

# Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları

## Nutritional status of elderlies admitted to home health care service

Hülya Akan<sup>1</sup>, Arzu Ayraller<sup>2</sup>, Osman Hayran<sup>3</sup>

### Özet

**Amaç:** Beslenme yetersizliği yaşlı kişilerde sıktır. Evde bakım hizmeti alan yaşlılarda ise genel yaşlı popülasyondan daha sık beslenme yetersizliği gözlenmektedir. Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi ve sosyodemografik değişkenler ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışma Ağustos 2011 ve Eylül 2012 tarihleri arasında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimine başvuran ve 65 yaş üstünde terminal hastalığı olmayan hastalar arasında yürütülmüştür. Sosyodemografik özellikler ve laboratuvar sonuçları standardize edilmiş olan evde sağlık birimi hasta dosyalarından alınmıştır. Beslenme açısından değerlendirme için Mini Nutrisyonel Değerlendirme testi hemşire veya doktor tarafından uygulanmıştır. Test skorları 23.5-30 arası normal, 17-23 arası malnütrisyon riski ve 17'nin altı malnütrisyon olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya toplam 89 kişi dahil edilmiştir. Oniki kişinin (%13.5) beslenme durumu normaldir ve 34 kişide (%38.2) malnütrisyon riski ve 43 kişide (%48.3) malnütrisyon bulunmaktadır. Yatağa bağımlı, baskı ülseri olan, hipertansiyonu veya koroner kalp yetmezliği olanlarda malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin diğerlerinden daha fazla ( $p<0.05$ ) olduğu saptanmıştır. Bakımını kendisi sağlayanlarda da malnütrisyon ve malnütrisyon riski daha fazladır ( $p<0.05$ ). Malnütrisyonu olanlarda total protein ve albumin önemli şekilde daha düşük, sedimentasyon ve CRP ise önemli şekilde daha yüksektir ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Evde sağlık hizmeti alanlarda malnütrisyon riski ve malnütrisyon sıktır. Bu hastaların beslenme açısından değerlendirilmeleri ve uygun girişimlerle beslenme durumlarının düzeltilmesi genel sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini ve hastalıklarına bağlı komplikasyonları olumlu yönde etkileyecektir.

**Anahtar sözcükler:** Evde sağlık hizmeti, yaşlı, malnütrisyon.

### Summary

**Objective:** Undernutrition is common among the elderly. It is even more common in the older people taking home care compared to general population. In this study, it is aimed to examine nutritional status of elderly patients taking home-health care service and its relation with sociodemographic variables and laboratory parameters.

**Methods:** This cross-sectional study was carried out between August 2011 and September 2012 in home health care unit of Taksim Research and Training Hospital in Istanbul also providing home health care service to an elderly institute. For sociodemographic features health status and laboratory parameters, the nationally standardized patient files have been used. Mini Nutritional Assessment test has been used for nutritional assessment and applied by the nurse or the doctor. Scores classified as normal nutritional state as risk for malnutrition between 17-23, and below 17 as malnutrition.

**Results:** A total of 89 elderly patients included in the study. Twelve (13.5%) were in normal nutritional status, 38.2% were at risk for malnutrition and 48.3% were malnourished. The presence of a wound/pressure ulcer, being bed-ridden, suffering from hypertension or cardiac insufficiency were significantly associated with malnutrition ( $p<0.05$ ). Self-caring people were also at higher risk for malnutrition or were more malnourished ( $p<0.05$ ). Total protein, albumin were significantly lower and CRP were significantly higher among the participants who were malnourished ( $p<0.05$ ).

**Conclusions:** Malnutrition and risk of malnutrition are common among elderly patients taking home health care service. To assess the nutritional status of patients taking health care service at home and to intervene as it is needed will positively effect general health status, quality of life and complications of chronic diseases of these patients.

**Key words:** Home care services, aged, malnutrition.

Yaşlılık döneminde beslenme durumu yaşlanma sonucu vücutta oluşan değişikliklerden, kronik hastalıklardan, kullanılan ilaçlardan, fiziksel ve psikolojik,

sosyal ve ekonomik durumdan etkilenir. Yaşlanma ile beraber kırlanlık ve engellilik artar ve beslenme durumu olumsuz yönde etkilenir; yiyecek alımı azalır ve malnütris-

<sup>1</sup> Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İstanbul

<sup>2</sup> Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., İstanbul

<sup>3</sup> Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Prof. Dr., İstanbul

yonu neden olur.<sup>[1,2]</sup> Sağlıklı bir yaşlanma sürecinde bile yağ dokusundan metabolik olarak daha aktif olan kas dokusunun ve fiziksel aktivitenin azalması ile günlük enerji gereksinimi azalır; diğer yandan besin ayarlayabilme kapasitesi de azalır ve aşırı yeme veya yetersiz yeme olarak ortaya çıkar.<sup>[3]</sup> Literatürde toplum içinde yaşayan yaşlılarda ilerlemiş yaşın,<sup>[4-7]</sup> çoklu komorbidite varlığının,<sup>[5-7]</sup> bir önceki sene hastane yatış öyküsünün,<sup>[7]</sup> entelektüel kapasite azalmasının,<sup>[8]</sup> fonksiyonel bağımlılığın<sup>[6-7]</sup> malnütrisyon riski veya malnütrisyon ile ilişkisi gösterilmiştir. Eş kaybı, tek başına yaşamak, düşük eğitim düzeyi, kötü sağlık algısı bozulmuş beslenme durumu ile ilişkili diğer faktörlerdir.<sup>[6-12]</sup>

Bakımevinde kalanlarda ve hastanede yatan yaşlılarda malnütrisyon riski ve malnütrisyon daha sıklıkla gözlenmektedir.<sup>[13-15]</sup> Epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında toplum içinde yaşayan yaşlıların %5-10'unda malnütrisyon mevcuttur. Akut hastalık için hastaneye yatırılanlarda bu oran %26'ya ve bakım evinde kalan ve uzun süreli bakım alanlarda %30-60'lara çıkar.<sup>[16]</sup>

Yaşlılarda en sık malnütrisyon tipi enerji-protein azlığına bağlı yetersiz beslenmedir.<sup>[16]</sup> Çoğu zaman malnütrisyon sinsi başlar ve farkedilmez.<sup>[15]</sup> Yetersiz tanı konduğu gibi tanı konanlar da yetersiz tedavi edilmektedir; kilo kaybı olan yaşlıların %75'ine hiçbir tedavi verilmediği gösterilmiştir.<sup>[17]</sup>

Bu veriler hem toplum içinde yaşayan hem de kurumsal bakım alan yaşlıların malnütrisyon açısından taranmasının önemini göstermektedir. Yaşlıda beslenme durumunun saptanmasında kullanılacak parametreler antropometrik ölçümler, laboratuvar değerlendirmeleri, klinik değerlendirme ve diyet içeriğinin değerlendirilmesidir.<sup>[3]</sup> En sık kullanılan antropometrik ölçüt beden kitle indeksi (BKİ) olmakla birlikte yağ dokusu ile kas dokusu kayıplarını ve santral obeziteyi ayırt etmez. Laboratuvar parametrelerinden en çok albumin kullanılmakla birlikte duyarlılığı ve seçiciliği düşük olup malnütrisyonu gösteren kesin bir laboratuvar belirteci yoktur. Günlük beslenme içeriği kaydı değerli olmakla birlikte doğru kayıt alınması ve uygulanması güçtür. Avrupa beslenme taranması rehberleri yaşlılarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) veya Mini Nütrisyonel Değerlendirme-Kısa Form (MNA-SF) önermektedir.<sup>[18]</sup>

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların beslenme durumlarının MNA ile değerlendirilmesi ve sosyodemografik değişkenler ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma Ağustos 2011 ve Eylül 2012 tarihleri arasında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık

lık Birimine başvuran ve 65 yaş üstünde terminal hastalığı olmayan hastalar arasında yürütülmüştür.

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi 2011 yılından beri hizmet vermektedir. Birim bölgesindeki evde sağlık hizmeti almak isteyen hastaların yanında İhtiyarlara Yardım Derneği'ne bağlı bakımevinde kalan ve sağlık hizmetine gereksinim duyan yaşlıların da sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Bu bakımevine genellikle kendi bakımını yapabilen kişiler kabul edilmekle birlikte terminal döneme kadar veya sonradan gelişen Alzheimer hastalığı gibi durumlarda bakımları aynı enstitüde devam ettirilmektedir.

Beslenme açısından değerlendirme için MNA testi kullanılmıştır. MNA testi evde sağlık biriminde çalışan ve araştırma öncesi uygulama konusunda iki saatlik eğitim alan sağlık personeli tarafından yüzyüze görüşme yoluyla uygulanmıştır. MNA testi Guigoz ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bir tarama testi olup, kesin tanı koydurmamakla birlikte yaşlılarda tek başına BKİ ölçümünden daha güvenilir olduğu ve laboratuvar parametreleri değişikliklerinden önce malnütrisyon riskini saptadığı ileri sürülmektedir.<sup>[19-21]</sup> Kolay uygulanabilir, non invazif ve kabul edilen en etkin yöntemlerden birisidir. Bakımevi, hastane ve toplum gibi farklı ortamlarda yaşamakta olan yaşlılarda malnütrisyon riskini değerlendirmede %86-100 duyarlılığa ve %70 üzeri seçiciliğe sahip olduğu çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir.<sup>[22]</sup> MNA testi, altı tarama ve 12 değerlendirme sorusu olmak üzere 18 sorudan oluşmaktadır. Bu 18 sorunun 15'i sözel sorgulama ve 3'ü antropometrik ölçümdür. Tüm nütrisyonel skorlama 30 puan üzerinden yapılmakta, altı sorudan oluşan ön sorgulama kısmında 14 üzerinden 12 veya üzeri puan alındığında kişinin nütrisyon durumu normal kabul edilerek teste son verilmektedir. Bu kısımda 11 veya altında puan alındığında ise testin geri kalan 12 sorusuna devam edilmektedir. Toplamda 23.5-30 puan arası normal nütrisyonel durumu, 17-23 puan malnütrisyon riskini, <17 puan ise kesin malnütrisyonu göstermektedir. MNA içinde yer alan 15 sözel soru, hastanın nütrisyonel açıdan genel değerlendirilmesi ve diyet alışkanlıklarına yöneliktir. MNA sırasında yapılan antropometrik ölçümler ise; BKİ, üst kol çevresi ve baldır çevresidir.

Sosyodemografik veriler için Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından evde sağlık hizmetleri için standardize edilmiş sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. SB sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, klinik görüşe göre yatağa bağımlılık durumu, yardımcı cihaz kullanımı, bakıcı durumu gibi verileri içermektedir. Laboratuvar verileri hasta dosyaları taranarak elde edilmiştir.

Çalışmanın etik onayı Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmış ve çalışmaya dahil edilen her hastadan veya yakınından onam alınmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS 18.0 programı ile yapılmıştır. Gruplar arasında fark olup olmadığını saptamak üzere nicel değişkenler için ANOVA ve iki bağımsız örnek t testi, nitel değişkenler için Kruskal Wallis ve Ki-kare testi kullanılmış,  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Çalışma süresince birime başvuran 143 kişiden çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 65 yaş üstünde ve terminal dönemde olmayan 58 kadın ve 31 erkek olmak üzere toplam 89 kişiden veri toplanmıştır. Grubun yaş

ortalaması  $82.9 \pm 6.8$  olup, 19 kişinin (%44.2) yatağa bağımlı, 18 kişinin (%41.9) kısmen bağımlı olduğu; 33 kişinin (%37.1) kişisel bakımını kendisinin sağladığı, 47 kişinin (%52.8) ailesinden, 6 kişinin (%6.7) ise bakıcısından hizmet aldığı saptanmıştır. Bir kişinin özel sigortasının olduğu, bir kişinin hiçbir sağlık güvencesi bulunmadığı, diğerlerinin ise devletin sosyal güvenlik kurumu güvencesi altında olduğu görülmüştür (Tablo 1)

Çalışma grubuna uygulanan MNA sonuçlarına göre 12 kişide (%13.5) normal nütrisyon, 34 kişide (%38.2) malnütrisyon riski ve 43 kişide (%48.3) malnütrisyon bulunmaktadır.

**Tablo 1.** Evde sağlık birimine başvuran 65 yaş üstü kişilerin özellikleri ve beslenme durumları

Özellikler	Normal nütrisyon		Malnütrisyon riski		Malnütrisyon		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	6	50.0	9	26.5	16	37.2	31	34.8
Kadın	6	50.0	25	73.5	27	62.8	58	62.2
<b>Sosyal güvenlik</b>								
Genel sağlık sigortası	7	58.3	9	26.5	33	76.7	49	55.1
Özel sigorta	0	0.0	0	0.0	1	2.3	1	1.1
Güvence yok	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	1.1
Yeşil kart	0	0.0	0	0.0	1	2.3	1	1.1
Diğer	5	41.7	24	70.6	8	18.6	37	41.6
<b>Yatağa bağımlılık</b>								
Yatağa bağımlı	0	0.0	5	14.7	19	44.2	24	27.0
Kısmen bağımlı	6	50.0	14	41.2	18	41.9	38	42.7
<b>Evde bakım ihtiyacı</b>								
Evet	12	100.0	33	97.1	41	95.3	86	96.6
Hayır	0	0.0	1	2.9	2	4.7	3	3.4
<b>Kişisel bakımı yapan</b>								
Kendisi	8	66.7	18	52.9	7	16.3	33	37.1
Aile	4	33.3	9	26.5	34	79.1	47	52.8
Bakıcı	0	0.0	4	11.8	2	4.7	6	6.7
Komşu	0	0.0	2	2.0	0	0.0	2	2.0
Diğerleri	0	0.0	1	2.9	0	0.0	1	1.1
<b>Kişisel hijyen</b>								
Yeterli	12	100.0	31	91.2	25	58.1	68	76.4
Yetersiz	0	0.0	3	8.8	18	41.9	21	23.6
<b>Kronik hastalık</b>								
Yok	1	8.3	1	2.9	4	9.3	6	6.7
Var	11	91.7	33	97.1	39	90.7	83	93.3
<b>Bası ülseri</b>								
Yok	12	100.0	31	91.2	31	72.1	74	83.1
Var	0	0.0	3	8.8	12	27.9	15	16.9
<b>Hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı</b>								
Var	3	25.0	21	61.8	17	39.5	41	46.1
Yok	9	75.0	13	38.2	26	60.5	48	53.9
		$\chi^2=6.254$		$p=0.044$				
<b>Ağrı/spazm</b>								
Var	0	0.0	5	14.7	12	27.9	17	19.1
Yok	12	100.0	29	85.3	31	72.1	72	80.9

Çalışmaya alınanların çeşitli özelliklerine göre beslenme durumu incelendiğinde cinsiyet, yaş, evde bakım gereksinimi, kişisel hijyen, kronik hastalık varlığına göre malnütrisyon ve malnütrisyon riski dağılımının istatistiksel açıdan önemli olmadığı ( $p>0.05$ ), yatağa bağımlı, bası ülseri olan, hipertansiyonu veya koroner kalp yetmezliği olanlarda ise malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin oran

olarak diğerlerinden daha fazla olduğu saptanmıştır. Kişilerin beslenme durumu, bakım veren kişiye göre değerlendirildiğinde, bakımını kendisi sağlayanlarda malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin oran olarak daha fazla olduğu görülmektedir Tüm bu sonuçlar **Tablo 1**'de sunulmuştur.

**Tablo 2** araştırma grubundakilerin çeşitli laboratuvar değerleri ile beslenme durumu arasındaki ilişkiyi özetle-

**Tablo 2.** Araştırma grubunun laboratuvar bulguları ile beslenme durumu

Laboratuvar bulguları	Normal nütrisyon		Malnütrisyon riski		Malnütrisyon		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Hemoglobin</b>								
Normal	8	66.7	21	72.4	25	59.5	54	65.1
Düşük	4	33.3	8	27.6	17	40.5	29	34.9
					$p>0.05$			
<b>Hematokrit</b>								
Normal	5	41.7	16	55.2	22	52.4	43	51.8
Düşük	7	58.3	13	44.8	20	47.6	40	48.2
					$p>0.05$			
<b>Açlık kan şekeri</b>								
Normal	10	83.3	21	72.4	25	59.5	56	67.5
Düşük	1	8.3	2	6.9	2	4.8	5	6.0
Yüksek	1	8.3	6	20.7	15	35.7	22	26.5
					$p>0.05$			
<b>Albumin</b>								
Normal	10	83.3	21	72.4	11	26.2	42	50.6
Düşük	2	16.7	8	27.6	31	73.8	41	49.4
					$\chi^2=20.676$ $p<0.001$			
<b>Folat</b>								
Normal	9	75.0	22	75.9	38	92.7	69	84.1
Düşük	1	8.3	1	3.4	2	4.9	4	4.9
Yüksek	2	16.7	6	20.7	1	2.4	9	11.0
					$p>0.05$			
<b>Sedimentasyon</b>								
Normal	3	27.3	7	24.1	2	4.9	12	14.8
Yüksek	8	72.7	22	75.9	39	95.1	69	85.2
					$\chi^2=6.558$ $p=0.038$			
<b>Üre</b>								
Normal	7	58.3	18	62.1	21	50.0	46	55.4
Yüksek	5	41.7	11	37.9	21	50.0	37	44.6
					$p>0.05$			
<b>Kreatinin</b>								
Normal	8	66.7	17	58.6	19	45.2	44	53.0
Düşük	2	16.7	9	31.0	19	45.2	30	36.1
Yüksek	2	16.7	3	10.3	4	9.5	9	10.8
					$p>0.05$			
<b>LDH</b>								
Normal	9	75.0	26	89.7	30	71.4	65	78.3
Düşük	1	8.3	1	3.4	5	11.9	7	8.4
Yüksek	2	16.7	2	6.9	7	16.7	11	13.3
					$p>0.05$			
<b>ASO</b>								
Normal	11	91.7	28	100.0	39	92.9	78	95.1
Yüksek	1	8.3	0	0.0	3	7.1	4	4.9
					$p>0.05$			
<b>CRP</b>								
Normal	8	72.7	19	65.5	11	26.2	44	53.7
Yüksek	3	27.3	10	34.5	31	73.8	44	53.7
					$\chi^2=15.460$ $p=0.004$			

mektedir. Tabloda görüldüğü gibi, CRP, total protein, albumin ve sedimentasyon hızı değerleri, kişilerin beslenme durumuna göre önemli şekilde farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Malnütrisyonu olanlarda total protein, albumin önemli şekilde daha düşük, sedimentasyon ve CRP ise önemli şekilde daha yüksektir ( $p<0.05$ ) (Tablo 2).

Çeşitli laboratuvar bulguları ile MNA tarama sonuçları arasındaki ilişki, yaş ve çalışma yerine göre standartize edilerek incelendiğinde, MNA değerleri ile total protein, albumin, sedimentasyon, ve CRP değerleri arasında istatistiksel olarak önemli bir korelasyon bulunduğu saptanmıştır. MNA ile malnütrisyon saptananlarda total protein, albumin, değerleri daha düşüktür.

Evde sağlık hizmetinden yararlanıp evinde yaşayanlar ile bakımevinde yaşayanlar alt gruplar olarak karşılaştırıldığında evinde yaşayan grubun yaş ortalaması  $80.98 \pm 6.11$ , bakımevinde kalan grubun  $85.72 \pm 6.92$  bulunmuş olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu görülmüştür ( $t=3.402$   $p<0.001$ ). Cinsiyet açısından iki grup arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Evinde kalan grupta yatağa bağımlılık oranı daha yüksektir ( $\chi^2=39.729$   $p<0.001$ ). Bakımevinde yaşayanlarda hiç bası ülseri bulunmaz iken evinde kalanlarda bu oran %28.3 tür. Malnütrisyon riski evinde yaşayan grupta daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $\chi^2=33.564$   $p<0.001$ ). Her iki grubun karşılaştırmaları Tablo 3'te gösterilmiştir.

## Tartışma

Toplum içinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada yetersiz beslenme için altı tane risk faktörü saptanmıştır: tek başına yaşama, günlük yaşamı sürdürmek için yardıma muhtaç olma, depresyon, kronik hastalık veya engellilik varlığı, evde bakım hizmeti almak, aileden bakım almak.<sup>[23]</sup> Bu çalışmanın sonuçlarına göre evde bakım hizmeti almak bağımsız bir risk faktörüdür. Guigoz'un literatür derleminde toplumda yaşlı malnütrisyon prevalansı %2 ve malnütrisyon riski %24'tür (21 çalışma,  $n=14149$ , aralık sırasıyla %0-8 ve %8-76). Evde bakım alanlarda bu oranlar sırasıyla %9 ve %45'e yükselmektedir (25 çalışma,  $n=3119$ , aralık sırasıyla %0-30 ve %8-65). Bakım evinde kalanlarda ise oranlar çok daha yüksektir; malnütrisyon %21 ve malnütrisyon riski %51'dir (32 studies,  $n = 6821$  elderly, aralık sırasıyla %5-71 ve %27-70).

Ülkemizde dahiliye polikliniğine başvuran 140 yaşlı hasta ile yapılan bir çalışmada malnütrisyon oranı %2.1 ve malnütrisyon riski %14.3 olarak saptanmıştır.<sup>[24]</sup> Dahiliye polikliniğine başvuran 413 hasta ile yapılan bir diğer çalışmada malnütrisyon %13 ve malnütrisyon riski %31 olarak saptanmıştır.<sup>[25]</sup>

Örneklemimizdeki malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin genel yaşlı popülasyondan daha yüksek olması do-

**Tablo 3.** Evde sağlık birimine başvuran hastaların evde kalma ve bakımevinde kalma durumuna göre tanımlayıcı özellikleri ve beslenme durumları

Yaş	Ortalama (SD)	Önemlilik (p)
Ev (n=53)	80.9±6.1	p<0.001
Bakım evi (n=36)	85.7±6.9	
<b>n (%)</b>		
<b>Cinsiyet</b>		
Ev		
Kadın	37 (%69.8)	p>0.05
Erkek	16 (%30.2)	
Bakım evi		
Kadın	21 (%58.3)	
Erkek	15 (%41.7)	
<b>Yatağa bağımlılık durumu</b>		
Ev		
Yatağa bağımlı	22 (%41.5)	p<0.001
Kısmen yatağa bağımlı	8 (%52.8)	
Bağımsız	3 (%5.7)	
Bakım evi		
Yatağa bağımlı	2 (%5.6)	
Kısmen yatağa bağımlı	10 (%27.8)	
Bağımsız	24 (%66.7)	
<b>Bası Ülseri</b>		
Ev		
Ev	15 (%28.3)	
Bakım evi		
Bakım evi	0 (%0.0)	
<b>Beslenme durumu</b>		
Ev		
Normal	4 (%7.5)	p<0.001
Malnütrisyon riski	19 (%18.9)	
Malnütrisyon	39 (%73.6)	
Bakım evi		
Normal	8 (%22.2)	
Malnütrisyon riski	24 (%66.7)	
Malnütrisyon	4 (%11.1)	

ğaldır; alt gruplara göre Guigoz'un evde bakım alanlar ve bakım evinde kalanlar ile karşılaştırıldığında da literatüre göre yüksektir. Burada dikkatle irdelenmesi gereken nokta örneklemimizdeki hastaların bakım değil sağlık hizmeti alıyor olmaları ve dolayısı ile ciddi sağlık sorunlarının olduğudur ki kronik hastalık ve genel sağlık durumu ile beslenme ilişkisi iyi bilinmektedir. Genel literatür ile karşılaştırdığımızda evinde kalanların beklenenden farklı bir şekilde bakım evinde kalanlardan beslenme açısından daha kötü durumda olduğu görülmektedir. Araştırmamızın primer amacı evinde yaşayan yaşlılar ile bakım evinde yaşayan yaşlıları karşılaştırmak olmamasına rağmen pratik uygulamada bu grup hastalarda evde sağlık hizmetinden yararlanan alt grubu oluşturmaktadır. İki grup karşılaştırma açısından uygun değildir; diğer yandan evde sağlık hizmeti alanların genel özelliklerini değerlendirmek ve sağlık hizmeti verenlerin konuya dikkatini çekmek için iki grubun karşılaştırmalı özelliklerinin de değerlendirilmesi uygun olacaktır. Bakım evinde kalan yaşlılarda yaş ortalaması daha yüksek olmasına rağmen

men malnütrisyon oranları daha düşük, ama malnütrisyon riskleri daha sık saptanmıştır. İki grup arasında kronik hastalık sayısı açısından anlamlı fark olmamasına rağmen, yatağa bağımlılık düzeyleri ve bası yarası oranlarına baktığımızda evinde yaşayan yaşlıların genel sağlık durumlarının daha kötü olduğu ve dolayısı ile beslenme durumlarının daha kötü olmasının şaşırtıcı olmadığı söylenebilir. Yine bakım evinde kalanların bakım evine ancak kendi bakımlarını sağlayacak düzeyde işlevselliğe sahip olmaları şartı, profesyonel sağlık çalışanlarının bakım ekibinde yer alması, düzenli sağlık kontrollerinin yapılması ve iyi düzeyde koruyucu hekimlik hizmeti almaları da bu sonucu etkileyen diğer olası faktörlerdir.

Genel olarak değerlendirdimizde yatağa bağımlılık, bası ülseri varlığı ve hipertansiyon veya kardiyovasküler hastalığa sahip olmak malnütrisyon sıklığını artırmaktadır. Kendi bakımını kendi sağlayanlarda ise hem malnütrisyon riski hem de malnütrisyon daha fazladır. Yaşlılarda tek başına yaşamının beslenme yetersizliği açısından bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir.<sup>[23]</sup> Yakın bir zamanda toplum içinde yaşayan 1185 yaşlı ile yapılan bir çalışmada bası ülseri varlığı, son üç ay içinde hastaneye yatış öyküsü, daha önceki beslenme müdahalesi ve bilişsel düzeyin düşük olması durumunda malnütrisyonun daha sık olduğu, ama yemeklerin aile bireyleri tarafından verilmesinin ters ilişkili olduğu saptanmıştır.<sup>[14]</sup>

Malnütrisyonu olanlarda total protein ve albumin değerleri düşüken, malnütrisyon riski olanlarda bu düşüklük gözlenmemiştir. Malnütrisyon değerlendirilmesinde serum protein değerleri özellikle albumin düşük duyarlılık ve seçiciliğine rağmen sıklıkla kullanılmaktadır.<sup>[3]</sup> Yaşlılarda beslenme yetersizliği yavaş gelişir ve beslenme durumu iyi olan kişilerde beslenme yetersizliğine rağmen uzun süre albumin normale yakın değerlerde kalabilir.<sup>[3]</sup> Bu çalışmadaki hastalar olasılıkla uzun süredir kronik hastalıkları olan hastalardır. Total protein ve albumin değerleri özellikle erken müdahale ile malnütrisyon gelişmesi önlenebilecek olan malnütrisyon riskini göstermemektedir.<sup>[22]</sup> CRP ve sedimentasyon hızı yüksekliği olanlarda malnütrisyonun daha sık olması da kronik enflamasyonun etken olduğunu düşündürmektedir.

Tartışılması gereken önemli bir nokta evde sağlık hizmeti alan ve beslenme yetersizliği saptanan hastaların beslenme girişimlerinden ne kadar yarar göreceği ve nasıl bir girişim yapılacağıdır; bu konuya ilişkin literatür yeterli değildir. Amerikan Diyet Birliği yaşlılarda malnütrisyonun taranmasını ve düzeltilmesini önermektedir.<sup>[15]</sup> Cochrane derlemelerini de kapsayan bir sistematik derleme de toplum içinde yaşayan yaşlıların beslenme girişimlerinden sonra kilolarının arttığı ve fonksiyonlarında düzelleme olduğu ve en çok yarar görenlerin de beslenme durumu en kötü olan yaşlılar olduğu sonucuna varılmıştır. Diğer bir sonuç mortalite üzerinde sınırlı pozitif et-

kisi olduğu ama komplikasyonların önlenmesi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı; uyum açısından evinde yaşayanlar ile bakım evinde kalanlar arasında fark olmadığının saptanmasıdır.<sup>[16]</sup>

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları vardır. Tek merkezde yürütülmüştür ve tüm popülasyona genellenemez. Örneklem sayısı alt hastalık gruplarına bağlı beslenme durumu analizleri için yetersizdir. Laboratuvar verileri hasta dosyalarından sağlanmıştır; bu nedenle beslenme durumuna yönelik testlerin bütününe kapsamamaktadır. Yeni bir sağlık hizmeti yapılanması olarak evde sağlık hizmetine en çok gereksinim duyanların ve dolayısı ile genel sağlık durumu daha kötü olanların öncelikle sisteme başvurmuş olması ve malnütrisyon oranlarının olduğundan daha yüksek saptanmış olması olasıdır. Diğer yandan bir sene boyunca evde sağlık hizmetine başvuranları kapsadığından merkezin hizmet vereceği kitleyi doğru olarak yansıttığını düşünmekteyiz.

## Sonuç

Evde sağlık hizmetine başvuranlarda malnütrisyon ve malnütrisyon riski sıklığı yüksektir ve evde bakım hizmeti alıyor olmak beslenme yetersizliği açısından bir risk faktörüdür. Hastaların uygun ölçekler ile taranmaları ve malnütrisyon saptananların daha ileri incelemelerle tanılanması ve uygun girişimlerle beslenme durumlarının düzeltilmesi genel sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini ve hastalıklarına bağlı komplikasyonları olumlu yönde etkileyecektir. Malnütrisyon riski olanlarda ise beslenme durumları daha fazla bozulmadan koruyucu tedbirlerin alınması ve yakın izlem, yaşlı kırılabilirliği ve buna bağlı komorbiditeler, yaşam kalitesindeki düşüş ve bağımlılık düzeyinin artmasını engellemede etkin olabilecek girişimlerden birisidir.

## Kaynaklar

1. Neno R, Neno M. Promoting a healthy diet for older people in the community. *Nurs Stand* 2006;20:59-65.
2. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract* 2006;12:110-8.
3. Johnson LE, Sullivan DE. Nutrition and failure to thrive. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, editors. Current geriatric treatment and diagnosis. International ed. New York: Mc Graw Hill Companies; 2004. p. 391-406.
4. Johansson Y, Bachrach-Lindström M, Carstensen J, Ek A-C. Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs* 2009;18:1354-64.
5. Chen SH, Acton G, Shao JH. Relationships among nutritional self-efficacy, health locus of control and nutritional status in older Taiwanese adults. *J Clin Nurs* 2010;19:2117-27.
6. Han Y, Li S, Zheng Y. Predictors of nutritional status among community-dwelling older adults in Wuhan, China. *Public Health Nutr* 2009;12:1189-96.
7. Yap KB, Niti M, Ng TP. Nutrition screening among home-dwelling older adults in Singapore. *Singapore Med J* 2007;48:911-6.

8. Kwon J, Suzuki T, Kumagai S, Shinkai S, Yukawa H. Risk factors for dietary variety decline among Japanese elderly in a rural community: a 8-year follow-up study from TMIG-LISA. *Eur J Clin Nutr* 2006;60:305-11.
9. Söderhamn U, Christensson L, Idvall E, Johansson A-K, Bachrach-Lindström M. Factors associated with nutritional risk in 75-year-old community living people. *Int J Older People Nurs* 2012;7:3-10.
10. Tomstad TS, Söderhamn U, Espnes GA, Söderhamn O. Living alone, receiving help, helplessness and inactivity are strongly related to risk of undernutrition among older home-dwelling people. *Int J Gen Med* 2012;5: 231-40.
11. Johansson L, Sidenvall B, Malmberg B, Christensson L. Who will become malnourished? A prospective study of factors associated with malnutrition in older persons living at home. *J Nutr Health Aging* 2009;13:855-61.
12. Pablo MA, Tzaga MA, Alday LA. Assessment of nutritional status on hospital admissions, nutritional scores. *Eur J Clin Nutr* 2003;57:824-31.
13. Alves de Rezende CH, Marquez Cuhna T, Alvarena Junior V, Pehna-Silva N. Dependence of Mini-Nutritional Assessment scores with age and some hematological variables in elderly institutionalized patients. *Gerontology* 2005;51:316-21.
14. Verbrugghe M, Beeckman D, Van Hecke A, et al. Malnutrition and associated factors in nursing home residents: a cross-sectional, multi-centre study. *Clin Nutr* 2013;32:438-43.
15. Nutrition Screening Initiative. Nutrition statement of principle. Chicago: American Dietetic Institution and the American Academy of Family Physicians; 2002. [http://www.eatright.org/ada/files/nutrition\(1\).pdf](http://www.eatright.org/ada/files/nutrition(1).pdf).
16. Mucci E, Jackson SHD. Nutritional Supplementation in Community-Dwelling Elderly People. *Ann Nutr Metab* 2008;52(Suppl 1):33-7.
17. Arnaud-Battandier F, Malvy D, Jeandel C, et al. Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco-economic study. *Clin Nutr* 2004;23:1096-103.
18. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clin Nutr* 2003;22:415-21.
19. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. The Mini Nutritional Assessment (MNA): a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology* 1994;4(Suppl 2):15-59.
20. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* 1999; 15:116-22.
21. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-what does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006;10:466-85.
22. DiMaria-Ghalili RA, Guenter PA. The mini nutritional assessment. *Am J Nurs* 2008;108:50-9.
23. Söderhamn U, Dale B, Sundslı K, Söderhamn O. Nutritional screening of older home-dwelling Norwegians: a comparison between two instruments. *Clin Interv Aging* 2012;7:383-91.
24. Saka B, Özkuluk H. İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nutrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyonun diğer geriyatrik sendromlarla ilişkisi. *Güllane Tıp Dergisi* 2008;50:151-7.
25. Saka B, Kaya O, Oztürk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr* 2010; 29:745-8.

Geliş tarihi: 13.03.2013

Kabul tarihi: 14.05.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.07.2013

#### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

#### İletişim adresi:

Doç. Dr. Hülya Akan

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

26 Ağustos Yerleşimi, Kayışdağı Caddesi

Kayışdağı 34755 İstanbul

e-posta: neseliha@gmail.com