



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PALYATİF BAKIM ANABİLİM DALI

TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YAŞLI HASTALARDA
BESLENME DURUMUNUN VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ahmet Turan ENGÜR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Yalçın ÖNDER

TOKAT- 2023

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Dr. Öğr. Üyesi Yalçın ÖNDER danışmanlığında hazırlamış olduğum "Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" adlı Yüksek Lisans tezimin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

30/01/2023

Ahmet Turan ENGÜR

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Ahmet Turan ENGÜR tarafından hazırlanan “Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 30/01/2023 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Palyatif Bakım Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Üye (Başkan) :

Üye :

Üye :

Üye :

Üye :

ONAY

...../...../.....

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince yanımda olan, yardımlarını esirgemeyen ve beni teşvik eden, çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana yol gösteren her türlü bilimsel ve manevi desteğini, sabrını ve engin bilgilerini benden esirgemeyen değerli tez danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Yalçın ÖNDER'e,

Eğitimim süresince yetişmemde büyük emekleri olan her aşamada değerli katkılarını benden esirgemeyen Doç. Dr. Rıza ÇITIL'a

İstatistik analizlerimin yapılmasında ve yorumlanmasında desteğini esirgemeyen Dr.Öğr.Üyesi Osman DEMİR'e

Hayatımın her döneminde yanımda olan, bu günlere gelmemde sonsuz emeği olan maddi ve manevi her türlü desteği sonsuz sevgileri ile veren sevgili annem ve babama

Ve bu süreçte desteğiyle yanımda olan sevgili eşime

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YAŞLI HASTALARDA BESLENME DURUMUNUN VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Engür, Ahmet Turan

Yüksek Lisans, Palyatif Bakım Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Yalçın ÖNDER

Ocak 2023, xv + 141 sayfa

Bireyleri kendi yaşam alanlarında destekleyerek sosyal yaşama uyum sağlayabilmelerine destek olmak ve bakım ihtiyacı olan bireylerin aile üyeleri üzerindeki yükünü azaltmak amacıyla uygulanmaya başlanan evde sağlık hizmetinden çoğunlukla ileri yaş dönemindeki bireyler faydalanmaktadır. Çalışmamızın amacı 65 yaş ve üzeri evde sağlık hizmeti alan bireylerin beslenme durumları ve yaşam kalitelerini değerlendirmektir. Çalışmamız tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir. Bu çalışma 107 erkek ve 192 kadın olmak üzere toplam 299 evde bakım hastası ile gerçekleştirilmiştir. Hastaların beslenme durumları NRS-2002 ve MNA testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların yaşam kaliteleri SF-36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Hastaların NRS-2002 ve MNA puan ortalamaları sırasıyla $1,6 \pm 1,1$ ve $20,4 \pm 5,1$ olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre NRS-2002 ve MNA puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). NRS-2002 puanlarına göre erkeklerin %22,4'ü; kadınların %16,7'si malnütrisyonlu bulunmuştur. MNA puanlarına göre erkeklerin %18,7'si; kadınların %20,8'i malnütrisyonlu bulunmuştur. En sık karşılaşılan hastalıklar sırasıyla hipertansiyon (%27,5), diyabet (%14,6), kalp ve damar hastalıkları (%14,6) ve

Alzheimer'dır (%12,6). SF-36 Alt Boyut puanlarından 'Ağrı' puanı ile NRS-2002 puanları arasında anlamlı negatif ilişki vardır ($p<0,05$). 'Sosyal İşlevsellik' ve 'Genel Sağlık Algısı' alt puanları ile NRS-2002 puanları arasında ise güçlü negatif ilişki vardır ($p<0,001$). MNA puanı ile tüm SF-36 Alt Boyut puanları arasında güçlü pozitif ilişki vardır ($p<0,001$). Hastaların malnütrisyon prevalansı oldukça yüksektir. Erken dönemde beslenme müdahalesi malnütrisyonun önlenmesinde ve yaşam kalitesinin artırılmasına katkıda bulunabilecektir. Evde sağlık hizmetleri ekibinde diyetisyenin aktif rol alması malnütrisyon riskinin erken dönemde tespit edilmesine, beslenme tedavisi uygulanmasına, malnütrisyonun ve komorbiditenin önlenmesine, mortalitenin azaltılmasına, yaşam kalitesinin artırılmasına katkıda bulunabilecektir.

Anahtar sözcükler: Beslenme, Evde bakım, Malnütrisyon, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

EVALUATION OF NUTRITIONAL STATUS AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS RECEIVING HOME HEALTH SERVICE

Engür, Ahmet Turan Engür

Master's Thesis, Palliative Care Department

Advisor: Asistant Professor Yalcın ONDER

January 2023, xv + 141 pages

Mostly elderly individuals benefit from the home health service, which was started to be implemented in order to support individuals in their own living spaces to support their adaptation to social life and to reduce the burden of individuals in need of care on their family members. The aim of our study is to evaluate the nutritional status and quality of life of individuals aged 65 and over who receive home health services. Our study is descriptive and cross-sectional. This study was conducted with a total of 299 home care patients, 107 men and 192 women. NRS-2002 and MNA tests were used to evaluate the nutritional status of individuals. The SF-36 health-related quality of life scale was used for quality of life assessment. NRS-2002 and MNA mean scores of individuals were found to be 1.6 ± 1.1 and 20.4 ± 5.1 , respectively, and no significant difference was found according to gender ($p > 0.05$). According to NRS-2002 scores, 22.4% of men and 16.7% of women were found to be malnourished. According to MNA scores, 18.7% of men; 20.8% of women were found to be malnourished. The most common diseases are hypertension (27.5%), diabetes (14.6%), cardiovascular disease (14.6%) and Alzheimer's (12.6%), respectively. There is a significant negative correlation between the 'Pain' score, one of the SF-36 Sub-Dimension scores, and the

NRS-2002 scores ($p<0.05$). There is a strong negative correlation between 'Social Functioning' and 'General Health Perception' sub-scores and NRS-2002 scores ($p<0.001$). A strong positive correlation was found between the MNA score and all SF-36 Sub-Dimension scores ($p<0.001$). As a result, the prevalence of malnutrition in the participants was quite high, and it was evaluated that there is a need for nutritional intervention in the early period to prevent malnutrition and increase the quality of life. The active role of the dietitian in the home health care team and are important and necessary in terms of early detection of malnutrition risk, application of nutrition therapy, prevention of malnutrition and comorbidity, reduction of mortality, improvement of quality of the life.

Key words: Nutrition, Home care, Malnutrition, Quality of Life

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME	ii
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Evde Sağlık Hizmetleri	3
2.1.1. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	3
2.1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Önemi.....	4
2.1.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel ve Felsefî Gelişimi	5
2.1.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	9
2.1.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı	11
2.1.6. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları.....	20
2.1.7. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sınırlılıkları	22
2.1.8. Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanması	23
2.1.9. Evde Sağlık Hizmet Birimleri	27

2.2. Beslenme	29
2.2.1. Beslenmenin Tanımı.....	29
2.2.2. Malnütrisyon.....	29
2.2.3. Beslenmenin Değerlendirilmesi.....	30
2.3. Yaşam Kalitesi	35
2.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	35
2.3.2. Yaşam Kalitesinin Tanımı	36
2.4. Yaşlanma	39
2.4. 1. Yaşlanma ve Hastalık Yükü	39
2.4.2. Türkiye’de Yaşlılık.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
3.1. Araştırma Bölgesi.....	41
3.2. Araştırma Modeli	41
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	41
3.4. Veri Toplama Araçları.....	42
3.5. Verilerin Toplanması.....	42
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
4. BULGULAR.....	48
4.1. Sosyodemografik Özelliklere Ait Bulgular	48

4.2. Bireylerin SF-36 Alt Boyut Puanları ile NRS-2002 ve MNA Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	87
4.3. Bireylerin SF-36 Alt Boyut Skorlarının NRS-2002 ve MNA Sınıflamalarına Göre Değerlendirilmesi	88
5. TARTIŞMA	92
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	102
KAYNAKÇA.....	108
EKLER.....	131
Ek-1: Anket Formu.....	131
Ek-2: Etik Kurul Onay Formu.....	138
Ek-3: Çalışma İzin Formu	139
Ek-4: Özgeçmiş	141

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.6.1. SF-36 Ölçeğinin Sorularına Verilen Cevaplara Göre Alınan Skorlar	47
Tablo 3.6.2. SF-36 Ölçeğini Oluşturan ve 8 Farklı Sağlık Boyutunu Temsil Eden Alt Boyutlar ve Bu Alt Boyutlara Dâhil Olan Soru Numaraları	48
Tablo 4.1.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	51
Tablo 4.1.2. Araştırma Grubunun Tanısı Konulmuş Hastalıklarına Göre Dağılımı	53
Tablo 4.1.3. Araştırma Grubunun NRS-2002 Skoru, MNA Skoru ve SF-36 Alt Boyut Skorlarının Dağılımı	55
Tablo 4.1.4. NRS-2002 Test Sonuçlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	60
Tablo 4.1.5. MNA Test Sonuçlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	65
Tablo 4.1.6. NRS-2002 Test Skor Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	68
Tablo 4.1.7. MNA Test Skor Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	71
Tablo 4.1.8. SF-36 Alt Boyut Skorlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	87
Tablo 4.2.1. Araştırma Grubunun SF-36 Alt Boyut Skorları ile NRS-2002 ve MNA Skorları Arasındaki Korelasyon(r) Tablosu	90
Tablo 4.3.1. SF-36 Alt Boyut Skorlarının NRS-2002 Sınıflamalarına Göre Dağılımı..	93
Tablo 4.3.2. SF-36 Alt Boyut Skorlarının MNA Sınıflamalarına Göre Dağılımı	93

ŞEKİLLER LİSTESİ

Grafik 4.1.1. Araştırma Grubunun NRS-2002 Puanına Göre Dağılımı.....	52
Grafik 4.1.2. Araştırma Grubunun MNA Puanına Göre Dağılımı	52



KISALTMALAR LİSTESİ

ANOVA: Tek Yönlü Varyans Analizi

BACT: Kansere Tedavisinin Fonksiyonel Olarak Değerlendirilmesi

BÇ: Baldır Çevresi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CARES: Kansere Rehabilitasyon Değerlendirme Sistemi

DB: Diz Boyu

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EORTC: Avrupa Kansere Araştırma ve Tedavi Organizasyonu

ESPEN: Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği

EUROQOL: Avrupa Beş Boyutlu Kalite Ölçeği

FLIC: Fonksiyonel Yaşam İndeksi – Kansere

HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MNA: Mini Nutrisyon Değerlendirme

MNA-SF: Mini Nutrisyon Değerlendirme Kısa Form

NHP: Nottingham Sağlık Profili

NRS-2002: Nutrisyonel Risk Taraması 2002

PEM: Protein Enerji Malnutrisyonu

SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form

SIP: Hastalık Etki Profili

SQLI: Spitzer Yaşam Kalitesi Dizini

ss: Standart Sapma

SVH: Serebrovasküler Hastalık

TDKK: Triceps Deri Kıvrım Kalınlığı

ÜOKÇ: Üst Orta Kol Çevresi

VAS: Görsel Analog Skala

WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

WHOQOL-BREFTR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Türkçe

Versiyonu

$\bar{x}$: Aritmetik Ortalama

1. GİRİŞ

Evde sağlık bakımı, bireyin kendi ev ortamında sağlık profesyonelleri aracılığıyla sağlanan resmi bakım veya ailesinin vermiş olduğu destekleyici tedavi veya gayri resmi sağlık bakım şeklidir (Can & Ünal, 2008). Bireyleri kendi yaşam alanlarında destekleyerek sosyal yaşama uyum sağlayabilmelerine destek olmak ve bakım ihtiyacı olan bireylerin aile üyeleri üzerindeki yükünü azaltmak amacıyla uygulanmaya başlanan evde sağlık hizmetleri hastaya ve ailesine sağlanan fizyolojik, psiko-sosyal, sosyal hizmetler ve tıbbi destek hizmetlerini kapsamaktadır (Tarı Selçuk & Avcı, 2016). Evde bakım ve sağlık hizmetleri toplumun tamamına hizmet veriyor olsa da evde sağlık ve bakım hizmeti alanların büyük çoğunluğunu ileri yaş dönemindeki bireyler oluşturmaktadır. (Adıgüzel & Tek, 2018). Türkiye’de; 2020 yılı nüfus verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %9,5 olup, 2040 yılına gelindiğinde bu oranın %16’ya, 2060 yılındaysa %22’ye çıkacağı düşünölmektedir (Tezcan, 2020; TÜİK, 2020). Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması nüfus içindeki yaşlı birey oranında ve kronik hastalıkların görölme sıklığında artışa neden olmaktadır (Güler, Güler, Kocataş, & Akgöl, 2009). Bireylerin yaşlarıyla birlikte artan kronik hastalıkları; giderek ilerleyen, çoğu zaman tam iyileştirilmesi mümkün olmayan, çoğu zaman kalıcı sakatlıklara yol açan, kişisel, sosyo-ekonomik ve ekonomik etkenlere bağlı olarak oluşan, çoğunluğu non-enfeksiyöz türden olan hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (Ünsal, Demir, Çoban Özkan, & Gürol Arslan, 2011).

Yaşlı bireylerde kronik hastalıklar, besin alımında ve işlevsel kapasitede azalmaya neden olup yaşam kalitesi üzerinde negatif etki oluşturmaktadır. Yaşlılıkta hastalıklara karşı dirençli olma, sağlığın mümkün olan en iyi seviyede tutulması ve

geliştirilmesine bağlı yaşam kalitesi ve süresinin artırılmasında yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması önemli bir yer tutmaktadır.

Bireylerin artan yaşlarıyla birlikte besin tüketimleri de değişmektedir. İlk olarak iştah azalmakta, buna bağlı olarak yeterli besin alımının gerçekleşmemesi sonucunda yağsız ve yağlı vücut dokularında meydana gelen kayıplar sonucunda malnütrisyon meydana gelmektedir (Özgüneş, 2013). Yaşlılardaki malnütrisyonun erken safhada tespit edilebilmesi için düzenli beslenme taramasının yapılması önemli bir yer tutmaktadır. Tarama testlerinin amacı beslenme seviyesini belirlemekten daha çok beslenme durumu ile alakalı özellikleri, riskleri ve koruyucu faktörleri önceden belirleyebilmektir. Demans ve diğer nörolojik hastalıklar nedeniyle yeterli düzeyde iletişim kurulamadığından yaşlı bireylerde beslenme durumunun saptanmasında güçlükler yaşanmaktadır (Rakıcıoğlu, 2009).

Evde sağlık hizmeti, günlük hayatı minimum düzeyde etkileyip en doğru tedavinin verilmesini sağlar böylelikle hastalığın ve yetersizliğin etkilerini minimum seviyeye indirerek hastanın yaşam kalitesini arttırmaktadır (Coşkun Us, 2014). Sağlık harcamalarında tasarruf sağlaması ve bireyin sosyal ortamından ayrılmadan hizmet alması evde sağlık hizmetinin başlıca faydalarındandır. Ayrıca kişiye özel bakım sağlaması, aile bireylerinin hep birlikte bulunmasını sağlaması, bakım alan kişinin yaşam kalitesini yükseltmesi evde bakım hizmetinin diğer faydalarıdır (Aslan, Uyar, & Güzel, 2018). Evde sağlık hizmetinin; enfeksiyon gelişme riskini azaltma, hastanın iyileşmesini hızlandırma, kuruma tekrar yatış oranını ve kişinin stres düzeyini azaltma, hasta memnuniyetini arttırma gibi yararları bulunmaktadır (Coşkun Us, 2014). Bu çalışmada evde sağlık hizmetinden yararlanan yaşlı hastaların beslenme durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesini amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evde Sağlık Hizmetleri

2.1.1. *Evde Sağlık Hizmetlerinin Tanımı*

Evde sağlık hizmetleri; rehabilite edici bakım ve koruyucu tedavinin devamlı ve fayda sağlayacak formda verilmesinin meydana getirdiği gereklilikten yola çıkılarak sağlık hizmetlerini destekleme ve güçlendirme amacı taşıyan bakım modeli olarak tanımlanmaktadır (Altuntaş, Yılmaz, Güçlü, & Öngel, 2010). Başka bir tabirle evde sağlık hizmetleri yatalak olan ve malign ya da türlü kronik hastalıklar sebebiyle sağlık kuruluşuna ulaşmakta güçlük çeken hastalara evde muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlık profesyonellerince sunulması olarak da tanımlanabilir (Çayır, Avşar, Avşar, Cansever, & Khan, 2013).

10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’e göre evde sağlık hizmetleri; Doktorların tavsiyeleri doğrultusunda hastalara, ailelerinin yanında, sağlık profesyonellerince rehabilitasyon, psikolojik tedavi, fizyoterapi de dâhil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak sağlık, bakım ve takip hizmetlerinin hastaya sunulması olarak tanımlanmaktadır (10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete, 2005).

2.1.2. Evde Sağlık Hizmetlerinin Önemi

Evde sağlık hizmetleri, başta uzun süre bakım alması gereken yaşlı hastalar olmak üzere kronik hastalıkları bulunan her yaş grubundan hastalara hizmet sunmaktadır. (Özer & Şantaş, 2012). Gelişen tıp ve teknolojiyle birlikte erken tanı ve tedavi yöntemlerinde meydana gelen ilerlemeler hastalıkların yol açtığı ölüm oranlarının azalmasını ve ortalama yaşam süresinin ise uzamasını sağlamaktadır. (Akdemir, et al., 2011). Artan yaş ve nüfusla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığında ve engelli bireylerin sayısında da artış meydana gelmektedir (Yörük, Çalışkan, & Gündoğdu, 2012). Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2000 yılında %5,6 iken 2020’de %9,5’ye yükselmiştir (Yörük, Çalışkan, & Gündoğdu, 2012; TÜİK, 2020).

2004 yılında yapılan Türkiye Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi sonucunda ülkemizde meydana gelen ölümlerin %75’inin sebebinin bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda başta ileri yaştaki bireyler olmak üzere yaşadığı sağlık problemleri nedeniyle sağlık kurumlarına ulaşmakta güçlük yaşayan bireylere yönelik sağlık hizmeti verilmesinin gerekliliği gündeme gelmiştir (Baydar Artantaş & Tamara Köroğlu, 2019). Evde sağlık hizmeti, bu hizmeti alan bireylerin ihtiyaç duyduğu sosyal ve sağlık hizmetlerine kolayca ulaşmasını sağlayarak evlerinde ve çevrelerinde bağımsız bir şekilde yaşayabilme imkânı sağlayarak yaşam kalitelerini artırmayı hedeflemektedir. Evde sağlık hizmetleri bu hedefiyle sosyal ve sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır (Özer & Şantaş, 2012).

2.1.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel ve Felsefi Gelişimi

Evde sağlık hizmeti sunumunun tarihsel gelişimine baktığımızda evde sağlık hizmetlerinin temeli kişiye sunulan en eski sağlık hizmetlerinden biri olan doğumun ev ortamında mı yoksa hastanede mi gerçekleşmesinin daha doğru olduğu tartışmalarının yaşandığı Hititler ve sonrasında Romalılar dönemine kadar dayanmaktadır (Çoban & Esatoğlu, 2004). Roma’da doğumlar, doğum için gerekli alet ve edevatlar ile birlikte gelen ebe doğumu gebenin evinde gerçekleştirmektedirken Roma’daki doğum ritüelinin aksine bazı toplumlar doğumu kutsal ve önemli bir olay olarak kabul etmişler ve günlük kullanımın olmadığı sadece doğum için kullanılan özel mekânlarda doğumlarını gerçekleştirdikleri bilinmektedir (Yılmaz, et al., 2010).

Ortaçağ Avrupa’sında evde sağlık hizmeti uygulamalarının hayata geçirilme amacı hasta olan bireyin hastalığını diğer insanlara bulaştırmasını engellemektir. 19. yüzyılda İngiltere’de bakıma muhtaç olan çocuklar ve yaşlıların kurumlarda bakımı, evde bakıma üstün kabul edilmiş toplanıp evleri dışında bir arada bulundukları bakımevlerine yerleştirilmişlerdir. Yapılan bu uygulamalara aileleri ayırmanın yanlış olduğu aileleri bir arada tutmanın daha doğru olduğu gerekçesiyle ağır eleştiriler yapılmıştır. Yapılan bu ağır eleştiriler sonrasında bazı eyaletler, evde sağlık hizmeti vermeye devam etmiştir. Sonraki yıllarda New York eyaleti evde sağlık hizmetleri sunumuna yönelik yoğun çalışmalar başlatmıştır (Çoban & Esatoğlu, 2004). Evde hasta bakımı kilisenin kılavuzluğunda gönüllü kurumlar aracılığıyla uzun seneler boyunca temel hizmet boyutunda sunulmuştur. 1859’a kadar dini kuruluşlar haricinde tam anlamıyla evde hasta bakım hizmeti sunumu yapılamamıştır. Tam anlamıyla hemşirelik hizmetinin verilmesinin temeli İngiliz antropolog olan William Rathbone tarafından

1859 yılında atılmıştır. Rathbone, eşine evine gelen bir hemşirenin verdiği hizmetten etkilenmesi üzerine maddi durumu olmayan hastalar için gönüllülük esasına dayanan bir hemşire servis hizmeti modeli geliştirmiştir. Hemşirelik hizmetini evde vermeye başlayan ilk hemşire Mary Robinson olmuştur. Robinson hemşirelik hizmetinin yanı sıra aile üyelerine genel hijyen kuralları ve hasta bakımı hakkında eğitimler de vermiştir. Florance Nightingale evde bakım hizmetlerinin öncülerindendir. Nightingale, hasta kişilere bakım vermekle görevlendirilecek olan kadınların özel eğitilmesi önerisinde bulunmuştur. Eğitilmiş bu kadınların özel hemşire olarak hastanelerde, sahalarda ve ev ziyaretlerinde görev alabileceklerini anlatan bir çalışma planı sunmuştur. Nightingale'in tavsiyeleri dikkate alınarak 1862'de evlerde hasta bakımında bulunacak ziyaretçi hemşire yetiştiren ilk okul Liverpool'da hizmete açılmıştır. Okulun eğitim süresi 1,5 yıldır (Yılmaz, et al., 2010).

ABD'de evde sağlık hizmetinin temeli hemşire Lillian Wald 1883 yılında yaptığı ev hemşireliği servisi düzenlemesine dayanmaktadır. Faaliyete geçen organize toplum sağlığı hemşireliğinin ilk uygulaması ise New York'ta 1893 yılında açılan Henry Street Nursing Settlement'tir (Altuntaş, Yılmaz, Güclü, & Öngel, 2010). 20. yüzyılın başlarında ev ziyaretlerinde bulunan hemşirelerin hizmet alanları genişlemeye başlamıştır. Ev ziyaretlerine öğretmenler ve sosyal görevliler de dâhil olmaya başlamıştır. Daha sonraları ev ziyaretinde bulunan hemşireler verdikleri hizmetlere koruyucu bakım hizmetlerini de eklemişlerdir. Halk sağlığı hemşireliğinin ve evde bakım hizmetlerinin hızlı gelişmesinde ekonomik krizler, savaşlar, endüstrileşme ve diğer sosyal faktörler etkili olmuştur. ABD 1930'lu yıllardaki ekonomik çöküş sonrasında pek çok eyalet evde bakım hizmetlerinin sunumu için gerekli kaynak desteğinde bulunamamış ve evde bakım hizmetinin sunumu sırasında karşılaşılan

problemleri kendi başlarına çözemez duruma gelmiştir. Kaynak sorununun çözülüp ev ziyaretlerinin tekrar başlayabilmesi amacıyla federal yardım başlatılmıştır. Ev hemşireliği hizmetlerinin niceliksel ve niteliksel olarak artış göstermesi İkinci Dünya Savaşı sırasında sağlık kurumlarındaki hemşire ve diğer sağlık personeli sayısının azalmasıyla birlikte sağlık kurumlarında tedavi alan hastaların evlerinde tedavi edilmeye başlanmasıyla birlikte olmuştur (Yılmaz, et al., 2010). Montefiore Hastanesi Amerika’da 1947 yılında kurulmuş ve sadece Amerika’nın değil tüm dünyanın ilk kapsamlı evde sağlık hizmetini vermiştir (Cayır, 2020). ABD, 1960 yılında yaşlı bireylerin; 1966 yılında ise Medicare ve Medicaid programları kapsamında, evde sağlık hizmetleri verilebilmesi için gereken parasal desteği sağlamıştır. Yapılan bu yasal düzenlemeyle birlikte evde sağlık hizmetleri tüm halkın ulaşabileceği bir hizmet şekli olmuştur (Coşkun, 2011). Yaşanan bu gelişmeler 1990-96 yılları arasında evde bakım ve sağlık hizmeti veren şirketlerinin sayısında %31,4’lük bir artış yaşanmasını sağlamıştır (Yılmaz, et al., 2010). 20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde evde sağlık hizmeti önceki yıllardaki şöhretini yitirmiş ve olağan bir uygulamaya dönüşmüştür. 1950’li yıllarda hastane maliyetlerinde yaşanan artışlar ve hemşirelerin başlattıkları kampanyalar başarıya ulaşmış, evde sağlık hizmetleri eski itibarını geri kazanmaya başlamıştır (Coşkun, 2011).

Kanada’da kamu tarafından 1970 yılında Ontorio eyaletinde evde sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi için gerekli olan ilk parasal destek sağlanmıştır. Kanada hükümetinin sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu yöneticileri, evde sağlık hizmetlerinin önemini fark etmişlerdir. 1988 yılında kamu tarafından verilen parasal desteğin kapsamı ülke genelindeki evde sağlık hizmetlerini kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Verilen bu destekle birlikte evde sağlık hizmeti programları akut,

kronik veya uzun dönemde evde sağlık hizmeti sunabilecek seviyeye gelmiştir. 1990 yılında hastanelerin tekrar konfigüre edilmesiyle birlikte, bakım hizmetleri verilirken “eve daha yakın” görüşünün destekçileri artmıştır. 2002 yılında bu görüş dikkat çekici bir politika olarak öne çıkmış ve evde sağlık hizmetleri “sağlık hizmeti sisteminin en hızlı büyüyen parçası” şeklinde tanımlanmaya başlanmıştır. Evde sağlık hizmeti sektörünün dikkat çekici bir hızla büyümesi 2002-2007 yılları arasında olmuş ve bu büyüme ile hizmet alanları genişlemiştir. Bu büyüme üzerinde etkili olan faktörlerden bir tanesi de 2004’de yayınlanan temel, akut ve palyatif bakım hizmetlerini tanımlayan “Sağlık Hizmetlerini Güçlendirmede 10 Yıllık Plan” olmuştur (Öksüz, 2018; Coşkun, 2011).

Avrupa’nın en kapsamlı ev ziyareti programı Danimarka’da başlatılmış ve bu program hizmet sunumuna yönelik başarılı bir model olmuştur. 19. yüzyıl sonlarına doğru evde bakım sistemi Danimarka’daki ileri derecede gelişmiş şeklini almıştır. 1937’de uygulanmaya başlanılan ve dört farklı coğrafi bölgede yürütülen 6 yıllık bir pilot çalışmanın sonucunda ev ziyaretlerinin bebek ölüm hızını ve hastalıklara yakalanma oranını düşürdüğü saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç evde sağlık sisteminin ve ev ziyaretlerinin önem kazanmasında büyük pay sahibidir. (Yılmaz, et al., 2010; Çoban & Esatoğlu, 2004).

Çin evde sağlık hizmetleri birimi, 61 yaş ve üzeri bireylere hizmet vermektedir. Çin evde sağlık hizmetlerinin gelişiminde sosyokültürel dinamikler, ekonomik nedenlerden daha fazla etkili olmuştur. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda, aile bireyleri içerisinde evde sağlık hizmeti sunmak için eğitim almış kişiler daha fazla görev almaktadır. Bu aile bireyleri evde sağlık hizmetlerinde gayri resmi bakıcılar olarak görev yapmaktadırlar (Coşkun, 2011; Yılmaz, et al., 2010).

Evde sağlık hizmetlerinin tarihsel sürecine bakıldığında yaygınlaşmasının ve artışının sebebi kısmen artan evde sağlık hizmetleri ihtiyacı olsa da asıl sebebi gelişmiş ülkelerde yaşanan ekonomik problemler nedeniyle evde ve toplum içinde verilen bakımın hastanede verilen bakıma tercih edilmesidir. Gelişmekte olan ülkelerde azalan temel kaynaklar nedeniyle özellikle hastane hizmetleri olmak üzere devlete ait sağlık hizmetlerinin yetersiz ve kalitesiz olduğu, nüfusun büyük kısmının özel sağlık hizmetlerine ulaşabilecek imkânlara sahip olmadığı bilinmektedir. Bu nedenlerden dolayı bakımın yükünü aile tek başına karşılamak zorunda kalmaktadır. Sosyal ve sağlık hizmetleri evde verilen bakım hizmetlerinin iki ana boyutudur. Avrupa, verilen evde bakım ve sağlık hizmeti programları sırasında evde bakımın sosyal hizmet boyutuna ve hastaların psikososyal sorunlarına daha çok önem vermiştir (Yılmaz, et al., 2010).

Günümüzde evde yapılan hasta-hekim görüşmelerinin tüm hasta-hekim görüşmelerine oranı İngiltere’de %10, Hollanda’da ise %8,5’dir. Kanada’da aile hekimlerinin yarısına yakını haftada bir evde sağlık hizmeti alan hastalara ev ziyareti gerçekleştirmektedir (Cayır, 2020).

2.1.4. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Osmanlı devletinde akıl hastaları 18. yüzyılın başına kadar Haseki, Sultanahmet ve Süleymaniye Darüşşifası’nda tutulmuş ve tedavi edilmişlerdir. Kadılar, akıl hastalarının müşahede altına alınması, hasta yakınlarının hastanın yanında kalmaları durumunda hasta yakınlarının güvenliklerinin sağlanmasından da sorumlu olmuşlar ve bu konuda birçok karar vermişlerdir. İstanbul Kadılığı Şerri Sicilleri 29/2/4’te kayıtlı 19 Receb 1180 (21 Aralık 1766) tarihli belge Osmanlı devletinde evde

sağlık hizmetlerinin başlangıcı niteliğindedir. Bu belge 18. yüzyılda evde sağlık hizmetlerinin yapıldığını kanıtlayan en eski belge olarak kabul edilmiştir (Demirsoy, 2017; Çelik Güzel & Toprak, 2018).

Türkiye’de, 1980 yılı sonuna kadar devlet eliyle yürütülen ve daha çok koruyucu sağlık hizmetlerine odaklanan evde sağlık hizmeti uygulamaları 1980 sonrası yeni bir işlev kazanarak özel sağlık kuruluşları veya kişiler aracılığıyla hastaların hastaneden taburcu olmalarından sonraki süreçte tedavilerinin ve bakımının yürütülmesi alanında hizmet sunmuştur (Çoban & Esatoğlu, 2004). 1993 yılında Çocuk Esirgeme Kurumu ve Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü tarafından Adana, Ankara, İstanbul ve İzmir’de Türkiye’nin ilk evde bakım projesi yürütülmüş ancak çalışmadan anlamlı sonuçlar elde edilemediği için proje sonlandırılmıştır. 1994’de Ankara Büyükşehir Belediyesi bünyesindeki Yaşlılara Hizmet Merkezi ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı İstanbul Sağlık A.Ş. yaşlı hastalara yönelik evde sağlık destek hizmetleri sunmuştur. Aynı yıl Ankara ve İstanbul Belediyelerine ek olarak birkaç özel kurumda belirli bir ücret karşılığında tıbbi bakım ve refakat etme hizmetleri sunmuştur. Bunların dışında evde sağlık hizmeti sunulmamıştır (Altuntaş, Yılmaz, Güçlü, & Öngel, 2010).

Ülkemizde, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın 2003 yılında başlamasıyla birlikte aile hekimlerini mobil sağlık hizmetleri kapsamında ev ziyaretlerine dâhil olmuşlardır (Çelik Güzel & Toprak, 2018). 10 Mart 2005 tarihinde yayımlanan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” özel sağlık kuruluşları tarafından evde bakım hizmetleri verilmesinin önünü açmıştır. Bu tarihten sonra evde sağlık hizmetleri profesyonelce verilmeye başlanılmıştır. Evde sağlık hizmetlerinin Türkiye’deki tarihsel gelişimine baktığımızda, Evde Bakım Derneği’nin 18 Ağustos

2005'te kurulmuştur ve 2006 yılında ülkemizde bu alandaki ilk kongre olan 1. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi düzenlenmiştir. Devlet eliyle sunulan ilk evde bakım hizmeti 2006'da Denizli'de kurulan "Evde Bakım Hizmetleri Birimi" aracılığıyla verilmeye başlanılmıştır. "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 1 Şubat 2010 tarihinde yayımlanmıştır (Cayır, 2020). Yönergede evde sağlık hizmetinin, bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleriyle birlikte genel veya dal hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin çatısı altında kurulan evde sağlık hizmeti birimlerinin toplum ve aile sağlığı merkezleri ile aile hekimleri aracılığı ile sunulacağı belirtilmiştir. Hizmetin yönetiminin, birimler arasındaki iletişiminin ve koordinasyonun il sağlık müdürlüğünce kurulan koordinasyon merkezi aracılığıyla sağlanacağı belirtilmiştir (Işık, Kandemir, Erişen, & Fidan, 2016). Evde sağlık hizmetleri birimlerinin kurulmasıyla birlikte ivme kazandığı görülmüştür (Cayır, 2020).

2.1.5. Evde Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Evde sağlık hizmetlerinin uygulanmasında üzerinde uzlaşmış uluslararası bir hizmet programı olmayıp her ülke kendi imkânları ve sosyokültürel dinamiklerine uygun belirli periyotlarla yenilediği bir hizmet planı hazırlayıp uygulamaktadır. DSÖ'nün Ev Temeline Dayanan Uzun Dönem Bakım 2000 Raporu'nda, uzun dönem bakımın tanımına uygun olarak, kronik sağlık sorunlarına sahip olan ve günlük hayattaki aktivitelerini gerçekleştirirken yardıma ihtiyacı olan bireylerin tatmin edici şekilde kaliteli bir yaşam sürmesini mümkün kılacak bakımın gerekli olduğunu vurgulamıştır (Çoban & Esatoğlu, 2004). Dünya genelinde evde sağlık hizmetleri geçmişten günümüze bu konuda eğitilmiş aileler ilk sırada olmak üzere

sosyal yardım kuruluşları, darülaceze, kiliseler, kamu veya özel hastaneler, sağlık merkezleri veya gönüllüler aracılığıyla sunulmuş ve sunulmaya da devam edilmektedir (Işık, Kandemir, Erişen, & Fidan, 2016). Evde sağlık hizmetleri kapsamında hizmet alması planlanan hedef kitleyi; kanser ve kalp damar hastaları, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklara sahip olan kişiler, gelişimsel veya poliomiyelite sekonder özürleri de içinde bulunduracak engelli olan kişiler, HIV/AIDS'liler, geçirilen kaza sonucu sakat kalan bireyler, duyuusal kısıtlılığa sahip olanlar, mental hastalığı bulunanlar ve uyuşturucu madde bağımlıları oluşturmaktadır. Kronik ve uzun dönem bakım almaya ihtiyacı olan yaşlı hastalar, kronik hastalığa sahip bebek ve çocukların da dâhil olduğu her yaş grubundaki bireyler bu çok taraflı evde bakım hizmetlerinden güvenli ev şartlarında faydalanabilmektedirler. Ayrıca terminal dönem kanser hastalarının onurunu ve şerefini korumak, yaşamının son zamanlarını daha sevgi dolu ve muhabbetle geçirebilmesi gayesiyle bu hastalara da evde bakım hizmetleri verilmektedir (Karahana & Güven, 2002). Ülkemizde evde sağlık hizmetinin kapsamı, çalışanların görev tanımı, yetkileri ve yükümlülükleri ile ilgili tam bir standart bulunmamaktadır. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı yatağa bağımlı olan hastaları, terminal dönem kanser hastalarını, ileri derece kas hastalarını, KOAH gibi solunum sistemi hastalıklarını, yeni doğan sarılıklarını ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerini hizmet kapsamında değerlendirmiştir (Cayır, 2020). Bu kişilere verilecek evde sağlık hizmetleri ekibinde sorumlu hekime ek olarak hemşire, sağlık memuru, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal çalışmacı, yaşlı bakımı elemanı, ergoterapist ve şoför olmalıdır. Ekibin, evde verdiği sağlık hizmetlerine ek olarak solunum ya da beslenme problemlerinin çözümü, bireysel ihtiyaçlara uygun bakım planı oluşturma, tıbbi cihaz ve malzemelerin teminin sağlanması ve kullanım eğitiminin verilmesi, bakım vericilerin psikososyal problemlerinin çözümü, bası

ülserlerinin önlenmesi ve tedavisi, doğru pozisyonlama ve bağımlılık derecesinin ölçümü gibi sorumlulukları bulunmaktadır (Işık, Kandemir, Erişen, & Fidan, 2016; Cayır, 2020).

2.1.5.1. Evde Sağlık Hizmetleri Gerektiren Sağlık Sorunları

Evde sağlık hizmetlerinin uygulanması için, her hastalığın ve hastanın bu tür bakım için uygun olup olmadığını incelemek gereklidir. Yalnızca hastalığın özelliği değil aynı zamanda hasta ve hasta ailesinin de evde bakıma psikolojik ve biçimsel olarak uygun durumda olmaları gerekmektedir. Gereken tıbbi donanım, malzeme ve bu malzemeleri kullanabilecek kişiler olduğunda, her çeşit sağlık sorununa evde sağlık hizmeti sunulabilir. Evde bakım kronik hastalıklı ve engelli hastaların evde alışkın oldukları ortamda sağlık bakım hizmetini sağladığından bu kategorideki hastalar evde sağlık hizmetleri listesinin en başındadır. Felç, böbrek hastalığı veya diyabet gibi sıkı izlem gerektiren kronik hastalıklar, ağrı kontrolü, özel bakım ve psikolojik desteğe ihtiyacı olan ve hastalıklarının son dönemindeki kronik hastalar, günlük faaliyetlerinde yardıma ihtiyacı olan yaşlılar veya hareket kısıtlılığı olan hastalar, uzun süre kronik hastalıklı bireylerin bakımını sağlayan ve bir süre yardımcıya, refakatçiye ihtiyacı olan aileler, yaşam destek aletlerine bağlı ve hemşire bakımı ile günlük yaşamlarını sürdürebilecek yetişkin veya çocuklar evde sağlık hizmeti almak için uygun şartları taşımaktadır. Bu tür kronik hastaların yanı sıra, akut dönemde olup da hastaneden çeşitli nedenlerle taburcu edilerek bakımına evde devam edilebilecek hastalar da evde sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü teşkil eder. Sağlık kurumundan yeni taburcu olmuş, nekahet dönemini tam atlatamamış cerrahi veya doğum hastaları, devamlı yara bakımı

gereken cerrahi hastalar, günlük tedavi planı hastanede kalmayı gerektirmeyen hastalar da bu gruba girmektedir (Tanlı, 1996).

2.1.5.2. Evde Sağlık Hizmetleri Kapsamında Sunulan Hizmetler

Evde sağlık hizmetleri sunulurken sağlık hizmetleri, cihaz-ekipman hizmetleri, sosyal bakım ve destek hizmetleri, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri, psikolojik hizmetler, beslenme takibi, eğitim hizmetleri, ulaşım desteği hizmetler birbirleri ile koordinasyon içerisinde olmalıdır (Evde Bakım Derneği, 2010).

2.1.5.2.1. Evde Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Evde koruyucu sağlık hizmetleri hastanın sağlığını geri kazanılmasından sonraki süreçte vücut fonksiyonlarının mümkün olan en üst seviyeye getirilmesini, oluşabilecek sakatlıkların önüne geçilmesini, iyilik halinin ve sağlığın devam ettirilmesini sağlamaktadır. Kurumsal bakımın dalları arasında evde koruyucu bakım hizmeti de yer almalıdır. Hastaların düşmelerine engel olmak için gerekli aydınlatmaların yapılması, merdivenlere tırabzan yapılması, halıların kayma problemlerinin ortadan kaldırılması gibi konularda sağlıklı çevre bilincinin geliştirilmesi gayesiyle hasta yakınlarına gerekli destekler sağlanır.

Bakım yükünü büyük oranda kişinin kendisine ve ailesi üstlenmektedir. Bu nedenle aile içi ilişkiler yakından izlenerek, davranışsal bazı değişiklikler yapılarak, hasta eğitimi ve danışmalık hizmetleri verilerek tıbbi tedavi planına uyum sağlanması, koruyucu evde sağlık hizmetleri açısından oldukça önemlidir (Coşkun, 2011).

2.1.5.2.2. Evde Tanı Koyucu Sağlık Hizmeti

Sağlık hizmeti verilen hastane, klinik gibi merkezlerde finansal baskıların artması sebebiyle teknolojinin getirdiği imkânlardan faydalanarak tanı koyma hizmetlerini sağlık kuruluşlarından muayenehane ve evlere taşımıştır. Çok sayıda kronik hastalığı olan, tedaviye yanıt verme oranı düşük olan hastalar ve iletişimi kurmakta güçlük çeken ve bakımlarını yeterli bulmayan hastalar, evden çıkması mümkün olmayan engelli hastalar, sorunlarının çözümünde güçlük çeken hastalar evde tanı konulmaya uygun hasta gruplarıdır (Affairs, 1990).

2.1.5.2.3. Evde Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Günümüzde hastaların yoğun bakım ünitelerinden doğrudan eve taburcu olmaları mümkün olmaktadır. Bu durum evde tedavi edici sağlık hizmetleri boyutunda kullanılan malzeme ve donanımların üretilmesiyle mümkün olmaktadır. Evde tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel gayesi hastanın ve ailesinin günlük yaşamlarına devam edebilecek hale gelebilmelerini sağlamaktır (Coşkun, 2011).

2.1.5.2.3. Evde Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmeti aileyi ve hastayı bağımlı hale getiren yetersizlikleri ortadan kaldırmayı amaçlayan temel gayesi doğrultusunda, hastanın becerilerinin sürekliliğini, iyileştirilmesini ve geliştirilmesini sağlamaya yönelik multidisipliner bir ekip muamelesini gerektirir. Hasta ve engelli bireylerin rehabilitasyonu birçok farklı tedavi yöntemlerini ve sorunlara çözüm bulunmasını gerektirir (Akdemir & Akkuş, 2006). Rehabilitasyon sürecinde hastanın eylemleri, bir

sağlık sorununun kötüleşmesini önleme, sorunu ortadan kaldırma, hafifletme veya sorunla yaşamaya uyum sağlama, yaşam memnuniyetini en üst düzeye çıkarma, ruhsal iyilik halini artırma ve sosyal statüsünü koruma çabalarından oluşur. Tüm bunların gerçekleştiği ortam hem hasta hem de rehabilite edici için aynıdır (Routasalo, Arve, & Lauri, 2004).

2.1.5.2.3. Evde Terminal Dönem Hasta Bakımı

Hospis, terminal dönem hasta ve ailesine yoğun bakım imkânları sunan bir yaklaşımdır. Hospis bakımında esas amaç hastalarda tedavi edici bakımdan ziyade palyatif bakım hizmeti sunmaktır. Palyatif bakım kişinin hastalığı sonucu meydana gelen, hastaya sıkıntı veren sağlık sorunlarının gidermeyi veya azaltmayı hedefleyen bakım şeklidir. Böylelikle hastanın günlük yaşam kalitesini yükseltmek hedeflenir. Hospis hareketi hastaların tıbbi, manevi ve duygusal sorunları ile ilgilenmeyi, aile bireylerinin hepsine destek olmayı, hastanın kalan yaşamını mümkün olan en uzun süre boyunca kendi evinde ve olabildiğince konforlu ve anlamlı geçirmesine yardımcı olmayı, gönüllülerin de desteğiyle birlikte sağlık çalışanlarının sunduğu hizmetler aracılığıyla hastanın ağrı ve diğer sıkıntılarını ortadan kaldırmayı hedeflemektedir (Öksüz, 2018).

ABD’de 1990 sonrasındaki dönemde hospis hizmetleri kurumlardan çok ev ortamında verilmeye başlanılmıştır. Hekimin terminal dönem hasta olduğunu belirlediği hastalar hospis hizmeti alabilmektedirler.

Terminal dönem genellikle yaşamın son altı haftasını kapsar. Hasta, hasta ailesi ve hekimin hep birlikte uygulanacak tedavinin hastalığın seyrine herhangi bir faydası

olmadığına karar vermelerinden sonra hospis bakımı verilmeye başlanır. Hasta ve ailesinin hospis bakımı boyunca kardiyopulmoner resusitasyon gibi acil müdahalelerde bulunulmayacağını kabul etmesi hospis bakımına başlanılabilmesi için atılması gereken önemli adımlardan biridir. Hospis bakımı sırasında acil girişimlerin yerine ağrı kontrollü gibi yaşam kalitesini mümkün olan en üst seviyede tutmayı hedefleyen tedaviler uygulanmaktadır. Hekim, hemşire, sosyal çalışmacı gibi sağlık çalışanlarından oluşan multidisipliner ekip hospis bakım programını yürütmektedir. Hospis bakımı sırasında bazı durumlar karşısında hasta ailesi yaşadıkları sürecin yüküne dayanamayıp kurumsal bakım talebinde bulunabilmektedirler. Bu hizmetleri sunacak hospis üniteleri, hastaneler veya diğer yataklı tedavi kurumları bünyesinde ayrı bir ünite olarak kurulmaktadır. Hospis programı kapsamında gönüllü bireyler hasta evlerine düzenli ziyaretler de yapabilmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

Gönüllüler, ailelere rahatlatıcı bakım (respite care) vermektedir. Terminal dönem hastalarının eşleri ve yakınları fiziksel ve duygusal açıdan zamanla tükenebilmektedirler. Rahatlatıcı bakım; hasta bakımından sorumlu olan kişilere, hastaya bakım verdiği ortamdan uzaklaşarak bir süre yalnız kalabilme imkânı sağlamaktadır. Gönüllü kişiler veya hemşire hastanın evine gelip hastaya bakım verirken, bakım veren kişi şahsi işlerini halledebilecek fırsatı bulmakta ve bir süre hastanın sorumluluğunu taşımaktan uzaklaşmaktadır. Rahatlatıcı bakım, bakım verici ve diğer aile üyelerinin bakım işleminin sürdürebilirliği yönünden büyük öneme sahiptir (Koffman, Higginson, & Naysmith, 1996).

Ülkemizde çeşitli dernekler (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu, Kanser Hastalarına Yardım Derneği vb.) ileri dönem kanser hastalarının misafir edilerek, daha kaliteli hizmet almalarını sağlayacak “Hospis” (misafirhane) yapılması için

teşebbüslerde bulunmuştur. Hasta ve hasta yakınlarına misafirhane hizmeti sunacak olan hapiste, hastaların tıbbi tedavilerinin yanı sıra yemek, temizlik, çamaşır gibi diğer temel ihtiyaçlarının da karşılanması hedeflenmektedir. Ülkemizde terminal dönem bakım merkezleri örgütlenmelerinde son zamanlarda ivmelenme mevcut olsa da henüz tam anlamıyla gerçekleşmemiştir. Hospis bakım hizmeti ile ilgili olarak yapılacak düzenlemelerde dikkat edilmesi gereken önemli hususlardan birisi de Türkiye'nin bilimsel ve kültürel dinamiklerine uygun planlamalar yapmaktır (Çoban, 2008).

2.1.5.3. Evde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar

Evde sağlık hizmetlerinin verilmesi konusunda yapısal ve yönetsel olarak farklı özelliklere sahip olan kuruluşlar bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığımızca ilk olarak özel sağlık kuruluşlarına evde sağlık hizmetleri verme imkânı veren “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10.03.2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve bu şekilde özel sektör tarafından sunulan uygulamaların sunulma esasları belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik yayımlanan “Evde Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sağlık bakanlığımızın yönetmeliğine göre, evde sağlık merkezleri özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişilerce bağımsız olarak açılıp işletilebilirler. 9.3.2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'e göre merkezler, poliklinikler ile özel hastaneler mevzuatı uyarınca ruhsat alan özel hastaneler kendi evde sağlık birimlerini açlabilmektedir (T.C Resmi Gazete, 10.3.2005; T.C Resmi Gazete, 01.2.2010).

2.1.5.3.1. Resmi Kuruluşlar

Yönetimi devlet veya yerel yönetimlerin sağlık idarelerinin elinde olan kuruluşlardır. Temel finans kaynağı vergiler olan bu kuruluşların kâr etme gayeleri yoktur. Bu kuruluşlar da diğer kuruluşlar gibi evde sağlık hizmeti için ödeme yapan kuruluşlarla anlaşabilirler. Böylelikle verdikleri evde sağlık hizmetinin karşılığı olarak bu kuruluşlardan ödeme alabilmektedirler. Bu kuruluşların sağlığın daha iyi bir düzeye getirmek ve hastalıkların önüne geçmek gibi amaçları bulunmaktadır. Bütçeleri büyük oranda kamu kaynaklarınca karşılanan bu kuruluşlar amaçları doğrultusunda diğer kuruluşlara göre daha geniş kitlelere toplum sağlığı hizmeti sunmaktadırlar (Öksüz, 2018).

2.1.5.3.2. Gönüllü Kuruluşlar

Kar amacı gütmeyen evde sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Bu kuruluşların çeşitli finans kaynakları bulunmaktadır. Bu finans kaynaklarının büyük çoğunluğu hayır kurumları olmakla birlikte özel sigorta şirketleri, sigorta kuruluşları ve hastalardan alınan ödemelerde gönüllü kuruluşların finans kaynakları arasındadır. Bu kuruluşlar vergiden muaf tutulmaktadır. Çeşitli dernekler aracılığıyla bu tarz gönüllü kuruluşlar kurulabilmekteyken Türkiye’de bu tür kuruluşlara bir örnek bulunmamaktadır (Öksüz, 2018).

2.1.5.3.3. Özel Kuruluşlar

Kâr amacı taşıyan kuruluşlardır. Verdikleri hizmetler özel sigorta şirketlerinden ve hastalardan doğrudan aldıkları ödemeler ile kendi finans kaynaklarını oluşturmaktadırlar. Ülkemizde organize evde sağlık hizmeti veren ilk kuruluş evde

sağlık hizmetleri konusunda danışmanlık hizmeti veren ABD menşeli The Corridor Group ve Eczacıbaşı ortaklığı ile 2001 yılında faaliyet göstermeye başlayan Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri olmuştur. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat alan Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri, Türkiye'nin ilk "Evde Sağlık Merkezi" olmuştur (Öksüz, 2018).

2.1.6. Evde Sağlık Hizmetlerinin Avantajları

Evde bakım hizmetleri hem yeni hem de kurumsal bakıma alternatif bir sağlık hizmeti türüdür. Evde sağlık hizmetleri, mobil sağlık hizmetleri olması ve sağlık kuruluşlarının dışında da hizmet verebilmesi gibi birçok avantajı bulunmaktadır. Bu avantajlar:

- Evde sağlık hizmetleri, hastanın ailesinin ve tanıdık çevresinin yanında sağlık hizmeti almasını sağlayarak hastayı rahatlatır.
- Hasta mahremiyeti ev ortamında hastane ortamına göre daha iyi korunur.
- Bakım maliyetleri karşılaştırıldığında hastaların evde bakım maliyetleri, hastanede bakım maliyetlerine kıyasla çok daha düşüktür. Evde bakım maliyetlerinin daha uygun olması sadece hastalar ve bakım masraflarını ödeyiciler için değil, hastaneler için de yarar sağlayan avantajlı bir durumdur.
- İleri teknolojiye sahip, kullanım kolaylığı sağlayan ve güvenli aletler evde verilen sağlık hizmetlerin çeşitlenmesine katkıda bulunmaktadır. Bu tür gelişmiş teknolojiler evde sağlık hizmetlerinde kullanılarak hastaların hastaneden daha erken taburcu edilerek tedavilerine evde devam edilebilir (Yılmaz1 & Şara, 2014).

- Evde sağlık hizmetleri hasta ve ihtiyaacı olan kişinin özerkliğinin ve özgürlüğünün st düzeyde olmasını sağlar.

- Evde sağlık hizmeti alan hastanın enfeksiyona yakalanma olasılığı hastanede yatan hastaya göre daha azdır (Can, Abacı, & Kadıoğlu, 2013).

- Evde sağlık hizmetleri hasta, hastanın ailesi ve evde sağlık hizmetleri ekibinin sunulacak sağlık hizmetinin birlikte planlanabilmesine olanak sağlar. Böylelikle evde sağlık hizmetleri ekibi ile aile arasındaki iletişim ve işbirliği artmakta ve hastanın ailesi hastanın tedavi edilmesine destek olabilmektedir.

- Evde sağlık hizmetleri hastanın yaşam kalitesini ve çevreyle olan iletişimi arttırmaya yardımcı olur.

- Hasta yakınlarına ihtiyaaları olan desteği sağlayarak, onlara dinlenme imkânı sunar.

- Evde sağlık hizmetleri sağlık hizmetlerinden yararlanamayan bazı bireylere ulaşmanın alternatif yoludur ve incinebilir gruplara hizmet sunma olanağı tanır.

- Evde sağlık hizmetleri hastalara, teşhis konulduğu andan rehabilite oluncaya kadar sağlık hizmetlerini kesintisiz alabilme firsatı sunar.

- Evde sağlık hizmetleri hastanelerin gereksiz kullanımını büyük oranda düşürerek sınırlı kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını sağlar (oban, 2015).

2.1.7. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sınırlılıkları

Evde sağlık hizmetleri, mobil sağlık hizmetleri olması ve sağlık kuruluşlarının dışında hizmet vermesi nedeniyle bazı dezavantajları bulunmaktadır.

- Ülkemiz için yeni bir sektör olan evde sağlık hizmetlerinin işleyiş mekanizmasının tam olarak belirlenmemesi yeni riskleri ve denetim sorunlarını beraberinde getirmektedir.

- Evde sağlık hizmeti verecek sağlık personelinin alıştığı ortamın dışında hizmet sunacak olması sağlık personelinin verimliliğinin azalmasına sebep olabilir. Sağlık personeli, hasta ve ailesiyle etkileşim kurmakta güçlük çekebilir.

- Sağlık personelinin devamlı olarak hastanın yanında bulunmayacak olması, hastaların acil durumlarda sağlık hizmetlerine hızlı erişememesi evde bakım hizmetlerinin kısıtlılıkları arasında sayılabilir (Yılmaz & Şara, 2014).

- Hastanın evde sekonder enfeksiyon, yorgunluk, diyetle uymama, yanlış yönlendirilme gibi sorunlara karşılaşma ihtimalinin olmasından dolayı çeşitli istenmeyen durumlarla karşılaşılabilir.

- Evde hasta yakınlarının, hastaya sağlık hizmeti sunarken ilaçların ve tıbbi cihazların hatalı-dikkatsiz kullanımına bağlı istenmeyen durumlarla karşılaşılma olasılığı daha yüksektir (Can, Abacı, & Kadioğlu, 2013).

- Tek sosyal bağı hastanede kalmak olan hastalarda eve gönderilmek hastanın umutlarını ve özsaygısını yitirmesine sebep olabilir.

- Evde hizmet sunumu sırasında hastayla birlikte aile bireylerinin de özel hayatının gizliliğinin ihlal edilme olasılığı vardır (Çoban, 2015).

Aile üyeleri günlük yapılması gereken hasta ve ev bakım faaliyetlerini gerçekleştirirken güçlük çekebilirler. Aile bireyleri üzerindeki artan bu bakım yükü aile bireylerinin kendilerini baskı altında hissetmelerine yol açabilir (Karabağ, 2007).

- Sağlık personelinin kişisel güvenlik problemleri ortaya çıkar.
- Sadece evde sağlık hizmetlerinin sunumu ile görevlendirilecek sağlık personeli sayısı yeterli olmayabilir (Tan, et al., 2016).
- Hastaneler profesyonel ekip oluşturmada zorlanabilir.
- Hastanın kendi evinde, kendi sosyal çevresinde sağlık hizmeti alabilmesi bir avantaj sağlasa da, hastaya sağlanan sosyal desteklerin yeterli olmaması durumunda, evde tek başına kalmak sosyal hayattan izole olmasına neden olarak dezavantaja dönüşebilmektedir (Küçük, 2021)

2.1.8. Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulanması

Evde sağlık hizmetlerinin sunulduğu alan sağlık kurum veya kuruluşunun bulunduğu il veya ilçenin belediye sorumlu oldukları alan ile sınırlıdır. Memurların mahalli alanların dışına çıkmasını gerektiren zaruri durumlarda o yerin en büyük mülki amirinin onayı ve 6245 sayılı Harcırah Kanunun gereğince uygulanması gereken prosedürlere uygun işlem yapılması zorunludur. Evde sağlık hizmetleri birimi, mesai saatleri içerisinde randevu sistemi ile çalışır (T.C Resmi Gazete, 01.2.2010).

2.1.8.1. Hizmetin Kapsamı ve Konsültasyon

Uzman doktorlar tarafından konulan tanı ve uygulanması planlanan tedavi yöntemine uygun olarak kişinin evinde; muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması, uzun süreli kullanımı gereken ve sağlık raporu bulunan ilaçların reçete edilmesi, tıbbi cihaz ve malzemelerin sağlanmasına ilişkin gerekli raporların çıkarılmasına yardımcı olunması, hastanın ve ailesinin evde bakım süreci içerisinde görev ve sorumluluklarının belirlenmesi, hastalık ve hastalığa ilişkin bakım süreçleri ile ilgili bilgi verilmesi ve hastalığı ile ilişkili evde kullanılması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanların doğru ve uygun koşullarda kullanılmasını sağlamak için gerekli eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin sunulması evde sağlık hizmetlerinin hizmet kapsamındadır.

İhtiyaç duyulması durumunda ilgili dal uzmanlarının da görüşleri doğrultusunda gerekli konsültasyonlar yapılır. Evde sağlık hizmetleri biriminin sorumlu tabibinin evde sağlık hizmeti sunulan kişi ile ilgili konsültasyon ve tıbbi değerlendirme isteğinin sağlık kurumunda görev yapan ilgili uzman tabiplerce zaman kaybedilmeden karşılanması zorunludur. Uzman tabibin hastayı evinde konsülte etmesi gerektiği durumlarda uzman tabibe gerekli destek ve imkânlar sağlanır. Bu konudaki uygulamalar sağlık kurumu yöneticisinin belirleyeceği bir rotasyon düzeni içerisinde uzman tabipler tarafından gerçekleştirilir. Stoma ve yara bakımı, diyabet eğitimi gibi gerekli durumlarda o konuda eğitim almış hemşireler hizmete dâhil edilir.

Evde takip edilmesi zorunlu olan yaşlı, engelli, yatalak vb. durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” de belirtilen usul ve esaslara göre belirlenen

bireylere birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon, danışmanlık ve koruyucu sağlık hizmetleri ilgili mevzuat uyarınca toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve aile hekimleri aracılığı ile verilmektedir (T.C Resmi Gazete, 01.2.2010).

2.1.8.2. Sağlık Kurumuna Sevk

Evde sağlık hizmeti alan hastaların mevcut durumları dışında, yeni gelişen acil durumlar birimin görev ve sorumluluğu kapsamında değildir. Bu gibi durumlarda 112 Acil Çağrı Servisi aranmalı veya doğruca sağlık kuruluşlarının acil servislerine başvurulmalıdır.

Evde sağlık hizmetlerinden sorumlu hekimin, hastanın sağlık kurumuna sevkinin tıbbi açıdan zaruri bulunduğu durumlarda en uygun sağlık kurumuna hasta sevk edilir. Sevk edilecek hastanın sevk edildiği sağlık kurumuna veya ihtiyaç halinde sağlık kurumundan tekrar eve nakli evde bakım hizmetlerine veya ilgili sağlık kurumuna ait hasta nakil aracı veya hasta nakil ambulansı ile yapılır. Hastanın nakil işlemi sırasında herhangi bir sorun yaşanmaması için nakil işleminin yapıldığı araçta yeteri kadar yardımcı sağlık personelinin görev alması sağlanır. Hastanın nakline ilişkin giderler hastadan tahsil edilemez (T.C Resmi Gazete, 01.2.2010).

2.1.8.3. Evde Sağlık Hizmetleri Başvurusu

Başvurular, hastalar veya aile bireyleri tarafından “Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Formu” ile müdürlük bünyesindeki koordinasyon merkezine şahsen ya da aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi veya aile hekimleri aracılığıyla sağlık kurumları

bünyesindeki birimlere 444 38 33 (444EVDE) numaralı telefondan ulaşım sözlü olarak yapılabilir.

Sağlık kurumlarından taburcu olacak hastalar için ilgili klinikler gerektiğinde evde sağlık hizmetleri birimi ile iletişime geçebilmektedir. Bu iletişim sonucunda evde sağlık hizmeti almasının gerekli olduğuna karar verilen hastalara sunulacak hizmetin boyutu, hizmetin hangi düzeyde, ne kadar süre, ne şekilde ve ne sıklıkta verilmesi gerektiği belirlenir. ‘Evde Sağlık Hizmeti Başvuru Forumu’ ekine hastayı tedavi eden hekimin hazırladığı epikriz ve sunulacak evde sağlık hizmetinin kapsamını belirten belge de eklenerek hasta taburcu edilir.

Hizmetin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilecek olması durumunda, birim aracılığıyla ilgili tüm bilgi ve belgeler koordinasyon merkezine gönderilir. Koordinasyon merkezinin gerekli değerlendirmeleri yaptıktan sonra kayıt altına aldığı hasta için, hastanın kaydının bulunduğu aile sağlığı merkezine ya da aile hekimine evde sağlık hizmetinin sunulmaya başlanması için gerekli tebliği yapar (T.C Resmi Gazete, 01.2.2010).

2.1.8.4. Randevu Sistemi

Birim evde sağlık hizmetleri randevu sistemi esasına göre hizmet verir. Vakanın hastalık durumu değerlendirilerek günlük, haftalık veya aylık ziyaret programları planlanır. Planlanan ziyaret günü ve saatini, ekipte bulunacak personelin unvan ve kimlik bilgilerini içeren ziyaret planı evde sağlık hizmeti sağlanacak hasta veya ailesine önceden bildirilerek randevu alınır. Ziyaret planının bir örneği hasta veya aile bireylerine verilir.

Birim sorumlusu tabibin randevu tarih ve saatini değiştirmeye yetkisi vardır. Randevu tarih ve saati üzerinde yapılan değişikliklerin ilgili personele, hasta veya ailesine önceden bildirilmek zorundadır. Birim ile hasta veya hasta yakınları arasındaki iletişim ve haberleşmenin sağlanması amacıyla görevlendirilen personel; randevuların alınması, bildirimin yapılmasından ve takibinden sorumludur. Yapılan görüşmeler hizmeti veren ve hizmeti alanların güvenliğini sağlayabilmek amacıyla kayıt altına alınmaktadır. Görüşmelerin kayıt altına alınması ‘Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge’ ile zorunlu hale getirilmiştir. Evde sağlık hizmetleri birimi sorumlu hekimi ya da ilgili aile hekimi tarafından mevcut şartlara göre belirlenen randevu sisteminin yöntemi ve işleyişi hazırlanan tedavi planına göre uygulanır (T.C Resmi Gazete, 01.2.2010).

2.1.9. Evde Sağlık Hizmet Birimleri

Evde sağlık hizmeti birimleri; evde sağlık hizmeti almak için yapılan başvuruları değerlendirmek, başvuruları değerlendirilip evde sağlık hizmeti alması uygun bulunan hastalara talep ettiği evde sağlık hizmetini sunmak, gerekli durumlarda hastaların hastaneye naklini gerçekleştirmek amacıyla, “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” de belirtilen ölçütler doğrultusunda kurulur. Bu birimler T Tipi, H Tipi ve D tipi olmak üzere üçe ayrılır (T.C. Resmi Gazete, 27.2.2015).

2.1.9.1. T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri

Toplum sağlığı merkezlerine bünyesinde olarak kurulan birimlerdir. Öncelikli görevleri evde sağlık hizmeti sunmaktır. Ekip, evde sağlık hizmetinin sunumu konusunda eğitim almış hekim, evde hasta bakım teknikeri veya yaşlı bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşur. Yaşlı bakım teknikeri veya evde hasta bakım teknikerinin olmaması halinde ekibe bir yardımcı sağlık personeli daha dâhil edilir. Hizmetin sunumu esnasında ihtiyaç duyulması halinde psikolog, sosyal çalışmacı ve benzeri destek elemanları da ekipte görev alır. Evde sağlık hizmeti sunulan günlük en az on hastası olan yerlerde en az bir tane T tipi birim kurulur. Birbirine yakın olan küçük ilçelerde aynı ölçütler doğrultusunda ortak hizmet birimi açılabilir (T.C. Resmi Gazete, 27.2.2015).

2.1.9.2. H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler çatısı altında kurulan birimlerdir. Öncelikli olarak T tipi birimler tarafından sunulması mümkün olmayan uzman hekim konsültasyonu, fizik tedavi gibi hizmetlerin sunmakla mükelleftir. İhtiyaç olması halinde koordinasyon merkezinin planlamasıyla T tipi birimlere ekip desteği sağlayarak iş yüklerini azaltır ve hizmetin aksamadan devam etmesini sağlar. Ekip, evde sağlık hizmeti konusunda eğitim almış hekim veya uzman hekim, evde hasta bakım teknikeri veya yaşlı bakım teknikeri ve yardımcı sağlık personeli olmak üzere üç kişiden oluşur. Yaşlı bakım teknikeri veya evde hasta bakım teknikerinin olmaması halinde ekibe ikinci bir yardımcı sağlık personeli dâhil edilir. Hizmetin sunumu esnasında ihtiyaç duyulması halinde psikolog, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, diyetisyen

gibi destek elemanları da hizmetin sunumunda görev alır. İhtiyaç duyulması halinde ekibe uzman hekim ya da hekimler de dâhil edilir. A, B ve C tipi hastanelerin bulunduğu ilçelerde en az bir tane H tipi evde sağlık hizmetleri biriminin kurulması zorunludur (T.C. Resmi Gazete, 27.2.2015).

2.1.9.3. D Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulan birimlerdir. Ekipte evde sağlık hizmeti vermek üzere bir diş hekimi ile birlikte bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ya da diş protez teknikeri bulunur (T.C. Resmi Gazete, 27.2.2015).

2.2. Beslenme

2.2.1. Beslenmenin Tanımı

Beslenme, karın doyurmak ya da canımızın istediğini yemek değildir. Beslenme; büyüme, gelişme, sağlıklı ve üretken olarak yaşamın sürdürülmesi için besin öğelerinin yeterli miktarda vücuda alınmasıdır (Baysal, 1996). Bireyler yaşlarına, cinsiyetlerine, çalışma ve özel durumlarına göre gereksindiği enerji ve besin öğelerinin her birini yeterli miktarlarda vücutlarına alabilmek amacıyla beslenirler (Özenoğlu, 2016).

2.2.2. Malnütrisyon

Malnütrisyon sözlük anlamı olarak bozulmuş beslenme anlamına gelmektedir. Aşırı yeme ve yetersiz beslenme durumlarını kapsayan malnütrisyon ile günümüzde

yetersiz beslenme kavramı genellikle birbirleri yerine kullanılmaktadır (Karahan & Çifci, 2020). Malnütrisyon, tüketilen besinlerle birlikte vücuda alınan besin öğelerinin (protein, enerji ve diğer nutrientlerin) değişen metabolizma ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmasını ifade eder (Tuncer & Bayındır, 2016). Malnütrisyon tanısı için hâlihazırda genel kabul görmüş uluslararası ölçüt bulunmamaktadır (Selçuk H. , 2012).

2.2.2.1. Malnütrisyonun Nedenleri

Malnütrisyonun nedenleri oldukça çeşitli olmakla birlikte gıda alımının yetersizliği, artan gıda ihtiyaçları, malabsorbsiyon, malign hastalıklar, enfeksiyonlar, gıda maddelerinin vücuttaki metabolik süreçlerinde meydana gelen bozuklar, tıbbi nedenler, sosyal ve psikolojik nedenler malnütrisyonun önemli nedenlerindendir (Tuncer & Bayındır, 2016; Baz & Ardahan, 2016).

2.2.3. Beslenmenin Değerlendirilmesi

Beslenme değerlendirmesi, hastanın tıbbi geçmişi ve durumu ile başlayan ve beslenme bakım planı hakkında bilgi veren önemli bilgiler sağlayan standart bir süreçtir. Beslenme değerlendirme süreci, mevcut tüm ilgili verileri kullanarak bir hastanın beslenme durumunu değerlendiren ve hastanın vücut kompozisyonunu değerlendirmek, tükenmiş protein depolarını belirlemek ve mümkün olduğunda işlevi değerlendirmek için özel teknikler kullanan özel, derinlemesine bir süreçtir (Ferrie, 2020).

2.2.3.1. Beslenme Durumunun Değerlendirmesi

Malnütrisyon tanısının koyulmasında, malnütrisyonun derecesinin belirlenmesinde ve tedavi sürecinin planlanmasında uygulanacak ilk prosedür nütrisyonel değerlendirme olmalıdır. Kanser kaşeksisinin kronik seyrinden dolayı tanı koymak basittir. Hastanın anamnezi, vücut ağırlığında belirgin kayıplar ve fiziksel muayenesi tanı koyabilmek için yeterlidir. Nütrisyonel değişimleri veya tedavilerin hasta üzerindeki etkilerini antropometrik ölçümlerle hastaya göstermek mümkündür. Malnütrisyon tipini ve derecesini belirlemede hiçbir test ve değerlendirme aracı tek başına yeterli olmamaktadır. Hastaya malnütrisyon tanısı koyabilmek için hastanın anamnezi, fizik muayenesi ve laboratuvar tetkikleri birlikte değerlendirilmelidir. Malnütrisyonlu hastalarda son dönemlerdeki vücut ağırlığında azalma olması, beslenmesindeki bozulmalar, gastrointestinal rahatsızlıkların ve akut veya kronik hastalık halinin varlığı en sık gözlenen bulgulardır (Şahin Kaya, 2015). 24 saatlik besin tüketimi kaydı veya üç günlük besin tüketim kaydı en sık kullanılan beslenme değerlendirme metotlarından (Özçetin, Khalilova, & Kılıç, 2017). Beslenme değerlendirme metotları aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

- Besin-enerji dengesinin ölçülmesi (beslenme dengesi, besin alımı ve enerji harcaması)
- Vücut bileşimi ölçümü (BIA, beden kitle indeksi (BKI))
- İnflamatuar aktivitenin ölçümü (lökosit sayısı, C-reaktif protein)
- Fonksiyon ölçümü (bağışıklık fonksiyonu, solunum fonksiyonu, kas fonksiyonu [dinamometre])

Her testin kendine has avantajları ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu testler yorumlanırken bireyin temel hastalığı, aldığı tedavi ve genel klinik durumu dikkate alınmalıdır. Tarama sonuçları normal olmayan hastaların; besin alımlarının, beslenme etki belirtilerinin, kas kütlelerinin, fiziksel performanslarının ve sistemik inflamasyon derecelerinin nicel ve nesnel değerlendirilmesini tavsiye edilmektedir (Akren Özkazanç, 2019; Arends, et al., 2017).

2.2.3.2. Beslenme Durumunun Saptanması (Nutritional Assessment)

Bireylerin besin öğeleri gereksinmesinin ne ölçüde karşılandığının belirlenmesi beslenme durumunun saptanması ile mümkün olmaktadır. Vücuda alınan besin öğeleri ile vücudun ihtiyacı olan besin öğeleri arasındaki dengenin sağlanması sağlığın ideal seviyede tutulabilmesi için önem taşımaktadır (Pekcan G. , 2008). Antropometrik ölçümler yatağa bağımlı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesinde önemli bir yere sahiptir. Hastaların ilk olarak nütrisyonel analizi daha sonra da antropometrik ölçümleri yapılabilir. Evde sağlık hizmeti alan hastalara malnütrisyon tanısı konulabilmesi için boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), triseps deri kıvrım kalınlığı (TDKK), diz boyu (DB), baldır çevresi (BÇ) ve üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) gibi değerlerin ölçülmesi gereklidir. BKİ, yetişkin ve yaşlı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. İlerleyen yaşlarda azalan kas kütlelerine paralel olarak gövde ve bacaklardaki subkutan yağ dokusu azalırken gövde ve karındaki visceral yağ dokusu artmaktadır. Yaşlı bireyler ve aynı ağırlıktaki genç bireylerin BKİ ölçüm sonuçları incelendiğinde yaşlı bireylerin genç bireylere göre toplam vücut yağı miktarının daha fazla olurken yağsız vücut kütlelerinin ise daha az olduğu gözlemlenmiştir. Vücut ağırlığının ölçülmesi mümkün olmayan sandalyeye bağımlı ya

da yatalak olan hastalarda subskapular deri kıvrım kalınlığı (SDKK), BÇ, ÜOKÇ ve DB kullanılarak formül aracılığı ile vücut ağırlığını hesaplamak mümkündür (Jensen, Kita, Fish, Heydt, & Frey, 1997).

Yaş ilerledikçe boy uzunluğu da azalmaktadır. Boy uzunluğunun ölçümünü zorlaştıran faktörlere kifoz ve skolyoz gibi omurga deformiteleri, osteoporoz ve artrit gibi kronik hastalıklar, nöromusküler sistem hastalıkları ve yatağa bağımlılık gibi durumlar örnek verilebilir. Böyle durumlarda boy uzunluğu, diz boyunun ölçülüp formül yardımı ile hesaplanması sonucunda bulunur. Bireylerin yağ oranını anlamada deri kıvrım kalınlığı ölçümü oldukça değerlidir. Vücutta deri kıvrım kalınlığı ölçümü yapılabilecek bölgeler triseps, midaksiller, göğüs, subskapular, suprailiak, karın, uyluk ve orta baldır içidir. Yaşlı hastalarda deri elastikiyetinin azalması deri kıvrım kalınlığının ölçümünü zorlaştırabilir (Şahin, 2019)

2.2.3.3. Beslenme Durumunun Taranması

Yaşlı bireylerde malnütrisyonlu ya da malnütrisyon riski olanları saptamak amacıyla birçok tarama aracı kullanılabilmektedir (Visvanathan R. , 2003). Sandalyeye ve yatağa bağımlı hastaların beslenme durumu değerlendirilirken hastaların beslenme yetersizlikleri ve bu yetersizlikler sonucu oluşan hastalıklarının saptanması gerekmektedir. Fakat yaşlı ve yatalak bireylerin beslenme durumları değerlendirilirken demans ve diğer nöropsikolojik problemleri nedeniyle değerlendirme yaparken güçlüklerle karşılaşılabilir. Hastane, bakımevi, kendi evlerinde ya da huzurevlerinde kalan yaşlı ve yatalak hastaların bireylerin beslenme durumlarının saptanması için farklı değerlendirme yöntemlerinin kullanılması tavsiye edilir. Bireylerin beslenme

durumlarını saptarken kişilerin antropometrik ölçümler, besin tüketimi, biyokimyasal testler ve bulgulardan istifade edinilir (Sahyoun, Jacques, Dallal, & Russell, 1997; Alan, 2017). Bunların dışında bireylerin beslenmelerinin değerlendirilmesi ve beslenme durumlarının taranması amacıyla bazı araçlardan istifade edilmektedir. Bu araçlardan; SGA (Subjektif Global Değerlendirme-Subjective Global Assessment), MUST (Malnütrisyon Ünlversal Tarama Aracı-Malnutrition Universal Screening Tool), MNA (Mini Nütrisyonel Değerlendirme-Mini Nutritional Assessment), GNRI (Geriatik Nütrisyonel Risk İndeksi-Geriatric Nutritional Risk Index) ve NSIC (Nütrisyonel Tarama Başlangıç Kontrolü-Nutritional Screening Initiative Checklist) geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ve sık çalışılmış tarama araçlarıdır. ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, 2002) tarama ve saptama amacıyla kullanılan MNA'nın evde yaşlı bakım hizmeti alan bireylerin yanı sıra hastanelerde de kullanılmasını tavsiye etmiştir (Özgüneş, 2013).

Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA): ESPEN yaşlı bireylerde kullanılmasını tavsiye etmiştir (Kondrup, Allison, Elia, Vellas, & Plauth, 2003). Evde bakım hizmeti alan, bakım evlerinde kalan veya klinikte tedavi gören yaşlı bireylerde malnütrisyon varlığını ve malnütrisyon riskini saptamak amacıyla MNA testi kullanılır (Adıgüzel, 2016). Geriatri hastalarında malnütrisyon varlığını tespit eden MNA, malnütrisyon riski altındaki hastaların da önceden saptanmasını sağlayan güvenilir bir tarama aracı olarak kabul edilmektedir (Arioğul, 2013). MNA, yaşlılarda beslenme durumu üzerinde etkisi olan fiziksel ve mental durumu da sorguladığından, klinikte tedavi gören hastaların malnütrisyon tespitinin yanı sıra polikliniğe gelen hastaların malnütrisyon durumlarının tespiti için de etkin bir tarama aracıdır. Bunlara ek olarak beslenme destek tedavilerinin değerlendirilmesinde de güvenli sonuçlar vermektedir

(Arioğul, 2013; Adıgüzel, 2016). Tarama ve saptama araçlarını içerisinde bulunduran MNA'nın Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması 2013 yılında Sarıkaya tarafından yapılmış geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır (Sarıkaya D. , 2013). Tarama testleri arasında geçerliliği ve etkinliği en çok kanıtlanmış tarama testi MNA'dır (Pekcan G. , 2014; Bendich, 2009; Vellas & Anthony, 2006; Adıgüzel, 2016).

Nütrisyonel Risk Taraması 2002 (NRS-2002): ESPEN'in 2002 yılında geliştirildiği yaygın, güvenilir, hızlı ve kullanılması kolay bir tarama testidir. Ülkemizde geçerlilik-güvenilirlik çalışması Kondrup ve ark. tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Daha çok malnütrisyon riski olan, hastanede yatan ve akut hastalık geçiren hastalarda beslenmenin yeterliliğini sorgulayan bir tarama testidir. 18 yaş ve üzeri tüm bireyler için uygulanabilen bir tarama testidir. Teste alınan toplam puan 3 puanın altında ise hasta haftada bir taranmaya devam edilir. Majör operasyon planlanıyorsa yine bir nütrisyon planı geliştirilir. Testten alınan toplam puan 3 puan ve üzerinde ise hasta malnütrisyon riski altındadır ve hastaya hemen nütrisyon planı başlanır. Testin odaklandığı hasta grubu akut bakıma alınmış ve besin ihtiyacı olan hastalardır (Kondrup, Rasmussen, Hamberg, Stanga, & An ad hoc ESPEN Working Group, 2003).

2.3. Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

İnsanların yaşam süreleri arttıkça uzun yaşamanın değil hayattan daha çok haz almayı ve kalan yaşam süresini daha kaliteli geçirmenin yollarını aramaktadır. İlk olarak ikinci dünya savaşı sırasında ortaya çıkan ve kullanılmaya başlanılan yaşam kalitesi kavramı barınma, çevre ve sağlık gibi birçok alanda yayılmıştır. Bireyin genel

iyilik halini tanımlayan yaşam kalitesi, yaşamdan keyif alma ve hoşnut olmanın göstergesidir (Aydemir & Kasım, 2000). Yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetlerinde araştırma alanında kullanılırken politikacılar, hükümetler, reklam ajansları günlük yaşamda kullanmıştır (Gellert & A., 1993; Holmes, 2005)

2.3.2. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi çok çeşitli sonuçları içerisinde bulunduran bir terimdir. Yaşam kalitesi bireyin yaşamında gerçekleşen durumlar göz önünde bulundurularak yaşamında meydana gelen olumlu değişimlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Turan & İncesu, 2017). Taylor ve arkadaşlarına göre yaşam kalitesi felsefi olarak; insanın kaliteli yaşaması ve var olmasının özü, etik olarak; yaşamın kutsallığını ön planda tutma, finansal olarak; kişi başına düşen gayri safi milli hâsılanın artmasını ve her bireyin eşit yaşam standartlarına ulaşmasını bekleme, psikolojik olarak; hedefleri gerçekleştirme ve yaşama verilen değeri ifade etmektedir (Taylor, Gibson, & Franck, 2008). Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) yaşam kalitesini “yaşanılan kültür ve değerler sistemi içerisinde bireyin amaç, beklenti, standart ve ilgileri doğrultusunda hayattaki yerini algılaması” olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesi kavramının kişilerin içerisinde bulunduğu sosyal, kültürel ve çevresel kavramlarla bir bütün olmuş öznel/nitel bir değerlendirme sonucu oluştuğunun altını çizmektedir (World Health Organization, 1998; Uçakkuş, 2018). Yaşam kalitesi ile sağlıklı olma durumu arasında doğrudan bir ilişkili bulunmaktadır. Bundan dolayı yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hizmete erişebilmek ve yeterince faydalanmakta alınan hizmetin niceliği kadar önemli bir yer tutmaktadır (Turan & İncesu, 2017)

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi değerlendirilirken, biyolojik, psikolojik, kültürel, manevi ve sosyo-yapısal özelliklerin hepsinin göz önünde bulundurulması gerektirmektedir (Santos, Santos, Fernandes, & Henriques, 2002).

Sağlığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi değerlendirilirken yararlanılan ölçekler genel ölçekler ve hastalığa özgü ölçekler olmak üzere iki grup halinde sınıflandırılabilir:

Genel ölçekler belirli bir hastalık grubuna özel geliştirilmeyen bu ölçekler tüm toplumda kullanılabilen ve kapsamlı değerlendirme yapan ölçeklerdir. Belirli bir hastalık grubuna özgü olmamalarından dolayı bazı hastalıkların yaşam kalitesi üzerine olan etkisi saptamada hastalığa özgü ölçeklere göre daha az duyarlıdırlar. Jenerik ölçekler yaşam kalitesinde meydana gelen küçük değişiklikleri saptamada yetersiz kalabilirler. Bu ölçeklerin en büyük avantajları ise farklı hastalık grupları ile toplum arasında karşılaştırma yapabilmeyi mümkün kılmalarıdır (Koltarla, 2008; Adıgüzel, 2016). Değerlendirmelerde en sık kullanılan genel yaşam kalitesi ölçekleri Avrupa Beş Boyutlu Kalite Ölçeği (EuroQol), SF 36, WHOQOL, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ), Mc Master Sağlık İndeksi, Hastalık Etki Profili (SIP), Nothingam Sağlık Profili (NHP)'dir (Arslan & Ağırbaş, 2017; Güler E. , 2018).

SF-36 (Kısa form-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği: Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin tasarlanma amacı klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanmaktır (Ware & Sherbourne, 1992). Kişinin yaşam kalitesini sekiz konuda 36 soruyla değerlendiren yaşam kalitesi ölçeğidir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı,

genel sağlık algısı ölçeğin değerlendirdiği konulardır (Lehimcioğlu, 2021). Alt başlıkları sağlığı 0-100 arasında değerlendirmekte ve “0” kötü sağlık durumunu göstermektedir. Ölçekte son dört hafta ve son bir hafta içerisindeki sağlıktaki değişim algısını iğereren maddeler bulunmaktadır (Göçgeldi, et al., 2008). Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik alışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez, & Memiş, 1999).

Hastalığa özgü ölçekler ise belirli bir hastalığın, hastalıkla ilişkili olan semptomların veya fonksiyonel bozuklukların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini saptamak amacıyla geliştirilen ölçeklerdir. Hastalığa özgü olan tedavinin sağlık üzerine olan etkilerine odaklanan bu ölçekler bireylerin yaşam kalitesinde gerçekleşen küçük değişimlerin kolayca saptanmasını sağlarlar. Ölçeklerin puanlama sistemi birbirinden farklı olmasından dolayı hem ölçekler arasında hem de farklı hastalık gruplarının yaşam kalitesine etkilerini değerlendirmelerinden dolayı arasında karşılaştırma yapılmamaktadır (Koltarla, 2008; Adıgüzel, 2016). Değerlendirmelerde en sık kullanılan hastalığa özgü ölçekler Kanseri Rehabilitasyon Değerlendirme Sistemi (CARES), Kanseri Tedavisinin Fonksiyonel Olarak Değerlendirilmesi (BACT), Avrupa Kanseri Araştırma ve Tedavi Organizasyonu (EORTC), Fonksiyonel Yaşam İndeksi – Kanseri (FLIC), Spitzer Yaşam Kalitesi Dizini (SQLI)’dir (Güler E. , 2018).

2.4. Yaşlanma

Yaşlanma; organizmanın hücre, doku ve sistemler düzeyinde zamanla ortaya çıkan, geri dönüşü mümkün olmayan, fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin tamamını kapsayan fizyolojik bir süreçtir. Doğumla birlikte başlayan yaşlanma süreci boyunca organizmalar ölüme kadar çok sayıda değişiklik geçirir. Dinamik bir süreç olan yaşlanma kişiden kişiye farklılık gösterir. Bu dinamik sürecin son bölümü ise yaşlılık olarak adlandırılmaktadır. Yaşlılık döneminin başlangıcı toplumdan topluma ve hatta aynı toplum içinde yıllar içinde fizyolojik ve psikolojik yaşa fizyolojik ve psikolojik yaşa, cinsiyete, eğitim düzeyine, ekonomik koşullara göre de değişkenlik gösterir (Aslan & Hocaoglu, 2017). DSÖ yaşlılığı; özürllülük sayısında artış ve başka bireylere daha çok muhtaç olma şeklinde tanımlanmıştır. DSÖ yaşlılık sınırını 65 yaş ve üzeri olarak belirlenmiştir (Yiğitbaş & Deveci, 2016; Aslan & Hocaoglu, 2017).

2.4. 1. Yaşlanma ve Hastalık Yüğü

DSÖ'nün 2013 yılında dünya hastalık yüğü ile ilgili yayınlamış olduğı çalışmada sosyoekonomik düzeylerine göre sınıflandırılan ülkelerin hastalık yüğüleri anlatılmıştır. Bu sıralamaya göre özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde 60 yaş ve üstü kişilerde hastalık yüğü açısından ilk sırada duysal bozukluklar yer almaktadır. Duysal bozuklukların yanı sıra KOAH, sırt boyun ağrıları, diyabet, düşmeler, depresyon düşük ve orta gelirli ülkelerde hastalık yüküne neden olmaktadır. Yüksek gelirli ülkelerde ise diyabet, demans ve osteoartrit en fazla fonksiyon kaybı ve finansal yüğe neden olan hastalıklardır. Demans; yüksek gelirli ülkelerde yaşlı nüfusun diğer ülkelere kıyasla daha fazla olmasından, ortalama yaşam süresinin daha uzun olmasından ve daha iyi tanı

koşullarının olmasından dolayı en fazla mali yüke neden olan bir hastalıktır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan insanların yaşam boyu gürültü ve güneş ışığı gibi birçok etkene daha fazla maruz kalması duyuşal bozuklukların daha fazla görölmesine neden olmuştur. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kapalı ve açık hava kirleticilerin daha fazla olması KOAH görölme oranının gelişmiş ülkelere göre fazla olmasına neden olmuştur (Tekin & Kara, 2018)

2.4.2. Türkiye’de Yaşlılık

OECD ülkeleriyle kıyaslandığında Türkiye, beklenen ortalama yaşam süresinin artış gösterdiği ülkeler arasındadır. Türkiye’de ortalama yaşam süresi 1990 yılında 64,2; 2000 yılında 70; 2018 yılında ise 76 yıl olarak gerçekleşmiştir. 2021 yılında ülkemizde 65 ve üstü yaşa sahip 8 milyon 245 bin 124 kişi vardır (TÜİK, 2021). Türkiye’de yaşlı nüfus 2023 itibariyle 8.600.000 kişi; 2050 itibariyle ise 19.442.000 kişi olarak beklenmektedir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının ise artarak Dünya’da %32’ye, Türkiye’de ise %16’ya yükselmesi beklenmektedir. Artan yaşlı nüfus oranın genç nüfus oranını geçeceği ve bu durumdan gelişmekte olan ülkelerin büyük ölçüde etkileneceği belirtilmektedir. Gelişen sosyal ve sağlık hizmetleri ülkemizde beklenen ortalama yaşam süresini arttırmakta; bunun sonucunda yaşlı nüfusumuzun toplam nüfusumuz içerisindeki oranı hızlı bir artış göstermektedir. Bu bağlamda, ülkemizdeki yaşlı nüfusun çoklu ihtiyaçlarının bütüncül bir yaklaşımla karşılanması gün geçtikçe daha zaruri bir hâle gelmektedir (Çapcıoğlu & Alpay, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi

Bu araştırmanın bölgesini Tokat il merkezinde bulunan Tokat Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri 599 hasta bireyin adresleri oluşturmuştur.

3.2. Araştırma Modeli

Bu araştırma Tokat il merkezinde evde sağlık hizmeti alan 65 ve üzeri yaş grubu bireylerin beslenme durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma evrenini Mart 2021 itibariyle Tokat il merkezinde bulunan Tokat Devlet Hastanesi'nden alınan verilere göre Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri 599 hasta birey oluşturmuştur. Birime kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu 599 kişilik araştırma evreninden %95 güven aralığında, %50 beklenen frekans ve yüzde 5 hata payı kullanılarak minimum örneklem büyüklüğü 235 olarak hesaplanmış olup çalışmaya 299 kişi katılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri toplanırken anket formundan faydalanılmıştır. Araştırmacının yaptığı konuya ilişkin literatür taraması eşliğinde ve tez danışmanının tavsiyeleri doğrultusunda 7 birey ile ön uygulama yapılarak anket üzerinde anlaşılmayan veya yanlış anlaşılma yol açabilecek sorular düzeltildikten sonra anket formu son halini almıştır. Anket formunda 78 soru yer almakta olup birinci bölümünde sosyodemografik bilgileri içeren 18 soru bulunmaktadır. İkinci bölüm beslenme tarama ölçeklerinden oluşmaktadır. İkinci bölümde yer alan beslenme ölçeklerinden NRS-2002 beslenme tarama ölçeğinde 6 soru, MNA beslenme tarama ölçeğinde 18 soru bulunmaktadır. Üçüncü bölümde yaşam kalitesini ölçmek amacıyla 36 sorudan oluşan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği yer almaktadır.

3.5. Verilerin Toplanması

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 01.04.2021 tarihli 21-KAEK-100 sayılı Etik Kurul onayı alınmıştır. Verilerin toplanması amacıyla hazırlanan anket formu, 01.05.2021-01.10.2021 tarihleri arasında hastalar Tokat Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri biriminde kayıtlı telefon numaralarından aranarak araştırma hakkında gerekli tüm bilgiler verilip çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hasta ve hasta yakınlarına telefonla görüşülerek uygulanmıştır. Araştırmaya katılan bireyler yalnızca bir kez değerlendirilmiştir. Toplamda 311 hasta/hasta yakını ile görüşülmüş 299 hastaya ait veri değerlendirmeye alınmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Nütrisyonel Risk Taraması Ölçeği (NRS-2002), yetişkin hastalarda beslenme yetersizliği riski altındaki hastayı teşhis etmek amacıyla yaygın olarak kullanılan beslenme tarama ölçeğidir. NRS-2002, ESPEN'in hastanede yatan hastalarda kullanılmasını tavsiye ettiği tarama testleri arasında yer almaktadır (Damar & Savcı, 2021; Cederholm, et al., 2015). İki bölümden oluşan NRS-2002, birinci bölümünde dört soru bulunmaktadır. Bu sorulardan herhangi birine evet cevabı verilmesi durumunda ikinci bölüme geçilir. Soruların hepsine hayır cevabı verilmesi durumunda hastanın hastanede yattığı süre boyunca haftada bir test tekrarlanır. İkinci bölüm, nütrisyon durumundaki bozulma ve hastalık şiddeti bölümü olmak üzere iki ana başlıktan oluşmaktadır. Her iki başlık altındaki sorulardan en yüksek 3 puan ve her iki bölümden alınabilecek toplam puan 6'dır. Hastanın yaşı 70 yaş ve üzerinde ise alınan puana bir puan daha eklenerek hastanın toplam NRS-2002 puanı elde edilir. Toplam skor 3 ve üzeri ise hasta malnütrisyon riski altındadır. Malnütrisyon riski olan hastaya nütrisyon planı başlatılması gerekmektedir. Toplam skor 3'ün altında ise normal nütrisyonel durum anlamına gelir ve hastaya haftada bir tekrar tarama yapılmaya devam edilir (Selçuk Z. G., 2021). Bizim çalışmamızda NRS-2002 beslenme tarama ölçeğinin cronbach alfa değeri -3,794 olarak hesaplanmıştır.

Mini Nütrisyon Değerlendirme [Mini Nutritional Assessment (MNA)], 1994 yılında hastane yatan ve bakım evlerinde kalan yaşlı bireylerin beslenme durumlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir tarama aracıdır. MNA, bireylerin besin tüketimini, antropometrik ölçümlerini, ilaç kullanımını, yaşam alışkanlıklarını ve sağlık sorunlarının subjektif değerlendirmesini içermektedir. MNA'nın kısa ve uzun form olmak üzere iki ayrı formu vardır. 18 sorudan oluşan MNA'nın uzun formunun

değerlendirmesine göre alınan toplam puan 24 ve üzeri ise hastalar “iyi beslenmiş”, 17 ile 23,5 puan arasında ise “malnütrisyon riski altında” ve 17 puanın altında ise “malnütrisyonlu” olarak kabul edilmektedir. MNA’nın yaşlı kanser hastalarında ve palyatif kemoterapi alan ileri kanser hastalarında %96 duyarlılık ve %98 özgüllüğe sahip olması nedeniyle bu hasta grubunun beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmiştir (Akmansu & Kanyılmaz, 2020). Bizim çalışmamızda MNA beslenme tarama ölçeğinin cronbach alfa değeri 0,563 olarak hesaplanmıştır.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form, Ware tarafından 1992 yılında geliştirilen ölçek Koçyiğit tarafından 1999 yılında geçerlik güvenirlik çalışması yapılarak Türkçe’ye uyarlamıştır (Koçyiğit H. , 1999). Ölçek 36 soru ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar fiziksel fonksiyon (10 soru), fiziksel rol güçlüğü (4 soru), emosyonel rol güçlüğü (3 soru), enerji/canlılık/vitalite (4 soru), ruhsal sağlık (5 soru), sosyal işlevsellik (2 soru), ağrı (2 soru) ve genel sağlık algısıdır (5 soru). SF-36 alt boyutlarını kapsayan sorulara verilen cevapların aldığı ağırlıklı puanlar toplanarak mental sağlık ve fiziksel sağlık alt boyut puanları bulunmaktadır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puanı yoktur. Elde edilen alt boyut puanları sıfır ile yüz arasında değişmektedir. “0” puan kötü sağlığı, “100” puan iyilik durumunu ifade etmektedir (Açar, Karataş, & Özgönül, 2021). Bizim çalışmamızda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin cronbach alfa değeri 0,883 olarak hesaplanmıştır. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği sorularına verilen cevaplara göre alınan puanlar tablo 3.6.1.’de gösterilmiştir. SF-36 alt boyut puanlarının hesaplanması tablo 3.6.2.’de gösterilmiştir.

Tablo 3.6.1. SF-36 Ölçeğinin Sorularına Verilen Cevaplara Göre Alınan Puanlar

SORU	VERİLEN CEVAP	ALINAN PUAN
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	50
	3	100
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100

Tablo 3.6.2. SF-36 Ölçeğini Oluşturan ve 8 Farklı Sağlık Boyutunu Temsil Eden Alt Boyutlar ve Bu Alt Boyutlara Dâhil Olan Soru Numaraları

ALT BOYUT PUANLARI	ALINAN PUANIN HESABI
Fiziksel Fonksiyon	(3+4+5+6+7+8+9+10+11+12)/10
Fiziksel Rol Güçlüğü	(13+14+15+16)/4
Ağrı	(21+22)/2
Genel Sağlık Algısı	(1+33+34+35+36)/5
Enerji Canlılık Vitalite	(23+27+29+31)/4
Sosyal İşlevsellik	(20+32)/2
Emosyonel Rol Güçlüğü	(17+18+19)/3
Ruhsal Sağlık	(24+25+26+28+30)/5

Beden Kütle İndeksi (BKİ), obeziteyi belirlemek için çoğunlukla BKİ tercih edilmektedir. BKİ, bireyin kilogram cinsinden vücut ağırlığının, metre cinsinden boy uzunluğunun karesine ($BKİ=kg/m^2$) bölünmesiyle bulunmaktadır. BKİ boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının tahmin edilmesine yardımcı olmaktadır. BKİ kullanılarak vücuttaki yağ dağılımı ölçülemez. DSÖ uluslararası obezite sınıflandırmasında BKİ'si <18,5 Zayıf (Düşük kilo), 18,5-24,9 Normal, 25,0-29,9 Fazla Kilolu (Toplu, Hafif Şişman), $\geq 30,0$ Şişman (Obez) olarak adlandırılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

3.7. Verilerin İstatiksel Analizi

Nitel verilerin değerlendirilmesinde sayı (n) ve yüzde (%) değerleri hesaplanmış ve istatistiksel önemlilikler Ki-kare testi (χ^2) ile belirlenmiştir. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve kuvveti için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. İki kategoriden oluşan değişkenler için bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla kategoriden oluşan değişkenler için ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA testinin sonucunda homojen dağılan varyansların farklılığının

hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığını belirlemek amacıyla Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Veriler %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışmanın verilerinin analizinde IBM SPSS Statistics Versiyon 20.0 paket programından yararlanılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinlerin alınması için geçen süre nedeniyle çalışma planlanan tarihten 1 ay geç başlamıştır. Covid 19 pandemisi nedeniyle çalışma telefonla görüşülerek yapılmış bu da beraberinde iletişim güçlüklerinin yaşanmasına sebep olmuştur. Tokat Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri biriminden alınan bazı hasta kayıtlarının ve hasta telefonlarının güncel olmaması çalışmanın ilerleyişini yavaşlatmıştır. Çalışma sırasında hastalardan çok hasta yakınları iletişime geçilmiş ve gerekli bilgilerin alınmasında çeşitli güçlüklerin yaşanmasına sebep olmuştur. Çoğunluğu yatağa bağımlı olan evde sağlık hizmeti alan hastaları arasından verilerinin doğruluğu şüpheli olduğu belirtilen ve antropometrik ölçümleri yapılamayan bireylerin verileri iptal edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu araştırma, Tokat il merkezinde yaşayan Tokat Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı 107 erkek (%35,8) ve 192 kadın (%64,2) olmak üzere toplam 299 evde bakım hastası ile yürütülmüştür.

4.1. Sosyodemografik Özelliklere Ait Bulgular

Araştırma grubunun sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.1.1’de verilmiştir. Katılımcıların %35,8’i (n=107) erkek, %64,2’i (n=192) kadındır. Minimum yaş 65 ve maksimum yaş 99’dur. Bireylerin yaş ortalaması $80,71 \pm 8,99$ yıl olup erkeklerde yaş ortalaması $79,94 \pm 8,77$ yıl; kadınlarda $81,11 \pm 9,15$ yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların %14’ü (n=42) 65-69 yaş aralığında (erkeklerde %40,5; kadınlarda %59,5), %30,1’i (n=90) 70-79 yaş aralığında (erkeklerde %35,6; kadınlarda %64,4), %36,8’i (n=110) 80-89 yaş aralığında (erkeklerde %36,4; kadınlarda %63,6), %19,1’i (n=57) 90-99 yaş aralığındadır (erkeklerde %31,6; kadınlarda %68,4). Katılımcıların kilo ortalaması $72,53 \pm 18,07$ (erkeklerde $73,46 \pm 13,73$, kadınlarda $71,46 \pm 20,03$) olup minimum 40 kg (erkeklerde 45, kadınlarda 40) ve maksimum 150 (erkeklerde 120, kadınlarda 150) kg’dır. BKİ ortalaması $27,8 \pm 7,26$ (erkeklerde $26,42 \pm 4,57$; kadınlarda $28,57 \pm 8,31$) kilogram/m²’dir. Örneklem grubunun BKİ dağılımına baktığımızda bireylerin %4,3’ü zayıf (18,5 altı); (erkek %15,4; kadın %84,6), %33,2’i normal kilolu (18,5-24,99); (erkek %36,5; kadın %63,5), %31,4’ü fazla kilolu (25-29,99); (erkek %46,8; kadın %53,2), %31,1’i obez (30 ve üzeri); (erkek %26,9; kadın %73,1)’dir. Sosyal güvence durumuna göre katılımcıların %97’si sosyal

güvenceye sahip, %3'ü herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir. Katılımcıların %58,9'u bekâr, %41,1'si evlidir. Eğitim düzeyine göre dağılımda katılımcıların %43,5'i okuryazar değil, %17,1'i okuryazar, %30,4'ü ilkokul mezunu, %9,0'u ortaokul ve üzeri bir okuldan mezundur. Bireylerin beraber yaşadığı aile üyeleri durumuna göre %5,4'ü yalnız, %22,1'i eşi ile %18,3'ü eşi ve çocuklarıyla, %51,2'si çocuklarıyla, %3'ü bakıcı ile yaşamaktadır. Beraber yaşadığı birey sayısına göre %5,4'ü yalnız, %26,4'ü bir kişiyle, %26,7'si iki-üç kişiyle, %41,5'i dört ve üzeri kişiyle birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların %89'unun bakım vericisi var, %11'inin bakım vericisi yoktur. Evde sağlık hizmetleri ekibinin katılımcıları ziyaret sıklığı %89'u çağrılınca, %1,7'si yılda 1 defa, %7,6'sı ayda 1 defa, %1,7'si haftada 1 defadır. Evde bakım alış süresi %38,8'i 0-1 yıl, 28,8'i 1-2 yıl, %12,7'si 2-3 yıl, %7'si 3-4 yıl, %12,7'si 4 yıl üzeridir. Bireylerin tanısı konulmuş hastalık sayısı %17,7'sinin 1, %33,1'inin 2, %26,1'inin 3, %23,1'inin 4 ve üzeridir. Katılımcıların sigara içme durumuna bakıldığında %78,3'ü hiç sigara içmemiş, %20,4'ü sigarayı bırakmış, %1,3'ü sigara içiyordur. Katılımcıların alkol kullanma durumuna bakıldığında %92,7'si hiç alkol kullanmamış, %7'si alkol kullanmayı bırakmış, %0,3'ü alkol kullanmaktadır. Bireylerin genel sağlık durumuna baktığımızda %28,8'i kötü, %48,1'i orta, %23,1'i iyidir (Tablo 4.1.1.).

Tablo 4.1.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	107	35,8
Kadın	192	64,2
Yaş Grubu		
65-69	42	14,0
70-79	90	30,1
80-89	110	36,8
90-99	57	19,1
BKİ		
Zayıf	13	4,3
Normal Kilolu	99	33,2
Kilolu	94	31,4
Obez	93	31,1

Tablo 4.1.1. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı
(Devamı)

Sosyal Güvence Sosyal Güvencesi Var Sosyal Güvencesi Yok	290 9	97,0 3,0
Medeni Durum Bekâr Evli	176 123	58,9 41,1
Eğitim Durumu Okuryazar Değil Okuryazar İlkokul Ortaokul ve Üzeri	130 51 91 27	43,5 17,1 30,4 9,0
Beraber Yaşadığı Aile Üyeleri Yalnız Eşi ile Eşi ve Çocukları ile Çocukları ile Bakıcı ile	16 66 55 153 9	5,4 22,1 18,3 51,2 3,0
Hasta ile Yaşayan Birey Sayısı 0 1 2-3 4 ve üzeri	16 79 80 124	5,4 26,4 26,7 41,5
Bakım Verici Var Yok	266 33	89,0 11,0
Evde Bakım Ekibinin Ev Ziyareti Sıklığı Çağrılınca Yılda 1 Defa Ayda 1 Defa Haftada 1 Defa	266 5 23 5	89,0 1,7 7,6 1,7
Evde Bakım Alış Süresi 0-1 yıl 1-2 yıl 2-3 yıl 3-4 yıl 4 yıl üzeri	116 86 38 21 38	38,8 28,8 12,7 7,0 12,7
Bireylerin Tanısı Konulmuş Hastalık Sayısı 1 2 3 4 ve üzeri	53 99 78 63	17,7 33,1 26,1 23,1
Sigara İçme Durumu Hiç İçmedim Bıraktım İçiyorum	234 61 4	78,3 20,4 1,3
Alkol Kullanma Durumu Hiç Kullanmadım Bıraktım Kullanıyorum	277 21 1	92,7 7,0 0,3
Genel Sağlık Durumu Kötü Orta İyi	86 144 69	28,8 48,1 23,1

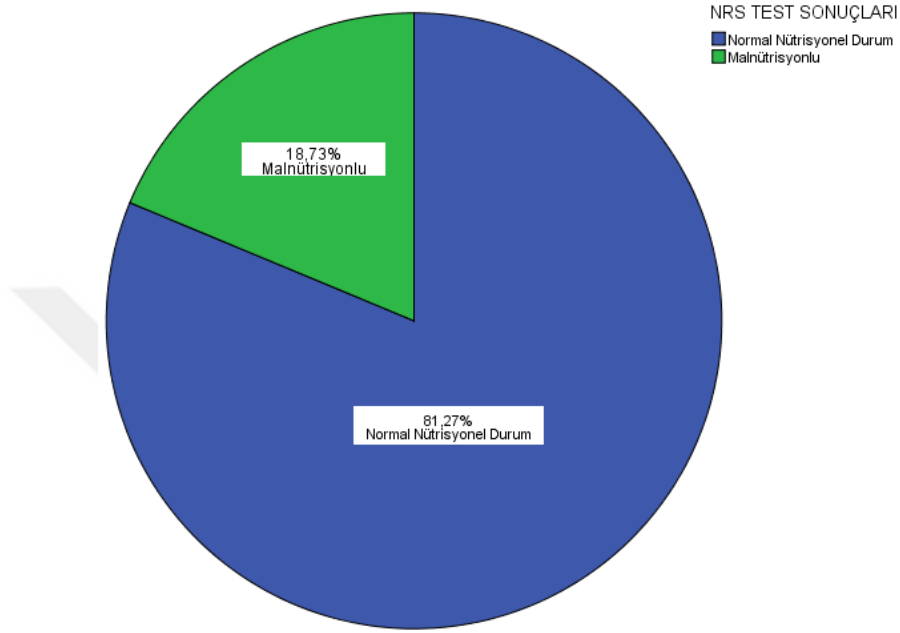
Katılımcıların hepsinde en az bir kronik hastalık vardır. Araştırma grubunda mevcut kronik hastalıklarının %27,5'i (n=196) hipertansiyon, %14,6'sı (n=104) kalp damar hastalıkları, %14,6'sı (n=104) diyabet, %12,6'sı (n=90) alzheimer, %5,9'u (n=42) serebrovasküler olay (SVO), %5,2'si (n=37) KOAH ve/veya astım, %3,6'sı (n=26) böbrek hastalıkları, %2,5'i (n=18) göz hastalıkları, %2,4'ü (n=17) osteoporoz, %2,4'ü (n=17) parkinson, %1,8'i (n=13) kanser, %1,3'ü (n=9) karaciğer- safra kesesi hastalıkları, %1,3'ü (n=9) epilepsi, %0,7'si (n=5) ülser-gastrit, %0,7'si (n=5) artrit, %0,3'ü (n=2) multiple skleroz, %2,7'si (n=19) diğer hastalıklardan oluşmaktadır. Örneklem grubunda en sık görülen üç kronik hastalık sırasıyla hipertansiyon (%27,5), kalp damar hastalıkları (%14,6) ve diyabet (%14,6)'tır (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. Araştırma Grubunun Tanısı Konulmuş Hastalıklarına Göre Dağılımı

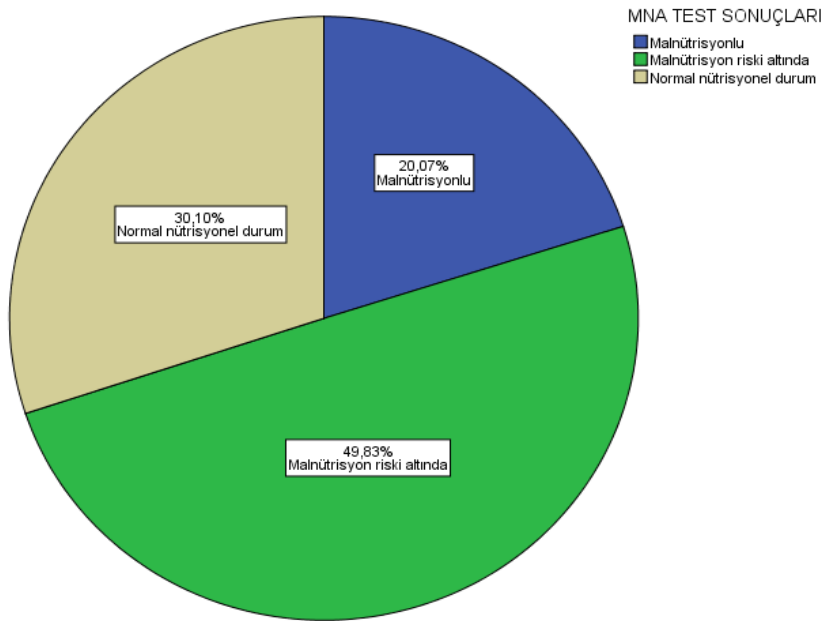
	Toplam (n:299)	
	n	%
Hipertansiyon	196	27,5
Kalp Damar Hastalıkları	104	14,6
Diyabet	104	14,6
Alzheimer	90	12,6
Serebrovasküler Olay(Svo)	42	5,9
KOAH ve/veya Astım	37	5,2
Böbrek Hastalıkları	26	3,6
Göz Hastalıkları	18	2,5
Osteoporoz	17	2,4
Parkinson	17	2,4
Kanser	13	1,8
Karaciğer, Safra Kesesi Hastalıkları	9	1,3
Epilepsi	9	1,3
Ülser-Gastrit	5	0,7
Artrit	5	0,7
Multiple Skleroz	2	0,3
Diğer	19	2,7

Katılımcıların NRS-2002 puanına bakıldığında 56 (%18,7) kişinin malnütrisyon riski altında, 243 (%81,3) kişinin normal nütrisyonel duruma sahip olduğu gözlemlenmiştir (Grafik 4.1.1.). MNA puanına göre malnütrisyon durumuna

bakıldığında %20,1'i malnütrisyonlu, %49,8'i malnütrisyon riski altında ve %30,1'i normal nütrisyonel duruma sahiptir (Grafik 4.1.2.).



Grafik 4.1.1. Araştırma Grubunun NRS-2002 Puanına Göre Dağılımı



Grafik 4.1.2. Araştırma Grubunun MNA Puanına Göre Dağılımı

Hastaların NRS-2002 puanı, MNA puanı ve SF-36 Alt Boyut puanlarının dağılımına baktığımız zaman ‘NRS-2002’ testinden alınan en düşük puan 0, en büyük puan 5 ve puan ortalaması $1,6 \pm 1,1$ ’dir. ‘MNA’ testinden alınan en düşük puan 4,5; en büyük puan 5 ve puan ortalaması $20,4 \pm 5,1$ ’dir. ‘Fiziksel Fonksiyon’ alt boyutundan alınan en düşük puan 0, en büyük puan 90 ve puan ortalaması $4,5 \pm 12,8$ ’dir. ‘Fiziksel Rol Güçlüğü’ alt boyutundan alınan en düşük puan 0, en büyük puan 100 ve puan ortalaması $8,3 \pm 15,1$ ’dir. ‘Emosyonel Rol Güçlüğü’ alt boyutundan alınan en düşük puan 0, en büyük puan 100 ve puan ortalaması $13,7 \pm 23,7$ ’dir. ‘Enerji Canlılık Vitalite’ alt boyutundan alınan en düşük puan 0, en büyük puan 100 ve puan ortalaması $35,4 \pm 20,6$ ’dır. ‘Ruhsal Sağlık’ alt boyutundan alınan en düşük puan 0, en büyük puan 100 ve puan ortalaması $57,4 \pm 20,3$ ’tür. ‘Sosyal İşlevsellik’ alt boyutundan alınan en düşük puan 0, en büyük puan 100 ve puan ortalaması $45,7 \pm 32,3$ ’tür. ‘Ağrı’ alt boyutundan alınan en düşük puan 0, en büyük puan 100 ve puan ortalaması $51,4 \pm 28,8$ ’dir. ‘Genel Sağlık Algısı’ alt boyutundan alınan en düşük puan 0, en büyük puan 100 ve puan ortalaması $32,8 \pm 24,5$ ’dir (Tablo 4.1.3.).

Tablo 4.1.3. Araştırma Grubunun NRS-2002 Skoru, MNA Skoru ve SF-36 Alt Boyut Skorlarının Dağılımı

	En Düşük	En Büyük	$\bar{x} \pm ss$
NRS-2002 Puanı	0,0	5,0	$1,6 \pm 1,1$
MNA Puanı	4,5	29,5	$20,4 \pm 5,1$
Fiziksel Fonksiyon	0,0	90,0	$4,5 \pm 12,8$
Fiziksel Rol Güçlüğü	0,0	100,0	$8,3 \pm 15,1$
Emosyonel Rol Güçlüğü	0,0	100,0	$13,7 \pm 23,7$
Enerji Canlılık Vitalite	0,0	100,0	$35,4 \pm 20,6$
Ruhsal Sağlık	0,0	100,0	$57,4 \pm 20,3$
Sosyal İşlevsellik	0,0	100,0	$45,7 \pm 32,3$
Ağrı	0,0	100,0	$51,4 \pm 28,8$
Genel Sağlık Algısı	0,0	100,0	$32,8 \pm 24,5$

NRS-2002 puanının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.1.4'de incelenmiştir. Cinsiyet gruplarının NRS-2002 puanlarına göre dağılımı incelendiğinde erkeklerin %77,6'sı (n=83) normal nütrisyonel duruma sahip; %22,4'ü (n=24) malnütrisyon riski altındadır. Kadınların %83,3'ü (n=160) normal nütrisyonel duruma sahip; %16,7'si (n=32) malnütrisyon riski altındadır. Yaş gruplarının NRS-2002 puanlarına göre dağılımı incelendiğinde 65-69 yaş grubunun %92,9'u (n=39) normal nütrisyonel duruma sahip; %7,1'i (n=3) malnütrisyon riski altındadır. 70-79 yaş grubunun %80'i (n=72) normal nütrisyonel duruma sahip; %20'si (n=18) malnütrisyon riski altındadır. 80-89 yaş grubunun %80,9'u (n=89) normal nütrisyonel duruma sahip; %19,1'i (n=21) malnütrisyon riski altındadır. 90-99 yaş grubunun %75,4'ü (n=43) normal nütrisyonel duruma sahip; %24,6'sı (n=14) malnütrisyon riski altındadır. BKİ sınıflarının NRS-2002 puanlarına göre dağılımı incelendiğinde zayıf bireylerin %46,2'si (n=6) normal nütrisyonel duruma sahip, %53,8'i (n=7) malnütrisyon riski altındadır. Normal kilolu bireylerin %80,8'i (n=80) normal nütrisyonel duruma sahip, %19,2'si (n=19) malnütrisyon riski altındadır. Kilolu bireylerin %79,8'i (n=75) normal nütrisyonel duruma sahip; %20,2'si (n=19) malnütrisyon riski altındadır. Obez bireylerin %88,2'si (n=82) normal nütrisyonel duruma sahip, %11,8'i (n=11) ise malnütrisyon riski altındadır. NRS-2002 puanı ile 'BKİ Sınıfı' arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Sosyal güvence durumlarının NRS-2002 puanına göre dağılımı incelendiğinde sosyal güvencesi olanların %81'i (n=235) normal nütrisyonel duruma sahip; %19'u (n=55) malnütrisyon riski altındadır. Sosyal güvencesi olmayanların %88,9'u (n=8) normal nütrisyonel duruma sahip; %11,1'i (n=1) malnütrisyon riski altındadır. Medeni durumun NRS-2002 puanına göre dağılımı incelendiğinde bekârların %80,1'i (n=141) normal nütrisyonel duruma sahip; %19,9'u

(n=35) malnütrisyon riski altındadır. Evlilerin %82,9'u (n=102) normal nütrisyonel duruma sahip; %17,1'i (n=21) malnütrisyon riski altındadır. Eğitim durumunun NRS-2002 puanına göre dağılımı incelendiğinde okuryazar olmayanların %80,8'i (n=105) normal nütrisyonel duruma sahip; %19,2'si (n=25) malnütrisyon riski altındadır. Okuryazar olanların %82,4'ü (n=42) normal nütrisyonel duruma sahip; %17,6'sı (n=1) malnütrisyon riski altındadır. İlkokul mezunu olanların %81,3'ü (n=74) normal nütrisyonel duruma sahip; %18,7'si (n=17) malnütrisyon riski altındadır. Ortaokul mezunlarının %80'i (n=8) normal nütrisyonel duruma sahip; %20'si (n=2) malnütrisyon riski altındadır. Lise ve üzeri okul mezunlarının %82,4'ü (n=14) normal nütrisyonel duruma sahip; %17,6'sı (n=3) malnütrisyon riski altındadır. Aile üyeleriyle beraber yaşama durumunun NRS-2002 puanına göre dağılımı incelendiğinde yalnız yaşayan hastaların %75'i (n=12) normal nütrisyonel duruma sahip; %25'i (n=4) malnütrisyon riski altındadır. Eşiyle birlikte yaşayan hastaların %83,6'sı (n=56) normal nütrisyonel duruma sahip; %16,4'ü (n=11) malnütrisyon riski altındadır. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların %81,5'i (n=44) normal nütrisyonel duruma sahip; %18,5'i (n=10) malnütrisyon riski altındadır. Çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların %81'i (n=124) normal nütrisyonel duruma sahip; %19'u (n=29) malnütrisyon riski altındadır. Bakıcıyla birlikte yaşayan hastaların %77,8'ü (n=7) normal nütrisyonel duruma sahip; %22,2'si (n=2) malnütrisyon riski altındadır. Hasta ile birlikte yaşayan birey sayısının NRS-2002 puanına göre dağılımı incelendiğinde tek başına yaşayan hastaların %75'i (n=12) normal nütrisyonel duruma sahip; %25'i (n=4) malnütrisyon riski altındadır. Yanında bir kişi ile yaşayan hastaların %83,5'i (n=66) normal nütrisyonel duruma sahip; %16,5'i (n=13) malnütrisyon riski altındadır. Yanında iki veya üç kişi ile yaşayan hastaların %83,8'i (n=67) normal nütrisyonel duruma sahip;

%16,2'si (n=13) malnütrisyon riski altındadır. Yanında dört ve daha fazla kişi ile yaşayan hastaların %79'u (n=98) normal nütrisyonel duruma sahip; %21'i (n=26) malnütrisyon riski altındadır. Bakım vericiye sahip olma durumunun NRS-2002 puanına göre dağılımı incelendiğinde bakım vericisi olanların %80,5'i (n=214) normal nütrisyonel duruma sahip; %19,5'i (n=52) malnütrisyon riski altındadır. Bakım vericisi olmayanların %87,9'u (n=29) normal nütrisyonel duruma sahip; %12,1'i (n=4) malnütrisyon riski altındadır. Evde bakım hizmeti alma süresinin NRS-2002 puanına göre dağılımı incelendiğinde 0-1 yıl aralığında evde bakım hizmeti alanların %79,1'i (n=68) normal nütrisyonel duruma sahip; %22,4'ü (n=26) malnütrisyon riski altındadır. 1-2 yıl aralığında evde bakım hizmeti alanların %79,1'i (n=68) normal nütrisyonel duruma sahip; %20,9'u (n=18) malnütrisyon riski altındadır. 2-3 yıl aralığında evde bakım hizmeti alanların %89,5'i (n=34) normal nütrisyonel duruma sahip; %10,5'i (n=4) malnütrisyon riski altındadır. 3-4 yıl aralığında evde bakım hizmeti alanların %85,7'si (n=18) normal nütrisyonel duruma sahip; %14,3'ü (n=3) malnütrisyon riski altındadır. 4 yıl üzeri evde bakım hizmeti alanların %86,8'i (n=33) normal nütrisyonel duruma sahip; %13,2'si (n=5) malnütrisyon riski altındadır. Hastalık sayısının NRS-2002 puanına göre dağılımı incelendiğinde bir hastalığı bulunan hastaların %79,2'si (n=42) normal nütrisyonel duruma sahip; %20,8'i (n=11) malnütrisyon riski altındadır. İki hastalığı bulunan hastaların %87,9'u (n=87) normal nütrisyonel duruma sahip; %12,1'i (n=12) malnütrisyon riski altındadır. Üç hastalığı bulunan hastaların %80,8'i (n=63) normal nütrisyonel duruma sahip; %19,2'si (n=15) malnütrisyon riski altındadır. Dört ve üzeri hastalığı bulunan hastaların %73,9'u (n=51) normal nütrisyonel duruma sahip; %26,1'i (n=18) malnütrisyon riski altındadır. Genel sağlık durumunun NRS-2002 puanına göre dağılımı incelendiğinde genel sağlık durumu kötü olan bireylerin %65,1'i

(n=56) normal nütrisyonel duruma sahip, %34,9'u (n=30) malnütrisyon riski altındadır. Genel sağlık durumu orta olan bireylerin %88,9'u (n=128) normal nütrisyonel duruma sahip, %11,1'i (n=16) malnütrisyon riski altındadır. Genel sağlık durumu iyi olan bireylerin %85,5'i (n=59) normal nütrisyonel duruma sahip, %14,5'i (n=10) ise malnütrisyon riski altındadır. NRS-2002 puanı ile 'Genel Sağlık Durumu' arasında yüksek düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$), (Tablo 4.1.4.).



Tablo 4.1.4. NRS-2002 Test Sonuçlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		NRS-2002 Test Sonucu		Toplam	
		Malnütrisyon Riski Altında	Normal Nütrisyonel Durum		
		n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Erkek	24 (22,4)	83 (77,6)	107 (100,0)	0,221
	Kadın	32 (16,7)	160 (83,3)	192 (100)	
Yaş Grubu	65-69	3 (7,1)	39 (92,9)	42 (100,0)	0,166
	70-79	18 (20,0)	72 (80,0)	90 (100,0)	
	80-89	21 (19,1)	89 (80,9)	110 (100,0)	
	90-99	14 (24,6)	43 (75,4)	57 (100,0)	
BKİ Sınıfı	Zayıf	7 (53,8)	6 (46,2)	13 (100,0)	0,004
	Normal	19 (19,2)	80 (80,8)	99 (100,0)	
	Kilolu	19 (20,2)	75 (79,8)	94 (100,0)	
	Obez	11 (11,8)	82 (88,2)	93 (100,0)	
Sosyal Güvence	Var	55 (19,0)	235 (81,0)	290 (100,0)	0,552
	Yok	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (100,0)	
Medeni Durum	Bekâr	35 (19,9)	141 (80,1)	176 (100,0)	0,541
	Evli	21 (17,1)	102 (82,9)	123 (100,0)	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değ.	25 (19,2)	105 (80,8)	130 (100,0)	0,999
	Okuryazar	9 (17,6)	42 (82,4)	51 (100,0)	
	İlkokul	17 (18,7)	74 (81,3)	91 (100,0)	
	Ortaokul	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (100,0)	
	Lise ve Üzeri	3 (17,6)	14 (82,4)	17 (100,0)	
Beraber Yaşadığı Aile Üyeleri	Yalnız	4 (25,0)	12 (75,0)	16 (100,0)	0,948
	Eşi İle	11 (16,4)	56 (83,6)	67 (100,0)	
	Eş ve Çocuklarıyla	10 (18,5)	44 (81,5)	54 (100,0)	
	Çocukları İle	29 (19,0)	124 (81,0)	153 (100,0)	
	Bakıcı İle	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (100,0)	
Hasta ile Yaşayan Birey Sayısı	0	4 (25,0)	12 (75,0)	16 (100,0)	0,703
	1	13 (16,5)	66 (83,5)	79 (100,0)	
	2-3	13 (16,2)	67 (83,8)	80 (100,0)	
	4 ve üzeri	26 (21,0)	98 (79,0)	124 (100,0)	
Bakım Verici	Var	52 (19,5)	214 (80,5)	266 (100,0)	0,302
	Yok	4 (12,1)	29 (87,9)	33 (100,0)	
Evde Bakım Alış Süresi	0-1 Yıl	26 (22,4)	90 (77,6)	116 (100,0)	0,401
	1-2 Yıl	18 (20,9)	68 (79,1)	86 (100,0)	
	2-3 Yıl	4 (10,5)	34 (89,5)	38 (100,0)	
	3-4 Yıl	3 (14,3)	18 (85,7)	21 (100,0)	
	4 Yıl Üzeri	5 (13,2)	33 (86,8)	38 (100,0)	
Hastalık Sayısı	1	11 (20,8)	42 (79,2)	53 (100,0)	0,142
	2	12 (12,1)	87 (87,9)	99 (100,0)	
	3	15 (19,2)	63 (80,8)	78 (100,0)	
	4 ve üzeri	18 (26,1)	51 (73,9)	69 (100,0)	
Genel Sağlık Durumu	Kötü	30 (34,9)	56 (65,1)	86 (100,0)	0,001
	Orta	16 (11,1)	128 (88,9)	144 (100,0)	
	İyi	10 (14,5)	59 (85,5)	69 (100,0)	

MNA puanının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.1.5'te incelenmiştir. Cinsiyet gruplarının MNA puanlarına göre dağılımı incelendiğinde erkeklerin %28'i (n=30) normal nütrisyonel duruma sahip; %53,3'ü (n=57) malnütrisyon riski altında; %18,7'si (n=20) malnütrisyonludur. Kadınların %31,2'si (n=60) normal nütrisyonel duruma sahip; %48'i (n=92) malnütrisyon riski altında; %20,8'i (n=40) malnütrisyonludur. Yaş gruplarının MNA puanlarına göre dağılımı incelendiğinde 65-69 yaş grubunun %35,7'si (n=15) normal nütrisyonel duruma sahip; %57,1'i (n=24) malnütrisyon riski altında; %7,1'i (n=3) malnütrisyonludur. 70-79 yaş grubunun %28,9'u (n=26) normal nütrisyonel duruma sahip; %53,3'ü (n=48) malnütrisyon riski altında; %17,8'i (n=16) malnütrisyonludur. 80-89 yaş grubunun %28,2'si (n=31) normal nütrisyonel duruma sahip; %50,9'u (n=56) malnütrisyon riski altında; %20,9'u (n=23) malnütrisyonludur. 90-99 yaş grubunun %31,6'sı (n=18) normal nütrisyonel duruma sahip; %36,8'i (n=21) malnütrisyon riski altında; %31,6'sı (n=18) malnütrisyonludur. BKİ sınıflarının MNA puanlarına göre dağılımı incelendiğinde zayıf bireylerin %23,1'i (n=3) malnütrisyon riski altında; %76,9'i (n=10) malnütrisyonludur. Normal kilolu bireylerin %19,2'si (n=19) normal nütrisyonel duruma sahip; %53,5'i (n=53) malnütrisyon riski altında; %27,3'ü (n=27) malnütrisyonludur. Kilolu bireylerin %34'ü (n=32) normal nütrisyonel duruma sahip; %50'si (n=47) malnütrisyon riski altında; %16'sı (n=15) malnütrisyonludur. Obez bireylerin %41,9'u (n=39) normal nütrisyonel duruma sahip; %49,5'i (n=46) malnütrisyon riski altında; %8,6'sı (n=8) malnütrisyonludur. MNA puanı ile 'BKİ Sınıfı' arasında yüksek düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Sosyal güvence durumlarının MNA puanına göre dağılımı incelendiğinde sosyal güvencesi olanların %29,7'si (n=86) normal nütrisyonel duruma sahip; %50'si (n=145)

malnütrisyon riski altında; %20,3'ü (n=59) malnütrisyonludur. Sosyal güvencesi olmayanların %44,4'ü (n=4) normal nütrisyonel duruma sahip; %44,4'ü (n=4) malnütrisyon riski altında; %11,1'i (n=1) malnütrisyonludur. Medeni durumun MNA puanına göre dağılımı incelendiğinde bekârların %30,7'si (n=54) normal nütrisyonel duruma sahip; %47,2'si (n=83) malnütrisyon riski altında; %22,2'si (n=39) malnütrisyonludur. Evlilerin %29,3'ü (n=36) normal nütrisyonel duruma sahip; %53,7'si (n=66) malnütrisyon riski altında; %17,1'i (n=21) malnütrisyonludur. Eğitim durumunun MNA puanına göre dağılımı incelendiğinde okuryazar olmayanların %29,2'si (n=38) normal nütrisyonel duruma sahip; %49,2'si (n=64) malnütrisyon riski altında; %21,5'i (n=28) malnütrisyonludur. Okuryazar olanların %27,5'i (n=14) normal nütrisyonel duruma sahip; %52,9'u (n=27) malnütrisyon riski altında; %19,6'sı (n=10) malnütrisyonludur. İlkokul mezunu olanların %34,1'i (n=31) normal nütrisyonel duruma sahip; %44'ü (n=40) malnütrisyon riski altında; %22'si (n=20) malnütrisyonludur. Ortaokul mezunlarının %30'u (n=3) normal nütrisyonel duruma sahip; %70'i (n=7) malnütrisyon riski altındadır. Lise ve üzeri okul mezunlarının %23,5'i (n=4) normal nütrisyonel duruma sahip; %64,7'si (n=11) malnütrisyon riski altında; %11,8'i (n=2) malnütrisyonludur. Aile üyeleriyle beraber yaşama durumunun MNA puanına göre dağılımı incelendiğinde yalnız yaşayan hastaların %31,3'ü (n=5) normal nütrisyonel duruma sahip; %56,3'ü (n=9) malnütrisyon riski altında; %12,5'i (n=2) malnütrisyonludur. Eşiyle birlikte yaşayan hastaların %26,9'u (n=18) normal nütrisyonel duruma sahip; %59,7'si (n=40) malnütrisyon riski altında; %13,4'ü (n=9) malnütrisyonludur. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların %29,6'sı (n=16) normal nütrisyonel duruma sahip; %48,1'i (n=26) malnütrisyon riski altında, %22,2'si (n=12) malnütrisyonludur. Çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların %30,7'si (n=47) normal

nütrisyonel duruma sahip; %46,4'ü (n=71) malnütrisyon riski altında, %22,9'u (n=35) malnütrisyonludur. Bakıcıyla birlikte yaşayan hastaların %44,4'ü (n=4) normal nütrisyonel duruma sahip; %33,3'ü (n=3) malnütrisyon riski altında, %22,2'ü (n=2) malnütrisyonludur. Hasta ile birlikte yaşayan birey sayısının MNA puanına göre dağılımı incelendiğinde tek başına yaşayan hastaların %31,3'ü (n=5) normal nütrisyonel duruma sahip; %56,3'ü (n=9) malnütrisyon riski altında, %12,5'i (n=2) malnütrisyonludur. Yanında bir kişi ile yaşayan hastaların %27,8'i (n=22) normal nütrisyonel duruma sahip; %55,7'si (n=44) malnütrisyon riski altında, %16,5'i (n=13) malnütrisyonludur. Yanında iki veya üç kişi ile yaşayan hastaların %30'u (n=24) normal nütrisyonel duruma sahip; %45'i (n=36) malnütrisyon riski altında, %25'i (n=20) malnütrisyonludur. Yanında dört ve daha fazla kişi ile yaşayan hastaların %31,5'i (n=39) normal nütrisyonel duruma sahip; %48,4'ü (n=60) malnütrisyon riski altında, %20,2'si (n=25) malnütrisyonludur. Bakım vericiye sahip olma durumunun MNA puanına göre dağılımı incelendiğinde bakım vericisi olanların %30,5'i (n=81) normal nütrisyonel duruma sahip; %48,5'i (n=129) malnütrisyon riski altında, %21,1'u (n=56) malnütrisyonludur. Bakım vericisi olmayanların %27,3'ü (n=9) normal nütrisyonel duruma sahip; %60,6'sı (n=20) malnütrisyon riski altında, %12,1'i (n=4) malnütrisyonludur. Evde bakım hizmeti alma süresinin MNA puanına göre dağılımı incelendiğinde 0-1 yıl aralığında evde bakım hizmeti alanların %26,7'si (n=31) normal nütrisyonel duruma sahip; %51,7'si (n=60) malnütrisyon riski altında, %21,6'sı (n=25) malnütrisyonludur. 1-2 yıl aralığında evde bakım hizmeti alanların %31,4'ü (n=27) normal nütrisyonel duruma sahip; %48,8'i (n=42) malnütrisyon riski altında, %19,8'i (n=17) malnütrisyonludur. 2-3 yıl aralığında evde bakım hizmeti alanların %21,1'i (n=8) normal nütrisyonel duruma sahip; %65,8'i (n=25) malnütrisyon riski altında,

%13,2'si (n=5) malnütrisyonludur. 3-4 yıl aralığında evde bakım hizmeti alanların %42,9'u (n=9) normal nütrisyonel duruma sahip; %42,9'u (n=9) malnütrisyon riski altında, %14,3'ü (n=3) malnütrisyonludur. 4 yıl üzeri evde bakım hizmeti alanların %39,5'i (n=15) normal nütrisyonel duruma sahip; %34,2'si (n=13) malnütrisyon riski altında, %26,3'u (n=10) malnütrisyonludur. Hastalık sayısının MNA puanına göre dağılımı incelendiğinde bir hastalığı bulunan hastaların %34'ü (n=18) normal nütrisyonel duruma sahip; %37,7'si (n=20) malnütrisyon riski altında, %28,3'ü (n=15) malnütrisyonludur. İki hastalığı bulunan hastaların %35,4'ü (n=35) normal nütrisyonel duruma sahip; %49,5'i (n=49) malnütrisyon riski altında, %15,2'si (n=15) malnütrisyonludur. Üç hastalığı bulunan hastaların %26,9'u (n=21) normal nütrisyonel duruma sahip; %55,1'i (n=43) malnütrisyon riski altında, %17,9'u (n=14) malnütrisyonludur. Dört ve üzeri hastalığı bulunan hastaların %23,2'si (n=16) normal nütrisyonel duruma sahip; %53,6'sı (n=37) malnütrisyon riski altında, %23,2'si (n=16) malnütrisyonludur. Genel sağlık durumunun MNA puanına göre dağılımı incelendiğinde genel sağlık durumu kötü olan bireylerin %14'ü (n=12) normal nütrisyonel duruma sahip; %46,5'i (n=40) malnütrisyon riski altında; %39,5'i (n=34) malnütrisyonludur. Genel sağlık durumu orta olan bireylerin %35,4'ü (n=51) normal nütrisyonel duruma sahip; %50,7'si (n=73) malnütrisyon riski altında; %13,9'u (n=20) malnütrisyonludur. Genel sağlık durumu iyi olan bireylerin %46,4'ü (n=32) normal nütrisyonel duruma sahip; %42'si (n=29) malnütrisyon riski altında; %11,6'sı (n=8) malnütrisyonludur. MNA puanı ile 'Genel Sağlık Durumu' arasında yüksek düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$), (Tablo 4.1.5.).

Tablo 4.1.5. MNA Test Sonuçlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

		MNA Test Sonucu			Toplam	
		Malnütrisyonlu	Malnütrisyon Riski Altında	Normal Nütrisyonel Durum		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Erkek	20 (18,7)	57 (53,3)	30 (28,0)	107 (100,0)	0,674
	Kadın	40 (20,8)	92 (48,0)	60 (31,2)	192 (100,0)	
Yaş Grubu	65-69	3 (7,1)	24 (57,1)	15 (35,7)	42 (100,0)	0,094
	70-79	16 (17,8)	48 (53,3)	26 (28,9)	90 (100,0)	
	80-89	23 (20,9)	56 (50,9)	31 (28,2)	110 (100,0)	
	90-99	18 (31,6)	21 (36,8)	18 (31,6)	57 (100,0)	
BKİ Sınıfı	Zayıf	10 (76,9)	3 (23,1)	0 (0,0)	13 (100,0)	0,001
	Normal	27 (27,3)	53 (53,5)	19 (19,2)	99 (100,0)	
	Kilolu	15 (16)	47 (50)	32 (34)	94 (100,0)	
	Obez	8 (8,6)	46 (49,5)	39 (41,9)	93 (100,0)	
Sosyal Güvence	Var	59 (20,3)	145 (50,0)	86 (29,7)	290 (100,0)	0,589
	Yok	1 (11,1)	4 (44,4)	4 (44,4)	9 (100,0)	
Medeni Durum	Bekâr	39 (22,2)	83 (47,2)	54 (30,7)	176 (100,0)	0,657
	Evli	21 (17,1)	66 (53,7)	36 (29,3)	123 (100,0)	
Eğitim Durumu	Okuryazar Değ.	28 (21,5)	64 (49,2)	38 (29,2)	130 (100,0)	0,638
	Okuryazar	10 (19,6)	27 (52,9)	14 (27,5)	51 (100,0)	
	İlkokul	20 (22,0)	40 (44,0)	31 (34,1)	91 (100,0)	
	Ortaokul	0 (0,0)	7 (70,0)	3 (30,0)	10 (100,0)	
	Lise ve Üzeri	2 (11,8)	11 (64,7)	4 (23,5)	17 (100,0)	
Beraber Yaşadığı Aile Üyeleri	Yalnız	2 (12,5)	9 (56,3)	5 (31,3)	16 (100,0)	0,948
	Eşi ile	9 (13,4)	40 (59,7)	18 (26,9)	67 (100,0)	
	Eş ve Çocukları İle	12 (22,2)	26 (48,1)	16 (29,6)	54 (100,0)	
	Çocukları İle	35 (22,9)	71 (46,4)	47 (30,7)	153 (100,0)	
	Bakıcı İle	2 (22,2)	3 (33,3)	4 (44,4)	9 (100,0)	
Hasta ile Yaşayan Birey Sayısı	0	2 (12,5)	9 (56,3)	5 (31,3)	16 (100,0)	0,868
	1	13 (16,5)	44 (55,7)	22 (27,8)	79 (100,0)	
	2-3	20 (25,0)	36 (45,0)	24 (30,0)	80 (100,0)	
	4 ve üzeri	25 (20,2)	60 (48,4)	39 (31,5)	124 (100,0)	
Bakım Verici	Var	56 (21,1)	129 (48,5)	81 (30,5)	266 (100,0)	0,345
	Yok	4 (12,1)	20 (60,6)	9 (27,3)	33 (100,0)	
Evde Bakım Alış Süresi	0-1 Yıl	25 (21,6)	60 (51,7)	31 (26,7)	116 (100,0)	0,265
	1-2 Yıl	17 (19,8)	42 (48,8)	27 (31,4)	86 (100,0)	
	2-3 Yıl	5 (13,2)	25 (65,8)	8 (21,1)	38 (100,0)	
	3-4 Yıl	3 (14,3)	9 (42,9)	9 (42,9)	21 (100,0)	
	4 Yıl Üzeri	10 (26,3)	13 (34,2)	15 (39,5)	38 (100,0)	
Hastalık Sayısı	1	15 (28,3)	20 (37,7)	18 (34,0)	53 (100,0)	0,223
	2	15 (15,2)	49 (49,5)	35 (35,4)	99 (100,0)	
	3	14 (17,9)	43 (55,1)	21 (26,9)	78 (100,0)	
	4 ve üzeri	16 (23,2)	37 (53,6)	16 (23,2)	69 (100,0)	
Genel Sağlık Durumu	Kötü	34 (39,5)	40 (46,5)	12 (14,0)	86 (100,0)	0,001
	Orta	20 (13,9)	73 (50,7)	51 (35,4)	144 (100,0)	
	İyi	8 (11,6)	29 (42,0)	32 (46,4)	69 (100,0)	

NRS-2002 test skor ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.1.6'da verilmiştir. Erkeklerde NRS-2002 skoru $1,7 \pm 1,3$ iken kadınlarda NRS-2002 skoru $1,5 \pm 1,1$ 'dir. Cinsiyet ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). 65-69 yaş grubunda NRS-2002 skoru $0,7 \pm 0,9$ 'dur. 70-79 yaş grubunda NRS-2002 skoru $1,7 \pm 1,1$ 'dir. 80-89 yaş grubunda NRS-2002 skoru $1,7 \pm 1,1$ 'dir. 90-99 yaş grubunda NRS-2002 skoru $1,9 \pm 1,2$ 'dir. Yaş grupları ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Zayıflarda NRS-2002 skoru $2,5 \pm 1,2$ 'dir. Normal kilolularda NRS-2002 skoru $1,7 \pm 1,1$ 'dir. Kilolularda NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,3$ 'tür. Obezlerde NRS-2002 skoru $1,3 \pm 1$ 'dir. BKİ sınıfı ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Sosyal güvencesi olanların NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,1$ iken sosyal güvencesi olmayanların NRS-2002 skoru $1,2 \pm 1,1$ 'dir. Sosyal güvence ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bekârların NRS-2002 skoru $1,7 \pm 1,1$ iken evlilerin NRS-2002 skoru $1,4 \pm 1,2$ 'dir. Medeni durum ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Okuryazar olmayanların NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,1$ 'dir. Okuryazarların NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,2$ 'dir. İlkokul mezunlarının NRS-2002 skoru $1,5 \pm 1,1$ 'dir. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,4$ 'tür. Eğitim durumları ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Yalnız yaşayanların NRS-2002 skoru $2,1 \pm 1,4$ 'tür. Eşi ile birlikte yaşayanların NRS-2002 skoru $1,4 \pm 1,2$ 'dir. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların NRS-2002 skoru $1,5 \pm 1,2$ 'dir. Çocukları ile birlikte yaşayanların NRS-2002 skoru $1,7 \pm 1,1$ 'dir. Bakıcı ile yaşayanların NRS-2002 skoru $1,4 \pm 1$ 'dir. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bir hastalığı bulunanların

NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,1$ 'dir. İki hastalığı bulunanların NRS-2002 skoru $1,4 \pm 1$ 'dir. Üç hastalığı bulunanların NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,1$ 'dir. Dört ve üzeri hastalığı bulunanların NRS-2002 skoru $1,9 \pm 1,3$ 'tür. Katılımcıların hastalık sayıları ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bakım vericisi olanların NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,1$ iken bakım vericisi olmayanların NRS-2002 skoru $1,4 \pm 1,2$ 'dir. Bakım vericisi olma durumu ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,1$ 'dir. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda NRS-2002 skoru $1 \pm 0,7$ 'dir. Evde bakım ekibinin ayda bir defa ziyaret ettiği hastalarda NRS-2002 skoru $1,7 \pm 1,3$ 'tür. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda NRS-2002 skoru $1,6 \pm 1,1$ 'dir. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların NRS-2002 skoru $2,1 \pm 1,3$ 'tür. Genel sağlık durumu orta olan hastaların NRS-2002 skoru $1,4 \pm 1$ 'dir. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların NRS-2002 skoru $1,3 \pm 1$ 'dir. Genel sağlık durumu ile NRS-2002 skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,001$), (Tablo 4.1.6.).

Tablo 4.1.6. NRS-2002 Test Skor Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	NRS-2002 Skoru	p
	$\bar{x} \pm ss$	
Cinsiyet Erkek Kadın	1,7 $\pm$ 1,3 1,5 $\pm$ 1,1	0,122
Yaş Grubu 65-69 70-79 80-89 90-99	0,7 $\pm$ 0,9 ^a 1,7 $\pm$ 1,1 ^b 1,7 $\pm$ 1,1 ^b 1,9 $\pm$ 1,2 ^b	<0,001
BKİ Sınıfı Zayıf Normal Kilolu Kilolu Obez	2,5 $\pm$ 1,2 ^a 1,7 $\pm$ 1,1 ^{a,b} 1,6 $\pm$ 1,3 ^b 1,3 $\pm$ 1 ^b	<0,001
Sosyal Güvence Var Yok	1,6 $\pm$ 1,1 1,2 $\pm$ 1,1	0,326
Medeni Durum Bekâr Evli	1,7 $\pm$ 1,1 1,4 $\pm$ 1,2	0,067
Eğitim Durumu Okuryazar Değil Okuryazar İlkokul Ortaokul ve Üzeri	1,6 $\pm$ 1,1 1,6 $\pm$ 1,2 1,5 $\pm$ 1,1 1,6 $\pm$ 1,4	0,979
Beraber Yaşadığı Aile Üyeleri Yalnız Eşi ile Eşi ve Çocukları İle Çocukları ile Bakıcı ile	2,1 $\pm$ 1,4 1,4 $\pm$ 1,2 1,5 $\pm$ 1,2 1,7 $\pm$ 1,1 1,4 $\pm$ 1	0,272
Katılımcıların Hastalık Sayısı 1 2 3 4 ve üzeri	1,6 $\pm$ 1,1 1,4 $\pm$ 1 1,6 $\pm$ 1,1 1,9 $\pm$ 1,3	0,083
Bakım Vericisi Var Yok	1,6 $\pm$ 1,1 1,4 $\pm$ 1,2	0,373
Evde Bakım Ekibinin Ziyaret Sıklığı Çağrılınca Yılda 1 Defa Ayda 1 Defa Haftada 1 Defa	1,6 $\pm$ 1,1 1 $\pm$ 0,7 1,7 $\pm$ 1,3 1,6 $\pm$ 1,1	0,635
Genel Sağlık Durumu Kötü Orta İyi	2,1 $\pm$ 1,3 ^a 1,4 $\pm$ 1 ^b 1,3 $\pm$ 1 ^b	<0,001

“Tek yönlü varyans analizi kullanıldı. (ab): Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.”

MNA test skor ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.1.7’de verilmiştir. Erkeklerde MNA skoru $20,6 \pm 4,8$ iken kadınlarda MNA skoru $20,3 \pm 5,3$ ’tür. Cinsiyet ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). 65-69 yaş grubunda MNA skoru $22,4 \pm 3,6$ ’dır. 70-79 yaş grubunda MNA skoru $20,7 \pm 4,6$ ’dır. 80-89 yaş grubunda MNA skoru $20,2 \pm 5$ ’tir. 90-99 yaş grubunda MNA skoru $18,9 \pm 6,4$ ’tür. Yaş grupları ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Zayıflarda MNA skoru 12 ± 6 ’dır. Normal kilolularda MNA skoru $19,3 \pm 4,8$ ’dir. Kilolularda MNA skoru $21 \pm 5,2$ ’dir. Obezlerde MNA skoru $22,2 \pm 3,6$ ’dır. BKİ sınıfı ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Sosyal güvencesi olanların MNA skoru $20,4 \pm 5,1$ iken sosyal güvencesi olmayanların MNA skoru $21,6 \pm 4,8$ ’dir. Sosyal güvence ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bekârların MNA skoru $20,2 \pm 5,4$ iken evlilerin MNA skoru $20,7 \pm 4,6$ ’dır. Medeni durum ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Okuryazar olmayanların MNA skoru $19,6 \pm 5,3$ ’tür. Okuryazarların MNA skoru $20,4 \pm 5,2$ ’dir. İlkokul mezunlarının MNA skoru $21,1 \pm 5$ ’tir. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların MNA skoru $21,5 \pm 3,7$ ’dir. Eğitim durumları ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Yalnız yaşayanların MNA skoru $21,7 \pm 5,2$ ’dir. Eşi ile birlikte yaşayanların MNA skoru $21 \pm 4,5$ ’tir. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların MNA skoru $20,1 \pm 5,1$ ’dir. Çocukları ile birlikte yaşayanların MNA skoru $20,1 \pm 5,3$ ’tür. Bakıcı ile yaşayanların MNA skoru $20,5 \pm 6,3$ ’tür. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bir hastalığı bulunanların MNA skoru $20,3 \pm 5,4$ ’tür. İki hastalığı bulunanların MNA skoru $20,9 \pm 5,3$ ’tür. Üç hastalığı bulunanların MNA skoru $20,6 \pm 4,5$ ’tir. Dört ve

üzeri hastalığı bulunanların MNA skoru $19,6 \pm 5,1$ 'dir. Katılımcıların hastalık sayıları ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bakım vericisi olanların MNA skoru $20,3 \pm 1$ iken bakım vericisi olmayanların MNA skoru $20,8 \pm 5$ 'tir. Bakım vericisi olma durumu ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda MNA skoru $20,5 \pm 5,2$ 'dir. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda MNA skoru $20,5 \pm 2,8$ 'dir. Evde bakım ekibinin ayda bir defa ziyaret ettiği hastalarda MNA skoru $19,6 \pm 4,5$ 'tir. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda MNA skoru $18,9 \pm 3,9$ 'dur. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların MNA skoru $17,1 \pm 5$ 'tir. Genel sağlık durumu orta olan hastaların MNA skoru $21 \pm 4,5$ 'tir. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların MNA skoru $23,2 \pm 4,2$ 'dir. Genel sağlık durumu ile MNA skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,001$), (Tablo 4.1.7.).

Tablo 4.1.7. MNA Test Skor Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	MNA Skoru	p
	$\bar{X} \pm SS$	
Cinsiyet Erkek Kadın	20,6±4,8 20,3±5,3	0,596
Yaş Grubu 65-69 70-79 80-89 90-99	22,4±3,6 ^a 20,7±4,6 ^{a,b} 20,2±5 ^{a,b} 18,9±6,4 ^b	0,008
BKİ Zayıf Normal Kilolu Kilolu Obez	12±6 ^a 19,3±4,8 ^b 21±5,2 ^c 22,2±3,6 ^c	< 0,001
Sosyal Güvence Var Yok	20,4±5,1 21,6±4,8	0,488
Medeni Durum Bekâr Evli	20,2±5,4 20,7±4,6	0,338
Eğitim Durumu Okuryazar Değil Okuryazar İlkokul Ortaokul ve Üzeri	19,6±5,3 20,4±5,2 21,1±5 21,5±3,7	0,115
Beraber Yaşadığı Aile Üyeleri Yalnız Eşi ile Eşi ve Çocukları İle Çocukları ile Bakıcı ile	21,7±5,2 21±4,5 20,1±5,1 20,1±5,3 20,5±6,3	0,638
Katılımcıların Hastalık Sayısı 1 2 3 4 ve üzeri	20,3±5,4 20,9±5,3 20,6±4,5 19,6±5,1	0,431
Bakım Vericisi Var Yok	20,3±5,1 20,8±5	0,625
Evde Bakım Ekibinin Ziyaret Sıklığı Çağrılınca Yılda 1 Defa Ayda 1 Defa Haftada 1 Defa	20,5±5,2 20,5±2,8 19,6±4,5 18,9±3,9	0,771
Genel Sağlık Durumu Kötü Orta İyi	17,1±5 ^a 21±4,5 ^b 23,2±4,2 ^c	<0,001

“Tek yönlü varyans analizi kullanıldı. (a,b): Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.”

Tablo 4.1.8. SF-36 Alt Boyut skorlarının sosyodemografik özellikler ile olan ilişkisini göstermektedir. Erkeklerin fiziksel fonksiyon skoru $6,3 \pm 15,9$; kadınların fiziksel fonksiyon puanları $3,4 \pm 10,6$ 'dır. Cinsiyet ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). Erkeklerin fiziksel rol güçlüğü skoru $8,2 \pm 16$; kadınların fiziksel rol güçlüğü skoru $8,23 \pm 14,5$ 'tir. Cinsiyet ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). Erkeklerin emosyonel rol güçlüğü skoru $14,3 \pm 25,1$; kadınların emosyonel rol güçlüğü skoru $13,4 \pm 22,9$ 'dur. Cinsiyet ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). Erkeklerin enerji/canlılık/vitalite skoru $38,1 \pm 22,5$; kadınların enerji/canlılık/vitalite skoru $33,9 \pm 19,4$ 'tür. Cinsiyet ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). Erkeklerin ruhsal sağlık skoru $57,1 \pm 19,1$; kadınların ruhsal sağlık skoru $57,6 \pm 21$ 'dir. Cinsiyet ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Erkeklerin sosyal işlevsellik skoru $46,8 \pm 32,6$; kadınların sosyal işlevsellik skoru $45 \pm 32,3$ 'tür. Cinsiyet ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p < 0,05$). Erkeklerin ağrı skoru $53,1 \pm 28$; kadınların ağrı skoru $50,4 \pm 29,2$ 'dir. Cinsiyet ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ($p < 0,05$). Erkeklerin genel sağlık algısı skoru $34,3 \pm 25,8$; kadınların genel sağlık algısı skoru $32 \pm 23,7$ 'dir. Cinsiyet ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). 65-69 yaş grubunda fiziksel fonksiyon skoru $4,5 \pm 11,7$ 'dir. 70-79 yaş grubunda fiziksel fonksiyon skoru $6,4 \pm 17,8$ 'dir. 80-89 yaş grubunda fiziksel fonksiyon skoru $3,6 \pm 9,6$ 'dır. 90-99 yaş grubunda fiziksel fonksiyon skoru $2,9 \pm 8,9$ 'dur. Yaş grupları ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). 65-69 yaş

grubunda fiziksel rol güçlüğü skoru $4,8 \pm 13,8$ 'dir. 70-79 yaş grubunda fiziksel rol güçlüğü skoru $8,9 \pm 15,6$ 'dır. 80-89 yaş grubunda fiziksel rol güçlüğü skoru $8,9 \pm 14,6$ 'dır. 90-99 yaş grubunda fiziksel rol güçlüğü skoru $8,8 \pm 16$ 'dır. Yaş grupları ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). 65-69 yaş grubunda emosyonel rol güçlüğü skoru $7,9 \pm 20,6$ 'dır. 70-79 yaş grubunda emosyonel rol güçlüğü skoru $11,1 \pm 16,6$ 'dır. 80-89 yaş grubunda emosyonel rol güçlüğü skoru $11,2 \pm 17,6$ 'dır. 90-99 yaş grubunda emosyonel rol güçlüğü skoru $26,9 \pm 37,5$ 'tir. Yaş grupları ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,001$). 65-69 yaş grubunda enerji/canlılık/vitalite skoru $36 \pm 21,1$ 'dir. 70-79 yaş grubunda enerji/canlılık/vitalite skoru $35,4 \pm 16,1$ 'dir. 80-89 yaş grubunda enerji/canlılık/vitalite skoru $32,9 \pm 20,5$ 'dir. 90-99 yaş grubunda enerji/canlılık/vitalite skoru $40 \pm 25,9$ 'dur. Yaş grupları ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). 65-69 yaş grubunda ruhsal sağlık skoru $60,3 \pm 22,5$ 'dir. 70-79 yaş grubunda ruhsal sağlık skoru $56 \pm 17,1$ 'dir. 80-89 yaş grubunda ruhsal sağlık skoru $55,5 \pm 21,1$ 'dir. 90-99 yaş grubunda ruhsal sağlık skoru $61,4 \pm 21,3$ 'tür. Yaş grupları ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). 65-69 yaş grubunda sosyal işlevsellik skoru $54,2 \pm 33,2$ 'dir. 70-79 yaş grubunda sosyal işlevsellik skoru $39,7 \pm 33,8$ 'dir. 80-89 yaş grubunda sosyal işlevsellik skoru 47 ± 31 'dir. 90-99 yaş grubunda sosyal işlevsellik skoru $46,3 \pm 30,9$ 'dur. Yaş grupları ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). 65-69 yaş grubunda ağrı skoru $58 \pm 29,9$ 'dur. 70-79 yaş grubunda ağrı skoru $50,7 \pm 28,8$ 'dir. 80-89 yaş grubunda ağrı skoru $50 \pm 28,3$ 'tür. 90-99 yaş grubunda ağrı skoru $50,2 \pm 28,8$ 'dir. Yaş grupları ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır

($p<0,05$). 65-69 yaş grubunda genel sağlık algısı skoru $32,7\pm26,6$ 'dır. 70-79 yaş grubunda genel sağlık algısı skoru $29,8\pm23,9$ 'dur. 80-89 yaş grubunda genel sağlık algısı skoru $31,6\pm22$ 'dir. 90-99 yaş grubunda genel sağlık algısı skoru $40,2\pm27,2$ 'dir. Yaş grupları ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0,05$). Zayıflarda fiziksel fonksiyon skoru $1,2\pm4,2$ 'dir. Normal kilolularda fiziksel fonksiyon skoru $4,6\pm13,9$ 'dur. Kilolularda fiziksel fonksiyon skoru $5,2\pm14,6$ 'dır. Obezlerde fiziksel fonksiyon skoru $4\pm10,2$ 'dir. BKİ sınıfı ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Zayıflarda fiziksel rol güçlüğü skoru 0 ± 0 'dır. Normal kilolularda fiziksel rol güçlüğü skoru $10,4\pm17,1$ 'dir. Kilolularda fiziksel rol güçlüğü skoru $5,9\pm11,8$ 'dir. Obezlerde fiziksel rol güçlüğü skoru $9,7\pm16,1$ 'dir. BKİ sınıfı ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0,05$). Zayıflarda emosyonel rol güçlüğü skoru $5,1\pm12,5$ 'dir. Normal kilolularda emosyonel rol güçlüğü skoru $14,8\pm22,9$ 'dur. Kilolularda emosyonel rol güçlüğü skoru $13,5\pm26,9$ 'dur. Obezlerde emosyonel rol güçlüğü skoru $14\pm22,2$ 'dir. BKİ sınıfı ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Zayıflarda enerji/canlılık/vitalite skoru $25\pm18,4$ 'dür. Normal kilolularda enerji/canlılık/vitalite skoru $35,1\pm23$ 'dür. Kilolularda enerji/canlılık/vitalite skoru $35,6\pm20,3$ 'dür. Obezlerde enerji/canlılık/vitalite skoru $37\pm18,3$ 'tür. BKİ sınıfı ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Zayıflarda ruhsal sağlık skoru $50,5\pm23,2$ 'dir. Normal kilolularda ruhsal sağlık skoru $58,5\pm19,1$ 'dir. Kilolularda ruhsal sağlık skoru $57,1\pm21,3$ 'tür. Obezlerde ruhsal sağlık skoru $57,5\pm20,1$ 'dir. BKİ sınıfı ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Zayıflarda sosyal işlevsellik skoru $28,8\pm29$ 'dur.

Normal kilolularda sosyal işlevsellik skoru $43,6 \pm 32,7$ 'dur. Kilolularda sosyal işlevsellik skoru $46,8 \pm 33,7$ 'dir. Obezlerde sosyal işlevsellik skoru $49 \pm 30,6$ 'dır. BKİ sınıfı ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Zayıflarda ağrı skoru $48,8 \pm 34,8$ 'dir. Normal kilolularda ağrı skoru $56,1 \pm 28,5$ 'tir. Kilolularda ağrı skoru $49,5 \pm 27,9$ 'dur. Obezlerde ağrı skoru $48,5 \pm 28,9$ 'dur. BKİ sınıfı ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Zayıflarda genel sağlık algısı skoru $19,2 \pm 20,2$ 'dir. Normal kilolularda genel sağlık algısı skoru $33,9 \pm 25,5$ 'tir. Kilolularda genel sağlık algısı skoru $33,7 \pm 24,5$ 'tir. Obezlerde genel sağlık algısı skoru $32,8 \pm 23,6$ 'dır. BKİ sınıfı ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Sosyal güvencesi olanların fiziksel fonksiyon skoru $4,5 \pm 13$ iken sosyal güvencesi olmayanların fiziksel fonksiyon skoru $2,2 \pm 5,1$ 'dir. Sosyal güvence ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Sosyal güvencesi olanların fiziksel rol güçlüğü skoru $8,2 \pm 15$ iken sosyal güvencesi olmayanların fiziksel rol güçlüğü skoru $11,1 \pm 18,2$ 'dir. Sosyal güvence ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Sosyal güvencesi olanların emosyonel rol güçlüğü skoru $13,1 \pm 22,6$ iken sosyal güvencesi olmayanların emosyonel rol güçlüğü skoru $33,3 \pm 44,1$ 'dir. Sosyal güvence ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Sosyal güvencesi olanların enerji/canlılık/vitalite skoru $35,3 \pm 20,6$ iken sosyal güvencesi olmayanların enerji/canlılık/vitalite skoru $37,8 \pm 22,9$ 'dur. Sosyal güvence ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Sosyal güvencesi olanların ruhsal sağlık skoru $57,2 \pm 20,2$ iken sosyal güvencesi olmayanların ruhsal sağlık skoru $65,3 \pm 23,7$ 'dir.

Sosyal güvence ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sosyal güvencesi olanların sosyal işlevsellik skoru $45,6\pm 32,6$ iken sosyal güvencesi olmayanların sosyal işlevsellik skoru $48,6\pm 23,8$ 'dir. Sosyal güvence ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sosyal güvencesi olanların ağrı skoru $51,3\pm 29$ iken sosyal güvencesi olmayanların ağrı skoru $55\pm 21,2$ 'dir. Sosyal güvence ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Sosyal güvencesi olanların genel sağlık algısı skoru $32,6\pm 24,4$ iken sosyal güvencesi olmayanların genel sağlık algısı skoru $39,4\pm 27,9$ 'dur. Sosyal güvence ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bekârların fiziksel fonksiyon skoru $3,7\pm 11,2$ iken evlilerin fiziksel fonksiyon skoru $5,6\pm 14,8$ 'dir. Medeni durum ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bekârların fiziksel rol güçlüğü skoru $8,9\pm 13,7$ iken evlilerin fiziksel rol güçlüğü skoru $7,3\pm 16,9$ 'dur. Medeni durum ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bekârların emosyonel rol güçlüğü skoru $15,2\pm 24,4$ iken evlilerin emosyonel rol güçlüğü skoru $11,7\pm 22,6$ 'dır. Medeni durum ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bekârların enerji/canlılık/vitalite skoru $35,1\pm 20,9$ iken evlilerin enerji/canlılık/vitalite skoru $35,9\pm 20,3$ 'dür. Medeni durum ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bekârların ruhsal sağlık skoru $57,8\pm 20,1$ iken evlilerin ruhsal sağlık skoru $56,8\pm 20,7$ 'dir. Medeni durum ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bekârların sosyal işlevsellik skoru $44,5\pm 31,7$ iken evlilerin sosyal işlevsellik skoru $47,3\pm 33,3$ 'tür. Medeni durum ile sosyal işlevsellik

skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bekârların ağrı skoru $51,1\pm28,8$ iken evlilerin ağrı skoru $51,7\pm28,9$ 'dur. Medeni durum ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bekârların genel sağlık algısı skoru $34,4\pm24$ iken evlilerin genel sağlık algısı skoru $30,6\pm25$ 'tir. Medeni durum ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Okuryazar olmayanların fiziksel fonksiyon skoru $2,1\pm6,7$ 'tür. Okuryazarların fiziksel fonksiyon skoru $3,7\pm10,1$ 'dir. İlkokul mezunlarının fiziksel fonksiyon skoru $8\pm17,9$ 'dur. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların fiziksel fonksiyon skoru $5,4\pm16,3$ 'tür. Eğitim durumları ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p<0,05$). Okuryazar olmayanların fiziksel rol güçlüğü skoru $8,5\pm15,1$ 'dir. Okuryazarların fiziksel rol güçlüğü skoru $9,8\pm15,1$ 'dir. İlkokul mezunlarının fiziksel rol güçlüğü skoru $6,3\pm12,1$ 'dir. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların fiziksel rol güçlüğü skoru $11,1\pm22,3$ 'dür. Eğitim durumları ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Okuryazar olmayanların emosyonel rol güçlüğü skoru $14,1\pm24,9$ 'dur. Okuryazarların emosyonel rol güçlüğü skoru 19 ± 26 'dir. İlkokul mezunlarının emosyonel rol güçlüğü skoru $9,5\pm18,9$ 'dur. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların emosyonel rol güçlüğü skoru $16\pm26,7$ 'dir. Eğitim durumları ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Okuryazar olmayanların enerji/canlılık/vitalite skoru $31,5\pm18,8$ 'dir. Okuryazarların enerji/canlılık/vitalite skoru $37,8\pm18,8$ 'dir. İlkokul mezunlarının enerji/canlılık/vitalite skoru $37,6\pm22,2$ 'dir. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların enerji/canlılık/vitalite skoru $42,2\pm23,8$ 'dir. Eğitim durumları ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır

($p>0,05$). Okuryazar olmayanların ruhsal sağlık skoru $55\pm20,8$ 'dir. Okuryazarların ruhsal sağlık skoru $59,6\pm19,7$ 'dir. İlkokul mezunlarının ruhsal sağlık skoru $59,5\pm19,4$ 'tür. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların ruhsal sağlık skoru $57,6\pm21,5$ 'dir. Eğitim durumları ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Okuryazar olmayanların sosyal işlevsellik skoru $44,6\pm32,7$ 'dir. Okuryazarların sosyal işlevsellik skoru $42,4\pm30,8$ 'dir. İlkokul mezunlarının sosyal işlevsellik skoru $48,8\pm32,8$ 'dir. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların sosyal işlevsellik skoru $46,3\pm32,5$ 'dir. Eğitim durumları ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Okuryazar olmayanların ağrı skoru $49,9\pm29$ 'dur. Okuryazarların ağrı skoru $49,7\pm25,4$ 'tür. İlkokul mezunlarının ağrı skoru $54,1\pm28,5$ 'tir. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların ağrı skoru $52,5\pm34,8$ 'dir. Eğitim durumları ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Okuryazar olmayanların genel sağlık algısı skoru $28,4\pm21,5$ 'dir. Okuryazarların genel sağlık algısı skoru $37,5\pm25$ 'tir. İlkokul mezunlarının genel sağlık algısı skoru $35,7\pm27$ 'dir. Ortaokul ve üzeri bir okuldan mezun olanların genel sağlık algısı skoru $35,6\pm25,5$ 'tir. Eğitim durumları ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yalnız yaşayanların fiziksel fonksiyon skoru $13,4\pm25,1$ 'dir. Eşi ile birlikte yaşayanların fiziksel fonksiyon skoru $5,6\pm15,8$ 'dir. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların fiziksel fonksiyon skoru $3,7\pm11,7$ 'dir. Çocukları ile birlikte yaşayanların fiziksel fonksiyon skoru $3,4\pm9,5$ 'tir. Bakıcı ile yaşayanların fiziksel fonksiyon skoru $3,3\pm5,6$ 'dır. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yalnız yaşayanların fiziksel rol güçlüğü skoru $10,9\pm15,7$ 'dir. Eşi ile birlikte yaşayanların

fiziksel rol güçlüğü skoru $6,3 \pm 15,9$ 'dur. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların fiziksel rol güçlüğü skoru $8,3 \pm 18,2$ 'dir. Çocukları ile birlikte yaşayanların fiziksel rol güçlüğü skoru $9,2 \pm 13,7$ 'dir. Bakıcı ile yaşayanların fiziksel rol güçlüğü skoru $2,8 \pm 8,3$ 'tür. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Yalnız yaşayanların emosyonel rol güçlüğü skoru $8,3 \pm 14,9$ 'dur. Eşi ile birlikte yaşayanların emosyonel rol güçlüğü skoru $9,5 \pm 19,9$ 'dur. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların emosyonel rol güçlüğü skoru $14,2 \pm 25,6$ 'dır. Çocukları ile birlikte yaşayanların emosyonel rol güçlüğü skoru $16,6 \pm 25,4$ 'tür. Bakıcı ile yaşayanların emosyonel rol güçlüğü skoru $3,7 \pm 11,1$ 'dir. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Yalnız yaşayanların enerji/canlılık/vitalite skoru $42,2 \pm 26,8$ 'dir. Eşi ile birlikte yaşayanların enerji/canlılık/vitalite skoru $34,6 \pm 22,1$ 'dir. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların enerji/canlılık/vitalite skoru $36,9 \pm 17,3$ 'tür. Çocukları ile birlikte yaşayanların enerji/canlılık/vitalite skoru $34,4 \pm 20,4$ 'tür. Bakıcı ile yaşayanların enerji/canlılık/vitalite skoru $36,7 \pm 19$ 'dur. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Yalnız yaşayanların ruhsal sağlık skoru $68,3 \pm 16,6$ 'dır. Eşi ile birlikte yaşayanların ruhsal sağlık skoru $55,4 \pm 21,1$ 'dir. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların ruhsal sağlık skoru $58,7 \pm 21,1$ 'dir. Çocukları ile birlikte yaşayanların ruhsal sağlık skoru $56,9 \pm 19,7$ 'dir. Bakıcı ile yaşayanların ruhsal sağlık skoru $55,1 \pm 23,6$ 'dır. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Yalnız yaşayanların sosyal işlevsellik skoru $52 \pm 33,5$ 'dir. Eşi ile birlikte yaşayanların sosyal işlevsellik skoru $48,7 \pm 33,1$ 'dir. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların sosyal işlevsellik skoru

43,3±33,4'dür. Çocukları ile birlikte yaşayanların sosyal işlevsellik skoru 44,4±31,5'tir. Bakıcı ile yaşayanların sosyal işlevsellik skoru 47,2±36,3'tür. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yalnız yaşayanların ağrı skoru 59,2±31,4'dür. Eşi ile birlikte yaşayanların ağrı skoru 51,3±30'dur. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların ağrı skoru 50,1±27,2'dir. Çocukları ile birlikte yaşayanların ağrı skoru 50,7±28,5'tir. Bakıcı ile yaşayanların ağrı skoru 56,1±32,2'dir. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Yalnız yaşayanların genel sağlık algısı skoru 38,1±28,2'dir. Eşi ile birlikte yaşayanların genel sağlık algısı skoru 31,6±25'tir. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayanların genel sağlık algısı skoru 27,9±23,2'dir. Çocukları ile birlikte yaşayanların genel sağlık algısı skoru 34,3±23,9'dur. Bakıcı ile yaşayanların genel sağlık algısı skoru 38,3±30,1'dir. Beraber yaşadığı aile üyeleri ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bir hastalığı bulunanların fiziksel fonksiyon skoru 7,6±16,9'dur. İki hastalığı bulunanların fiziksel fonksiyon skoru 4,6±12,7'dir. Üç hastalığı bulunanların fiziksel fonksiyon skoru 3,2±10,7'dir. Dört ve üzeri hastalığı bulunanların fiziksel fonksiyon skoru 3,2±11,2'dir. Katılımcıların hastalık sayıları ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bir hastalığı bulunanların fiziksel rol güçlüğü skoru 6,6±19,1'dir. İki hastalığı bulunanların fiziksel rol güçlüğü skoru 8,1±16,3'tür. Üç hastalığı bulunanların fiziksel rol güçlüğü skoru 7,7±11,6'dir. Dört ve üzeri hastalığı bulunanların fiziksel rol güçlüğü skoru 10,5±13,1'dir. Katılımcıların hastalık sayıları ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bir hastalığı bulunanların emosyonel rol güçlüğü skoru 18,2±33,1'dir. İki hastalığı bulunanların

emosyonel rol güçlüğü skoru $10,4 \pm 19,4$ 'tür. Üç hastalığı bulunanların emosyonel rol güçlüğü skoru $13,2 \pm 23$ 'tür. Dört ve üzeri hastalığı bulunanların emosyonel rol güçlüğü skoru $15,5 \pm 21,1$ 'dir. Katılımcıların hastalık sayıları ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bir hastalığı bulunanların enerji/canlılık/vitalite skoru $36,4 \pm 26,9$ 'dur. İki hastalığı bulunanların enerji/canlılık/vitalite skoru $37,7 \pm 20,5$ 'tir. Üç hastalığı bulunanların enerji/canlılık/vitalite skoru $35,6 \pm 18,7$ 'dir. Dört ve üzeri hastalığı bulunanların enerji/canlılık/vitalite skoru $31,1 \pm 16,7$ 'dir. Katılımcıların hastalık sayıları ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bir hastalığı bulunanların ruhsal sağlık skoru $59,8 \pm 20,7$ 'dir. İki hastalığı bulunanların ruhsal sağlık skoru $58,7 \pm 22,3$ 'tür. Üç hastalığı bulunanların ruhsal sağlık skoru $58 \pm 18,7$ 'dir. Dört ve üzeri hastalığı bulunanların ruhsal sağlık skoru $53 \pm 18,4$ 'tür. Katılımcıların hastalık sayıları ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Bir hastalığı bulunanların sosyal işlevsellik skoru $57,1 \pm 34,5$ 'tir. İki hastalığı bulunanların sosyal işlevsellik skoru $44,6 \pm 33,4$ 'tür. Üç hastalığı bulunanların sosyal işlevsellik skoru $44,9 \pm 32,1$ 'tir. Dört ve üzeri hastalığı bulunanların sosyal işlevsellik skoru $39,3 \pm 27,3$ 'dür. Katılımcıların hastalık sayıları ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Bir hastalığı bulunanların ağrı skoru $60,5 \pm 31,1$ 'dir. İki hastalığı bulunanların ağrı skoru $53,3 \pm 29,3$ 'tür. Üç hastalığı bulunanların ağrı skoru $48,5 \pm 28$ 'dir. Dört ve üzeri hastalığı bulunanların ağrı skoru $44,8 \pm 25,3$ 'dür. Katılımcıların hastalık sayıları ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,05$). Bir hastalığı bulunanların genel sağlık algısı skoru $40,5 \pm 28,7$ 'dir. İki hastalığı bulunanların genel sağlık algısı skoru $35,1 \pm 25$ 'tir. Üç hastalığı bulunanların genel sağlık algısı skoru

31,2±23,5'tir. Dört ve üzeri hastalığı bulunanların genel sağlık algısı skoru 25,7±19'dur. Katılımcıların hastalık sayıları ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım vericisi olanların fiziksel fonksiyon skoru 3,9±11,6 iken bakım vericisi olmayanların fiziksel fonksiyon skoru 9,4±19,4'tür. Bakım vericisi olma durumu ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Bakım vericisi olanların fiziksel rol güçlüğü skoru 8,2±15,2 iken bakım vericisi olmayanların fiziksel rol güçlüğü skoru 9,1±13,7'dir. Bakım vericisi olma durumu ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bakım vericisi olanların emosyonel rol güçlüğü skoru 14,3±24,5 iken bakım vericisi olmayanların emosyonel rol güçlüğü skoru 9,1±15,1'dir. Bakım vericisi olma durumu ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bakım vericisi olanların enerji/canlılık/vitalite skoru 35±20,4 iken bakım vericisi olmayanların enerji/canlılık/vitalite skoru 38,6±22,1'dir. Bakım vericisi olma durumu ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bakım vericisi olanların ruhsal sağlık skoru 57,2±20,1 iken bakım vericisi olmayanların ruhsal sağlık skoru 59,5±22,2'dir. Bakım vericisi olma durumu ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bakım vericisi olanların sosyal işlevsellik skoru 46,3±31,8 iken bakım vericisi olmayanların sosyal işlevsellik skoru 40,7±36,2'dir. Bakım vericisi olma durumu ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bakım vericisi olanların ağrı skoru 52,5±27,7 iken bakım vericisi olmayanların ağrı skoru 42,1±35,4'tür. Bakım vericisi olma durumu ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bakım vericisi

olanların genel sağlık algısı skoru $33,2 \pm 24,1$ iken bakım vericisi olmayanların genel sağlık algısı skoru $29,7 \pm 27,4$ 'tir. Bakım vericisi olma durumu ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda fiziksel fonksiyon skoru $4,5 \pm 12,8$ 'dir. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda fiziksel fonksiyon skoru $6 \pm 8,2$ 'dir. Evde bakım ekibinin ayda bir defa ziyaret ettiği hastalarda fiziksel fonksiyon skoru $0,9 \pm 1,9$ 'dur. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda fiziksel fonksiyon skoru $20 \pm 30,8$ 'dir. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda fiziksel rol güçlüğü skoru $8,6 \pm 15,2$ 'dir. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda fiziksel rol güçlüğü skoru $10 \pm 22,4$ 'tür. Evde bakım ekibinin ayda bir defa ziyaret ettiği hastalarda fiziksel rol güçlüğü skoru $6,5 \pm 13,5$ 'tir. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda fiziksel rol güçlüğü skoru 0'dır. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda emosyonel rol güçlüğü skoru $14,4 \pm 24,3$ 'tür. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda emosyonel rol güçlüğü skoru $13,3 \pm 18,3$ 'tür. Evde bakım ekibinin ayda bir defa ziyaret ettiği hastalarda emosyonel rol güçlüğü skoru $8,7 \pm 18$ 'tir. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda emosyonel rol güçlüğü skoru 0'dır. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda enerji/canlılık/vitalite skoru $35,8 \pm 20,2$ 'dir. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda enerji/canlılık/vitalite skoru $33 \pm 25,6$ 'dır. Evde bakım

ekibinin ayda bir defa ziyaret ettiği hastalarda enerji/canlılık/vitalite skoru $32 \pm 24,2$ 'dir. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda enerji/canlılık/vitalite skoru $35 \pm 26,7$ 'dir. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda ruhsal sağlık skoru $58,1 \pm 20,1$ 'dir. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda ruhsal sağlık skoru $54,4 \pm 18,7$ 'dir. Evde bakım ekibinin ayda bir defa ziyaret ettiği hastalarda ruhsal sağlık skoru $53 \pm 21,4$ 'tür. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda ruhsal sağlık skoru $43,2 \pm 26$ 'dır. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda sosyal işlevsellik skoru $45,7 \pm 32,6$ 'dır. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda sosyal işlevsellik skoru $40 \pm 16,3$ 'tür. Evde bakım ekibinin ayda bir defa ziyaret ettiği hastalarda sosyal işlevsellik skoru $51,2 \pm 33,5$ 'tir. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda sosyal işlevsellik skoru $25 \pm 8,8$ 'dir. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda ağrı skoru $50,1 \pm 28,6$ 'dır. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda ağrı skoru $59 \pm 20,5$ 'tir. Evde bakım ekibinin ayda bir defa ziyaret ettiği hastalarda ağrı skoru $66,7 \pm 30$ 'dur. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda ağrı skoru $41 \pm 23,2$ 'dir. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Evde bakım ekibinin çağrıldıkça ziyaret ettiği hastalarda genel sağlık algısı skoru $33,4 \pm 24,5$ 'tir. Evde bakım ekibinin yılda bir defa ziyaret ettiği hastalarda genel sağlık algısı skoru $22 \pm 20,5$ 'tir. Evde bakım ekibinin ayda bir defa

ziyaret ettiği hastalarda genel sağlık algısı skoru $33,7 \pm 25,4$ 'tür. Evde bakım ekibinin haftada bir defa ziyaret ettiği hastalarda genel sağlık algısı skoru $12 \pm 10,4$ 'tür. Evde bakım ekibinin ziyaret sıklığı ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların fiziksel fonksiyon skoru $3 \pm 11,6$ 'dır. Genel sağlık durumu orta olan hastaların fiziksel fonksiyon skoru $3,8 \pm 12,2$ 'dir. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların fiziksel fonksiyon skoru $7,7 \pm 14,9$ 'dur. Genel sağlık durumu ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların fiziksel rol güçlüğü skoru $5,8 \pm 10,6$ 'dır. Genel sağlık durumu orta olan hastaların fiziksel rol güçlüğü skoru $8,3 \pm 14,8$ 'dir. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların fiziksel rol güçlüğü skoru $11,2 \pm 19,4$ 'tür. Genel sağlık durumu ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların emosyonel rol güçlüğü skoru $10,5 \pm 20$ 'dir. Genel sağlık durumu orta olan hastaların emosyonel rol güçlüğü skoru $12,3 \pm 20,8$ 'dir. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların emosyonel rol güçlüğü skoru $20,8 \pm 31,4$ 'tür. Genel sağlık durumu ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların enerji/canlılık/vitalite skoru $28,6 \pm 19,5$ 'tir. Genel sağlık durumu orta olan hastaların enerji/canlılık/vitalite skoru $33,5 \pm 17,6$ 'dır. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların enerji/canlılık/vitalite skoru $47,9 \pm 22,5$ 'tir. Genel sağlık durumu ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,001$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların ruhsal sağlık skoru $50,2 \pm 21,3$ 'tür. Genel sağlık durumu orta olan hastaların ruhsal sağlık skoru $56,6 \pm 17,7$ 'dir. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların ruhsal sağlık skoru

68,1±19,8'dir. Genel sağlık durumu ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların sosyal işlevsellik skoru 32,5±30,8'dir. Genel sağlık durumu orta olan hastaların sosyal işlevsellik skoru 43,5±30,3'tür. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların sosyal işlevsellik skoru 66,5± 28,2'dir. Genel sağlık durumu ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların ağrı skoru 40,1±28,6'dır. Genel sağlık durumu orta olan hastaların ağrı skoru 53,9±28'dir. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların ağrı skoru 60,2± 26,5'tir. Genel sağlık durumu ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Genel sağlık durumu kötü olan hastaların genel sağlık algısı skoru 17,1±19,6'dır. Genel sağlık durumu orta olan hastaların genel sağlık algısı skoru 31,8±20,8'dir. Genel sağlık durumu iyi olan hastaların genel sağlık algısı skoru 54,6±20,9'dur. Genel sağlık durumu ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 4.1.8. SF-36 Alt Boyut Skorlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji Canlılık Vitalite	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Cinsiyet								
Erkek	6,3±15,9	8,2±16,0	14,3±25,1	38,1±22,5	57,1±19,1	46,8±32,6	53,1±28,0	34,3±25,8
Kadın	3,4±10,6	8,3±14,5	13,4±22,9	33,9±19,4	57,6±21,0	45,0±32,3	50,4±29,2	32±23,7
p	0,063	0,932	0,737	0,095	0,851	0,634	0,437	0,444
Yaş Grubu								
65-69	4,5±11,7	4,8±13,8	7,9±20,6 ^a	36,0±21,1	60,3±22,5	54,2±33,2	58,0±29,9	32,7±26,6
70-79	6,4±17,8	8,9±15,6	11,1±16,6 ^a	35,4±16,1	56,0±17,1	39,7±33,8	50,7±28,8	29,8±23,9
80-89	3,6±9,6	8,9±14,6	11,2±17,6 ^a	32,9±20,5	55,5±21,1	47,0±31,0	50,0±28,3	31,6±22,0
90-99	2,9±8,9	8,8±16,0	26,9±37,5 ^b	40,0±25,9	61,4±21,3	46,3±30,9	50,2±28,8	40,2±27,2
p	0,325	0,448	< 0,001	0,209	0,209	0,103	0,458	0,077
BKİ								
Zayıf	1,2±4,2	0,0±0,0 ^a	5,1±12,5	25,0±18,4	50,5±23,2	28,8±29,0	48,8±34,8	19,2±20,2
Normal Kilolu	4,6±13,9	10,4±17,1 ^b	14,8±22,9	35,1±23,0	58,5±19,1	43,6±32,7	56,1±28,5	33,9±25,5
Kilolu	5,2±14,6	5,9±11,8 ^b	13,5±26,9	35,6±20,3	57,1±21,3	46,8±33,7	49,5±27,9	33,7±24,5
Obez	4,0±10,2	9,7±16,1 ^b	14,0±22,2	37,0±18,3	57,5±20,1	49,0±30,6	48,5±28,9	32,8±23,6
p	0,737	0,028	0,586	0,274	0,603	0,168	0,250	0,230
Sosyal Güvence								
Var	4,5±13,0	8,2±15,0	13,1±22,6	35,3±20,6	57,2±20,2	45,6±32,6	51,3±29,0	32,6±24,4
Yok	2,2±5,1	11,1±18,2	33,3±44,1	37,8±22,9	65,3±23,7	48,6±23,8	55,0±21,2	39,4±27,9
p	0,594	0,568	0,011	0,728	0,235	0,781	0,702	0,412
Medeni Durum								
Bekâr	3,7±11,2	8,9±13,7	15,2±24,4	35,1±20,9	57,8±20,1	44,5±31,7	51,1±28,8	34,4±24,0
Evli	5,6±14,8	7,3±16,9	11,7±22,6	35,9±20,3	56,8±20,7	47,3±33,3	51,7±28,9	30,6±25,0
p	0,213	0,358	0,209	0,718	0,667	0,474	0,859	0,187
Eğitim Durumu								
Okuryazar Değil	2,1±6,7 ^a	8,5±15,1	14,1±24,9	31,5±18,8	55,0±20,8	44,6±32,7	49,9±29,0	28,4±21,5
Okuryazar	3,7±10,1 ^{a,b}	9,8±15,1	19,0±26,0	37,8±18,8	59,6±19,7	42,4±30,8	49,7±25,4	37,5±25,0
İlkokul	8,0±17,9 ^b	6,3±12,1	9,5±18,9	37,6±22,2	59,5±19,4	48,8±32,8	54,1±28,5	35,7±27,0
Ortaokul ve Üzeri	5,4±16,3 ^{a,b}	11,1±22,3	16±26,7	42,2±23,8	57,6±21,5	46,3±32,5	52,5±34,8	35,6±25,5
p	0,012	0,857	0,477	0,134	0,165	0,428	0,337	0,154

Tablo 4.1.8. SF-36 Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı (Devamı)								
	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji Canlılık Vitalite	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı	Genel Sağlık Algısı
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Beraber Yaşadığı Aile Üyeleri								
Yalnız	13,4±25,1	10,9±15,7	8,3±14,9	42,2±26,8	68,3±16,6	52,0±33,5	59,2±31,4	38,1±28,2
Eşi ile	5,6±15,8	6,3±15,9	9,5±19,9	34,6±22,1	55,4±21,1	48,7±33,1	51,3±30,0	31,6±25,0
Eşi ve Çocukları İle	3,7±11,7	8,3±18,2	14,2±25,6	36,9±17,3	58,7±21,1	43,3±33,4	50,1±27,2	27,9±23,2
Çocukları ile	3,4±9,5	9,2±13,7	16,6±25,4	34,4±20,4	56,9±19,7	44,4±31,5	50,7±28,5	34,3±23,9
Bakıcı ile	3,3±5,6	2,8±8,3	3,7±11,1	36,7±19,0	55,1±23,6	47,2±36,3	56,1±32,2	38,3±30,1
p	0,230	0,509	0,144	0,648	0,226	0,785	0,809	0,394
Katılımcıların Hastalık Sayısı								
1	7,6±16,9	6,6±19,1	18,2±33,1	36,4±26,9	59,8±20,7	57,1±34,5 ^a	60,5±31,1 ^a	40,5±28,7 ^a
2	4,6±12,7	8,1±16,3	10,4±19,4	37,7±20,5	58,7±22,3	44,6±33,4 ^{a,b}	53,3±29,3 ^{a,b}	35,1±25,0 ^{a,b}
3	3,2±10,7	7,7±11,6	13,2±23,0	35,6±18,7	58,0±18,7	44,9±32,1 ^{a,b}	48,5±28,0 ^{a,b}	31,2±23,5 ^{a,b}
4 ve üzeri	3,2±11,2	10,5±13,1	15,5±21,1	31,1±16,7	53,0±18,4	39,3±27,3 ^b	44,8±25,3 ^b	25,7±19,0 ^b
p	0,193	0,515	0,238	0,220	0,221	0,023	0,017	0,006
Bakım Vericisi								
Var	3,9±11,6	8,2±15,2	14,3±24,5	35,0±20,4	57,2±20,1	46,3±31,8	52,5±27,7	33,2±24,1
Yok	9,4±19,4	9,1±13,7	9,1±15,1	38,6±22,1	59,5±22,2	40,7±36,2	42,1±35,4	29,7±27,4
p	0,019	0,743	0,235	0,342	0,530	0,354	0,051	0,434
Evde Bakım Ekibinin Ziyaret Sıklığı								
Çağrılınca	4,5±12,8	8,6±15,2	14,4±24,3	35,8±20,2	58,1±20,1	45,7±32,6	50,1±28,6	33,4±24,5
Yılda 1 Defa	6,0±8,2	10,0±22,4	13,3±18,3	33,0±25,6	54,4±18,7	40,0±16,3	59,0±20,5	22,0±20,5
Ayda 1 Defa	0,9±1,9	6,5±13,5	8,7±18,0	32,0±24,2	53,0±21,4	51,2±33,5	66,7±30,0	33,7±25,4
Haftada 1 Defa	20±30,8	0	0	35±26,7	43,2±26	25±8,8	41±23,2	12±10,4
p	0,603	0,249	0,101	0,446	0,061	0,823	0,069	0,236
Genel Sağlık Durumu								
Kötü	3±11,6	5,8±10,6	10,5±20	28,6±19,5 ^a	50,2±21,3 ^a	32,5±30,8 ^a	40,1±28,6 ^a	17,1±19,6 ^a
Orta	3,8±12,2	8,3±14,8	12,3±20,8	33,5±17,6 ^a	56,6±17,7 ^b	43,5±30,3 ^b	53,9±28 ^b	31,8±20,8 ^b
İyi	7,7±14,9	11,2±19,4	20,8±31,4	47,9±22,5 ^b	68,1±19,8 ^c	66,5±28,2 ^c	60,2±26,5 ^b	54,6±20,9 ^c
p	0,052	0,084	0,015	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

“Tek yönlü varyans analizi kullanıldı. (a,b): Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.”

4.2. Bireylerin SF-36 Alt Boyut Puanları ile NRS-2002 ve MNA Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.2.1. bireylerin SF-36 alt boyut puanları ile NRS-2002 ve MNA puanları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. SF-36 alt boyut puanları ile NRS-2002 ve MNA puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile saptanmıştır.

Fiziksel fonksiyon skoru, fiziksel rol güçlüğü skoru, emosyonel rol güçlüğü skoru, enerji/canlılık/vitalite ve ruhsal sağlık skoru ile NRS-2002 skoru değişkenleri arasında ilişki yoktur (sırasıyla $r=-0,073$; $r=-0,047$; $r=-0,061$; $r=-0,076$; $r=-0,075$; $p>0,05$). Sosyal işlevsellik skoru ve genel sağlık algısı skoru ile NRS-2002 skoru değişkenleri arasında güçlü negatif ilişki vardır (sırasıyla $r=-0,182$; $r=-0,199$; $p<0,001$). Ağrı skoru ile NRS-2002 skoru değişkenleri arasında negatif ilişki vardır ($r=-0,114$; $p<0,05$).

Fiziksel fonksiyon skoru, fiziksel rol güçlüğü skoru, emosyonel rol güçlüğü skoru, enerji/canlılık/vitalite skoru, ruhsal sağlık skoru, sosyal işlevsellik skoru, ağrı skoru ve genel sağlık algısı skoru ile MNA skoru değişkenleri arasında güçlü pozitif ilişki vardır (sırasıyla $r=0,286$; $r=0,164$; $r=0,190$; $r=0,337$; $r=0,317$; $r=0,335$; $r=0,197$; $r=0,359$; $p<0,001$).

Tablo 4.2.1. Araştırma Grubunun SF-36 Alt Boyut Skorları İle NRS-2002 ve MNA Skorları Arasındaki Korelasyon (r) Tablosu

SF-36 Alt Boyut Puanları	NRS-2002	MNA
	r	r
Fiziksel Fonksiyon	-0,073	0,286**
Fiziksel Rol Güçlüğü	-0,047	0,164**
Emosyonel Rol Güçlüğü	-0,061	0,190**
Enerji Canlılık Vitalite	-0,076	0,337**
Ruhsal Sağlık	-0,075	0,317**
Sosyal İşlevsellik	-0,182**	0,335**
Ağrı	-0,114*	0,197**
Genel Sağlık Algısı	-0,199**	0,359**

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

4.3. Bireylerin SF-36 Alt Boyut Skorlarının NRS-2002 ve MNA Sınıflamalarına Göre Değerlendirilmesi

Bireylerin NRS-2002 sınıflamasına göre SF-36 Alt Boyut skorları Tablo 4.3.1’de incelenmiştir. NRS-2002 sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların fiziksel fonksiyon skoru $3,1 \pm 11,8$ iken normal nütrisyonel durumlu olanların fiziksel fonksiyon skoru $4,8 \pm 13$ ’tür. NRS-2002 sınıflaması ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). NRS-2002 sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların fiziksel rol güçlüğü skoru $5,8 \pm 14,3$ iken normal nütrisyonel durumlu olanların fiziksel rol güçlüğü skoru $8,8 \pm 15,2$ ’dir. NRS-2002 sınıflaması ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). NRS-2002 sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların emosyonel rol güçlüğü skoru $9,5 \pm 22,7$ iken normal nütrisyonel durumlu olanların emosyonel rol güçlüğü skoru $14,7 \pm 23,8$ ’dir. NRS-2002 sınıflaması ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). NRS-2002 sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların enerji/canlılık/vitalite skoru $31,9 \pm 18$ iken normal

nütrisyonel durumda olanların enerji/canlılık/vitalite skoru $36,2 \pm 21,1$ 'dir. NRS-2002 sınıflaması ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). NRS-2002 sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların ruhsal sağlık skoru $55,2 \pm 18,9$ iken normal nütrisyonel durumda olanların ruhsal sağlık skoru $57,9 \pm 20,6$ 'dır. NRS-2002 sınıflaması ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). NRS-2002 sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların sosyal işlevsellik skoru $40,2 \pm 35,4$ iken normal nütrisyonel durumda olanların sosyal işlevsellik skoru $46,9 \pm 31,5$ 'dir. NRS-2002 sınıflaması ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). NRS-2002 sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların ağrı skoru $48,1 \pm 28,4$ iken normal nütrisyonel durumda olanların ağrı skoru $52,1 \pm 28,8$ 'tür. NRS-2002 sınıflaması ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). NRS-2002 sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların genel sağlık algısı skoru $21,7 \pm 17,1$ iken normal nütrisyonel durumda olanların genel sağlık algısı skoru $35,4 \pm 25,2$ 'tür. NRS-2002 sınıflaması ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,001$).

MNA sınıflamalarına göre SF-36 Alt Boyut skorları Tablo 4.3.2'de incelenmiştir. MNA sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların fiziksel fonksiyon skoru $1,4 \pm 9,2$; malnütrisyon riski olanların fiziksel fonksiyon skoru $2,3 \pm 6,8$ iken normal nütrisyonel durumda olanların fiziksel fonksiyon skoru $10,1 \pm 19,2$ 'dir. MNA sınıflaması ile fiziksel fonksiyon skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,001$). MNA sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların fiziksel rol güçlüğü skoru $5,4 \pm 11,4$; malnütrisyon riski olanların fiziksel rol güçlüğü skoru $7,2 \pm 13,4$ iken normal nütrisyonel durumda olanların fiziksel rol güçlüğü skoru $11,9 \pm 18,8$ 'dir.

MNA sınıflaması ile fiziksel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). MNA sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların emosyonel rol güçlüğü skoru $8,9\pm 19,3$; malnütrisyon riski olanların emosyonel rol güçlüğü skoru $11,4\pm 20,8$ iken normal nütrisyonel durumlu olanların emosyonel rol güçlüğü skoru $20,7\pm 29$ 'dur. MNA sınıflaması ile emosyonel rol güçlüğü skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). MNA sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların enerji/canlılık/vitalite skoru $27,9\pm 18$; malnütrisyon riski olanların enerji/canlılık/vitalite skoru $32,7\pm 19,1$ iken normal nütrisyonel durumlu olanların enerji/canlılık/vitalite skoru $44,9\pm 21,4$ 'tür. MNA sınıflaması ile enerji/canlılık/vitalite skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). MNA sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların ruhsal sağlık skoru $50,4\pm 19,6$; malnütrisyon riski olanların ruhsal sağlık skoru $54,5\pm 20,5$ iken normal nütrisyonel durumlu olanların ruhsal sağlık skoru $66,9\pm 17$ 'dir. MNA sınıflaması ile ruhsal sağlık skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). MNA sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların sosyal işlevsellik skoru $31,5\pm 31,9$; malnütrisyon riski olanların sosyal işlevsellik skoru $42,8\pm 32$ iken normal nütrisyonel durumlu olanların sosyal işlevsellik skoru $59,7\pm 27,8$ 'dir. MNA sınıflaması ile sosyal işlevsellik skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). MNA sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların ağrı skoru $45,5\pm 30,5$; malnütrisyon riski olanların ağrı skoru $49,3\pm 28,5$ iken normal nütrisyonel durumlu olanların ağrı skoru $58,8\pm 26,8$ 'dir. MNA sınıflaması ile ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). MNA sınıflamasına göre malnütrisyonlu olanların genel sağlık algısı skoru $23,9\pm 23,6$; malnütrisyon riski olanların genel sağlık algısı skoru $29,2\pm 22,6$ iken normal nütrisyonel durumlu olanların

genel sağlık algısı skoru $44,8 \pm 23,7$ 'dir. MNA sınıflaması ile genel sağlık algısı skoru arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p < 0,001$).

Tablo 4.3.1. SF-36 Alt Boyut Skorlarının NRS-2002 Sınıflamalarına Göre Dağılımı

SF-36 Alt Boyut Puanları	NRS-2002		p*
	Malnütrisyonlu	Normal	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	$3,1 \pm 11,8$	$4,8 \pm 13,0$	0,385
Fiziksel Rol Güçlüğü	$5,8 \pm 14,3$	$8,8 \pm 15,2$	0,173
Emosyonel Rol Güçlüğü	$9,5 \pm 22,7$	$14,7 \pm 23,8$	0,142
Enerji Canlılık Vitalite	$31,9 \pm 18,0$	$36,2 \pm 21,1$	0,154
Ruhsal Sağlık	$55,2 \pm 18,9$	$57,9 \pm 20,6$	0,368
Sosyal İşlevsellik	$40,2 \pm 35,4$	$46,9 \pm 31,5$	0,160
Ağrı	$48,1 \pm 28,4$	$52,1 \pm 28,8$	0,349
Genel Sağlık Algısı	$21,7 \pm 17,1$	$35,4 \pm 25,2$	<0,001

*Independent-Samples t Test

Tablo 4.3.2. SF-36 Alt Boyut Skorlarının MNA Sınıflamalarına Göre Dağılımı

SF-36 Alt Boyut Puanları	MNA			p**
	Malnütrisyonlu	Malnütrisyon riski	Normal	
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Fiziksel Fonksiyon	$1,4 \pm 9,2^a$	$2,3 \pm 6,8^a$	$10,1 \pm 19,2^b$	<0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	$5,4 \pm 11,4^a$	$7,2 \pm 13,4^a$	$11,9 \pm 18,8^b$	0,016
Emosyonel Rol Güçlüğü	$8,9 \pm 19,3^a$	$11,4 \pm 20,8^a$	$20,7 \pm 29^b$	0,002
Enerji Canlılık Vitalite	$27,9 \pm 18^a$	$32,7 \pm 19,1^a$	$44,9 \pm 21,4^b$	<0,001
Ruhsal Sağlık	$50,4 \pm 19,6^a$	$54,5 \pm 20,5^a$	$66,9 \pm 17^b$	<0,001
Sosyal İşlevsellik	$31,5 \pm 31,9^a$	$42,8 \pm 32^a$	$59,7 \pm 27,8^b$	<0,001
Ağrı	$45,5 \pm 30,5^a$	$49,3 \pm 28,5^a$	$58,8 \pm 26,8^b$	0,009
Genel Sağlık Algısı	$23,9 \pm 23,6^a$	$29,2 \pm 22,6^a$	$44,8 \pm 23,7^b$	<0,001

**One- Way ANOVA testi. (a,b): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Tokat il merkezinde evde sağlık hizmeti alan 65 ve üzeri yaş grubu bireylerin beslenme durumu ve yaşam kalitelerinin değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya evde sağlık hizmeti alan 299 yaşlı hasta katılmıştır. Çalışma verileri sosyodemografik bilgiler, NRS-2002 ve MNA beslenme tarama ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğini içeren anket formu kullanılarak toplanmıştır.

Katılımcıların %35,8'i erkek, %64,2'si kadındır. Katılımcıların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Kadın katılımcıların çoğunlukta olmasının nedeni erkek eşlerinin bakım vermede kadın eşler kadar yeterli olamaması ve kadınların ortalama yaşam süresinin daha fazla olması olabilir. Cinsiyet dağılımı bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Aktürk ve ark.nın evde sağlık hizmeti alan bası yarasına sahip hastalar üzerine yaptığı çalışmada katılımcıların %35'ini erkek, %65'ini kadından oluşmaktadır (Aktürk, Atmaca, Zengin, & Bayramgürler, 2010). Karaman ve ark. evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarını değerlendirdiği çalışmalarında bireylerin %38,6'sının erkek, %61,4'ünün kadın olduğunu bulmuşlardır (Karaman, Kara, & Yalçın Atar, 2015). Şahin'in evde sağlık hizmeti alan hastalarda bası yarası ile beslenme durumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında katılımcılarının %34,7'sinin erkek, %65,3'ünün kadın olduğunu saptamıştır (Şahin, 2019).

Bu çalışmada katılımcıların yaşlı bireylerden oluşması, çalışmanın baskın özelliklerindendir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $80,71 \pm 8,99$ (erkeklerde $79,94 \pm 8,77$; kadınlarda $81,11 \pm 9,15$) yıldır. Kadın katılımcıların yaş ortalaması erkek katılımcılardan daha yüksektir. Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması daha önce

yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Adıgüzel tarafından evde bakım hizmeti alan bireylerde beslenme durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çoğunluğu yaşlı katılımcılardan oluşan çalışmada yaş ortalaması $76,0 \pm 15,23$ yıl olarak bulunmuştur (Adıgüzel, 2016). Çevik ve ark. evde sağlık hizmeti alan hastalarda beslenme durumunu değerlendirdiği çalışmalarında yaş ortalamasını $81,19 \pm 8,22$ yıl olarak bulmuşlardır (Çevik, Basat, & Uçak, 2014). Saletti ve ark. İsviçre’de evde sağlık hizmeti alan hastalarda beslenme durumunu incelediği çalışmalarında yaş ortalamasını $84,0 \pm 5,5$ yıl olarak bulmuşlardır (Saletti, Johansson, & Cederholm, 1999). Dilekçi ve ark. evde sağlık hizmeti alan hastalarda D vitamini düzeylerini araştırdığı çalışmada hastaların yaş ortalamasını $77,7 \pm 14,01$ yıl olarak bulmuşlardır (Dilekçi E. , Ademoğlu Dilekçi, Demirkol, & Ögün, 2018).

Evde sağlık hizmeti alan bireylerin %14’ü 65-69 yaş aralığında, %30,1’i 70-79 yaş aralığında, %36,8’i 80-89 yaş aralığında, %19,1’i 90-99 yaş aralığındadır. Katılımcıların çoğunluğu 80-89 yaş aralığındadır. Yaş gruplarına göre dağılımı bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Şahin’in evde sağlık hizmeti alan hastalarda bası yarası ile beslenme durumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında katılımcılarının %13,3’ü 75 yaş altı, %37,3’ü 75-84 yaş arası ve %49,3’ü 85 yaş üstü olarak bulunmuştur (Şahin, 2019). Uçakkuş’un evde sağlık hizmeti alan 65 yaş üzeri bireylerde yaşam kalitesini ve evde sağlık hizmetini değerlendirdiği çalışmasında katılımcıların %7,0’si 65-69, %11,5’i 70-74, %23,5’i 75-79, %18’i 80-84, %26,5’i 85-89, %8,5’i 90-94, %5’i ise 95 ve üzeri yaş aralığındadır (Uçakkuş, 2018).

Araştırma grubumuzun eğitim düzeyine göre dağılımlarına baktığımızda katılımcıların %43,5’i okuryazar değil, %17,1’i okuryazar, %30,4’ü ilkokul mezunu, %9’u ortaokul ve üzeri bir okuldan mezundur. Araştırma grubunun eğitim düzeyi

sıralamasında ilk üç sıra okuryazar değil, ilkokul mezunu ve okuryazar şeklindedir. Hastaların eğitim düzeyinin düşük olmasının sebebi toplumumuzun eğitime yeterince önem vermemesi ve ülkemizde zorunlu ilkokul eğitiminin 1961 yılından itibaren verilmeye başlamasından kaynaklı olabilir. Eğitim düzeyinin dağılımı bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Uçakkuş evde sağlık hizmeti alan 65 yaş üzeri bireylerde yaşam kalitesini ve evde sağlık hizmetini değerlendirdiği çalışmasında öğrenim durumları açısından araştırma grubunun %68,5'inin okuryazar olmadığı (eğitim yok), %20'sinin ise ilkokul, %6,5'inin ortaokul mezunu, %5'inin lise mezunu olduğu belirlenmiştir (Uçakkuş, 2018). Adıgüzel tarafından evde bakım hizmeti alan bireylerde beslenme durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çoğunluğu yaşlı katılımcılardan oluşan çalışmada 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 (Adıgüzel, 2016). Balcı ve arkadaşları tarafından evde bakım hizmeti alan 60 yaş ve üstü bireylerin yaşam şekli ve sosyal destek düzeylerinin yaşam doyumu ve depresyon üzerine etkisi değerlendirildiği çoğunluğu yaşlı katılımcılardan oluşan çalışmada eğitim durumlarına göre gruplandırılan bireylerin %39'u okur-yazar değil, %17,1'i okur-yazar ve %43,9'u ilköğretim mezunu olarak bulunmuştur (Balcı & Erdendoğdu, 2022).

Katılımcıların %58,9'u bekâr, %41,1'si evlidir. Katılımcıların çoğunluğunun bekâr olmasının sebebi ileri yaşta olmalarından dolayı eşlerinin vefat etmiş olması olabilir. Medeni durumların dağılımı bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Şahin'in evde sağlık hizmeti alan hastalarda bası yarası ile beslenme durumu arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında araştırmaya katılanlar içinde evli olanlar %38,7, bekâr, dul veya boşanmış olanlar %61,3 olarak bulunmuştur

(Şahin, 2019). Uçakkuş evde sağlık hizmeti alan 65 yaş üzeri bireylerde yaşam kalitesini ve evde sağlık hizmetini değerlendirdiği çalışmasında çalışmaya katılanların %40,5'inin evli, %59,5'inin bekâr, dul veya boşanmış olduğunu saptamıştır (Uçakkuş, 2018). Akdemir ve arkadaşlarının yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların %26,3'ü evli, %73,7'si bekârdır (Akdemir, et al., 2011).

Sosyal güvence durumuna göre katılımcıların %97'si sosyal güvenceye sahip, %3'ü herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir. Katılımcıların büyük çoğunluğu sosyal güvenceye sahiptir. Sosyal güvenceye sahip olma oranının yüksek olmasında ülkemizde sigortalı çalışmanın yaygın olması ve ülkemizin uyguladığı sosyal devlet uygulamaları doğrultusunda sağlık güvencesi sağlanması olabilir. Sosyal güvence durumlarının dağılımı bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Akan ve arkadaşlarının evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumlarını araştırdığı çalışmalarında araştırmaya katılanların %98,2'si sosyal güvenceye sahipken %1,78'inin herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır (Akan, Ayraller, & Hayran, 2013). İncesu ve arkadaşlarının Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı hastaların evde sağlık hizmetlerine erişilebilirliğini araştırdığı çalışmalarında hastaların %99,2'si sosyal güvenceye sahipken %0,8'inin herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır (İncesu, Tombul, Arkan, & Babuçcu, 2014). Alpteker'in 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin bakım yükleri ile yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada araştırma grubunun %95,7'i sosyal güvenceye sahipken %4,3'ünün herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır (Alpteker, 2008).

Çalışmamızda katılımcıların beraber yaşadığı aile üyesi durumuna göre %51,2'si çocuklarıyla, %22,1'i eşiyle, %18,4'ü eşi ve çocuklarıyla, %5,4'ü yalnız ve %3'ü bakıcı ile yaşamaktadır. Araştırma grubumuzun büyük çoğunluğu çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Araştırma grubumuzun büyük çoğunluğunun çocuklarıyla yaşamasının sebebi eşinin kendisine bakım verecek durumda olmaması veya eşinin vefat etmiş olması olabilir. Beraber yaşadığı aile üyesine göre dağılımı bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çatak ve arkadaşlarının Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetlerini araştırdığı çalışmalarında hastaların %58,3'ü çocuklarıyla, %26,9'u eşiyle, %14,8'i bakıcıyla yaşadığını bildirmişlerdir (Çatak, et al., 2012). Bozat'ın evde bakım ödeneğinin 65 yaş üstü yaşlıların yaşam kalitesine etkisini incelediği çalışmasında hastaların %68,3'ü çocuklarıyla, %21,7'si eşiyle, %9,2'si bakıcıyla yaşadığını bildirmiştir (Bozat, 2019).

Örneklem grubumuzda en sık tanı alan hastalığın %24,8 ile hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Hipertansiyonu sırasıyla kalp damar hastalıkları (%13,2), diyabet (%13,2), alzheimer (%11,4) takip etmiştir. Çalışma grubumuzda en sık tanı alan hastalığın hipertansiyon olmasının sebebi yaş ve genetik sebeplere ek olarak Tokat yöresinde ev yapımı salça, turşu, kışlık konserve gibi tuz içeriği yüksek besinlerin tüketim miktarının fazla olması olabilir. Örneklem grubumuzda en sık görülen hastalık dağılımı bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Taşdemir ve arkadaşının evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarını ve sosyo-demografik özelliklerini değerlendirdiği çalışmalarında en sık tanı SVH tanısı olmuştur. SVH'ı sırasıyla hipertansiyon ve diyabetin takip ettiğini gözlemlemişlerdir (Taşdemir & Oğuzöncül, 2019). Akiyama ve arkadaşlarının Japonya'da yaptıkları çalışmalarında evde bakım hizmetinden yararlanan yaşlıların en sık tanı aldığı hastalıkların

Hipertansiyon ve SVH olduğunu gözlemlemişlerdir (Akiyama, Hanabusa, & Mikami, 2011). Yörük ve arkadaşlarının Balıkesir Devlet Hastanesi evde bakım hizmet biriminden bakım alan 65 yaş ve üzeri bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmalarında çalışmaya katılanların en sık tanı aldığı hastalıkları sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar, hemipleji, diyabet ve nörolojik hastalıklar olarak saptamışlardır (Yörük, Çalışkan, & Gündoğdu, 2012).

Araştırma grubunun çoklu hastalık sayılarına bakıldığında %17,7'sinin bir, %33,1'inin iki, %26,1'inin üç, %23,1'inin dört ve üzeri hastalığı vardır. Kalınkara ve arkadaşının yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik durumunu araştırdığı çalışmalarında bakım alan hastaların %41,3'ünün bir, %43,6'nın iki, %15,1'inin üç ve üzeri kronik hastalığı olduğunu saptamışlardır (Kalınkara & Kalaycı, 2017). Selçuk ve arkadaşının kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükünü ve etkileyen etmenleri belirlenmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında bakım alanların %70,7'sinin bir, %19,9'unun iki, %9,4'ünün üç kronik hastalığı olduğunu saptamışlardır (Tari Selçuk & Avcı, 2016).

Katılımcıların BKİ dağılımlarına baktığımızda %4,3'ü zayıf, %33,1'i normal kilolu, %31,4'ü fazla kilolu, %31,1'i obezdir. Çalışmamızda zayıf katılımcıların oranı oldukça düşüktür. Örneklem grubunda zayıf hasta oranının çok düşük olmasının sebebi Tokat halkının büyük çoğunluğunun fazla kilolu veya obez sınıfına dâhil oldukları için hastalık sayılarının artmasına bağlı beslenmeleri bozulan hastaların kilo kaybıyla birlikte fazla kilolu veya normal kilolu sınıflarına dâhil olmaları olabilir. Bizim çalışmamıza benzer olarak Öztürk'ün geriatrik evde sağlık hastalarının beslenme durumlarının değerlendirdiği çalışmasına katılanların %63'ü normal kilolu, %23'ü fazla kilolu, %9'u obez, %5'i zayıftır (Öztürk, 2018).

Araştırma grubunun sigara kullanma durumuna bakıldığında katılımcıların %78,3'ü sigara içmemekte, %1,3'ü sigara içmekte, %20,4 sigarayı bırakmıştır. Araştırma grubunda alkol sigara kullanma durumuna bakıldığında katılımcıların %92,6'sı alkol kullanmamakta, %0,3'ü alkol kullanmakta, %7'si alkölü bırakmıştır. Sigara ve alkol kullanım oranının düşük olmasının sebebi katılımcıların yaş ve sağlık durumlarının elverişli olmaması, katılımcılarının büyük çoğunluğunun kadın olması ve gençlik-yetişkinlik dönemlerinde kadınların sigara-alkol kullanmasının toplumda hoş karşılanmamasından kaynaklı olabilir. Sigara ve alkol kullanım oranlarının dağılımı bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yörük ve arkadaşlarının Balıkesir Devlet Hastanesi evde bakım hizmet biriminden bakım alan 65 yaş ve üzeri bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmalarında çalışmaya katılanların %8,8'inin sigara, %2,1'inin alkol alışkanlığı olduğunu gözlemlemişlerdir (Yörük, Çalışkan, & Gündoğdu, 2012)

Araştırma grubunun MNA puanına göre malnütrisyon durumuna bakıldığında %20,1'i malnütrisyonlu, %49,8'i malnütrisyon riski altında ve %30,1'i normal nütrisyonel duruma sahiptir. MNA puanı ortalaması $20,4 \pm 5,1$ 'dir. Katılımcıların büyük çoğunluğunda beslenme bozukluğu vardır. Araştırmamıza katılan hastaların büyük çoğunluğunda beslenme bozukluğu olmasının nedeni yaşlılıkta diş kaybının artması, hastalıklara bağlı iştah kaybı gibi çeşitli nedenler olabilir. Araştırma grubumuzun MNA puanına göre malnütrisyon durumunun dağılımı bu alanda yapılmış diğer çalışmalara benzerlik göstermektedir. Öztürk'ün geriatrik evde sağlık hastalarının beslenme durumlarının değerlendirdiği çalışmasına katılanların %26'sı malnütrisyonlu, %44'ü malnütrisyon riski altında ve %30'u normal nütrisyonel duruma sahiptir. MNA puanı ortalamaları ise $19,93 \pm 4,67$ 'dur (Öztürk, 2018). Akan ve arkadaşlarının evde sağlık

birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumlarını araştırdıkları çalışmalarında çalışma grubunun %48,3'ü malnütrisyonlu, %38,2'si malnütrisyon riski altında ve %13,5'i normal nütrisyonel duruma sahiptir (Akan, Ayraler, & Hayran, 2013). Çevik ve arkadaşlarının evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında katılımcıların MNA puanına göre malnütrisyon durumuna bakıldığında %33,1'i malnütrisyonlu, %39,3'ü malnütrisyon riski altında ve %27,5'i normal nütrisyonel duruma sahip olduğu saptanmıştır (Çevik, Basat, & Uçak, 2014).

Araştırma grubunun SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları alt boyut puanlarının ortalamasına baktığımızda Fiziksel Fonksiyon puanı ortalaması $4,5 \pm 12,8$, Fiziksel Rol Güçlüğü puanı ortalaması $8,3 \pm 15,1$, Emosyonel Rol Güçlüğü puanı ortalaması $13,7 \pm 23,7$, Enerji Canlılık Vitalite puanı ortalaması $35,4 \pm 20,6$, Ruhsal Sağlık puanı ortalaması $57,4 \pm 20,3$, Sosyal İşlevsellik puanı ortalaması $45,7 \pm 32,3$, Ağrı puanı ortalaması $51,4 \pm 28,8$, Genel Sağlık Algısı puanı ortalaması $32,8 \pm 24,5$ 'dir. En düşük alt boyut ortalamaları Fiziksel Fonksiyon ve Fiziksel Rol Güçlüğü; en yüksek alt boyut ortalamaları ise Ruhsal Sağlık ve Ağrı alt boyutu olmuştur. En düşük puan ortalamasının Fiziksel Fonksiyon olmasının nedeni katılımcıların yaşı ve hastalıkları dolayısıyla hareketlerinin kısıtlanması olabilir. En yüksek puan ortalamasının Ruhsal Sağlık olmasının nedeni ise bireylerin inancı, aile yapısı ve aile üyelerinin birbirine olan bağlılığı, kişinin içinde bulunduğu durumu değerlendirme biçimi gibi sebeplerin kişinin kendi moral ve motivasyonunu yüksek tutmasını sağlaması olabilir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları alt boyut puan ortalamaları bu alanda daha önce yapılmış çalışmalarla büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. En düşük SF-36 alt skor ortalaması bu alanda yapılan çalışmalardan farklılık gösterirken en yüksek SF-36 alt skor

ortalaması bu alanda yapılan çalışmalara benzerlik göstermektedir. Adıgüzel ve arkadaşının evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumlarına ilişkin bazı özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdıkları çalışmalarında SF-36 alt skor ortalaması en düşük $3,2 \pm 8,46$ ile Fiziksel Rol Güçlüğü iken; en yüksek alt skor ortalaması ise $65,6 \pm 11,43$ ile Ruhsal Sağlık olmuştur (Adıgüzel & Tek, 2018). Hisar ve arkadaşının evde sağlık hizmeti alanlarda yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yaptıkları çalışmalarında en yüksek SF-36 alt skor ortalamasını $49,3 \pm 15,9$ ile Genel Ruh Sağlığı en düşük puan ortalamasını ise $4,8 \pm 20,6$ ile Fiziksel Rol Kısıtlılığı olarak bulmuşlardır (Hisar & Erdoğan, 2014).

Çalışmamıza katılanların MNA puanlarına göre beslenme durumu ile BKİ sınıfı ve Genel Sağlık Durumları birbiriyle ilişkilidir. Katılımcıların BKİ'si arttıkça ve genel sağlık durumu iyileştikçe normal nütrisyonel durumlu olma oranları artmaktadır. Bizim çalışmamıza katılan zayıf bireylerin çoğunluğu malnütrisyonlu (%76,9'u malnütrisyonlu, %23,1'i malnütrisyon riski altında) iken obez bireylerin çoğunluğu malnütrisyon riski altındadır (%8,6'sı malnütrisyonlu, %49,5'i malnütrisyon riski altında, %41,9'u normal nütrisyonel duruma sahip). Çınar ve arkadaşlarının palyatif bakım hastalarında beslenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırdıkları çalışmalarında hastaların MNA puanlarına göre beslenme durumuyla BKİ sınıfının birbirleriyle ilişkili olduğunu ve iyi beslenen hastalarda BKİ düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Çınar, Kaya, & Enginyurt, 2017).

Çalışma grubumuzun MNA puanına göre beslenme durumu ile tüm SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları arasında pozitif bir ilişki vardır. Çalışma grubumuzun MNA puanına göre beslenme durumu ile tüm SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları arasında ki ilişki bu alanda daha önce yapılmış diğer çalışmalarla

benzerlik göstermektedir. Çınar ve arkadaşlarının palyatif bakım hastalarında beslenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini araştırdıkları çalışmalarında MNA puanıyla SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, enerji/vitalite, emosyonel sağlık ve genel sağlığın algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Çınar, Kaya, & Enginyurt, 2017). Visvanathan ve arkadaşlarının Avustralya’da evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında MNA puanı ile SF-36 alt boyut ve toplam puanları arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptamışlardır (Visvanathan, et al., 2003).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme durumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve aralarındaki ilişkiyi saptamak amacı ile planlanıp yürütülen bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki gibi özetlenmiştir.

1. Çalışmaya, 107 erkek (79,94±8,77 yıl) ve 192 kadın (81,11±9,15 yıl) evde bakım hizmeti alan toplam 299 birey (80,71± 8,99 yıl) katılmıştır.
2. Çalışmaya katılan bireylerin baskın özellikleri okuryazar olmamak (%43,5), bekâr olmak (%58,9), sosyal güvenceye sahip olmak (%97), çocukları ile birlikte yaşamak (%51,2), dört ve üzeri kişiyle birlikte yaşamak (%41,5) ve bakım vericiye sahip olmak (%89) olarak sıralanmaktadır.
3. Evde sağlık hizmetleri ekibi katılımcıları çoğunlukla çağrılınca (%89) ziyaret etmektedir.
4. Çalışmaya katılan bireylerde en sık gözlemlenen hastalıkların sırasıyla hipertansiyon (%24,8), kalp damar hastalıkları (%13,2), diyabet (%13,2), alzheimer (%11,4), SVO (%5,3), olduğu belirlenmiştir.
5. Katılımcıların %4,3'ü BKİ sınıflamasına göre zayıf bulunmuştur. Katılımcıların %62,5'inin BKİ değerlerinin normalin üzerinde olduğu saptanmıştır.
6. Katılımcıların NRS-2002 puanına göre %81,3'inin normal nütrisyonel duruma sahip olduğu gözlemlenmiştir. NRS-2002 puanı ortalaması 1,6±1,1'dir. Katılımcıların MNA puanına göre %49,8'inin malnütrisyon riski altında olduğu saptanmıştır. MNA puanı ortalaması 20,4±5,1'dir.
7. Katılımcıların SF-36 alt boyut puan ortalamaları 'Fiziksel Fonksiyon' puanı ortalaması 4,5±12,8, 'Fiziksel Rol Güçlüğü' puanı ortalaması 8,3±15,1,

‘Emosyonel Rol Güçlüğü’ puanı ortalaması $13,7 \pm 23,7$, ‘Enerji Canlılık Vitalite’ puanı ortalaması $35,4 \pm 20,6$, ‘Ruhsal Sağlık’ puanı ortalaması $57,4 \pm 20,3$, ‘Sosyal İşlevsellik’ puanı ortalaması $45,7 \pm 32,3$, ‘Ağrı’ puanı ortalaması $51,4 \pm 28,8$, ‘Genel Sağlık Algısı’ puanı ortalaması $32,8 \pm 24,5$ ’dir.

8. NRS-2002 puanı ile ‘BKİ Sınıfı’ ve ‘Genel Sağlık Durumu’ arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$). NRS-2002 puanlarına göre zayıf bireylerin %53,8’i normal nütrisyonel duruma sahip, %46,2’si malnütrisyon riski altında; obez bireylerin %11,8’i normal nütrisyonel duruma sahip, %88,2’si ise malnütrisyon riski altındadır. NRS-2002 puanına göre genel sağlık durumu kötü olan bireylerin %34,9’u normal nütrisyonel duruma sahip, %65,1’i malnütrisyon riski altında; genel sağlık durumu iyi olan bireylerin %14,5’i normal nütrisyonel duruma sahip, %85,5’i ise malnütrisyon riski altındadır.
9. MNA puanı ile ‘BKİ Sınıfı’ ve ‘Genel Sağlık Durumu’ arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$). MNA puanlarına göre zayıf bireylerin %76,9’i malnütrisyonlu, %23,1’i malnütrisyon riski altında; obez bireylerin %8,6’sı malnütrisyonlu, %49,5’i malnütrisyon riski altında, %41,9’u normal nütrisyonel duruma sahiptir. MNA puanına göre genel sağlık durumu kötü olan bireylerin %39,5’i malnütrisyonlu, %46,5’i malnütrisyon riski altında, %14’ü normal nütrisyonel durumlu; genel sağlık durumu iyi olan bireylerin %11,6’sı malnütrisyonlu, %42’si malnütrisyon riski altında, %46,4’ü normal nütrisyonel duruma sahiptir.
10. SF-36 Alt Boyut puanlarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi şu şekildedir: Eğitim Durumu’ ile ‘Fiziksel Fonksiyon’ arasında yüksek düzeyde anlamlı bir

ilişki; ‘Fiziksel Fonksiyon’ ile ‘Beraber Yaşadığı Aile Üyeleri’ ve ‘Bakım Vericisi’ arasında anlamlı bir ilişki vardır (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,05$). Fiziksel Rol Güçlüğü’ ile ‘BKİ’ arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). ‘Emosyonel Rol Güçlüğü’ ile ‘Yaş Grubu’ arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki; ‘Emosyonel Rol Güçlüğü’ ile ‘Sosyal Güvence Durumu’ arasında anlamlı bir ilişki vardır (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,05$). ‘Eğitim Durumu’ ile ‘Enerji, Canlılık, Vitalite’ arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). ‘Sosyal İşlevsellik’ ve ‘Ağrı’ ile ‘Katılımcıların Hastalık Sayısı’ arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). ‘Genel Sağlık Algısı’ ile ‘Katılımcıların Hastalık Sayısı’ arasında yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$).

11. NRS-2002 puanı ile SF-36 Alt Boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; ‘Ağrı’ puanı ile NRS-2002 puanları arasında anlamlı negatif ilişki ($p<0,05$), ‘Sosyal İşlevsellik’ ve ‘Genel Sağlık Algısı’ alt puanları ile NRS puanları arasında ise güçlü negatif ilişki vardır ($p<0,001$).
12. Tüm SF-36 Alt Boyut puanları ile MNA puanları arasında güçlü pozitif ilişki vardır ($p<0,001$).

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında şu öneriler geliştirilebilir;

Yaşlı nüfus oranının artmasıyla birlikte sağlık sisteminin yükü artmaktadır. Artan sağlık sisteminin yükünü azaltmak için evde bakım hizmet birimleri personel ve ekipman açısından desteklenmelidir. Evde bakım hizmeti sunumu sırasında karşılaşılan kurumlar arasındaki iletişimin sağlanması, bakımın standart ve kaliteli bir boyuta taşınması, akut ve uzun süreli sağlık hizmetinin birbirleriyle uyum içinde işleyişi ve bu hizmetler için gerekli finans kaynakların oluşturulması ile ilgili konular çözülmelidir. Kronik hastalıklara sahip 65 yaş ve üzeri bireylerin evde bakım hizmetini, hastanede yatarak tedavi almaya kıyasla daha fazla tercih etmelerini özendirecek şekilde şartlar iyileştirilmelidir.

Evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylerde beslenme durumlarının yaşam kaliteleri üzerinde büyük payı vardır. Evde sağlık hizmeti sunulan bireyler belirli aralıklarla beslenme açısından taranmalı ve hastaların klinik durumlarına uygun beslenme desteği sağlanmalıdır. Hastanın bakımı ile ilgilenen bireylere beslenme eğitimi verilmelidir. Evde sağlık hizmetleri diyetisyenin de dâhil olduğu multidisipliner bir ekip tarafından sunulmalı ve bu ekibe evde sağlık hizmeti sunumuna yönelik meslek içi eğitimler verilmelidir. Evde sağlık hizmetinin multidisipliner bir ekip tarafından verilmesi evde sağlık hizmeti alan hastaların mortalite ve morbidite oranının azaltılmasına, yaşam kalitesinin yükseltilmesine ve sağlık harcamalarındaki maliyetin düşmesine katkıda sağlayabilir.

Evde sağlık hizmeti alan yaşlı bireylere rutin olarak vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baldır çevresi, üst-orta kol çevresi ve vücut bileşimi ölçümlerinin diyetisyen tarafından yapılarak kayıt altına alınması hastanın beslenme durumunun takibini ve malnütrisyonun riskinin teşhisini kolaylaştıracaktır. Böylelikle erken dönemde uygun beslenme desteğinin sağlanmasıyla malnütrisyonun önlenmesi mümkün hâle gelecektir. Evde sağlık hizmetleri

ekibinin kullanımına vücut ağırlığı ve mümkünse vücut bileşimi ölçümlerinin yapılabilmesi için uygun özellikte taşınabilir ölçüm aletleri ve cihazlar sunulmalıdır.

Beslenme desteği alması gereken hastalarda hekim ve diyetisyen iş birliği içinde çalışmalıdır. Oral yolla beslenmesi mümkün olmayan hastalara nazogastrik ya da gastrostomi/ jejunostomi sondası takılması gibi uygun beslenme yolu açılırken karşılaşılan işlevsel zorluklar çoğu zaman tedavinin aksamasına sebep olmaktadır. Bu gibi durumlarda hastanın mağdur olmaması ve tedavinin gecikmemesi için gerekli önlemler alınmalı ve yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Hasta ve ailesine düzenli olarak beslenme eğitimleri verilmeli, hastanın beslenmesine ilişkin hasta ve yakınlarının bilgi almak istediği konularda haftanın belirli gün ve zamanlarında diyetisyen tarafından telefonla danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Yaşlıları evinde düzenli ziyaret ederek onlara sosyal, psikolojik destek sağlayacak, iyilik halini artıracak, ihtiyaçları doğrultusunda ona rehberlik edecek destek elemanları ekipte bulunmalıdır.

Yaşlıların yaşam kalitesini yükseltmek ve onların yaşam aktivitelerini artırmak için sanatsal faaliyet aktiviteleri, müzik dinletileri gibi sosyal programlar düzenlenmelidir.

Hastaların bağımlılık oranları ev yaşam koşullarına ve bakım verenlerin bilgi düzeylerine de bağlı olduğu için bakım vericilere de düzenli eğitim verilmelidir.

Kültürel farklılıklar yaşlıların yaşam kalitesi algılarını etkilediği için farklı sosyo-kültürel ve ekonomik düzeye sahip yaşlı gruplarının ihtiyaçlarına uygun kaliteli ve hasta memnuniyetini önde tutan bir hizmet verilmelidir.

Evde sağlık hizmeti alan yaşılı bireylerin beslenme durumları ve yaşıam kalitelerinin belirlenmesi ve birbirleriyle ilişkilerinin saptanmasına yönelik ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır.



KAYNAKÇA

- 10 Mart 2005 tarihli ve 25751 sayılı Resmi Gazete (Dü.). (2005, Mart 10). *Evde bakım hizmetlerinin sunumu hakkında yönetmelik*. Mayıs 04, 2021 tarihinde T.C.Sağlık Bakanlığı;<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden alındı
- Açar, A., Karataş, H., & Özgönül, A. (2021). Transplantasyon yapılan çocukların ebeveynlerinin yaşam kalitesi ve bakım yükü. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 41-50.
- Adıgüzel, E. (2016). evde bakım hizmeti alan bireylerde beslenme durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve evde bakım hizmetleri kapsamında diyetisyenin rolü.(Yüksek Lisans Tezi),Gazi Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı,Ankara.
- Adıgüzel, E., & Tek, N. A. (2018). Evde bakım hizmeti alan bireylerin hastalık profiline göre beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 11(1), 34-40.
- Affairs, C. o. (1990). Home Care in the 1990s. *The Journal of the American Medical Association*, 263, 1241-1244.
- Akan, H., Ayraller, A., & Hayran, O. (2013). Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 17(3), 106-112.
- Akdemir, N., & Akkuş, Y. (2006). Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 82-91.

- Akdemir, N., Bostanoglu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., & Canlı Özer, Z. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 57-65.
- Akiyama, A., Hanabusa, H., & Mikami, H. (2011). Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(2), 85-88.
- Akmansu, M., & Kanyılmaz, G. (2020). Malnütrisyon Taramasındaki Yöntemler: Hangi Yöntemi Kullanalım? *Türk Onkoloji Dergisi*, 35(1), 5-11.
- Akren Özkazanç, M. (2019). Diyet polikliniğine başvuran kanserli hastaların beslenme durumunun değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik Programı, Ankara.
- Aktürk, A. Ş., Atmaca, E., Zengin, S., & Bayramgürler, D. (2010). Kocaeli İlinde Evde Bakım Hizmeti Alan Hastalarda Bası Ülserlerinin Prevalansı ve Klinik Özellikleri. *Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi*, 44, 128-131.
- Alan, A. (2017). Yaşlı bireylerde beslenme durumunun saptanmasında mini beslenme analizi (MNA) ve bazı antropometrik ölçülerle ilişkisi. (Yüksek Lisans Tezi), Cumhuriyet Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antropoloji Ana Bilim Dalı, Fiziki Antropoloji Bilim Dalı, Sivas.
- Alpteker, H. (2008). 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin bakım yükleri ile yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Abant İzzet Baysal Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Bolu.

- Altuntaş, M., Yılmaz, T. T., Güçlü, Y. A., & Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 20(3), 153-158.
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., Barthelemy, N., Bertz, H., Bozzetti, F., . . . Preiser, J. C. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11-48.
- Arioğul, S. (2013). Yaşlılarda malnütrisyon kılavuzu. *Akademik Geriatri Derneği*.
- Arslan, D. T., & Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık çıktılarının ölçülmesi: QALY ve DALY. *Sağlık Performans ve Kalite Dergisi*(13), 99-126.
- Aslan, M., & Hocaoglu, Ç. (2017). Yaşlanma ve yaşlanma dönemiyle ilişkili psikiyatrik sorunlar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 53-62.
- Aslan, Ş., Uyar, S., & Güzel, Ş. (2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*(1), 45-56.
- Aydemir, Ç., & Kasım, İ. (2000). Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi*, 10(2), 29-39.
- Balcı, S., & Erdendoğdu, B. (2022, 04 14). *Evde bakım hizmeti alan 60 yaş ve üstü bireylerin yaşam şekli ve sosyal destek düzeylerinin yaşam doyumu ve depresyon üzerine etkisi.* https://www.researchgate.net/profile/Sumeyye-Balci/publication/283270386_Evde_Bakim_Hizmeti_Alan_60_Yas_ve_Ustu_Bireylerin_Yasam_Sekli_ve_Sosyal_Destek_Duzeylerinin_Yasam_Doyumu_ve_Depresyon_Uzerine_Etkisi/links/562fc36108aefb4c6cb9d550/Evde-Bakim-Hizmeti-adresinden-alinmistir

- Başaran, G. A. (2004). Kanser hastalarında beslenme. *Klinik Gelişim*, 17, 24-32.
- Baydar Artantaş, A., & Tamara Köroğlu, F. (2019). Bir hastane bünyesindeki evde sağlık birimi tarafından verilen hizmetlerin değerlendirilmesi: 2018 yılı istatistikleri. *Ankara Med J*, 19(1), 170-177.
- Baysal(b), A. (2014). Beslenme ilkeleri. A. Baysal içinde, *Beslenme* (15. Baskı b.). Hatiboğlu Yayınları.
- Baysal, A. (1996). Sağlıklı beslenme ve akdeniz diyeti. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 25(1), 21-29.
- Baz, S., & Ardahan, M. (2016). Yaşlılarda malnütrisyon ve hemşirelik yaklaşımları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 147-153.
- Bendich, A. (2009). Fundamentals of nutrition and geriatric syndromes. C. W. Bales, C. S. Ritchie, & N. S. Wellman içinde, *Handbook of Clinical Nutrition and Aging* (s. 65-235).
- Bozat, B. (2019). Evde bakım ödeneğinin 65 yaş ve üstü yaşlıların yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi: Adıyaman Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı. Sivas.
- Buckner, C., Lafrenie, R., Dénommée, J., Caswell, J., & Want, D. (2018). Complementary and alternative medicine use in patients before and after a cancer diagnosis. *Current Oncology*, 25(4), 275-281.

- Budak, S. (2019). Palyatif bakım alan PEG (perkütan endoskopik gastrostomi) ve NG (nazogastrik)' li hastalara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). *Balıkesir Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı*. Balıkesir.
- Can, Ö. S., & Ünal, N. (2008). Evde bakım ve tedavi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(4), 6-13.
- Can, R., Abacı, L. Ç., & Kadioğlu, S. (2013). Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetleri sırasında gündeme gelen tıp etiği sorunları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*(35), 448-456.
- Cayır, Y. (2020). Evde sağlık hizmetleri. *Türk Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Dergisi*, 14(1), 147-152.
- Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Gossum, A. V., Klek, S., . . . Singer, P. (2015). Diagnostic criteria for malnutrition – An ESPEN Consensus Statement. *Clinical Nutrition*, 34(3), 335-340.
- Cinel, G., Demir, N., Özçelik, U., & Karaduman, A. A. (2013). Çocuklarda yutma disfonksiyonu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 56, 89-96.
- Coşkun Us, N. (2014). Evde sağlık hizmeti alan kişilerde yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 17(1), 59-75. Mart 15, 2021 tarihinde <https://docplayer.biz.tr/2958690-Evde-saglik-hizmeti-alan-kisilerde-yasam-kalitesi-ve-hasta-memnuniyeti.html> adresinden alındı
- Coşkun, N. (2011). Evde sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti. *Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*.

- Croft, R. (1992). What consistency of food is best for children with cerebral palsy who cannot chew? *Arch Dis Child*, 1992, 269-271.
- Çapcıoğlu, İ., & Alpay, A. H. (2021). Türkiye’de yaşlılığın geleceği. *Nosyon: Uluslararası Toplum ve Kültür Çalışmaları Dergisi*, 8, 77-88.
- Çatak, B., Kılınç, A. S., Badıllıoğlu, O., Sütü, S., Sofuoğlu, A. E., & DilekAslan. (2012). Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1), 13-21.
- Çayır, Y., Avşar, Ü. Z., Avşar, Ü., Cansever, Z., & Khan, A. S. (2013). Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 5(3), 9-12.
- Çelik Güzel, E., & Toprak, D. (2018). Türkiye’de evde sağlık hizmetleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(5), 15-19.
- Çevik, A., Basat, O., & Uçak, S. (2014). Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Durumunun Laboratuvar Parametreleri Üzerine Olan Etkisinin İrdelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 6(3), 31-37.
- Çınar, H., Kaya, Y., & Enginyurt, Ö. (2017). Palyatif bakım hastalarında beslenme düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(4), 1-7.
- Çoban, M. (2008). Son Dönem Bakım Merkezlerinde (Hospice) Verilen Hizmetler. *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Uluslararası Katılımlı*. Antalya.

- Çoban, M. (2015). Evde bakım hizmet sisteminin Almanya ve Türkiye örneğinde incelenmesi ve Türkiye için bir model önerisi.(Doktora Tezi),Gazi Üniversitesi. Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Ankara.
- Çoban, M., & Esatoğlu, A. (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*, 12, 10-120.
- Damar, H. T., & Savcı, A. (2021). Ortopedi hastalarının malnütrisyon durumları ve risk faktörlerinin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 487-494.
- Demircan, Z. (2016). Cerrahi geçiren ve kemoterapi tedavisi alan onkoloji hastalarının bitkisel ürün kullanımı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Demirel, U., & Bahçecioğlu, İ. H. (2010). Enteral ve parenteral beslenmeye klinik yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 14(3), 149-154.
- Demirsoy, N. (2017). İstanbul kadı sicillerinden bir örnek evde Bakım için bir başlangıç tarihi: 1766 tarihli bir belge. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2), 66-73.
- Dilekçi, E., Ademoğlu Dilekçi, E., Demirkol, M. E., & Ögün, M. N. (2018). Evde Sağlık Hastalarında D Vitamini Düzeyleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(2), 101-105.
- Dilekçi, E., Ademoğlu Dilekçi, E., Demirkol, M. E., & Ögün, M. N. (2018). Evde sağlık hastalarında D vitamini düzeyleri. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(2), 101-105.

- Dumlu, E. G., Bozkurt, B., Tokaç, M., Kıyak, G., Özkardeş, A. B., & Samet Yalçın, M. K. (2013). Cerrahi hastalarda malnütrisyon ve beslenme desteği. *Ankara Medical Journal*, 13(1), 33-39.
- Düzen, K. Ö., & Korkmaz, M. (2015). Kanser hastalarında, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 67-76.
- Elbi, H. (2016). Palyatif bakım ve tamamlayıcı tedaviler. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3), 31-33.
- Engdal, S., Steinsbekk, A., Klepp, O., & Nilsen, O. G. (2008). Herbal use in cancer patients during palliative or curative chemotherapy treatment in Norway. *Support Care Cancer*, 16, 763-769.
- Erbaycu, A. E., Gülpek, M., Tuksavul, F., Uslu, Ö., & Güçlü, S. Z. (2010). Akciğer kanserinde çeşitli bitkisel ve diğer karışımların kullanımına sosyo-demografik ve tümöre bağlı faktörlerin etkisi (Akciğer kanserinde tamamlayıcı tedavi kullanımı). *Türk Toraks Dergisi*, 11, 117-120.
- Erdoğan, D. (2019). Evde Sağlık Hizmetleri Biriminden Hizmet Alanların Hizmetten Faydalanma Durumlarının Yaşam Kalitelerine Etkisi: İshakoğlu Çayeli Ve Rize Devlet (Yüksek Lisans Tezi). Avrasya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Trabzon.
- Eser, E. (2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü, sağlıkta yaşam kalitesi. *Sağlıkta Birlik Dergisi*, 1, 1-5.

- Evde Bakım Derneği. (2010). Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı: Çalıştay Sonuç Raporu. Ankara.
- Farthing, M., Selam, M. A., Lindberg, G., Dite, P., Khalif, I., Salazar-Lindo, E., . . . LeMair, A. (2013). Acute diarrhea in adults and children: a global perspective. *J Clin Gastroenterol*, 47(1), 12-20.
- Ferrie, S. (2020). What is nutritional assessment? A quick guide for critical care clinicians. *Australian Critical Care*, 33(3), 295-299.
- Gellert, & A., G. (1993). The importance of quality of life research for health care reform in the USA and the future of public health. *Qual Life Res*, 2(5), 357-361.
- Göçgeldi, E., Babayigit, M. A., Hassoy, H., Açikel, C. H., Taşçı, İ., & Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 172-179.
- Gökdoğan, F. (2008). *Bulantı ve Kusma* (1. Baskı b.). Bolu Basımevi.
- Güler, E. (2018). İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan yaşlı bireylerde malnütrisyon durumu ve yaşam kalitesinin belirlenmesi.(Yüksek Lisans Tezi),Doğu Akdeniz Üniversitesi.Lisansüstü Eğitim,Öğretim ve Araştırma Enstitüsü.Gazimağusa,Kuzey Kıbrıs.
- Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., & Akgül, N. (2009). Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*(11), 367-373.

- Hisar, K. M., & Erdoğan, H. (2014). Evde sağlık hizmeti alanlarda yaşam kalitesi durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 24, 138-142.
- Holmes, S. (2005). Assessing the quality of life—reality or impossible dream? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 493-501.
- Huhmann, M. B., & August, D. A. (2008). Review of American society for parenteral and enteral nutrition (A.S.P.E.N.) clinical guidelines for nutrition support in cancer patients: Nutrition screening and assessment. *Nutrition in Clinical Practice*, 23(2), 182-188.
- İlaslan, E., Özer, Z., & Kol, E. (2017). Kolorektal Kanserlerde Palyatif Bakım Hemşireliği. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 3(1), 43-48.
- İncesu, E., Tombul, C., Arkan, M., & Babuçcu, H. (2014). Evde Sağlık Hizmetlerin Erişilebilirlik:Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*(4), 18-25.
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A., & Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 171-186.
- Jensen, G. L., Kita, K., Fish, J., Heydt, D., & Frey, C. (1997). Nutrition risk screening, characteristics of rural older persons: relation to functional limitations and health care, charges. *American Journal of Clinical Nutrition*, 66, 4819-4828.
- Kabalak, A. A. (2014). Türkiye'de palyatif bakım; 2014, güncel gelişmeler, gereksinimler. *Anestezi Dergisi*, 22(3), 121-123.

- Kalinkara, V., & Kalaycı, I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39.
- Karabağ, H. (2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. (Yüksek Lisans Tezi). *Gazi Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Ankara.*
- Karahan, A., & Güven, S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5(4), 155-159.
- Karahan, İ., & Çıfci, A. (2020). Malnütrisyonun tanımı ve hastaların yönetimi. *J Med Palliat Care*, 1(1), 5-9.
- Karakoç, M. D. (2020). Onkoloji hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 13(1), 69-80.
- Karaman, D., Kara, D., & Yalçın Atar, N. (2015). Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 347-359.
- Karpuzoğlu, D., & Batar, N. (2019). Onkolojide tercih edilen beslenme durumu tarama ve değerlendirme yöntemleri. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 1(1), 37-46.
- Keene, M. R., Heslop, I. M., Sabesan, S. S., & Glass. (2019). Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 33-47.

- Koçaşlı, S., & Demircan, Z. (2017). Herbal product use by the cancer patients in both the pre and post surgery periods and during chemotherapy. *African Journal of Traditional Complementary and Alternative Medicines*, 14(2), 325-333.
- Koçyiğit, H. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12, 102-106.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., & Memiş, A. K. (1999). Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
- Koffman, J., Higginson, I., & Naysmith, A. (1996). Hospice at home service for patients with advanced HIV/AIDS: A pilot evulation of refferrals and outcomes. *British Journal of General Practice*, 46, 539-540.
- Koltarla, S. (2008). Taksim eğitim ve araştırma hastanesi personelinin yaşam kalitesinin araştırılması. (Tıpta Uzmanlık Tezi), T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
- Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415-421.
- Kondrup, J., Rasmussen, H. H., Hamberg, O. L., Stanga, Z., & An ad hoc ESPEN Working Group. (2003). Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, 22(3), 321-336.
- Kostak, M. A., & Akan, M. (2011). Terminal dönemdeki çocuğun palyatif bakımı. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4), 182-192.

- Kucukoner, M., Bilge, Z., Isikdogan, A., Kaplan, M. A., Inal, A., & Urakci, Z. (2013). Complementary and alternative medicine usage in cancer patients in southeast of Turkey. *Afr J Tradit Complement Altern Med*, 10(1), 21-25.
- Küçük, Y. S. (2021). Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastaneler tarafından verilenevde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi: Ankara ve Eskişehir illeri örneği. *Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Kwon, C.-Y., Lee, B., Kwan-Il, & Lee, B.-J. (2020). Herbal medicine on cancer-related fatigue of lung cancer survivors. *Medicine (Baltimore)*, 99(5), 1-5.
- Lehimcioğlu, M. (2021). Palyatif bakım servisinde yatan 65 yaş ve üzeri hastalarda malnütrisyon ve yaşam kalitesi ile mortalite arasındaki ilişkinin incelenmesi. (Uzmanlık Tezi), Kırıkkale Üniversitesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale.
- Muecke, R., Paul, M., Conrad, C., Stoll, C., Muenstedt, K., Micke, O., . . . Huebner, J. (2016). Complementary and alternative medicine in palliative care: A comparison of data from surveys among patients and professionals. *Working Group Prevention and Integrative Oncology of the German Cancer Society*, 15(1), 10-16.
- Muhamad, N., Plengsuriyakarn, T., & Na-Bangchang, K. (2018). Application of active targeting nanoparticle delivery system for chemotherapeutic drugs and traditional/herbal medicines in cancer therapy: a systematic review. *International Journal of Nanomedicine*, 13, 3921-3935.

- Öğünç, Y. T. (2018). Dispeptik semptomları olan bireylerin beslenme durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). *Hacettepe Üniversitesi. Beslenme Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara*, 1-138.
- Öksüz, H. (2018). Evde sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti. *Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ*.
- Ökten, Ç. (2012). Ayaktan kemoterapi alan gastrointestinal kanserli hastaların evde karşılaştıkları sorunlar ve kullandıkları baş etme davranışları. 1-99.
- Özçelik, G., & Toprak, D. (2015). Bitkisel tedavi neden tercih ediliyor? *Ankara Medicine Journal*, 15(2), 48-58.
- Özçetin, M., Khalilova, F., & Kılıç, A. (2017). Beslenme durumunun değerlendirilmesinde sıra dışı bir yöntem: BİA. *Çocuk Dergisi*, 17(2), 61-66.
- Özdelikara, A. (2013). Meme kanserli hastalarda refleksolojinin kemoterapiye bağlı bulantı kusma ve yorgunluk üzerine etkisi. (Doktora Tezi). *Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ana Bilim Dalı*. Erzurum.
- Özenoğlu, A. (2016). Sağlıklı beslenme ilkeleri. A. Özenoğlu içinde, *Beslenmenin Esasları ve Sağlığın Korunmasında Beslenme* (s. 45-91). Hatiboğlu Yayınları.
- Özer, Ö., & Şantaş, F. (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 96-103.
- Özgüneş, N. (2013). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda beslenme durumunun taranması: Tarama testleri kıyaslaması. (Yüksek Lisans Tezi), *Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Ana Bilim Dalı, Ankara*.

- Öztürk, G. Z. (2018). Geriatrik Evde Sağlık Hastalarının Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 10(5), 7-10.
- Paul, M., Davey, B., Senf, B., Stoll, C., Münstedt, K., Mücke, R., . . . Hübner, J. (2013). Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 139, 1515-1522.
- Pekcan, G. (2008). Beslenme durumunun saptanması. *Diyet El Kitabı* (s. 67-141). içinde
- Pekcan, G. (2014). Beslenme durumunun saptanması. A. (. Baysal içinde, *Diyet El Kitabı (Sekizinci Baskı)* (s. 124-143). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi.
- Pekcan, G. (2017). Beslenme durumunun belirlenmesi. M. E. Alphan içinde, *Hastalıklarda Beslenme Tedavisi* (s. 85-134). Hatiboğlu Yayınları.
- Rakıcıoğlu, N. (2009). *Yaşlılık döneminde malnütrisyonun saptanması*. Mart 15, 2021 tarihinde alındı
- Routasalo, P., Arve, S., & Lauri, S. (2004). Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice*, 10(5), 207-215.
- Sahyoun, N., Jacques, P., Dallal, G., & Russell, R. (1997). Nutrition screening initiative checklist may be a better awareness/educational tool than a screening one. *Journal of the American Dietetic Association*, 97(7), 760-764.
- Saletti, A., Johansson, L., & Cederholm, T. (1999). Mini Nutritional Assessment in elderly subjects receiving home nursing care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 12, 381-387.

- Samuels, N., Arye, E. B., Maimon, Y., & Berger, R. (2017). Unmonitored use of herbal medicine by patients with breast cancer: reframing expectations. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 143(11), 2267-2273.
- Santos, S. R., Santos, I. B., Fernandes, M., & Henriques, M. E. (2002). Elderly quality of life in the community: application of the Flanagan's Scale. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757-764.
- Sarıkaya, D., Halil, M., Kuyumcu, M. E., Kılıç, M. K., Yeşil, Y., Kara, O., . . . Arıoğlu, S. (2015). Mini nutritional assessment test long and short form are valid screening tools in Turkish older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(1), 56-60.
- Selçuk, H. (2012). Malnütrisyon ve önemi. *Güncel Gastroenteroloji*, 16(2), 158-162.
- Selçuk, Z. G. (2021). Erişkin muayenehanesinde sağlık açısından değerlendirildiğinde, nütrisyonel değerlendirme 2002 ve nütrik skorları değerlendirmeleri. (Yüksek Lisans Tezi), Balıkesir Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Balıkesir.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*, 24(2), 91-96.
- Sezer Yeşil, E., & Özyurt, Ö. (2016). Diyare ve beslenme. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(3), 240-244.

- Smith Hammond, C. A., & Goldstein, L. B. (2006). Cough and aspiration of food and liquids due to oral-pharyngeal dysphagia. *ACCP evidence-based clinical practice guidelines*, 129, 154-168.
- Smith, B., Malay, K., & Hawkins, D. (2004). Basic statistics about home care updated. *National Association for Home Care & Hospice*, 1-14.
- Soler, J. J., Sanchez, L., Roman, P., Martinez, M. A., & Perpina, M. (2004). Prevalence of malnutrition in outpatients with stable chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Bronconeumol*, 40, 250-258.
- Soyuer, F., & Ünalın, D. (2006). Kronik beyin damar hastalıklarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(3), 157-162.
- Sözeri, E., & Kutlutürkan, S. (2015). Kemoterapiye Bağlı Tat Alma Değişikliği ve Hemşirelik Bakımı. *Journal of Contemporary Medicine*, 5, 99-103.
- Sultan Kay, Z. H. (2008). Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 18(1), 32-38.
- Şahin Kaya, A. (2015). Farklı beslenme tarama testleri kullanılarak ameliyat öncesi gastrointestinal sistem kanserli hastaların beslenme durumunun değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Bilimleri Programı, Ankara.
- Şahin, E. (2019). Evde bakım hastalarında bası yarası durumu ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi), İzmir Katip Çelebi Üniversitesi. Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir.

Şen, B. (2020). *Diyetisyen Burcu Şen*. 12 22, 2020 tarihinde <https://www.burcusen.com.tr/ishaldiyare-ve-beslenme/> adresinden alındı

Şendir, M. (2006). Mide kanserinde beslenme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 76-84.

T.C Resmi Gazete. (01.2.2010). Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge.

T.C Resmi Gazete. (10.3.2005). Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. (25751).

T.C. Resmi Gazete. (27.2.2015). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. (29280).

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022, 4 6). *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html#:~:text=D%C3%BCnya%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20%C3%96rg%C3%BCt%C3%BC'n%C3%BCn%20obezite,b%C3%B6l%C3%BCnmesiyle%20elde%20edilen%20bir%20de%C4%9Ferdir>. adresinden alınmıştır

Tan, W. S., Lee, A., Yang, S. Y., Chan, S., Wu, H. Y., Ng, C. W., & Heng, B. H. (2016). Integrating palliative care across settings: a retrospective cohort study of a hospice home care programme for cancer patients. *Palliative Medicine*, 30(7), 634-641.

- Tanlı, S. (1996). Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi. İşletme Fakültesi Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.
- Tarı Selçuk, K., & Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Taşdemir, R., & Oğuzöncül, A. F. (2019). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve sosyo-demografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 17(2), 11-28.
- Taşova, M. (2016). Tokat il merkezinde yaşayan evde bakım birimi tarafından takip edilmiş hastaların retrospektif incelenmesi. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Tokat.
- Taylor, R. M., Gibson, F., & Franck, L. (2008). A concept analysis of health related quality of life in young people with chronic illness. *Journal Of Clinical Nursing*, 17, 1823-1833.
- Tekin, Ç. S., & Kara, F. (2018). Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık. *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi*, 3(1), 219-229.
- Telatar, T., & Özcebe, H. (2004). Yaşlı nüfus ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi. *Türk Geriatri Dergisi*, 7, 162-165.
- Tezcan, N. (2020). Türkiye'de 65 yaş ve üstü yetişkinlerin sağlık sorunları açısından analizi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(72), 1109-1119.

- Tuna, S., Dizdar, O., & Calis, M. (2013). The prevalence of usage of herbal medicines among cancer patients. *JBUON*, 18(4), 1048-1051.
- Tuncer, Ö., & Bayındır, A. (2016). Palyatif bakım hastalarında malnütrisyon. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 8(3), 11-14.
- Turan, Z., & İncesu, E. (2017). Evde sağlık hizmetlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi: Çelikhan Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri biriminden hizmet alan hastalar üzerine bir araştırma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 0(9), 44-59.
- TÜİK (Dü.). (2020). *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları*. Mayıs 5, 2021 tarihinde TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210> adresinden alındı
- TÜİK. (2021, 03 18). *İstatistiklerle Yaşlılar*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636> adresinden alınmıştır
- Türk, Ö. P., & Demirel, Z. B. (2017). Dispepsi semptomlarının yönetiminde beslenmenin rolü. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 5(3), 258-263.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010, January). Medicare Hospice Benefits.
- Uçakkuş, P. (2018). Evde Sağlık Hizmeti Alan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.

- Uzunköy, A. (2018). Cerrahi hastada beslenme. *Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (BOARD) Okulu Ders Notları*, 23-33. (M. FaikÖzçelik, Dü.) Bayt Yayın Tasarım ve Uygulama.
- Ünsal, A., Demir, G., Çoban Özkan, A., & Gürol Arslan, G. (2011). Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3), 5-10.
- Vellas, B., & 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.
- Visvanathan, R. (2003). Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem! *Journal of Postgraduate Medicine*, 49(4), 352-360.
- Visvanathan, R., Macintosh, C., Callary, M., Penhall, R., Horowitz, M., & 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.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary Section II: Extended List of Terms. *Health Promotion Glossary*, 5-21.
- Yakaryılmaz, F. D., İrem, P., & Özgül, B. (2021). Yaşlı Hemodiyaliz Hastalarında Malnütrisyon Değerlendirmesi; Tek Merkez Verileri. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 16(3), 160-168.

- Yentür, E. (2011). Beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Klinik Gelişim*, 24, 1-4.
- Yeşil, H., Kıran, B., Alkan, H., B. A., B. K., Büyükçam, S., . . . Uysal, M. (2018). Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde meme kanseri tanısı ile takip edilmekte olan hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 19, 42-47.
- Yiğitbaş, Ç., & Deveci, S. E. (2016). Halk Sağlığı Açısından Yaşlılarda Yeti Yitimi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 12(2), 57-63.
- Yıldırım, O. (2011). Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) uygulanan hastaların endikasyo, komplikasyon ve sonuçlarının değerlendirilmesi. (Yan Dal Uzmanlık Tezi). *İnönü Üniversitesi. Gastroentoroloji Bilim Dalı*. Malatya.
- Yılmaz, M., & Şara, E. (2014). Yaşlılık ve evde sağlık hizmetinde finansman. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 117-127.
- Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., . . . Erdem, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3), 125-132.
- Yılmaz1, M., & Şara, E. (2014). Yaşlılık ve evde sağlık hizmetinde finansman. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 117-127.
- Yörük, S., Çalışkan, T., & Gündoğdu, H. (2012). Balıkesir devlet hastanesi evde bakım hizmet biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 12-15.

Yörük, S., Çalışkan, T., & Gündoğdu, H. (2012). Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmeti Biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenlerini ve sağlanan hizmetleri belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 12-15.



EKLER

Ek-1: Anket Formu

Sevgili katılımcı, ankete katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak, yalnızca araştırma için kullanılacak, bireysel bilgileriniz kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu nedenle ankete adınızı, soyadınızı ve adresinizi yazmayınız. Uygun görmemeniz halinde ankete katılmayabilir ya da anketi cevaplandırmayı sonlandırabilirsiniz.

ANKET NO:

TARİH:

I. GENEL BİLGİLER

1. YAŞ:
2. BOY:
3. KILO:
4. MESLEK:
5. MEDENİ DURUM:
a)BEKAR b)EVLI
6. EĞİTİM DURUMU:
a) OKUR YAZAR DEĞİL b) OKUR YAZAR c)İLKOKUL d) ORTAOKUL ve ÜZERİ
5. BERABER YAŞADIĞI AİLE ÜYELERİ:
a)YALNIZ b)EŞİ İLE (YAŞ.....) c)EŞİ ve ÇOCUKLARI İLE d)ÇOCUKLARI İLE e)BAKICI İLE
6. HASTA İLE BİRLİKTE YAŞAYAN BİREY SAYISI:
7. BAKIM VERİCİ: a)VAR(.....) b)YOK
8. EVDE BAKIM HİZMETİNİ ALIŞ SÜRESİ:.....AY
9. HİZMET KAPSAMINDA GERÇEKLEŞTİRİLEN ZİYARET SIKLIĞI:
10. HEKİM TARAFINDAN TAISI KONAN HASTALIKLARI "X" İLE İŞARETLEYİNİZ:

TANISI KONAN HASTALIKLAR	
OBEZİTE	
KALP-DAMAR HASTALIĞI	
DİYABET	
HİPERTANSİYON	
ÜLSER-GASTRİT	
ANEMİ(TÜRÜ: a) DEMİR b) B12)	
ARTRİT	
GUT	
OSTEOPOROZ	
GONATROZ	
KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ [DİYALİZ ()]	
DİĞER BÖBREK HASTALIKLARI	
KARACİĞER, SAĞRA KESESİ HASTALIKLARI	
KANSER (TÜRÜ:.....)	
KRONİK OBSTRİKTÜF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAH)	
SEREBROVASKÜLER OLAYLAR (SVO)	
ALZHEIMER	
PARKINSON	
MULTİPL SKLEROZ (MS)	
EPILEPSİ	
GÖZ HASTALIKLARI	
BASINÇ ÜLSERİ	
DİĞER:	

11. SİGARA İÇİYOR MUSUNUZ/ İÇTİNİZ Mİ?
a)HIÇ İÇMEDİM
b)..... YIL ÖNCE BIRAKTIM (..... YIL İÇTİM)
c)EVET (.....ADET/GÜN)
12. ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?
a)HIÇKULLANMADIM
b)BIRAKTIM
c)KULLANIYORUM (.....KADEH/HAFTA)

II. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

13. BESLENME YOLU:
a)ORAL b)NAZOGASTRİK c)GASTROSTOMİ d)LEOSTOMİ
14. GÜNDE KAÇ ÖĞÜN YEMEK YERSİNİZ?
ANA ÖĞÜN SAYISI..... ARA ÖĞÜN SAYISI.....
15. GENEL İŞTAH DURUMUNUZ NASIL?
a)İYİ b)ORTA c)KÖTÜ
16. BESİNLERİ ÇIĞNEME veya YUTMA ESNASINDA GÜÇLÜK YAŞIYOR MUSUNUZ?
a)EVET b)HAYIR
17. DIŞ KAYIPLARINIZ VAR MI?
a)EVET.....(TAM PROTEZ KULLANIYORUM ()) b)HAYIR
18. GÜNDE KAÇ BARDAK SU İÇİYORSUNUZ?
.....BARDAK veyaML

Nütrisyonel Risk Taraması (NRS 2002)

Hasta adı-soyadı:	Boy:	Kilo:	*BKİ:
-------------------	------	-------	-------

Tablo 1: Başlangıç Taraması

- | | | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. BKİ < 20.5 | ☐ Evet | ☐ Hayır |
| 2. Son 3 ayda zayıflama | ☐ Evet | ☐ Hayır |
| 3. Son 1 haftada besin alımında azalma | ☐ Evet | ☐ Hayır |
| 4. Hastalığı şiddetli mi | ☐ Evet | ☐ Hayır |
- Herhangi bir sorunun yanıtı **evet** ise son taramaya geçiniz.
- Tüm soruların yanıtı **hayır** ise hastayı yatış süresince haftada bir yeniden tarayınız.

Tablo 2: Son Tarama

NÜTRİSYON SKORU		HASTALIK ŞİDDETİ SKORU	
3 ayda % 5 zayıflama veya son 1 hafta besin alımı % 50-75 ise	1	Kalça kırığı, kronik hastalıkların akut alevlenmesi, vb	1
2 ayda % 5 zayıflama veya Son 1 hafta besin alımı % 25-60	2	Major abdominal cerrahi, şiddetli pnömöni, hematolojik malignite	2
1 ayda % 5 zayıflama veya Son 1 hafta besin alımı % 0-25	3	Kafa travması, yoğun bakımda Apache skoru > 10 üzeri hastalar	3

- **Skor <3: Hasta haftada bir taranmalı. Eğer majör operasyon planı varsa yine bir nütrisyon planı geliştirilmelidir**
- **Skor ≥3: Hasta nütrisyon riski altındadır ve bir nütrisyon planı başlatılır**

NÜTRİSYON SKORU		+	HASTALIK ŞİDDETİ SKORU		Toplam Skor =	
-----------------	--	---	------------------------	--	---------------	--

Hasta ≥70 yaş ise toplam skora 1 puan eklenir		Yaşa Uyarlanmış Toplam Skor=	
---	--	------------------------------	--

Referans: J. Kondrup et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002;22(4):415-421.

*BKİ: Beden Kitle İndeksi

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Soyad:

Ad:

Cinsiyet:

Yaş:

Ağırlık, kg:

Boy, cm:

Tarih:

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

Tamara

A Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çığneme 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 (VKI) = (Vücut ağırlığı-kg) / (Boy'un metre)²

0 = VKI 19'dan az (19 dahil değil)

1 = VKI 19'la 21 arası (21 dahil değil)

2 = VKI 21'le 23 arası (23 dahil değil)

3 = VKI 23 ve üzeri

Tarama puanı (tamamı en çok 14 puan)

12-14 puan:

Normal nütrisyonel durum

8-11 puan:

Malnütrisyon riski altında

0-7 puan:

Malnütrisyonda

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

I Bası yarası veya deri ülseri var

0 = Evet 1 = Hayır

Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor?

0 = 1 öğün

1 = 2 öğün

2 = 3 öğün

Protein alımı için seçilen besinler

• Günde en az bir porsiyon süt ürünü (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor

Evet ☐ Hayır ☐

• Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil 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

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 yemiyor

1 = Güçlkle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor

2 = Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor

O Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi

0 = Kötü beslendiğini düşünüyor

1 = Kararsız

2 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor

P Aynı yaşta kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor?

0.0 = İyi değil

0.5 = Bilmiyor

1.0 = İyi

2.0 = 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

Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan)

Değerlendirme (en fazla 16 puan)

Tarama puanı

Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan)

Ref.

Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
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). J Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009
Daha fazla bilgi için: www.mna-elderly.com

Malnütrisyon Gösterge Puanı

24 to 30 puan

☐

Normal nütrisyonel durum

17 to 23.5 puan

☐

Malnütrisyon riski altında

17 puandan aşağı

☐

Malnütrisyonda

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınızdaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınızdaki aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel

☐₁

Çok iyi

☐₂

İyi

☐₃

Orta

☐₄

Kötü

☐₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden

Çok daha iyi

☐₁

Biraz iyi

☐₂

Hemen hemen aynı

☐₃

Biraz daha kötü

☐₄

Çok daha kötü

☐₅

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11) Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

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

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmada güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6 20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Çok Az	Orta Derecede	Epeyce	Çok Fazla
☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

B7 21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı	Çok Az	Hafif	Orta	Çok	Pek Çok
☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B8 22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi	Biraz etkiledi	Orta Derecede	Epey Etkiledi	Çok Etkiledi
☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

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.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
25) Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
27) Çok enerjik oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₆

B10 32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli	Çoğu zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

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

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
36) Sağlığım mükemmeldir.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅



Ek-2: Etik Kurul Onay Formu



T.C.
TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987 - 379
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 01.04.2021
Toplantı No : 2021/06
Proje No : 21-KAEK-100

01.04.2021

Sayın, Dr. Öğretim Üyesi Yalçın ÖNDER

Etik Kurulumuzun 01.04.2021 tarihli toplantısında görüşülen 21-KAEK-100 kayıt numaralı “Evde Sağlık Hizmeti Alan 65 ve Üzeri Yaş Grubu Bireylerin Beslenme Durumu ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 11.3 maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Dr. Öğretim Üyesi Muzaffer KATAR
Başkan

Ek-3: Çalışma İzin Formu



T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - TOKAT SAĞLIK
BAŞKAN YARDIMCISI 1
17/05/2021 16:12 : E-87064461 - 044 - 129



Sayı : E-87064461-044
Konu : Bilimsel Araştırma İzni Hk.

TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Tokat Devlet Hastanesi Başhekimliği)

Hastanenizde Çocuk Cerrahi Uzmanı olarak görev yapmakta olan Dr.Sabri CANSARAN'ın 01 Temmuz 2020-31 Mayıs 2021 tarihleri arasında hastaneniz Çocuk Acil Servisi'ne karın ağrısı şikayeti ile başvuran 0-18 yaş çocuk hastaların dosyalarından retrospektif olarak yapmayı planladığı "İmmatür Granülosit çocuklarda Enflamatuvar Süreçlerin Yeni bir belirteci olabilir mi? Basit Komplike apandisit ayırımında immatür granülosit sayısı veya yüzdesinin belirleyici bir özelliği varmıdır?" isimli çalışması ile yine hastanenizde görev yapmakta olan Diyetisyen Ahmet Turan ENGÜR'ün 1 Mayıs-1 Ekim 2021 tarihleri arasında hastaneniz Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile telefon ve elektronik ortamda yapmayı planladığı " Evde Sağlık Hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi" isimli çalışması Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırmaları Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş çalışmaların yapılması yönünde izin verilmiş, komisyon karar tutanağı ekte gönderilmiştir. Karar tutanaklarının ilgili personellere teslimi ve çalışma süresince ilgili araştırmacılara gerekli desteğin verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Dr.Yunus TOPAL
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
1- Bilimsel Çalışma İzni
2- Ahmet Turan Engür Hk.
3- Komisyon Karar Tutanağı(2 Adet) Kapalı Zarf

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 740b8f6ca3c840867712ac087242196c — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hizmet Binası, Hoca Ahmet Mh. Mesrur GÜRGENÇ, Cd.

No:4 60100 TOKAT

Telefon: Faks No: 2144027

e-Posta: seyhan.ozelce@saglik.gov.tr İnternet Adresi: .

Bilgi için: Seyhan ÖZELCE

EBE

Telefon No: (0 356) 212 11 38



TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYON KARAR TUTANAĞI			
	KARAR TARİHİ	TOPLANTI NO	KARAR NO
	07/05/2021	07	02
KONUNUN ÖZETİ	Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Palyatif Bakım AD. Yüksek lisans öğrencisi Ahmet Turan ENGÜR'ün 1 Mayıs-1 Ekim 2021 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacı ile telefon ve elektronik ortamda yapmayı planladığı " Evde Sağlık Hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi" isimli çalışması		
KONU: Evde Sağlık Hizmeti Alan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Beslenme Durumlarının Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi			
KARAR: . : Komisyon üyelerinin oy birliği ile çalışmanın yapılması; uygun görülmüştür. Araştırmaya başlanması için Araştırma İzin Protokolünün imzalanması gerekmekte olup; Covid-19 tedbirleri kapsamında protokol metni kişisel mail adresinize gönderilmiştir. Protokol metninin incelenerek her sayfasının ıslak imza ile imzalanması ve mail ortamında gönderilmesi gerekmektedir.			
BAŞKAN	ÜYE	ÜYE	
Dr.Cihat ZÜLFÜOĞULLARI Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Başkan Yardımcısı	Dr.Nilay ELİBOL Halk Sağlığı Hizmt. Başkanlığı Başkanı	Uzm.Dr. Cengiz YAKIT Kamu Hast.Hizmt. Başkanlığı Başkan Yardımcısı	
ÜYE	ÜYE		
Uzm.Dr.Nimet Pınar BAYSAN Halk Sağlığı Hizmt. Başkanlığı Halk Sağlığı Uzmanı	Uğur ÇIRAK Pers. ve Destek Hizmt. Başk. Başkan Yardımcısı		

Ek-4: Özgeçmiş

Adı Soyadı	Ahmet Turan ENGÜR
Kişisel Bilgiler	Uyruğu: T.C. Doğum Tarihi ve Yeri:
İletişim Bilgileri	E-posta:
Öğrenim Bilgileri	Lise: Lisans: Yüksek Lisans:
İş Deneyimi	