \text{yaş}) + 84,88$
- (DB: Diz Boyu)

Vücut Ağırlığı: Bireylerin vücut ağırlıkları 0,1 kg hassasiyetli dijital tartı ile usulüne uygun olarak ölçülmüştür. Tartı ile ölçüm yapılmayan yatak veya sandalyeye bağımlı bireylerde aşağıdaki formül ile vücut ağırlığı ölçümleri elde edilmiştir.

Vücut ağırlığı:

- Erkeklerde: $(2,31 \cdot KÇ \text{ (cm)}) + (1,50 \cdot BÇ) - 50,10$
 - Kadınlarda: $(1,63 \cdot KÇ \text{ (cm)}) + (1,43 \cdot BÇ) - 37,46$
- (KÇ: Kol Çevresi; BÇ: Baldır Çevresi)

Beden Kütle İndeksi (BKİ): Bireylerin BKİ ölçümleri, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) uluslararası obezite sınıflamasının yerine yaşa göre uygun BKİ aralıklarına göre değerlendirilmiştir (Bkz. Çizelge 3.2.).

Çizelge 3.2. Yaşa göre uygun BKİ değerleri [79]

Yaş (yıl)	BKİ (kg/m ²)
19-24	19,0-24,0
25-34	20,0-25,0
35-44	21,0-26,0
45-54	22,0-27,0
55-65	23,0-28,0
65 yaş üstü	24,0-29,0

Üst Orta Kol Çevresi (ÜOKÇ): Bireylerin önemli çoğunluğu yatak veya sandalyeye bağımlı olduğu için ÜOKÇ ölçümlerinin ayakta yapılması genel itibariyle mümkün olmamıştır. Kol dirsekten 90 derece bükülmüş ve avuç içinin ayaklara bakması sağlanmıştır. Omuzda akromial çıkıntı ile dirsekte olekranon çıkıntı arasındaki orta nokta işaretlenmiştir. Kol serbest bırakıldıktan sonra mezura kola dik olacak şekilde yumuşak dokuya basınç uygulamadan ölçüm yapılmıştır.

Baldır Çevresi (BÇ): Ayakların birbirinden 20 cm açık olması sağlandıktan sonra mezura ile en geniş noktadan çevre ölçümü alınmıştır.

3.5.3. Kısa nütrisyonel değerlendirme formu (SNAQ)

Klinikte yatan hastalarla yapılan çalışmaların sonucunda geliştirilmiş olsa da üç sözel sorudan oluşan SNAQ çok az vakit alması ve antropometrik ölçümler ile laboratuvar bulguları içermemesinden dolayı evde bakım hastalarında pratik bir şekilde uygulanabilecek bir tarama aracı olarak ön görülmüştür.

SNAQ; istemsiz ağırlık kaybını, son bir ay içindeki iştah durumunu ve son bir ay içindeki nütrisyonel destek veya beslenme tüpü kullanımını sorgulamaktadır (EK-4). MNA ve diğer birçok nütrisyonel tarama aracının aksine yüksek puan kötü beslenmeyi, düşük puan ise beslenme durumunun iyiliğini gösterir. İstemsiz vücut ağırlığı kaybının son altı ay içinde 6 kg'dan fazla olması 3 puanla, son bir ay içinde 3 kg'dan fazla olması ise 2 puanla skorlandırılır. Son bir ay içinde iştah durumunda düşüş olması ve yine son bir ay içinde nütrisyonel destek veya beslenme tüpü kullanımı 1'er puana karşılık gelmektedir. Toplamda 7 puan üzerinden değerlendirilen SNAQ testinin 1 puan ve altında olması yeterli beslenme durumuna, 2 puan olması orta derece kötü beslenmeye, 3 puan ve üzerinde olması ise şiddetli derecede kötü beslenmeye ve beslenme müdahalesi ihtiyacına işaret etmektedir [84].

3.5.4. 24 saatlik geriye dönük besin tüketimi

Bu çalışmada tüketilen besin ve içecek miktarlarının saptanmasında “Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü ve Miktarlar” kitabından yararlanılmıştır [96]. Bazı hasta ve bakım verenler geriye dönük besin tüketimini hatırlamakta güçlük çekmişlerdir. Bu durumda ise hasta ve bakım verenlerden hastanın bir günlük besin tüketimlerini detaylı olarak kaydetmeleri istenmiş ve bir sonraki rutin ziyarette besin tüketim kayıtları kendilerinden alınmıştır (EK-4). Günlük tüketilen besinlerin türleri ve miktarları belirlenmiş ve enerji, makro ve mikro besin ögesi değerleri Beslenme Bilgi Sistemi (BeBiS) programı kullanılarak hesaplanmıştır [97]. Diyetle günlük alınan enerji, makro ve mikro besin öğelerinin değerlendirilmesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ‘Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER 2015)’den yararlanılmıştır [98].

3.5.5. Kısa form-36 (SF-36) sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği

Kısa Form-36 (SF-36), jenerik ölçekler içerisinde en yaygın kullanılanıdır [99]. RAND Corporation bünyesinde 1987 yılında geliştirilen ölçek hemen her yıl güncellenerek bugünkü hâlini almıştır [93].

SF-36'nın bir kendini değerlendirme ölçeği olması, en belirgin özelliklerinin başında gelmektedir [93]. Bireylerin sağlık durumlarını olumlu ve olumsuz açıdan değerlendirmesi ve az bir sürede doldurulabilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır [100].

SF-36 ölçeği, alt boyutlara dağılan 36 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır (Bkz. Çizelge 3.1.) (EK-4). Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin farklı boyutlarının incelendiği bu ölçekte, yüksek puanlar sağlıkta daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir [101]. SF-36, iki ana bölüm özetini (fiziksel bölüm özeti ve mental bölüm özeti) ve sekiz alt boyutu (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, enerji/canlılık/vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı) değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir [99]. Ölçek tek bir puan vermek yerine her bir alt boyut için ayrı ayrı puan vermektedir. Özet bölümler ve alt boyutlar sağlığı “0” ile “100” puan arasında değerlendirmekte olup, “0” puan kötü sağlık durumuna karşılık gelirken, “100” puan iyi sağlık durumuna işaret etmektedir [100]. Alt boyutlardan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık algısı puanlarının aritmetik ortalaması fiziksel bölüm puanını; enerji/canlılık/vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve ruhsal sağlık puanlarının aritmetik ortalaması ise mental bölüm puanını gösterir [99].

Çizelge 3.3. SF-36’da alt boyutlara göre soru sayılarının dağılımı

Özet ölçüm	Alt boyut	Soru sayısı
Fiziksel bölüm	Fiziksel fonksiyon	10
	Fiziksel rol güçlüğü	4
	Ağrı	2
	Genel sağlık algısı	5
Mental bölüm	Sosyal fonksiyon	2
	Emosyonel rol güçlüğü	3
	Enerji/canlılık/vitalite	4
	Ruhsal sağlık	5

SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [102].

3.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (İstatistik Paket Programı) ile değerlendirilmiştir. Nitel verilerin değerlendirilmesinde sayı (S) ve yüzde (%) değerleri hesaplanmış ve istatistiksel önemlilikler ki kare testi (χ^2) ile belirlenmiştir. Parametrik koşulları sağlayan iki gruplu nicel verilere ait ortalama ($\bar{x}$) ve standart sapmalar (SS) arasındaki farklılıkların değerlendirilmesinde bağımsız t testi; parametrik koşulların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla gruplandırma yapılan verilerde parametrik koşulların sağlandığı durumlarda One-Way ANOVA testi; parametrik koşulların sağlanmadığı durumlarda ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Parametrik koşulları sağlayan ikiden fazla gruplu verilerde farklı olan grubu belirlemek için çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni tercih edilmiştir. Kategorik olmayan değişkenler Spearman korelasyon analizi ile karşılaştırılmış, testlerin uyumlarını denetlemek için ise Cohen'in kappa katsayısı (κ) kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik 0,05 ve 0,01 düzeylerinde değerlendirilmiştir [103].

3.7. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmaya başlamadan önce ve araştırma sırasında bazı güçlüklerle karşılaşmıştır.

Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan onay alınması için geçen süre nedeniyle çalışma 2 ay geç başlamıştır. Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli izinler alınmıştır. Ancak araştırmacının Evde Sağlık Hizmetleri biriminin ulaşım imkânlarını kullanmasına müsaade edilmemiştir. Evde Sağlık Hizmetleri sorumlu hekimi araştırmacının ekip ile birlikte ev ziyaretlerinde bulunmasını uygun bulmamış ve ekibin performansının etkileneceğine dair olumsuz görüş bildirmiştir. Ayrıca sorumlu hekim tarafından bazı evde bakım hastaları ile görüşülmesine gerekçe sunulmaksızın müsaade edilmemiştir.

Katılımcıların laboratuvar verileri hasta dosyalarından sağlanmıştır. Bu nedenle beslenme durumuna yönelik testlerin ancak bir kısmına ulaşılabilmiştir.

Çoğunluğu yatalak olan evde bakım hastalarından verilerinin doğruluğu şüpheli olan ve antropometrik ölçümler esnasında güçlüklerle karşılaşılan bireylerin verileri iptal edilmiştir.

Toplamda 225 hasta ile görüşülmüş lakin tüm bu sınırlılıklar nedeniyle 209 hastaya ait veri değerlendirmeye alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu araştırma, Karaman il merkezinde yaşayan 90 erkek (%43,1) ve 119 kadın (%56,9) olmak üzere toplam 209 evde bakım hastası ile yürütülmüştür.

4.1. Bireylere Ait Genel Özellikler

Çizelge 4.1.'de bireylere ait sosyodemografik özellikler verilmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin (65 yaş ve üzeri) sıklığı %82,8 olarak saptanmıştır (erkeklerde %78,9; kadınlarda %85,7). Bireylerin yaş ortalaması $76,0 \pm 15,23$ yıl olup (erkeklerde $76,2 \pm 17,39$ yıl; kadınlarda $75,8 \pm 13,43$ yıl) yaş ortalaması bakımından cinsiyetler arası fark önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$). Eğitim durumlarına göre gruplandırılan bireylerde ilk üç sırayı %49,3 ile okuryazar olmayanlar, %27,3 ile ilkokul mezunları ve %16,7 ile örgün eğitim almayan okuryazarlar almıştır. Okuryazar olmayanların sıklıkları kadınlarda %65,5; erkeklerde ise %27,8'dir. Bireylerin %49,8'i evli, %50,2'si bekârdır. Evli bireylerin sıklığı erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla %70,0 ve %34,5'dir. Erkeklerde ve kadınlarda bakım alma sıklıkları hemen hemen aynıdır (sırasıyla %94,4 ve %94,1).

Çizelge 4.1. Bireylere ait genel özelliklerin cinsiyete göre dağılımı

Özellikler	Erkek (n:90)		Kadın (n:119)		Toplam (n:209)	
	S	%	S	%	S	%
Yaş dönemi						
Yetişkin	19	21,1	17	14,3	36	17,2
Erken yaşlı	7	7,8	25	21,0	32	15,3
Yaşlı	28	31,1	40	40,3	76	36,4
İleri yaşlı	36	40,0	29	24,4	65	31,1
Meslek						
Ev hanımı	-	-	116	97,6	116	55,5
Emekli çiftçi	40	44,5	-	-	40	19,1
Emekli işçi	26	28,9	-	-	26	12,4
Emekli esnaf	10	11,1	-	-	10	4,8
Serbest meslek	5	5,6	-	-	5	2,4
Emekli memur	4	4,4	1	0,8	5	2,4
Öğrenci	1	1,1	1	0,8	2	1,0
İşsiz	4	4,4	1	0,8	5	2,4

Çizelge 4.1. (devam) Bireylere ait genel özelliklerin cinsiyete göre dağılımı

Özellikler	Erkek (n:90)		Kadın (n:119)		Toplam (n:209)	
	S	%	S	%	S	%
Eğitim durumu						
Okuryazar değil	25	27,8	78	65,6	103	49,3
Okuryazar	24	26,7	11	9,2	35	16,8
İlkokul mezunu	30	33,3	27	22,7	57	27,3
Ortaokul mezunu	3	3,3	1	0,8	4	1,9
Lise ve dengi okul mezunu	7	7,8	-	-	7	3,3
Üniversite mezunu	1	1,1	2	1,7	3	1,4
Medeni durum						
Evli	63	70,0	41	34,5	104	49,8
Bekâr	27	30,0	78	65,5	105	50,2
$X^2 = 25,900; p = 0,000$						
Birlikte yaşadığı yakınları						
Yalnız	5	5,5	12	10,1	17	8,1
Eşi ile	44	48,9	17	14,3	61	29,2
Eşi ve çocukları ile	19	21,1	14	11,8	33	15,8
Çocukları ile	16	17,8	67	56,3	83	39,7
Bakıcı ile	-	-	1	0,8	1	0,5
Diğer	6	6,7	8	6,7	14	6,7
Bakım veren varlığı						
Bakım veren var	85	94,4	112	94,1	197	94,3
Bakım veren yok	5	5,6	7	5,9	12	5,7
$X^2 = 0,010; p = 0,920$						
Bakım verenin yakınlığı						
Birinci derece akraba	25	27,8	64	53,7	89	42,5
İkinci derece akraba	4	4,4	3	2,5	7	3,3
Üçüncü derece akraba	-	-	4	3,4	4	1,9
Eşi	45	50,0	5	4,2	50	23,8
Gelini	9	10,0	24	20,2	33	15,8
Eltisi	-	-	1	0,8	1	0,5
Yengesi	-	-	1	0,8	1	0,5
Bakıcı	2	2,2	10	8,4	12	5,7
Sigara kullanımı						
Hiç kullanmadım	33	36,7	107	89,8	140	67,0
Bıaktım	48	53,3	8	6,7	56	26,8
Kullanıyorum	9	10,0	4	3,4	13	6,2
$X^2 = 66,872; p = 0,000$						
Alkol kullanımı						
Hiç kullanmadım	79	87,8	119	100,0	198	94,7
Bıaktım	11	12,2	-	-	11	5,3
Kullanıyorum	-	-	-	-	-	-

4.2. Bireylere Ait Sağlık Problemleri

Bireylerin önemli bir kısmı multimorbid hastalar olmakla birlikte en sık görülen hastalığın %44,5 ile hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyonu sırasıyla SVO (%25,8), kalp damar hastalıkları (%23,9), diyabet (%21,5), demans (%20,6), kırıklar (%17,2), basınç ülseri (%16,3) ve osteoporoz (%15,3) takip etmiştir (Bkz. Çizelge 4.2.).

Çizelge 4.2. Bireylere ait hastalık bilgileri

Hastalıklar*	Erkek (n:90)		Kadın (n:119)		Toplam (n:209)	
	S	%	S	%	S	%
Hipertansiyon	26	28,9	67	56,3	93	44,5
SVO	27	30,0	27	22,7	54	25,8
Kalp damar hastalığı	18	20,0	32	26,9	50	23,9
Diyabet	15	16,7	30	25,2	45	21,5
Demans	17	18,9	26	21,8	43	20,6
Kırıklar	15	16,7	21	17,6	36	17,2
Basınç ülseri	14	15,6	20	16,8	34	16,3
Osteoporoz	6	6,7	26	21,8	32	15,3
Kas ve eklem hastalıkları	11	12,2	18	15,1	29	13,9
Diğer nörolojik hastalıklar	10	11,1	14	11,8	24	11,5
Böbrek hastalıkları	8	8,9	16	13,4	24	11,5
Psikiyatrik hastalıklar	9	10,0	12	10,1	21	10,0
KOAH	11	12,2	8	6,7	19	9,1
BPH	19	21,1	-	-	19	9,1
Şişmanlık	1	1,1	13	10,9	14	6,7
Kanser	5	5,6	6	5,0	11	5,3
Astım	2	2,2	8	6,7	10	4,8
Bel fıtığı	1	1,1	3	2,5	4	1,9
Göz hastalıkları	3	3,3	1	0,8	4	1,9
Ülser-gastrit	1	1,1	2	1,7	3	1,4
Guatr	1	1,1	2	1,7	3	1,4

*Birden fazla yanıt alınmış, yüzdeler n sayısına göre hesaplanmıştır.

4.3. Bireylerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bilgiler

Bireylerin %40,2'si genel iştah durumundan memnun olduğu bildirmiştir. Genel iştah durumlarını 'orta' ve 'kötü' olarak belirten bireylerin sıklıkları sırasıyla %28,2 ve %31,6 olup cinsiyete göre katılımcıların iştah durumları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin %33,3'ü; kadınların ise %45,4'ü genel iştah durumlarının iyi olduğunu belirtmiştir. Çiğneme ve yutma güçlüğü yaşayan bireylerin sıklığı erkeklerde %50,0; kadınlarda %41,2 olarak belirlenmiştir. Bireylerin %98,1'inde diş kaybı söz konusu olup, tam protez kullananların sıklığı %58,4'tür. Söz konusu özelliklerin hiçbirinde cinsiyetler arası önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.3.).

Çizelge 4.3. Bireylerin beslenme durumlarına ilişkin bilgiler

Özellikler	Erkek (n:90)		Kadın (n:119)		Toplam (n:209)	
	S	%	S	%	S	%
Genel iştah durumu						
İyi	30	33,3	54	45,4	84	40,2
Orta	32	35,6	27	22,7	59	28,2
Kötü	28	31,1	38	31,9	66	31,6
$X^2 = 4,866; p = 0,088$						
Çiğneme ve yutma güçlüğü						
Var	45	50,0	49	41,2	94	45,0
Yok	45	50,0	70	58,8	115	55,0
$X^2 = 1,612; p = 0,204$						
Diş kaybı						
Var	87	96,7	118	99,2	205	98,1
Yok	3	3,3	1	0,8	4	1,9
Tam protez kullanımı						
Var	55	61,1	67	56,3	122	58,4
Yok	35	38,9	52	43,7	87	41,6
$X^2 = 0,488; p = 0,485$						

Nütrisyon desteği alan bireylerin sıklığı %18,2 olup cinsiyetler arası önemli bir farklılık söz konusu değildir ($p<0,05$). Bireylerin nütrisyonel destek yolları oral (%65,8), nazogastrik (%15,8), gastrostomi (%15,8) ve total parenteral beslenme (TPN) (%2,6) olarak belirlenmiştir (Bkz. Çizelge 4.4.).

Çizelge 4.7.'de erkek katılımcıların yaş gruplarına göre antropometrik ölçümleri değerlendirilmiştir. Yaş gruplarına göre erkek katılımcılar arasında boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ ölçümleri bakımından önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.7. Yaş gruplarına göre erkek katılımcılara ait antropometrik ölçümlerin (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ) aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Antropometrik Ölçümler	Yaş Grubu				p**
	Yetişkin (n:19)	Erken yaşlı (n:7)	Yaşlı (n:28)	İleri yaşlı (n:36)	
Yaş (yıl)	47,4±14,70 ^a	69,7±2,14 ^b	81,0±2,24 ^c	88,9±3,26 ^d	0,000*
Boy uzunluğu (cm)	169,7±8,16	170,6±4,08	171,0±4,72	170,3±4,47	0,838
Vücut ağırlığı (kg)	73,6±19,71	66,4±6,95	66,9±14,60	66,4±8,97	0,548
BKİ (kg/m ²)	25,5±6,52	22,9±3,10	22,8±4,74	23,0±2,99 ^c	0,477
ÜOKÇ (cm)	28,4±6,96	25,7±1,80	25,6±5,36	25,1±3,40	0,414
BÇ (cm)	34,2±8,49	34,1±2,85	31,9±5,06	32,6±3,99	0,537

**One-Way ANOVA testi ve Kruskal-Wallis testi, * $p<0,01$

^{a,b,c,d} Farklı harflere ait gruplar için $p<0,05$; aynı harflere ait gruplar için $p>0,05$

Kadın katılımcıların yaş gruplarına göre antropometrik ölçümleri ise Çizelge 4.8.'de değerlendirilmiştir. Baldır çevresi ve vücut ağırlığı bakımından erken yaşlı bireyler ile yaşlı bireyler arasında önemli bir fark söz konusudur ($p<0,05$). İleri yaşlı bireylerin vücut ağırlığı, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ değerleri diğer bireylerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Boy uzunluğu bakımından ise yaş grupları arasında önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Yaş gruplarına göre kadın katılımcılara ait antropometrik ölçümlerin (boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ) aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Antropometrik Ölçümler	Yaş Grubu				p**
	Yetişkin (n:17)	Erken yaşlı (n:25)	Yaşlı (n:48)	İleri yaşlı (n:29)	
Yaş (yıl)	49,9±13,96 ^a	70,6±2,86 ^b	80,1±2,79 ^c	88,1±2,96 ^d	0,000*
Boy uzunluğu (cm)	157,1±8,53	156,3±5,61	154,5±6,27	155,0±6,47	0,359
Vücut ağırlığı (kg)	74,4±17,19 ^{a,b}	78,8±22,28 ^a	64,1±17,06 ^b	53,4±10,81 ^c	0,000*
BKİ (kg/m ²)	30,0±6,32 ^a	32,2±8,45 ^a	26,8±6,75 ^a	22,1±3,66 ^b	0,000*
ÜOKÇ (cm)	30,1±5,64 ^a	32,0±7,56 ^a	27,5±6,53 ^a	23,2±3,79 ^b	0,000*
BÇ (cm)	37,6±5,59 ^{a,b}	39,8±7,81 ^a	34,5±5,04 ^b	30,7±4,33 ^c	0,000*

**One-Way ANOVA testi ve Kruskal-Wallis testi, * $p<0,01$

^{a,b,c,d} Farklı harflere ait gruplar için $p<0,05$; aynı harflere ait gruplar için $p>0,05$

Bireylere ait MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının ortalama ve standart sapma değerlerine ilişkin bilgiler Çizelge 4.9.'da verilmiştir. MNA, MNA-SF ve SNAQ puan ortalamaları sırasıyla $15,2 \pm 7,04$; $7,6 \pm 3,92$ ve $1,6 \pm 2,00$ olarak belirlenmiş ve cinsiyetlere göre farklar istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.9. Bireylerin cinsiyete göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

	Erkek	Kadın	Toplam	z	p*
MNA	14,6 $\pm$ 7,21	15,6 $\pm$ 6,90	15,2 $\pm$ 7,04	-0,926	0,344
MNA-SF	7,1 $\pm$ 3,95	8,0 $\pm$ 3,87	7,6 $\pm$ 3,92	-1,541	0,124
SNAQ	1,7 $\pm$ 2,11	1,5 $\pm$ 1,90	1,6 $\pm$ 2,00	-0,899	0,307

*Mann Whitney U testi

Bireylerin MNA ve MNA-SF puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,963$; $p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.10.). SNAQ, toplam puanı yükseldikçe beslenme durumunun kötülüğüne işaret eder. Katılımcıların SNAQ puanları hem MNA hem de MNA-SF puanları ile negatif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahiptir (sırasıyla $r=-0,861$; $p<0,05$ ve $r=-0,875$; $p<0,05$). Ayrıca bireylere ait BKİ ölçümleri, MNA ve MNA-SF puanları ile pozitif, SNAQ puanları ile ise negatif yönlü güçlü ilişkili bulunmuştur (sırasıyla $r=0,681$, $r=0,680$ ve $r=-0,591$; $p<0,05$). BKİ'nin yanı sıra ÜOKÇ ve BÇ ölçümlerinin de MNA ve MNA-SF puanları ile pozitif, SNAQ puanları ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Antropometrik ölçümler arasında ise en yüksek korelasyon BKİ ile ÜOKÇ arasında bulunmuştur ($r=0,924$; $p<0,05$).

SF-36 özet bulgularından fiziksel bölüm puanları, MNA ve MNA-SF puanları ile yüksek, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ ile orta derecede pozitif ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Mental bölüm puanlarının ise söz konusu değişkenlerin tamamı ile yüksek pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca fiziksel ve mental bölüm puanlarının her ikisi de SNAQ puanları ile güçlü negatif ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$) (Bkz. Çizelge 4.10.).

Çizelge 4.10. Bireylere ait MNA, MNA-SF, SNAQ puanları, antropometrik ölçümler (BKİ, ÜOKÇ ve BÇ) ve SF-36 özet puanların korelasyonu (r)

	MNA	MNA-SF	SNAQ	BKİ	ÜOKÇ	BÇ	Fiziksel bölüm	Mental bölüm
	r	r	r	r	r	r	r	r
MNA		0,963*	-0,861*	0,681	0,660	0,638	0,545	0,735
MNA-SF			-0,875*	0,680	0,654	0,627	0,524	0,711
SNAQ				-0,591	-0,558	-0,549	-0,432	-0,541
BKİ					0,924	0,907	0,236	0,431
ÜOKÇ						0,896	0,254	0,439
BÇ							0,225	0,406
Fiziksel bölüm								0,583

* $p < 0,01$

Çizelge 4.11.'de katılımcıların MNA, MNA-SF ve SNAQ sınıflamalarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. MNA puanlarına göre bireylerin %53,1'i malnütrisyonlu, %29,7'si malnütrisyon riski altında olup, %17,2'sinin beslenme durumu normaldir. MNA-SF puanlarına göre ise malnütrisyonlu, malnütrisyon riskli ve normal bireylerin sıklıkları sırasıyla %45,9; %31,6 ve %22,5 olarak saptanmıştır. MNA ve MNA-SF sınıflamaları bakımından cinsiyetler arası istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

SNAQ puanlarına göre katılımcıların %69,4'ü şiddetli malnütrisyonlu olup beslenme müdahalesine ihtiyacı olmayan bireylerin sıklığı %26,8'dir.

Çizelge 4.11. Cinsiyete göre MNA, MNA-SF ve SNAQ sınıflamalarının dağılımı

Özellikler	Erkek (n:90)		Kadın (n:119)		Toplam (n:209)	
	S	%	S	%	S	%
MNA						
Malnütrisyon	49	54,4	62	52,1	111	53,1
Malnütrisyon riski	26	28,9	36	30,3	62	29,7
Normal	15	16,7	21	17,6	36	17,2
	$X^2 = 0,114; p = 0,945$					
MNA-SF						
Malnütrisyon	47	52,2	49	41,2	96	45,9
Malnütrisyon riski	28	31,1	38	31,9	66	31,6
Normal	15	16,7	32	26,9	47	22,5
	$X^2 = 3,754; p = 0,153$					
SNAQ						
1 puan ve altı	62	68,9	83	69,8	145	69,4
2 puan	2	2,2	6	5,0	8	3,8
3 puan ve üzeri	26	28,9	30	25,2	56	26,8

Çizelge 4.12.'de MNA, MNA-SF ve SNAQ sınıflamalarının birbirleriyle uyumlarına ilişkin bilgiler bulunmaktadır. MNA ve MNA-SF sınıflamalarının önemli uyum gösterdiği saptanmıştır (κ :0,708; $p<0,05$). SNAQ sınıflaması ise hem MNA hem de MNA-SF sınıflamaları ile orta derecede uyum göstermektedir (Sırasıyla κ :0,224; κ :0,281; $p<0,05$).

Çizelge 4.12. MNA, MNA-SF ve SNAQ sınıflamalarının uyumu (κ)

	Kappa Değeri	
	κ	p
MNA ve MNA-SF	0,708	0,000*
MNA ve SNAQ	0,224	0,000*
MNA-SF ve SNAQ	0,281	0,000*

* $p<0,01$

Bireylere, evde bakım hizmeti kapsamında beslenme tedavisine ilişkin bilgilendirilme durumları ve yaşadıkları beslenme sorunları ile ilgili bazı sorular yöneltilmiş ve alınan cevaplar iki grupta değerlendirilmiştir. Bu gruplara göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puan ortalamaları Çizelge 4.13.'de yer almıştır. Evde bakım ekibi tarafından beslenme tedavisi hakkında bilgilendirilen ve bilgilendirilmeyen katılımcıların MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yeteri kadar bilgilendirildiğini düşünen katılımcıların MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları yapılan bilgilendirmenin yeterli olmadığını düşünen katılımcılara göre olumlu olup tüm testler için arada istatistiksel olarak önemli bir fark söz konusudur ($p<0,05$). Beslenme sorunu yaşayan katılımcıların beslenme sorunu olmayanlara göre MNA ve MNA-SF puanları daha düşük, SNAQ puanları ise daha yüksektir. Her üç test için de gruplar arası farklar önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Evde bakım ekibi içinde diyetisyenlerin bulunmasını isteyen katılımcılar ile ekip içinde diyetisyen bulunmasını gerekli görmeyen katılımcıların MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasında ise önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.13. Hastanın beslenme durumu ile ilgili olarak hasta veya bakım verene yöneltilen soruların yanıtlarına göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Soru	Yanıtlar	MNA	p**	MNA-SF	p**	SNAQ	p**
Bakım verdiğiniz hastanın beslenme durumuna ilişkin evde bakım ekibi tarafından herhangi bir bilgilendirme yapıldı mı?	Bilgilendirildim (n:29)	12,9±8,02	0,096	6,6±4,56	0,247	2,3±2,43	0,110
	Bilgilendirilmedi m (n:180)	15,5±6,82		7,7±3,80		1,4±1,90	
Cevabınız evet ise hastanın beslenmesi hakkında yapılan bilgilendirmenin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	Yeterli (n:10)	18,7±6,56	0,004*	9,9±3,96	0,006*	0,6±1,27	0,005*
	Yetersiz (n:19)	9,9±7,14		4,9±3,91		3,2±2,46	
Bakım veren olarak bakım verdiğiniz hastanın beslenmesi sırasında sorun yaşıyor musunuz?	Sorun var (n:100)	10,9±5,75	0,000*	5,2±3,25	0,000*	2,7±1,98	0,000*
	Sorun yok (n:109)	19,1±5,66		9,8±3,15		0,5±1,37	
Bakım verdiğiniz hastanın beslenme durumunu değerlendirmek ve beslenmesi hakkında bilgilendirilmek için evde bakım ekibi içinde bir diyetisyenin bulunmasını ister misiniz?	İsterim (n:198)	15,1±6,97	0,431	7,5±3,90	0,504	1,6±1,98	0,501
	İstemiyorum (n:11)	16,6±8,38		8,4±4,46		1,5±2,30	

**Mann Whitney U Testi; *p<0,01

4.3.1. Bireylerin genel özelliklerine göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının değerlendirilmesi

Bireylerin yaş dönemi, medeni durum, eğitim düzeyi, bakım veren varlığı ve birlikte yaşadığı yakınlarına göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puan ortalamaları değerlendirilmiştir (Bkz. Çizelge 4.14.). Yetişkin bireyler ile ileri yaşlı bireylerin MNA ve MNA-SF puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır (p<0,05). Diğer taraftan evli ve bekâr bireylerin MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasındaki fark önemli bulunmamıştır (p>0,05). Bireylerin eğitim düzeylerine göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları üç grupta değerlendirilmiş olup okuryazar olmayanlarla en az ilkokul düzeyinde eğitim almış olan bireylerin hem MNA hem de MNA-SF puanları arasında önemli farklar saptanmıştır (p<0,05). Bakım alan bireylerin MNA puan ortalaması 14,8±7,05; bakım almayan bireyler için ise bu ortalama değer 20,8±3,94'tür. Bakım alan ve almayan bireylerin MNA-SF puan ortalaması sırasıyla 7,4±3,90 ve 10,9±2,47 olup, SNAQ için bu değerler sırasıyla 1,6±2,03 ve 0,3±0,49'dur. Her üç test için de gruplar arası istatistiksel olarak önemli bir fark söz konusudur (p<0,05).

Çizelge 4.14. Katılımcıların genel özelliklerine göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Özellikler	MNA	p**	MNA-SF	p**	SNAQ	p**
Yaş dönemi						
Yetişkin (n:36)	18,4±6,35 ^a	0,003*	9,3±3,59 ^a	0,005*	1,1±1,81	0,222
Erken yaşlı (n:32)	15,6±6,55 ^{a,b}		7,9±3,81 ^{a,b}		1,8±2,26	
Yaşlı (n:76)	15,2±7,33 ^{a,b}		7,6±4,03 ^{a,b}		1,5±1,98	
İleri yaşlı (n:65)	13,2±6,73 ^b		6,5±3,74 ^b		1,8±1,96	
Medeni durum						
Evli (n:104)	15,6±6,99	0,448	7,7±3,98	0,613	1,6±2,09	0,670
Bekâr (n:105)	14,8±7,10		7,4±3,87		1,6±1,91	
Eğitim düzeyi						
Okuryazar değil (n:103)	14,3±6,90 ^a	0,019*	7,2±3,77 ^a	0,023*	1,7±2,00	0,288
Okuryazar (n:35)	14,3±6,97 ^{a,b}		7,0±3,81 ^{a,b}		1,6±2,00	
İlkokul ve üzeri (n:71)	16,9±7,05 ^b		8,5±4,08 ^b		1,4±1,99	
Birlikte yaşadığı yakınları						
Yalnız (n:17)	16,9±6,50	0,302	8,7±3,77	0,293	1,0±1,66	0,200
Eşi ile (n:61)	16,0±7,10		8,0±3,90		1,4±1,93	
Eşi ve çocukları ile (n:33)	14,5±7,60		7,1±4,42		2,1±2,45	
Çocukları ile (n:83)	14,2±7,11		7,1±3,86		1,8±1,99	
Diğer (n:15)	17,0±5,17		8,7±3,02		0,5±0,64	
Bakım veren varlığı						
Bakım veren var (n:197)	14,8±7,05	0,003*	7,4±3,90	0,002*	1,6±2,03	0,040*
Bakım veren yok (n:12)	20,8±3,94		10,9±2,47		0,3±0,49	

**Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi; *p<0,05

^{a,b} Farklı harflere ait gruplar için p<0,05; aynı harflere ait gruplar için p>0,05

4.3.2. Bireylerin MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre genel beslenme özellikleri ve nütrisyon desteği alma durumları

Çizelge 4.15., MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre bireylerin genel beslenme özellikleri hakkında bilgi vermektedir. MNA puanlarına göre malnütrisyonlu olan bireylerin %8,1'i genel iştah durumunun iyi olduğunu, %58,6'sı ise iştah durumundan memnun olmadığını belirtmiştir. Malnütrisyon riski altında olan bireylerin %67,7'si iştah durumunun iyi olduğunu ifade etmiş, %32,3'ü ise orta düzeyde bir iştah durumuna sahip olduğunu belirtmiştir. Beslenme durumu normal olarak değerlendirilen grupta ise genel iştah durumlarını iyi, orta ve kötü olarak belirten bireylerin sıklıkları sırasıyla %91,7; %5,6 ve

%2,8'dir. Genel iştah durumu bakımından MNA sınıfları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylerin %57,9'u iyi bir iştah düzeyine sahip iken, %4,1'i iştah memnuniyetsizliği yaşamaktadır. Ayrıca iştah memnuniyetsizliği sıklığı SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerde %98,2'dir.

MNA puanlarına göre malnütrisyonlu, malnütrisyon riskli ve normal bireylerden çiğneme ve yutma problemi yaşayanların sıklıkları sırasıyla %71,2; %17,7 ve %11,1'dir. Gruplar arası istatistiksel fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$). SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylerde çiğneme ve yutma problemlerinin sıklığı %28,3 iken, SNAQ puanı 3 ve üzerinde bireylerde bu oran %85,7'dir.

Tam protez kullanımı bakımından ise MNA sınıfları arasında önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.15. MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre bireylerin genel beslenme özelliklerinin dağılımı

Özellikler	MNA						SNAQ					
	Malnütrisyon (n:111)		Malnütrisyon Riski (n:62)		Normal (n:36)		1 puan ve altı (n:145)		2 puan (n:8)		3 puan ve üzeri (n:56)	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Genel iştah durumu												
İyi	9	8,1	42	67,7	33	91,6	84	58,0	-	-	-	-
Orta	37	33,3	20	32,3	2	5,6	55	37,9	3	37,5	1	1,8
Kötü	65	58,6	-	-	1	2,8	6	4,1	5	62,5	55	98,2
	$X^2 = 126,429; p = 0,000$											
Çiğneme ve yutma güçlüğü												
Var	79	71,2	11	17,7	4	11,1	41	28,3	5	62,5	48	85,7
Yok	32	28,8	51	82,3	32	88,9	104	71,7	3	37,5	8	14,3
	$X^2 = 66,042; p = 0,000$											
Diş kaybı												
Var	109	98,2	60	96,8	36	100,0	141	97,2	8	100,0	56	100,0
Yok	2	1,8	2	3,2	-	-	4	2,8	-	-	-	-
Tam protez kullanımı												
Var	71	64,0	31	50,0	20	55,6	81	55,9	5	62,5	36	64,3
Yok	40	36,0	31	50,0	16	44,4	64	44,1	3	37,5	20	35,7
	$X^2 = 3,334; p = 0,189$											

Bireylerin nütrisyon desteği alma durumları ve nütrisyonel destek yollarına göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puan ortalamaları Çizelge 4.16.'da verilmiştir. Nütrisyon desteği almayan bireylerin MNA puan ortalaması nütrisyon desteği alan bireylere göre çok yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (sırasıyla $17,0 \pm 6,23$ ve $7,0 \pm 3,93$; $p < 0,05$). Benzer şekilde MNA-SF ve SNAQ puanları için de nütrisyon desteği almayan bireylerin lehine istatistiksel olarak önemli bir fark söz konusudur ($p < 0,05$). Nütrisyonel destek yolları bakımından da değerlendirilen bireylerden oral nütrisyon desteği alanların MNA ve MNA-SF puanları, oral beslenmeyen hastalara göre olumlu olup gruplar arası farklar önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca oral nütrisyon desteği alan bireylerin SNAQ puanları gastrostomi ile beslenen bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Nazogastrik yolla beslenen bireyler ile diğer gruplar arasında ise SNAQ puanları bakımından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.16. Bireylerin nütrisyon desteği alma durumları ve nütrisyonel destek yollarına göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Özellikler	MNA	p***	MNA-SF	p***	SNAQ	p***
Nütrisyon desteği						
Var (n:38)	$7,0 \pm 3,93$	0,000**	$3,2 \pm 2,32$	0,000**	$4,0 \pm 1,82$	0,000**
Yok (n:171)	$17,0 \pm 6,23$		$8,6 \pm 3,52$		$1,0 \pm 1,59$	
Nütrisyon yolu						
Oral (n:25)	$8,5 \pm 3,83^a$	0,003**	$4,0 \pm 2,39^a$	0,012*	$3,3 \pm 1,75^a$	0,008**
Nazogastrik (n:6)	$3,7 \pm 1,17^b$		$1,8 \pm 0,98^b$		$5,2 \pm 0,98^{a,b}$	
Gastrostomi (n:6)	$4,3 \pm 2,52^{a,b}$		$1,8 \pm 1,72^b$		$5,7 \pm 1,03^b$	
TPN (n:1)	-		-		-	

***Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

^{a,b} Farklı harflere ait gruplar için $p < 0,05$; aynı harflere ait gruplar için $p > 0,05$

4.3.3. Bireylerin yaşları, birlikte yaşadıkları birey sayısı, ana ve ara öğün sayıları ve günlük su tüketim miktarları ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Bireylerin yaşları, ana ve ara öğün tüketim sayıları, günlük su tüketim miktarları ve birlikte yaşayan hane halkının MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarıyla korelasyonları incelenmiştir (Bkz. Çizelge 4.17.). Bireylerin yaşları ile MNA ve MNA-SF puanları arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna karşılık yaş değişkeni ile SNAQ puanları arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Ana öğün tüketim sayıları, MNA ve MNA-SF puanları ile pozitif yönlü güçlü bir ilişki göstermektedir ($p<0,05$). SNAQ puanları, tüketilen ana öğün sayıları ile negatif ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Ara öğün tüketim sayıları ise ana öğünün aksine MNA ve MNA-SF puanları ile negatif ilişkili bulunur iken SNAQ puanları ile ilişkili bulunmamıştır.

MNA ve MNA-SF puanları ile pozitif ilişkiye sahip bir diğer değişken ise günlük su tüketim miktarlarıdır ($p<0,05$). SNAQ puanı ile günlük su tüketim miktarı arasında ise ters yönlü bir ilişki mevcuttur ($p<0,05$).

Çizelge 4.17. Bireylerin yaşları, birlikte yaşadıkları bireylerin sayısı, ana ve ara öğün sayıları ile günlük su tüketim miktarlarının MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları ile korelasyonu (r)

	MNA	MNA-SF	SNAQ
	r	r	r
Yaş	-0,233**	-0,236**	0,117
Birlikte yaşadığı birey sayısı	-0,064	-0,043	0,071
Ana öğün	0,737**	0,663**	-0,689**
Ara öğün	-0,171*	-0,151*	0,128
Günlük su tüketimi	0,386**	0,331**	-0,333**

** $p<0,01$; * $p<0,05$

4.3.4. Sık görülen hastalıklara göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puan ortalamaları ve MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre bireylerde sık görülen hastalıkların dağılımı

En sık görülen hastalıklara göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının ortalamaları Çizelge 4.18.'de değerlendirilmiştir. En sık görülen sekiz hastalık sırasıyla hipertansiyon (n:93), SVO (n:54), kalp damar hastalıkları (n:50), diyabet (n:45), demans (n:43), kırıklar (n:36), basınç ülseri (n:34) ve osteoporoz (n:32) olarak belirlenmiştir. Her hastalık için hastalıklı bireyler ve hastalıklı olmayan bireyler olmak üzere iki grup oluşturularak karşılaştırma yapılmıştır. SVO, demans ve basınç ülserinin MNA ve MNA-SF puanlarını anlamlı derecede düşürdüğü saptanmıştır ($p<0,05$). Basınç ülserli hastaların SNAQ puanları diğer gruptan yüksek olup gruplar arası önemli bir fark söz konusudur ($p<0,05$). Vücutlarında ekstremiteler, bel veya kalça kırığı olan bireylerin MNA ve MNA-SF puan ortalamaları diğer gruba göre yüksek, SNAQ puanları ise düşük olup gruplar arası istatistiksel olarak önemli bir farklar saptanmıştır ($p<0,05$).

Çizelge 4.18. Sık görülen hastalıklara göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Hastalıklar	MNA	p**	MNA-SF	p**	SNAQ	p**
Hipertansiyon						
Var (n:93)	15,4±6,57	0,821	7,8±3,80	0,441	1,4±1,82	0,476
Yok (n:116)	15,0±7,41		7,4±4,01		1,7±2,12	
SVO						
Var (n:54)	13,0±6,77	0,007**	6,6±3,85	0,031*	1,9±2,16	0,226
Yok (n:155)	16,0±6,99		7,9±3,90		1,5±1,93	
Kalp damar hastalığı						
Var (n:50)	14,4±6,15	0,226	7,1±3,80	0,303	1,8±1,94	0,204
Yok (n:159)	15,4±7,30		7,7±3,96		1,5±2,01	
Diyabet						
Var (n:45)	15,8±6,85	0,514	8,2±4,08	0,246	1,4±1,96	0,252
Yok (n:164)	15,0±7,10		7,4±3,87		1,6±2,01	
Demans						
Var (n:43)	11,8±6,04	0,000**	5,7±3,17	0,000**	1,9±1,92	0,092
Yok (n:166)	16,1±7,03		8,1±3,95		1,5±2,01	
Kırıklar						
Var (n:36)	18,7±6,14	0,001**	9,3±3,36	0,003**	0,6±1,25	0,001**
Yok (n:173)	14,5±7,00		7,2±3,92		1,8±2,10	
Basınç ülseri						
Var (n:34)	9,4±6,00	0,000**	4,7±3,34	0,000**	2,8±2,35	0,000**
Yok (n:175)	16,3±6,68		8,2±3,78		1,3±1,83	
Osteoporoz						
Var (n:32)	13,0±7,80	0,071	6,5±4,30	0,104	2,2±2,35	0,193
Yok (n:177)	15,6±6,85		7,8±3,83		1,5±1,91	

**Mann Whitney U testi, *p<0,01

En sık görülen hastalıkların MNA sınıflamasına göre dağılımı Çizelge 4.19.'da verilmiştir. Basınç ülserli hastaların %85,3'ü, demanslı hastaların %81,4'ü ve SVO'lu bireylerin %64,8'i MNA puanlarına göre malnütrisyonludur. Diyabetli hastaların %17,8'i; osteoporozlu bireylerin %15,6'sı ve hipertansiyonlu bireylerin %15,1'i MNA puanlarına göre normal bulunmuştur.

Çizelge 4.19. MNA sınıflamasına göre sık görülen hastalıkların dağılımı

Hastalıklar*	MNA					
	Malnütrisyon (n:111)		Malnütrisyon Riski (n:62)		Normal (n:36)	
	S	%	S	%	S	%
Hipertansiyon (n:93)	51	54,8	28	30,1	14	15,1
SVO (n:54)	35	64,8	17	31,5	2	3,7
Kalp damar hastalığı (n:50)	31	62,0	15	30,0	4	8,0
Diyabet (n:45)	21	46,7	16	35,6	8	17,8
Demans (n:43)	35	81,4	7	16,3	1	2,3
Kırıklar (n:36)	11	30,6	13	36,1	12	33,3
Basınç ülseri (n:34)	29	85,3	5	14,7	-	-
Osteoporoz (n:32)	20	62,5	7	21,9	5	15,6

*Yüzdeleler n sayısına göre hesaplanmıştır.

Basınç ülserli hastaların %52,9'u; osteoporozlu bireylerin %43,8'i ve SVO'lu bireylerin %33,3'ü SNAQ puanlarına göre şiddetli derecede kötü beslenmiş olup beslenme müdahalesine ihtiyaçları söz konusudur. Kırıkları bulunan bireylerin %88,9'unun SNAQ puanı 1 veya altında bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.20.).

Çizelge 4.20. SNAQ sınıflamasına göre sık görülen hastalıkların dağılımı

Hastalıklar*	SNAQ					
	1 puan ve altı (n:145)		2 puan (n:8)		3 puan ve üzeri (n:56)	
	S	%	S	%	S	%
Hipertansiyon (n:93)	67	72,0	6	6,5	20	21,5
SVO (n:54)	33	61,1	3	5,6	18	33,3
Kalp damar hastalığı (n:50)	31	62,0	3	6,0	16	32,0
Diyabet (n:45)	31	68,9	3	6,7	11	24,4
Demans (n:43)	26	60,5	3	7,0	14	32,6
Kırıklar (n:36)	32	88,9	1	2,8	3	8,3
Basınç ülseri (n:34)	15	44,1	1	2,9	18	52,9
Osteoporoz (n:32)	18	56,3	0	0,0	14	43,8

*Yüzdeleler n sayısına göre hesaplanmıştır.

4.3.5. Bireylerin Günlük Enerji, Makro ve Mikro Besin Ögesi Alımlarına İlişkin Bilgiler

Bireylerin enerji, makro ve mikro besin ögeleri günlük alımlarına ilişkin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri Çizelge 4.21.'de verilmiştir.

Çizelge 4.21. Bireylerin enerji ve besin ögeleri günlük alım aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Enerji ve besin ögeleri	Erkek	Yeterli alım miktarları (TÜBER 2015)	Kadın	Yeterli alım miktarları (TÜBER 2015)
Enerji (kcal)	1370,9±443,92	1848,0	1364,8±460,75	1460,0
Protein (g)	50,2±19,39	61,5	50,5±20,32	56,4
Protein (%)	14,6±2,68	12,0-20,0	15,0±3,60	14,0-20,0
Karbonhidrat (g)	165,3±64,03	130,0	158,8±61,42	130,0
Karbonhidrat (%)	47,9±8,79	45,0-60,0	46,7±9,16	45,0-60,0
Yağ (g)	54,3±18,70		56,9±24,37	
Yağ (%)	36,1±7,87	20,0-35,0	37,3±9,37	20,0-35,0
Diyet posası (g)	14,7±7,78	25,0	15,8±8,44	25,0
A vitamini (µg)	598,1±348,64	750,0	776,2±671,20	650,0
E vitamini (mg)	13,8±8,42	13,0	15,6±16,17	11,0
B ₁ vitamini (mg)	0,7±0,43	1,2	0,7±0,49	1,1
B ₂ vitamini (mg)	1,2±0,45	1,3	1,2±0,72	1,1
B ₆ vitamini (mg)	1,1±0,66	1,7	1,1±0,73	1,5
B ₁₂ vitamini (mg)	2,7±1,6	4,0	3,3±2,80	4,0
Toplam folat (µg)	223,0±86,48	330,0	241,6±115,49	330,0
C vitamini (mg)	77,9±57,35	110,0	104,4±105,83	95,0
Sodyum (mg)	3536,5±2010,21	1200,0	3587,2±2003,69	1200,0
Potasyum (mg)	1517,8±520,44	4700,0	1618,5±597,72	4700,0
Kalsiyum (mg)	707,4±274,54	950,0	733,3±348,00	950,0
Magnezyum (mg)	181,5±58,60	350,0	203,5±82,52	300,0
Fosfor (mg)	825,5±256,76	550,0	853,9±301,10	550,0
Demir (mg)	8,3±3,77	11,0	8,7±4,04	11,0
Çinko (mg)	8,3±3,16	9,4	9,0±4,71	7,5

Çizelge 4.22.'de, MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre bireylerin enerji, makro ve mikro besin ögesi günlük alım miktarlarına ilişkin bilgiler verilmiştir. Enerji ve birçok besin ögesinin alım miktarları MNA ve SNAQ sınıflamaları için önemli farklılıklar göstermektedir. MNA puanlarına göre beslenme durumu normal olan bireylerde enerji ve yağ alım miktarları en yüksektir ($p<0,05$). Ayrıca malnütrisyon riski altında olan bireylerin enerji alım miktarları da malnütrisyonlu bireylere göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). SNAQ puanı 3 ve üzerinde

olan bireylerin enerji ve yağ alım miktarları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

MNA puanlarına göre malnütrisyonlu bireylerde günlük diyetle protein, karbonhidrat ve diyet posası alım miktarları diğer gruplara göre düşük olup gruplar arası farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerin ise günlük protein ve karbonhidrat alım miktarları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$). Ayrıca SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylerin günlük diyet posası alım miktarları diğer gruplara göre yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Diyetle günlük A, B₁, B₂, B₆ ve B₁₂ vitaminleri alım miktarları bakımından MNA sınıfları arasında önemli bir fark bulunmazken, SNAQ sınıfları arasında önemli farklar mevcuttur. A vitamini alım miktarları açısından SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerin günlük alımları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). B₁, B₂ ve B₆ vitaminleri ise SNAQ puanı 2 olan bireylerin lehine olacak şekilde anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Diyetle günlük toplam folat alım miktarları hem MNA hem de SNAQ sınıflamaları için önemli farklılık göstermektedir. MNA puanlarına göre malnütrisyonlu bireylerin ve SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerin günlük folat alım miktarları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).

MNA puanlarına göre malnütrisyonlu bireylerde potasyum, magnezyum, demir ve çinkonun diyetle günlük alım miktarları diğer gruplara göre düşük olup aradaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Diyetle günlük sodyum ve fosfor alımları ise beslenme durumu normal olan bireylerde en yüksek; malnütrisyonlu bireylerde ise en düşük olup gruplar arası önemli farklar saptanmıştır ($p<0,05$).

SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerin diyetle günlük sodyum, potasyum ve magnezyum alım miktarları SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylerden düşük olup gruplar arası önemli bir fark söz konusudur. ($p<0,05$). Günlük kalsiyum alım miktarları ise SNAQ puanı 2 olan bireylerin lehine olacak şekilde anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerin günlük fosfor alım miktarları da diğer gruplara göre oldukça düşük olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Diyetle günlük demir ve çinko alım miktarları her üç SNAQ sınıfı için farklılık arz etmekte olup SNAQ puanı 2 olan bireylerin günlük demir ve çinko alım miktarları diğer gruplardan yüksektir ($p<0,05$).

Çizelge 4.22. MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre enerji ve besin öğeleri günlük alım aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Enerji ve besin öğeleri	MNA				SNAQ			
	Malnütrisyon	Malnütrisyon Riski	Normal	p***	1 puan ve altı	2 puan	3 puan ve üzeri	p***
Enerji (kcal)	1138,1±408,05 ^a	1549,3±372,09 ^b	1761,4±259,35 ^c	0,000**	1504,0±384,96 ^a	1566,1±511,91 ^a	985,4±386,73 ^b	0,000**
Protein (g)	44,3±20,39 ^a	54,3±17,10 ^b	62,5±15,32 ^b	0,000**	53,5±17,56 ^a	62,5±19,10 ^a	40,7±22,31 ^b	0,000**
Karbonhidrat (g)	128,9±49,61 ^a	191,5±55,15 ^b	211,1±51,66 ^b	0,000**	179,9±58,93 ^a	167,4±27,37 ^a	113,6±48,45 ^b	0,000**
Yağ (g)	47,7±23,26 ^a	61,0±16,52 ^b	72,0±14,11 ^c	0,000**	61,6±19,30 ^a	72,0±37,44 ^a	38,5±16,13 ^b	0,000**
Diyet posası (g)	10,7±6,37 ^a	20,2±7,07 ^b	21,0±6,25 ^b	0,000**	18,0±7,39 ^a	9,48±3,68 ^b	9,20±6,78 ^b	0,000**
A vitamini (µg)	683,6±475,69	723,1±765,34	710,5±378,37	0,458	721,9±584,73 ^a	966,0±742,50 ^a	603,6±456,05 ^b	0,028*
E vitamini (mg)	16,0±17,29	13,0±7,06	14,1±5,95	0,502	13,4±7,63	22,0±14,92	17,5±22,04	0,220
B ₁ vitamini (mg)	0,8±0,61	0,6±0,18	0,7±0,17	0,055	0,6±0,22 ^a	1,3±0,68 ^b	0,9±0,73 ^a	0,002**
B ₂ vitamini (mg)	1,2±0,79	1,1±0,33	1,2±0,28	0,063	1,1±0,37 ^a	2,0±1,00 ^b	1,3±0,92 ^a	0,006**
B ₆ vitamini (mg)	1,1±0,91	1,0±0,33	1,1±0,28	0,069	1,0±0,36 ^a	2,4±1,39 ^b	1,2±1,01 ^a	0,001**
B ₁₂ vitamini (mg)	2,1±2,13	2,9±2,89	3,2±2,17	0,414	3,1±2,51 ^a	5,2±3,38 ^b	2,7±1,63 ^a	0,023*
Toplam folat (µg)	214,5±123,92 ^a	252,7±76,17 ^b	259,4±62,12 ^b	0,000**	236,7±75,52 ^a	398,4±184,38 ^a	201,7±130,22 ^b	0,000**
C vitamini (mg)	96,0±108,48	84,0±58,74	99,5±64,62	0,487	90,1±61,94	75,4±29,50	103,3±141,35	0,855
Sodyum (mg)	2645,3±1835,51 ^a	4314,8±1482,70 ^b	5111,2±1804,83 ^c	0,000**	4226,2±1719,19 ^a	3155,5±2736,53 ^{a,b}	1912,6±1583,20 ^b	0,000**
Potasyum (mg)	1379,7±538,33 ^a	1763,6±562,83 ^b	1852,8±426,43 ^b	0,000**	1703,5±522,59 ^a	1588,8±527,95 ^{a,b}	1240,6±553,50 ^b	0,000**
Kalsiyum (mg)	705,0±379,89	699,3±212,73	814,5±240,57	0,159	730,4±258,28 ^a	994,1±423,59 ^b	661,9±412,67 ^a	0,018*
Magnezyum (mg)	165,7±69,43 ^a	215,7±66,23 ^b	243,3±61,55 ^b	0,000**	208,0±67,63 ^a	206,8±59,33 ^{a,b}	155,5±78,87 ^b	0,000**
Fosfor (mg)	734,0±282,73 ^a	918,0±220,16 ^b	1039,6±228,30 ^c	0,000**	905,2±239,62 ^a	946,7±298,67 ^a	659,2±308,62 ^b	0,000**
Demir (mg)	7,9±4,75 ^a	8,9±2,48 ^b	9,8±2,61 ^b	0,000**	8,5±2,81 ^a	11,8±2,71 ^b	8,2±5,93 ^c	0,000**
Çinko (mg)	8,2±5,12 ^a	8,7±2,03 ^b	10,2±2,98 ^b	0,000**	8,6±2,69 ^a	12,5±3,11 ^b	8,5±6,51 ^c	0,000**

***One-Way ANOVA testi ve Kruskal-Wallis testi; **p<0,01; *p<0,05; ^{a,b,c} Farklı harflere ait gruplar için p<0,05; aynı harflere ait gruplar için p>0,05

Bireylerin TÜBER 2015'e göre günlük enerji, diyet posası ve mikro besin ögesi alım düzeylerine ilişkin bilgiler Çizelge 4.23.'de verilmiştir. TÜBER 2015'e göre yetersizliğine en sık rastlanan besin ögeleri potasyum (%91,9), B₁ vitamini (%46,4), magnezyum (%39,2), B₆ vitamini (%38,3), C vitamini (%38,3), çinko (%36,4), toplam folat (%31,6) ve B₁₂ vitaminidir (%30,1). Ayrıca bireylerin %37,3'ünde diyetle günlük posa alım miktarları yetersiz bulunmuştur.

Çizelge 4.23. Bireylerin TÜBER 2015'e göre günlük enerji, diyet posası ve mikro besin ögesi alım düzeyleri

Enerji ve besin ögeleri	Ortalama	Yetersiz (<%50,0)		Yeterli (≥%50,0)	
		S	%	S	%
Enerji (kcal)	1367,4±452,51	25	12,0	184	88,0
Diyet posası (g)	15,3±8,16	78	37,3	131	62,7
A vitamini (µg)	700,0±562,40	52	24,9	157	75,1
E vitamini (mg)	14,8±13,41	41	19,6	168	80,4
B ₁ vitamini (mg)	0,7±0,46	97	46,4	112	53,6
B ₂ vitamini (mg)	1,2±0,62	29	13,9	180	86,1
B ₆ vitamini (mg)	1,1±0,70	80	38,3	129	61,7
B ₁₂ vitamini (mg)	3,1±2,38	63	30,1	146	69,9
Toplam folat (µg)	233,6±104,25	66	31,6	143	68,4
C vitamini (mg)	93,0±89,20	80	38,3	129	61,7
Sodyum (mg)	3565,3±2001,83	6	2,9	203	97,1
Potasyum (mg)	1575,1±566,64	192	91,9	17	8,1
Kalsiyum (mg)	722,2±317,99	54	25,8	155	74,2
Magnezyum (mg)	194,1±73,89	82	39,2	127	60,8
Fosfor (mg)	841,7±282,68	1	0,5	208	99,5
Demir (mg)	8,5±3,92	47	22,5	162	77,5
Çinko (mg)	8,7±4,12	76	36,4	133	63,6

Çizelge 4.24.'de makro besin ögesi alım miktarlarının TÜBER 2015'e göre günlük enerji alımını karşılama yüzdeleri değerlendirilmiştir. Yeterli kabul edilen günlük enerji karşılama yüzdeleri karbonhidratlar için %45-60; yağlar için ise %20-35'tir. Günlük diyetle alınan protein için yeterli enerji karşılama yüzdeleri sırasıyla yetişkin erkeklerde (19-64 yaş) %10-20; yaşlı erkeklerde (≥65 yaş) %12-20; 19-50 yaş arası kadınlarda %12-20; 51 yaş ve üzeri kadınlarda %14-20 olarak kabul edilmiştir. Bireylerin %56,5'inde günlük diyetle karbonhidrat alımı, %66,5'inde ise protein alımı yeterli bulunmuştur. Bireylerin %56,0'ında ise diyetle günlük yağ alım miktarları aşırı bulunmuştur.

Çizelge 4.24. Makro besin öğelerinin TÜBER 2015'e göre günlük enerji alımı karşılama düzeyleri

Besin öğeleri	Yetersiz		Yeterli		Fazla	
	S	%	S	%	S	%
Karbonhidrat (%)	79	37,8	118	56,5	12	5,7
Protein (%)	56	26,8	139	66,5	14	6,7
Yağ (%)	2	1,0	90	43,0	117	56,0

Bireylerin diyetle günlük enerji ve besin ögesi alım miktarlarının MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları ile korelasyonu Çizelge 4.25.'de verilmiştir. Günlük enerji alım miktarları MNA ve MNA-SF puanları ile oldukça güçlü pozitif ilişki göstermektedir (sırasıyla $r=0,646$ ve $r=0,602$; $p<0,05$). SNAQ puanları ile günlük enerji alım miktarları arasında ise güçlü negatif ilişki söz konusudur ($r=-0,600$; $p<0,05$).

Bireylerin MNA ve MNA-SF puanları ile güçlü pozitif ilişkiye sahip olan besin öğeleri sırasıyla sodyum (sırasıyla $r=0,651$ ve $r=0,632$), diyet posası (sırasıyla $r=0,650$ ve $r=0,616$) ve karbonhidrattır (sırasıyla $r=0,593$; $r=0,557$) ($p<0,05$). Günlük alınan proteinden gelen enerji yüzdesi ise MNA ve MNA-SF puanları ile güçlü ters ilişkiye sahiptir (sırasıyla $r=-0,231$ ve $r=-0,232$; $p<0,05$).

Diyetle günlük enerji ve besin ögesi alım miktarlarının SNAQ puanları ile genellikle ters ilişkili olduğu görülmektedir. MNA ve MNA-SF'in aksine sodyum, diyet posası ve karbonhidrat; SNAQ puanları ile en güçlü negatif ilişkiye sahip besin öğeleridir (sırasıyla $r=-0,633$; $r=-0,607$ ve $r=-0,584$; $p<0,05$). Diyetle alınan proteinden gelen enerji yüzdesi ise SNAQ puanları ile pozitif ilişkilidir ($r=0,243$; $p<0,05$).

Çizelge 4.25. Enerji ve besin öğeleri günlük alım miktarları ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının korelasyonu (r)

Enerji ve besin öğeleri	MNA	MNA-SF	SNAQ
	r	r	r
Enerji	0,646**	0,602**	-0,600**
Protein	0,462**	0,428**	-0,406**
Protein (%)	-0,231**	-0,232**	0,243**
Karbonhidrat	0,593**	0,557**	-0,584**
Karbonhidrat (%)	0,038	0,038	-0,088
Yağ	0,576**	0,534**	-0,500**
Yağ (%)	0,065	0,061	-0,019
Diyet posası	0,650**	0,616**	-0,607**
A vitamini	0,124	0,121	-0,088
E vitamini	0,034	0,012	0,017
B ₁ vitamini	0,115	0,092	-0,030
B ₂ vitamini	0,113	0,110	-0,040
B ₆ vitamini	0,166*	0,151*	-0,144*
B ₁₂ vitamini	-0,030	0,002	0,023
Toplam folat	0,338**	0,311**	-0,225**
C vitamini	0,090	0,047	-0,044
Sodyum	0,651**	0,632**	-0,633**
Potasyum	0,424**	0,375**	-0,384**
Kalsiyum	0,196**	0,197**	-0,156*
Magnezyum	0,477**	0,457**	-0,404**
Fosfor	0,486**	0,459**	-0,419**
Demir	0,313**	0,273**	-0,224**
Çinko	0,308**	0,269**	-0,225**

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

4.4. Bireylerin Biyokimyasal Parametrelerinin Değerlendirilmesi

Hasta dosyalarından elde edilen geriye dönük biyokimyasal bulgular Çizelge 4.26.'da referans aralıklarına göre değerlendirilmiştir (EK-5). Takip edilen biyokimyasal bulgular farklılık gösterdiğinden her birey için farklı bulgular kaydedilmiştir. Düşüklüğü ile dikkat çeken biyokimyasal bulgular; HDL kolesterol (%66,0), fosfor (%65,4), albumin (%53,7), total protein (%53,3) ve kalsiyumdur (%52,2). Özellikle malnütrisyonla doğrudan ilişkili olan albumin ve total protein değerleri çoğunlukla düşük seyretmektedir. Eklem hastalıkları, inflamasyon, koroner kalp hastalığı ve bazı malign hastalıkların göstergesi olan CRP ise bireylerin %89,9'unda yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.26. Bireylerin referans değerlere göre biyokimyasal parametre düzeyleri

Biyokimyasal Parametreler*	Düşük		Normal		Yüksek	
	S	%	S	%	S	%
Albumin (n:82)	44	53,7	38	46,3	-	-
Total Protein (n:30)	16	53,3	14	46,7	-	-
Açlık Glikoz (n:134)	4	3,0	64	47,8	66	49,2
Total Kolesterol (n:55)	-	-	45	81,8	10	18,2
HDL Kolesterol (n:53)	35	66,0	17	32,1	1	1,9
LDL Kolesterol (n:51)	8	15,7	42	82,3	1	2,0
VLDL Kolesterol (n:52)	3	5,8	43	82,7	6	11,5
Trigliserit (n:53)	-	-	33	62,3	20	37,7
Ürik Asit (n:28)	2	7,1	19	67,9	7	25,0
Kreatinin (n:128)	5	3,9	94	73,4	29	22,7
AST (n:163)	3	1,8	134	82,2	26	16,0
ALT (n:135)	28	20,7	90	66,7	17	12,6
Amilaz (n:93)	6	6,5	69	74,2	18	19,3
ALP (n:41)	-	-	38	92,7	3	7,3
GGT (n:62)	3	4,8	42	67,7	17	27,5
Kreatin Kinaz (n:61)	4	6,6	52	85,2	5	8,2
CK-MB (n:80)	-	-	53	66,3	27	33,7
CRP (n:119)	-	-	12	10,1	107	89,9
Sodyum (n:122)	34	27,9	85	69,7	3	2,4
Potasyum (n:159)	11	6,9	129	81,1	19	12,0
Kalsiyum (n:157)	82	52,2	72	45,9	3	1,9
Fosfor (n:52)	34	65,4	17	32,7	1	1,9
Magnezyum (n:40)	6	15,0	32	80,0	2	5,0

*Yüzdelemler n sayısına göre hesaplanmıştır.

4.4.1. Bireylere ait biyokimyasal bulguların MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre değerlendirilmesi

Çizelge 4.27., MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre biyokimyasal parametrelerin ortalama değerlerini göstermektedir. Serum albumin ve amilaz düzeyleri MNA puanlarına göre beslenme durumu normal olan bireylerde malnütrisyonlu ve malnütrisyon riski altında olan bireylere göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Yine beslenme durumu normal olan bireylerin malnütrisyonlu bireylere göre serum total kolesterol düzeyi daha yüksek ve serum üre düzeyi daha düşük olup gruplar arası farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Malnütrisyonlu bireylere ait serum total protein, HDL, LDL ve VLDL kolesterol, trigliserit, ALP, sodyum, kalsiyum ve magnezyum düzeyleri diğer gruplara göre düşük bulunmuş lakin

bu parametreler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerin serum albumin, total protein ve total kolesterol seviyeleri SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylere göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$). Söz konusu bireylerin serum LDL kolesterol seviyeleri de diğer iki gruba göre düşük bulunmuş ve gruplar arasında önemli bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylerin serum AST seviyeleri SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylere göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$). Ayrıca SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerin serum CRP düzeyleri diğer gruplara göre oldukça yüksek olup aradaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.27. MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre biyokimyasal parametrelerin aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Biyokimyasal parametreler	MNA				SNAQ			
	Malnütrisyon	Malnütrisyon Riski	Normal	p***	1 puan ve altı	2 puan	3 puan ve üzeri	p***
Albumin (n:82)	3,2±0,54 ^a	3,3±0,51 ^a	3,9±0,38 ^b	0,001*	3,5±0,53 ^a	3,2±0,10 ^{a,b}	3,0±0,47 ^b	0,000*
Total Protein (n:30)	6,0±0,84	6,2±0,94	7,0±0,37	0,063	6,5±0,76 ^a	6,1±0,35 ^{a,b}	5,6±0,78 ^b	0,047*
Açlık Glikoz (n:134)	132,3±80,16	122,5±47,09	116,2±31,30	0,902	121,2±49,62	159,7±103,22	134,1±87,01	0,466
Total Kolesterol (n:55)	150,8±34,81 ^a	174,1±40,42 ^{a,b}	193,6±39,14 ^b	0,007**	176,2±38,23 ^a	164,5±15,61 ^{a,b}	127,6±36,90 ^b	0,007*
HDL Kolesterol (n:53)	38,0±13,72	44,5±12,08	46,6±13,20	0,136	43,9±12,58	37,0±4,08	34,6±17,60	0,195
LDL Kolesterol (n:51)	87,8±27,72	98,5±34,74	110,8±25,11	0,122	101,5±29,66 ^a	103,1±11,81 ^a	64,9±22,66 ^b	0,007*
VLDL Kolesterol (n:52)	23,5±8,78	29,2±17,17	33,2±16,91	0,140	28,9±15,13	24,5±9,38	21,1±7,69	0,350
Trigliserit (n:53)	104,4±38,63	145,0±82,80	150,9±60,17	0,051	134,0±69,12	122,0±47,01	98,5±34,11	0,412
Üre (n:136)	55,8±33,75 ^a	44,1±26,21 ^{a,b}	36,1±15,05 ^b	0,012*	45,4±22,36	59,2±18,71	56,4±42,44	0,252
Ürik Asit (n:28)	5,6±2,25	5,2±0,39	4,9±1,40	0,779	5,0±1,24	5,4±1,20	6,2±2,92	0,750
Kreatinin (n:128)	1,1±0,70	1,0±0,44	1,0±0,36	0,808	1,0±0,41	1,2±0,33	1,2±0,87	0,201
AST (n:163)	28,9±24,43	27,1±18,21	31,5±44,82	0,431	26,5±25,39 ^a	27,9±20,02 ^{a,b}	33,9±30,51 ^b	0,007**
ALT (n:135)	23,6±29,86	19,3±18,93	24,4±27,30	0,441	19,3±18,84	19,8±11,43	29,8±38,89	0,230
Amilaz (n:93)	68,1±46,86 ^a	71,2±51,62 ^a	150,1±197,31 ^b	0,010*	85,4±93,25	69,7±24,66	62,7±42,37	0,278
ALP (n:41)	76,9±38,82	102,4±52,92	111,5±65,15	0,072	96,7±57,11	66,0±13,08	81,6±26,10	0,626
GGT (n:62)	40,2±82,78	39,4±39,94	51,5±73,96	0,550	38,4±50,04	25,5±9,43	52,3±111,74	0,915
Kreatin Kinaz (n:61)	79,2±69,31	155,9±250,58	79,0±53,35	0,174	116,9±169,11	42,0±19,00	75,0±67,80	0,241
CK-MB (n:80)	22,8±15,84	23,7±15,80	22,5±11,69	0,876	23,0±16,81	17,1±16,22	23,7±13,07	0,274
CRP (n:119)	42,9±52,74	33,6±46,78	19,3±25,20	0,172	26,9±40,08 ^a	26,0±11,43 ^a	56,2±58,75 ^b	0,018*
Sodyum (n:122)	136,7±4,42	137,5±3,95	137,3±3,24	0,541	137,5±3,74	135,5±4,93	136,2±4,70	0,158
Potasyum (n:159)	4,3±0,67	4,2±0,75	4,5±0,47	0,214	4,3±0,64	4,1±0,56	4,4±0,77	0,538
Kalsiyum (n:157)	8,7±0,83	8,9±0,65	9,0±0,56	0,196	8,9±0,71	8,9±0,43	8,6±0,85	0,246
Fosfor (n:52)	3,4±0,98	3,4±0,57	3,1±0,60	0,622	3,3±0,76	3,0±0,86	3,6±1,04	0,641
Magnezyum (n:40)	1,9±0,45	2,0±0,36	2,2±0,47	0,283	2,0±0,37	1,9±0,23	1,9±0,62	0,264

***One-Way ANOVA testi ve Kruskal-Wallis testi; ** $p<0,01$; * $p<0,05$; ^{a,b} Farklı harflere ait gruplar için $p<0,05$, aynı harflere ait gruplar için $p>0,05$

4.4.2. Bireylere ait biyokimyasal bulgular ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Bireylere ait biyokimyasal bulgular ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasındaki ilişki Çizelge 4.28.'de verilmiştir. MNA ve MNA-SF puanları ile güçlü pozitif ilişki gösteren parametrelerin başında albumin, total protein ve total kolesterol gelmektedir ($p<0,05$). Söz konusu değişkenler ile katılımcıların SNAQ puanları arasında ise güçlü ters ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Bireylerin serum trigliserit, HDL ve LDL kolesterol değerleri ile MNA ve MNA-SF puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Serum trigliserit ve HDL kolesterol değerleri ile SNAQ puanları arasında ise önemli bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın serum LDL kolesterol değerleri ile SNAQ puanları arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Serum üre değerleri ile MNA ve MNA-SF puanları ters ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). SNAQ puanları ile serum üre değerleri arasında ise önemli bir ilişki söz konusu değildir ($p>0,05$).

MNA puanları ile önemli bir ilişkisi bulunmayan serum AST değerleri MNA-SF puanları ile ters ilişkili, SNAQ puanları ile ise pozitif ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$).

Bireylerin serum CRP düzeyleri ile MNA ve MNA-SF puanları arasında güçlü negatif ilişki söz konusudur ($p<0,05$). SNAQ puanları ile serum CRP düzeyleri ise pozitif ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.28. Bireylerin biyokimyasal bulguları ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının korelasyonu (r)

Biyokimyasal parametreler	MNA	MNA-SF	SNAQ
	r	r	r
Albumin	0,524**	0,530**	-0,474**
Total Protein	0,534**	0,510**	-0,475**
Açlık Glikoz	-0,080	-0,046	0,102
Total kolesterol	0,446**	0,449**	-0,427**
HDL kolesterol	0,298*	0,334*	-0,169
LDL kolesterol	0,369**	0,346*	-0,371**
VLDL kolesterol	0,247	0,221	-0,194
Trigliserit	0,327*	0,293*	-0,230
Üre	-0,247**	-0,211*	0,124
Ürik Asit	-0,099	-0,177	0,139
Kreatinin	-0,020	-0,037	-0,009
AST	-0,145	-0,177*	0,199*
ALT	-0,048	-0,069	0,126
Amilaz	0,102	0,085	-0,131
ALP	0,307	0,302	-0,182
Kreatin Kinaz	0,167	0,188	-0,126
CK-MB	-0,031	-0,029	0,099
CRP	-0,279**	-0,261**	0,266**
Sodyum	0,128	0,118	-0,234**
Potasyum	0,066	0,059	-0,023
Kalsiyum	0,195*	0,198*	-0,145
Fosfor	0,003	0,020	0,017
Magnezyum	0,254	0,270	-0,304

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

4.5. Bireylerin SF-36 Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt ve Özet Puanlarına İlişkin Bilgileri

Cinsiyetlere göre SF-36 alt ve özet puan ortalamalarının tamamı çok yakın bulunmuştur. ‘Emosyonel rol güçlüğü’ puanı dışında erkeklerin SF-36 alt ve özet puanları kadınlardan çok az yüksektir (Bkz. Çizelge 4.29.). Bununla birlikte cinsiyetlere göre SF-36 alt ve özet puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4.29. Bireylere ait SF-36 alt ve özet puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

SF-36 alt ve özet puanları	Erkek	Kadın	Toplam	z	p*
Fiziksel fonksiyon	9,8±16,46	8,3±12,63	9,0±14,39	-0,029	0,977
Fiziksel rol güçlüğü	4,2±10,26	3,8±9,43	3,9±9,77	-0,514	0,607
Ağrı	55,8±32,28	48,1±30,82	51,4±31,61	-1,666	0,102
Enerji/canlılık/vitalite	14,7±12,96	14,4±12,50	14,5±12,67	-0,212	0,832
Sosyal fonksiyon	18,8±19,45	18,0±17,89	18,4±18,54	-0,032	0,974
Emosyonel rol güçlüğü	26,1±23,97	27,3±23,24	26,8±23,51	-0,382	0,703
Ruhsal sağlık	66,4±12,52	64,8±11,51	65,5±11,95	-1,488	0,140
Genel sağlık algısı	15,9±12,71	15,8±13,72	15,9±13,26	-0,156	0,876
Fiziksel bölüm	21,4±13,01	19,0±11,85	20,0±12,39	-1,472	0,145
Mental bölüm	31,5±13,60	31,1±12,62	31,3±13,02	-0,139	0,895

*Mann Whitney U testi

4.5.1. Bireylerin genel özelliklerine göre SF-36 özet puanlarının değerlendirilmesi

Bireylerin genel özelliklerine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin iki ana parametresi olan fiziksel bölüm ile mental bölüm puanları incelenmiştir (Bkz. Çizelge 4.30.). Yaş dönemlerine göre fiziksel bölüm puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamış, yetişkin bireylerin mental bölüm puanlarının yaşlı ve ileri yaşlı bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

En az ilkokul seviyesinde eğitim alan bireylerin mental bölüm puanları okuryazar olmayan bireylere göre yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Fiziksel bölüm puanlarında ise eğitim düzeylerine göre önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bakım vereni olmayan bireylerin fiziksel ve mental bölüm puanları, bakım vereni olan bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin sigara kullanım durumlarına göre mental bölüm puanları da farklılık göstermektedir. Sigara kullanmakta olan bireylerin mental bölüm puanları sigara kullanmayı bırakan bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.30. Bireylerin genel özelliklerine göre SF-36 özet puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Özellikler	SF-36 özet puanları			
	Fiziksel bölüm	p***	Mental bölüm	p***
Yaş dönemi				
Yetişkin (n:36)	24,1±14,14		38,0±13,96 ^a	
Erken yaşlı (n:32)	17,1±10,04	0,153	31,4±12,22 ^{a,b}	0,007**
Yaşlı (n:76)	20,8±13,11		30,1±12,78 ^b	
İleri yaşlı (n:65)	18,4±11,08		28,9±12,16 ^b	
Medeni durum				
Evli (n:104)	21,7±13,41	0,113	32,4±13,51	0,225
Bekâr (n:105)	18,4±11,12		30,1±12,47	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil (n:103)	18,3±11,97	0,113	29,3±12,01 ^a	0,029*
Okuryazar (n:35)	21,4±11,56		30,8±12,01 ^{a,b}	
İlkokul ve üzeri (n:71)	21,8±13,20		34,4±14,42 ^b	
Birlikte yaşadığı yakınları				
Yalnız (n:17)	20,1±12,79	0,082	32,4±16,03	0,154
Eşi ile (n:61)	22,7±13,92		33,0±13,16	
Eşi ve çocukları ile (n:33)	20,9±12,30		31,5±13,17	
Çocukları ile (n:83)	17,0±10,08		28,7±11,43	
Diğer (n:15)	24,4±14,65		37,1±15,15	
Bakım veren varlığı				
Bakım veren var (n:197)	19,1±11,60	0,000**	30,3±12,45	0,000**
Bakım veren yok (n:12)	36,4±14,13		47,2±12,34	
Sigara kullanım durumu				
Hiç kullanmadım (n:140)	20,0±12,64	0,324	31,7±12,98 ^{a,b}	0,042*
Bıraktım (n:56)	18,9±10,73		28,7±13,08 ^a	
Kullanıyorum (n:13)	25,3±15,65		38,1±10,94 ^b	
Alkol kullanım durumu				
Hiç kullanmadım (n:198)	20,3±12,40	0,184	31,5±13,03	0,279
Bıraktım (n:11)	15,1±11,58		27,1±12,73	
Kullanıyorum (n:0)	-		-	

***Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi; **p<0,01; *p<0,05

^{a,b} Farklı harflere ait gruplar için p<0,05; aynı harflere ait gruplar için p>0,05

4.5.2. Bireylerin beslenme özelliklerine göre SF-36 özet puanlarının değerlendirilmesi

Bireylerin genel beslenme özelliklerine göre SF-36 özet puan ortalama ve standart sapma değerleri Çizelge 4.31.'de verilmiştir. Genel iştah durumu kötü olan bireylerin fiziksel ve mental bölüm puanları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p<0,05). Ayrıca çiğneme ve yutma güçlüğü yaşayan bireylerin de fiziksel ve mental bölüm puanları, çiğneme ve yutma güçlüğü olmayanlara göre düşük olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0,05).

Nütrisyon desteği alan bireylerin nütrisyon desteği almayanlara göre fiziksel ve mental bölüm puanları düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Buna karşın nütrisyonel destek yolu farklı olan bireylerin fiziksel ve mental bölüm puanları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Çizelge 4.31. Bireylerin beslenme durumlarına göre SF-36 özet puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Özellikler	SF-36 özet puanları			
	Fiziksel bölüm	p**	Mental bölüm	p**
Genel iştah durumu				
İyi (n:84)	24,5±12,45 ^a	0,000*	37,4±11,33 ^a	0,000*
Orta (n:59)	22,2±12,60 ^a		33,4±11,65 ^a	
Kötü (n:66)	12,5±7,97 ^b		21,5±10,38 ^b	
Çiğneme ve yutma güçlüğü				
Var (n:94)	16,1±11,35	0,000*	25,4±12,87	0,000*
Yok (n:115)	23,3±12,31		36,1±11,07	
Nütrisyon Desteği				
Var (n:38)	12,3±8,95	0,000*	19,4±9,27	0,000*
Yok (n:171)	21,8±12,41		33,9±12,27	
Nütrisyon Yolu				
Oral (n:25)	13,3±9,75	0,275	22,3±9,49	0,062
Nazogastrik (n:6)	14,1±7,90		14,0±8,83	
Gastrostomi (n:6)	7,7±4,55		14,0±2,10	
TPN (n:1)	-		-	

**Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi; * $p<0,01$

^{a,b} Farklı harflere ait gruplar için $p<0,05$; aynı harflere ait gruplar için $p>0,05$

4.5.3. Bireylerin MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre SF-36 alt ve özet puanlarının değerlendirilmesi

Bireylerin MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre SF-36 alt ve özet puanları Çizelge 4.32.'de incelenmiştir. 'Ağrı' dışındaki tüm puanlar MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur ($p<0,05$). 'Ağrı' puanı bakımından MNA sınıfları arasında önemli bir fark bulunmaz iken SNAQ sınıfları arasında önemli bir fark söz konusudur ($p<0,05$).

SF-36 alt ve özet puanları MNA sınıflamasına göre normal bireylerde en yüksektir. Malnütrisyon riski altında olan bireylerin SF-36 alt ve özet puanları beslenme durumu normal olan bireylere yakın olup arada istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Malnütrisyonlu bireylerin ise 'ağrı' puanı dışındaki tüm SF-36 alt ve özet puanlarının diğer iki gruba göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylerin ‘fiziksel fonksiyon’, ‘emosyonel rol güçlüğü’ ve ‘genel sağlık algısı’ alt puanları ile fiziksel bölüm ve mental bölüm özet puanları diğer gruplara göre yüksek olup aradaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). ‘Fiziksel rol güçlüğü’, ‘ağrı’, ‘enerji/canlılık/vitalite’, ‘sosyal fonksiyon’ ve ‘ruhsal sağlık’ puanları bakımından SNAQ puanı 2 olan bireyler ile diğer gruplar arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylere ait söz konusu SF-36 alt ve özet puanları SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylere göre yüksek olup aradaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelge 4.32. MNA ve SNAQ sınıflamalarına göre SF-36 alt puanlarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

SF-36 alt ve özet puanları	MNA				SNAQ			
	Malnütrisyon	Malnütrisyon Riski	Normal	p***	1 puan ve altı	2 puan	3 puan ve üzeri	p***
Fiziksel fonksiyon	4,5±10,51 ^a	12,7±16,59 ^b	16,3±16,14 ^b	0,000**	11,6±15,09 ^a	1,3±3,54 ^b	3,3±11,21 ^b	0,000**
Fiziksel rol güçlüğü	1,9±5,38 ^a	5,6±12,12 ^b	7,3±13,81 ^b	0,023*	5,4±11,30 ^a	1,6±4,42 ^{a,b}	0,4±2,34 ^b	0,001**
Ağrı	47,3±31,72	55,5±31,27	57,2±30,86	0,103	57,7±31,28 ^a	38,4±41,42 ^{a,b}	36,9±25,56 ^b	0,000**
Enerji/canlılık/vitalite	8,2±8,55 ^a	19,3±12,51 ^b	25,7±12,49 ^b	0,000**	18,2±12,76 ^a	8,8±6,94 ^{a,b}	5,7±7,41 ^b	0,000**
Sosyal fonksiyon	9,2±10,84 ^a	27,2±20,81 ^b	31,3±18,54 ^b	0,000**	23,2±19,16 ^a	9,4±12,94 ^{a,b}	7,2±10,81 ^b	0,000**
Emosyonel rol güçlüğü	15,8±21,89 ^a	37,6±19,31 ^b	42,1±17,13 ^b	0,000**	33,3±21,61 ^a	6,3±17,68 ^b	12,8±21,32 ^b	0,000**
Ruhsal sağlık	60,7±11,60 ^a	70,1±10,16 ^b	72,4±9,26 ^b	0,000**	68,4±10,67 ^a	61,5±11,70 ^{a,b}	58,6±12,38 ^b	0,000**
Genel sağlık algısı	8,3±8,78 ^a	21,7±10,63 ^b	29,2±13,50 ^b	0,000**	20,2±12,77 ^a	5,6±10,50 ^b	6,2±8,03 ^b	0,000**
Fiziksel bölüm	15,5±10,33 ^a	23,9±13,21 ^b	27,5±11,13 ^b	0,000**	23,7±12,22 ^a	11,7±9,73 ^b	11,7±7,81 ^b	0,000**
Mental bölüm	23,5±9,99 ^a	38,5±10,65 ^b	42,9±8,53 ^b	0,000**	35,8±11,54 ^a	21,5±10,83 ^b	21,09±10,24 ^b	0,000**

***Kruskal-Wallis testi; ** $p<0,01$; * $p<0,05$;

^{a,b} Farklı harflere ait gruplar için $p<0,05$; aynı harflere ait gruplar için $p>0,05$

4.5.4. Bireylerin MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları ile SF-36 alt ve özet puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Çizelge 4.33., bireylerin SF-36 alt ve özet puanları ile MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Çizelgeye göre MNA ve MNA-SF puanları ile tüm SF-36 alt ve özet puanları arasında güçlü pozitif ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). SNAQ puanları ise MNA ve MNA-SF'in aksine tüm SF-36 alt puanları ile güçlü negatif ilişkiye sahiptir ($p<0,05$).

Çizelge 4.33. Bireylerin MNA, MNA-SF ve SNAQ puanlarının SF-36 alt ve özet puanları ile korelasyonu (r)

SF-36 alt ve özet puanları	MNA	MNA-SF	SNAQ
	r	r	r
Fiziksel fonksiyon	0,484*	0,487*	-0,298*
Fiziksel rol güçlüğü	0,242*	0,267*	-0,202*
Ağrı	0,254*	0,242*	-0,256*
Enerji/canlılık/vitalite	0,651*	0,626*	-0,465*
Sosyal fonksiyon	0,644*	0,629*	-0,462*
Emosyonel rol güçlüğü	0,560*	0,531*	-0,437*
Ruhsal sağlık	0,500*	0,483*	-0,391*
Genel sağlık algısı	0,717*	0,686*	-0,542*
Fiziksel bölüm	0,543*	0,528*	-0,437*
Mental bölüm	0,736*	0,713*	-0,547*

* $p<0,01$

5. TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada katılımcıların ağırlıklı olarak yaşlı bireylerden oluşması, çalışmanın baskın özelliklerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $76,0 \pm 15,23$ yıldır (erkeklerde $76,2 \pm 17,39$ yıl; kadınlarda $75,8 \pm 13,43$ yıl). Yetişkin (19-64 yıl) ve yaşlı (65 yıl ve üzeri) bireylerin sıklıkları sırasıyla %17,2 ve %82,8 olarak saptanmıştır. Evde bakım hizmeti alan bireylerle yapılan birçok araştırma da bu çalışmayı destekler niteliktedir [104-106]. Enginyurt ve arkadaşları [104] tarafından evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özelliklerini ve tıbbi durumlarını incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %81,6'sının 60 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmiştir. Taşdelen ve arkadaşları [105] tarafından evde bakım hastaları üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada ise katılımcıların %59,3'ünün 76 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Saletti ve arkadaşları [106] tarafından İsveç'te yapılan evde bakım hizmeti alan bireylerin beslenme durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada bireylerin yaş ortalaması $84,0 \pm 5,5$ yıl olarak tespit edilmiştir. Yaşlanma ile fonksiyonel değişikliklerin kötüye gitmesi, kırılabilirlik ve denge kaybı gibi sağlık sorunları ile kronik hastalıklara yakalanma sıklığının artması yaşlının günlük etkinliklerinin sınırlandırılmasına neden olur. Yapılan bu çalışmada katılımcı bireylerin sıklıkla yaşlılardan oluşması, evde sağlık ve bakım desteği ihtiyacının yaşlanma ile arttığını düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan erkek bireylerin sıklığı %43,1 iken kadın bireylerin sıklığı %56,9 olarak saptanmıştır. Evde bakım hizmeti alan bireylerle yapılan çalışmalarda cinsiyet dağılımlarına bakıldığında kadın cinsiyetin daha sık olduğu görülmektedir. Yörük ve arkadaşları [55] tarafından Balıkesir ilinde yaşayan yaşlıların evde bakım alma nedenlerinin incelendiği kesitsel bir çalışmada erkek ve kadın katılımcıların sıklıkları sırasıyla %31,3 ve %68,7 bulunmuştur. Limnili ve arkadaşları [107] tarafından Uşak ilinde evde sağlık hizmetlerine başvuru özelliklerinin değerlendirildiği başka bir kesitsel çalışmada ise katılımcıların %38,1'inin erkek, %61,9'unun kadın olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda beklenen yaşam süresinin erkeklerden daha uzun olması bu durumun nedeni olarak gösterilebilir.

Bu çalışmada bireylerin yaklaşık yarısının (%49,3) okuryazar olmadığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcı bireylerin %27,3'ü ilkokul mezunu ve %16,7'si örgün eğitim almayan okuryazarlardan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına ilişkin bilgiler

evde bakım hizmeti alan bireyler üzerinde yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Çatak ve arkadaşları [57] tarafından evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin hastalık durumlarının değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada katılımcıların %52,8'inin okuryazar olmadığı, %28,7'sinin ilkokul mezunu ve %15,7'sinin örgün eğitim almayıp okuryazar olduğu bildirilmiştir. Sütçü [108] tarafından evde bakım hizmeti alan 75 katılımcı ile yapılan çalışmada ise katılımcıların %29,3'ünün okuryazar olmadığı, %18,7'sinin örgün eğitim almamakla birlikte okuryazar olduğu, %32,0'ının ilkokul mezunu olduğu ve %20,0'ının ise ortaokul ve üzeri düzeyde eğitime sahip olduğu bildirilmiştir. Ayrıca okuryazar olmama sıklığının diğer çalışmalara göre düşük düzeyde olmasının 60 yaş ve altında olan bireylerin katılımının (%26,7) bu çalışmaya göre yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Cumhuriyetin kuruluşuyla birlikte 5 yıllık zorunlu eğitim şart koşulmuş olsa da savaş şartlarından yeni çıkmış olması ve akabinde ülke genelinde gerçekleşen kıtlık ve açlık durumu uygulamada tüm nüfusun zorunlu eğitimini imkânsız hâle getirmiştir [109]. Günümüzde özellikle 65 yaş ve üzerinde olan bireylerin zorunlu eğitimleri bu dönemlere rastladığından bu çalışmada da okuryazar olmama prevalansının oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin en sık bakım aldıkları yakınları kız evlatlarıdır (%37,3). Kız evlatlardan sonra en sık bakım veren hasta yakınları hastaların eşleri (%23,9) ve hastaların gelinleridir (%15,8). Yapılan çalışmalar evde bakım hizmeti alan bireylerin genellikle birinci derece yakınları olan kadınlardan bakım aldığını göstermektedir [110, 111]. Aydın [110] tarafından evde bakım hizmeti alan bireylerde sık karşılaşılan tıbbi ve sosyal sorunların incelendiği kesitsel bir çalışmada evde bakım hastalarına bakım veren kişilerin dağılımı incelenmiş, hastaların %39,2'sinin kız evlatlarından, %27,9'unun eşlerinden ve %13,7'sinin gelinlerinden bakım aldığı bildirilmiştir. Çayır ve arkadaşları [111] tarafından evde bakım hastalarının özellikleri ve bakım verenlerin beklentilerinin incelendiği kesitsel bir çalışmada ise bakım verenlerin %29,8'inin bakım alan bireylerin gelinleri, %28,1'inin kız evlatları, %14,0'ının ise eşleri olduğu belirtilmiştir. Toplumumuzun büyük kesiminde bakıma muhtaç bireylerin primer informal bakımından birinci derece yakını olan kadınların sorumlu tutulduğu düşünülmektedir. Özellikle kırsal alanda yaşayan toplumlarda bu davranış bir tür sosyal norm olarak kabul edilmektedir.

5.2. Bireylerin Bakım Alma Nedenlerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada, bireylerde karşılaşılan tüm hastalıkların sıklıkları ayrı ayrı saptanmıştır. Hipertansiyon (%44,5), en sık karşılaşılan sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. SVO'nun %25,8 ile en yaygın ikinci sağlık problemi olduğu tespit edilmiştir. Hipertansiyon ve SVO'dan sonra en sık karşılaşılan sağlık problemlerinin sırasıyla %23,9 ile kalp damar hastalıkları, %21,5 ile diyabet, %20,6 ile demans, %17,2 ile kırıklar, %16,3 ile basınç ülseri ve %15,3 ile osteoporoz olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden elde edilen hastalık bilgileri ile ilgili veriler evde bakım hastalarının bakım alma nedenleri ve hastalık profillerinin incelendiği diğer çalışmalarla önemli ölçüde benzerlik göstermektedir [111-113]. Çayır ve arkadaşları [111] tarafından yapılan çalışmada evde bakım hastalarının sahip olduğu tanılarının sıklık sıralarına göre hemipleji (%26,3), alzheimer (%21,1), terminal dönem kanserler (%17,5), KOAH (%10,5) ve parkinson (%7,0) olduğu bildirilmiştir. Işık ve arkadaşları [112] tarafından evde bakım hastalarının hastalık profillerinin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada en sık görülen sağlık sorunlarının sırasıyla %27,4 ile kırıklar, %18,8 ile hipertansiyon, %15,1 ile diyabet, %14,1 ile SVO ve %10,4 ile kalp damar hastalıkları olduğu belirtilmiştir. Akan ve arkadaşları [113] tarafından evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumlarının incelendiği kesitsel bir çalışmada ise katılımcılar arasında hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı görülme sıklığının %46,1; basınç ülseri görülme sıklığının ise %16,9 olduğu bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda evde bakım hizmeti alan bireylerde en sık karşılaşılan sağlık problemlerinin bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bir hayli azaltan hatta yatak veya sandalyeye bağımlı hâle gelmesine neden olan hastalıklar olduğu yaygın olarak bildirilmektedir [114-118]. Genel itibariyle evde bakım hizmeti ihtiyacının belirlenmesindeki temel koşulların en başında azalmış günlük yaşam etkinliklerinin geldiği söylenebilir. İleri yaşla birlikte kırılabilirliğin artması ve immün sistemin zayıflaması birden fazla kronik hastalığı beraberinde getirir. Sonuçta multimorbid birey günlük yaşam etkinliklerini tek başına yerine getiremez hâle gelir.

5.3. Bireylerin Ağız ve Diş Sağlığı ile İştah Durumlarının Değerlendirilmesi

Beslenme durumunu doğrudan etkileyen etmenlerin başında iştah azlığı, artan diş kaybı, çiğneme güçlüğü ve yutma sorunları gelmektedir. Bu çalışmada bireylerin %45,0'ı çiğneme ve yutma güçlüğü yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca bireylerin %98,1'inde diş kaybı mevcut olup, %58,4'ü tam protez kullanmaktadır. Yaşlı bireylerle yapılan çalışmalar ağız ve diş sağlığı sorunlarının sık karşılaşılan sağlık problemleri arasında olduğunu göstermektedir [119-123]. Demirdağ [124] tarafından İzmir ilinde ev ortamındaki yaşlıların malnütrisyon risklerinin incelendiği kesitsel bir çalışmada katılımcıların %98,3'ünde diş kaybı olduğu ve takma diş kullanan bireylerin sıklığının %67,4 olduğu bildirilmiştir. Finlandiya'da yapılan bilişsel bozukluğu olmayan 51 yaşlı bireyin dâhil edildiği bir çalışmada dişsiz hasta ile tam protez kullanım sıklıkları sırasıyla %67,0 ve %51,0 olarak bildirilmiştir. Katılımcıların ağız ve diş sağlığı durumlarının iyi olmadığı ancak bu durumun beslenme durumu ile ilişkilendirilemediği rapor edilmiştir [51]. Kılıç [125] tarafından İstanbul'da yaşayan 75 yaş üstü bireylerin beslenme durumlarının değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada katılımcıların %31,5'inin çiğneme sorunu, %12,8'inin yutma güçlüğü çektiği bildirilmiş olup her iki değişken bakımından da cinsiyetler arası fark önemli bulunmamıştır ($p>0,05$). Beslenme tarama aracı olarak MNA-SF'in kullanıldığı çalışmada bireylerin %71,9'unun beslenme durumunun normal olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada bireylerin genel iştah durumları 'iyi', 'orta' ve 'kötü' olmak üzere üç grupta toplanmış ve sıklıkları sırasıyla %40,2; %28,2 ve %31,6 olarak saptanmıştır. Özgüneş [77] tarafından huzurevinde yaşayan yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirildiği başka bir kesitsel çalışmada ise genel iştah durumları 'iyi', 'orta' ve 'kötü' olarak değerlendirilen katılımcıların sıklıkları sırasıyla %60,7; %34,2 ve %5,1 olarak bildirilmiştir. Özgüneş tarafından yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlara göre genel iştah durumu bakımından huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerden elde edilen veriler bu çalışmaya göre daha olumludur. Ayrıca Kılıç tarafından yapılan çalışma ile karşılaştırılacak olursa bu çalışmada çiğneme ve yutma güçlüğüne daha yaygın bir problem olduğu görülmektedir. Bu sonuçlardan hareketle evde bakım hizmeti alan bireylerin beslenme durumunu etkileyen etmenlere daha sık maruz kaldığı ve söz konusu grubun düzenli olarak nütrisyonel açıdan taranması ve değerlendirilmesinin olumlu sonuçları beraberinde getireceği düşünülmektedir.

5.4. Bireylerin Beslenme Durumu ve Beslenme Durumunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Evde bakım hizmeti alan bireylerde malnütrisyonun yaygın sağlık problemlerinden biri olduğu yapılan birçok çalışma ile gösterilmiştir [46, 104, 105, 112, 113]. Yaşlanmanın zemin hazırladığı fonksiyonel kapasitede azalma, zayıflayan immün sistem ve bunların sonucu olan hastalıklara yatkınlık bu dönemde iştah azalmasının temel nedenleri olarak düşünülebilir. Sonuçta iştahsızlık ve yetersiz beslenme ile ilişkili olan kas ve kemik kaybı mortalite ve morbiditeye etki eder. Özellikle hastalığa bağlı malnütrisyonu maruz kalan yaşlı bireylerde iştah ve hareketliliğin azalmasıyla birlikte kaybedilen yağsız vücut kütlelerinin restorasyonu çok daha yavaş ve zordur [46].

Bu çalışmada MNA puanlarına göre evde bakım hizmeti alan bireylerin %53,1'i malnütrisyonlu, %29,7'si malnütrisyon riski altında, %17,2'si ise normaldir. Çevik ve arkadaşları [126] tarafından evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların beslenme durumları ve laboratuvar parametrelerinin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada MNA testi kullanılmıştır. 178 katılımcının değerlendirildiği çalışmada MNA puanlarına göre malnütrisyon, malnütrisyon riski ve normal beslenme durumu sıklıkları sırasıyla %33,1; %39,3 ve %27,5 olarak saptanmıştır. Çalışmaya nütrisyon desteği alan, yutma güçlüğü olan, yaşam beklentisi kısa olan ve bilinen kognitif bozukluğu olan hastalar dâhil edilmemiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçların bu çalışmaya göre olumlu olmasının bu dışlanma ölçütlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bireylerin MNA ve MNA-SF puan ortalamaları sırasıyla $15,2 \pm 7,04$ ve $7,6 \pm 3,92$ olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar MNA kullanılan birçok çalışmaya göre düşük bulunmuştur. Griep ve arkadaşları [127] tarafından yapılan huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerde malnütrisyon riskinin MNA ile değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada katılımcıların MNA puan ortalaması $23,7 \pm 2,8$ olarak bildirilmiştir. Katılımcılardan 51 kişinin (%63,0) malnütrisyon riski taşımadığı ve 2 kişinin ise (%2,5) malnütrisyonlu olduğu saptanmıştır. Özgüneş [77] tarafından huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirildiği ve MNA'nın da veri toplama aracı olarak kullanıldığı çalışmada katılımcıların MNA-SF puan ortalamaları cinsiyetlere göre erkeklerde $12,2 \pm 2,22$ ve kadınlarda $12,2 \pm 1,87$ olarak belirlenmiştir. MNA puan ortalamaları ise erkeklerde $24,9 \pm 3,40$ ve kadınlarda $24,2 \pm 2,43$ 'tür. Çalışmaya katılan 79 kişiden 57'sinde (%72,2) beslenme sorunu olmadığı

saptanmış olup sadece 3 kişinin (%3,8) malnütrisyonlu olduğu bildirilmiştir. Kurum bakımı bünyesinde daima hazır ve çoğu zaman bir diyetisyenin de dâhil olduğu sağlık ekibinin bulunması ve düzenli olarak ana ve ara öğün tüketiminin teşvik edilmesinin bu olumlu duruma zemin hazırladığı söylenebilir.

Soini ve arkadaşları [128] tarafından Finlandiya’da yapılan kesitsel bir çalışmada düzenli olarak evde bakım hizmeti alan 178 yaşlı bireyin beslenme durumu MNA ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların MNA puan ortalaması $23,4 \pm 3,0$ olup, malnütrisyonlu, malnütrisyon riskli ve normal bireylerin sıklıkları sırasıyla %3,0; %48,0 ve %49,0 olarak belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçların evde bakım hastaları ile yapılan birçok çalışmaya göre olumlu olduğu bildirilmiştir. Kırsal alanda yaşayan bireylerle gerçekleştirilen çalışmaya ciddi bilişsel bozuklukları olan bireyler dâhil edilmemiştir. Bu çalışmada ise yaygın olarak evde bakım alma nedenlerinden biri olduğundan bilişsel bozukluklar dışlanma ölçütlerine dâhil edilmemiştir. Ayrıca söz konusu çalışmada katılımcıların %44,0’ının haftalık, %30,0’ının ise günlük bakım aldığı bildirilmiştir. ‘Meals on wheels’ hizmetinden yararlanan bireylerin sıklığı ise %44,0’dır. Kapsamlı bir evde bakım hizmeti verildiğini gösteren tüm bu göstergelerin malnütrisyonu önleme veya azaltmada kuvvetli birer etken olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre MNA puanlarına göre malnütrisyonlu olan bireylerin tam protez kullanım sıklığı (%64,0) diğer gruplara göre biraz yüksek olup gruplar arası önemli bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Griep ve arkadaşları [127] tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların diş sayıları ile MNA puanları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir ($p < 0,05$). Tam diş protezi kullanım sıklığı malnütrisyonlu bireylerde yüksek olsa da MNA sınıfları arasında tam protez kullanımı bakımından anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir ($p > 0,05$). Bu sonuçlardan dolayı tam protez kullanımının malnütrisyon için bir risk faktörü olmadığı düşünülmektedir.

Katılımcı bireylerin yaş dönemleri, medeni durumları, eğitim düzeyleri ve birlikte yaşadıkları yakınlarına göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları incelenmiştir. Yetişkin bireylerin MNA ve MNA-SF puanları ileri yaş grubunda olan bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bireylerin medeni durumlarına göre ise bekâr bireylerin MNA ve MNA-SF puanları biraz düşük olmakla birlikte her üç test bakımından evli ve bekârlar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça MNA ve MNA-SF puanlarının anlamlı derecede arttığı görülmüştür ($p < 0,05$). Ayrıca bireylerin birlikte

yaşadıkları aile üyelerine göre MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları arasında önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlar küçük değişiklikler göstermektedir. Hollanda’da yapılan kesitsel bir çalışmada klinikte yatmayan yaşlı hastalarda malnütrisyonla neden olan etkenler saptanmaya çalışılmıştır. Çalışmada, malnütrisyonlu bireylerin %41,0’nın ilkökul ve altında eğitim aldığı, %41,0’nın dul olduğu ve %17,0’nın çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda düşük eğitim seviyesi, dul olma ve çocuk sahibi olmama gibi sosyal durumların malnütrisyon açısından birer risk faktörü olduğu sonucuna varılmıştır [129]. Şimşek ve arkadaşları [130] tarafından İzmir’de yapılan kesitsel bir çalışmada ise yaşlı bireylerde malnütrisyon riskini artıran faktörler değerlendirilmiştir. 650 yaşlı bireyin katıldığı çalışmada malnütrisyonlu ve malnütrisyon riskli birey sıklıkları sırasıyla %2,7 ve %28,0 olarak saptanmıştır. Yaş, fazla kronik hastalık sahibi olma, evli olmama, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olma ve fiziksel engelli olma gibi etkenlerin malnütrisyon riskini artırdığı saptanmıştır. Cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal destek ve sosyal sınıf ile malnütrisyon riski arasında ise önemli bir ilişki olmadığı bildirilmiştir ($p>0,05$). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda cinsiyet, medeni durum ve birlikte yaşanan aile üyelerinin beslenme durumu arasında önemli bir ilişki olmadığı ancak yaş ve eğitim düzeyinin malnütrisyon açısından birer risk faktörü olduğu söylenebilir. Şimşek ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile malnütrisyon riski arasında önemli bir ilişki olmadığı bildirilse de, eğitim düzeyinin sağlığın belirleyicilerinden biri olduğu ve eğitim düzeylerinin yüksek olmasının daha sağlıklı, stressiz olma ve kendine güven ile ilişkili olduğu belirtilmektedir [131].

Bu çalışmada MNA ile MNA-SF arasında önemli derecede uyum saptandığı hâlde ($\kappa:0,708$; $p<0,05$) hem MNA hem de MNA-SF, SNAQ ile orta derecede uyum göstermektedir (Sırasıyla $\kappa:0,224$; $\kappa:0,281$; $p<0,05$). Alvarez ve arkadaşları [132] tarafından yapılan, 65 yaş üstü bireylerde SNAQ ve MNA-SF arasındaki uyumun değerlendirildiği çalışmanın sonuçları da bu çalışmayı desteklemektedir. Çalışmaya hastane, gündüz bakımevi, yatılı bakımevi, birinci basamak sağlık kuruluşlarına kayıtlı 1103 yaşlı birey dâhil edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre SNAQ ve MNA-SF arasındaki kappa katsayısı 0,36 olarak saptanmıştır. En yüksek kappa katsayısının ise 0,51 ile yatılı bakım alan bireylerde olduğu bildirilmiştir. SNAQ puanı; şiddetli ve istemsiz ağırlık kaybı, iştah kaybı ve nütrisyonel destek durumuna bağlı olarak değişmektedir. Bu çalışmada MNA veya MNA-SF testine göre malnütrisyonlu olan birçok bireyde özellikle şiddetli ağırlık kaybı söz konusu olmadığı için SNAQ puanına göre tıbbi beslenme müdahalesine ihtiyaç duyulmadığı görülmüştür. Çoğunluğu yatak veya sandalyeye

bağımlı olan evde bakım hastalarının beslenme durumlarının değerlendirilmesi bakımından antropometrik ölçüm içermeyen SNAQ testinin pratik bir değerlendirme aracı olduğu düşünülmüştür. Lakin Belçika’da Ulusal Gıda ve Sağlık Planı çerçevesinde hazırlanan ve Avrupa Konseyi tarafından onaylanan raporda evde bakım ve bakım evleri için öncelikli beslenme değerlendirme testi olarak MNA önerilmiştir [85]. Yaşlı bireylerle yapılan birçok çalışma ile de MNA’nın geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır [75, 79-81]. MNA ile düşük uyum gösterdiğinden evde bakım hastalarının değerlendirilmesinde öncelikli olarak SNAQ testinin tercih edilmemesi gerektiği düşünülmektedir.

Katılımcı bireylere tıbbi beslenme tedavisi desteği ve düzenli olarak beslenme danışmanlık hizmeti vermek üzere bir diyetisyenin ev ziyaretlerinde bulunması önerisi sunulmuştur. Bireylerin %94,7’si öneriye olumlu bakmış lakin yine de önemli bir çoğunluk diyetisyenlik hizmetini elzem görmediğini bildirmiştir. Evde bakım hizmeti alan bireylerle yapılan bakım alanların taleplerinin incelendiği bazı çalışmalarda beslenme desteği ihtiyacının hasta ve hasta yakınları tarafından talep edilmediği görülmektedir. Aydın [110] tarafından yapılan çalışmada evde bakım hizmeti alanların %0,4’ü ağırlık sorununu bakımlarıyla ilgili tıbbi bir sorun olarak bildirmişlerdir. Söz konusu çalışmada ağırlık sorunu, hastalara ait bakım ile ilgili tıbbi sorunlar arasında sekizinci sırada yer almıştır. Aynı çalışmada sağlık personeli bağlamında bakım alan bireylerin beklentileri sorgulanmış ve bireylerin %39,0’ı uzman doktor, %37,0’ı fizyoterapist, %32,4’ü psikolog ve %12,0’ı sosyal hizmet uzmanı yanıtını vermiştir. Bu sonuçlardan yola çıkarak evde bakım hizmeti alan bireylerin malnütrisyonu primer sağlık problemi olarak görmedikleri söylenebilir.

5.5. Bireylerin Sağlık Problemlerine Göre Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar sık rastlanan hastalıklardan SVO, demans ve basınç ülseri varlığının MNA ve MNA-SF puanlarını anlamlı derecede düşürdüğünü göstermiştir. MNA ve MNA-SF puan ortalamaları sırasıyla SVO’lu bireylerde $13,0 \pm 6,77$ ve $6,6 \pm 3,85$; demanslı bireylerde $11,8 \pm 6,04$ ve $5,7 \pm 3,17$; basınç ülseri olan grupta ise $9,4 \pm 6,00$ ve $4,7 \pm 3,34$ olarak saptanmıştır. Vücudunda kırıkları olan bireylerin diğer bireylere göre MNA ve MNA-SF puanları anlamlı derecede yüksek, SNAQ puanları ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu durumun bu gruptaki bireylerin önemli bir kısmının multimorbid olmayıp sadece yatağa bağımlılıktan dolayı bakım desteği almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İsveç'te yapılan çalışmada evde bakım hizmeti alan 70 yaş ve üzerinde 80 katılımcı MNA ile değerlendirilmiştir. MNA puan ortalamasının $22,2 \pm 3,0$ bulunduğu çalışmada katılımcıların yalnızca %3,0'ının malnütrisyonlu olduğu tespit edilmiştir. En sık karşılaşılan sağlık sorunlarının hipertansiyon ve diyabet olduğu belirlenen çalışmada her iki hastalık grubunda da malnütrisyonlu birey olmadığı tespit edilmiştir (MNA puan ortalamaları sırasıyla hipertansiyonlu bireylerde $23,1 \pm 3,5$; diyabetli bireylerde $23,7 \pm 3,0$) [106]. Çalışmanın bu araştırmaya göre genel olarak daha olumlu sonuçlar içerdiği aşikârdır. Bireylerin tamamının en fazla 30 günlük periyodlar olacak şekilde düzenli olarak evde hemşirelik hizmeti alması, %65,0'ının evde hemşirelik hizmeti ile birlikte belediyelerden sosyal bakım desteği alması ve %57,5'inin düzenli olarak ana öğün desteği alması (meals on wheels), katılımcıların bu çalışmaya göre çok daha profesyonel bir evde bakım hizmeti aldıklarını göstermektedir.

Bu çalışmada SVO, demans ve basınç ülseri varlığının malnütrisyon açısından birer risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Kalp damar hastalığı ve osteoporoz varlığı da MNA ve MNA-SF puanlarını biraz düşürmüş olup gruplar arası farklar önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ayrıca MNA puanlarına göre basınç ülserli hastalarda malnütrisyon sıklığı (%85,3) en yüksek bulunmuştur. Ankara'da yapılan, klinikte yatmayan yaşlı hastalarda malnütrisyonu ilişkin risk faktörlerinin araştırıldığı kesitsel bir çalışmaya 2 327 birey dâhil edilmiştir. Nütrisyonel tarama aracı olarak MNA-SF'in kullanıldığı çalışmada bireyler beslenme durumlarına göre iki gruba ayrılmıştır. MNA-SF puanı 12 ve üzerinde olan grubun beslenme durumunun normal kabul edildiği çalışmada MNA-SF puanı 11 ve altında olan grup malnütrisyon riskli olarak değerlendirilmiştir. Bireylerin hastalıklara göre malnütrisyon durumu değerlendirilmiş olup basınç ülserli bireylerde malnütrisyon risk sıklığının en yüksek olduğu saptanmıştır (%54,2). Basınç ülserinden sonra malnütrisyon risk sıklığının en yüksek olduğu hastalıklar sırasıyla depresyon (%37,4), demans (%37,3), astım (%36,6), konjestif kalp yetmezliği (%35,5), parkinson (%32,6) ve SVO (%32,5) olarak rapor edilmiştir. Basınç ülseri, depresyon, demans ve konjestif kalp yetmezliğinin malnütrisyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir [10]. Akan ve arkadaşları [113] tarafından evde sağlık birimine başvuran bireylerin beslenme durumlarının değerlendirildiği çalışmada basınç ülseri gelişiminin malnütrisyon açısından risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin 15'inde (%16,9) çeşitli derecelerde basınç ülseri gelişmekle birlikte; 3'ü (%20,0) malnütrisyon riskli, 12'si (%80,0) ise malnütrisyonlu bulunmuştur. Basınç ülseri ile birlikte hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı varlığının da malnütrisyon için birer risk faktörü oldukları bildirilmiştir. Basınç ülseri ve SVO başta olmak

üzere evde bakım hizmeti alan bireylerde sık görülen hastalıkların aynı zamanda malnütrisyon için risk faktörü olabileceği düşünülmektedir.

5.6. Bireylerin Günlük Enerji ve Besin Ögesi Alımlarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmaya katılan bireylerin enerji, makro ve mikro besin ögesi alımlarının hastaların laboratuvar ve fiziksel bulgularını önemli ölçüde etkileyebilecek düzeyde düşük bulunduğu söylenebilir. Günlük enerji alım ortalaması erkeklerde $1370,9 \pm 443,92$ kcal; kadınlarda ise $1364,8 \pm 460,75$ kcal'dir. Günlük enerji alımının protein, karbonhidrat ve yağlardan ortalama karşılanma yüzdeleri ise sırasıyla %14,9; %47,2 ve %36,8 olarak saptanmıştır. A, E, C ve B grubu vitaminleri ile kalsiyum dışında tüm besin öğelerinin MNA puanlarına göre malnütrisyonlu bireylerde anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Rissanen ve arkadaşlarının [133] Finlandiya'da evlerinde yaşayan yaşlı bireylerle yaptıkları kesitsel bir çalışmada bireylerin günlük enerji alımları ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. En sık karşılaşılan sağlık probleminin kardiyovasküler hastalıklar olduğu belirlenen (erkeklerde %69,0; kadınlarda %73,0) çalışmada katılımcıların günlük enerji alım ortalamaları erkeklerde $1913,9 \pm 502,39$ kcal ve kadınlarda $1435,4 \pm 406,70$ kcal olarak saptanmıştır. Çalışmada katılımcıların protein, karbonhidrat ve yağlardan enerji karşılama yüzdeleri sırasıyla %15,0; %47,0 ve %37,0 olarak bildirilmiştir. Erkek katılımcıların enerji alım ortalamalarının bir hayli yüksek bulunduğu çalışmada makro besin öğelerinin enerji karşılama yüzdeleri bu çalışma ile oldukça benzer bulunmuştur.

Çalışmaya katılan, MNA puanlarına göre malnütrisyonlu bireylerin diyetle günlük enerji, protein, karbonhidrat, yağ, diyet posası, toplam folat, sodyum, potasyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko alım miktarları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Vellas ve arkadaşları [134] tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada ise MNA puanlarına göre malnütrisyonlu bireylerin %33,0'ında günlük enerji alımının Fransız RDA'sına göre %67,0'ın altında olduğu bildirilmiştir. Bu sıklık yeterli beslenen bireylerde %2,0'dır. Enerji alımının yanı sıra diyetle protein, lif, kalsiyum, demir, B₁, B₂ ve B₆ vitamini ile C vitamini alımı MNA puanı 24 ve üzerinde olan grupta diğer iki gruba göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu çalışmada ise kalsiyum, B₁, B₂ ve B₆ vitaminleri ile C vitamini bakımından MNA sınıfları arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Bazı malnütrisyonlu bireylerin vitamin içeriği yüksek nütrisyon destek ürünleri ile beslenmesi

özellikle bazı mikro besin öğelerinin alımı bakımından MNA sınıfları arasında önemli bir fark olmamasının nedeni olarak düşünülmektedir.

5.7. Bireylerin Biyokimyasal Bulgularının Değerlendirilmesi

Yaşlılarda malnütrisyon yavaş gelişir ve beslenme yetersizliğine rağmen uzun süre albumin normale yakın değerlerde kalabilir [135]. Bu çalışmada da beslenme durumu ile doğrudan ilişkili olan biyokimyasal parametrelerden serum albumin ve total protein seviyelerinin oldukça düşük düzeylerde olduğu saptanmıştır. Bireylerin %53,7'sinde serum albumin, %53,3'ünde ise serum total protein değeri referans değerlerin altında bulunmuştur. Bu sonuçlar katılımcıların olasılıkla uzun süredir kronik hastalıkları olan bireyler olduğunu göstermektedir. Çalışmada osteoporoz ve osteoporoza bağlı kırıkların yaygınlığının, düşük kalsiyum alımının (%52,2) bir sonucu olabileceği düşünülmektedir. Bireylerin %89,9'unda doku infarktüsü ve bazı malign hastalıklara işaret eden CRP'nin yüksek bulunması, malnütrisyon sıklığının bu denli yüksek olmasında kronik inflamasyon durumunun önemli bir etken olabileceğini düşündürmektedir.

Akan ve arkadaşları [113] tarafından yapılan, evde sağlık birimine başvuran yaşlı bireylerin laboratuvar bulguları ile beslenme durumlarının karşılaştırıldığı araştırma bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Çalışma sonuçlarına göre malnütrisyonlu bireylerin serum albumin ve total protein değerleri diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük, CRP değerleri ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca malnütrisyonlu bireylerde açlık kan şekeri ve üre seviyesi biraz yüksek; folat, kreatinin ve LDH daha düşük olup gruplar arası farklar anlamlı bulunmamıştır. Çevik ve arkadaşları [126] tarafından yapılan çalışmada da MNA kullanılarak evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumları saptanmış ve laboratuvar bulguları ile karşılaştırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre malnütrisyonlu bireylerin serum albumin, total protein ve demir düzeylerinin diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir ($p<0,05$). Serum CRP düzeyleri ise malnütrisyonlu grupta daha yüksektir ($p<0,05$). MNA puanlarına göre malnütrisyon riski altında olan bireylerin normal bireylere göre serum demir düzeyleri anlamlı derecede daha düşük, serum CRP düzeyleri ise anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

Japonya'da yapılan kesitsel bir çalışmada 65 yaş üstü 226 bireyin beslenme durumu ve bazı laboratuvar bulguları karşılaştırılmıştır. Beslenme tarama testi olarak MNA'nın kullanıldığı çalışmada serum albumin ve total kolesterol seviyeleri bakımından her üç grup arasında anlamlı

farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Çalışmada katılımcıların MNA ve MNA-SF puanlarının serum albumin seviyesi ile yüksek, total kolesterol ile orta derece pozitif korelasyon gösterdiği belirtilmiştir ($p<0,05$) [136]. Bu araştırmada ise MNA puanlarına göre malnütrisyonlu ve malnütrisyon riski altında olan bireylerin serum albumin düzeyleri arasında önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak normal bireylerin serum albumin düzeyleri diğer gruplardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Beslenme durumu normal olan bireylerin serum total kolesterol düzeyleri de malnütrisyonlu bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca MNA ve MNA-SF puanları serum albumin düzeyleri ile güçlü, serum total kolesterol düzeyleri ile orta derece ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Serum albumin ile birlikte serum total kolesterol düzeyinin de beslenme durumu ile doğrudan ilişkili bir parametre olduğu düşünülmektedir.

5.8. Bireylerin Yaşam Kalitesi Bulgularına Göre Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Bireylerin genel özellikleri ile yaşam kalitesi bulguları incelenmiş ve malnütrisyon sıklığını artıran etkenlerin yaşam kalitesini de düşürdüğü görülmüştür. Genel olarak erkeklerin SF-36 alt ve özet puanları kadınlardan yüksek olup gruplar arası önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşla birlikte SF-36 özet puanları azalmış olup, yaş gruplarına göre mental bölüm puanları arasında önemli bir fark söz konusudur ($p<0,05$). MNA'ya göre yeterli beslenen bireylerde tüm SF-36 alt ve özet puanları yüksek olup 'ağrı' puanı dışındaki tüm puanlar için gruplar arası farklar anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). SNAQ puanı 1 puan ve altında olan bireylerde 'ağrı' puanı da dâhil tüm SF-36 alt puanları diğer gruplardan anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Avustralya'da yapılan bir çalışmada evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bireylerin beslenme durumları MNA, yaşam kaliteleri ise SF-36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiştir. MNA puanı için 24 puan kritik nokta olarak kabul edilmiş ve katılımcılar MNA puanı 24 puandan düşük (malnütrisyon riskli) ve yüksek-eşit (normal) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Tüm SF-36 alt puanları normal beslenme durumuna sahip bireylerde yüksek olup ağrı dışındaki tüm puanlarda gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$) [49]. Bunun yanı sıra çalışma sonuçlarına göre fiziksel bölüm puanları bakımından gruplar arasında önemli bir fark olmamakla malnütrisyon riski altındaki bireylerde mental bölüm puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca malnütrisyon riskli ve normal bireylerde saptanan fiziksel bölüm puanları sırasıyla $32,2\pm4,1$ ve $32,9\pm4,0$ iken, mental bölüm

puanları sırasıyla $37,0 \pm 5,1$ ve $40,6 \pm 3,7$ 'dir. Çalışmanın bulguları bu çalışmaya göre daha olumlu bulunmuştur. Lakin bu çalışmada MNA puanlarına göre %53,1 olan malnütrisyonlu birey sıklığı Avustralya'da yapılan çalışmada yalnızca %4,8'dir. Çalışmadan elde edilen sonuçlardan hareketle bireylerin beslenme durumlarının yaşam kalitesi düzeylerine de doğrudan etki ettiğini düşünebiliriz.

Bu çalışmada yaş ve eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkileyen değişkenler olduğu saptanmıştır. Yaşlanma ile azalan yaşam kalitesi düzeyi eğitimi seviyesi ile artmaktadır. Ayrıca evli bireylerin yaşam kaliteleri bekârlara göre biraz olumlu bulunmuş lakin SF-36 yaşam kalitesi alt ve özet puanları bakımından gruplar arası önemli bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Yapılan çalışmalar bu çalışmanın bulgularını kısmen desteklemektedir.

Değirmenci tarafından [137] evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin değerlendirildiği çalışmada yaşam kalitesi ölçeği olarak SF-36 kullanılmıştır. Çalışmada erkeklerin tüm SF-36 alt puanları kadınlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Aynı zamanda evli bireylerde tüm SF-36 alt puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Yalnız yaşayan bireylerde sosyal fonksiyon dışındaki SF-36 alt puanları daha düşük bulunmuş olmakla birlikte gruplar arası farklar anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Edirne'de yapılan 65 yaş ve üstü bireylerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada bireyler yaşlarına göre gruplandırılmıştır. Gruplar yaşlandıkça SF-36 alt puanlarının tamamı düşmüş olup gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) [138]. Güler tarafından [139] Sivas ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bir çalışmada yaşam kalitesi ölçeği olarak SF-36 kullanılmıştır. Çalışmada mental sağlık ve sosyal fonksiyon dışındaki tüm SF-36 alt puanlarının eğitim düzeyi ile birlikte anlamlı derecede arttığı bildirilmiştir ($p < 0,05$).

Bu çalışmanın sonuçları, bireylerin beslenme durumları ile yaşam kaliteleri arasında pozitif ilişki olduğunu göstermiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde bakım hizmeti alan bireylerin beslenme durumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi, beslenme durumlarını etkileyen etmenlerin saptanması ve evde bakım hizmetleri kapsamında diyetisyenin rolüne ilişkin öneriler sunulması amacı ile planlanıp yürütülen bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

1. Çalışmaya, 90 erkek ($76,2 \pm 17,39$ yıl) ve 119 kadın ($75,8 \pm 13,43$ yıl) evde bakım hizmeti alan toplam 209 birey ($76,0 \pm 15,23$ yıl) katılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %82,8'inin 65 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (erkeklerde %78,9; kadınlarda %85,7).
2. Çalışmaya katılan bireylerin baskın özellikleri ev hanımı olmak (%55,5), okuryazar olmamak (%49,3), bekâr olmak (%50,2), çocukları ile birlikte yaşamak (%39,7) ve kız evlatlardan bakım almak (%37,3) olarak sıralanmaktadır.
3. Katılımcı bireylerde en sık rastlanan hastalıkların sırasıyla hipertansiyon (%44,5), SVO (%25,8), kalp damar hastalıkları (%23,9), diyabet (%21,5), demans (%20,6), basınç ülseri (%16,3) ve osteoporoz (%10,1) olduğu belirlenmiştir.
4. Bireylerin %31,6'sı genel iştah durumlarından memnun olmadığını belirtmiştir. İştah problemi yaşamadığını ifade eden bireylerin sıklığı ise %40,2 olarak saptanmıştır. Bireylerin %98,1'i diş kaybı yaşadığını, %58,4'ü ise tam diş protezi kullandığını bildirmiştir. Çiğneme ve yutma problemi yaşayanların sıklığı %45,0'dır. Genel iştah durumu, diş kaybı, tam diş protezi kullanımı ve çiğneme ve yutma gücü bakımından cinsiyetler arası istatistiksel farklar önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$).
5. Nutrisyon desteği alan birey sıklığı %18,2 olarak saptanmış olup cinsiyetler arası önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Nutrisyon desteği alan bireylerin %65,8'i oral yolla, %15,8'i nazogastrik, %15,8'i gastrostomi ve %2,6'sı TPN ile beslenmektedir.
6. Bireylerin ana ve ara öğün tüketim ortalamaları sırasıyla $1,9 \pm 0,92$ ve $1,3 \pm 0,96$ 'dır. Ana ve ara öğün tüketim sayıları bakımından cinsiyetler arası farklar önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$).
7. Erkek katılımcılar arasında yetişkin bireylerin %19,4'ü BKİ sınıflamasına göre zayıf bulunmuştur. Bu sıklık ileri yaşlı bireylerde %69,2'dir. BKİ değerleri normalin üzerinde olan bireylerin sıklıkları ise sırasıyla yetişkinlerde %58,3; ileri yaşlı bireylerde ise %6,2 olarak saptanmıştır.
8. Yaş gruplarına göre erkek bireylerin boy uzunluğu, vücut ağırlığı, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ ölçümleri arasında önemli bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Yaş gruplarına göre

kadınlarda ise boy uzunluğu dışındaki antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ) bakımından önemli farklar söz konusudur ($p<0,05$)

9. Bireylerin MNA, MNA-SF ve SNAQ puan ortalamaları sırasıyla $15,2\pm 7,04$; $7,6\pm 3,92$ ve $1,6\pm 2,00$ olarak saptanmış olup cinsiyetler arası MNA, MNA-SF ve SNAQ puan farkları önemli bulunmamıştır ($p>0,05$).
10. Bireylerin MNA ve MNA-SF puanları arasında güçlü pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r=0,963$; $p<0,05$). SNAQ puanları ise hem MNA hem de MNA-SF puanları ile güçlü negatif ilişki göstermektedir (sırasıyla $r=-0,861$; $p<0,05$ ve $r=-0,875$; $p<0,05$). Bireylere ait BKİ ölçümleri, MNA ve MNA-SF puanları pozitif, SNAQ puanları ile negatif yönlü güçlü ilişkili bulunmuştur (sırasıyla $r=0,681$, $r=0,680$ ve $r=-0,591$; $p<0,05$). Bireylerin ÜOKÇ ve BÇ ölçümleri de MNA ve MNA-SF puanları ile pozitif, SNAQ puanları ile negatif ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Antropometrik ölçümler arasındaki en yüksek korelasyonun ise BKİ ve ÜOKÇ arasında olduğu tespit edilmiştir ($r=0,924$; $p<0,05$). Ayrıca SF-36 özet bulgularından fiziksel bölüm ve mental bölüm puanları MNA, MNA-SF, BKİ, ÜOKÇ ve BÇ arasında pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Söz konusu özet puanların SNAQ ile negatif ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
11. Bireylerin MNA puanlarına göre %53,1'i, MNA-SF puanlarına göre ise %45,9'u malnütrisyonlu bulunmuştur. MNA ve MNA-SF puanlarına göre yeterli beslenen bireylerin sıklıkları sırasıyla %17,2 ve %22,5 olarak saptanmıştır. SNAQ puanları 3 puan ve üzerinde olan, şiddetli malnütrisyonlu bireylerin sıklığının %26,8'dir. SNAQ puanları 1 puan ve altında olan, beslenme müdahalesine ihtiyaç duymayan bireylerin sıklığı ise %69,4'tür. MNA, MNA-SF ve SNAQ sınıflamaları bakımından cinsiyetler arası önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
12. Bireylerin MNA ve MNA-SF sınıflamaları arasında önemli derecede uyum saptanmıştır ($\kappa:0,708$; $p<0,05$). SNAQ sınıflaması ise hem MNA, hem de MNA-SF sınıflamaları ile orta derece uyumlu bulunmuştur (Sırasıyla $\kappa:0,224$; $\kappa:0,281$; $p<0,05$).
13. MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları bakımından evde bakım ekibi tarafından beslenme durumlarına ilişkin bilgilendirilen hastalar ile ekip tarafından bilgilendirilmeyen hastalar arasında önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bilgilendirilen hasta ve hasta yakınlarına yapılan bilgilendirmenin yeterliliği sorulmuştur. Evde bakım ekibi tarafından detaylı ve doğru bir şekilde bilgilendirildiğini düşünenlerin MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları diğer gruba göre yüksek olup gruplar arası fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Beslenme sorunu yaşayan hastaların MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları beslenme sorunu olmayanlara göre düşük olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$).

14. Ev ortamında düzenli olarak bir diyetisyenden tıbbi beslenme tedavisi desteği alma fikrine katılımcıların %94,7'si sıcak bakmaktadır.
15. Yetişkin bireylerin MNA ve MNA-SF puanları ileri yaşlı bireylerden anlamlı derecede yüksek olup ($p<0,05$), SNAQ puanları bakımından iki grup arasında önemli bir fark söz konusu değildir ($p>0,05$). Okuryazar olmayanların MNA ve MNA-SF puanları da en az ilkokul düzeyinde eğitim alan bireylere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım vereni olmayan bireylerin MNA, MNA-SF ve SNAQ puanları bakım alan bireylerden oldukça yüksek olup gruplar arası fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Bireylerin medeni durumları ve birlikte yaşadıkları yakınları bakımından her üç test için önemli bir fark söz konusu değildir ($p>0,05$).
16. MNA puanlarına göre malnütrisyonlu bireylerin %58,6'sı, yeterli beslenenlerin %2,8'i iştah problemi yaşamaktadır. Gruplar arası farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). SNAQ puanları sırasıyla 3 puan ve üzerinde olan bireylerin %98,2'sinde, 2 puan olan bireylerin %62,5'inde ve 1 puan ve altında olan %4,1'inde iştah problemi söz konusudur. MNA puanlarına göre malnütrisyonlu, malnütrisyon riskli ve yeterli beslenen bireylerde çiğneme ve yutma güçlüğü'nün sıklığı sırasıyla %71,2; %17,7 ve %11,1'dir. SNAQ puanlarına göre benzer gruplarda bu sıklıklar sırasıyla %85,7; %62,5 ve %28,3 olarak saptanmıştır. Tam diş protez kullanım durumu ise MNA puanlarına göre malnütrisyonlu, malnütrisyon riskli ve yeterli beslenen bireylerde sırasıyla %64,0; %50,0 ve %55,6 olup gruplar arası önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerde tam diş protezi kullanım sıklığı %64,3 olup SNAQ puanı 2 olan bireylerde %62,5; 1 puan ve altında olan bireylerde ise %55,9 olarak saptanmıştır.
17. Nütrisyon desteği alan bireylerin MNA, MNA-SF ve SNAQ puan ortalamaları sırasıyla $7,0\pm3,93$; $3,2\pm2,32$ ve $4,0\pm1,82$ 'dir. Nütrisyon desteği almayanlarda ise bu ortalama değerler $17,0\pm6,23$; $8,6\pm3,52$ ve $1,0\pm1,59$ olarak sıralanmıştır. Her üç test için de gruplar arası istatistiksel fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Nütrisyonel destek yollarına göre oral yolla beslenen bireylerin MNA ve MNA-SF puanları nazogastrik yolla beslenenlerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Oral beslenenler ile gastrostomi desteği alanlar arasında MNA puanları bakımından önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$), MNA-SF puanları oral beslenenlerde gastrostomi ile beslenen bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Oral yolla beslenen bireylerin SNAQ puanları ise gastrostomi desteği alan bireylere göre düşük olup gruplar arası fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Nazogastrik beslenen bireylerin SNAQ puanları diğer iki gruba göre istatistiksel açıdan önemlilik arz etmemektedir ($p>0,05$).

18. Bireylerin yaşları ile MNA ve MNA-SF puanları arasında negatif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). SNAQ puanları ile yaş değişkeni arasında ise ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bireylere ait günlük ana öğün tüketim sayıları ile MNA ve MNA-SF puanları arasında güçlü pozitif, SNAQ puanları arasında ise güçlü negatif ilişki söz konusudur ($p<0,05$). Günlük ara öğün tüketim sayıları ile MNA ve MNA-SF puanları negatif ilişkili bulunmuş ($p<0,05$), SNAQ puanları ise ara öğün tüketim sayıları ile ilişkilendirilememiştir ($p>0,05$). Günlük su tüketim miktarları ise MNA ve MNA-SF puanları ile pozitif, SNAQ puanları ile negatif ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$).
19. Sık rastlanan hastalardan SVO'lu bireylerde MNA ve MNA-SF puanları SVO'lu olmayanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). SVO gibi demans veya basınç ülseri varlığı da MNA ve MNA-SF puanlarını anlamlı olarak düşürmektedir ($p<0,05$). Bireylerin SNAQ puanları ise sadece basınç ülseri varlığında anlamlı derecede düşmektedir ($p<0,05$).
20. Sık rastlanan hastalıklarda MNA ve SNAQ puanlarına göre malnütrisyon sıklığı değerlendirilmiştir. Basınç ülserli hastaların %85,3'ü MNA puanlarına göre malnütrisyonludur. Basınç ülserini sırasıyla demans (%81,4), SVO (%64,8), osteoporoz (%62,5), kalp damar hastalıkları (%62,0) hipertansiyon (%54,8) ve diyabet (%46,7) takip etmiştir. Ayrıca basınç ülserli bireylerin %52,9'unun SNAQ puanı 3 ve üzerinde olup şiddetli malnütrisyon söz konusudur. SNAQ puanlarına göre basınç ülserini %43,8 ile osteoporoz, %33,3 ile SVO, %32,6 ile demans, %32,0 ile kalp damar hastalıkları, %24,4 ile diyabet ve %21,5 ile hipertansiyon takip etmiştir.
21. MNA puanlarına göre malnütrisyonlu bireylerin günlük enerji, protein, karbonhidrat, yağ, diyet posası, toplam folat, sodyum, potasyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko alımları malnütrisyon riskli ve yeterli beslenen bireylere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Malnütrisyon riski altında olan bireylerin günlük enerji, yağ, sodyum ve fosfor alımları yeterli beslenen bireylere göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).
22. SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylerin günlük enerji, protein, karbonhidrat, yağ, diyet posası, A vitamini, toplam folat, sodyum, potasyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko alımları SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerden yüksek olup gruplar arası fark önemli bulunmuştur ($p<0,05$). SNAQ puanı 2 olan bireylerin ise günlük B₁₂ vitamini, demir ve çinko alımları her iki gruptan da anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).
23. Bireylerde TÜBER 2015'e göre yetersizliklerine en sık rastlanan besin ögeleri sırasıyla potasyum (%91,9), B₁ vitamini (%46,4), magnezyum (%39,2), B₆ vitamini (%38,3), C

- vitamini (%38,3), diyet posası (%37,3), çinko (%36,4), toplam folat (%31,6), B₁₂ vitamini (%30,1), demir (%47,8) ve kalsiyumdur (%25,8).
24. Bireylerin günlük enerji, protein, karbonhidrat, yağ, diyet posası, B₆ vitamini, toplam folat, sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir ve çinko alım miktarları ile hem MNA hem de MNA-SF puanları arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Söz konusu enerji ve besin öğeleri SNAQ puanları ile ters ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca günlük protein alımından gelen enerji yüzdesi MNA ve MNA-SF ile negatif, SNAQ ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$).
 25. Bireylerin %66,0'ında serum HDL kolesterol değerleri referans aralığın altında bulunmuştur. HDL kolesterolden sonra serum yetersizliğine en sık rastlanan biyokimyasal bulgular sırasıyla %65,4 ile fosfor, %53,7 ile albumin, %53,3 ile total protein ve %52,2 ile kalsiyumdur. Serum değeri referans aralıklarına göre yüksek bulunan biyokimyasal bulgular ise sırasıyla %89,9 ile CRP, %49,3 ile açlık kan şekeri, %37,7 ile trigliserit, %33,7 ile CK-MB, %27,5 ile GGT ve %25,0 ile ürik asit olarak tespit edilmiştir.
 26. MNA puanlarına göre yeterli beslenen bireylerin serum albumin ve amilaz değerleri diğer gruplardan yüksek olup aradaki farklar istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Yeterli beslenen bireylerin serum üre ve total kolesterol değerleri de malnütrisyonlu bireylerden önemli düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Lakin serum üre ve total kolesterol değerleri bakımından malnütrisyon riski altında olan bireyler ile diğer gruplar arasında önemli bir fark saptanmamıştır ($p<0,05$).
 27. SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylerin SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylere göre serum albumin, total protein, total kolesterol ve LDL kolesterol değerleri anlamlı derecede yüksek, serum AST ve CRP değerleri ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). SNAQ puanı 2 olan bireylerde ise SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylere göre serum LDL kolesterol değerleri anlamlı derecede yüksek, serum CRP değerleri ise anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).
 28. Bireylerin MNA ve MNA-SF puanları ile pozitif ilişkili bulunan biyokimyasal parametreler; albumin, total protein, total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliserit ve kalsiyumdur ($p<0,05$). MNA ve MNA-SF puanları ile negatif ilişkili biyokimyasal parametreler ise üre ve CRP olarak saptanmış olup AST yalnız MNA-SF ile negatif ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$).
 29. Bireylerin SNAQ puanları ile negatif ilişkili bulunan biyokimyasal parametreler; albumin, total protein, total kolesterol, LDL kolesterol ve sodyumdur ($p<0,05$). Serum CRP ve AST değerleri ise SNAQ puanları ile pozitif ilişkilidir ($p<0,05$).

30. SF-36 alt puanlarına göre değerlendirilen bireylerin ‘ruhsal sağlık’ puan ortalamasının en yüksek ($65,5 \pm 11,95$), ‘fiziksel rol güçlüğü’ puan ortalamasının ise en düşük ($3,9 \pm 9,77$) olduğu belirlenmiştir. SF-36 alt ve özet puanlarının hiçbirinde cinsiyetler arası önemli bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).
31. Bakım vereni olamayan bireylerin ‘fiziksel bölüm’ ve ‘mental bölüm’ puanları bakım alan bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).
32. Yetişkin bireylerin ‘mental bölüm’ puanları orta yaşlı ve ileri yaşlı bireylerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca en az ilkokul düzeyinde eğitilmiş olan bireylerin de ‘mental bölüm’ puanları okuryazar olmayanlara göre göre yüksek olup gruplar arası fark önemli bulunmuştur ($p < 0,05$).
33. İştahsızlık sorunu yaşayan bireylerin ‘fiziksel bölüm’ ve ‘mental bölüm’ puanları diğer gruplardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca çiğneme ve yutma güçlüğü ile nutrisyon desteği alma durumunun da ‘fiziksel bölüm’ ve ‘mental bölüm’ puanlarını anlamlı derecede düşürdüğü görülmüştür ($p < 0,05$). Söz konusu SF-36 özet puanları bakımından nutrisyon destek yollarına göre gruplar arasında önemli bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).
34. ‘Ağrı’ puanı dışındaki tüm SF-36 alt ve özet puanları MNA’ya göre malnütrisyonlu olan bireylerde diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Malnütrisyon riski altında olan bireylerin tüm SF-36 alt ve özet puanları yeterli beslenen bireylerden düşük olup gruplar arası farklar önemli bulunmamıştır ($p > 0,05$).
35. SNAQ puanı 1 ve altında olan bireylerin tüm SF-36 alt ve özet puanları SNAQ puanı 3 ve üzerinde olan bireylerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). SNAQ puanı 2 olan bireylerin ‘fiziksel fonksiyon’, ‘emosyonel rol güçlüğü’, ‘genel sağlık algısı’, ‘fiziksel bölüm’ ve ‘mental bölüm’ puanları SNAQ puanı 1 ve altında olan gruba göre anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,05$).
36. SF-36 alt ve özet puanlarının tamamı MNA ve MNA-SF puanları ile pozitif, SNAQ puanları ile negatif ilişkili bulunmuştur ($p < 0,05$).

Evde bakım hizmeti alan bireylerde malnütrisyonun en sık karşılaşılan sağlık problemleri arasında olduğu ve yaşam kalitesini doğrudan etkilediği aşikârdır. Malnütrisyon sıklığının bu denli yüksek bulunmasına rağmen profesyonel destek talebinin azlığı, tıbbi beslenme tedavisinin bireyin klinik durumunu yönlendiren en önemli etmenlerden biri olduğu gerçeğinin göz ardı edildiğini göstermektedir. Bütüncül ve disiplinlerarası bir yaklaşımın, evde bakım hizmetlerinin amaç ve hedeflerine ulaşmasında etkin bir rol oynayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu öneriler geliştirilebilir;

1. Evde bakım hizmeti alan bireylerde beslenme durumunun değerlendirilmesi ve tıbbi beslenme tedavisi için ekip içinde mutlaka bir diyetisyen bulunmalıdır. Evde bakım ve evde sağlık hizmeti sunumu ile ilgili yönetmelik ve yönergelerin asgari personel şartları ekip içinde en az bir diyetisyenin bulundurulmasını kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca diyetisyenlerin ve diğer sağlık profesyonellerinin görev, yetki ve sorumlulukları bu yasal mevzuatlarda ayrıntılı bir şekilde ele alınmalıdır. Ekipte yer alacak diyetisyenler ve diğer sağlık profesyonelleri evde bakım hizmeti sunumuna ilişkin meslek içi eğitime tabi tutulmalıdırlar. Evde sağlık ve bakım hizmeti sunmakla görevli olan multidisipliner ekibe diyetisyenlerin dâhil edilmesi; malnütrisyon riskinin erken dönemde tespit edilmesi, beslenme tedavisi uygulanması, malnütrisyonun ve komorbiditenin önlenmesi, mortalitenin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlık harcamalarında maliyet etkinlik açısından önemli ve gereklidir.
2. Evde bakım hizmeti alan bireylere rutin olarak MNA veya MNA-SF testi uygulanması, boy uzunluğu, vücut ağırlığı, üst orta kol çevresi, baldır çevresi ve vücut bileşimi ölçümlerinin diyetisyen tarafından yapılması ve bu verilerin kayıt altına alınması hastanın beslenme durumunun takibini kolaylaştıracaktır. Özellikle ağırlık ve mümkünse vücut bileşimi ölçümlerinin yapılabilmesi için uygun özellikte taşınabilir ölçüm aletleri ve cihazlar bulundurulmalıdır.
3. Kapsamlı bir evde bakım değerlendirilmesi yapılmalı ve beslenme durumunun değerlendirilmesi bu değerlendirmenin rutin bir parçası hâline getirilmelidir. Böylelikle erken dönemde malnütrisyon riskinin tespiti ve komplikasyonlara yol açmadan uygun beslenme desteği sağlanması mümkün hâle gelecektir.
4. Nütrisyon desteği alması gereken bireylerle ilgili hekim ve diyetisyen afileye çalışmalıdır. Hastanın beslenme yolu, tıbbi beslenme ürünü seçimi ve ürünlerin kullanım sıklığına hekim ve diyetisyenin fikir birliği ile karar verilmelidir. Oral yolla beslenmesi mümkün olmayan hastalarda karar verilen ostomik ya da nazal yoldan sonda takılması gibi uygulamaların prosedürel zorlukları sıklıkla tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. Bu gibi durumlarda hastanın mağdur edilmemesi için gerekli tedbirler alınmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
5. Diyetisyenler hastanın beslenme durumunu değerlendirmek için hasta ve yakınlarının randevu talebinde bulunmasını beklememeli, belirli periyodik sıklıklarla ev ziyaretlerinde bulunmalı, hasta ve yakınları ile sürekli iletişim hâlinde olmalıdır. Gerekli gördüğü

durumlarda evde bakım sorumlu hekimi veya hastanın takibini yapan müdavi hekimle birlikte beslenme müdahalesine karar vermelidir. Hasta ve yakınlarının malnütrisyon konusunda farkındalıklarının artırılması önemlidir. Diyetisyen, hasta ve ailesini detaylı beslenme eēitimlerine tabi tutmalı, hastanın beslenme durumuna dair hasta ve yakınlarının bilgi almak istediēi konularda haftanın belirli gün ve zamanlarında telefonla danışmanlık hizmeti sunmalıdır. Bu işlemler hasta tam iyileşip evde bakım kapsamından çıkarılıncaya dek srdrlmalıdır.

6. Bazı evde bakım hastalarında malnütrisyonu neden olan primer etkenin yoksulluk olduēu grlmştır. Aylık maddi geliri yoksulluk sınırının altında olan ailelerin evde bakım hizmeti alan hastalarına merkezi veya yerel yönetimler tarafından günlük ana oēēun desteēi saēlanmalıdır. Evde bakım hizmeti kapsamında hazırlanan bu oēēunler hastaların tıbbi durumlarına uygun olmalıdır. Yemeklerin hazırlandıēı yemekhaneler sıkı bir denetime tabi olmalıdır. Evde bakım ekibi içinde yer alacak diyetisyenin hastalara tıbbi beslenme tedavilerine uygun oēēunler planlaması ve yemek üretiminin gerekleřtiēi yemekhaneleri denetlemesi, sunulan hizmetin kalitesine olumlu yönde etki edecektir.
7. Evde saēlık hizmetleri, sosyal bakım ve destek hizmetleri ile bütünleştirilerek kapsamlı ve yaygınlaşmış bir ‘evde bakım’ hizmeti sunulmalıdır. Saēlık Bakanlıēı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlıēı, Sosyal Gvelik Kurumu, ilgili dernekler ve sivil toplum kuruluşları bu hususta aktif olarak çalışmalı ve saēlık hizmeti ile sosyal hizmet boyutlarının her ikisine de kapsayan etkin ve bütüncül bir hizmet modeli ortaya koymalıdırlar.

KAYNAKLAR

1. Can, Ö. S., Ünal, N. (2008). Evde bakım ve tedavi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(4), 6-13.
2. İnternet: T. C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (25 Mayıs 2010 tarihli ve 27591 sayılı Resmi Gazete) URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Feskiler%2F2010%2F05%2F20100525-10.htm&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
3. Holland, B. E. and McCurren C. (1997). Aging. In J. M. Black and E. Matassarini-Jacobs (Eds.), *Medical Surgical Nursing*. (5th ed.), Philadelphia, WB Saunders Company, 81-100.
4. İnternet: The Diversity of Changing Population Age Structures In The World, UN 2005. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fesa%2Fpopulation%2Fmeetings%2FEGMPopAge%2F1_UNPD_Trends.pdf&date=2016-11-26, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
5. İnternet: United Nations, Department of economic and social affairs population division: World population ageing 1950-2050. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.un.org%2Fesa%2Fpopulation%2Fpublications%2Fworldageing19502050%2F&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
6. Visvanathan, R. (2003). Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem. *Journal of Postgraduate Medicine*, 49, 352-360.
7. Yeh, S. S. and Schuster, M. W. (2006). Epidemiology of malnutrition in the elderly. In G. Mantovani, S. D. Anker, A. Inui, J. E. Morley, F. R. Fanelli, D. Scevola, M. W. Schuster and S. S. Yeh, (Eds.) *Cachexia and wasting: a modern approach*. Milan, Springer, 365-368.
8. De Croot, C. P., Van Staveren, W. A., Dirren, H. and Hautvast, J. G. (1996). Summary and conclusions of the report on the second data collection period and longitudinal analyses of the SENECA Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 50, 123-124.
9. Cuervo, M., Garcia, A., Ansorena, D., Sanchez-Villegas, A., Martinez-Gonzalez, M. A., Astiasaran, I. and Martinez, J. A. (2008). Nutritional assessment interpretation on 22007 Spanish community-dwelling elders through the Mini Nutritional Assessment test. *Public Health Nutrition*, 12(1), 82-90.
10. Ülger, Z., Halil, M., Kalan, I., Yavuz, B. B., Cankurtaran, M., Güngör, E. and Arıoğlu, S. (2010). Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. *Clinical Nutrition*, 29 (2010), 507-511.
11. Arnaud-Battandier, F., Malvy, D., Jeandel, C., Schmitt, C., Aussage, M., Beaufrere, B. and Cynober, L. (2004). Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco-economic study. *Clinical Nutrition*, 23 (2004), 1096-1103.

12. Seiler, W. O. (2001). Clinical pictures of malnutrition in ill elderly subjects. *Nutrition*, 17, 496-498.
13. Altuntaş, M., Yılmaz, T. T., Güçlü, Y. A. ve Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20(3), 153-158.
14. İnternet: T. C. Sağlık Bakanlığı. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik (10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete) URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.mevzuat.gov.tr%2FMeta.n.aspx%3FMezuatKod%3D7.5.7542%26MezuatIliski%3D0%26sourceXmlSearch%3Devde%2520bak%25C4%25B1m&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
15. Çoban, M., Esatoğlu, A. E. ve İzgi, M. C. (2014). Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(3), 154-176.
16. Genet, N., Boerma, W., Kroneman M., Hutchinson, A. and Saltman R. B. (2012). *Home care across Europe, Current structure and future challenges*, Copenhagen: WHO, Health Systems and Policies.
17. Çoban, M. ve Esatoğlu A. E. (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 12(2), 109-120.
18. İnternet: T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. (1 Şubat 2010 tarihli ve 3895 sayılı makam oluru). URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.saglik.gov.tr%2FTR%2Fbelge%2F1-12133%2Fsaglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u.html&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
19. İnternet: T. C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik (27 Şubat 2015 tarihli ve 29280 sayılı Resmi Gazete) URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Feskiler%2F2015%2F02%2F20150227-14.htm&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
20. İnternet: T. C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü. Bakıma muhtaç özürhükümlerinin tesbiti ve bakım hizmeti esaslarının belirlenmesine ilişkin yönetmelik (30 Temmuz 2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete) URL: http://www.webcitation.org/query?url=https%3A%2F%2Fwww.tbmm.gov.tr%2Fkomisyon%2Finsanhaklari%2Fbelge%2Fum_bakimamuhtacozurlulertesbitivebakimi.pdf&date=2016-11-26, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
21. İnternet: T. C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü. Yaşlı hizmet merkezlerinde sunulacak gündüzlü bakım ile evde bakım hizmetleri hakkında yönetmelik (30 Temmuz 2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete) URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Feskiler%2F2008%2F08%2F20080807-5.htm&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.

22. Turan, Ö. S. (2008). *Evde izlemi yapılan kronik kardiyopulmoner hastaların evde bakım sürecinde tıbbi gereksinim düzeylerinin saptanması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
23. Tarricone, R. and Tsouros, A. D. (Eds.) (2008). *Home Care in Europe: The Sold Facts*, Milan: World Health Organisation Regional Office for Europe.
24. Özer, Ö. ve Şantaş, F. (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık bilimleri Dergisi*, 3(2), 96-103.
25. Shepperd, S. and Iliffe, S. (2005). Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3
26. Hutten J. B. F. and Kerkstra, A. (1996). *Home care in Europe: A country-specific guide to its organization and financing*. Adershot: Arena.
27. Ehrenfeld, M. (1998). Nursing and home care in Europe. *International Nursing Review*, 45, 61–64.
28. Buhler Wilkerson, K. (2007). No place like home: A history of nursing and home care in the U. S. *Home Healthcare Nurse*, 30(8), 446-452.
29. Gallagher M. B. (1985). Nursing role in home health care. In L. Linda, and M. S. Jarvis (Eds.), *Community Health Nursing: Keeping The Public Healthy*. USA, Davis Company, 327-350.
30. Öztekin, Z. ve Kubilay, G. (1995). *Toplum sağlığı hemşireliği*. Türkiye: Somgür Yayıncılık.
31. Wasik, B. H., Barayant D. M. and Lyons M. C. (1990). *Home visiting*. London: Sage Publications.
32. Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, G., Yağbasan, B., Gökçay, S., Sağlam, M., Doğanıılmaz, D. ve Erdem, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3), 125-132.
33. Robert, D. E. and Heinrich, J. (1985). Public health nursing comes of age. *American Journal of Public Health*, 75, 1162-1172.
34. Koç, F. (2009). *Evde bakım hizmeti ve gelişimi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir.
35. West, D. (1995). Home health care reshaping the delivery of medical care. *National Underwriter–Life Health Financial Services*, 99 (1):20.
36. World Health Organisation. (2000). *Home-based long-term care*. Geneva, WHO Technical Report Series 898.
37. Karabağ, H. (2007). *Evde sağlık bakım hizmetlerinin Türkiye’de uygulanabilirliğine ilişkin hekimlerin görüşleri ve kardiyoloji hastaları için hastane destekli evde bakım hizmetleri model önerisi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

38. Özkara, A. ve Kasım, İ. (2014). Evde bakım gerektiren hastalarda beslenme. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi*, 5(6), 56-60.
39. İnternet: T. C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Evde sağlık hizmetleri, URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.kesan.ism.saglik.gov.tr%2Fksm%2Fmemnuniyet-ziyaretleri-devam-ediyor%2F&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
40. İnternet: Umumi Hıfzıssıhha Kanununun tatbikatına dair tamim No: 21 (19 Temmuz 1931 tarihli ve 1852 sayılı Resmi Gazete) URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Fmain.aspx%3Fhome%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Farsiv%2F1852.pdf%26main%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Farsiv%2F1852.pdf&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
41. İnternet: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu. (6 Mayıs 1930 tarihli ve 1489 sayılı Resmi Gazete) URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Fmain.aspx%3Fhome%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Farsiv%2F1489.pdf%26main%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Farsiv%2F1489.pdf&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
42. İnternet: Birinci beş yıllık kalkınma planı 1963 yıllık programı. (8 Şubat 1963 tarihli ve 11329 sayılı Resmi Gazete) URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Fmain.aspx%3Fhome%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Farsiv%2F11329.pdf%26main%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Farsiv%2F11329.pdf&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
43. İnternet: 1969 yılı programının uygulanması, koordinasyonu ve izlenmesine dair karar. (12 Aralık 1968 tarihli ve 18075 sayılı Resmi Gazete) URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Fmain.aspx%3Fhome%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Farsiv%2F13075.pdf%26main%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.resmigazete.gov.tr%2Farsiv%2F13075.pdf&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
44. Bahar, A. ve Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 32-39.
45. T. C. Sağlık Bakanlığı. Aile hekimliği pilot uygulaması hakkında yönetmelik (6 Temmuz 2005 tarihli ve 25867 sayılı Resmi Gazete)
46. Arslan Özkul, S. (2014). *Evde Bakım Hastalarında Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi Amacıyla Metodolojik Bir Çalışma*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
47. İnternet: TÜİK. Temel İstatistikler. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FUstMenu.do%3Fmetod%3Dtemelist&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
48. Arslantaş, D. (2012). Halk sağlığı bakışıyla evde bakım hizmetleri; durum tespiti. D. Arslan ve M. Ertem (Editörler). *Yaşlı sağlığı: Sorunlar ve çözümler*. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Palme Yayıncılık, s. 80-86.

49. Visvanathan, R., Macintosh, C., Callary, M., Penhall, R., Horowitz, M. and Chapman, I. (2003). The nutritional status of 250 older Australian recipients of domiciliary care services and its association with outcomes at 12 months. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1007-1011.
50. Yıkılkan, H., Akbaş Güneş, N., Aypak, C. ve Görpelioğlu, S. (2013). Bir üçüncü basamak evde sağlık hizmetleri merkezi örneği: Başvuru nedenleri ve konsültasyon durumları. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 20(4), 322-325.
51. Soini, H., Routasalo, P. and Lagström, H. (2005). Nutritional status in cognitively intact older people receiving home care services—a pilot study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 9(4), 249-253.
52. Saletti, A., Johansson, L. and Cederholm, T. (1999). Mini Nutritional Assessment in elderly subjects receiving home nursing care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12, 381-387.
53. Karaman, D. Kara, D. ve Yalçın Atar, N. (2015). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 347-359.
54. Akın, S., Şafak, E. D., Çoban, S. A., Mucuk, S., Kiriş, Y., Öztürk, M. M. and Göçer, S. (2014). Nutritional status and related risk factors which may lead to functional decline in community-dwelling Turkish elderly. *European Geriatric Medicine*, 5(2014), 294-297.
55. Yörük, S., Çalışkan, T. ve 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.
56. Subaşı, N. ve Öztekin, Z. (2006). Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: Evde bakım hizmeti. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(1), 19-31.
57. Çatak, B., Kılınç, A. S., Badıllıoğlu, O., Sütü, S., Sofuoğlu, A. E. ve Aslan, D. (2012). Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1), 13-21.
58. Akiyama, A. Hanabusa, H. and Mikami, H. (2010). Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(2011), 85-88.
59. İnternet: Erdil, F. Yaşlanan toplum ve yaşlının evde bakımı. URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.e-kutuphane.teb.org.tr%2Fpdf%2Ftebakademi%2Fgeriatri_2009%2F23.pdf&date=2016-11-26, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
60. Karahan, A. ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4), 155-159.
61. Aydın, D. (2005). *Evde bakım hizmetleri*. Ankara: Sağlıklı Nesiller Derneği Sağlık ve Eğitim Yayınları.

62. Lueckenotte, A. G. (2000). *Gerontologic nursing* (2nd ed.). United States: Mosby Company.
63. Öztıp, H., Şener, A. ve Güven, S. (2008). Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 2008(1), 39-49.
64. Karabulut, Ö. Ö. ve Başalan İz, F. (2002). Yaşlılarda yaşam kalitesi. *Hemşirelik Forumu*, 5(6), 51-53.
65. Ekici, B. ve Özdemir, S. (2003). Yaşlı bireylerin sağlık ve evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu*, 6(4), 27-36.
66. Söylemezo, M. N. (2011). *Denizli Honaz ilçesinde yaşayan toplumun evde bakım gereksinimi, karşılanma düzeyi ve etkileyen faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
67. Schiller, M. R., Arensberg, M. B. and Kantor, B. (1998). Administrators' perceptions of nutrition services in home health care agencies. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(1), 56-61.
68. İnternet: LESA. National primary care collaboration agreement on malnutrition URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.fightmalnutrition.eu%2Ffileadmin%2Fcontent%2Ffight_malnutrition%2Fmethodology%2FLESA_Ondervoeding_ENG_18_3_11.pdf&date=2016-11-26, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
69. Dietitians of Canada. (2008). *The need for a program of home-based nutrition services in British Columbia*. British Columbia: Dietitians of Canada.
70. Moreno, J. M., Shaffer, J., Staun, M., Hebuterne, X., Bozetti, F., Pertkiewicz, M., Thul, P. and Van Gossum, A. (2001). Survey on legislation and funding of Home Artificial Nutrition in different european countries. *Clinical Nutrition*, 20(2), 117-123.
71. Jensen, G. L., Kita, K., Fish, J., Heydt, D. and Frey, C. (1997). Nutrition risk screening characteristics of rural older persons: relation to functional limitations and health care charges. *American Journal of Cilinical Nutrition*, 66, 4819-4828.
72. İnternet: URL: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.e-kutuphane.teb.org.tr%2Fpdf%2Ftebakademi%2Fgeriatri_2009%2F21.pdf&date=2016-11-26, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
73. Çiftçili, S., (2011). *Aile hekimleri için yaşlı sağlığına bütüncül yaklaşım* (Birinci Baskı). Türkiye: Deomed Yayıncılık.
74. Omran, M. L., and Salem, P. (2002). Diagnosing undernutrition. *Clinical Geriatric Medicine*, 18, 719-736.
75. Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B. and Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421.
76. Volkert, D., Berner, Y. N., Berry, E., Cederholm, T., Coti Bertrand, P., Milne, A., Palmblad, J., Schneider, S., Sobotka, L. and Stanga, Z. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition*, 25, 330-360.

77. Özgüneş, N. (2013). *Huzurevinde yaşayan yaşlılarda beslenme durumunun taranması: tarama testleri kıyaslaması*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
78. Arıoğlu, S. (Editör). (2013). *Yaşlılarda malnütrisyon kılavuzu*. Ankara: Akademik Geriatri Derneği.
79. Pekcan, G. (2014). Beslenme durumunun saptanması. A. Baysal. (Editör). *Diyet el kitabı* (Sekizinci Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
80. Bendich, A. (2009). Fundamentals of nutrition and geriatric syndromes. In C. W. Bales, C. S. Ritchie, and N. S. Wellman, (Eds.), *Handbook of clinical nutrition and aging*. New York: Humana Press.
81. Vellas, B. and Anthony, P. (2006). The MNA (Mini Nutritional Assessment): 20 years of research and practice in field of malnutrition and intervention in elderly. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 10(6), 455.
82. Stratton, R. J., King, C. L., Stroud, M. A., Jackson, A. A. and Elia, M. (2006). 'Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *British Journal of Nutrition*, 95(2), 325.
83. Kondrup, J., Rasmussen, H. H., Hamberg, O. and Stanga, Z. Nutritional risk screening (NRS 2002): A new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, 22(3), 321-336.
84. Kruizenga, H. M., Seidell, J. C., De Vet H. C. W., Wierdsma, N. J. and Van Bokhorst-de van der Schueren, M. A. E. (2004). Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition: the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Clinical Nutrition*, 24, 75-82.
85. Arvanitakis, M., Beck, A., Coppens, P., De Man, F., Elia, M., Hebuterne, X., Henry, S., Kohl, O., Lesourd, B., Lochs, H., Pepersack, T., Pichard, C., Planas, M., Schindler, K., Schols, J., Sobotka, L. and Van Gossum, A. (2008). Nutrition in care homes and home care: How to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22–23 November 2007)). *Clinical Nutrition*, 27, 481-488.
86. Pınar, R. (1996). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve kullanımı: Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. *Sendrom: Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, 8, 109-114.
87. Kaya, B. (1999). Late life and depression: Diagnosis and assessment. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(2), 76-132.
88. Pınar, R. (1997). SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve kullanımı: Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. *Sendrom: Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, 9(9), 117-123.
89. Koltarla, S. (2008). *Taksim eğitim ve araştırma hastanesi personelinin yaşam kalitesinin araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, T. C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

90. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiksel tablolar ve dinamik sorgulama. İnternet: http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FPreTablo.do%3Falt_id%3D1059&date=2016-12-01, Son Erişim Tarihi: 01.12.2016.
91. T. C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sayı: B10.0.THG.0.10.00.01–251.09, Konu: Evde Sağlık Hizmetleri Uygulaması.
92. Guigoz, Y., Vellas, B. and Garry P. J. (1994). Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*
93. Ware, J. E., Snow, K. K., Kosinski, M. and Gandek, B. (1993). *SF-36 Healty Survey: Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center.
94. Sarıkaya, D. (2013). *Geriatrik Hastalarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun ve Kısa (MNA-SF) Formunun Geçerlilik Çalışması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
95. Chumlea, W. C., Roche, A. F., Steinbaugh, M. L. (1989). Anthropometric approaches to the nutritional assessment of the elderly. In D. E. Danford and H. N. Munro (Eds.), *Nutrition, Aging and the elderly*, 6, 335-361.
96. Rakıcıoğlu, N., Acar Tek, N., Ayaz, A. ve Pekcan G. (2009). *Yemek ve besin fotoğraf kataloğu: Ölçü ve miktarlar* (İkinci Baskı). Ankara: Ata Ofset Matbacılık. 1-131.
97. Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programları (BeBİS version 7.0). (2010).
98. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2016). *Türkiye beslenme rehberi 2015 (TÜBER)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, 1-288.
99. Savar, F. (2009). *Üveiti olan behçet hastalarında NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketleri ile görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
100. Carr, A. J., Thompson, P. W. and Kirwan, J. R. (1996). Quality of life measures. *British Journal of Rheumatology*, 35, 275-281.
101. Moore, P., Wayne, A. and Sonia, A. (2001). Association between polysomnographic sleep measures and health-related quality of life in obstructive sleep apnea. *Journal of Sleep Research*, 10, 303-308.
102. Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N. ve Memiş, A. (1999). Kısa Form 36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hasta olan bir grup hasta ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
103. Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (2016). *Biyoistatistik* (Onyedinci Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 1-299.
104. Enginyurt, Ö. ve Öngel, K. (2012). Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2(1), 45-48.

105. Taşdelen, P. ve Ateş, M. (2012). Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 22-29.
106. Saletti, A., Johansson, L. and Cederholm, T. (1999). Mini Nutritional Assessment in elderly subjects receiving home nursing care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12, 381-387.
107. Limnili, G. ve Özçakar, N. (2013). Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(1), 13-17.
108. Sütçü, S. (2015). *Hastanelerin evde bakım-evde sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin sosyal hizmet ihtiyaçlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
109. TÜİK. (2010). *İstatistik göstergeler (Statistical indicators 1923-2009)*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
110. Aydın, M. (2014). *Evde bakım hizmeti alan kişilerde sık karşılaşılan tıbbi ve sosyal sorunlar*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın.
111. Çayır, Y., Avşar, Ü. Z., Avşar, Ü., Cansever, Z. ve Khan, A. S. (2013). Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(3), 9-12.
112. Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A. ve Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 171-186.
113. Akan, H., Ayraler, A. ve Hayran, O. (2013). Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(3), 106-112.
114. Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S. ve Canlı Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57-65.
115. Saletti, A., Johansson, L., Yifter-Lindgren, E., Wissing, U., Österberg, K. and Cederholm, T. (2005). Nutritional status and a 3-year follow-up in elderly receiving support at home. *Gerontology*, 51, 192-198.
116. Iizaka, S., Okuwa, M., Sugama, J. and Sanada, H. (2010). The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition*, 29, 47-53.
117. Kiesswetter, E., Pohlhausen, S., Uhlig, K., Diekmann, R., Lesser, S., Heseker, H., Stehle, P., Sieber, C. C. and Volkert, D. (2013). Malnutrition is related to functional impairment in older adults receiving home care. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 17(4), 345-350.
118. Coşkun, N. (2011). *Evde sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

119. Semba, R. D., Blaum, C. S., Bartali, B., Xue, Q. L., Ricks, M. O., Guralnik, J. M. and Fried, L. P. (2006). Denture use, malnutrition, frailty and mortality among older women living in the community. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 10(2), 161-167.
120. Guigoz, Y., Lauque, S. and Vellas, B. J. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition The Mini Nutritional Assessment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18, 737-757.
121. Kaburagi, T., Hirasawa, R., Yoshino, H., Odaka, Y., Satomi, M., Nakano, M., Fujimoto, E., Kabasawa, K. and Sato, K. (2011). Nutritional status is strongly correlated with grip strength and depression in community-living elderly Japanese. *Public Health Nutrition*, 14(11), 1893-1899.
122. Beck, A. M., Ovesen, L. and Schroll, M. (2001). A six months' prospective follow-up of 65+-y-old patients from general practice classified according to nutritional risk by the Mini Nutritional Assessment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55, 1028-1033.
123. Pols-Vijlbrief, R., Wijnhoven, H. A. H., Schaap, L. A., Terwee, C. B. and Visser M. (2014). Determinants of protein-energy malnutrition in community-dwelling older adults: A systematic review of observational studies. *Ageing Research Reviews*, 18, 112-131.
124. Demirdağ, S. (2012). Ev ortamındaki yaşlıların malnütrisyon riskleri ile fonksiyonel yeterlilikleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir.
125. Kılıç, C. (2014). *İstanbul'da bir tıp fakültesinde takip edilen 75 yaş üstü bireylerin nütrisyonel değerlendirmesi ve fonksiyonel kapasiteleri ile ilişkisinin araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
126. Çevik. A., Basat, O. ve Uçak, S. (2014). Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri üzerine olan etkisinin irdelenmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(2), 132-139.
127. Griep, M. I., Mets, T. F., Collys, K., Ponjaert-Kristoffersen, I. and Massart, D. L. (2000). Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the Mini-Nutritional Assessment. *Journal of Gerontology*, 55(2), 57-63.
128. Soini, H., Routasalo, P, and Lagström, H. (2004). Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 64-70.
129. Schueren, M. A. E., Monasch, S. L., Vries, O. J., Danner, S. A., Kramer, M. H. H. and Muller, M. (2013). Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients. *Clinical Nutrition*, 32, 1007-1011.
130. Şimşek, H., Meseri, R., Şahin, S. and Uçku, R. (2013). Prevalence of food insecurity and malnutrition, factors related to malnutrition in the elderly: A community-based, cross-sectional study from Turkey. *European Geriatric Medicine*, 4(2013), 226-230.

131. İnternet: WHO. The determinants of health. URL: <http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fhia%2Fvidence%2Fdoh%2Fen%2F&date=2016-11-26>, Son Erişim Tarihi: 26.11.2016.
132. Alvarez, J., Cuerda, C., Ramos, P., Abanades, J. C., Lorenzo, A. G., Gil, P. and de la Cruz, J. J. (2015). *Agreement between the screening tools SNAQ and MNA-SF in elderly people in Madrid*. Dream+65 study. Paper presented at the 37th ESPEN Congress, Lisbon.
133. Rissanen, P. M., Laakkonen E. I., Suntioinen, S., Penttilä, I. M. and Uusitupa, M. I. (1996). The nutritional status of finnish home-living elderly people and the relationship between energy intake and chronic diseases. *Age and Ageing*, 25, 133-138.
134. Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S. and Albarede, J. L. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15(2), 116-122.
135. Johson L. E. and Sullivan D. E. (2004). Nutrition and failure to thrive. In C. S. Landefeld, R. M. Palmer, M. A. Johnson, C. B. Johnston and W. L. Lyons (Eds.), *Current geriatric treatment and diagnosis*. New York: Mc Graw Hill Companies, 391-406.
136. Kuzuya, M., Kanda, S., Koike, T., Suzuki, Y., Satak, S. and Iguchi, A. (2005). Evaluation of Mini Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. *Nutrition*, 21, 498-503.
137. Akal Değirmenci, Ç. (2005). *Evde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitesine etki eden etmenlerin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
138. Sarı, E. (2013). *Edirne merkezinde ev ortamında yaşayan 65 yaş ve üstü yaşlılarda yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
139. Güler, N. ve Akal, Ç. (2009). Quality of life elderly people aged 65 years and over living at home in Sivas, Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics*, 12(4), 181-189.

EKLER

Ek-1. Araştırma İzin Yazısı



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



Sayı : 50658796/770
Konu : Tez Uygulama İzin Yazısı (Emre Adıgüzel)

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Not: 08/12/2015 tarihli ve 14574941-100/41856 sayılı yazınız

İlgide kayıtlı yazınızda Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrenciniz Emre ADIGÜZEL'in "Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerde Beslenme Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Diyetisyenin Rolü" konulu tez çalışmasını Genel Sekreterliğimize başlı Karaman Devlet Hastanesinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük ve gizlilik esasına göre ve özel hayatın korunmasına özen gösterilerek yapılmasının sağlanması, yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasının Genel Sekreterliğimize sunulması ve araştırma uygulanması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla araştırma çalışmasının yapılmasına oybirliği ile müsaade edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Ayhan ERENOĞLU
Genel Sekreter

EKLER: Komisyon Kararı (1 Sayfa)

KARAMAN KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ EĞİTİM ve AR-GE BİRİMİ
figen.duman@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f410d3f4-e3d4-4c91-89ca-c70b337684d5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

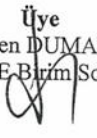
Ek-1. (devam) Araştırma İzin Yazısı

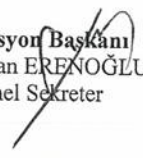
 T.C. Sağlık Bakanlığı	KARAMAN KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME FORMU	Doküman No	EGT. FR. 02
		Yayın Tarihi	02.05.2014
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No/Sayfa Sayısı	1/1
ARAŞTIRMA SAHİBİNİN			
Adı Soyadı		Emre ADIGÜZEL	
Kurumu / Üniversitesi		KMÜ Sağlık Yüksekokulu	
Araştırma Yapılacak İller		Karaman	
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri		Karaman Devlet Hastanesi	
Araştırmanın Konusu		Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerde Beslenme Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Diyetisyenin Rolü	
Üniversite / Kurum Onayı		(*)Var / ()Yok	
Veri Toplama Araçları		Anket	
Görüş İstenilecek Birimler/Kişiler			
KOMİSYON GÖRÜŞÜ			
Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslarla İlgili Yönergesi gereği, Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinin 17.04.2015 tarihli onayı ile görevlendirilen komisyon üyeleri, Genel Sekreterliğimize intikal eden Araştırmaları değerlendirmek üzere 09 Ekim 2015 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır. Söz konusu araştırmanın anılan hastanemizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük ve gizlilik esasına göre ve özel hayatın korunmasına özen gösterilerek yapılmasının sağlanması, yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimize bilgisi dışında ilan edilmemesi, araştırma sona erdikten sonra sonuç raporunun bir kopyasının Genel Sekreterliğimize sunulması ve araştırma uygulanması esnasında olabilecek fiziki zararların araştırma sahibi tarafından karşılanması kaydıyla araştırma çalışmasının yapılmasına oybirliği ile müsaade edilmiştir.			
Komisyon Kararı		Oybirliği alınmıştır.	
Muhallif Üyenin Adı ve Soyadı:		Gerekçesi:.....	

KOMİSYON


 Üye
 Hüseyin TÜREL
 Uzman


 Üye
 Ecz.Filiz VURAL
 Uzman


 Üye
 Figen DUMAN
 Egt. AR-GE Birim Sorumlusu


 Komisyon Başkanı
 Dr. Ayhan ERENOĞLU
 Genel Sekreter

KARAMAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
 GENEL SEKRETERLİĞİ - KARAMAN İLİ KAMU
 HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
 EVRAK BİRDİMİ
 30/12/2015 14:35 / 50658796 / 771 / 90


Ek-2. Etik Komisyon Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/01/2016-E.6512



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-604.01.02-
Konu : Değerlendirme ve Onay

Sayın Doç. Dr. Nilüfer ACAR TEK
Beslenme ve Diyetetik Bölümü - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Emre ADIGÜZEL'in tez çalışması olan *"Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerde Beslenme Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Diyetisyenin Rolü"* başlıklı araştırma öneriniz incelenmiş olup, çalışmanın yapılacağı merkezden izin alınması koşuluyla, Üniversitemiz Etik Komisyon ilkelerine uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Aysu DUYAN ÇAMURDAN
Komisyon Başkanı

EK :
1 Liste

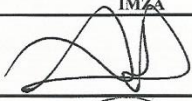
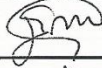
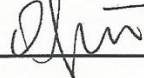
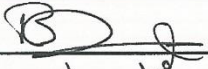
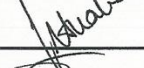
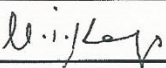
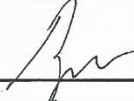
Ankara
Tel:0 (312) 202 69 58 Faks:0 (312) 202 46 73
İnternet Adresi :<http://etikkurul.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Şenay Seloğlu
Genel Evrak Sorumlusu

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2. (devam) Etik Komisyon Onayı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ

TOPLANTI TARİHİ : 15.12.2015		TOPLANTI SAYISI :11	
ADI-SOYADI		İMZA	
Prof.Dr.Aysu DUYAN ÇAMURDAN (Başkan)			
Doç.Dr.Eda KÖKSAL (Başkan Yrd.)			
Prof.Dr.Hüseyin Güçlü YAVUZCAN			
Prof.Dr.Ogün DOĞRU			
Prof.Dr.Hülya KASAPOĞLU ÇENGEL		KATILAMADI	
Prof.Dr.Şenol DURGUN		KATILAMADI	
Prof.Dr.F.Bilge TANRIBİLİR			
Prof.Dr.F. Nur BARAN AKSAKAL			
Doç.Dr.Cumhur TUNCER			
Doç.Dr.Mustafa İsmail KAYA			
Doç.Dr.Müjde AKTÜRK			
Doç.Dr.Ramazan YILDIZ			
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Bikem HACIÖMEROĞLU			

Ek-3. Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı/katılımcı yakını

Bu araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı öğrencisi Emre ADIGÜZEL tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kullanılacaktır. Araştırmanın adı “Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerde Beslenme Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Diyetisyenin Rolü” olarak belirlenmiştir.

Çalışma kapsamında genel bir soru formu ile katılımcının demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve diğer sağlık problemleri sorgulanacaktır. Ayrıca kısa formlarla beslenme durumu (24 saatlik hatırlatma yöntemi), iştah durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmeleri yapılacaktır. Araştırmanın sonucunda, elde edilen veriler ışığında evde bakım hizmeti alan bireylerin beslenme durumları ve yaşam kaliteleri değerlendirilmiş olacak, evde bakım sorumlu hekimiyle uygun yönlendirmeler yapılacaktır. Bu çalışmada size/hastanıza herhangi bir ilaç veya ilaç dışı tedavi uygulanmayacaktır. Dolayısıyla tedaviye ait beklenen risk ve rahatsızlıklara yol açılması söz konusu değildir.

Araştırma kapsamında yapılan değerlendirmeler için sizden ücret talep edilmeyecek ve araştırmaya katılmanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılabilirsiniz. Araştırmayı herhangi bir nedenle tamamlamamanız halinde size/hastanıza ait veriler kullanılmayacaktır.

Size/hastanıza ait tüm bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Siz ise istediğiniz zaman kendinize/hastanıza ait tüm bilgilere ulaşabileceksiniz.

Araştırma sırasında ek bilgi almak ya da çalışma ile ilgili sorularınız için 0 (338) 226 2000 (Dahili: 4345) numaralı telefondan Emre ADIGÜZEL’e ulaşabileceksiniz.

“Araştırmacı Emre ADIGÜZEL tarafından “Evde Bakım Hizmeti Alan Bireylerde Beslenme Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Evde Bakım Hizmetleri Kapsamında Diyetisyenin Rolü” isimli tez çalışması hakkında yazılı ve sözlü olarak tarafıma açıklamalarda bulunulmuştur. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.”

Adı-Soyadı

Tarih ve imzası

Ek-4. Veri Toplama Araçları

Anket No:

Ad-Soyad:

Telefon:

Adres:

Tarih:

I. GENEL BİLGİLER

1. Yaş:

2. Medeni Durum:

3. Meslek:

4. Eğitim Durumu:

a) Okur yazar değil

b) Okur yazar

c) İlkokul

d) Ortaokul

e) Lise

f) Yüksekokul

5. Beraber yaşadığı aile üyeleri:

a) Yalnız

b) Eşi ile (Yaş:)

c) Eşi ve çocukları ile

d) Çocukları ile

e) Bakıcı ile

6. Hasta ile birlikte evde yaşayan birey sayısı:

7. Bakım verici: Var () (.....) Yok ()

8. Evde bakım hizmetini alış süresi: ay

9. Hizmet kapsamında gerçekleştirilen periyodik ziyaret sıklığı:

10. Hekim tarafından tanısı konan hastalıkları 'X' ile işaretleyiniz.

Tanısı konan hastalıklar	
Şişmanlık	
Kalp-damar hastalığı	
Diyabet	
Hipertansiyon	
Ülser-gastrit	
Anemi [Türü: a) Demir b) B12]	
Artrit	
Gut	
Osteoporoz	
Gonartroz	
Kronik böbrek yetmezliği [Diyaliz ()]	
Diğer böbrek hastalıkları	
Karaciğer, safra kesesi	
Kanser (Türü:)	
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH)	
Serebrovasküler olaylar (SVO)	
Alzheimer	
Parkinson	
Multipl Skleroz (MS)	
Epilepsi	
Göz hastalıkları	
Basınç ülseri	
Diğer:	

11. Düzenli olarak kullandığınız ilaçlar:

Ek-4. (Devam) Veri Toplama Araçları

12. Sigara içiyor musunuz/içtiniz mi?
 a) Hiç içmedim.
 b) yıl önce bıraktım (..... yıl içtim).
 c) Evet (..... adet/gün)
13. Alkol kullanıyor musunuz?
 a) Hiç kullanmadım.
 b) Bıraktım.
 c) Kullanıyorum (..... kadeh/hafta)

II. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

14. Beslenme yolu:
 a) Oral b) Nazogastrik c) Gastrostomi d) İleostomi
15. Günde kaç öğün yemek yersiniz?
 a) Ana öğün sayısı: b) Ara öğün sayısı:
16. Genel iştah durumunuz nasıldır?
 a) İyi b) Orta c) Kötü
17. Besinleri çiğneme ve yutma esnasında güçlük yaşıyor musunuz?
 a) Evet b) Hayır
18. Diş kayıplarınız var mı?
 a) Evet (Tam protez kullanıyorum ()) b) Hayır
19. Günde kaç bardak su içiyorsunuz? bardak veya ml

III. BİYOKİMYASAL PARAMETRELER

20. Son 3 ay içinde olması şartıyla en son rutin biyokimyasal test sonuçlarından **mevcut olanları** aşağıdaki tabloya kaydediniz. (Tarih:.....)

Albumin	 g/dL
Total protein	 mg/dL
Transferrin	 mg/dL
Demir	 mg/dL
Hb	 g/dL
Htc	%.....
TDBK	 mg/dL
CRP	 mg/dL
Açlık glikoz	 mg/dL
İnsülin	 IU/L
Total kolesterol	 mg/dL
LDL-kolesterol	 mg/dL
HDL-kolesterol	 mg/L
Trigliserit	 mg/dL
Ürik asit	 mg/dL
Kan üre azotu	 mg/dL
Kreatinin	 mg/dL
AST	 IU/L
ALT	 IU/L

Ek-4. (Devam) Veri Toplama Araçları

IV. KİŞİNİN KENDİSİNE VEYA BAKIM VERENE YÖNELTİLECEK SORULAR

21. (Bakım verdiğiniz hastanın) beslenme durumuna ilişkin evde bakım ekibi tarafından herhangi bir bilgilendirme yapıldı mı?
- a) Evet b) Hayır
22. Cevabınız evet ise hastanın beslenmesi hakkında yapılan bilgilendirmenin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?
- a) Evet b) Hayır
23. Bakım veren olarak bakım verdiğiniz hastanın beslenmesi sırasında sorun yaşıyor musunuz?
- a) Evet b) Hayır
24. (Bakım verdiğiniz hastanın) beslenme durumunu değerlendirmek ve beslenmesi hakkında bilgilendirilmek için evde bakım ekibi içinde bir diyetisyenin bulunmasını ister misiniz?
- a) Evet b) Hayır
25. (Bakım verdiğiniz hastanın) en çok yaşadığı sorunları yazınız.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ek-4. (Devam) Veri Toplama Araçları

Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA)

Adı:

Soyadı:

Cinsiyet:

Yaş:

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 kilo kaybı durumu 0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı 1 = Bilinmiyor 2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı 3 = Kilo 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
F. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) = Vücut ağırlığı(kg) / (Boy(m))² 0 = VKİ 19'dan az (19 dahil değil) 1 = VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil) 2 = VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil) 3 = VKİ 23 ve üzer
Tarama puanı (tamamı en çok 14 puan) 12-14 puan: Normal nutrisyonel durum 8-11 puan: Malnütrisyon riski altında 0-7 puan: Malnütrisyonlu
Daha kapsamlı bir değerlendirme için G-R sorularını cevaplayınız
Değerlendirme
G. Bağımsız yaşıyor (bakımevinde veya hastanede değil) 1 = Evet 0 = Hayır
H. Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma 0 = Evet 1 = Hayır
İ. Bası yarası veya deri ülseri var 0 = Evet 1 = Hayır
J. Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor? 0 = 1 öğün 1 = 2 öğün 2 = 3 öğün
K. Protein alımı için seçilen besinler: • Günde en az bir porsiyon süt ürünü (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor. Evet Hayır • Haftada iki veya daha fazla porsiyon kurubaklagil veya yumurta tüketiyor. Evet Hayır • Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor. Evet Hayır 0.0 = Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise 0.5 = Eğer evet sayısı 2 ise 1.0 = Eğer evet sayısı 3 ise

Ek-4. (Devam) Veri Toplama Araçları

L. Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor 0 = Hayır 1 = Evet
M. Her gün kaç bardak sıvı (su, meyve suyu, kahve, çay,süt, vb.) tüketiyor? 0.0 = 3 bardaktan az 0.5 = 3-5 bardak 1.0 = 5 bardaktan fazla
N. Yemek yeme şekli nasıl? 0 = Yardımsız yemek yiyemiyor 1 = Güçlkle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor 2.0 = Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor
O. Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi 0 = Kötü beslendiğini düşünüyor 1 = Kararsız 3.0 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor
P. Aynı yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor? 0.0 = İyi değil 0.5 = Bilmiyor 1.0 = İyi 3.1 = Çok iyi
Q. Kol çevresi (cm) 0.0 = 21'den az 0.5 = 21-22 1.0 = 22 veya daha fazla
R. Baldır çevresi (cm) 0 = 31'den az 1 = 31 veya daha fazla
Değerlendirme (en fazla 16 puan): Tarama puanı (en fazla 14 puan): Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan):
Malnütrisyon Gösterge Puanı 24-30 puan: Normal nütrisyonel durum 17-23,5 puan: Malnütrisyon riski altında 17 puan altı: Malnütrisyonlu

Referanslar

1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. The Journal of Nutrition Health and Aging, 2006; 10: 456-465.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF).
3. J. Geront 2001; 56A: M366-377.bGuigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? The Journal of Nutrition Health and Aging 2006; 10: 466-487.

Ek-4. (Devam) Veri Toplama Araçları

Adı:
Cinsiyet:

Soyadı:
Yaş:

KISA NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME ANKETİ (SNAQ)	
İstemsiz ağırlık kaybınız oldu mu?	
• Son 6 ay içinde 6 kg'dan fazla	○○○
• Son bir ay içinde 3 kg'dan fazla	○○
Son bir ay içinde iştah durumunuzda düşüş oldu mu?	○
Son bir ay içinde tamamlayıcı içecek veya beslenme tüpü kullandınız mı?	○

○

Beslenme durumuna müdahale edilmemelidir.

○○

Orta derecede kötü beslenmiştir; beslenme müdahalesi gereklidir.

○○○

Şiddetli derecede kötü beslenmiştir; beslenme müdahalesi ve diyetisyen tedavisi gereklidir.

Ek-4. (Devam) Veri Toplama Araçları

BESİN TÜKETİM KAYDI

Adı-Soyadı:

Tarih:

ÖĞÜNLER	YEMEK VEYA BESİN ADI VE İÇİNDEKİLER	MİKTAR (Ağırlık veya ev ölçüsü)
SABAH		
KUŞLUK		
ÖĞLE		
İKİNDİ		
AKŞAM		
GECE		

Ek-4. (Devam) Veri Toplama Araçları

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

- Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü
- Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre daha iyi
c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesine göre çok daha kötü
- Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinlikleriniz ile ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

- Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (Ör: çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		

Ek-4. (Devam) Veri Toplama Araçları

İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		
--	--	--

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
- Hiç etkilemedi
 - Biraz etkiledi
 - Orta derecede etkiledi
 - Oldukça etkiledi
 - Aşırı etkiledi
7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?
- Hiç
 - Çok hafif
 - Hafif
 - Orta
 - Şiddetli
 - Çok Şiddetli
8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?
- Hiç etkilemedi
 - Biraz etkiledi
 - Orta derecede etkiledi
 - Oldukça etkiledi
 - Aşırı etkiledi
9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kedertli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?
- Her zaman
 - Çoğu zaman
 - Bazen
 - Nadiren
 - Hiçbir zaman

Ek-4. (Devam) Veri Toplama Araçları

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Herbir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

Ek-5. Yetişkin Bireyler İçin Biyokimyasal Parametrelerin Referans Aralıkları

Biyokimyasal parametreler	Referans aralıklar
Albumin	3,5-5,5 g/dL
Total Protein	6,4-8,3 g/dL
Açlık Glikoz	74-106 mg/dL
Total Kolesterol	<200 mg/dL
HDL Kolesterol	Erkek: 45-70 mg/dL Kadın: 50-90 mg/dL
LDL Kolesterol	60-160 mg/dL
VLDL Kolesterol	10-40 mg/dL
Trigliserit	Erkek: 40-163 mg/dL Kadın: 40-128 mg/dL
Ürik Asit	Erkek: 3,5-7,2 mg/dL Kadın: 2,6-6,0 mg/dL
Kreatinin	Erkek: 0,6-1,2 mg/dL Kadın: 0,5-1,1 mg/dL
AST	Erkek: 10-40 IU/L Kadın: 10-35 IU/L
ALT	Erkek: 10-40 IU/L Kadın: 10-35 IU/L
Amilaz	25-90 IU/L
ALP	38-155 IU/L
GGT	Erkek: 10-49 IU/L Kadın: 7-32 IU/L
Kreatin Kinaz	Erkek: 24-190 IU/L Kadın: 24-170 IU/L
CK-MB	<24 IU/L
CRP	<3 mg/L
Sodyum	136-145 mEq/L
Potasyum	3,5-5,0 mEq/L
Kalsiyum	8,9-10,1 mg/dL
Fosfor	2,6-4,5 mg/dL
Magnezyum	1,6-2,6 mg/dL

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ADIGÜZEL, Emre
 Uyruğu : TC
 Doğum tarihi ve yeri : 05.07.1988, Cihanbeyli
 Medeni hali : Bekâr
 Telefon : 0 (338) 226 2000
 e-mail : emreadiguzel@kmu.edu.tr



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi	Devam ediyor
Lisans	Erciyes Üniversitesi	2012
Lise	Cihanbeyli Anadolu Lisesi	2006

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2015-Halen	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi	Arş. Gör.
2014-2015	Mersin Halk Sağlığı Müdürlüğü	Diyetisyen
2013-2014	TEDAŞ Genel Müdürlüğü	Diyetisyen

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Makaleler

1. Aydın, M. F., Gökmen, S., Koç, Ş., Adigüzel, E., Kocaman, H., Çöplü, M., Ayhan, F., Şahin, A. (2015). Karaman İl Merkezindeki Kasapların Kist Hidatik Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Van Veterinary Journal*, 26(3), 147-150.

Bilimsel Toplantı ve Kongrelerde Yayınlanan Bildiriler

1. Aydın, M. F., Adiguzel, E., Koc, S., Coplu, M., Gokmen, S. (2015). A cross-sectional survey to determine the knowledge levels regarding hydatid cyst among nurses, dietitians and food technicians in Turkey, 3rd World Congress on Targeting Microbiota, Paris, France.
2. Adiguzel, E., Acar Tek, N. (2016). The evaluation of nutritional status in home-care patients who live in Karaman province of Turkey, International Conference on Engineering and Natural Sciences (ICENS), Sarajevo, Bosnia and Herzegovina.

Hobiler

Kitap okumak, yemek yapmak, seyahat etmek, masa tenisi.



GAZİ GELECEKTİR...

