

ARAŞTIRMA MAKALE

Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumlarına ilişkin bazı özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisi¹

Emre ADIGÜZEL^{2*} & Nilüfer ACAR TEK^{**}

*Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Karaman / Türkiye
^{**}Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara / Türkiye

Geliş Tarihi: 07 Mart 2017, Kabul Tarihi: 28 Şubat 2018, Yayın Tarihi: 27 Mayıs 2018

ÖZET

Yaşlılıkta sıkça karşılaşılan en önemli geriatrik sendromlardan biri beslenme bozukluklarıdır. Yaşlanma ile birlikte vücutta oluşan metabolik ve fizyolojik değişiklikler yaşlıların beslenme ve besine ulaşma durumunu etkilemektedir. Akut veya kronik hastalıklardan dolayı evde sağlık ve bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen en önemli etmenlerden biri de beslenme durumudur. Bu çalışma evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumuna ilişkin bazı özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirilmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya Karaman Devlet Hastanesi Evde Sağlık birimine kayıtlı 173 yaşlı birey dâhil edilmiştir. Çalışma kapsamında genel bir anket formu ile bireylerin sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra genel iştah algısı, çiğneme ve yutma gücüğü, tam diş protez kullanımı, ana ve ara öğün sayısı ve nütrisyon desteği alma durumu (enteral veya parenteral beslenme desteği) sorgulanmıştır. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ise sekiz alt ve iki toplam boyut ile değerlendirilen Kısa Form-36 (SF-36) sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. SF-36 toplam skorları genel iştah algısı, çiğneme ve yutma gücüğü ve nütrisyonel destek durumundan etkilenmektedir. Genel iştah algısı 'kötü' olan bireylerin SF-36 toplam skorları iştah algısı 'iyi' ve 'orta' olan bireylere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Çiğneme ve yutma problemleri olan bireylerin çiğneme ve yutma gücüğü yaşamayan bireylere göre; nütrisyonel destek alan bireylerin ise nütrisyon desteği almayanlara göre SF-36 toplam skorları anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca bireylerin ana öğün sayıları ile tüm SF-36 alt ve toplam skorları arasında anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin yaşadıkları çiğneme ve yutma problemleri ve genel iştah algılarının yaşam kalitesini doğrudan etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca bireylerin oral besin alımlarının sınırlı olması ve nütrisyonel destek almaları yaşam kalitelerinde ciddi bir düşüş olduğunu göstermektedir. Evde bakım hizmeti alan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenlere yönelik daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, iştah, yaşam kalitesi

Effect of some characteristics of nutritional status on quality of life in elderly individuals receiving home care service

ABSTRACT

One of the most important geriatric syndromes frequently encountered in old age is nutritional disorders. The metabolic and physiological changes that occur in the body with aging affect the food access and nutritional status in elderly. Nutritional status is one of the most important factors affecting the quality of life in elderly people receiving home health and care services due to acute or chronic diseases. This study aimed to evaluate the effect of some characteristics of nutritional status on quality of life in elderly individuals receiving home care services. The study included 173 elderly individuals registered Karaman State Hospital Home Health Unit. In the scope of the study, general appetite perception, chewing and swallowing difficulties, full dental prosthesis usage, number of main and snack meals and nutritional support status (enteral or parenteral nutrition support) were questioned in addition to the sociodemographic characteristics of the individuals. The Short Form-36 (SF-36) health-related quality of life scale, evaluated with eight sub and two total dimensions, was used to assess the quality of life. SF-36 total scores were affected by general appetite perception, chewing and swallowing difficulty, and nutritional support. SF-36 total scores of individuals with a 'bad' perception of appetite were significantly lower than individuals of 'good' and 'moderate' perception of appetite. Individuals who have chewing and swallowing problems had significantly lower SF-36 total scores than individuals who have not experienced the difficulty of chewing and swallowing and at the same time individuals who receive nutritional support had significantly lower SF-36 total scores than individuals who did not receive nutritional support too ($p<0,05$). In addition, there was a significant positive correlation between the number of main meals and SF-36 total scores of the individuals ($p<0,05$). It is thought that chewing and swallowing problems and general appetite perceptions have a direct impact on the quality of life in elderly individuals receiving home care service. Furthermore, having limited oral nutritional intake and nutritional support show a significant decline in quality of life. It is thought that further studies are needed to assess the factors that affect the quality of life of individuals receiving home care services.

Key words: Home care, appetite, quality of life

¹ Bu çalışma "9. Ulusal Yaşlılık Kongresi"nde sunulan bildirinin düzenlenmiş ve genişletilmiş halidir.

² Sorumlu Yazar İletişim: adiguzlemre@gmail.com

1.GİRİŞ

Birleşmiş Milletler (BM) 2010 yılı raporuna göre; 65 yaş ve üzerindeki bireylerin dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 11'ini oluşturduğu, 2050 yılında ise bu oranın yüzde 26'ya yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu rakamlardan hareketle 400 milyon yaşının gelişmiş ülkelerde, 1,5 milyar yaşının ise daha az gelişmiş ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir (UN, 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 yılı istatistikleri; 21 Avrupa ülkesinde, 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranının yüzde 20'yi aştığını göstermektedir (WHO, 2013).

Ülkemizde de durum, dünya gerçeklerine paralellik göstermekte, gelişen sağlık olanakları sayesinde yaşlı birey sayısı gün geçtikçe artmaktadır. 1985'te 65 yaş ve üzeri bireyler tüm toplumun % 4,2'sini teşkil ederken bu oran 2016 yılında % 8,3'e yükselmiştir. (TÜİK, 2017) Ayrıca 2050 yılında ülkemizdeki 65 yaş ve üzeri nüfus oranının % 20,8'e çıkacağı öngörülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

Yaşlılıkta sıkça karşılaşılan en önemli geriatrik sendromlardan biri beslenme bozukluklarıdır. Yaşlılarda beslenme durumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında, yaşlanmayla birlikte oluşan fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıklar, ağız ve diş sağlığı problemleri, polifarmasi, ekonomik sorunlar, tek başına alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama ve yiyememe gibi etkenler önemli yer tutar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Ayrıca yaşlanma sürecinde vücutta birtakım değişiklikler olmakta ve bu durum bireyin beslenme durumunu etkilemektedir. Yağsız vücut kütlesi azalmakta, yağ dokusu artmakta, total vücut su miktarı ile bazal metabolik hız azalmaktadır. Böylece yaşlandıkça enerji ihtiyacı azalırken protein ve bazı mikronütrientlerin ihtiyacı artmaktadır. Ağız ve diş sağlığı problemlerinin yarattığı çiğneme sorunları, gastrointestinal ve üriner sistemde ortaya çıkan sorunlar, tat ve koku alma problemleri, besinlere ulaşma güçlükleri ve bağımlılık beslenme yetersizliğine sebep olmaktadır (Çevik, Basat & Uçak, 2014). Tüm bu sebeplerle yaşlıların % 37-40'ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenememekte, üç yaşlıdan ikisi bir öğün atlamakta ve bu durum son yıllarda "Anorexia of aging" olarak nitelendirilmektedir. Yaşlılıkta herhangi bir sebeple ağırlık kaybının başlangıcını takip eden 1-2,5 yıl içinde, sadece bu sebeple mortalite oranı % 9-38 artmaktadır. Ağızdan besin alımının azalmasına ek olarak yaşla birlikte günlük büyüme hormonu salınımı % 29-70 azalmakta, bu da sarkopeniye yol açmaktadır (Saka, 2010).

Malnütrisyon, besinlerin yetersiz alımı veya emilimi sonucu ortaya çıkan hastalık tablosu olarak tanımlanabilir. Bu sorun çocuklarda ve yaşlılarda yaygın olarak görülmektedir. Malnütrisyon; toplumda kendi evinde ve kurumda yaşayan, bakımevlerindeki veya hastane ortamındaki yaşlılar için önemli, yaygın ve sıklıkla erken teşhis edilemeyen bir sağlık sorunudur. Yaşlılarda malnütrisyon görülme oranı, incelenen popülasyon ve tanımlama kriterlerine göre değişiklik göstermektedir. Toplumda yaşayan eve bağımlı yaşlılarda bu oran % 5-15, hastane ortamındaki yaşlılarda % 25-62, kurumlarda yaşayan yaşlılarda % 12-65,

bakımevinde yaşayan yaşlılarda ise % 85'in üzerinde bulunmuştur (Özer & Kapucu, 2013).

Malnütrisyonun en sık nedenlerinden biri de ağız sağlığıyla ilgili olan problemlerdir. Ağız kuruluğu, uygun olmayan takma diş, diş kaybı, çiğneme ve yutma problemleri ve ağız bakımının kötü olması yaşlıların besin tüketimini olumsuz yönde etkileyen fiziksel nedenlerdendir. Dişle ilgili problemler, günlük besin alımıyla oluşan total enerjinin yaklaşık %5'inin azalmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda, dişsiz olan yaşlıların besinleri yeterince öğütememeleri nedeniyle özellikle mikronütrientleri (kalsiyum, demir, vitamin A, C, E, B) alamadıkları ve enerji alımlarının azaldığı saptanmıştır (Özer & Kapucu, 2013). Sullivan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma, ağız sağlığı ile malnütrisyon arasında negatif bir ilişki olduğunu doğrulamaktadır (Sullivan, Sun & Walls, 1999). Lamy ve arkadaşlarının huzurevinde kalan 120 yaşlı birey üzerinde yaptıkları araştırma sonucunda ise ağız sağlığı düşük olanlarda malnütrisyon riski daha yüksek bulunmuştur (Lamy, Mojon, Kalykakis, Legrand & Butz-Jorgensen, 1999).

Yaşlı bireyin ağız ve diş sağlığı, çiğneme ve yutma güçlüğü ve öğün sayısı gibi beslenme durumuna ilişkin bazı özellikler malnütrisyon durumu ile yakından ilişkilidir. Dolayısıyla evde bakım hizmeti alan bireyler gibi çoğunluğunu yaşlı bireylerin oluşturduğu gruplarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin başında beslenme durumu gelmektedir. Bu yüzden AB ülkeleri ile ABD ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde evde bakım hizmetleri kapsamında beslenme tedavisi ve danışmanlığının gerekliliğini mevzuatlarında belirtmişlerdir (Schiller, Arensberg & Kantor, 1998). Ülkemizde ise ilgili yönetmelik ve yönergelerde evde bakım hastalarına yönelik beslenme tedavisi ve danışmanlığı ayrıntılı olarak ele alınmamış; ihtiyaç halinde diyetisyenlerin evde bakım ekibine dâhil olabileceğine kısaca değinilmiştir (Anonymus, 2005; Anonymus, 2015).

Bu çalışma evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin genel beslenme özellikleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla planlanıp yürütülmüştür.

2.MATERYAL VE METOT

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışmaya Karaman il merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzerindeki evde bakım hastaları dâhil edilmiştir. Çalışmanın gerçekleştirildiği yıl itibariyle Karaman Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı çocuk, yetişkin ve yaşlı olmak üzere toplam 574 birey bulunmaktadır. Çalışma kapsamında evde sağlık hizmetleri ekibi ile birlikte Ocak-Haziran 2016 tarihleri arasında ev ziyaretlerinde bulunulmuş; yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Söz konusu zaman diliminde 71 erkek (% 41,0) ve 102 kadın (% 59,0) olmak üzere toplam 173 yaşlı birey ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Genel bir anket formu ile bireylerin sosyodemografik bilgileri ve genel beslenme durumlarına ilişkin bazı özellikler sorgulanmıştır. Genel anket formu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, bakım alma durumu, genel iştah algısı, çiğneme ve yutma güçlüğü,

tam diş protez kullanımı, ana ve ara öğün sayısı ve nütrisyon desteği gibi başlıklardan oluşmuştur. Bireylerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinde ise sekiz alt boyut (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol gücüğü, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol gücüğü, enerji/canlılık/vitalite ve ruhsal sağlık) ve iki toplam boyuttan (fiziksel bölüm ve metal bölüm) oluşan Kısa Form-36 (SF-36) sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Alt boyutlardan 'fiziksel fonksiyon', 'fiziksel rol gücüğü', 'ağrı' ve 'genel sağlık algısı' puanlarının aritmetik ortalaması fiziksel bölüm skorunu; 'sosyal fonksiyon', 'emosyonel rol gücüğü', 'enerji/canlılık/vitalite' ve 'ruhsal sağlık' puanlarının aritmetik ortalaması ise mental bölüm skorunu göstermektedir. Alt ve toplam boyutlarının tamamı 100 puan üzerinden değerlendirilen ölçekte yüksek puan yaşam kalitesinin daha iyi olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Koçyiğit, Aydemir, Fişek, Ölmez & Memiş, 1999).

Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS istatistik paket programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel önemliliklerin değerlendirilmesinde nitel veriler için ki kare testi (X^2) kullanılmıştır. Ortalama ve standart sapmalar arasındaki istatistiksel fark iki gruplu verilerde Mann Whitney U testi, ikiden fazla gruplandırma yapılan verilerde ise Kruskal-Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik olmayan değişkenlerin karşılaştırılmasında Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırma İzni

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

3.BULGULAR

Çalışmaya katılan 173 yaşlı bireyin (71 erkek, 102 kadın) yaş ortalaması $81,6 \pm 7,10$ yıl olup yaş bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kadın cinsiyet (% 59,0), bekâr olma (%54,3) ve okuryazar olmama (% 57,8) katılımcıların baskın özelliklerindedir.

Tablo 1. Bireylerin sosyodemografik özellikleri

| Genel Özellikler | | Erkek (n:71) | | Kadın (n:102) | | Toplam | |
|-------------------|------------------|--------------|------|---------------|------|--------|------|
| | | S | % | S | % | S | % |
| Medeni durum | Evlü | 50 | 70,4 | 29 | 28,4 | 79 | 45,7 |
| | Bekâr | 21 | 29,6 | 73 | 71,6 | 94 | 54,3 |
| | Okuryazar değil | 24 | 33,8 | 76 | 74,5 | 100 | 57,8 |
| Eğitim durumu | Okuryazar | 24 | 33,8 | 11 | 10,8 | 35 | 20,2 |
| | İlkokul ve üzeri | 23 | 32,4 | 15 | 14,7 | 38 | 22,0 |
| Bakım alma durumu | Var | 67 | 94,4 | 97 | 95,1 | 164 | 94,8 |
| | Yok | 4 | 5,6 | 5 | 4,9 | 9 | 5,2 |

Katılımcıların cinsiyete göre sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de değerlendirilmiştir. Erkeklerin %70,4'ü; kadınların ise % 28,4'ü evlidir. Okuryazar olmayan bireylerin sıklığı ise erkeklerde % 33,8 iken

kadınlarda % 74,5 olarak saptanmıştır. Ayrıca erkeklerin % 94,4'ü; kadınların % 95,1'i yakınlarından informal bakım almaktadır.

Tablo 2. Bireylerin beslenme durumuna ilişkin bazı özellikler

| Özellikler | | Erkek (n:71) | | Kadın (n:102) | | Toplam | | X^2 | p |
|-------------------------|------|--------------|------|---------------|------|--------|------|-------|-------|
| | | S | % | S | % | S | % | | |
| Genel iştah algısı | İyi | 23 | 32,4 | 42 | 41,2 | 65 | 37,6 | 2,979 | 0,225 |
| | Orta | 25 | 35,2 | 24 | 23,5 | 49 | 28,3 | | |
| | Kötü | 23 | 32,4 | 36 | 35,3 | 59 | 34,1 | | |
| Çiğneme ve yutma gücüğü | Var | 39 | 54,9 | 45 | 44,1 | 84 | 48,6 | 1,959 | 0,162 |
| | Yok | 32 | 45,1 | 57 | 55,9 | 89 | 51,4 | | |
| Tam protez kullanımı | Var | 51 | 71,8 | 61 | 59,8 | 112 | 64,7 | 2,653 | 0,103 |
| | Yok | 20 | 28,2 | 41 | 40,2 | 61 | 35,3 | | |
| Nütrisyon desteği | Var | 14 | 19,7 | 20 | 19,6 | 34 | 19,7 | 0,000 | 0,986 |
| | Yok | 57 | 80,3 | 82 | 80,4 | 139 | 80,3 | | |

Genel iştah durumundan memnun olmayan bireylerin sıklığı %34,1'dir. Katılımcıların %48,6'sı ise çiğneme ve yutma problemleri ile yaşamaktadır. Tam diş protez kullanım sıklığı %64,7 olarak saptanmıştır. Ayrıca bireylerin %19,7'sinde nütrisyon desteği söz

konusudur (Tablo 2). Genel iştah algısı, çiğneme ve yutma gücüğü, tam diş protezi kullanımı ve nütrisyon desteği bakımından cinsiyetler arası farklar anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 3. Bireylere ait SF-36 alt ve toplam skorlarının ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), ortanca (M) ve çeyrekler açıklığı (IQR) değerleri*

| SF-36 alt ve toplam skorları | Erkek (n:71) | | Kadın (n:102) | | Toplam | | P |
|------------------------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|-------|
| | \bar{X} +SS | M+IQR | \bar{X} +SS | M+IQR | \bar{X} +SS | M+IQR | |
| Fiziksel fonksiyon | 8,7±15,19 | 0,0±15,00 | 8,0±12,65 | 0,0±15,00 | 8,3±13,71 | 0,0±15,00 | 0,739 |
| Fiziksel rol güçlüğü | 3,0±9,08 | 0,0±0,00 | 3,3±8,05 | 0,0±0,00 | 3,2±8,46 | 0,0±0,00 | 0,664 |
| Ağrı | 56,8±32,84 | 45,0±67,50 | 46,7±30,03 | 45,0±35,63 | 50,9±31,51 | 45,0±55,00 | 0,062 |
| Enerji/canlılık/vitalite | 11,8±10,15 | 10,0±15,0 | 11,8±10,02 | 10,0±15,0 | 11,8±10,04 | 10,0±15,00 | 0,877 |
| Sosyal fonksiyon | 17,3±18,65 | 12,5±25,00 | 16,4±16,88 | 12,5±25,00 | 16,8±17,58 | 12,5±25,00 | 0,905 |
| Emosyonel rol güçlüğü | 24,4±24,53 | 16,7±50,00 | 26,0±23,52 | 25,0±50,00 | 25,3±23,88 | 16,7±50,00 | 0,627 |
| Ruhsal sağlık | 67,2±10,79 | 72,0±16,00 | 64,5±11,78 | 64,0±12,00 | 65,6±11,43 | 68,0±12,00 | 0,071 |
| Genel sağlık algısı | 14,8±12,05 | 15,0±15,00 | 14,2±12,95 | 15,0±16,25 | 14,5±12,56 | 12,5±25,00 | 0,645 |
| Fiziksel bölüm | 20,8±12,85 | 18,8±16,25 | 18,1±11,08 | 15,3±15,16 | 19,2±11,88 | 16,3±16,25 | 0,161 |
| Mental bölüm | 30,2±13,10 | 29,5±19,75 | 29,7±11,98 | 32,9±19,91 | 29,9±12,42 | 31,9±20,13 | 0,856 |

*Mann Whitney U testi

Bireylerin SF-36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin alt ve toplam skorları Tablo 3.'de değerlendirilmiştir. En düşük alt skor ortalaması 3,2±8,46 ile 'fiziksel rol güçlüğü' iken; en yüksek alt

skor ortalaması ise 65,6±11,43 ile 'ruhsal sağlık' olmuştur. SF-36 alt ve toplam skorları bakımından cinsiyetler arası anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Bireylerin beslenme özelliklerine göre SF-36 alt ve toplam skorlarının ortalama (\bar{X}), standart sapma (SS), ortanca (M) ve çeyrekler açıklığı (IQR) değerleri

| Özellikler | SF-36 toplam skorları | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|------------|--------|-------------------------|------------|--------|
| | Fiziksel bölüm | | P | Mental bölüm | | P |
| | \bar{X} +SS | M+IQR | | \bar{X} +SS | M+IQR | |
| Genel iştah algısı | | | | | | |
| İyi (n:65) | 24,0±11,21 ^a | 22,5±16,25 | 0,000* | 35,7±11,02 ^a | 36,9±18,50 | 0,000* |
| Orta (n:49) | 21,7±12,66 ^a | 20,6±17,81 | | 32,9±11,01 ^a | 34,1±16,29 | |
| Kötü (n:59) | 11,8±7,77 ^b | 12,5±9,38 | | 21,0±9,87 ^b | 17,9±15,50 | |
| Çiğneme ve yutma güçlüğü | | | | | | |
| Var (n:84) | 15,4±11,12 | 13,8±10,31 | 0,000* | 24,9±12,39 | 20,4±20,06 | 0,000* |
| Yok (n:89) | 22,8±11,50 | 22,5±16,25 | | 34,6±10,52 | 35,6±16,54 | |
| Tam protez kullanımı | | | | | | |
| Var (n:61) | 19,4±12,89 | 16,6±17,81 | 0,962 | 29,8±12,82 | 31,4±20,25 | 0,807 |
| Yok (n:112) | 18,8±9,86 | 16,3±14,38 | | 30,1±11,75 | 32,6±18,88 | |
| Nütrisyon Desteği | | | | | | |
| Var (n:34) | 10,9±7,47 | 11,3±10,00 | 0,000* | 19,2±8,95 | 16,0±9,75 | 0,000* |
| Yok (n:139) | 21,2±11,89 | 18,8±15,00 | | 32,5±11,75 | 34,5±18,69 | |

Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi; * $p<0,01$ ^{a,b}Farklı harflerin bulunduğu gruplar için $p<0,05$; aynı harflerin bulunduğu gruplar için $p>0,05$

Genel iştah algısı 'kötü' olan bireylerin SF-36 toplam skorları diğer gruplara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Çiğneme ve yutma güçlüğü olan bireylerin SF-36 toplam skorları da çiğneme ve yutma problemleri yaşamayan bireylerden düşük olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Ayrıca nütrisyon desteği alma durumu da SF-36 toplam skorlarını anlamlı derecede düşürmektedir ($p<0,05$). Tam diş protezi kullanımı bakımından ise SF-36 toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.)

Tablo 5. Bireylerin yaşları ile ana ve ara öğün tüketim sayılarının SF-36 alt ve toplam skorları ile korelasyonu (r)

| SF-36 alt ve toplam boyutları | Yaş | | Ana öğün sayısı | | Ara öğün sayısı | |
|-------------------------------|--------|-------|-----------------|--------|-----------------|-------|
| | r | p | r | p | r | p |
| Fiziksel fonksiyon | 0,025 | 0,744 | 0,275 | 0,000* | -0,047 | 0,535 |
| Fiziksel rol güçlüğü | 0,074 | 0,336 | 0,157 | 0,039* | 0,044 | 0,563 |
| Ağrı | 0,056 | 0,462 | 0,284 | 0,000* | 0,014 | 0,851 |
| Enerji/canlılık/vitalite | -0,038 | 0,623 | 0,439 | 0,000* | -0,052 | 0,495 |
| Sosyal fonksiyon | 0,007 | 0,925 | 0,408 | 0,000* | -0,020 | 0,796 |
| Emosyonel rol güçlüğü | -0,067 | 0,379 | 0,381 | 0,000* | -0,037 | 0,629 |
| Ruhsal sağlık | 0,076 | 0,320 | 0,384 | 0,000* | -0,019 | 0,804 |
| Genel sağlık algısı | -0,006 | 0,932 | 0,483 | 0,000* | -0,031 | 0,687 |
| Fiziksel bölüm | 0,020 | 0,797 | 0,442 | 0,000* | -0,022 | 0,776 |
| Mental bölüm | -0,039 | 0,607 | 0,494 | 0,000* | -0,047 | 0,539 |

* $p < 0,05$

SF-36 alt ve toplam skorlarının tamamı ana öğün sayısı ile anlamlı ilişkili bulunmuştur ($p > 0,05$). Buna karşın tüm SF-36 alt ve toplam skorları ile yaş ve ara öğün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 5.).

4.TARTIŞMA

Beslenme düzeyi ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişkinin olduğu bilinmektedir. Yaşlılarda beslenme problemlerinin; kas fonksiyonunda bozulma, kas güçsüzlüğü, kemik kütlelerinde azalma, kemik kırıkları, immün fonksiyonda azalma, anemi, bilişsel fonksiyonda azalma, yara iyileşmesinde gecikme, bası yaraları, ameliyat sonrası iyileşmede gecikme ve ödem gibi birçok olumsuz etkisi vardır. Dolayısıyla yaşlıların yetersiz beslenme düzeyine sahip olması, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıkların oluşumuna ve ilerlemesine katkıda bulunur. Ayrıca mortalite için önemli bir belirleyicidir (Baz & Ardahan, 2016).

Avustralya'da yapılan bir çalışmada evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bireylerin yaşam kalitesi SF-36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmada düşük SF-36 alt ve toplam skorlarının kötü beslenme durumu ile karakterize olduğu saptanmıştır (Visvanathan, Macintosh, Callary, Penhall, Horowitz & Chapman, 2003). Bu çalışmada da genel iştah algısının yanı sıra çiğneme ve yutma ile nutrisyonel destek durumu olumlu yönde değişen bireylerin SF-36 toplam skorları anlamlı derecede artmaktadır ($p < 0,05$). Bu durum genel beslenme özelliklerindeki iyileşmenin bireylerin yaşam kalitesini etkili bir şekilde artırdığını göstermektedir.

Bu çalışmanın sonuçları çiğneme ve yutma güçlüğü'nün yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etmen olduğunu göstermektedir. Genel olarak katılımcıların SF-36 alt ve toplam skorları çok düşük düzeylerde olsa da çiğneme ve yutma güçlüğü'nün varlığı SF-36 toplam skorlarını anlamlı derecede düşürmüştür ($p < 0,05$). Kimura ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonuçları bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Çiğneme güçlüğü'nün yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmaya 65 yaş üstü 877 birey dâhil edilmiştir. Bireyler son altı ay içinde katı besin tüketimi esnasında çiğneme güçlüğü ile karşılaşmış ve karşılaşmama durumuna göre iki gruba ayrılmıştır. Bireylerin yaşam kalitesi beş maddeden oluşan 100 mm'lik görsel analog skala (QoL) kullanılarak değerlendirilmiştir. Söz konusu maddeler; kişisel sağlık algısı, aile ile ilişkiler, arkadaşlık ilişkileri, finansal memnuniyet ve kişisel mutluluk olarak sıralanmıştır. Görsel analog skalada ortadan sola doğru kayma yaşam kalitesindeki kötüye gidişi işaret ederken, sağa doğru kayma yaşam kalitesinin olumlu olduğunu göstermektedir. Son altı ay içinde çiğneme ve yutma güçlüğü yaşayan bireylerin (n=309) finansal memnuniyet dışındaki tüm maddeler için yaşam kalitesi skorları çiğneme ve yutma güçlüğü olmayan bireylere (n=568) göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$) (Kimura, Wada, Ishine, Ishimoto, Kasahara, Hirosaki, Konno, Nakatsuka, vd. 2009).

Yaşam kalitesini saptamada farklı ölçekler kullanılsa da çiğneme ve yutma güçlüğü'nün sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini düşürdüğü çalışmalarla gösterilmiştir. Diş eksikliği, çiğneme kabiliyeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği başka bir çalışmaya 171 yetişkin birey dâhil edilmiştir. Çalışma kapsamında katılımcıların yaşam kalitesini saptamak için oral sağlık etki profili (OHIP) kullanılmıştır. Katılımcıların OHIP skorlarının yüksek olması yaşam kalitesindeki kötüleşmeye işaret etmektedir. Her biri 8 puan üzerinden değerlendirilen yedi alt boyuttan (fonksiyonel sınırlılık, fiziksel ağrı, psikolojik huzursuzluk, fiziksel yetersizlik, psikolojik yetersizlik, sosyal yetersizlik ve handikap) oluşan OHIP toplamda 56 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Çiğneme güçlüğü bulunan katılımcıların (n=102) 'handikap' ve 'sosyal yetersizlik' dışındaki tüm alt puanları ve OHIP total skoru çiğneme güçlüğü olmayan bireylere (n=69) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Ayrıca katılımcıların diş sayısı ile OHIP skorları arasında da anlamlı bir ters ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$) (Brennan, Spencer & Roberts-Thomson, 2008).

Oral besin alımının azalması ve nutrisyonel desteğe ihtiyaç duyulması genellikle klinik durumdaki olum-

suz gidişatla paralel seyretmektedir. Bu çalışmada nütrisyonel destek alan bireylerde SF-36 toplam skorlarının anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Schneider ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Evde uzun dönem enteral beslenen bireylerin yaşam kalitelerinin incelendiği çalışmaya en az iki ay süreyle evde enteral beslenme desteği alan 38 yetişkin ve yaşlı birey dâhil edilmiştir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde SF-36 sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı çalışmada bireylerin yaş ortalaması 56 ± 5 yıl olarak saptanmıştır. Bireylerin SF-36 alt skorları cinsiyete ve yaşa göre genel popülasyonla karşılaştırıldığında ağrı, enerji/canlilik/vitalite ve ruhsal sağlık dışındaki tüm SF-36 alt skorları anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$) (Schneider, Pouget, Staccini, Rampal & Hebuterne, 2000).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından verilen evde sağlık hizmetleri bakıma muhtaç, yatalak olmayan bireyler için önceliklidir (Anonymous 2010). Dolayısıyla evde sağlık hizmeti alan bireylerin genellikle düşük yaşam kalitesine sahip olduğu düşünülmektedir. Çalışma sonuçları yaşam kalitesinin düşüklüğü ile beslenme durumunun paralel seyrettiğini göstermektedir.

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada katılımcıların % 34,1’i genel iştah algılarından memnun olmadığını bildirmiştir. Çiğneme ve yutma güclüğü yaşayan bireylerin oranı % 48,6 iken tam diş protezi kullanan bireylerin oranı % 64,7 olarak saptanmıştır. Ayrıca bireylerin % 19,7’si enteral veya parenteral beslenme desteği almaktadır. Bireylerin SF-36 yaşam kalitesi toplam skorlarına ilişkin ortanca ve çeyrekler arası değerleri fiziksel bölüm için $16,3\pm 16,25$; mental bölüm için ise $31,9\pm 20,13$ olarak saptanmıştır. Tüm bu değişkenler için cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Genel iştah algısı ‘kötü’ olan bireylerde SF-36 toplam skorları anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca çiğneme ve yutma gücünün varlığı veya nütrisyonel destek alımı da SF-36 toplam skorlarını anlamlı derecede düşürmektedir ($p<0,05$). SF-36 alt ve toplam boyut skorlarının tamamı bireylerin yaşları ve ara öğün sayıları ile ilişkili bulunmazken, ana öğün sayıları ile anlamlı pozitif ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$).

Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin artırılmasında beslenme durumunun büyük payı olduğu aşikârdır. Evde bakım hizmeti alan bireylerin periyodik aralıklarla beslenme açısından taraması, hastalara klinik durumlarına uygun öğün desteği sağlanması, özellikle informal bakım veren hasta yakınlarına beslenme eğitimi verilmesi, evde bakım hizmetlerinin beslenme uzmanlarının da dâhil olduğu interdisipliner bir ekip tarafından sunulması; evde bakım hastalarında mortalite ve morbiditenin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından önemli ve gereklidir. Ayrıca sağlık harcamalarında maliyet etkinliği açısından da kaliteli bir evde bakım hizmeti sunumu kamu politikası haline getirilmelidir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

KAYNAKÇA

- Anonymous (2005). Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.7542&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=evde%20bak%C4%B1m> (Erişim Tarihi: 05.03.2017)
- Anonymous (2010). Sağlık Bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. <https://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/63df317e06a248d7bbd1a74fe876b332.pdf> (Erişim Tarihi: 05.03.2017)
- Anonymous (2015). Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150227-14.htm> (Erişim Tarihi: 05.03.2017)
- Baz, S. & Ardahan, M. (2016). Yaşlılarda malnütrisyon ve hemşirelik yaklaşımları. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 147-153.
- Brennan, D. S., Spencer, A. J. & Roberts-Thomson, K. F. (2008). Tooth loss, chewing ability and quality of life. *Quality of Life Research*, 17(2), 227-235.
- Çevik, A., Basat, O. & Uçak, S. (2014). Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri üzerine olan etkisinin irdelenmesi. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, 48(2), 133-140.
- Kimura, Y., Wada, T., Ishine, M., Ishimoto, Y., Kasahara, Y., Hirotsuki, M., Konno, A., Nakatsuka, M., Sakamoto, R., Okumiya, K., Otsuka, K. & Matsubayashi, K. (2009). Community-dwelling elderly with chewing difficulties are more disabled, depressed and have lower quality of life scores. *International Geriatrics and Gerontology*, 9(1), 102-104.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N. & Memiş, A. (1999). Kısa Form 36 (KF-36)’nın Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği: Romatizmal hasta olan bir grup ile çalışma. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
- Lamy, M., Mojon, P., Kalykakis, G., Legrand, R. & Butz-Jorgensen, E. (1999). Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *Journal of Dentistry*, 27, 443-448.
- Özer, E. & Kapucu, S. (2013). Yaşlılarda görülen yetersiz beslenme ve risk faktörleri. *Akademik Geriatri Dergisi*, 5, 5-11.
- Saka, B. (2010). Yaşlı hastalarda malnütrisyon. *İç Hastalıkları Dergisi*, 17, 223-232.
- Schiller, M. R., Arensberg, M. B. & Kantor, B. (1998). Administrators’ perceptions of nutrition services in home health care agencies. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(1), 56-61.
- Schneider, S. M., Pouget, I., Staccini, P., Rampal, P. & Hebuterne, X. (2000). Quality of life in long-term home enteral nutrition patients. *Clinical Nutrition*, 19(1), 23-28.

- Sullivan, D. H., Sun, S. & Walls, R.C. (1999). Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients a prospective study. *Journal of American Medical Association*, 281, 2013-2019.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2015). Türkiye Sağlıkla Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020. Yayın No: 960.
- TÜİK, (2017). İstatistiklerle Yaşlılar, 2016. *TÜİK Haber Bülteni*, Sayı: 24644.
- UN, (2011). World population prospects: The 2010, Volume 1: Comprehensive Tables. *United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division*, New York.
- 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.
- WHO, (2013). World Health Statistics. *Technical Report Series*, Geneva.