



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ, ANKARA DIŞKAPI
YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ**

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**EVDE SAĞLIK HASTALARININ TAKİP SURECİNDE
BESLENME DURUMLARI VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zeynep Gizem YÜCE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA DIŞKAPI
YILDIRIM BEYAZIT SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA
MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**EVDE SAĞLIK HASTALARININ TAKİP SÜRECİNDE
BESLENME DURUMLARI VE BUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Zeynep Gizem YÜCE

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2019

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve araştırmamın her safhasında bilgisiyle, tecrübesiyle bana yol gösteren, manevi desteklerini benden esirgemeyen çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU' na en içten dileklerle teşekkür ederim.

Araştırmaya katılmayı kabul edip, gönülden desteklediklerini bizzat bildiren, şifa dileklerle her zaman yanlarında olduğum hastanemiz Evde Sağlık Birimine kayıtlı hastalarımıza ve araştırmamın veri toplama aşamasında özveriyle çalışan Evde Sağlık Hizmetleri birimi personelinin hepsine ayrı ayrı teşekkür ederim.

Kıymetli tecrübeleriyle bize her daim öncü olan, bölümümüzün sorunlarıyla büyük bir ilgiyle uğraşan kıymetli hocamız, klinik şefimiz Doç. Dr. Cenk AYPAK' a ve kliniğimiz değerli hocası Doç. Dr. Derya AKBIYIK' a eğitimime katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi bu dönemde de manevi destekleriyle beni yüreklendiren, aldığım tüm kararlarda arkamda olduklarını bildiğim, bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan canım annem İlknur EMİR ve canım babam Nevzat EMİR' e yürekten teşekkür ederim.

İlk sırdaşım, en kakkahalı günlerimin sahibi güzel yürekli canım kardeşim Nazlı İclal EMİR' e her zaman yanımda olduğu için çok teşekkür ediyorum.

Sadece çalışma arkadaşı değil birer dost, kardeş olan, tanıdığım için kendimi çok şanslı hissettiren, her daim moral ve motivasyon kaynağım Uzm. Dr. Yasemin KAPLAN SAY ve Dr. Ekim Özge GÖKÇE' ye sonsuz teşekkürler.

Fikirleriyle, konuşmasındaki güzelliğiyle, daima pozitif oluşuyla bana her zaman yol gösteren, en büyük mutluluklara yanımdayken şahit olduğum, enerji kaynağım canım eşim Dr. Ümit Saruhan YÜCE' ye bana hayal kurmanın yaşı olmadığını öğrettiği ve sayesinde cesurca öğrenip, keyifle yaşadığım için can-ı gönülden teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI VE GENEL ÖZELLİKLERİ	3
2.1.1. Evde Bakım Kavramı.....	3
2.1.2. Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı	3
2.1.3. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamı	4
2.1.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	5
2.1.5. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	6
2.1.6. Evde Sağlık Hizmetinin Avantajları	7
2.1.7. Evde Sağlık Hizmetinin Dezavantajları	8
2.2. EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN BESLENME DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER	9
2.2.1. Beslenme ve Malnütrisyon Tanımı	9
2.2.2. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler	10
2.2.3. Beslenmenin Değerlendirilmesi	10
2.2.4. Malnütrisyonun Sonuçları	11
2.2.5. Evde Sağlık Hastalarında Beslenmenin Önemi	11
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	13
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	13
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ	13
3.3. ARAŞTIRMA GRUBU	13
3.4. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI.....	13

3.4.1. Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi.....	14
3.4.2. Anket Formu	15
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	15
3.6. ETİK KURUL ONAYI	16
4. BULGULAR	17
4.1. BİREYLERE AİT GENEL ÖZELLİKLER	17
4.2. BİREYLERİN BESLENME DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER	20
5. TARTIŞMA	26
6. SONUÇ	32
KAYNAKLAR.....	34
ÖZGEÇMİŞ	41
EKLER	42

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ESPEN	: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneği)
MNA	: Mini Nutritional Assessment (Mini Nütrisyonel Değerlendirme)
MNA-SF	: Mini Nutritional Assessment- Short Form (Mini Nütrisyonel Değerlendirme-Kısa Form)
NRS	: Nutrition Risk Screening (Nütrisyonel Risk Tarama)
PEM	: Protein Enerji Malnütrisyonu
SGA	: Subjective Global Assessment (Subjektif Global Değerlendirme)
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Program)
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Çalışmaya Alınan Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri	17
Tablo 2: Çalışmadaki Hastaların 0. ve 6. Ay Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi Sonuçlarına Göre Beslenme Düzeyi Dağılımı	21
Tablo 3: Hastaların 0. ve 6. Ay Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi Gösterge Puan Ortalamaları	21
Tablo 4: Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre 0. ve 6. Ay Beslenme Durumları	23
Tablo 5: Hastaların 6 Ay Süresinde Mobilizasyon Düzeyindeki Değişim	24
Tablo 6: Çalışmadaki Hastaların Beslenmesini Etkileyen Faktörler ve Beslenme Durumları	25

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1:** Çalışmaya Dahil Olan Hastaların Kullandıkları İlaç Türü Dağılımı..... 18
- Şekil 2:** Evde sağlık hizmeti alan hastaların diyetisyen desteği almış olma durumları dağılımı 19
- Şekil 3:** Çalışma Grubundaki Hastaların 0. Ve 6. Ay Değerlendirmesindeki Mobilize Olma Düzeyleri..... 20
- Şekil 4:** Hastaların Diyetisyen Desteği Alma Durumlarına Göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi Sonuçları 22



ÖZET

AMAÇ: Evde bakım hasta grubu, özellikle yaşlı hastalar, yeme sorunları ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle malnütrisyonla oldukça yatkındır. Oluşacak “malnütrisyon” ve “malnütrisyon riski” durumu, yaşlılık döneminde var olan hastalıkları ağırlaştıracak, tedavi başarısını azaltacak ve maliyet yükselmesine neden olacaktır. Bu çalışmamızda amacımız; evde sağlık hizmeti alan hastaların, bakım hizmeti aldıkları süre içerisinde Mini Nütrisyonel Değerlendirme testinde oluşan değişikliklerini ve bu değişime etki eden faktörleri saptayarak, risk gruplarını belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Bu çalışma, hastanemiz evde sağlık birimine kayıtlı 331 hasta ile prospektif saha çalışması olarak yapılmıştır. Hastalar Kasım 2017-Eylül 2018 tarihleri arasında 6 ay arayla 2 kez evlerinde ziyaret edilmiş; hasta ve/veya yakınları ile yüz yüze görüşme tekniği ile Mini Nütrisyonel Değerlendirme testi doldurulmuş, teste yer alan hastanın kol ve baldır çevresi ölçüsü araştırmacı tarafından mezura ile ölçülerek kaydedilmiştir. Aynı ölçümler 6 ay sonra tekrar alınarak iki değer arasında karşılaştırma yapılmıştır. İkinci ziyarette beslenmeyi etkileyecek faktörler anket formu doldurulmuştur. Veriler SPSS ver 22,0 ile analiz edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların %67,4’ü kadın, %32,6’sı erkektir. Olguların yaş ortalaması $77,50 \pm 14,05$ ’dir. Hastaların %31,7’si yatağa tam bağımlı, %15,7’si tekerlekli sandalye ile mobilize, %52,6’sı yardımla mobilize tespit edilmiştir. Evde sağlık hizmeti alma nedenleri olan hastalık dağılımlarına bakıldığında en yüksek oranı %50,2 ile nörolojik hastalıklar oluşturmaktadır. Hastalara ilk ziyarette yapılan MNA testinde %37,1’i malnütrisyonlu, %38,3’ü malnütrisyon riski altında, %24,4’ü normal nütrisyonel durumda saptanmış iken; ikinci ziyarette %41,8’i malnütrisyonlu, %35,3’ü malnütrisyon riski altında, %22,8’i normal nütrisyonel durumda saptanmıştır. MNA toplam sınıflaması ile iştahsızlık, ekonomik sorunlar, bakım verenin yeme desteği sağlamaması, sosyal güvencenin olmaması, polifarmasi, yalnız başına yemek yiyememe ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

SONUÇ: Evde sağlık ihtiyaacı olan hastalar, yetersiz beslenmeye yatkın bir gruptur. Hastaların uygun ölçeklerle taranmaları ve malnütrisyon ve malnütrisyon riski saptananların daha ileri incelemelerle tanımlanması, uygun girişimlerle beslenme durumlarının düzeltilmesi, genel sağlık durumları ve yaşam kalitelerini olumlu yönde etkileyecektir.

Anahtar kelimeler: Beslenme durumu, evde bakım hizmetleri, malnütrisyon, risk faktörleri



EVALUATION OF NUTRITIONAL STATUS OF HOME HEALTH CARE PATIENTS AND IT'S AFFECTING FACTORS THROUGHOUT FOLLOW-UP PERIOD

ABSTRACT

AIM: The home care patient group, especially older patients, is highly susceptible to malnutrition due to eating problems and concomitant diseases. The condition of “malnutrition” and “malnutrition risk” will aggravate diseases in the old age, decrease treatment success and increase cost. Our purpose in this study is to determine the risk groups by determining the changes in the Mini Nutritional Assessment test and the factors affecting this change in the patients receiving home health care services.

MATERIAL and METHODS: This study was conducted as a prospective field study with 331 patients who were registered to home health unit in our hospital. The patients were visited twice in their homes between November 2017 and September 2018 at 6 months interval and information was received with the patient and / or their relatives via face-to-face interview technique, Mini Nutritional Assessment test was completed and the measurement of the arm and calf circumference of the patient who took part in the test was recorded by a measuring tape. The same measurements were taken again after 6 months and a comparison was made between the two values. On the second visit, the questionnaire form for factors affecting the nutrition was completed. Data were analyzed by SPSS 22.0.

RESULTS: 67.4% of the participants were women and 32.6% were men in the study. The mean age of the patients was 77.50 ± 14.05 years. 31.7% of the patients were fully dependent on the bed, 15,7% were mobilized with wheelchairs and 52.6% were mobilized with assistance. When the distribution of diseases which are reasons of receiving home health care, is examined, the highest rate is neurological diseases with 50.2%. In the MNA test performed on the first visit, while it was detected that 37.1% were malnutrition, 38.3% were under the risk of

malnutrition and 24.4% were in the normal nutritional status; at the second visit, it was detected that 41.8% were malnutrition, 35.3% were under the risk of malnutrition and 22.8% were in normal nutritional status. When the data of the questionnaire were examined according to the MNA total classification, it was found that there was a statistically significant difference with respect to anorexia, economic problems, caregiver not providing support for eating, lack of health insurance, polypharmacy, and inability to eating alone.

CONCLUSION: Patients in need of home health are a group that is prone to malnutrition. Screening of patients with appropriate scales and identifying those who are at risk of malnutrition and malnutrition by further investigation, correcting of nutritional status by appropriate interventions, will affect positively the general health status and quality of life.

Keywords: Home care services, malnutrition, nutritional status, risk factors

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 kişi iken son beş yılda %17 artarak 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2013 yılında %7,7 iken, 2017 yılında %8,5'e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2060 yılında %22,6 olacağı öngörülmektedir (1). Yaşlılık, engellilik, kronik hastalıklar, kaza sonucu yaralanmalar ve zihinsel hastalıklar gibi durumlar uzun dönemli bakım hizmetlerinin gerekliliğini doğurmuştur. Hastaneye yatmayı gerektirmeyecek şekilde tıbbi tedavi ve bakımı gereken hastalar ya da herhangi bir tedavi gerektirmeyen ancak günlük yaşam aktivitelerini tek başına karşılayamayacak kişilerin evde bakımı gerekebilir. "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 (2). Evde bakım hizmeti, kişinin aile bütünlüğünün korunmasına, stresin azaltılmasına, bireyin alışık olduğu çevrede yaşamına devam edebilmesine imkan tanımaktadır (3). Ülkemizde daha organize ve etkili evde sağlık hizmeti verebilmek adına, Sağlık Bakanlığı tarafından Evde Sağlık Hizmetleri yönergesi kapsamında uygulama yapılmaktadır (4).

Evde sağlık ve bakım hizmetleri her ne kadar tüm yaş guruplarına sunulsa da önemli ölçüde ileri yaş döneminde ihtiyaç haline gelmektedir. Zonguldak ilinde evde sağlık hizmetine kayıtlı 1280 hastanın dahil edilerek yapıldığı bir çalışmada (2012), 0-18 yaş arasında 44 kişi (%3,4) bulunurken, 1127 kişi (%88,1) 65 yaş ve üzeri tespit edilmiştir (5).

Yaşlıların %37-40'ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenememekte, üç yaşlıdan ikisi bir öğün atlamakta ve bu durum son yıllarda "Anorexia of aging" olarak nitelendirilmektedir. Beslenme durumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıklar, diş ve ağız sağlığı problemleri, polifarmasi, ekonomik sorunlar, tek başına alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama ve yiyememe gibi

çevresel etkenler önemli yer tutar. Yaşlılıkta herhangi bir sebeple kilo kaybının başlangıcını takip eden 1-2,5 yıl içinde, sadece bu sebeple mortalite oranı %9-38 artmaktadır (6).

Avrupa SENECA çalışmasına göre mikro besin ögesi yetersizliklerinin de birlikte görüldüğü protein enerji malnütrisyonu (PEM) toplumda sağlıklı yaşlılar arasında büyük bir sorundur (7). Ağır PEM, hasta olmayan yaşlılarda %10-38, eve bağımlı yaşlılarda %5-12, hastanede yatan hasta yaşlılarda %26-65 ve bakımevindeki yaşlılarda %5-85 oranlarında bulunmuştur (8). Toplum içinde yaşayan 22007 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 2327 yaşlı bireyin dâhil edildiği bir çalışmada ise malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altında olan birey sıklığının %28,0 olduğu bildirilmiştir (10).

Yapılan çalışmalarda ilerlemiş yaşın, çoklu komorbidite varlığının, bir önceki sene hastane yatış öyküsünün, entelektüel kapasite azalmasının, işlevsel bağımlılığın, eş kaybının, tek başına yaşamanın ve düşük eğitim düzeyinin malnütrisyon ile ilişkisi gösterilmiştir. Evde bakım hastalarında beslenme takibi yapmak mutlak bir gerekliliktir. Çünkü evde bakım hasta grubu, özellikle yaşlı hastalar, demans, depresyon, oral alımın azalması, yutma ve çiğneme sorunları, tek başına yemek yiyememe, immobilité, iştahsızlık, bulantı-kusma gibi şikâyetleri nedeniyle malnütrisyona oldukça yatkındır. Oluşacak “malnütrisyon” ve “malnütrisyon riski” durumu, yaşlılık döneminde var olan hastalıkları ağırlaştıracak, tedavi başarısını azaltacak ve maliyet yükselmesine neden olacaktır. Yaşlılarda malnütrisyon başlangıcı çoğunlukla gözden kaçmaktadır, yapılan çalışmalarda malnütrisyonlu veya malnütrisyon açısından risk altında olan yaşlıların yaklaşık %75’ine herhangi bir tedavi verilmediği saptanmıştır (11,12).

Bu bilgiler ışığında amacımız; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği ve Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden hizmet alan hastaların bakım hizmeti aldıkları süre içerisinde Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) testinde oluşan değişiklikleri ve bu değişime etki eden faktörleri saptayarak risk gruplarını tespit etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ TANIMI VE GENEL ÖZELLİKLERİ

2.1.1. Evde Bakım Kavramı

Dünyada evde bakım hizmetleri içerisinde; evde yardım (home help), evde takip hizmetleri (home attendant care), ev sağlık hizmetleri (home health services), süreli bakım (respite care), evlere yemek servisi (meals-on wheels), telefonla yardım servisi (tele care service) ve evlere bakım-onarım hizmeti (handyman service) gibi hizmetler yer almaktadır. Uygulamada bu imkanlar evde bakım hizmetleri (home care services) adı altında çalışılmaktadır (13).

Ülkemizde de evde bakım konusunda kavramsal farklılıklar bulunmakta, gerek akademik yayınlarda gerek kamu kurumlarının mevzuatında farklı terminolojiler kullanılmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmetleriyle ilgili yaptığı ilk düzenlemelerde evde bakım terimini kullanırken, daha sonraki uygulamalarında evde sağlık terminolojisini kullanmaya başlamıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ise, evde bakım terimini tercih etmektedir (14).

2.1.2. Evde Sağlık Hizmetleri Tanımı

Evde sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanmasını hedefleyen, bu yönde sağlık hizmetlerini destekleyen ve güçlendiren bakım sistemi olarak tanımlanmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, özürlü, yaşlı, kronik hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme döneminde bulunan bireylerin sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumla bütünleşmelerine olanak vermeyi amaçlar. Bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için bireylerin buldukları ortamda desteklenmesi amacını güden psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modeli şeklinde de tanımlanabilmektedir (15).

10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’te ise evde sağlık 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 (4).

2.1.3. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamı

Uluslararası düzeyde evde sağlık hizmetlerinde belirlenmiş temel bir hizmet listesi yoktur. Bu nedenle her ülke kendi sosyokültürel yapıları açısından bir hizmet listesi oluşturmaktadır (16).

Dünya Sağlık Örgütü’nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 raporunun bütününde, uzun süreli sağlık sorunu olan ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili yardıma ihtiyacı olan tüm yaşlardaki kişilerin, yeterli kalitede bir yaşam sürdürmesini sağlayacak bakım hizmeti konusuna önem vermiştir. Evde sağlık hizmetlerinden faydalanacak kitle; tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, kanser gibi bulaşıcı olmayan hastalığı olanlar, etiyojisine bakılmaksızın fiziksel veya zihinsel engelli olanlar, kaza sonucu fiziksel engeli olanlar, duysal kısıtlılığı olanlar, mental hastalığı olanlar, madde bağımlıları, afet mağdurları, bakım verecek aile üyesi, arkadaş, bakıcı vs. olmayanlar olarak tanımlanmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı hastalar, kronik hastalığı olan her yaş grubu, terminal dönemdeki kanserli yetişkin ve çocuk hastalardan oluşmaktadır (2).

Evde bakım hizmetleri özellikleri itibariyle üç açıdan sınıflandırılabilir. Birincisi; evde bakımın tıbbi hizmetler ile birlikte bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; kapsamı birbirinden farklı olan kısa süreli veya uzun süreli bakım olarak sunulmaktadır. Kısa süreli bakım 30 günlük bir süreci kapsar ve genellikle geçirilen hastalığın iyileşme dönemi içinde verilmektedir. Uzun süreli bakım hem tıbbi hem sosyal hizmetleri içine almakla birlikte sosyal bakım ağırlıklıdır, altı aydan fazla bakım ihtiyacına gereksinim duyulduğunda

uygulanır. Üçüncüsü ise farklı meslek alanlarındaki uzman veya yarı uzman kişilerin ve aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır (17).

2.1.4. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

İlk hekimlik uygulamaları ile birlikte hekim, hastanın yaşadığı yere giderek tanı ve tedavisini yapıyordu. Roma'da doğumlar alet ve edevatlarını yanlarında taşıyan ebeler tarafından gerçekleştirilmekteydi. Ancak zamanla ekipman taşımının zorluğu ve zaman kısıtlılığı nedeniyle ilk hastanelerin oluşumu başladı. Fakat hastane enfeksiyonlarının artması, hastaların kendi yaşam alanlarını araması ve hastane maliyetlerinin yüksek oluşu nedeniyle evde bakım tekrar önem kazanmaya başladı.

Orta çağda Avrupa'da evde bakım hizmetlerinin kullanılmasındaki temel neden bulaşıcı hastalıklardan hasta olmayanları korumak ve temel gereksinimlerin karşılanmasını ön planda tutmaktır. Bu yaklaşımlar evde bakımın yapı taslarını oluşturmuştur (18).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1796 yılında kurulan Boston Dispanseri evde bakım hizmeti sunan ilk kuruluştur. 1800'lü yıllarda özellikle hemşireler gönüllülük esasıyla evde bakım alan hasta ve bakım verenlere eğitim vererek destek olmuşlardır. Gerçek anlamda ziyaretçi hemşirelik hizmeti ilk defa 1859 yılında William Rathbone adlı bir İngiliz antropolog tarafından başlatılmıştır. Mary Robinson evde hasta bakımı veren ilk ziyaretçi hemşiredir. Florence Nightingale hasta bakımı ile görevlendirilenlerin eğitim almasını önermiş ve 1862 yılında Liverpool'da ziyaretçi hemşire yetiştiren bir okul açılmıştır.

Danimarka'da 1937 yılında başlatılan Avrupa'daki en geniş ev ziyareti programı, başarılı hizmet sunumu için örnek bir model olmuştur. 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 (16).

Özellikle 1990'lı yıllar evde bakım hizmetleri açısından büyük sıçrama dönemidir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 'Medicare' ve 'Medicaid' sigorta sisteminin 1965'te hayata geçişi ile birlikte evde bakım hizmetleri hızlı bir şekilde yaygınlaşmıştır. 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 itibariyle yaklaşık 15 bin evde bakım şirketinin ve bu şirketler bünyesinde 700 bin sağlık çalışanın bulunduğu bildirilmiştir.

Evde bakım hizmetlerinin tüm dünyada hızla yaygınlaştığı ve özellikle gelişmiş ülkelerde azalan kaynaklardan dolayı hastanede bakımdan evde bakıma büyük bir yöneliş olduğu aşikârdır (15,16,18).

2.1.5. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Evde sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunumu ilk olarak Osmanlı padişahı Fatih Sultan Mehmet'in sağlık vasiyetnamesinde yer almıştır. Vasiyetnamede padişahın İstanbul'un her sokağı için ikişer kişi görevlendirdiği, ek olarak on cerrah, on tabip ve üç yara sarıcının ayın belirli günlerinde evleri gezerek buldukları hastaları tedavi etmeleri yer almıştır. Evlerinde tedavi edilemeyen hastaları ise hiçbir ücret talep etmeden Darülaceze'de tedavi etmeleri gerektiği ifade edilmiştir.

Yürürlüğe 1930 yılında giren 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda; bulaşıcı hastalıkların evde tanısı ve tedavisi, evde ana çocuk sağlığı hizmetlerinin verilmesi gibi hükümler konmuş hekim ve hemşireler evlere ziyaretler gerçekleştirmiştir.

Uygulamaya 1961 yılında konan 224 sayılı Sosyalizasyon Yasası ve bunun yürütülmesini düzenleyen 154 sayılı yönerge ile de kronik hastalıklı bireylerin evde izlenmesi görevi halk sağlığı hemşirelerine verilmiştir. Yine gebelerin evde izlemi, uygun koşullarda evde doğum, lohusa izlemi ve 0-6 yaş çocukların izlemi ebelere verilmiş olup, hizmet denetimleri için halk sağlığı hemşireleri görevlendirilmiştir.

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 alınmadığı için sürdürülememiştir. 1994 yılında Ankara Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı olarak kurulan Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi bünyesinde kurulan İstanbul Sağlık Anonim Şirketi'nin yaşlı hastalar için evde sağlık

ve sosyal bakım hizmetleri Türkiye’de yerel yönetimler bazında sunulan ilk evde bakım faaliyetleri olmuştur (19).

Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelik 10.03.2005 tarihinde 25751 sayı ile Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi aynı zamanda bu merkezleri işleten kurum ve kuruluşların uyması gereken usul ve esaslar düzenlenmiştir (4).

İlk yönetmeliğin ardından 1 Şubat 2010 tarihinde Sağlık Bakanlığı’na Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge çıkarılmış ve hastanelere bağlı evde bakım birimleri tarafından uygulama başlatılmıştır. Bu yönerge ile “evde bakım hizmeti” tanımı “evde sağlık hizmeti” olarak değiştirilmiştir. Bu yönergenin amacı, evde bakım hizmeti gereksinimi olan bireylerin muayene, tetkik, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, hasta ve bakım verenlerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak verilebilmesi, evde bakım birimlerinde çalışan personelin yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi, uygulanacak kayıt ve izlem sisteminin tanımlanması ve evde bakım hizmetlerinin etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamaktır. Evde sağlık hizmetleri 27.02.2015 tarihli “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” ile yürütülmektedir (20).

2017 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri ile 938.604 hastaya ulaşılmıştır, 985 birim hizmet vermektedir ve aktif kayıtlı hasta sayısı 316.468’dir (21).

2.1.6. Evde Sağlık Hizmetinin Avantajları

Ev, kişinin kendisini rahat ve huzurlu hissettiği, alışık olduğu bir ortamdır. Evde sağlık hizmetleri, hasta ve bakıma ihtiyacı olan bireylere kendi ortamında daha özgür yaşama imkanı sunmaktadır (22). Evde sağlık hizmetinin olumlu yönleri şöyle sıralanabilir:

- Aileyi parçalanmaktan korur. Bakım ihtiyacı olan kişi, ailesinin ve birlikte yaşadığı bireylerin parçası olmaya devam eder.

•Bireyin alıştığı ve kendisini rahat hissettiği ortamda yaşamını sürdürebilmesine olanak tanır.

•Evde bakım hizmeti alan bireyin, enerjisini sosyal hayatını sürdürebilmek için harçayabilmesini sağlar.

•Bireyin toplumdaki izole hale gelmesini önler, kişinin memnuniyeti artar.

•Bireyin bağımsız yaşamasına olanak tanır.

•Bakım alan ve bakım veren bireylerin yaşam kalitesini artırır

•Bireyin günlük yaşam aktiviteleri ve bağımlılık düzeyi profesyonel bir bakış açısıyla yaşadığı ortamda değerlendirilir.

•Bireyin hijyenik ihtiyaçları yaşadığı ortamda daha kolay karşılanır.

•Bireyin hastalığı üzerindeki kontrolünü artırır, iyileşmeyi hızlandırır.

•Kurumlara başvuruyu azaltır.

•Bireyin stres düzeyinin azalmasını sağlar, birey kendini daha konforlu ve rahat hisseder.

•Azalan hastane yatışlarıyla bireyin hastane enfeksiyonu riski azalır.

•Hastaneden erken taburculuk nedeniyle sirkülasyon hızlanır, daha az yatak ve sağlık çalışanı ile daha çok hastaya hizmet sunulur (22,23).

2.1.7. Evde Sağlık Hizmetinin Dezavantajları

Evde sağlık hizmetinin yeni bir alan olması itibariyle bilinmeyen riskleri ve denetim sorunlarını beraberinde getirmektedir. Detaylı bir eğitim programı ve önemli bir kontrol mekanizması gerektiren oturmuş bir sistemdir.

Hizmeti verecek personelin alışmış olduğu bir ortam dışında hizmet vermesi verimliliğini azaltmakta ve işini zorlaştırabilmektedir. Personelin güvenliğinin sağlanması konusunda sıkıntılar yaşanabilir. Bazen sağlık personeli, hasta ve aile arasında etkili iletişim kurulamayabilir. Aile fertlerinin hasta ile sürekli birlikte olmasının getirdiği yorgunluk ve stres bu iletişimin kurulmasını zorlaştırabilir. Ayrıca hizmet sunucu ve hizmet talep edenler arasında beklenti ve hedefler farklılık gösterebilmektedir (23).

Sağlık personelinin sürekli hastanın yanında bulunamaması, hizmetin kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Acil durumlarda hemen müdahale edecek profesyonel bir kişinin olmaması hasta ve yakınında strese neden olmaktadır. Yetersiz bilgilendirme sonucu hasta yakınları hastaya yanlış egzersiz, ilaç vs. uygulayabilmektedir. Hizmet alan hastaların büyük bir çoğunluğunun yaşam dönemlerinin son evresinde olması ve verilen hizmetin sonuçlarının çoğu zaman hasta sağlığı üzerinde gözle görülür bir değişikliğe sebep olmayışı hizmet verenlerin motivasyonunu düşürebilmektedir. Ailelerde her gün daha da artan fiziksel ve psikolojik yorgunluğun yanında ekonomik sorunlar da görülebilmektedir (24).

2.2. EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN HASTALARIN BESLENME DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2.2.1. Beslenme ve Malnütrisyon Tanımı

İnsanların yeterli ve dengeli beslenmesi, hayati fonksiyonların sürdürülmesindeki en temel gereksinimlerden biridir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın korunmasında, hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli rol oynar (25). Evde sağlık hastalarında yeterli düzeyde beslenememe ve bunun sonucundan malnütrisyon çok sık görülür (26). Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında toplum içinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerin %5-10'unda malnütrisyon saptanmıştır. Akut hastalık için hastaneye yatırılanlarda bu oran %26'ya ve bakım evinde kalan ve uzun süreli bakım alanlarda %30-60'lara çıkmaktadır (27).

Malnütrisyon; yetersiz besin alımı nedeniyle ortaya çıkan yetersiz beslenme, aşırı besin alımı sonucunda gözlenen aşırı beslenme, spesifik besin ögesi eksiklikleri ve orantısız besin ögesi alımı nedeniyle dengesizlikten oluşan bir durumdur. Aşırı yeme ve yetersiz beslenme durumlarının her ikisini de birlikte bulundursa da, günümüzde malnütrisyon ve yetersiz beslenme terimi çoğunlukla birbirleri yerine kullanılmaktadır. Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği'nin (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN)) tanımına göre malnütrisyon, enerji, protein ve diğer besin öğelerinin yetersiz veya aşırı alımı (veya dengesizliği) sonucunda, doku/vücut yapısında (vücut şekli, büyüklüğü ve

kompozisyonu) ve fonksiyonunda klinik sonuçları olan ölçülebilir ters etkiler gösteren beslenme halidir (28).

2.2.2. Beslenmeyi Etkileyen Faktörler

Toplum içinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada yetersiz beslenme için altı tane risk faktörü saptanmıştır: tek başına yaşama, günlük yaşamını sürdürmek için yardıma ihtiyaç duyma, depresyon, kronik hastalık veya engellilik varlığı, evde bakım hizmeti almak, aileden bakım almak (29). Geriatrik hastalarda yapılan başka bir çalışmada malnütrisyon riski ile ilişkili beş güçlü sebep bulunmuş; kadın cinsiyet, depresyon, demans, dekübit ülser varlığı ve konjestif kalp yetmezliği (10).

Yaşlılarda beslenme durumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında, yaşlanmayla birlikte olan fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıklar, diş ve ağız sağlığı problemleri, polifarmasi, ekonomik sorunlar, tek başına alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama ve yiyememe gibi çevresel etkenler önemli yer tutar (30).

Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik uzun süreli bakımı gerektiren yaşlı hastaların yanısıra kronik hastalığı olan her yaş grubu, bebek ve çocuklardır (31). Her yaş grubunda kötü beslenme bedensel işlev bozuklukları ile sonuçlanmakta, böylece günlük aktiviteleri etkilemekte, etkilenen kişilerin komplikasyon oranlarını, morbiditesini ve ölüm oranlarını arttırmaktadır (32).

2.2.3. Beslenmenin Değerlendirilmesi

İdeal olarak, tüm bireylerin yaşamları süresince intrauterin yaşamdan, yaşlılık dönemine kadar düzenli/periodyk olarak beslenme durumunun taranması (nutritional screening) ve saptanması (nutritional assessment) gerekmektedir. Bu değerlendirmeler sadece hastalık anında yapılmamalıdır (33).

Malnütrisyon değerlendirilmesinde kullanılmak üzere birçok tarama testi geliştirilmiştir ancak klinikte sıklıkla kullanılan tarama testleri; “Subjektif Global Değerlendirme (SGA)” “Nütrisyonel Risk Taraması-2002 (NRS-2002)” ve “Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA)”dır. Bu testlerden yaşlıların beslenme durumunun değerlendirilmesinde MNA'nın SGA'ya kıyasla daha uygun bir test

olduğu ve malnütrisyon derecesini daha iyi tanımlayabileceği belirtilmiştir (34). NRS-2002, MNA ile karşılaştırıldığında eşlik eden hastalıkları sorgulamada daha iyidir, ancak hastanın kooperasyonuna gerek duyulması kullanımını güçleştirmektedir. Malnütrisyonun taranmasında ölkemizde ve dünyada bu yöntemler arasında en yaygın kullanılanı MNA testidir. MNA'nın kısa ve uzun formunun Türkiye'de geçerlilik çalışması yapılmıştır. Malnütrisyonlu hastalarda malnütrisyonun derecesini daha iyi tanımlayabileceği bildirilmiştir. MNA'nın malnütrisyonun izlenmesinde kullanılmasının, beslenme desteğinin etkisinin ölçmesinde yarar sağlayacağı düşünölmektedir (35).

2.2.4. Malnütrisyonun Sonuçları

Malnütrisyon tüm vücut sistemlerini, organların fonksiyon ve iyileşmesini etkileyen morbidite, mortalite, hastalık komplikasyonları, hastanede kalış süresi, tedavi toleransı, prognoz ve yaşam kalitesi üzerinde önemli etkileri olan bir problemdir. Hastalık etkisiyle malnütrisyon gelişebileceği gibi, malnütrisyonun etkisi ile hastalık gelişebilir. Bu nedenle vücutta gerçekteşen değişikliklerin hastalık nedeni mi yoksa malnütrisyonla mı bağlı olduğunu anlayabilmek için malnütrisyonun spesifik etkilerini anlamak önemlidir (36).

Malnütrisyon vücutta hemen hemen her organ ve sisteme olumsuz etkilerde bulunur. Mental fonksiyonu azaltır, anksiyete ve depresyon skorlarını yükseltir. Kardiyovasküler ve renal sistemler üzerine ağır hasar yapar. Orta derecede hipotansiyon, bradikardi, kardiyak outputta azalma, ağır düşkün hastalarda periferik dolaşım yetmezliğine neden olur. Solunum kasları fonksiyonlarında azalma ve beraberinde alt solunum yolu enfeksiyonlarında artış görölebilir. Sindirim ve emilim bozukluğu, hipotermiye yatkınlık, yara iyileşmesinde gecikme gibi organ ve sistem fonksiyonlarında etkileri vardır (37,38).

2.2.5. Evde Sağlık Hastalarında Beslenmenin Önemi

Kurumsal veya evde bakım alan yaşlılarda malnütrisyon prevalansının yüksek olduğu bilinmektedir. Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise Geriatri Polikliniği'ne yatan hastaların yaklaşık %70'inin malnütrisyon açasından risk altında, %12'sinin ise malnütrisyonlu olduğu saptanmıştır (39).

Evde bakım hizmeti alan bireylerde yaşam kalitesinin artırılmasında beslenme durumunun büyük payı olduğu aşikârdır. Evde bakım hizmeti alan bireylerin periyodik aralıklarla beslenme açısından taranması, hastalara klinik durumlarına uygun öğün desteği sağlanması, özellikle bakım veren hasta yakınlarına beslenme eğitimi verilmesi, evde bakım hastalarında mortalite ve morbiditenin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önemli ve gereklidir. Ayrıca sağlık harcamalarında maliyet etkinlik açısından da kaliteli bir evde bakım hizmeti sunumu kamu politikası haline getirilmelidir (40).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; evde sağlık hizmeti alan hastaların takip sürecinde beslenme açısından durumlarını saptamak ve beslenme düzeylerinde oluşacak değişiklikleri belirlemektir. Ayrıca bu değişime etki eden faktörleri saptayarak risk gruplarını tespit etmektir.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Çalışma; tek merkezli, gözlemsel, tanımlayıcı ve prospektif bir çalışmadır.

3.3. ARAŞTIRMA GRUBU

Araştırma evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Evde Sağlık Birimine kayıtlı 1479 hasta oluşturmaktadır. Araştırmada %5 hata payı ve %95 güven seviyesi hedeflendiğinden en az $306 \pm \%10 = 340$ hastaya ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın hizmet sunumuyla birlikte yürütülmesi nedeniyle örneklem seçilmemiştir ve araştırma süresi boyunca gönüllülük esaslı hedef alınarak katılmayı kabul eden tüm hastalar çalışmaya alınmıştır. Dışlama kriteri yoktur.

3.4. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE ARAÇLARI

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Evde Sağlık Birimine kayıtlı hastalar, Aile Hekimliği Kliniği yönetiminde çalışan, evde sağlık ekibinin rutin ziyaretleri sırasında değerlendirilmiştir. Kasım 2017- Eylül 2018 tarihleri arasında hastalar evlerinde en az 6 ay arayla 2 kez ziyaret edilmiştir. İlk ziyarette araştırma ekibindeki araştırmacılar, çalışma ile ilgili hasta ve/veya bakım verene bilgi vermiştir. İlk görüşmede araştırmaya katılmayı kabul etsin ya da etmesin evde bakım hizmeti alan tüm hastalara rutin olarak uygulanmakta olan MNA testi hasta ve/veya bakım

verenden bilgi alınarak doldurulmuştur (Ek-2). Test yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapılmıştır. Testte yer alan hastanın üst kol çevresi ve baldır çevresi ölçüsü araştırmacı tarafından mezura ile ölçülmüştür.

En az 6 ay sonra yapılacak ikinci ziyarette araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, çalışmacı tarafından tüm hastalara rutin olarak uygulanmakta olan MNA yanı sıra hastanın sosyodemografik verilerinin ve beslenmeyi etkileyen faktörlere ait araştırmacılar tarafından oluşturulan anket uygulanmıştır (Ek-3).

3.4.1. Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi

Beslenme durumunun saptanmasında kullanılabilecek parametreler antropometrik ölçümler, laboratuvar değerlendirmeleri, klinik değerlendirme ve diyet içeriğinin değerlendirilmesidir. Avrupa beslenme taraması rehberleri MNA veya Mini Nütrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA-SF) önermektedir. MNA testi Guigoz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bir tarama testi olup, kesin tanı koydurmamakla birlikte yaşlılarda tek başına Vücut Kitle İndeksi (VKI) ölçümünden daha güvenilir olduğu ve laboratuvar parametreleri değişikliklerinden önce malnütrisyon riskini saptadığını ileri sürmektedir (41,42). Ülkemizde de beslenmenin objektif değerlendirilmesinde Sağlık Bakanlığı MNA ölçeğinin kullanımını önermektedir (43).

MNA testi, 6 tarama ve 12 değerlendirme sorusu olmak üzere 18 sorudan oluşmaktadır. Bu 18 sorunun 15'i sözel sorgulama ve 3'ü antropometrik ölçümdür. Tüm nütrisyonel skorlama 30 puan üzerinden yapılmakta, altı sorudan oluşan ön sorgulama kısmında 14 üzerinden 12 veya üzeri puan alındığında kişinin nütrisyon durumu normal olarak kabul edilmektir. Bu kısımda 11 puan ve altında aldıysa testin geri kalan 12 sorusu devam edilmektedir. Toplamda 24-30 puan arası normal nütrisyonel durum, 17-23,5 malnütrisyon riski altında, 17 ve altı ise malnütrisyon olarak değerlendirilir. MNA içerisinde yer alan 15 sözel soru, hastanın nütrisyonel açıdan genel değerlendirilmesi ve diyet alışkanlıklarına yöneliktir. MNA sırasında yapılan antropometrik ölçümler ise; VKI, üst kol çevresi ve baldır çevresidir (41) (42).

3.4.2. Anket Formu

Anket formunun ilk kısmında hastaya ait sosyodemografik veriler yer almaktadır. Sosyodemografik veriler; hastanın yaşı, cinsiyeti, eve bağımlı olmasına sebep olan primer tanısı, kullandığı ilaçlar, bakım verenin yakınlığı ve hastanın bağımlılık derecesini sorguladığımız içerikten oluşur.

İkinci kısımda ise hastanın daha önce diyetisyen desteği alıp almadığı sorgulanarak başlanır. Ardından beslenmeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi açısından 14 maddelik bir anketle devam edilir. Ankette yanıtlar 1'den 5'e doğru gitmektedir. Hastadan yanıt verirken 1'i en önemsiz, 5'i ise en önemli bulduğu maddeye vererek puanlaması istenmektedir. Ankette yer alan maddeler; diyetle alımda azlık, yemek hazırlayamama, iştahsızlık, ekonomik sorunlar, bakım verenin yeme desteği sağlayamaması, düşük fonksiyonel durum, sosyal güvencesinin olmaması, polifarmasi, akut veya kronik hastalıklar, diş ve ağız sağlığı problemleri, yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, tek başına alışveriş yapamama, yalnız başına yemek yiyememe, tat ve koku duyusundaki değişikliklerdir.

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler SPSS ver 22 (Statistical Package For Social Sciences) paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma, medyan (minimum ve maksimum değerler) ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Varyans Analizi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki Kare Analizi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenlerin arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. ETİK KURUL ONAYI

Evde sağlık hastalarının takip sürecinde beslenme durumları ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi isimli uzmanlık tezi alışması Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 06.11.2017 tarihli karar no:42/09 onayıyla yürütülmüştür (Ek-3).



4. BULGULAR

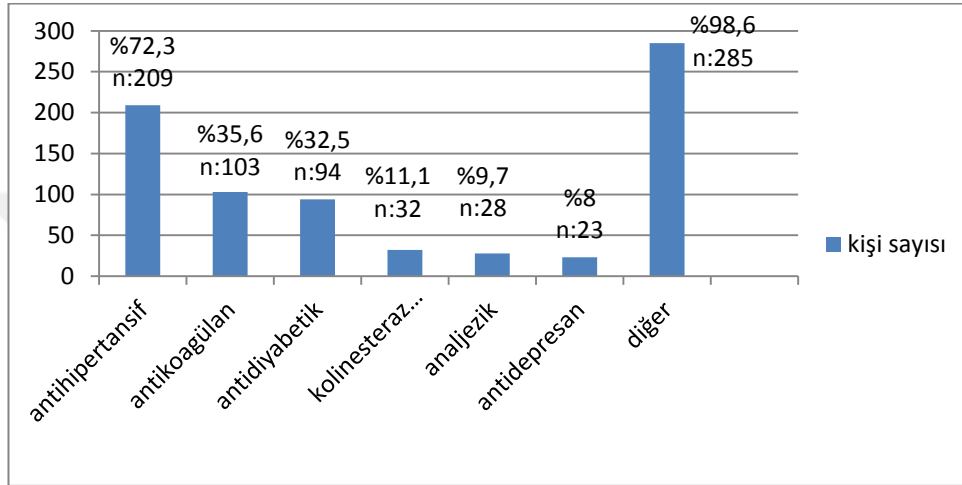
4.1. BİREYLERE AİT GENEL ÖZELLİKLER

Çalışmaya dahil edilen 331 hastanın yaşları 14 ile 98 arasında olup, yaş ortalaması $77,50 \pm 14,055$ yıldır. Çalışma popülasyonun %12,4'ü 65 yaş altında, %33,5'i 65 ve 79 yaşları arasında, %54,1'i 80 yaş ve üzerinde yer almaktadır. Kadınların sayısı 223 (%67,4) ve erkeklerin sayısı 108 (%32,6)'dır. Hastalara bakım verenlerin %84,3'ü eş, evlat, kardeş ve torun olup 1. ve 2. derece yakın akraba iken; %15,7'si gelir amaçlı bakım veren bakıcı ve diğer akrabalarından oluşmaktadır. Evde sağlık hizmeti alma nedenleri olan hastalık dağılımlarına bakıldığında en yüksek oranı %50,2 ile nörolojik hastalıklar oluşturmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışmaya Alınan Hastaların Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

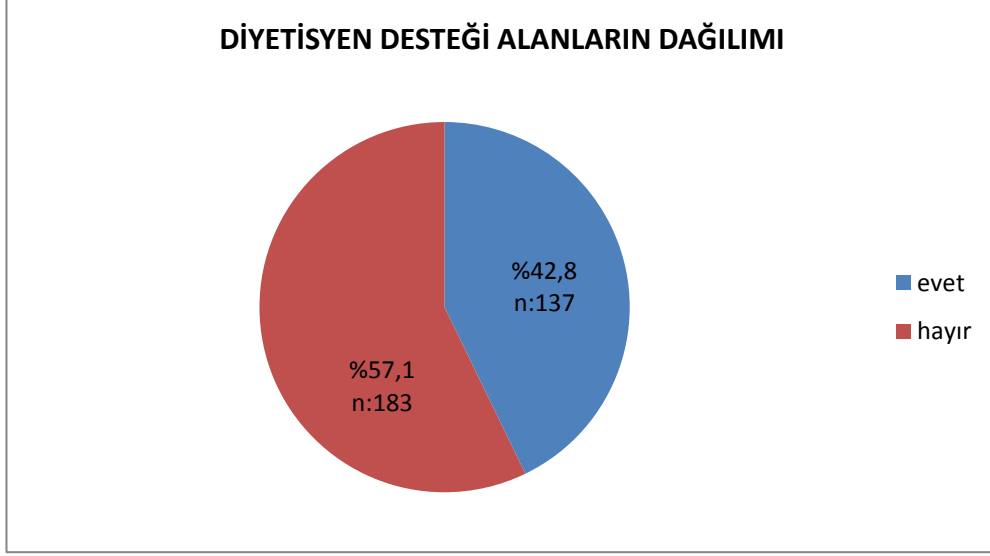
		Min-max	Ort±SD
Yaş (yıl)		14-98	77,50±14,05
		n	%
Cinsiyet	Erkek	108	32,6
	Kadın	223	67,4
Yaş	<65 yaş	41	12,4
	65-79 yaş	111	33,5
	>80 yaş	179	54,1
Bakım vereninin yakınlığı	Yakın akraba	279	84,3
	Maaşlı çalışan	52	15,7
Tanılar	Nörolojik hastalıklar	166	50,2
	Kardiyak-metabolik hastalıklar	40	12
	Diğer hastalıklar	125	37,8

Hastaların ilaç kullanımına bakıldığında ise %12,7 (42)'si hiçbir ilaç kullanmamakta, %87,3 (289)'ü 1 ve/veya 1'den fazla ilaç kullanmaktadır. İlaç kullananların %72,3'ü antihipertansif, %35,6'sı antikoagülan, %32,5'i antidiyabetik, %11,1'i kolinesteraz inhibitörleri, %9,7'si analjezik, %8'i antidepresan ilaçlar kullanmaktadır (Şekil 1).



Şekil 1: Çalışmaya Dahil Olan Hastaların Kullandıkları İlaç Türü Dağılımı

Çalışma grubundakilerin %42,8 (137)'ü daha önce diyetisyen desteği aldığını belirtirken %57,1 (183)'ü almamıştır (Şekil 2).

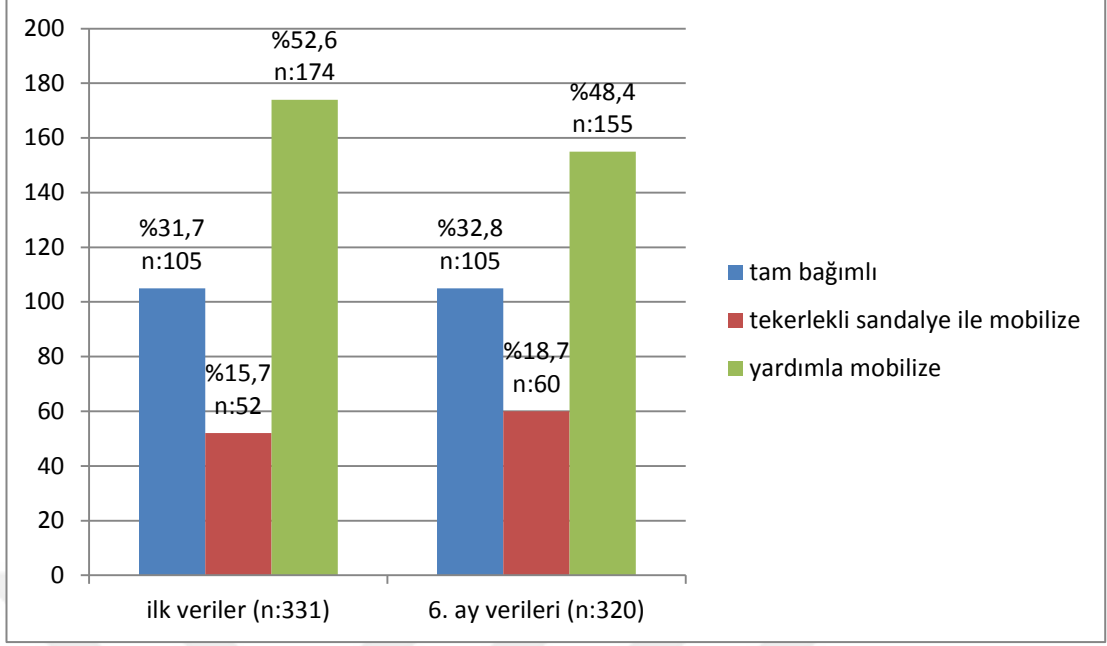


Şekil 1: Evde sağlık hizmeti alan hastaların diyetisyen desteği almış olma durumları dağılımı

Çalışma grubundakilerin eve bağımlılık düzeylerine bakıldığında, %31,7 (105)'si yatağa tam bağımlı, %15,7 (52)'si tekerlekli sandalye ile mobilize, %52,6 (174)'sı yardımla mobilizedir.

Evde sağlık hizmetine kayıtlı, çalışma grubunu oluşturan 331 hastadan 9'u takip sürecinde exitus olmuş, 2'si adres değişikliği nedeniyle takipten çıkarılmıştır, bu yüzden çalışmanın 6. ay verileri 320 hasta üzerinden yapılmıştır.

Hastaların ilk karşılaşmadan 6 ay sonra yeniden bağımlılık düzeyleri sorulduğunda %32,8(105)'i yatağa tam bağımlı, %18,7 (60)'i tekerlekli sandalye ile mobilize, %48,4 (155)'i yardımla mobilizedir (Şekil 3).



Şekil 2: Çalışma Grubundaki Hastaların 0. ve 6. Ay Değerlendirmesindeki Mobilize Olma Düzeyleri

4.2. BİREYLERİN BESLENME DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Çalışma grubunu ilk ziyarette yapılan MNA toplam sonuçlarına göre olguların %37,1'i malnütre, %38,3'ü malnütrisyon riski altında ve %24,4'ü normal olarak saptanmıştır. Aynı hastalara 6 ay sonra yapılan ikinci ziyaretteki MNA toplam sonuçlarına göre bireylerin %41,8'i malnütre, %35,3'ü malnütrisyon riski altında, %22,8'i normal bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışmadaki Hastaların 0. ve 6. Ay Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi Sonuçlarına Göre Beslenme Düzeyi Dağılımı

	İlk veriler	6.ay verileri
	n (%)	n (%)
Malnütrisyonlu	123 (37,1)	134 (41,8)
Malnütrisyon Riski Altında	127 (38,3)	113 (35,3)
Normal	81 (24,4)	73 (22,8)
Toplam	331	320

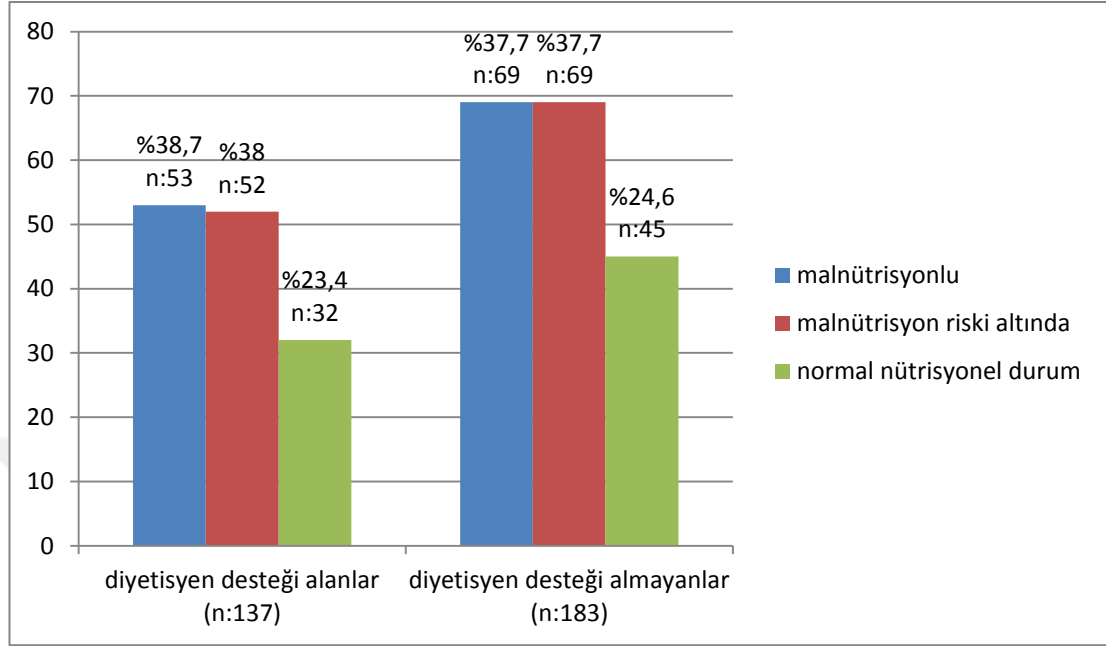
Hastalarla ilk karşılaşmada yapılan MNA testi gösterge puan ortalaması $18,21 \pm 6,52$ olup; 6. ay MNA gösterge puan ortalaması $17,8 \pm 6,30$ bulunmuştur. 6 ay arayla bakılan MNA gösterge puan sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,386$). Malnütrisyon riski altındaki grubun ilk verileri ve 6. Ay verileri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,031$) (Tablo 3).

Tablo 3: Hastaların 0. ve 6. Ay Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi Gösterge Puan Ortalamaları

	İlk veriler		6. ay verileri		p
	n	Ort±SD	n	Ort±SD	
MNA toplam gösterge puanı	331	$18,21 \pm 6,52$	320	$17,8 \pm 6,30$	0,386
Malnütrisyon riski altında olanların puanı	127	$20,51 \pm 2,0$	113	$19,66 \pm 4,15$	0,031

Diyetisyen desteği alan hastaların %38,7'si malnütrisyonlu, %38'i malnütrisyon riski altında, %23,4'ü normal nutrisyonel durumda saptanmıştır. Diyetisyen desteği almayanların ise %37,7'si malnütrisyonlu, %37,7'si malnütrisyon

riski altında, %24,6'sı normal nütrisyonel durumda saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,965) (Şekil 4).



Şekil 3: Hastaların Diyetisyen Desteği Alma Durumlarına Göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi Sonuçları

Hastaların bağımlılık düzeylerine ve tanılarına göre MNA değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ilişki tespit edilmiştir (p=0,000; p=0,000). Hastalara cinsiyet ve bakım veren ile MNA değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır (p=0,342; p=0,699) (Tablo 4).

Tablo 4: Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre 0. ve 6. Ay Beslenme Durumları

	MNA ilk veriler						MNA 6. Ay verileri						p	
	Malnütrisyonlu		Malnütrisyon riski altında		Normal		Malnütrisyonlu		Malnütrisyon riski altında		Normal			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet														
Erkek	46	42,6	39	36,1	23	21,3	0,342	47	44,3	36	34,0	23	21,7	0,820
Kadın	77	34,5	88	39,5	58	26,0		87	40,7	77	36,0	50	23,4	
Bakım verenin yakınlığı														
Akraba	104	37,3	109	39,1	66	23,7	0,699	109	40,5	97	36,1	63	23,4	0,527
Maaşlı	19	36,5	18	34,6	15	28,8		25	49,0	16	31,4	10	19,6	
Bağımlılık düzeyi														
Tam bağımlı	68	64,8	28	26,7	9	8,6	0,000	78	74,3	24	22,9	3	2,9	0,000
Tekerlekli sandalye ile mobilize	18	34,6	25	48,1	9	17,3		22	36,7	27	45,0	11	18,3	
Yardımla mobilize	37	21,3	74	42,5	63	36,2		34	21,9	62	40,0	59	38,1	
Tanımlar														
Nörolojik hastalıklar	71	42,8	64	38,6	31	18,7	0,009	74	46,0	64	39,8	23	14,3	0,000
Kardiyak-metabolik hastalıklar	6	15,0	19	47,5	15	37,5		8	20,5	13	33,3	18	46,2	
Diğer hastalıklar	46	36,8	44	35,2	35	28,0		52	43,3	36	30,0	32	26,7	

Hastaların 6 ay sonraki bağımlılık düzeylerinde %90 oranında değişim olmamıştır. Bağımlılıktaki değişimle MNA testi gösterge puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p= 0,345) (Tablo 5).

Tablo 5: Hastaların 6 Ay Süresinde Mobilizasyon Düzeyindeki Değişim

Bağımlık düzeyi değişimi	n	%	p
Aynı	298	90	0,345
Azalmış	3	0,9	
Artmış	19	5,7	

MNA toplam sınıflamasına göre anket formu verileri incelendiğinde iştahsızlık, ekonomik sorunlar, bakım verenin yeme desteği sağlamaması, sosyal güvencesinin olmaması, polifarmasi, yalnız başına yemek yiyememe ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Anket formundaki diğer 8 parametre ile anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 6).

Tablo 6: Çalışmadaki Hastaların Beslenmesini Etkileyen Faktörler ve Beslenme Durumları

Beslenmeyi etkileyen faktörler	Malnütriyonlu	Malnütrisyon riski altında	Normal	p
Diyetle alımda azlık	2,14	2,12	1,83	0,115
Yemek hazırlayamama	1,94	1,74	1,76	0,304
İştahsızlık	3,84	2,28	1,26	0,000
Ekonomik sorunlar	2,76	2,62	2,17	0,038
Bakım verenin yeme desteği sağlamaması	1,94	1,48	1,34	0,002
Düşük fonksiyonel durum	4,24	4,15	3,93	0,142
Sosyal güvencesinin olmaması	1,55	1,43	1,04	0,009
Polifarmasi	2,38	2,67	3,28	0,000
Akut veya kronik hastalıklar	4,54	4,44	4,39	0,321
Diş veya ağız sağlığı problemleri	1,72	1,99	2,16	0,057
Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler	3,58	3,83	3,76	0,406
Tek başına alışveriş yapamama	1,65	1,43	1,49	0,224
Yalnız başına yemek yiyememe	3,77	2,73	1,38	0,000
Tat ve koku duyusundaki değişiklikler	1,75	1,87	1,86	0,890

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların çoğunlukla yaşlı bireylerden oluşması, çalışmanın baskın özelliklerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $77,50 \pm 14,05$ yıldır. Yaşlı (65 yıl ve üzeri) bireylerin sıklığı %87,6 olarak saptanmıştır. Evde bakım hizmeti alan bireylerle yapılan birçok araştırma da bu çalışmayı destekler niteliktedir (31, 44, 45). Enginyurt ve arkadaşları tarafından evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özelliklerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların %81,6'sının 60 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmiştir (31). Taşdelen ve arkadaşları tarafından evde bakım hastaları üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada ise katılımcıların %59,3'ünün 76 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (44). Saletti ve arkadaşları tarafından İsviçre'de yapılan evde bakım hizmeti alan bireylerin beslenme durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada bireylerin yaş ortalaması $84,0 \pm 5,5$ yıl olarak tespit edilmiştir (45). Yaşlanma ile oluşan düşük fonksiyonel durum, kırılabilirlik ve yeme bozuklukları gibi sağlık sorunları ile kronik hastalıklara yakalanma sıklığının artması yaşlıların 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 %32,6 iken kadın bireylerin sıklığı %67,4 olarak saptanmıştır. Evde sağlık hizmeti alan bireylerle yapılan çalışmalarda cinsiyet dağılımlarına bakıldığında kadın cinsiyetin daha sık olduğu görülmektedir. Yörük ve arkadaşları 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 (46). Limnili ve arkadaşları 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 (47). Kadınlarda beklenen yaşam süresinin erkeklerden daha uzun olması bu durumun nedeni olarak gösterilebilir.

Çalışmamızda evde sağlık hastalarına bakım verenlerin %84,3'ü birinci ve ikinci derece akraba olarak saptanmış olup geriye kalan %15,7'sini diğer akraba ve

bakıcı oluşturmaktadır. Eğilli ve arkadaşları tarafından demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada bakım verenlerin %79,6'sı birinci ve ikinci derece akraba, %25,3'ü bakıcı ve diğer akrabadan oluşmaktadır (48). Uğur'un 2006 yılında onkolojik tanı evde bakım hastalarının bakım verenlerinde yaptığı bir çalışmada bizim verilerimizi destekler nitelikte olup, bakım verenlerin %94,7'sini birinci ve ikinci derece akrabalar oluşturmaktadır (49). Ülkemizde, değişen toplumsal yapıya karşın destekleyici aile ilişkileri hala varlığını sürdürmektedir.

Katılımcıların %50,2'si bir nörolojik hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaktadır. Enginyurt ve Öngel yaptıkları çalışmada en sık görülen iki hastalık; %20,8 ile serebrovasküler olay ve %16,8 ile Alzheimer idi (31). Genç ve Alptekin tarafından yapılan bir çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların tanılarında bakıldığında en sık %25 ile hipertansiyon yer almaktaydı (50). Akan ve arkadaşları 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 (51). Evde sağlık hizmeti kapsamına alınan hastaların, evde sağlık hizmeti gerektirecek hastalıkları çok çeşitliydi ve buna bağlı olarak da bağımlılık düzeyinin arttığı düşünüyoruz. Aynı zamanda evde sağlık hizmetlerinin tek bir birimin ya da hekimin değil multidisipliner bir yaklaşımla yürütülmesi gerekliliğinin ispatıdır.

Demirbağ ve Timur tarafından aile sağlığı merkezine kayıtlı yaşlıların ilaç kullanımı hakkında yapılan bir çalışmada bireylerin %67,8'i antihipertansif ilaç kullanarak en yaygın kullanılan ilaç türü olarak saptanmıştır (52). Yaşlıların hastalıkları ve en fazla kullanılan ilaçları ile ilgili yapılan çalışmalarda ilk sırayı antihipertansiflerin alması bulgularımızla benzerlik göstermektedir (53,54). Şahin ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise hastaların %68,7'si düzenli ilaç kullanmakta iken %31,3'ü hiçbir ilaç kullanmamaktadır (55). Bizim çalışmamızda katılımcıların %12,7'si hiçbir ilaç kullanmamaktadır. Bir ve üzerinde ilaç kullanımı olan %87,3'lük kesimin en sık kullandığı grup antihipertansiflerdir.

Çalışmaya katılan bireylere hastalıklarına göre doktor veya diyetisyen tarafından önerilen herhangi bir diyet uygulayıp uygulamadıkları sorulmuştur. Bireylerin %42,8'i diyetisyen desteği aldığını, %57,1'i diyetisyen desteği almadığını belirtmiştir. Öğüt ve arkadaşları çalışmasında yaşlıların %77,8'inin diyet yapmadığı, sadece %22,2'sinin diyetine uyduğu gösterilmiştir (56). Oysa Aksoydan'ın çalışmasında yaşlıların %75,8'inin diyetini tam olarak uyguladıkları saptanmıştır (57). Özgüneş'in çalışmasında ise bireylerin sadece %22,5'i diyet desteği aldığı, %78,5'i ise herhangi bir diyet uygulamadığını belirtmiştir (58).

Çatak ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastaların %27,8'i yatağa tam bağımlı, %21,3'ü tekerlekli sandalye ile mobilize, %50,9'u yardımla mobilize bulunmuştur (59). Akan ve arkadaşlarının evde bakım hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada ise yatağa tam bağımlı hastaların oranı %27 bulunmuştur (51). Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup yatağa bağımlı hasta oranı %31,7 olup, tekerlekli sandalye ile mobilize hasta oranı %15,7 bulunmuştur. Genel olarak değerlendirildiğinde evde sağlık hizmeti alan bireylerin en önemli problemlerinin başında günlük yaşam aktivitelerini bir hayli azaltan yatak veya sandalyeye bağımlı hâle gelmelerinin yarattığı sorunlar yatar. Günlük yaşam aktivitelerinde azalma immun sistemin zayıflaması, birden fazla kronik hastalığın eşlik etmesi ve beslenme problemleri gibi birden çok sorunu beraberinde getirir (60) (61).

Evde bakım hizmeti alan bireylerde malnütrisyona yaygın sağlık problemlerinden biri olduğu yapılan birçok çalışma ile gösterilmiştir (17,31, 44). Eve tam veya kısmi bağımlılığın zemin hazırladığı fonksiyonel kapasitede azalma, zayıflayan immün sistem, iştah azalması ve yetersiz beslenme mortalite ve morbiditeye etki eder (60).

Bu çalışmada hastaların ilk ziyarette MNA değerlendirme puanına göre %37,1'i malnütrisyonlu, %38,3'ü malnütrisyon riski altında, %24,4'ü normal nütrisyonel durumda saptanmıştır. 6 ay sonra yapılan ikinci ziyarette hastaların %41,8'i malnütrisyonlu, %35,3'ü malnütrisyon riski altında, %22,8'i normal nütrisyonel durumda bulunmuştur. Oldukça yüksek olan bu oranlar evde sağlık hizmeti alan bireylerde malnütrisyona yaygın ve ciddi bir sağlık problemi olduğunu

göstermektedir. İspanya’da yapılan bir çalışmada evde bakım hizmetlerine dâhil edilen 455 yaşlı bireyin beslenme durumu MNA testi ile değerlendirilmiştir. Bireylerin %21,2’sinin malnütrisyonlu, %40,1’inin ise malnütrisyon riski altında olduğu bildirilmiştir (62). Çevik ve arkadaşları tarafından evde sağlık hizmeti alan 178 yaşlı hastanın beslenme durumları ve laboratuvar parametrelerinin değerlendirildiği bir çalışmada MNA puanlarına göre malnütrisyon, malnütrisyon riski ve normal beslenme durumu sıklıkları sırasıyla %33,1; %39,3 ve %27,5 olarak saptanmıştır (63). Evde sağlık hizmeti alan hastalarda malnütrisyon ve malnütrisyon riski sıklığı yüksektir ve nütrisyonel durum taranması evde sağlık hizmetinin rutin bir parçası olmalıdır.

Çalışmaya katılan bireylerin ilk ziyarette MNA puan ortalamaları $18,21 \pm 6,52$, ikinci ziyarette ise $17,8 \pm 6,30$ olarak saptanmıştır. Ziyaretler arası MNA puan ortalaması değerlendirilmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar MNA kullanılan birçok çalışmaya göre düşük bulunmuştur. Griep ve arkadaşları 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 (64). Özgüneş tarafından huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirildiği ve MNA’nın da veri toplama aracı olarak kullanıldığı çalışmada katılımcıların MNA puan ortalamaları ise erkeklerde $24,9 \pm 3,40$ ve kadınlarda $24,2 \pm 2,43$ ’tür (58).

Pauly ve arkadaşlarının 2007 yılında yapmış olduğu bir meta-analizde; 1999-2006 yılları arasında huzurevlerinde MNA ile nütrisyonel durum taraması yapılan çalışmalar gözden geçirilmiştir. MNA ile yapılan 12 çalışmada %2-38 arasında değişen oranlarda malnütrisyon, %37-62 arasında değişen oranlarda malnütrisyon riski tespit edilmiştir (65). Çalışmamızda malnütrisyon riski altındaki grup ele alındığında ilk ziyarette MNA puan ortalaması $20,51 \pm 2,0$ saptanmıştır. İkinci ziyarette puan ortalaması $19,66 \pm 4,15$ bulunmuştur. İki ziyaret arasındaki MNA puan ortalamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Toplam puan ortalamasına göre riskli grubun puan ortalamasının anlamlı çıkması özellikle malnütrisyon riski altındaki grubun saptanması ve böylece malnütrisyonun önlenabilirliğini sağlamak açısından faydalı olacaktır.

Bizim çalışmamızda katılımcıların cinsiyet, bakım verenin yakınlığı, bağımlılık düzeyi, diyetisyen desteği alması ve takip edildiği hastalık tanılarına göre nütrisyonel durum değerlendirilmiştir. Bağımlılık düzeyi ve takip edildiği primer hastalık tanısı malnütrisyon için önemli birer risk faktörü tespit edilmiştir. Hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça malnütrisyon açısından risk oluşturmaktadır. Nörolojik ve kardiyak-metabolik hastalığa sahip olmak malnütrisyon sıklığını arttırmaktadır. Akan ve arkadaşlarının evde sağlık hastalarında beslenme durumlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada yatağa bağımlı, bası ülseri olan, hipertansiyon veya koroner kalp yetmezliği olanlarda malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin oran olarak diğerlerinden daha fazla olduğu saptanmıştır (51). Ülger ve arkadaşları tarafından 65 yaş ve üzeri 2327 hastanın malnütrisyon durumu ve ilişkili faktörleri değerlendirilen çalışmada, bireylerin %28'i malnütrisyon riski altında bulunmuştur. Ek olarak malnütrisyonla yüksek ilişkili 5 faktör bulunmuştur; kadın cinsiyet, depresyon, demans, konjestif kalp yetmezliği, dekübit ülser varlığı (10).

Tamura ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları sistematik derleme çalışmasında uzun süreli bakım kurumlarında kalan yaşlılarda kilo kaybı, düşük BKİ ve malnütrisyonla ilişkili faktörleri incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre; depresyon, yutma ve çiğneme problemleri, oral alımın zayıf olması ve beslenmede başkasına bağımlı olmanın kilo kaybıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır (66). Bell ve arkadaşlarının ise bakım evinde kalan hastalarda yaptıkları çalışmaya göre malnütrisyon; depresyon, kognitif yetersizlik, fonksiyonel yetersizlik ve çiğneme zorlukları ile ilişkili bulunmuştur (67). Sönmez ve arkadaşları yaşlılarda beslenme risk düzeyini ve beslenmeyi etkileyen faktörleri incelemek amacıyla 60 yaş üstü 167 bireyle çalışmıştır. Bu çalışmada; gelir durumu kötü olan, önemli bir sağlık sorunu olan, diş kaybı olan, kötü iştahı olan, her gün ilaç kullanan, yalnız yemek yiyen, öğün saatlerine uymakta zorlanan/önemsemeyen ve spor yapmayan yaşlılarda beslenme sağlığı açısından risk puanı yüksek bulunmuş olup, bu yaşlıların malnütrisyon riski taşıdıkları sonucuna ulaşılmıştır (68). Johansson ve arkadaşları tarafından 579 evde bakım hastasıyla yapılan çalışmada malnütrisyon gelişiminde ileri yaş, düşük özbakım, depresyon varlığı güçlü 3 faktör olarak bulunmuştur (69).

Yapılan birçok çalışmada yalnız yaşayamama, gelir yetersizliği, fonksiyonel durumda bozulma, iştah azalması, yemeği reddetme malnütrisyon riski oluşumu açısından güçlü sebepler olarak değerlendirilmiştir (70,71). Hastalardan ağız hijyeni düzgün olanlarda malnütrisyon gelişme sıklığında azalma saptanmıştır (72). Yaşlılarda yapılan birkaç çalışmada da eşlik eden kronik hastalıklar nedeniyle uygulanan kısıtlı diyetler yüzünden yetersiz beslenme ve hastalıkları nedeniyle düzenli ilaç kullanımından doğan polifarmasi yaygın problemler arasındadır (57,73,74). Evde sağlık hastalarının büyük çoğunluğunun ileri yaş ve kronik hastalara sahip olması nedeniyle malnütrisyon açısından riskli grupta yer almaktadırlar. Evde sağlık hastalarının bağımlılık düzeyinin artması, eşlik eden nörolojik hastalıklarla fonksiyonel kapasitede azalma, alışveriş yapamama, besin hazırlayamama, tad duyusundaki değişikliklerde yetersiz beslenme nedenleri arasında sayılmaktadır (75,76).

Yaptığımız bu çalışmada literatürlerle benzer sonuçlar elde edilmiş olup, iştahsızlık, ekonomik sorunlar, bakım verenin yeme desteği sağlamaması, sosyal güvencesinin olmaması, polifarmasi, yalnız başına yemek yiyememe malnütrisyon riski gelişimi açısından anlamlı bulunmuştur.

6. SONUÇ

Bu çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan bireylerin beslenme durumları MNA testi ile değerlendirildi ve beslenmeyi etkileyen faktörler üzerinde duruldu. Çalışmamızda evde sağlık hastalarının büyük çoğunluğunu ileri yaş grubunun oluşturduğu ve bireylerin %37,2'si malnütrisyonlu bulunurken, malnütrisyon riski prevalansı %38,4 olarak saptandı. Evde sağlık hizmeti alan bireylerde malnütrisyon yaygın ve dikkate alınması gereken bir sağlık sorunudur.

Yetersiz beslenme sadece ağırlık kaybı ve vücut kompozisyonunda değişiklik oluşturmakla kalmaz, fizyolojik fonksiyonların bozulması, komplikasyon riskinin artması ve kötü klinik sonuçlar gibi istenmeyen durumları beraberinde getirir. Malnütrisyon tanı konulup tedavi edilmediğinde hastanın mevcut klinik hastalıkların tedavisini güçleştirmekte, diğer yandan ilişkili komplikasyonların artmasına sebep olacağından morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Erken dönemde beslenme müdahalesinin ve nütrisyonel durum takibinin yüksek yaşam kalitesi, düşük komorbidite, düşük mortalite ve maliyet etkinlik bakımından oldukça etkin bir rol alacağı düşünülmektedir.

Evde bakım hizmeti alan bireylerde yaşam kalitesinin artırılmasında beslenme durumunun büyük payı olduğu aşikârdır. Evde bakım hizmeti alan bireylerin uygun ölçeklerle, periyodik aralıklarla beslenme açısından taranması, hastalara klinik durumlarına uygun öğün desteği sağlanması, bakım veren hasta yakınlarına beslenme eğitimi verilmesi, evde bakım hizmetlerinin beslenme uzmanlarının da dâhil olduğu multidisipliner bir ekip tarafından sunulması önerilmektedir. Malnütrisyon tarama testleri eğer düzenli aralıklarla tekrarlanmaz ise potansiyel malnütrisyon problemlerini tespit etmede çok etkili olmayabilir.

Sonuç olarak evde sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastalar özellikle yaşlı, kronik, mental veya fiziksel hastalığa sahip olduklarında yetersiz beslenmeye yatkın bir gruptur. Hastaların uygun ölçeklerle taranmaları, malnütrisyonlu ve malnütrisyon riski altında saptananların daha ileri incelemelerle tanımlanması, uygun girişimlerle beslenme durumlarının düzeltilmesi, genel sağlık durumu, yaşam kaliteleri ve

hastalıklara bağlı komplikasyonları olumlu yönde etkileyecektir. Malnütrisyon riskinin önlenmesi için yeterli, dengeli ve sağlıklı bir beslenme planının uygulanması, ağırlık kaybının zamanında fark edilebilmesi için vücut ağırlığının düzenli olarak izlenmesini ve uygun ölçeklerle beslenme durumunun taranmasını önermekteyiz.



KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK), Haber Bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar 2017, sayı: 27595, <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27595> (Erişim Tarihi:15.03.2018).
2. World Health Organization Technical Report Series 898 (2000). Home-Based Long-Term Care, Geneva.http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42343/WHO_TRS_898.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim Tarihi: 19.07.2018).
3. Bahar A ve Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(4): 32-39.
4. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 10.03.2005 Resmi Gazete Sayısı: 2575.
5. Karaman D, Kara D ve Atar NY. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4(3): 347-359.
6. Saka B. Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Dergisi 2010; 17: 223-232.
7. De Croot CP, Van Staveren WA, Dirren H and Hautvast JG. Summary and Conclusions of the Report on the Second Data Collection Period and Longitudinal Analyses of the SENECA Study, European Journal of Clinical Nutrition 1996; 50: 123-124.
8. Morley JE, Mooradian AD, Silver AJ, Heber D, Nutrition in the Elderly, Ann Intern Med 1988; 109: 890-904.
9. Cuervo M. Garcia A, Ansorena D, Sanchez-Villegas A, Martinez-Gonzalez MA, Astiasaran I, et al. Nutritional Assessment Interpretation on 22007 Spanish Community-Dwelling Elders Through the Mini Nutritional Assessment Test, Public Health Nutrition 2008; 12(1): 82-90.
10. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E. et al. Comprehensive Assessment of Malnutrition Risk and Related Factors in a Large Group of Community-Dwelling Older Adults, Clinical Nutrition 2010; 29: 507-511.
11. Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnütrisyon Durumları Arasındaki İlişki, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012; 10(1): 37-43.
12. Meriç ÇS, Ayhan NY. Yaşlılarda Evde Sağlık Hizmetleri ve Malnütrisyonun Önemi, Beslenme ve Diyet Dergisi 2017; 45(3): 287-293.

13. Barker RL. (2003). The Social Work Dictionary 5th Edition. NASW Press, Washington DC, sy:226-232.
14. Gemalmaz A. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış, Türkiye Klinikleri J Fam Med- Special Topics 2015; 6(6): 1-5.
15. Altuntaş M, Yılmaz TT, Güçlü YA ve Öngel K. Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi 2010; 20(3): 153-158.
16. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S ve ark. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı, Istanbul Med J 2010;11(3):125-132.
17. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2016; 19(2): 171-186.
18. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Sağlık Hizmetlerine Genel Bir Bakış, Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2004;12(2): 109-20.
19. Çoban M, Esatoğlu AE, İzgi MC. Türkiye’de Evde Sağlık ve Bakım Hizmetleri Uygulamalarının Mevzuat İçindeki Tarihsel Değişimi, Türkiye Biyoetik Dergisi 2014; 1(3): 154-176.
20. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 27.02.2015 Resmi Gazete Sayısı: 29280
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Bakanlığı (2017) Sağlık Bakanlığı Genel Kurul Kararları,<https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakan%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202017.pdf> (Erişim Tarihi:20.09.2018).
22. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri, Yaşlı Sorunlarını Araştırma Dergisi 2008; 1: 39-49.
23. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone PP, Higginson IJ, Brito M. Effectiveness and Cost-effectiveness of Home Palliative Care Services for Adults with Advanced Illness and Their Caregivers, Sao Paulo Medical Journal 2016; 134(1): 93–94.
24. Söylemezo MN. (2011). Denizli Honaz İlçesinde Yaşayan Toplumun Evde Bakım Gereksinimi, Karşılama Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
25. Sugiura Y, Tanimoto Y, Imbe A, Inaba Y, Sakai S, Shishikura K, et al. Association Between Functional Capacity Decline and Nutritional Status Based on the Nutrition Screening Initiative Checklist: A 2-Year Cohort Study of Japanese Community-Dwelling Elderly, Public Library of Science One 2016; 11(11): 1-10.

26. Verbrugge M, Beeckman D, Van Hecke A, Vanderwee K, Van Herck K, Clays E, et al. Malnutrition and Associated Factors in Nursing Home Residents: A Cross-Sectional, Multi-Centre Study, *Clin Nutr*. 2013 Jun; 32(3): 438-443.
27. Mucci E, Jackson SH. Nutritional Supplementation in Community-Dwelling Elderly People, *Ann Nutr Metab* 2008; 52(1): 33-37.
28. Lochs H, Allison SP, Meier R, et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Clinical Nutr* 2006; 25: 180-186.
29. Söderman U, Dale B, Sundsli K, Söderhamn O. Nutritional Screening of Older Home-Dwelling Norwegians: A Comparison Between Two Instruments, *Clin Interv Aging* 2012; 7: 383-991.
30. Morley JE. Pathophysiology of Anorexia, *Clin Geriatr Med* 2002; 18: 661-663.
31. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları, *Smyrna Tıp Dergisi* 2012; 2: 46-48.
32. Lahmann NA, Tannen A, Suhr R. Underweight and Malnutrition in Home care: A multicenter study, *Clinical Nutrition* 2016; 35(5): 1140-1146.
33. Pekcan G. (2011). Beslenme Durumunun Saptanması, *Diyet El Kitabı*, Ankara. Hatiboğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti. Sy: 67-142.
34. Barone L, Milosavljevic M, Gazibarich B. Assessing the Older Person: Is the MNA a More Appropriate Nutritional Assessment Tool Than the SGA? *The Journal Of Nutrition, Health & Aging* 2003; 7(1): 13-17.
35. Sarıkaya D. (2013). Geriatrik Hastalarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun ve Kısa (MNA-SF) Formunun Geçerlilik Çalışması, *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
36. Derin NZA, Karahan İ, Çiftçi A. Factors Affecting Malnutrition in Hospitalized Patients, *J Health Sci Med* 2018; 1(3): 62-67.
37. Gündoğdu H. Malnütrisyon, *İç Hastalıkları Dergisi* 2010; 17: 189-202.
38. Isabel TD, Correia M. The Impact Of Malnutrition On Morbidity, Mortality, Length Of Hospital Stay And Costs Evaluated Through A Multivariate Model Analysis. *Clinical Nutrition*, 2003; 22(3): 235-239.

39. Kuyumcu ME, Yeşil Y, Öztürk ZA, Halil M, Ülger Z, Yavuz B, et al. Challenges in Nutritional Evaluation Of Hospitalized Elderly; Always With Mini-Nutritional Assessment? Eur Geriatr Med 2013; 4(4): 231-236.
40. Adıgüzel E, Tek NA. Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2018; 11(1): 19-25.
41. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. The Mini Nutritional Assessment (MNA): A Practical Assessment Tool For Grading The Nutritional State Of Elderly Patients. Facts And Research In Gerontology 1994; 4(2): 15-59.
42. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, The Mini Nutritional Assessment (MNA) And Its Use in Grading The Nutritional State Of Elderly Patients, Nutrition 1999; 15: 116-122.
43. Gökçe KY, Biberoğlu K, Atlı T, Aslan D. Yaşlılık Döneminde Beslenme, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler İçin Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010, Ankara: Sağlık Bakanlığı; 147-150.
44. Taşdelen P, Ateş M, Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri İle Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9(3): 22-29.
45. Saletti A, Johansson L, Cederholm T. Mini Nutritional Assessment in Elderly Subjects Receiving Home Nursing Care, Journal Of Human Nutrition And Dietetics 1999; 12: 381-387.
46. Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 1(1): 12-15.
47. Limnili G, Özçakar N. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru Özellikleri ve Beklentiler, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2013; 17(1): 13-17.
48. Eğilli CS, Sunal N. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi, GOP Taksim EAH JAREN 2017; 3(2): 83-91.
49. Uğur Ö. (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
50. Genç Y, Alptekin K. Korunmaya Muhtaç Yaşlılara Evde Sağlık ve Bakım Hizmeti Sunulması Adlı Proje Üzerine Bir Araştırma, Yalova Sosyal Bilimler Dergisi 2012; 5: 76-92.

51. Akan H, Ayraller A, Hayran O. Evde Sağlık Birimine Başvuran Yaşlı Hastaların Beslenme Durumları, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2013; 17(3): 106-112.
52. Demirbağ BC, Timur M. Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi 2012; 11(1): 1-8.
53. Esengen Ş, Seçkin Ü, Boman P, Bodur H, Kutsal YG, Yücel M, Huzur Evinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Kognitif Fonksiyonel Değerlendirme ve İlaç Kullanımı, Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3(1): 6-10.
54. Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya AO. Toplum İçinde Yaşayan ve Bakımevinde Kalan Yaşlılarda Polifarmasi, Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(3): 117-121.
55. Şahin DS, Özer Ö, Yanardağ MZ, Yaşlı Bireylerin İlaç Kullanımına İlişkin Davranışlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi, MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg 2018; 6(1): 15-25.
56. Ögüt S, Polat M, Orhan H, Küçüköner E. Isparta ve Burdur Huzurevlerinde Kalan Yaşlıların Sosyodemografik Durumları, Türk Geriatri Dergisi 2008; 11(2): 82-87.
57. Aksoydan E. Ankara'da Kendi Evinde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sağlık ve Beslenme Durumlarının Saptanması, Türk Geriatri Dergisi 2006; 9(3): 150-157.
58. Özgüneş N. (2013). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Beslenme Durumunun Taranması: Tarama Testleri Kıyaslaması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
59. Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012; 10(1): 13-21.
60. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı ÖZ. Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Yaşadıkları Sağlık Sorunlarına Yönelik Evde Bakım Hizmet Gereksinimleri, Dicle Tıp Dergisi 2011; 38(1): 57-65.
61. Iizaka S, Okuwa M, Sugama J, Sanada H. The Impact of Malnutrition and Nutrition-Related Factors on the Development and Severity of Pressure Ulcers in Older Patients Receiving Home Care, Clinical Nutrition 2010; 29: 47-53.
62. Munoz Diaz B, Arenas De Larriva AP, Molina-Recio G, Moreno-Rojas R, De La Iglesia JM. Study of the Nutritional Status of Patients Over 65 Years Included in the Home Care Program in an Urban Population, Atencion Primaria 2017; 50(1): 1-8.

63. Çevik A, Basat O, Uçak S. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi Ve Beslenme Durumunun Laboratuvar Parametreleri Üzerine Olan Etkisinin İrdelenmesi, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2014; 48(2): 132-139.
64. Griep MI, Mets TF, Collys K, Ponjaert-Kristoffersen I, Massart DL. Risk Of Malnutrition in Retirement Homes Elderly Persons Measured By The Mini Nutritional Assessment. Journal Of Gerontology 2000; 55(2): 57-63.
65. Pauly L, Stehle P, Volkert D. Nutritional Situation Of Elderly Nursing Home Residents, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2007; 40(1): 3-12.
66. Tamura BK, Bell CL, Masaki KH, Amella EJ. Factors Associated With Weight Loss, Low BMI, and Malnutrition Among Nursing Home Patients: A Systematic Review of the Literature, JAMDA 2013; 14(9): 649-655.
67. Bell CL, Less AS, Tamura BK. Malnutrition in the Nursing Home, Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2015; 18(1): 17-23.
68. Sönmez S, Temel AB, Vural BK. Yaşlılarda Beslenme Sağlığını Etkileyen Faktörler: Balıkesir İli Göçmen Konutları Beldesi Örneği, Aile Ve Toplum 2007; 9(3): 33-46.
69. Johansson Y, Bachrach-Lindström M, Carstensen J, Ek Anna-Christina. Malnutrition in A Home-Living Older Population: Prevalence, Incidence And Risk Factors. A Prospective Study, Journal Of Clinical Nursing 2008; 18: 1354-1364.
70. Rakıcıoğlu N. (2006). Malnutrisyon ve Yaşlanma Anoreksisi. Geriatri ve Gerontoloji. 1. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, sy: 373-85.
71. Evans C. Malnutrition in the Elderly: A Multifactorial Failure To Thrive. The Permanente Journal 2006; 9: 38-41.
- 72) Lamy M, Mojon P, Kalykakis G, Legrand R, Butz-Jorgensen E. Oral Status And Nutrition in The Institutionalized Elderly. J Dentistry 1999; 27: 443-8.
73. Sencer E, Orhan Y. (2005). Klinik beslenme. 1. Basım. İstanbul: Medikal Yayıncılık, sy:110-123
74. Berner YN. Nutrition and Aging. Türk Geriatri Dergisi 2006; 9: 97-107.
75. Visvanathan R. Under-Nutrition in Older People: A Serious and Growing Global Problem. Journal Postgraduate Medical 2003; 49: 352-60.

76. Özer E, Kapucu S. Yaşlılarda Görülen Yetersiz Beslenme ve Risk Faktörleri, Akademik Geriatri Dergisi 2013; 5: 5-11.



ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Zeynep Gizem YÜCE

Doğum Yeri Ve Tarihi: Zonguldak- 24.11.1990

Uyruğu: TC

Medeni Durumu: Evli

İletişim Adresi Ve Telefonu: zeynepgizememir@yahoo.com-05457489322

Yabancı Dili: İngilizce

II-Eğitimi

2007-2014; Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi

2004-2007; Zonguldak Fen Lisesi

1996-2004; Gazi İlköğretim Okulu

III-Ünvanları Ve Mesleki Deneyimi

2014-2016; Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Acil Tıp Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

2016-Halen; SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği Asistan Doktor

EKLER

Ek-1: Tez Konusu Onay Formu

TEZ KONUSU ONAY FORMU

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı:	Zeynep Gizem Emir
Telefon:	545 748 9322
E-Posta:	zeynepgizememir@yahoo.com
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	19.04.2016
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	19.03.2019
Tez Danışmanının Adı Soyadı:	Süleyman Görpelioglu
Telefon:	505 677 2230
E-Posta:	sgorpelioglu@yahoo.com

1-Tez Başlığı/Konusu: 'Evde Sağlık Hastalarının Takip Sürecinde Beslenme Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi'
2-Araştırma sorusu: Evde sağlık bakımı alan hastaların takip sürecinde beslenme durumları ve bunu etkileyen faktörler nelerdir?
3-Araştırmanın amacı: Evde sağlık bakımı alan hastaların takip sürecinde beslenme durumları ve bunu etkileyen faktörleri ortaya koymak
4-Araştırma materyalleri, popülasyonu: SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği ve Evde Sağlık Birimine kayıtlı hastalar, Mini nütrisyon anketi. Sosyodemografik veri formu
5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri: Evde Sağlık Birimine kayıtlı tüm hastalar dahil edilecektir
6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri: Hastaların evde sağlık bakımı aldıkları süre, Mini nütrisyon anketi sonuçları
7-Araştırmanın türü ve tasarımı: Kesitsel tanımlayıcı çalışma
8- Araştırma hipotezi: Tanımlayıcı bir araştırma olduğundan hipotezi yoktur
9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi: Araştırmanın hizmet sunumuyla birlikte yürütülmesi nedeniyle örneklem seçilmeyecek ve tüm evrene ulaşılmaya çalışılacaktır.
10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler: Çalışma verileri incelenirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, ortanca, yüzde); gruplar arası farklılıklar incelenirken normal dağılım gösteren niceliksel veriler için T testi, normal dağılım göstermeyen niceliksel değişkenler için ki-kare testi uygulanacaktır.

11-Araştırmanın orijinalliği ve bilime katkısının açıklaması: Evde Bakım hizmeti alan hastalarda bakım sürecinde malnütrisyon gelişmesine bağlı birçok komplikasyon gelişebilmektedir. Bu araştırma komplikasyonlar gelişmeden önlemler alınabilmesi için gelecekte yapılacak çalışmalara veri sağlayacaktır.

12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:

S.B. Ankara Diskap. Yıldırım Beyazıt
Eğilim ve Araştırma Hastanesi
Fizyofarmakoloji Uzmanı
Tez danışmanı
Kontrol edilmiş ve uygun
İmza

*Form bilgisayar ortamında doldurulmalıdır.

*Tez konusu onay formu tez danışmanı ve istatistik uzmanından danışmanlık alınarak uzmanlık öğrencisi tarafından doldurulduktan sonra eğitim kurumun yönetiminden uygunluk alınır. Daha sonra form anabilim dalı tez konusu değerlendirme editörüne gönderilir. Editör formu tez konusu değerlendirme hakemlerine gönderir. Hakemlerin ve editör düzeltme isteği durumunda uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına iade, olumlu görüşü durumunda onay için anabilim dalı başkanlığına gönderir. Anabilim dalı akademik kurulu görüşünü gerekçeleriyle beraber oluşturur ve Dekanlığa gönderir. Dekanlık sonucu uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanına bildirir. (Kuruluş aşamasında form EBYS ile Dekanlığa gönderilmelidir.)

3. madde: Araştırmanın amacı ya da amaçları yazıldıktan sonra, amacın tanımlama, karşılaştırma, ilişkilendirme, uyum belirlemek gibi nitelermelerini belirtir.

4. madde: Araştırma materyalleri ve popülasyon tarif edilmelidir. Hastalığın tanımı, hastaların ve kontrollerin özellikleri, deney hayvanları kullanılacaksa nitelikleri tanımlanmalıdır. Bu maddede ayrıca araştırma materyallerinin nereden sağlanacağı (gönüllü hastalar veya sağlıklı insanlar, arşiv verileri, deney ortamı vb) yazılmalıdır.

6. madde: Sağ kalım, komplikasyon, laboratuvar bulgusu, hastanın geri bildirimleri veya bulguları gibi değişkenler yazılmalıdır.

7. madde: Araştırmanın türü belirtilip tasarımı yazılmalıdır. Örneğin deneysel hayvan çalışması, ilaç çalışması, deneysel ilaç dışı çalışma, randomizasyon olup olmadığı ve niteliği, kontrolü olup olmadığı, retrospektif veya prospektifliği, kesitsel, khort çalışma gibi tasarım tam olarak yazılmalıdır.

9. madde: Örneklem sayısının belirleme yöntemi ve nasıl belirlendiği yazılmalıdır.

S.B. Ankara Diskap.
Yıldırım Beyazıt E.A.H.
Dr. Cemil AYBAK
Aile Hastalıkları Uzmanı
Dip. Tsa. No: 66618-73944

Ek-2: Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi

Mini Nutritional Assessment

MNA®

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

Aşağıdaki soruların kutularına uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Yazdığınız rakamları toplayın. Eğer Tarama puanı 11 veya altında ise Malnutrisyon Gösterge Puanı'nı elde etmek için değerlendirmeye devam edin.

Tamara	J Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor? 0 = 1 öğün 1 = 2 öğün 2 = 3 öğün
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	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
C Hareketlilik 0 = Yatak veya sandalyeye bağımlı 1 = Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor 2 = Evden dışarı çıkabiliyor	<input type="checkbox"/>
D Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu? 0 = Evet 2 = Hayır	<input type="checkbox"/>
E Nöropsikolojik problemler 0 = Ciddi bunama veya depresyon 1 = Hafif düzeyde bunama 2 = Hiçbir psikolojik problem yok	<input type="checkbox"/>
F Vücut Kitle İndeksi (VKİ) = (Vücut ağırlığı-kg) / (Boy'un metre)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 üzeri	<input type="checkbox"/>
Tarama puanı (tamamı en çok 14 puan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 puan: Normal nütrisyonel durum 8-11 puan: Malnutrisyon riski altında 0-7 puan: Malnutrisyonlu	
Daha kapsamlı bir değerlendirme için G-R sorularını cevaplayınız	
Değerlendirme	K Protein alımı için seçilen besinler • Günde en az bir porsiyon süt ürünü (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> • Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketiyor Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> • Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> 0.0 = Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise 0.5 = Eğer evet sayısı 2 ise 1.0 = Eğer evet sayısı 3 ise
G Bağımsız yaşıyor (bakımevinde veya hastanede değil) 1 = Evet 0 = Hayır	<input type="checkbox"/>
H Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma 0 = Evet 1 = Hayır	<input type="checkbox"/>
I Bası yarası veya deri ülseri var 0 = Evet 1 = Hayır	<input type="checkbox"/>
J Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor? 0 = 1 öğün 1 = 2 öğün 2 = 3 öğün	<input type="checkbox"/>
L Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor 0 = Hayır 1 = Evet	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Yemek yeme şekli nasıl? 0 = Yardımsız yemek yiyemiyor 1 = Güçlükle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor 2 = Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor	<input type="checkbox"/>
O Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi 0 = Kötü beslendiğini düşünüyor 1 = Kararsız 2 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor	<input type="checkbox"/>
P Aynı yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor? 0.0 = İyi değil 0.5 = Bilmiyor 1.0 = İyi 2.0 = Çok iyi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Kol çevresi (cm) 0.0 = 21'den az 0.5 = 21-22 1.0 = 22 veya daha fazla	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Baldır çevresi (cm) 0 = 31'den az 1 = 31 veya daha fazla	<input type="checkbox"/>
Değerlendirme (en fazla 16 puan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tarama puanı	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ek-3: Evde Sağlık Hastalarının Takip Sürecinde Beslenme Durumları Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi Çalışmasının Sosyodemografik Veri Formu ve Beslenme Durumlarını Etkileyen Faktörler Anket Formu

Yaş:

Cinsiyet:

Bakım verenin yakınlığı:

Tanı:

Hastanın bağımlılık derecesi:

Kullandığı ilaçlar:

Hastaya daha önce herhangi bir diyetisyen tarafından beslenme/ diyet listesi önerildi mi? Evet / Hayır

HASTANIN BESLENMESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER ANKET FORMU

Aşağıdaki sorulara sizin için en uygun olan puanı veriniz (1=en önemsiz / 5=en önemli)					
	1	2	3	4	5
Diyetle alımda azlık					
Yemek hazırlayamama					
İştahsızlık					
Ekonomik sorunlar					
Bakım verenin yeme desteği sağlamaması					
Düşük fonksiyonel durum					
Sosyal güvencesinin olmaması					
Polifarmasi					
Akut veya kronik hastalıklar					
Diş ve ağız sağlığı problemleri					
Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler					
Tek başına alışveriş yapamama					
Yalnız başına yemek yiyememe					
Tad ve koku duyusundaki değişiklikler					

Ek-4: Etik Kurul Onay Formu



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dışkapı Yıldırım Beyazıt
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR TARİHİ: 06.11.2017
KARAR NO : 42/09

Aile Hekimliğinden Dr. Zeynep Gizem EMİR' e ait "Evde Sağlık Hastalarının Takip Sürecinde Beslenme Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Güleser SAYLAM
Başkan

Prof. Dr. S.İbrahim AKDAĞ
Başkan Yard.

Prof. Dr. Bahadır KÜLAH
Üye

Yrd. Doç. Dr. Burcu KÜÇÜK BİÇER
Üye

Doç. Dr. Jülide ERGİL
Üye

Av. Harun KOZAN
Üye

Hülya BALA
Üye

Uz. Dr. S. Dinçer YETİŞ
Üye

Uz. Dr. Ali YALÇINDAĞ
Üye

Prof. Dr. Şibel ÖRSEL
Üye

Prof. Dr. E. Pelin KELİCEN UĞUR
Üye

Dr. Ferda ALPAŞLAN PINARLI
Üye

Biyom. Müh. Burcu DEMİR
Üye

