

## ARAŞTIRMA MAKALE

# Evde bakım hizmeti alan bireylerin hastalık profiline göre beslenme durumlarının değerlendirilmesi

Emre ADIGÜZEL<sup>1\*</sup> & Nilüfer ACAR TEK<sup>\*\*</sup>

Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Karaman / Türkiye  
<sup>\*\*</sup>Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara / Türkiye  
ORCID No: 0000-0002-9041-8990 / ORCID No: 0000-0002-8772-9608

Geliş Tarihi: 27 Şubat 2017, Kabul Tarihi: 12 Haziran 2018, Yayın Tarihi: 20 Haziran 2018

### ÖZET

Evde bakım hizmeti alan bireylerin ortak özellikleri genellikle yatağa bağımlılık, geriatric yaş grubunda ve birden fazla kronik hastalık sahibi olma durumu olarak sıralanabilir. Dolayısıyla evde bakım hastaları için malnütrisyon çoğu zaman kaçınılmaz bir sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada evde bakım hizmeti alan bireylerin hastalık profilleri doğrultusunda beslenme durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Evde bakım hizmeti alan 90 erkek ve 119 kadın olmak üzere toplam 209 evde bakım hastasının dâhil edildiği bu çalışmada katılımcıların beslenme durumlarının değerlendirilmesi için Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) testi ve beden kitle indeksi (BKİ) kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $76,0 \pm 15,23$  olarak saptanmıştır. Komorbiditenin yaygın olduğu katılımcılarda en sık görülen hastalıkların sırasıyla hipertansiyon (%44,5), serebrovasküler olay (SVO) (%25,8), kalp-damar hastalıkları (%23,9), diyabet (%21,5), demans (%20,6), kırıklar (%17,2), dekübit (%16,3) ve osteoporoz (%15,3) olarak belirlenmiştir. Hastalıklara göre beslenme durumlarının değerlendirilmesinde her hastalık için iki grup oluşturularak (hastalık sahibi olup olmama durumuna göre) karşılaştırma yapılmıştır. SVO, demans ve dekübit varlığının MNA puanını anlamlı derecede düşürdüğü saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Ayrıca dekübitli hastalarda malnütrisyon görülme sıklığı %85,3 olarak saptanmıştır. Malnütrisyon görülme sıklığı bakımından dekübiti sırasıyla demans (%81,4), SVO (%64,8), osteoporoz (%62,5), kalp-damar hastalıkları (%62,0) ve hipertansiyon (%54,8) takip etmiştir. BKİ sınıflaması bakımından ise dekübitli hastaların %73,5'i, demanslı bireylerin %65,1'i, osteoporozlu bireylerin ise %62,5'i zayıf bulunmuştur. Sonuç olarak evde bakım hastalarında malnütrisyon sıklığının oldukça yüksek olduğu ve erken dönemde beslenme müdahalesinin hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Evde bakım, beslenme, malnütrisyon.

## Evaluation of nutritional status according to disease profile in individuals receiving home care service

### ABSTRACT

The common characteristics of individuals receiving home care services are generally being bedridden, geriatric age group, and having multiple chronic diseases. Therefore, malnutrition for home care patients is often confronted as an inevitable health problem. This study aimed to evaluate the nutritional status according to disease profiles of the individuals receiving home care service. In this study, included 209 home care patients with 90 male and 119 female, the Mini Nutritional Assessment (MNA) and body mass index (BMI) were used to evaluate nutritional status of participants. The mean age of the participants was  $76,0 \pm 15,23$ . The most common diseases in participants were hypertension (44,5%), cerebrovascular event (25,8%), cardiovascular diseases (23,9%), diabetes (21,5%), dementia (20,6%), fractures (17,2%), decubitus (16,3%) and osteoporosis (15,3%) respectively. For evaluating nutritional status according to diseases, two groups were created for each disease (according to whether or not they have disease). The presence of cerebrovascular event, dementia or decubitus decreased the MNA scores significantly ( $p < 0,05$ ). Moreover, the incidence of malnutrition was found to be 85,3% in patients with decubitus. Decubitus was followed by dementia (81,4%), cerebrovascular event (64,8%), osteoporosis (62,5%), cardiovascular diseases (62,0%) and hypertension (54,8%) in terms of the incidence of malnutrition respectively. Also 73,5% of the decubitated patients, 65,1% of the demented patients and 62,5% of the osteoporotic patients were found to be underweight in terms of BMI classification. Consequently it is thought that malnutrition frequency of home care patients is quite high and nutritional intervention in early period may positively effects life quality of patients.

**Key Words:** Home care, nutrition, malnutrition.

<sup>1</sup> Sorumlu Yazar İletişim: [adiguzlemre@gmail.com](mailto:adiguzlemre@gmail.com)

## 1.GİRİŞ

Evde sağlık ve bakım hizmetleri her ne kadar tüm yaş guruplarına sunulsa da önemli ölçüde ileri yaş döneminde ihtiyaç haline gelmektedir (Holland & McCuren, 1997). Bununla ilişkili olarak hem ülkemiz hem de dünya nüfusundaki yaşlılar lehine artış gösteren demografik değişim evde bakım hizmetlerinin şekillendirilmesinde önem taşımaktadır. Günümüzde doğuştan beklenen yaşam süresinin uzaması beraberinde kronik hastalıkların artışını gündeme getirmektedir. Kronik hastalıklar yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmekte ve bakım sorunlarına yol açmaktadır. Tüm yaşlıların yaklaşık % 80'i en az bir, %50'si ise en az iki kronik hastalığa sahiptir (Güler, Güler, Kocataş & Akgül, 2009).

Kronik hastalıkların zaman içinde artmasının nedenleri arasında toplumda yaşlı nüfusun artmasının önemli bir rolü vardır. Kronik hastalıklar çoğunlukla ilerleyen yaşa eşlik eder. Bu nedenle toplumda yaşlı nüfus ne kadar fazla olursa kronik hastalığa yakalanabilecek kişi sayısı da o ölçüde artmaktadır (Bilir, 2006).

Kronik hastalıkların görülme sıklığını artması sonucu yaşlı bireyler sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinim duymaktadır. Türkiye genelinde yapılan çok merkezli çalışmalarda yaşlılarda sıklıkla görülen kronik hastalıkların sırasıyla; hipertansiyon (%30,7), osteoartrit (%13,7), kronik kalp yetersizliği (%13,7), diyabet (%10,2), koroner arter hastalığı (%9,8) ve osteoporoz (%8,2) olduğu saptanmıştır (Beğer & Yavuzer, 2012).

Malnütrisyon sıklığının kronik hastalık sıklığına ve dolayısıyla yaşam süresine paralel olarak artış gösterdiği de aşikârdır. Avrupa SENECA çalışmasına göre mikro besin ögesi yetersizliklerinin de birlikte görüldüğü protein enerji malnütrisyonu (PEM) toplumda sağlıklı yaşlılar arasında büyük bir sorundur (De Croot, Van Staveren, Dirren & Hautvast, 1996). Diğer taraftan malnütrisyonun sağlık profesyonelleri tarafından zor tanıdığı ve büyük bir bölümünün tedavisiz bırakıldığı da yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Arnaud-Battandier, Malvy, Jeandel, Schmitt, Aussage, Beaufriere & Cynober, 2004; Seiler, 2001).

Altmış beş yaş üzeri grupta malnütrisyon sıklığı çeşitli çalışmalarda farklılık göstermektedir. Herhangi bir nedene bağlı malnütrisyon sıklığı yataklı bir tedavi kurumundaki geriatric hastalar arasında %1-83; kendi evlerinde yaşayan "sağlam" yaşlılar arasında ise %2-32 arasında değişmektedir. Konu protein enerji malnütrisyonu olduğunda ise hastanede yatan yaşlılar arasında sıklık %30-65; herhangi bir kurumda (huzurevi, yaşlı bakım evi) yaşayan yaşlılarda ise %25-60 arasındadır. Yaşlılık döneminde malnütrisyonun altında yatan nedenler; yaşlının klinik durumu, yaşam tarzı (beslenme bilgi düzeyi, sosyal izolasyon, yoksulluk), sosyal ve psikolojik faktörler ve gıda güvencesi ile ilgili sorunlar (besinlerin pahalı olması, tarım sektöründe yaşanan sorunlar, yeme alışkanlıklarında farklılaşma, teknolojinin gıda sektöründe yanlış kullanılması gibi) olarak bildirilmiştir (Aslan, Şengelen & Bilir, 2008).

Birleşik Krallık'ta yapılmış olan bir çalışmada malnütrisyonu bağlı olarak gelişen hastalıklarla mücadele için 7,3 milyon sterlin harcandığı vurgulanmıştır. Malnü-

trisyonla mücadele sağlık harcamalarında maliyet etkinlik açısından da büyük önem arz etmektedir (Aslan, Şengelen & Bilir, 2008).

Bu çalışma, çoğunluğunu yaşlıların oluşturduğu evde bakım hastalarının bakım alma nedenlerine göre beslenme durumlarının değerlendirilmesi, malnütrisyon sıklığının saptanması ve evde bakım hizmetleri kapsamında beslenme uzmanlarının görev ve sorumluluklarına ilişkin öneriler geliştirilmesi amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

## 2.MATERYAL VE YÖNTEM

### Veri Toplama Yöntemi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma Karaman Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı bireyler ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği yıl itibariyle Karaman Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı birey sayısı 574 olarak belirlenmiştir. Ocak-Haziran 2016 tarihleri arasında evde sağlık hizmetleri ekibi ile birlikte ev ziyaretlerinde bulunmuş ve 90 erkek (%43,1); 119 kadın (%56,9) olmak üzere toplam 209 evde bakım hastasına ulaşılmıştır. Verilere ilişkin bilgiler katılımcıların kendilerinden ve bakım veren yakınlarından alınmıştır. Ayrıca hasta ve yakınlarından yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, medeni durum ve bakım veren varlığı) genel bir anket formu ile sorgulanmıştır. Beslenme durumlarının değerlendirilmesinde beden kitle indeksi (BKİ) ile Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) testi kullanılmıştır. Mini Nütrisyonel Değerlendirme testi 'tarama' ve 'değerlendirme' olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır ve iki bölüm puanlarının toplamı test puanını vermektedir. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilen MNA testinde 17 puanın altı malnütrisyonu, 17-23,5 puan malnütrisyon riskini işaret etmekte olup 24-30 puan arası bireyin normal beslendiğini göstermektedir (Vellas, Villars, Abellan, Soto, Rolland, Guigoz, Morley, Chumlea, vd., 2006). MNA testinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarıkaya tarafından yapılmıştır (Sarıkaya, 2013).

**Tablo 1.** Dünya Sağlık Örgütüne ait BKİ sınıflaması (WHO, 2000).

BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Sınıflandırma
<18,50	Düşük ağırlıklı
18,50-24,99	Normal
25,00-29,99	Hafif şişman
≥30,00	Obez

Katılımcıların boy uzunluğu 1 milimetreye duyarlı esnemeyen mezura ile; vücut ağırlığı ise 0,1 kilograma duyarlı elektronik baskül ile yöntemine uygun olarak ölçülmüştür. Beden kitle indekslerinin (BKİ) değerlendirilmesinde Dünya Sağlık Örgütüne ait BKİ sınıflandırması kullanılmıştır (Tablo 1).

### Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Verilerin homojenlik ve normallik testleri için sırasıyla Levene's ve Kolmogorov Smirnov testleri kullanılmıştır. Parametrik koşullar sağlanmadığından nicel veriler arasındaki farkların istatistiksel değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Pearson ki-kare testi ( $\chi^2$ ) tercih edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

#### Araştırma İzni

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu ve Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden gerekli izinler alınmıştır.

#### 3.BULGULAR

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $76,0 \pm 15,23$  yıl olarak saptanmış olup yaş bakımından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Katılımcıların en belirgin özellikleri; kadın cinsiyet, 65 yaş üzerine olma, okuryazar olmama ve informal bakım alma olarak sıralanmaktadır.

**Tablo 2.** Bireylere ait genel özellikler

Özellikler	Erkek (n:90)		Kadın (n:119)		Toplam (n:209)		$\chi^2$	p
	S	%	S	%	S	%		
<b>Yaş dönemi</b>								
Yetişkin (19-64 yıl)	19	21,1	17	14,3	36	17,2	12,469	0,006*
Erken yaşlı (65-74 yıl)	7	7,8	25	21,0	32	15,3		
Yaşlı (75-84 yıl)	28	31,1	48	40,3	76	36,4		
İleri yaşlı (85 yıl ve üzeri)	36	40,0	29	24,4	65	31,1		
<b>Eğitim durumu</b>								
Okuryazar değil	25	27,8	78	65,6	103	49,3	37,286	0,000*
Okuryazar	24	26,7	11	9,2	35	16,8		
İlkokul mezunu	30	33,3	27	22,7	57	27,3		
Ortaokul mezunu	3	3,3	1	0,8	4	1,9		
Lise ve dengi okul mezunu	7	7,8	-	-	7	3,3		
Üniversite mezunu	1	1,1	2	1,7	3	1,4		
<b>Medeni durum</b>								
Evli	63	70,0	41	34,5	104	49,8	25,900	0,000*
Bekâr	27	30,0	78	65,5	105	50,2		
<b>Bakım veren varlığı</b>								
Bakım veren var	85	94,4	112	94,1	197	94,3	0,010	0,920
Bakım veren yok	5	5,6	7	5,9	12	5,7		

Pearson ki-kare testi, \* $p < 0,05$

**Tablo 3.** Bireylere ait hastalık bilgileri

Hastalıklar*	Erkek (n:90)		Kadın (n:119)		Toplam (n:209)		$\chi^2$ **	p
	S	%	S	%	S	%		
Hipertansiyon	26	28,9	67	56,3	93	44,5	15,593	0,000***
SVO	27	30,0	27	22,7	54	25,8	1,429	0,232
Kalp damar hastalığı	18	20,0	32	26,9	50	23,9	1,337	0,248
Diyabet	15	16,7	30	25,2	45	21,5	2,214	0,137
Demans	17	18,9	26	21,8	43	20,6	0,275	0,600
Kırıklar	15	16,7	21	17,6	36	17,2	0,035	0,853
Dekübit	14	15,6	20	16,8	34	16,3	0,059	0,808
Osteoporoz	6	6,7	26	21,8	32	15,3	9,109	0,003***

\*Yüzdeler n sayısına göre hesaplanmıştır, Pearson Ki-kare testi

\*\*Her bir hastalık için hastalık sahibi olan ve olmayan bireyler arasında istatistiksel değerlendirme yapılmıştır.

\*\*\* $p < 0,05$

Katılımcıların %55,5'i ev hanımı (kadınların %97,6'sı ev hanımı), %49,3'ü okuryazar olmayan, %49,8'i evli, %5,7'si bakım vereni olmayan, %42,5'i birinci derece yakınlarından bakım alan bireylerden oluşmaktadır (Tablo 2).

Katılımcılar arasında en sık görülen sağlık problemi %44,5 ile hipertansiyondur (erkeklerde %28,9; kadınlarda %56,3). Hipertansiyonu %25,8 ile SVO, %23,9 ile

kalp-damar hastalığı, %21,5 ile diyabet, %20,6 ile demans, %17,2 ile kırıklar, %16,3 ile dekübit ve %15,3 ile osteoporoz takip etmiştir. Cinsiyete göre sık görülen hastalıklar incelendiğinde hipertansiyon ve osteoporoz bakımından cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 4.** Sık görülen hastalıklara göre MNA puanlarının ortalama ve standart sapma ile ortanca ve çeyrekler açıklığı değerleri

Hastalıklar	Hastalık bulunma durumu	MNA		p
		( $\bar{X} \pm SS$ )	(M $\pm$ IQ)	
Hipertansiyon	E (n:93)	15,4 $\pm$ 6,57	15,5 $\pm$ 10,8	0,821
	H (n:116)	15,0 $\pm$ 7,41	16,3 $\pm$ 12,5	
SVO	E (n:54)	13,0 $\pm$ 6,77	12,8 $\pm$ 11,90	<b>0,007*</b>
	H (n:155)	16,0 $\pm$ 6,99	17,0 $\pm$ 11,50	
Kalp damar hastalığı	E (n:50)	14,4 $\pm$ 6,15	15,2 $\pm$ 9,40	0,226
	H (n:159)	15,4 $\pm$ 7,30	17,0 $\pm$ 12,50	
Diyabet	E (n:45)	15,8 $\pm$ 6,85	18,0 $\pm$ 11,30	0,514
	H (n:164)	15,0 $\pm$ 7,10	15,5 $\pm$ 12,00	
Demans	E (n:43)	11,8 $\pm$ 6,04	12,0 $\pm$ 9,00	<b>0,000*</b>
	H (n:166)	16,1 $\pm$ 7,03	17,5 $\pm$ 12,00	
Kırıklar	E (n:36)	18,7 $\pm$ 6,14	19,5 $\pm$ 8,50	<b>0,001*</b>
	H (n:173)	14,5 $\pm$ 7,00	15,0 $\pm$ 12,00	
Dekübit	E (n:34)	9,4 $\pm$ 6,00	8,8 $\pm$ 11,50	<b>0,000*</b>
	H (n:175)	16,3 $\pm$ 6,68	17,5 $\pm$ 11,00	
Osteoporoz	E (n:32)	13,0 $\pm$ 7,80	13,5 $\pm$ 15,10	0,071
	Yok (n:177)	15,6 $\pm$ 6,85	16,5 $\pm$ 12,00	

Mann Whitney U testi, \*p<0,05 E: Evet, H: Hayır

Katılımcılar her hastalık için hastalık bulunma durumuna göre iki gruba ayrılmıştır. SVO, demans veya dekübit olan hastaların anlamlı derecede daha düşük MNA puanlarına sahip olduğu saptanmıştır. Vücudunda çeşitli derecelerde kırıkları olan bireylerin ise MNA puanları vücudunda kırık olmayan bireylere göre yüksek bulunmuştur (p<0,05) (Tablo 4).

Sağlık problemlerine göre malnütrisyona en sık görüldüğü grup %85,3 ile dekübitli hastalardır. Dekübitli birlikte malnütrisyona sıklığının en yüksek olduğu hastalık grupları sırasıyla demans (%81,4), SVO (%64,8), osteoporoz (%62,5), kalp-damar hastalığı (%62,0), hipertansiyon (%54,8) ve diyabet (%46,7) olarak belirlenmiştir. Fraktürü olan bireylerin ise MNA puanlarına göre %30,6'sı malnütrisyona

iken %33,3'ü normal beslenme durumuna sahiptir. SVO'lu bireyler ile SVO'lu olmayan bireyler arasında MNA sınıflaması bakımından anlamlı bir fark saptanmıştır. Aynı şekilde demans, kırık veya dekübit varlığında da MNA sınıflaması bakımından diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark söz konusudur (Tablo 5).

BKİ sınıflamasına göre dekübitli bireylerin %73,5'i, demanslı bireylerin %65,1'i, osteoporozlu bireylerin ise %62,5'i zayıftır. Ayrıca fraktürü olan bireylerin %38,9'unda, hipertansiyonlu bireylerin %29,0'ında ve diyabetli bireylerin %28,9'unda BKİ sınıflamasına göre şişmanlık söz konusudur. Dekübitli olan ve olmayan bireyler arasında BKİ sınıflaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur (Tablo 6).

**Tablo 5.** MNA sınıflamasına göre sık görülen hastalıkların dağılımı

Hastalıklar*	Hastalık bulunma durumu	MNA						$\chi^2$	p
		Malnütrisyon		Malnütrisyon riski		Normal			
		S	%	S	%	S	%		
Hipertansiyon	E (n:93)	51	54,8	28	30,1	14	15,1	0,614	0,736
	H (n:116)	59	50,9	35	30,2	22	19,0		
SVO	E (n:54)	35	64,8	17	31,5	2	3,7	9,825	0,007**
	H (n:155)	75	48,4	46	29,7	34	21,9		
Kalp damar hastalığı	E (n:50)	31	62,0	15	30,0	4	8,0	4,343	0,114
	H (n:159)	79	49,7	48	30,2	32	20,1		
Diyabet	E (n:45)	21	46,7	16	35,6	8	17,8	1,849	0,397
	H (n:164)	89	54,3	47	28,6	28	17,1		
Demans	E (n:43)	35	81,4	7	16,3	1	2,3	16,558	0,000**
	H (n:166)	75	45,2	56	33,7	35	21,1		
Kırıklar	E (n:36)	11	30,6	13	36,1	12	33,3	11,093	0,004**
	H (n:173)	99	57,2	50	28,9	24	13,9		
Dekübit	E (n:34)	29	85,3	5	14,7	-	-	18,435	0,000**
	H (n:175)	81	46,3	58	33,1	36	20,6		
Osteoporoz	E (n:32)	20	62,5	7	21,9	5	15,6	1,612	0,447
	H (n:177)	90	50,8	56	31,6	31	17,5		
<b>Toplam</b>		110	52,6	63	30,2	36	17,2		

\*Yüzdeler n sayısına göre hesaplanmıştır, Pearson Ki-kare testi, \*\*p<0,05 E: Evet, H: Hayır

**Tablo 6.** BKİ sınıflamasına göre sık görülen hastalıkların dağılımı

Hastalıklar*	Hastalık bulunma durumu	BKİ						$\chi^2$	p
		Zayıf		Normal		Hafif şişman ve üzeri			
		S	%	S	%	S	%		
Hipertansiyon	E (n:93)	40	43,0	26	28,0	27	29,0	2,983	0,225
	H (n:116)	63	54,3	23	19,8	30	25,9		
SVO	E (n:54)	27	50,0	14	25,9	13	24,1	0,472	0,790
	H (n:155)	76	49,0	35	22,6	44	28,4		
Kalp damar hastalığı	E (n:50)	26	52,0	12	24,0	12	24,0	0,365	0,833
	H (n:159)	77	48,4	37	23,3	45	28,3		
Diyabet	E (n:45)	18	40,0	14	31,1	13	28,9	2,495	0,287
	H (n:164)	85	51,8	35	21,3	44	26,8		
Demans	E (n:43)	28	65,1	7	16,3	8	18,6	5,431	0,066
	H (n:166)	75	45,2	42	25,3	49	29,5		
Kırıklar	E (n:36)	12	33,3	10	27,8	14	38,9	4,745	0,093
	H (n:173)	91	52,6	39	22,5	43	24,9		
Dekübit	E (n:34)	25	73,5	3	8,8	6	17,6	9,926	0,007**
	H (n:175)	78	44,6	46	26,3	51	29,1		
Osteoporoz	E (n:32)	20	62,5	7	21,9	5	15,6	3,259	0,196
	H (n:177)	83	46,9	42	23,7	52	29,4		

\*Yüzdeler n sayısına göre hesaplanmıştır, Pearson ki-kare testi, \*\*p<0,05 E: Evet, H: Hayır

#### 4.TARTIŞMA

Çalışma kapsamında en sık görülen sekiz sağlık sorununa göre hastaların beslenme durumları değerlendirilmiştir. MNA puanlarına göre bireylerin %52,6'sı malnütrisyonlu; %30,2'si ise malnütrisyon riskli bulunmuştur. Oldukça yüksek olan bu oranlar evde bakım hizmeti alan bireylerde malnütrisyonun yaygın ve

ciddi bir sağlık problemi olduğunu göstermektedir. İspanya'da yapılan bir çalışmada evde bakım hizmetlerine yeni dâhil edilen 455 yaşlı bireyin beslenme durumu MNA testi ile değerlendirilmiştir. Bireylerin %21,2'sinin malnütrisyonlu, %40,1'inin ise malnütrisyon riski altında olduğu bildirilmiştir (Munoz Diaz, Arenas de Larriva, Molina-Recio, Moreno-Rojas & De la Iglesia, 2017). Bu çalışmaya katılan bireylerin beslenme durumunun daha kötü olduğu aşikârdır. Ülke-

mizde evde sağlık hizmetlerinin oldukça yeni ve gelişmekte olan bir hizmet modeli olması, hâlihazırda multidisipliner bir hizmet sunulmaması ve beslenme durumu gibi majör hastalıkları etkileyen faktörlerin genel olarak değerlendirilmemesinin bu duruma zemin hazırladığı düşünülmektedir.

Başbüyük ve arkadaşlarının huzurevinde kalan 330 yaşlı bireyde MNA testi ile malnütrisyon sıklığını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada malnütrisyon ve malnütrisyon riski sıklığı sırasıyla %15,5 ve %35,1 olarak saptanmıştır. Ayrıca dekübit görülme sıklığı %11,5 olarak bildirilmiştir (Özgün Başbüyük, Bektaş, Çınar, Ay & Alan, 2017). Çalışma sonuçları katılımcılarının tamamı hasta bireylerden oluşan bu çalışmaya göre daha olumludur. Ancak malnütrisyonun hastalık sahibi olan ve olmayan tüm yaşlılarda yüksek sıklıkta seyretmesi dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada cinsiyete göre hastalık profili incelendiğinde hipertansiyon ve osteoporoz dışındaki hastalıkların görülme sıklığının cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık arz etmediği görülmektedir. Pohlhausen ve arkadaşlarının (2016) Almanya'da evde bakım hizmeti alan yaşlı hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada da hipertansiyon sıklığı erkeklerde; osteoporoz sıklığı kadınlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Ayrıca söz konusu çalışmada en sık görülen sekiz sağlık sorunu incelendiğinde dekübit dışındaki tüm hastalıklar bu çalışma ile benzer bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar sık rastlanan hastalıklardan dekübit varlığının BKİ değerlerini anlamlı derecede düşürdüğünü göstermektedir ( $p < 0,05$ ). Ayrıca SVO, demans veya dekübiti olan hastaların MNA skolarının anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. MNA puan ortalamaları dekübitli olan grupta  $9,4 \pm 6,00$ ; dekübiti olmayan bireylerde ise  $16,3 \pm 6,68$  olarak saptanmıştır. İzzaka ve arkadaşlarının (2010) evde bakım hizmeti alan bireylerde malnütrisyon ve beslenme ile ilişkili faktörlerin bası yarısı gelişimi ve şiddeti üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmanın sonuçları bu çalışma ile benzerlik göstermektedir; çalışmada dekübitli bireylerde malnütrisyon görülme sıklığı %58,7 olarak saptanırken; dekübitli olmayan bireylerde bu oran %32,6 olarak belirlenmiş ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Vücudunda kırıkları olan bireylerin diğer bireylere göre MNA puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Bu durumun bu gruptaki bireylerin önemli bir kısmının multimorbid olmayıp sadece yatağa bağımlılıktan dolayı bakım desteği almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmanın bulguları SVO, demans ve dekübit varlığının malnütrisyon gelişimi açısından potansiyel birer risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Kalp damar hastalığı ve osteoporoz varlığı da MNA puanlarını biraz düşürmüş olup gruplar arası farklar önemli bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Ayrıca dekübitli hastalarda MNA puanlarına göre malnütrisyon sıklığı (%85,3) en yüksek bulunmuştur. Yapılan farklı çalışmalar benzer hastalıkların malnütrisyonla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bulgularımızı destekleyen bir çalışma Ankara'da klinikte yatmayan 2 327 yaşlı bireyle gerçekleştirilmiştir. Nütrisyonel tarama aracı olarak MNA-SF'in kullanıldığı çalışmada bireylerin hastalıklara göre

malnütrisyon durumu değerlendirilmiş olup dekübitli bireylerde malnütrisyon risk sıklığının en yüksek olduğu saptanmıştır (%54,2). Dekübitten sonra malnütrisyon risk sıklığının en yüksek olduğu hastalıklar sırasıyla depresyon (%37,4), demans (%37,3), astım (%36,6), konjestif kalp yetmezliği (%35,5), parkinson (%32,6) ve SVO (%32,5) olarak rapor edilmiştir. Dekübit, depresyon, demans ve konjestif kalp yetmezliğinin malnütrisyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Ülger, Halil, Kalan, Yavuz, Cankurtaran, Güngör & Arıoğlu, 2010). Akan ve arkadaşları (2013) tarafından evde sağlık birimine başvuran bireylerin beslenme durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada ise dekübit gelişiminin malnütrisyon açısından risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin 15'inde (%16,9) çeşitli derecelerde dekübit gelişmekle birlikte; bu hastaların 3'ü (%20,0) malnütrisyon riskli, 12'si (%80,0) ise malnütrisyonlu bulunmuştur. Dekübit ile birlikte hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı varlığının da malnütrisyon için birer risk faktörü oldukları bildirilmiştir.

## 5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde bakım hizmeti alan bireylerde malnütrisyon yaygın ve dikkate alınması gereken bir sağlık sorunudur. Erken dönemde beslenme müdahalesinin ve nütrisyonel durum takibinin yüksek yaşam kalitesi, düşük komorbidite, düşük mortalite ve maliyet etkinliği bakımından oldukça etkin bir rol alacağı düşünülmektedir. Bu nedenle beslenme uzmanlarının da dâhil olduğu multidisipliner bir ekiple evde bakım hizmeti sunulması, evde bakım kapsamından çıkarılınca dek periyodik sıklıklarla hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi, gerek görüldüğü takdirde hastalara uygun beslenme tedavisi kapsamında öğün desteğinin sağlanması ve yasa ve yönetmeliklerin tüm bunları kapsayacak şekilde düzenlenmesi etkin ve bütüncül bir evde sağlık bakım hizmeti sunumu açısından önemlidir.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

## KAYNAKÇA

- Akan, H., Ayraller, A. & Hayran, O. (2013). Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 17(3), 106-112.
- Arnaud-Battandier, F., Malvy, D., Jeandel, C., Schmitt, C., Aussage, M., Beaufriere, B. & Cynober, L. (2004). Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: A pharmaco-economic study. *Clinical Nutrition*, 23, 1096-1103.
- Aslan, D., Şengelen, M. & Bilir, N. (2008). *Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar*. Geriatri Derneği Eğitim Serisi No:1. Ankara: Öncü Basımevi.
- Beğer, T. & Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25(3), 1-3.
- Bilir, N. (2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve

- yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 1-6.
- Can, Ö.S. & Ünal, N. (2008). Evde bakım ve tedavi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 6(4), 6-13.
- De Croot, C. P., Van Staveren, W. A., Dirren, H. & Hautvast, J.G. (1996). Summary and conclusions of the report on the second data collection period and longitudinal analyses of the SENECA Study. *European Journal of Clinical Nutrition*, 50, 123-124.
- Güler, G., Güler, N., Kocataş, S. & Akgül, N. (2009). Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 367-373.
- Holland, B.E. & McCurren, C. (1997). Aging. In J.M. Black and E. Matassarini-Jacobs (Eds.), *Medical Surgical Nursing*. (5th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company. (pp. 81-100).
- Iizaka, S., Okuwa, M., Sugama, J. & Sanada, H. (2010). The impact of malnutrition and nutrition-related factors on the development and severity of pressure ulcers in older patients receiving home care. *Clinical Nutrition*, 29, 47-53.
- Munoz Diaz, B., Arenas de Larriva, A.P., Molina-Recio, G., Moreno-Rojas, R. & De la Iglesia, J.M. (2017). Study of the nutritional status of patients over 65 years included in the home care program in an urban population. *Atencion Primaria*, 50(1), 1-8.
- Özgün Başbüyük, G., Bektaş, Y., Çınar, Z., Ay, F. & Alan, A. (2017). Huzurevinde kalan yaşlılarda malnütrisyon sıklığı. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 339-348.
- Pekcan, G. (2014). Beslenme durumunun saptanması. A. Baysal. (Ed.). *Diyet El Kitabı* (Sekizinci Baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınevi. (s. 67-141).
- Pohlhausen, S., Uhlig, K., Kiesswetter, E., Diekmann, R., Heseke, H., Volkert, D., Stehle, P. & Lesser, S. (2016). Energy and protein intake, anthropometrics, and disease burden in elderly home-care receivers-A cross-sectional study in Germany (ErnSIPP study). *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 20(3), 361-368.
- Sarıkaya, D. (2013). Geriatrik hastalarda mini nütrisyonel değerlendirme (MNA) testinin uzun ve kısa (MNA-SF) formunun geçerlilik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Ankara.
- Seiler, W.O. (2001). Clinical pictures of malnutrition in ill elderly subjects. *Nutrition*, 17, 496-498.
- Ülger, Z., Halil, M., Kalan, I., Yavuz, B.B., Cankurtaran, M., Güngör, E. & Arıoğlu, S. (2010). Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. *Clinical Nutrition*, 29, 507-511.
- Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M.E., Rolland, Y., Guigoz, Y., Morley, J.E., Chumlea, W., Salva, A., Rubenstein, L.Z. & Garry, P. (2006). Overview of the MNA-Its history and challenges. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(6), 456-465.
- WHO (2000). *Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic*. World Health Organization, WHO Technical Report Series.