

# Evde Bakım Hastalarında Beslenme İlkeleri

## *Principles of Nutrition in Home Care Patients*

### **Öz**

Evde Bakım Hizmetleri; koruyucu tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, bireylerin sağlığını, fonksiyonlarını ve konforunu korumak, yükseltmek ve yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulması hizmetidir. Evde bakım hastalarında yeterli düzeyde besleneme ve bunun sonucunda malnütrisyon çok sık görülür. İnsanların yeterli ve dengeli beslenmesi hayati fonksiyonların sürdürülmesindeki en temel gereksinimlerden biridir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın korunmasında, hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli rol oynar, dolayısı ile yaşam kalitesini artırır. Hastanın herhangi bir komplikasyon yaşamasını engellemek; ilaç tedavisi, hastalığın/hastalıkların etkisi, psikolojik durum gibi nedenlerle meydana gelen iştahsızlık, dengesiz/yetersiz beslenme, besin öğesi ihtiyaçlarının karşılanamaması gibi durumların en aza indirilmesi için bu hastalarda beslenme durumu takibi çok önemlidir. Bireyin antropometrik ölçümleri, besin alımları, laboratuvar testleri ve beslenme durumu taramaları düzenli olarak takip edilmeli, gerekli önlemler alınmalıdır.

### **Abstract**

Home Care Service is a service that is defined with the impact of necessity of promoted effectively of long-term treatment and rehabilitative care continuity and it is a service that is presented health and social services professionally in a person's own home or his/her living environment on the purpose of promoting, enhancing and restoring people's health, functions and comfort. Malnutrition is often seen in home care patients based on under nutrition. Adequate and balanced nutrition is one of the basic necessities on maintaining vital functions. Adequate and balanced nutrition plays a role in promoting health, preventing and treatment of diseases, therefore increases life quality. Nutrition follow-up is too important to inhibiting any complications and to minimizing inappetency based on medication, diseases and psychological status. Anthropometric measurements, food intake, laboratory tests and nutrition status screenings should be followed regularly and necessary measures should be taken.

**Dr. Öğrt. Üyesi K. Esen KARACA**  
Acıbadem Üniversitesi, İstanbul

**Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:**

Acıbadem Üniversitesi  
Çerenköy Mahallesi, Kayışdağı Cd.  
No:32, 34752 Ataşehir/İstanbul

**Tel/phone:** +90 0216 500 44 44  
**E-mail:** esen.karaca@acibadem.edu.tr

### **Anahtar Kelimeler:**

Evde Bakım, Beslenme

### **Keywords:**

Home Care, Nutrition

**Geliş Tarihi - Received**  
14/07/2018

**Kabul Tarihi - Accepted**  
19/08/2018

## Giriş

Evde bakım hizmetlerinin ülkemizdeki net tanımı; 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan ‘Evde Bakım Hizmetleri’nin Sunumu Yönetmeliği’ ne göre oluşturulmuştur. Bu yönetmelikte Evde Bakım Hizmetleri, hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, beslenme ve psikolojik tedavi de dahil tıbbi gereksinimlerini karşılayacak şekilde sağlık bakımı ile sağlık hizmetlerinin sunulması şeklinde tanımlanmıştır (1).

Evde Bakım Hizmetleri; koruyucu tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, bireylerin sağlığını, fonksiyonlarını ve konforunu korumak, yükseltmek ve yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde bireyin kendi evinde veya yaşadığı ortamda sunulması hizmetidir (1).

Ancak yine de “Evde bakım” ya da “Evde bakım gerektiren hasta” tanımlaması yüzyıllar, on yıllar hatta yıllar içinde bile değişim yaşamış bir tanımlamadır denilebilir. Yüzyıllar önce evde bakım gerektiren hastalar, hastaların çoğunluğu idi. Hekimler için hastaları evlerinde muayene etmek normal bir davranıştı. Hastaların tedavileri çoğunlukla evde yapılır, hastaneler evde uygulanamayacak tedavi gereken hastalar için kullanılırdı. Özellikle son yüz yılda bu kavramlar büyük bir değişim geçirerek tersine döndü ve bunun sonucunda evde bakım kavramı unutulmaya başlandı.

Son yıllarda ise “evde bakım” kavramı tekrar gündeme gelmeye başladı. Önceleri hem pahalı olması hemde dirençli enfeksiyon gelişmesi riskinin yüksekliği nedeniyle bakım gerektiren birçok hastanın hastanede yatarak tedavileri yerine evde aynı hizmetin daha maliyet etkin, daha az riskli ve daha insani bir şekilde verilmesi artık mümkün hale geldi. Yıllar içinde de evde verilebilecek sağlık hizmeti sayısı gittikçe arttı ve artmaya da devam ediyor.

Ülkemizde, evde bakım hizmetlerinin giderek artmasıyla birlikte özel beslenme gerektiren hastaların beslenme hizmetlerinin evlerde uygulanabilmesi için gerekli olan önlemlerin ve beslenme programlarının planlanması gerekli hale gelmiştir. Bu hastalar büyük çoğunlukla kendine bakma yeterliliğini yitirmiş, kısıtlayıcı kronik hastalıkları olan veya geçirilmiş bir hastalık sekeli bulunan hastalardır. Burada iki büyük grup ön plana çıkmaktadır. Onkolojik hastalar (özellikle son dönem hastalar) ve nörolojik hastalar (2,3,4).

Evde bakım gerektiren ancak oral alımı kısıtlı olmayan hastaların beslenme programları hazırlanırken yaş grupları dikkate alınmalıdır. Her öğünde dört besin grubundan da (et-peynir-yumurta; süt ve süt ürünleri; ekmek ve tahıllar; sebze ve meyveler) alımın sağlandığı yeterli ve dengeli bir beslenme planlanmalıdır. Ancak malnütrisyonla girme riski olan hastalar takip edilmeli ve bazı özel beslenme ilkeleri dikkate alınmalıdır. Çünkü malnütrisyon bu hastalarının genel sağlık durumlarının bozulmasına ve morbidite-mortalite riskinin art-

masına neden olan önemli bir olgudur (2). Özellikle yaşlı hastalarda malnütrisyonla daha sık rastlanırken evde bakım hastalarında %5-15, kurum ve bakımevlerinde %12-85 arasında oranlarda görülebildiği tespit edilmiştir (3,4). Bu nedenlerle özellikle bakım evlerinde, yaşlı hastaların bir kısmında protein, karbonhidrat, yağ gibi makro besin öğeleri eksiklikleri ile birlikte kalsiyum, folik asit mineraller; D ve E vitaminleri gibi önemli vitamin eksiklikleri görülmektedir. Bu durum yaşlılarda sebze ve meyve tüketiminin de yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Bunun dışında bakım evlerinde çalışan personellerin de bilgi düzeylerinin eksik olduğu veya evde yaşlı hasta bakımında İngiltere’de yapılan bir çalışma ise bakımevi personelinin yaşlı beslenmesi hakkında bilgi seviyelerinin yetersiz olduğunu göstermiştir (3).

Brüksel’de evde bakım hastalarında yetersiz beslenme ile ilgili düzenlemeler içeren ve 22-23 Ekim 2007 tarihinde yayınlanan forum raporunda evde bakım hastaları ve bakım evlerindeki hastalarda yetersiz beslenme prevalansının %15-65 arasında değiştiğini bildirmişlerdir. Bu hastalarda yetersiz beslenmeyi önlemek için önlemler alınmalı ve tedavi edilmelidir (5).

## 1. Evde Bakım Hastalarında Yetersiz Beslenmenin Nedenleri

Evde bakım hastalarında yeterli düzeyde beslenememe ve bunun sonucunda malnütrisyon çok sık görülür. İnsanların yeterli ve dengeli beslenmesi hayati fonksiyonların sürdürülmesindeki en temel gereksinimlerden biridir. Yeterli ve dengeli beslenme sağlığın korumasında, hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde önemli rol oynar, dolayısı ile yaşam kalitesini artırır (6). Bu hastalarda yetersiz beslenmenin en önemli nedeni besin öğelerinin yetersiz alımı veya kaybıdır. Besin alımı, açlık ve susama hissinin azalmasının yanı sıra akut hastalık ve yetersizlikler de yetersiz beslenmenin altında yatan sebeplerdendir. Yetersiz beslenme hastalıkları ile direkt ilişkilidir, bu nedenle altında yatan patolojiyi tedavi etmek esansiyeldir. Diş ve oral hijyeni korumak da besin alımı üzerinde pozitif etkiye sahiptir. Sosyal izolasyon ve otonomi kaybı yetersiz beslenmenin diğer önemli sebeplerindedir; otoritelerin evde bakım hastalarında bu problemlerin çözümü için önlemler alması gerekir (7).

## 2. Evde bakım hastalarında beslenme durumunun değerlendirilmesi

Nutrisyonel değerlendirmenin ilk adımı besin alımı miktarını doğru olarak tespit etmektir. Hastanın aile bireyleri bireyin tükettiği besin miktarını takip edebilir; bu nedenle bireyin tükettiği miktarlar bu bireylere sık sık sorulabilir. Bakım hizmeti alan yaşlı bireylerde zaman zaman tüketilmesi beklenen besini dökme veya düşürme durumları olabilir, yada aile bireyleri bu yaşlı bireylerin yalnızca küçük porsiyonlara gereksinim duyduğunu düşünebilirler. Evde bakım hizmeti alan bireyin aile bireyleri de dengesiz bir diyet

tüketiyor olabilirler. Bu sebeplerden dolayı hasta tarafından tüketilen besinlerin türü ve miktarı özel olarak sorulmalıdır ve tüketilen besinlerin kayıtları düzenli tutulmalıdır (8).

Antropometrik ölçümler evde bakım hizmeti alan bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi açısından oldukça önemlidir. Boy uzunluğu, vücut ağırlık, beden kütle indeksi (BKİ), üst orta kol çevresi (ÜOKÇ), baldır çevresi (BÇ), diz boyu (DB) ve triceps deri kıvrım kalınlığı (TDKK) gibi ölçümlerin uygulanabilirliği evde bakım hastalarında malnütrisyon tanısı açısından önem arz etmektedir. Vücut ağırlığı ölçülemeyen yatak veya sandalyeye bağımlı hastalarda DB, ÜOKÇ, BÇ ve subskapular deri kıvrım kalınlığı (SDKK) kullanılarak formül ile hesaplama yapılabilir. Ayrıca yaşlanma ile birlikte yağlı ve yağsız vücut kütlelerindeki değişikliklerin yanı sıra boy uzunluğu da hızlı bir şekilde kısalır. Artrit ve osteoporoz gibi kronik hastalıklar, parkinson gibi nöromusküler sistem hastalıkları, kifoz ve skolyoz gibi omurga deformiteleri ve yatağa bağımlılık gibi durumlar boy uzunluğunun ölçümünü zorlaştırır. Bu durumda diz boyu ölçümü alınarak boy uzunluğu hesaplanabilir (9).

Nutrisyonel tarama araçları genellikle uzmanlık gerektirmeyen, kısa sürede yapılan ve hastalar için problem yaratmayan testlerdir (10). ESPEN (Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği), 2002 yılında yayınladığı kılavuzunda sadece evde bakım hizmetlerine ihtiyaç duyanların değil, 65 yaş ve üzerindeki tüm bireylerin rutin nutrisyonel taranmasını önermektedir (11). Subjektif Global Değerlendirme (SGA), Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA), Malnütrisyon Ünlversal Tarama Aracı (MUST), Nutrisyonel Risk Taraması (NRS) bu testlerden bazılarıdır.

Yaygın kullanımı olanlardan SGA; beslenme durumunu değerlendirir ve hasta hikayesi ve fiziksel muayeneye dayanır. Bu beslenme aracı devamlı gastrointestinal cerrahi hastaları için beslenme ile ilişkili komplikasyonların ön görülmesi amacıyla geliştirilmiştir ancak geriatrik hastalara ek olarak birçok farklı grupta kullanılmaktadır. MNA, aslında zayıf yaşlı bireylerde malnütrisyonun değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Antropometrik ölçümler, diyetsel değerlendirme, besin alımının yeterli olup olmadığının ve sağlık durumunun öz algısının sorgulanması gibi kriterler içerir (12).

### 3. Evde bakım hastalarında beslenme

Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerde beslenme durumu, enerji, protein ve mikro besin ögesi alımını belirlemek amacıyla Tiina ve ark, yaptıkları kesitsel bir çalışmada (2011), yaşlı bireylerin %65'inin malnutre ve %21'inin malnütrisyon riski altında olduklarını; %46'sının 1570 kcal/gün'den daha az, %47'sinin 60 g/gün proteinden daha az miktarda tüketimlerinin olduğunu; %98'inin posa, %98'inin E vitamini, %38'inin D vitamini ve %86'sının folik asit alımının önerilen alım düzeyinin altında olduğunu göstermişlerdir (13).

Evde bakım gerektiren ancak oral alımı kısıtlı olmayan hastaların beslenmeleri için özel bir önlem gerekmez. Yaş gruplarına uygun bir beslenme yeterli olur. Yani her öğünde dört besin grubundan da (et-yumurta kurubaklagiller, süt ve süt ürünleri, ekmek ve tahıllar, sebze ve meyveler) alımın sağlandığı dengeli bir beslenme bu hastalar için yeterlidir. Bunlara rağmen malnütrisyon girme riski olan hastalarda bazı özel beslenme tedbirleri almak gereklidir. Çünkü malnütrisyon evde bakım hastalarının durumlarının bozulmasına ve morbidite-mortalitenin artmasına sebep olan önemli bir olgudur (2).

İştah kaybı olan veya istenilen ağırlığın altında olan bakım hastalarında öğün sayısı çok önemlidir. Gün içerisinde 5-6 kez, az miktarda ve sık şekilde beslenme önerilir (Kahvaltı, öğle yemeği, akşam yemeği, kuşluk, ikindi ve gece öğünleri). Et, balık, tavuk ve tam yağlı süt ve süt ürünleri, yumurta gibi yüksek protein ve enerjili ürünler tercih edilmelidir. C vitamini alımını artırmak için şeker eklenmemiş ve taze sıkılmış meyve suları tercih edilebilir (14).

### 4. Evde bakım hastalarında nutrisyon desteği

Hastalarda yeme ve sindirim ile ilgili problemler olduğunda, yapay besinler ile beslenme sağlanması gerekir, bu besinler yağ, protein, şeker, vitamin ve mineralleri dengeli şekilde sağlayan özel olarak formüle edilmiş ürünlerdir. Eğer bağırsakta besin öğeleri emilimi normal olarak gerçekleşiyorsa beslenme desteği olarak enteral nütrisyon yolu tercih edilir. Bazı hastalarda tüp, bazılarında ise ağız yolu ile uygulanır (15). Eğer oral alıma engel bir durum varsa gastrik erişim öncelikle tercih edilir. Obstrükte eden tümör, geçirilmiş cerrahi, aspirasyon pnömonisi gibi üst GİS'in enteral beslenme için kullanılmasına engel bir durum varsa daha aşağı kısımları enteral beslenme için kullanılabilir. Enteral beslenme yolunun seçilmesinde; hastanın hastalığının durumunun değerlendirilmesi, GİS anatomisi, geçirilmiş cerrahi öyküsü, gastrik ve intestinal motilite ve fonksiyonu, tedavinin süresi dikkate alınmalıdır (16).

Total parenteral beslenme; hastanın bağırsağı besin öğeleri emilimine uygun olmadığına, beslenmenin bağırsak yolu tercih edilmeden hastanın damar yolu aracılığı ile gerçekleştirilmesidir. Parenteral beslenmenin uygulandığı durumlar; bağırsak obstrüksiyonu veya ileus, bağırsağın beslendiği yerde ağırlaşan enfeksiyonun olduğu yerdeki perforasyonlar, kısa barsak sendromu, fonksiyonel kısa barsaktır. Parenteral nutrisyon kullanımı bazen kanda enfeksiyonlar ve biyokimyasal bulgularda bozulmalar gibi ciddi problemler ile sonuçlanabilir. Bu nedenle hastaların yoğun şekilde izlemi önemlidir. Problemin kalıcı veya uzun süre devam etme durumu olursa bazı hastalar kendi parenteral beslenmelerini evde nasıl yönetecekleri konusunda eğitilmelidir (15).

#### 4.1. Evde Enteral ve Parenteral Beslenme Kararı

Enteral veya parenteral yolla hastanın beslenmesine ka-

rar verirken hastanın yaşı, medikal durumu, GİS ve vital organların durumu, daha önceki beslenme durumu, hastalığının beslenmesine etkisi ve uygulanacak yeni yöntem ile hastanın yaşam kalitesinin artıp artmayacağı iyi değerlendirilmelidir (17,18).

Mümkün olduğu kadar enteral beslenme parenteral beslenmeye tercih edilmelidir. Çünkü enteral beslenme daha maliyet etkindir ve enfeksiyon oranı daha düşüktür. Terminal dönem hastalar için enteral/parenteral beslenme uygulanması zorunlu değildir. Ayrıca enteral beslenme ileri derece demansı olan hastalarda fayda sağlamayacağı gibi zararlı da olabilir(17).

#### 4.2. Evde Bakım Hastalarında Nutrisyonel Gereksinimler

Evde bakım hizmeti alan hastalarda nutrisyonel gereksinimler hastalığa özgü spesifik ihtiyaçlara ve medikal şartlar, beslenme durumu, aktivite düzeyi, sıvı kısıtlaması ve organ fonksiyonlarına göre belirlenmelidir (19).

Hastalarda su ve elektrolit dağılımı sağlık üzerinde besin öğelerinden daha derin-ani etkilidir, vücut suyundaki denge sızlık dehidrasyonyada ödem ile sonuçlanır. Evde bakım hizmeti alan hastalarda sıvı ve elektrolit kompozisyonu sıvı kayıplarını ve ilaç tedavisi sonucu olan kayıpları karşılamalıdır. Farklı klinik durumlarda gerekli sıvı ihtiyaçları Tablo 1’de gösterilmiştir (19).

Serum elektrolit düzeyleri düşük ise bireylere ek olarak sodyum, potasyum ve magnezyum verilmelidir. Uzun dönem evde parenteral beslenme alan hastalarda takviye sodyum ve potasyum klinik durum, hücre sel kayıplar ve renal fonksiyon durumlarına göre düzenlenmelidir (19).

Enerji alımı, normal olarak 20-35 kcal/kg’gün’dür. Enerji gereksinimleri bireysel değerlendirmeye bağlı olarak değişir. Nadiren 40 kcal/kg/gün’den fazla olabilir. Schofield gibi enerji formülleri de kullanılabilir ancak aşırı enerji tüketiminden kaçınılmalıdır.

Non-protein enerji miktarı 100-150 kcal/1 gr N olmalıdır. Stres altındaki evde parenteral bakım hastalarında protein 0,8-1 kg/gün olmalıdır. Çeşitli durumlarda (normal, iyileşme dönemi, katabolizma) arjinin, glutamin, taurin gibi aminoasitler eklenmiş formüller kullanılabilir (19,20).

Enerjinin ortalama %50-60’ını karbonhidratlar (CHO) oluşturmalıdır. Bu karbonhidrat yüzdesi, hastalık durumuna göre değişmektedir. Akut ve uzun dönem komplikasyonların önlenmesi için karbonhidrat 3-6 g/kg/gün olmalıdır (20,19).

Hastalık durumuna göre değişmekle birlikte genel olarak toplam enerjinin %25-35’inin yağdan gelmesi önerilmektedir. Ancak esansiyel yağ asidi (EYA) içeren ürünler kullanılmalıdır ve glikozdan sağlanan enerjinin yağdan sağlanan enerjiye oranı 3/1 olmalıdır. Sepsiste ise immünsüpresif etki oluşturacağından toplam enerjinin %20’den fazlası yağ olmamalıdır. İntravenöz olarak verilen lipidler 1 g/kg/gün’ü geçmemelidir. Esansiyel yağ asitleri eklenmelidir. 14-20 g/gün soya yağından LCT ve 30-40 g zeytinyağı/soya yağından LCT günlük 7-10 g ihtiyaç olan esansiyel yağ asitlerini karşılar. MCT/LCT ve balık yağı emülsiyonları güvenilir ve etkilidir (20,19).

Enteral ve parenteral beslenmede, mineral ve vitaminlerin serum ve idrar ile atılan miktarları önemli olup gerekli düzenlemelerde önerilen günlük besin ögesi alım miktarı esas alınmalıdır (20).

Liflerin su tutma kapasitesi, çözünürlük, viskozite, bağlama-emilim nitelikleri ve fermentabilite gibi fizyolojik özellikleri, lifin sindirim ve emilim sürecini etkileyerek GİS içerisindeki yanıtı etkiler. Uygun lif alımı, tüple beslenen hastalarda, sistemik enfeksiyon ve diyare insidansını azaltabilir. Enteral ürünlerin lif içeriği 5-14 g/ L’dir (20).

#### 5. Sonuç

Evde bakım, sağlık hizmetlerinde bakımın devamlılığını sağlayan önemli bir modeldir.Evde bakım hizmetleri; yaşlı, özürlü, kronik hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki bireyleri kendi ortamında destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içermektedir(21).Hastanın herhangi bir komplikasyon yaşamasını engellemek; ilaç tedavisi, hastalığın/hastalıkların etkisi, psikolojik durum gibi nedenlerle

**Tablo 1.** Farklı klinik durumlarda sıvı ihtiyaçları

Klinik Durum	Temel ihtiyaçlar
Devamlı ihtiyaçlar	
18-60 yaş	35 ml/kg
>60 yaş	30 ml/kg
Devam eden kayıpların yerine konması	
Ateş	Ateşlenmenin her 24 saatlik periyodunda vücut ısısının 37°C’nin üstüne her 10°C çıkmasında 2-2,5ml/kg su eklenir
Vücut sıvısı kaybı	Bu bireyler günlük bazda değerlendirilmelidir.



meydana gelen iştahsızlık, dengesiz/yetersiz beslenme, besin ögesi ihtiyaçlarının karşılanamaması gibi durumların en aza indirilmesi için bu hastalarda beslenme durumu tabiki çok önemlidir. Herhangi bir sebeple oluşan iştahsızlık malnutrisyona sebep olarak başka hastalıkların oluşumuna zemin hazırlayabilir. Tercih edilmesi gereken ilk yol oral beslenme olmasına karşın, eğer hasta uzun süre oral olarak beslenemiyor ise enteral ve parenteral beslenme yoluna başvurulur. Bu yolların da endikasyon ve kontrendikasyonları dikkate alınarak uygulanmalıdır. Bireyin antropometrik ölçümleri, besin alımları, laboratuvar testleri ve beslenme durumu taramaları düzenli olarak takip edilmeli, gerekli önlemler alınmalıdır. Hasta yakınlarının hasta bakımı ve takibi konusunda eğitilmesi de oldukça önemlidir.

### Kaynaklar

1. Altuntaş M, Yılmaz T, Güçlü Y, Öngel K. Evde Sağlık Hizmeti Ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri, Tepecik Eğitim Hast.Derg. 2010; 20 (3): 153-8.
2. Özer E, Kapucu S. Yaşlılarda Görülen Yetersiz Beslenme ve Risk Faktörleri, Akad Geriatri 2013;5:5-11.
3. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A. Malnutrition and Associated Factors Among Aged Residents in All Nursing Homes in Helsinki. Eur. J. Clin. Nutr. 2005;59(4):578-83.
4. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) Review of The Literature-What Does It Tell Us?, J. Nutr. Health Aging 2006;10(6):466-87.
5. Arvanitakis M, Beck A, Coppens P. Nutrition in care homes and home care: how to implement adequate strategies (report of the Brussels Forum (22-23 November 2007). Clin. Nutr. 2008;27(4):481-8.
6. Çınar H, Kaya Y, Enginyurt Ö. Palyatif Bakım Hastalarında Beslenme Durumunun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Bozok Tıp Dergisi 2017;7(4):1-7.
7. Arvanitakis M, Coppens P, Doughan L. Nutrition in Care Homes and Home Care: Recommendations – A Summary Based On The Report Approved By The Council Of Europe, Clinical Nutrition 2009;28: 492-496.
8. Fujishima I. Nutritional Management in Home Care: Including Eating Disorder and Dysphagia Assessments, Japan Med Assoc J. 2015 ; 58(1-2): 31-35.
9. Jensen, G. L, Kita, K, Fish, J, Heydt D. And Frey C. (1997). Nutrition risk screening characteristics of rural older persons: relation to functional limitations and health care charges. American Journal of Clinical Nutrition, 66, 4819-4828.
10. Omran ML, Salem P. Diagnosing Under nutrition. Clinical Geriatric Medicine 2002; 18:719-736.
11. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening. Clinical Nutrition, 2002; 22(4):415-421.
12. Christensson L, Unosson M. Evaluation Of Nutritional Assessment Techniques in Elderly People Newly Admitted To Municipal Care, European Journal Of Clinical Nutrition 2002; 56: 810-818.
13. Vikstedt T, Suominen M, Joki A. Nutritional Status, Energy, Protein, and Micronutrient Intake of Older Service House Residents 2011;12(4): 302-307.
14. Harper C, Cullen P, Fodey K. Nutritional guidelines and menu checklist for residential and nursing homes, 2014.
15. <https://www.bapen.org.uk>, Enteral and Parenteral Nutrition (Erişim tarihi: 3.08.2018)
16. Üstün M, Aydın C. Temel Nutrientler ve İhtiyaç Durumlarının Belirlenmesi & Enteral Beslenme Kılavuzu, SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, 2016.
17. Kulick D, Deen D. Specialized nutrition support, Am Fam Physician. 2011;83(2):173-83.
18. Özyurt Y, Erkal H. Total Enteral Beslenme 2000; 11(3): 950-953.
19. Staun P, Pironi L, Bozzetti F. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Home Parenteral Nutrition (HPN) in adult patients, Clinical Nutrition 2009;28: 467-479.
20. Erdem NZ, Güngör AY. Enteral Parenteral Beslenme ve Kronik Kompleks Hastalıklarda Nutrisyonel Gereksinimlerin Belirlenmesi. Alphan Tüfekçi E editör. Hastalıklarda beslenme tedavisi. Baskı Hatiboğlu Basım ve Yayımlar San. Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2013 s. 961-975.
21. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;9 (3): 22-29.