

AKADEMİK GERİATRİ DERNEĞİ

**YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON
KILAVUZU**

22 Ocak 2013 Ankara

Editör: Prof. Dr. Servet ARIÖĞÜL

İÇİNDEKİLER

Malnütrisyon Kılavuzu Bilimsel Sekreteryaya	6
Malnütrisyon Kılavuzu Bilimsel Sekreteryaya Çalışma Grubu	6
Kısaltmalar	7
Katkı Sağlayan Kamu Kurum Ve Kuruluşlar	8
Katkı Sağlayan Üniversiteler	9
Katkı Sağlayan Sivil Toplum Kuruluşları	9
Katkı Sağlayan Kişiler	10
Çalıştay Grupları	11
BAĞLILIK BEYANI	14
ÖNSÖZ	15
TEŞEKKÜR	17
Malnütrisyonun Önemi Tarama ve Tanı	19
I. Sorun Şeması	20
Geriatric Hastalarında Malnütrisyon Prevalansı	20
Geriatric Hastalarında Malnütrisyonun Sebepleri	20
Malnütrisyonun Sonuçları	23
Sorun Nedir?	23
Bu Kılavuzun Yayınlanma Sebebi	24
Kaynaklar-1	25
II. Sorumluluklar ve Hedefler	26
Arka plan	26
Kaynaklar-2	29
III. Malnütrisyonun açıklaması	30
Arka plan	30
Malnütrisyonun Pratikteki Anlamı	30
Sarkopeni	31
Kaynaklar-3:	32
IV. Malnütrisyonunda Tarama ve Tanı	33
Arka Planı	33
Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme'nin Açıklaması	34
Görüş Birliği	34
Pratikteki Anlamı	40
Kaynaklar-4:	41

Malnütrisyon Tedavisi İnterdisipliner Ekibin Rolü ve Geri Ödemede Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri	43
V. Malnütrisyon Tedavisi	44
Hedefler	44
Görüş Birliği	44
Beslenme Desteğinde Spesifik Hedefler	45
Denetim	47
Tedavi Süresi	48
Beslenme yetersizliğinin altında yatan faktörlerin envanteri	48
Pratikteki anlamı	48
VI. İlgili Disiplinler ve Bunların Rollerini	49
Hedefler	49
Görüş Birliği	50
Temel Olarak	51
Pratikteki anlamı	52
VII. Değişik Grupların Katılımlarıyla Doğan İş Birliği ve İletişim	53
Hedefler	53
Görüş Birliği	53
Pratikteki Anlamı	55
VIII. Beslenme Destek Tedavisinde Geri Ödeme Prensipleri	55
Geri Ödemede Sorunlar ve Öneriler	56
Kaynaklar-5	57
Huzurevi, Bakımevi ve Evde Bakımda Malnütrisyon	60
IX. Yetersiz Beslenmede Kalite Göstergeleri:	61
Giriş ve Hedefler	61
Kalite Göstergelerinin Çeşitleri	61
Görüş Birliği	63
Pratik için anlamı	65
X. Huzurevi/bakımevinde malnütrisyon	66
Giriş ve Hedefler	66
Görüş Birliği	67
Pratik için anlamı	70
Kaynaklar-6	70

İÇİNDEKİLER

XI. Evde Bakımda Malnütrisyon	72
Giriş ve Hedefler	72
Görüş birliği	73
Pratik için anlamı	75
Kaynaklar-7:	76
XII. Özet	77
EK-1	
TÜRKİYE HUZUREVLERİ VE BAKİMEVLERİ NUTRİSYONEL DURUM DEĞERLEN- DİRME PROJESİ (THN-MALNÜTRİSYON)	86

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.1. Yaşlılarda yetersiz gıda alımının sebepleri.	21
Tablo 6.1 Geriatri hastalarında malnütrisyon tedavisine dahil olan roller ve disiplinler.	50
Tablo 6.2 Malnütrisyon görülen ve Klinik Geriatri bölümünde bulunan geriatri hastaların bakımında yer alan bakım ekibinin üyelerinin sorumlulukları:	52
Tablo 10.1 Türkiye'deki huzurevleri.	66

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1.A. MNA formu	34
Şekil 4.1.B. İçeriğinde BMI için soru değişkesi de olan MNA-SF formu	36
Şekil 4.1.C. Değerlendirme Diyagramı	38
Şekil 4.1.D. Subjektif Global Değerlendirme testi	39
Şekil 9.1 planla-yap-kontrol et- harekete geç-iyileştirme süreci	62
Şekil 12.1 Malnütrisyonla Bütüncül Yaklaşım Algoritması	78

Malnütrisyon Kılavuzu Bilimsel Sekretarya

Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran
Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilimdalı
Geriatri Bilimdalı
mustafacankurtaran@gmail.com

Malnütrisyon Kılavuzu Bilimsel Sekretarya Çalışma Grubu

Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran
Doç. Dr. Bülent Saka
Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz
Doç. Dr. Zekeriya Ülger
Uzm. Dr. Mehmet Emin Kuyumcu
Uzm. Zeynel Abidin Öztürk
Uzm. Dr. Yusuf Yeşil

Kısaltmalar

AB	Avrupa Birliği
BMI	Beden Kitle İndeksi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGYA	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
ESPEN	Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Cemiyeti
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
GDS	Geriatrik Depresyon Skalası
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HÜTF	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
KGD	Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalđı
MMSE	Minimal Durum Değerlendirme Testi
MNA	Mini Nütrisyonel Değerlendirme
MUST	Genel Malnütrisyon Tarama Aracı
NRS	Nütrisyonel Risk Tarama
SB	Sağlık Bakanlığı
SGD	Subjektif Global Değerlendirme
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SNAQ	Kısa Beslenme Değerlendirme Anketi
STO	Sivil Toplum Örgütü
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TC	Türkiye Cumhuriyeti
KGD	Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme
TUIK	Türk İstatistik Kurumu
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

Katkı Sağlayan Kamu Kurum Ve Kuruluşlar

(Alfabetik sıralama yapılmıştır)

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı

Ankara 75.Yıl Dinlenme ve Bakımevi,

Ankara Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Ankara Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi,

Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı

Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Biyolojik Ürünler, Enteral Beslenme ve Tıbbi Mamalar Daire Başkanlığı

Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Mevzuat, Fiyat ve Araştırmalar Dairesi Piyasa Araştırma Başkanlığı

Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı

Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Politika Geliştirme Daire Başkanlığı

Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Tıbbi Malzeme Daire Başkanlığı

Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü İlaç Ve Eczacılık Daire Başkanlığı

Katkı Sağlayan Üniuersiteler

(Alfabetik sıralama yapılmıştır)

Ankara Üniuersitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Bilimdalı

Bilim Üniuersitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Bilimdalı

Ege Üniuersitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Bilimdalı

Gazi Üniuersitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Bilimdalı

Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) İç Hastalıkları AD Geriatri Bilimdalı

Hacettepe Üniuersitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Bilimdalı

İstanbul Üniuersitesi İç Hastalıkları AD Geriatri Bilimdalı

Katkı Sağlayan Sivil Toplum Kuruluşları

(Alfabetik sıralama yapılmıştır)

Akademik Geriatri Derneği

Akademik Geriatri Derneği Yaşlı Ruh Sağlığı Çalışma Grubu

Katkı Sağlayan Kişiler

(Soyadına göre alfabetik sıralama yapılmıştır)

Celalettin AKGÖNÜLLÜ	Hüseyin DORUK	Zeynel Abidin ÖZTÜRK
Mesil AKSOY	Alper DÖVENTAŞ	Bülent SAKA
Tuncay ALKAN	Sevgi Güler ELLERGEZEN	Fulden SARAÇ
Semra ALMIŞ	Banu EKİCİ	Meltem SOYLU
Eshabil AKPINAR	Deniz Suna ERDİNÇLER	Sevnaz ŞAHİN
Sevgi ARAS	Mehmet FIRINCI	Banu ŞAHİN
Servet ARIOĞUL	Ali GEDİK	Selda ŞAHİNDOKUYUCU
Nejan AYDEMİR	Ertuğrul GÖKTAŞ	İlker TAŞÇI
Hüseyin BALTACI	Başak KALANDER	Rıza TÜRKCAN
Mutlu BANKUR	Çiğdem KARAHAN	Zekeriya ÜLGER
Gültap BEDİR	Yücel KARAKIŞ	Murat VARLI
Tanju BEĞER	Mehmet Emin KUYUMCU	Burcu BALAM YAVUZ
Sultan BİLİR	Mehmet İlkin NAHARCI	Sezen YAVUZ
Ergün BOZOĞLU	Hatice ÖZER	Yusuf YEŞİL
Mustafa CANKURTARAN	Münevver ÖZCAN	Dilek YILMAZ
Vildan ÇİNİER	Öznur ÖZDEMİR	
Aslı ÇURGUNLU	Reyhan ÖZGÖBEK	

Grup 1: (Ad-Soyadına göre alfabetik sıralama yapılmıştır)

Grup başkanları: Prof. Deniz Suna Erdinçler, Uzman Dr. Banu Ekinci

Raportör: Uzm. Dr. Mehmet Emin Kuyumcu

Banu EKİNCİ	Daire Başkanı	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar,Yaşlı Sağlığı ve zrller Daire Başkanı
Banu şAHİN	Eczacı	Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Biyolojik rnler, Enteral Beslenme ve Tıbbi Mamalar Daire Başkanlığı
Başak KALANDER	Sosyal Hizmet Uzm.	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı İl Müdürlüğü Yaşlılık Birimi
Çiğdem KARAHAN	Sosyal Çalışmacı	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı zrl ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Deniz SUNA ERDİNÇLER	Prof. Dr.	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İÇ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Ergün BOZOğLU	Doç. Dr.	GATA İÇ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Fulden SARAÇ	Doç. Dr.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İÇ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Mehmet Emin KUYUMCU	Dr.	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İÇ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Meltem SOYLU	Diyetisyen	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar,Yaşlı Sağlığı ve zrller Daire Başkanlığı
Mustafa CANKURTARAN	Doç. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İÇ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Münevver ÖZCAN	Hemşire	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İÇ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Nejan AYDEMİR	Uzm. Yrd.	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı zrl ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı
Sevgi ARAS	Uzm. Dr.	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İÇ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Sultan BİLİR	Fizyoterapist	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı zrl ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı
Yusuf YEşİL	Uzm. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İÇ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON KILAVUZU

Grup 2: (Ad-Soyadına göre alfabetik sıralama yapılmıştır)

Grup Başkanları: Prof. Dr. Servet Arioğul, Dr. Halil Akçe

Raportör :Uzm. Dr. Zeynel Abidin Öztürk

Ali GEDİK	Dr.	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Tıbbi Malzeme Daire Başkanlığı
Alper DÖVENTAŞ	Doç. Dr.	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Bülent SAKA	Doç. Dr.	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Dilek YILMAZ	Dr.	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı
Ertuğrul GÖKTAŞ		Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler
Eshabil AKPINAR	Uzm. Yrd.	Sosyal Güvenlik Kurumu
Halil AKÇE	Dr.	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Politika Geliştirme Daire Başkanlığı (Mazereti sebebi ile katılmadı)
Hatice ÖZER	Diyetisyen	Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu
Hüseyin BALTACI	Dr.	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Politika Geliştirme Daire Başkanlığı
Hüseyin Kılıçarslan	Dr.	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü İlaç ve Eczacılık Daire Başkanlığı (Mazereti sebebi ile katılmadı)
İlker TAŞÇI	Doç. Dr.	GATA İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Mehmet FIRINCI	Dr.	Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu
Mutlu BANKUR	Uzm. Yrd.	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü İlaç Ve Eczacılık Daire Başkanlığı
Mustafa CANKURTARAN	Doç. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Öznur ÖZDEMİR	Dr.	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü İlaç Ve Eczacılık Daire Başkanlığı
Rıza TÜRKCAN	Psikiyatri	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
Selda ŞAHİNDOKUYUCU	Sosyal Çalışmacı	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı
Servet ARIOĞUL	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Tanju BEĞER	Prof. Dr.	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Tuncay ALKAN	Şb. Müd.	Sosyal Güvenlik Kurumu
Vildan ÇİNİER	Dr.	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü İlaç Ve Eczacılık Daire Başkanlığı
Yücel KARAKIŞ	Uzm. Yrd.	Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü İlaç Ve Eczacılık Daire Başkanlığı
Zekeriya ÜLGER	Doç. Dr.	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı
Zeynel Abidin ÖZTÜRK	Uzm. Dr.	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Grup 3 (Ad-Soyadına göre alfabetik sıralama yapılmıştır)

Grup Başkanları: Prof. Dr. Hüseyin Doruk , Aylin ifti

Raportör :Doç. Dr. Burcu Balam Yavuz

Aslı ÇURGUNLU	Prof. Dr.	Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilimdalı
Aylin ÇİFTÇİ	Dr.	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı zrl ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü
Burcu Balam YAVUZ	Doç. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilimdalı
Celalettin AKGÖNÜLLÜ	Diyetisyen	Ankara 75.Yıl Dinlenme ve Bakımevi,
Gltap BEDİR	Diyetisyen	Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu
Hüseyin DORUK	Prof. Dr.	GATA İ Hastalıkları Ana Bilimdalı Geriatri Bilimdalı
Mehmet İLKİN NAHARCI	Yrd. Doç. Dr.	GATA İ Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilimdalı
Mesil AKSOY	Eczacı	Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu
Murat VARLI	Doç. Dr.	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilimdalı
Mustafa CANKURTARAN	Doç. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilimdalı
Reyhan ÖZGÖBEK	Uzm.Fzt.	Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı zrl Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı
Semra ALMIş	Diyetisyen	Ankara Ümitköy Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi,
Sevgi Güler ELLERGEZEN	Uzm. Dr.	Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar,Yaşlı Sağlığı ve zrller D.B.
Sevnaz şAHİN	Uzm. Dr.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilimdalı
Sezen YAVUZ	Diyetisyen	Ankara Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım Ve Rehabilitasyon Merkezi

BAĞLILIK BEYANI

Sayın okur,

Sağlıklı yaşlanma, yaşam kalitesinin artırılması ve kendi kendine yetebilmenin sağlanması, özellikle kırılğan yaşlılar için çok önemlidir.

Malnütrisyon, yaşam kalitesinin ve kendi kendine yetebilmenin sağlanmasının azalmasına veya kaybedilmesine neden olabilir. Geriatri uzmanları yatan veya ayaktan hastalarda malnütrisyonu olan birçok yaşlı hasta görmekte ve bu durumun tedavisi ve önlenmesi için uğraş vermektedir. Bu kılavuz çokça rastlanan geriatrik bir sendrom olan malnütrisyonun farkındalığının artırılmasında, önlenmesinde, tedavisinde ve pratikte karşılaşılan zorluklara dikkat çekecektir.

Akademik Geriatri Derneği bu kılavuzu tavsiye etmektedir.

Akademik Geriatri Derneği bu kılavuzun oluşturulmasında emeği geçenlere şükranlarını sunmaktadır.

Prof. Dr. Servet ARIÖÖUL

Akademik Geriatri Derneği Başkanı

ÖNSÖZ

Yaşlı nüfus tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artmaktadır. Ülkemizde 2000 yılında yapılan nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri nüfus tüm nüfusun %5.7'si iken 2009'da %6.9 ve son olarak Türkiye İstatistik Kurumunun Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2010 verilerine göre bu oran % 7.2'dir (5.327.736 kişi). Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan ve verilere göre yaşlı nüfusun 2015 yılında 8.4 milyon, 2025 yılında ise 12 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de 2009 yılı itibarıyla doğuştan itibaren beklenen yaşam süresi 73,4 yıl olup bu değer erkekler için 71,5 ve kadınlar için 76,1'dir. Geriatrik yaş grubu gelişen fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıkların artması, ileri yaşa özel hastalıklar olan geriatrik sendromların artması ve çoklu ilaç kullanımı gibi nedenlerle özellik taşıyan bir yaş grubudur. Malnütrisyon da özellikle geriatrik yaş grubunda sık görülen klinik bir durumdur.

Malnütrisyon, yaşlıların fonksiyonelliklerini devam ettirebilmelerinde, kaliteli yaşamlarında önemli bir etkidir. Bu yüzden her yaşlı hasta mutlaka malnütrisyon açısından değerlendirilmelidir.

Malnütrisyon birçok klinisyen tarafından fark edilmeyen, edilse bile tedavisi üzerinde çok uğraşılmayan bir durumdur. Halbuki malnütrisyonu olan yaşlı hastalar daha sık hastaneye yatmakta, hastaneye yattığında daha uzun süre kalmakta, daha fazla komplikasyonla karşılaşmakta (daha sık enfeksiyon, bası yarası vs) ve mortaliteleri daha fazla olmaktadır. Yapılan araştırmalar malnütrisyonun erken teşhisi, yeterli ve nitelikte tedavisiyle, komplikasyonlar önlenilmekte, iyileşme hızlanmakta ve yaşlıların fonksiyonelliklerini korumada ve yaşam kalitelerinin kaybolmasını önlemelerinde verdikleri savaşta önemli bir katkı sağlanabilmektedir. Bu yüzden malnütrisyonun erken tanınması, uygun tedavi edilmesi çok büyük önem arz etmektedir.

Bu kılavuza katkıda bulunanların amacı ülkemizde malnütrisyonun farkındalığının artırılması, tanı konulmasında, tedavinin planlanmasında ve takibinde karşılaşılan hem tıbbi hem sosyal güvenlik kurumu açısından zorlukların üstesinden gelinmesidir. Bu misyon, Akademik Geriatri Derneği tarafından çok daha önce belirtilmiş fakat bu kapsamlı kılavuz sayesinde hayat bulacaktır.

Bu kılavuz, ülkemizde geriatri hastalarında malnütrisyonun ne şekilde yönlendirilmesi gerektiğini belirten önem bir adım olarak kabul edilebilir. Bu kılavuz, gelecekte geriatrik yaş grubu ile uğraşan klinisyenlere, diyetisyenlere, psikologlara, sosyal hizmet uzmanlarına, hemşirelere ve fizyoterapist gibi geriatriğin inter disiplinler ekibine katkı sağlayacaktır.

Bu pratik kılavuzun oluşmasında emeği geçen klinisyenlere, Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı Özürlü ve Yaşlı hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne, Sağlık Bakanlığına, Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna, SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna ve tüm çalıştay katılımcılarına çalışanlarına emeklerinden dolayı teşekkür ederiz. Değişik branşlardan uzmanların ortak görüşleriyle alınan kararlar ülkemizde malnütrisyonun; yaşlı hastaların tanılarında, tedavilerinin planlanmasında ve takibinde yaşanan sorunların üstesinden gelinmesinde çok önemli bir adım olacaktır.

Bu çalışmalar ışığında malnütrisyonu olan yaşlı hastaların en uygun şekilde tedavilerinin düzenlenebileceği ve malnütrisyon için harcanan emeklerin olumlu sonuçlanacağını umut etmekteyiz. Bu umudumuz bu kılavuz sayesinde yaşlılarda ilgilenen tüm sağlık personelinin umudu ve misyonu olacaktır.

Prof. Dr. Servet ARIOĞUL
Akademik Geriatri Derneği Başkanı

TEŐEKKÖR

Yaşlılarda MalnÖtrisyon Kılavuzu'nun Őekillenmesinde değerli katkılarından dolayı Sağlık bakanlığının ilgili genel mÖdÖrlük ve daire başkanlıklarına, tÖm kurum ve kuruluşlarımıza, Öniversitelerimize ve katkıları ile başta Akademik Geriatri Derneği olmak Özere programımızı zenginleştiren sivil toplum kuruluşları temsilcilerine, değerli katkılarından dolayı başta Doç. Dr. Mustafa Cankurtaran olmak Özere, MalnÖtrisyon Kılavuzu Bilimsel Sekretarya Çalışma Grubu'da yer alan meslektaşlarım, programın hazırlanması, yayınlanması ve uygulanması aşamalarında yoğun olarak çalışan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ÖzÖrlÖ ve Yaşlı Hizmetleri Genel MÖdÖrlÖğÖ, Sağlık Bakanlığı TÖrkiye Halk Sağlığı Kurumu Kurumu, TÖrkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Sosyal GÖvenlik Kurumu ve ilgili daire başkanlıkları, Şube mÖdÖrlÖkleri ve değerli temsilcilere içtenlikle teŐekkÖrlerimi sunarım.

Prof. Dr. Servet ARIÖĞÖL
EditÖr

Grup I
Malnütrisyonun
Önemi
Tarama ve Tanı

I. Sorun Şeması

Geriatric Hastalarında Malnütrisyon Prevalansı

Malnütrisyon birçok klinisyen tarafından maalesef çok önemsenmeyen, tespit edildiğinde ise tedavisi için çok çaba harcanmayan fakat özellikle geriatric popülasyonda yaygın olan ve hastaların morbidite ve mortalitelerine etkisi kanıtlanmış klinik bir durumdur. Prevalansı hastane ortamındaki yaşlılarda %23-62, bakım evinde kalan hastalarda ise %85'leri bulabilmektedir (1). Hacettepe üniversitesinde yapılan çalışmalarda Geriatric polikliniğine başvuran hastaların %28'inin beslenme durumu zayıf olduğu, yatan hastalarda malnütrisyon riskinin %69, malnütrisyon oranının %12 olduğu saptanmıştır (2,3). İstanbul üniversitesinde yapılan çalışmada ise polikliniğe başvuran hastalarda malnütrisyon riski %31, malnütriyon oranı %13, hastaneye yatırılan hastalarda malnütrisyon riski %39, malnütrisyon oranı ise %25 olarak saptanmıştır (4). Akademik Geriatric Derneği tarafından yapılan Türkiye huzurevleri ve bakımevleri nutrisyonel durum değerlendirme projesinde malnütrisyon riski %38.3, malnütrisyon oranı ise %11.9 bulunmuştur (5).

Geriatric Hastalarında Malnütrisyonun Sebepleri

Yaşlılarda beslenme durumunu olumsuz etkileyen faktörler arasında yaşlanmayla birlikte olan fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıklar, diş ve ağız sağlığı problemleri, polifarmasi, ekonomik sorunlar, tek başına alışveriş yapamama, yemek hazırlayamama ve yiyememe gibi çevresel etkenler önemli yer tutar (6). Yaşlılarda malnütrisyonun en önemli sebebi hastalıklardır. Yaş ilerledikçe akut ve kronik hastalıklar arttığı için yaşlıların bu hastalıklardan etkilenmeleri daha çok olmaktadır. Hastalıkların etkisi ile akut ve/veya kronik dönemde besin maddelerine olan ihtiyaç, besinlerin alınımı, tüketimi arasında dengesizlikler ortaya çıkmaktadır. Bu dengesizlik, bir taraftan yeterli besin maddesinin bulunamamasından kaynaklanabileceği gibi, sunulan gıdanın kalitesinin yetersizliği veya gıdanın sunum şekli ile de ortaya çıkabilmektedir. Diğer taraftan söz konusu dengesizlik, gıdanın yeterli şekilde mevcut olmasına rağmen gıda alımının yetersiz kalmasına da bağlı olabilmektedir.

Yeterli miktarda gıdanın mevcut olmamasının sebepleri; fakirlik, kendi kendini ihmal, alışveriş ve yemek pişirme ile ilgili sorunlar, yiyecek-içecek sağlanmasındaki yetersizlik veya hiç olmaması, tek yönlü yeme alışkanlığı ve gıda maddelerinin kalite bakımından kötü olması olabilir.

Yetersiz gıda alımının sebepleri, iştah azalması ve yemek yeme sorunlarının olması gibi faktörlere ayrılabilir. İştah azalmasının yaşlanma ile ortaya çıktığına dair bazı bulgular mev-

cuttur, ki bu da yaşlanma anoreksisi olarak bilinmektedir. Bu yaşlanmaya bağlı iştahın azalması, açlık ve doygunluk hissini farklı algılanması ve iştah merkezinin ve çevresel etkenlerdeki değişikliklere bağlanmaktadır. Çevresel etkenlerdeki değişiklikler, yaşlıların kilolarını, aşırı beslenme ve malnütrisyon arasında dengede tutmalarını zorlaştırmaktadır. Anoreksinin iştah azalmasıyla ilişkisel önemi ise henüz tam olarak belirgin değildir (7).

İştah, birçok hastalık sebebiyle veya bu hastalıkların tedavi sürecinde (ilaç tedavisi, ameliyat vs.) azalabilmektedir. İştah, enflamasyon (kanser, KOAH, kalp yetmezliği gibi) ile birlikte seyreden akut ve kronik hastalıklarda azalmaktadır. Ancak diğer taraftan, korku, depresyon, yalnızlık ve eř kaybı gibi psikososyal sorunlar da iştahın azalmasına sebep olan unsurlardır. İştahı azaltan sosyal sorunlar ise; iştahla veya zevkle yemek yemeği teşvik edici bir ambiyansın veya eşlik eden kişilerin olmaması gibi faktörlerdir. Bunların yanı sıra, bakım kurumlarının ve hastanelerin yemek dağıtım saatleri çoğunlukla yaşlıların arzu ettikleri zamanla uyuşmamaktadır.

Malnütrisyona bağlı olan yemek yeme sorunları, yemek yemenin mekanik durumlarına bağlı kalmakla beraber (mesela yiyeceğin ağza götürülmesi, kötü takma dişlerden kaynaklanan çiğneme ve yutma sorunları, ağız kuruluğu, nörolojik rahatsızlıklar gibi), ek olarak azalmış olan koku alma ve tat alma hisleri de (ilaç tedavisi, hastalıklar) buna sebep olmaktadır (8).

Kırılğan yaşlılarda çoğunlukla değişik faktörler aynı anda ortaya çıkabilmekte ve kendi aralarında etkileşerek gıda alımını etkileyebilmekte ve gıda alımı ile sindirimi sürecinde akut ve kronik dönemde dengesizlikler, kilo kaybı ve fonksiyon kaybı gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir, yani malnütrisyon oluşabilmektedir. Tablo I.I.'de yetersiz gıda alımı ve malnütrisyonun için olası sebepler, somatik, psikolojik, fonksiyonel ve sosyal olmak üzere dört ayrı alt birim altında belirtilmiş bulunmaktadır.

Tablo I.I.

Yaşlılarda yetersiz gıda alımının sebepleri.

Somatik durum

- Kronik hastalıklar (örn: kanser, diyabet, KOAH, kalp ve damar hastalıkları)
 - Hastaneye yatırılma
 - Ameliyat
 - Akut hastalık
 - Bası yarası
 - Polifarmasi / ilaçların yan etkileri
 - Çiğneme ve/veya yutma zorlukları
 - Koku ve tat almanın azalması
 - Gastrointestinal sorunlar [bulantı, kusma, kabızlık, diyare]
-

Psikolojik durum

- Stres
 - Kaybetmeye karşı tepki [örn: eşini, evini, hareketliliğini kaybetmesinden sonra]
 - Depresif şikayetler
 - Bilişsel bozukluklar/demans
-

Fonksiyonel durum

- Hareketliliğin sınırlanması
 - Enstrümental ve temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık
-

Sosyo-ekonomik durum

- Gıdaya ulaşımında yeterli maddi imkanlara sahip olmamak
 - Dul kalmak
 - Yalnız başına yaşama durumu
 - Sosyal izolasyon
 - Yaşadığı ortama uyum sağlayamama
 - Yemeklerin istenilen zamanda tedarik edilememiş olması
 - Tekyönlü beslenme şekli
 - Kötü beslenme ortamı (ambiyans, eşlik eden kişilerin olmaması)
-

Malnütrisyonun Sonuçları

Yaşlılarda malnütrisyon, beraberinde önemli biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçları da getiren büyük bir sorundur. Malnütrisyon kendisini kilo ve kas yoğunluğunun kaybı (sarkopeni) ile göstermekte, neticesinde de yaşlıların dirençlerinin düşmesine, düşme ve kalça kırıklarına, bu gibi durumlarda iyileşme sürecinin daha uzun olmasına, enfeksiyon artışına, gecikmeli yara kapanması ve bası yaralarında artışa sebep olmaktadır. Bu gibi durumlar, daha uzun süreli hastane yatışlarına, tekrarlanan hastane yatışlarına, daha fazla ilaç kullanımına, bakım zorluğunun artması, bakım evlerine nakil olma, yaşam kalitesinin düşmesi ve daha fazla maliyet gibi olumsuz durumlarına yol açmaktadır. Ayrıca malnütrisyonun, ölüm bakımından da bağımsız risk faktörü taşıdığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır (1).

Malnütrisyon tespit edilen yaşlılarda diğer geriatrik sendromların görülme sıklığında belirgin artış saptanmıştır. İstanbul Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada malnütrisyon riski olan ile olmayan hasta grubunun hastanede yatış süreleri karşılaştırıldığında 18.9 ± 19.1 ve 11.3 ± 11.3 gün ($p < 0.001$) bulunmuştur ve malnütrisyon riski olan grupta anlamlı olarak artmakta olduğu görülmüştür. Aynı klinikte 2008 yılında yapılan taramada malnütrisyon riski olanlar ile olmayanlar hastane enfeksiyonu geçirme oranı açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur (45% vs 7% ($p < 0.001$), OR: 3.298). Malnütrisyon riski depresyon, hastanın bağımlılığı ve kemik mineral dansitesi ile ilişkili bulunmuştur (4). Malnütrisyonun ülke ekonomimize etkisi tam olarak bilinmese de olumsuz etkilerinin çok fazla olduğu tahmin edilebilmektedir. Yaşlanan dünyada ve ülkemizde yaşlı grup ve kronik hastalıkların artmasıyla bu tip sorunların ve maliyetlerin artacağı bilinmektedir.

Sorun Nedir?

Yapılan araştırmalar, bu realite üzerinde duranların sayısının oldukça az olduğunu göstermektedir. Malnütrisyon sorunu, doktorlar, hasta bakıcıları ve de sağlık kurumlarının idareleri tarafından fazla önemsenmemekte ayrıca buna hastaların kendileri ve yakın aile fertleri de katılmaktadırlar. Özellikle tam teşhisin konulamaması, yeterli tedavinin uygulanamaması ve de önlemlerin alınmasında gecikmeler bu soruna yatkınlığı arttırmaktadır. Farkındalık oluşturmaya çalışılmasına rağmen malnütrisyon sorunu olanların bir kısmına teşhis konulabilmekte ve bunların da ancak yine belirli bir kısmı iyi bir tedavi altına alınabilmektedir. Bu konuda etkinliğinin artmasına rağmen, malnütrisyonun erken teşhisi ve de tablosunun çıkartılması Türkiye'de ortak bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

2002 yılında yayımlanan ESPEN (European Society of Clinical Nutrition and Metabolism) önerilerinde 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin nütrisyonel açıdan rutin olarak taran-

ması önerilmektedir. Sonraki yıllarda yayınlanan tüm ESPEN Kılavuzlarında da benzer öneri yer almaktadır (9). 2007 yılında Avrupa Parlamentosunun aldığı karar çerçevesinde obezite ve malnütrisyon en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiş ve konu 2008 yılında Avrupa Birliği'nin resmi politik ajandasına dahil edilmiştir. 2009 yılı ESPEN tarafından malnütrisyonla savaş yılı ilan edilmiştir. Tüm bu verilerden yola çıkarak toplumda yaşayan ve geriatri kliniklerinde yatan yaşlı bireylerin beslenme durumu taranmalı, riskli bireylerde detaylı değerlendirilme yapılarak tedavi planı geliştirilmelidir.

Akademik Geriatri Derneği de tüm faaliyetlerinde ve üyelerinin uygulamalarında yaşlı da malnütrisyon sorununu irdelemekte ve çözmek için gerekli uygulama ve eğitim desteklerini vermektedir.

Bu Kılavuzun Yayınlanma Sebebi

Malnütrisyon geriatrik yaş grubunda yüksek prevalansı, teşhisin konulmasında zorluklar ve yeterli tedavinin uygulanamaması gibi zorluklar, sebep olduğu olumsuz sonuçlar göz önüne alındığında üzerinde önemle durulması gereken bir geriatrik sendromdur.

Bu kılavuzda malnütrisyonun farkındalığının artırılması amaçlanmış, geriatrik hasta grubu için yeni stratejiler belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu kılavuzla ülkemizde 2013 yılı itibari ile yaşlıda beslenme sorunları konunun tüm tarafları ile birlikte (Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, geriatristler ve Akademik Geriatri Derneği) olduğu bir ortamda ele alınması amaçlanmıştır.

Ülkemizde malnütrisyon tanısındaki eğitimle, günlük uygulamayla, farkındalıkla, geri ödeme ile ilgili sorunlar ve çözüm önerilerinin tartışılması da amaçlanmıştır.

Bu kılavuzun önemli bir başka amacı da malnütrisyon tanısı almış yaşlıların tedavisindeki sorunlar, tedavisindeki yöntemler, malnütrisyon ürünlerine ulaşım ve tedaviden yararlanmadaki sorunların irdelenmesi ve çözüm önerileri getirilmesidir.

Malnütrisyon tanı ve tedavisinde kalite göstergelerinin ve doğru uygulama örneklerinin ortaya konması, ülkemizde yaşanan sorunların ortaya çıkarılması ve çözüm önerilerinin yapılması da bu kılavuzun amaçlarındandır.

Yine bu kılavuzla ülkemizde yaşlılıktaki evde bakım ve bakımevi uygulamalarında geriatrik bakış açısı, malnütrisyon farkındalığı, tedavisi ve ilgili sorunlar ve çözüm önerilerinin tespiti amaçlar arasında yer almaktadır. Tüm bu yönleriyle bu kılavuz aslında ülkemizde tam

bir geriatrik malnütrisyona fotoğrafının çekilmesi sonucunda elde edilen bir duruma saptaması olarak amaçlanmıştır.

Kaynaklar-1

1. Seiler WO. Clinical pictures of malnutrition in ill elderly subject. *Nutrition* 2001;17(6):496-498.
2. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Arıoğul S. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. *Clin Nutr* 2010;29:507-511.
3. Kuyumcu ME, Yeşil Y, Öztürk ZA, Halil M, Ülger Z, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Erdoğan G, Besler T, Arıoğul S. Challenges In Nutritional Evaluation of Hospitalized Elderly; Always With Mini-Nutritional Assessment? *European Geriatric Medicine* (Article in press).
4. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr* 2010;29:745-748.
5. Cankurtaran M, Saka B, Sevnaz S, Varlı M, Döventaş A, Yavuz BB, Halil M, Çurgunlu A, Ülger Z, Öztürk GB, Tufan F, Tekin N, Akççek F, Karan MA, Atlı T, Beğer T, Erdinçler DS, Arıoğul S. Türkiye huzurevleri ve bakım evleri nutrisyonel değerlendirme projesi.
6. Morley JE. Pathophysiology of anorexia. *Clin Geriatr Med* 2002;18:661-3.
7. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämisch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1734-1738.
8. Chapman IM. Endocrinology of anorexia of ageing. *Best Practice & Research Clinical & Metabolism* 2004; 18(3):437-452.
9. D. Volkerta. Espen guidelines on enteral nutrition: geriatrics *Clin Nutr.* 2006 Apr;25(2):330-60.

II. Sorumluluklar ve Hedefler

Arka plan

Doktorlar, politikacılar ve çoğu ülkelerde sigorta şirketleri gün geçtikçe kanıta dayalı uygulamaları seçmektedir. Bu şekilde kişiler veya kurumlar büyük hasta gruplarında yapılan randomize çalışmalardan elde edilen istatistik ispatı hedeflemekte bir bakıma kendilerini herkes tarafından kabul edilen veriler ile güven altına almayı düşünmektedirler. Bazen yeterli veri olmadığında veya veriler çelişkili olduğunda işin uzmanlarından oluşan bir ekibin görüş birliği çok kıymetli olmaktadır. Malnütrisyon konusu ülkemizde de yeteri kadar yerinin oluştuğu, özellikle yaşlı hastalarda ciddi bir problem olarak kabul edilen toplumsal bir problemdir. Bu çalıştayda farklı görevlerde olan kişilerin kanıta dayalı tıp eşliğinde ve uzmanların görüşleriyle ortak fikirle kararlar alınması amaçlanmıştır. Malnütrisyon konusunda toplumun bilinçlendirilmesi, bu bilincin oluşturulmasında hekimlerin, diyetisyenleri, hemşirelerin, eczacıların ve diğer sağlık çalışanlarının ve devlette bu işle uğraşan değişik konumdakilerin bu sorumluluğu alması, yeni hedef ve stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

Bu hedefler şunlar olabilir;

1. Çocukluk döneminden itibaren yaşam boyunca ve kişiye özel beslenme ihtiyaçlarının karşılanmasına dikkat edilerek, yeterli ve dengeli beslenmenin teşvik edilmesi Sağlıksız beslenme ve sonucunda gelişen şişmanlık, beslenmeye bağlı kronik hastalıkların (kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet osteoporoz vb.) oluşumuna neden olur. Bu hastalıklar çoklu faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmakla birlikte, çocukluk çağından itibaren süregelen yanlış beslenme alışkanlıklarının önemli bir etmen olduğu bilimsel çalışmalarla gösterilmiştir. Örneğin; çocukluk çağında D vitamini alım eksikliği sonucu gelişen raşitizmin etkileri ileri yaşlarda kendini daha çok belli etmekte, iskelet malformasyonları sonucu bazı kronik hastalıkların (solunum yetersizliği) gelişme riski artmaktadır (1).
2. Toplumda ve huzurevinde kalan yaşlılarla hastanede yatan yaşlılarda malnütrisyon oranlarının sağlıklı tarama ve tanı testleri ile saptanması, malnütrisyon sebeplerinin belirlenmesi, önleme ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesi.
3. Besin kaynak ve teknolojilerinin tam ve adil dağılımının sağlanması
4. Yaşlılar için temel besin ve beslenme politikalarının geliştirilmesi, beslenme rehberlerinin oluşturulması
5. Yaşlılıktaki beslenme yetersizliğine sebep olduğu bilinen dış ve dış eti sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi ve uygun tedavi hizmetlerinin sağlanması,
6. Hastanelerde diğer bakım veren kuruluşlarda, yaşlılara yeterli ve dengeli beslenmenin

sağlanması, menülerin yaşlıların gereksinimlerini sağlayacak şekilde dzenlenmesi, Hastanede veya diğer bakım kuruluşlarında kalmakta olan yaşlıların gereksinimlerine uygun dzenyde yeterli enerjiyi sağlayan, mikro ve makro besin oğesi yetersizliğine neden olmayan, ulusal beslenme hedeflerine uygun yeterli ve dengeli beslenmenin menu çeşitliliği sunularak sağlanması.

Hastanelerde ve bakım evlerinde tek tip diet verilmesi veya diyetin kişiselleştirilmesi sonucunda birçok yaşlı uygun miktarda gıda almamakta, yemeyi reddetmektedir. 'Anorexia of aging' terminolojisi son yıllarda önem kazanmıştır ve yaşlıların gdn içinde ortalama iki oğun tdkettiğini, oğun atladığını ifade etmektedir, bu da beraberinde malntrisyonu getirmektedir (2). Bu konuda rol alan en önemli faktörlerden biri kendi tercihleri doğrultusunda beslenmemesi, standart dietlerin yaşlının önüne konulmasıdır. 2007 yılında Clinical Nutrition dergisinde çıkan bir derlemede bu konu detaylarıyla irdelenmiş, hatta baş boyun kanserli olup radyoterapi alan bireylerde 3 beslenme kolu (diyetisyen gözetiminde kişiye özgü dzenlenmiş diyet, standart hastane yemeği ve ek besin desteği, tek başına standart hastane yemeği) ile hastaların hayat kaliteleri ve fizik aktivite kazanımlarını ortaya koyan bir çalışmaya değinilmiştir. Bu çalışmada en etkin sonuçlar ilk kolda elde edilmiştir (3). Bu da yakın diyetisyen gözetiminde bireysel diet desteği ve kişiye özgü menu seçiminin önemini ortaya koymaktadır. Son yıllarda özellikle büyük şehirlerdeki üniversite ve devlet hastanelerinde ciddi anlamda diyetisyen sayısındaki yetersizlik göze çarpmakta, bu durum uygulamada ciddi aksaklıklara sebep olmaktadır. Kurumlarda yatan hastalara bir gün sonraki oğun için çoktan seçmeli menu sunularak menu listelerinin oluşturulması durumunda ek maddi kaynak gerekmeden gıda israfı önlenilecek, hatta sekonder kazanımlar dşenülecek olursa bu yolla maddi kazanç sağlanacaktır.

7. Hastanelerde Klinik Beslenme Ekiplerinin (Mutlaka geriatri uzmanı sorumluluğunda olacak şekilde) kurulması ve bu ekiplerin hizmet alanlarının sağlık uygulamaları tebliğinde (SUT) tanımlanması.

Hastanelerde Klinik Beslenme Ekiplerinin kurulmasının amacı;

- Ntrisyon desteğine gereksinimi olan hastaları tanımlamak,
- Malntrisyonun derecesini belirlemek ve uygun tedaviyi planlamak,
- Etkili ve güvenli ntrisyon desteği sunmak,
- Yaşlı obez hastalarda beslenme bozukluklarına ikincil gelişen sarkopeninin önlenmesi ve tedavisini sağlamak,
- Hastaların taburcu oldukları süreye dek yakından takibini yapmaktır,
- Taburculuk sonrası poliklinikten takip planlanarak evde bakım hizmetinin id-

mesini sağlamak,

- Hastane çalışanlarının eğitimi, ekip üyelerinin eğitimi ve bilgi düzeylerinin artırılmasını sağlamak,
- Günlük pratiği denetlemeye ve bilim ortamına aktarmaya yönelik klinik çalışmalar yapılabilmesi sağlamak
- Klinik nütrisyon eğitimini amaçlayan toplantılar ve seminerler yapmaktır.

Ekibin yapısı içinde hekimler (Geriatric uzmanı başta olmak üzere İç Hastalıkları AD, ve Nöroloji AD uzmanları), diyetisyenler, geriatric ve beslenme hemşireleri (eğitilmiş), eczacı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist ve diş hekimi olması önerilmektedir. Ekibin çalışma protokolleri içinde;

- Klinik beslenme durumunun takibi ve dökümantasyonu,
- Hastanede kalış süresi ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi,
- Hastalık sırasında ortaya çıkan komplikasyonların beslenme durumu ile ilişkisinin tespiti
- Yara iyileşmesi ve doku onarım hızında etkin beslenme desteğinin rolünün ortaya konulması yer almaktadır.

Klinik Beslenme Ekibi bu görevlerini yerine getirirken uluslararası standartlarda tarama ve değerlendirme testlerini kullanmalı, hasta takibinin sağlıklı yapılabilmesi için uygun formları günlük pratiğinde kullanmalıdır.

8. Bütün sağlık ve bakım hizmetlerinde çalışan personelin hizmet içi eğitim programlarında yaşlıların özel beslenme ihtiyaçlarının yer almasının sağlanması
9. Evde bakım projesi içerisinde yaşlının doğru beslenme ve yeme alışkanlıkları konusunda hizmet ve eğitimin sağlanması

Son 30 yılda, toplum hizmetleri ve kendi ortamında yaşlanma, birçok hükümetin politika hedefi olmuştur. Altta yatan neden ekonomik faktörlerdir çünkü ailelerin bakımı sağladığı durumlarda, toplum hizmetlerinin uzman bakımından daha az mal olacağı beklenmektedir. Yeterli yardım yapılmazsa, aile içinde bakım verenler aşırı yük altında kalabilir. Ayrıca, yasal bakım sistemleri bulunan yerlerde bile, çoğunlukla kaynak sıkıntısı nedeniyle kapasiteleri yeterli değildir. Sonuç olarak, yaşlı veya bakım veren birey için sorun oluşturmayan durumlarda yaşlıların evde bakımı tercih edilmelidir. Birçok faktör göz önünde bulundurulduğunda, yapılması gereken, aile içinde veya kurumlarda ekonomik olarak karşılanabilir bakım olanaklarının sağlanması ve sürdürülmesidir. Sonuç olarak, yaşlıların ihtiyaçlarının belirlenmesi ve hizmet sunumunun değerlendirilmesi aşamalarında yaşlıların katılımı, en etkili yöntemin seçilmesinde çok önemlidir. Evde bakım hizmetleri kapsamında

yaşlının beslenme durumunun değerlendirilmesi, doğru beslenme ve yeme alışkanlıklarının kazandırılmasına yönelik eğitimlerin ve/veya danışmanlıkların verilmesi gerekmektedir.

10. Sosyo-ekonomik durumu iyi olmayanlara yapılan hazır yemek yardımı kapsamında, sağlıklı yaşlılara ve eve bağımlı yaşlılara, hastalıklarına uygun diyet yemeği yardımlarının yapılmasının sağlanması
11. Beslenme problemi olan hastalarda beslenme desteği sağlanması, geri ödeme ve uygulama sorunlarının çözümlünün sağlanması
12. Malnütrisyon tanısındaki kilo tespitinden başlayarak, hastalıkların ve durumların tanımlanması, testler, testlerin geri ödenebilir olması ve tanısındaki sorunların tespiti

Kaynaklar-2

1. Rejnmark L, Avenell A, Masud T, Anderson F, Meyer HE, Sanders KM, Salovaara K, Cooper C, Smith HE, Jacobs ET, Torgerson D, Jackson RD, Manson JE, Brixen K, Mosekilde L, Robbins JA, Francis RM, Abrahamsen B. Vitamin D with calcium reduces mortality: patient level pooled analysis of 70,528 patients from eight major vitamin D trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012 Aug;97(8):2670-81. doi: 10.1210/jc.2011-3328. Epub 2012 May 17.
2. Morley JE. Pathophysiology of anorexia. *Clin Geriatr Med* 2002;18:661-3.
3. Ravasco P, Monteiro Grillo I, Camilo M. Clin Cancer wasting and quality of life react to early individualized nutritional counselling! *Nutr.* 2007 Feb;26(1):7-15. Epub 2006 Dec 12. Review.

III. Malnütrisyonun açıklaması

Arka plan

Son yıllarda malnütrisyonu gösterilen ilgi oldukça artmıştır. Belli bir disiplin içerisinde bulunan profesyoneller ile pratikte birlikte çalışan değişik disiplinler arasında malnütrisyon ile ilgili iyi bir iletişimin sağlanması önemlidir. Bunun yanı sıra malnütrisyonun patofizyolojine ve klinik olarak sonuçlarına bir açıklamanın getirilmesi gerekmektedir. Tabii bu açıklama, tanı (malnütrisyon nasıl tespit edilir), tedavi ve tedavinin değerlendirilmesi bazında gerçekleşmelidir.

Literatürde malnütrisyon ile ilgili değişik açıklamalar bulunmaktadır. Bunlar çoğunlukla; enerji alımı ile enerji kullanımı arasındaki dengesizlik, vücut komponentlerinin değişimi (bilhassa yağsız kütle azalması, yağ kütle artması), enflamasyonun mevcudiyeti ve azalmış fonksiyonlardır (kas fonksiyonu, immünolojik savunma fonksiyonu, bilişsel fonksiyonlar vb.) (1).

Malnütrisyonun Pratikteki Anlamı

Bir geriatrik sendrom çoklu etiyolojik faktörlerin bulunduğu ve yaşlılarda çok rastlanan karmaşık klinik bir sorundur. Çok faktörün bulunması geriatrik sendromunun ciddiyetinin atırabilmektedir. Kırılganlık, düşmeler, demans, depresyon, sarkopeni, osteoporoz, idrarını tutamama, bakıma muhtaç olma durumu ve bunlara ek olarak malnütrisyon geriatrik sendromlardan bazılarıdır. Geriatrik sendromlar çoğunlukla, yaşlılık, bakıma muhtaçlık, bilişsel bozukluklar ve azalmış hareketlilik ile aynı etiyolojik faktörlere sahiptir (2).

Kapsamlı (Çok yönlü) Geriatrik Değerlendirme, yaşlı hastaların sorunlarının sistematik bir şekilde değerlendirilmesini sağlayan etkinliği kanıtlamış bir yöntemdir. Bu sayede değişik nedenlerle başvuran bir yaşlıda bazı sendromların erken tanısı ve tedavisi mümkün olmaktadır. Kapsamlı geriatrik değerlendirme yapılırken yaşlının temel olarak doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyet uzmanı, fizyoterapistten oluşan interdisipliner geriatri ekibi tarafından da değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu ekip sayesinde yaşlılar somatik, sosyal, psikolojik ve fonksiyonel yönlerden eksiksiz olarak değerlendirilmiş olmaktadır. Fakat kapsamlı geriatrik değerlendirmenin ülkemizde sosyal güvenlik kurumunda bir karşılığı yoktur ve geriatri uzmanının bu testleri yapması SUT'ta tanımlanmamış ve puan değeri belirtilmemiştir. Geriatri polikliniklerinde başvuran her hastaya günlük yaşam aktiviteleri testi, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri testleri, malnütrisyon tarama testi (MNA kısa ve gerekirse uzun formu), unutkanlık testleri (mini-mental test, saat çizdirme testi),

depresyon testi, mobilite testi, sarkopeni olduğu düşünölenlerde el sıkma kuvvet ölçümü, baldır ölçümü, yürüme hızı değerlendirmesi yapılmaktadır. Bu yapılan testlerin ve uygulamanın geriatri doktorlarınca yapıldığında puan olarak karşılığının alınması gerekmektedir. Aksi takdirde şu an olduğu gibi geriatri doktorları çok ciddi uğraşlara rağmen emeklerinin karşılıklarını alamamaktadırlar. Bu önerilerin pratiğe yansımaları için SUT'ta diğer branşların komisyonu olduğu gibi ayrıca geriatri komisyonu oluşturulması gerekmektedir.

Kilo değişiklikleri, malnütrisyon için uyarıcı olup sonrası tedavi için yapılan manipulasyonların etkilerini takip etmek için basit bir ölçüttür. şayet, bir önceki ay içerisinde %5 veya son altı ay içerisinde %10 oranında istenmeyen bir kilo kaybı mevcutsa, o zaman burada malnütrisyon söz konusudur. Bu aynı zamanda konulan teşhisten veya besin alımı kayıtlarında yapılan inceleme sonucunda yeterli besin alınıp alınmadığı (hem kalori olarak hem de protein olarak) veya bunun kullanımı arasında bir dengesizlik olup olmadığı dikkatle değerlendirilmelidir (3).

Literatürde malnütrisyon fonksiyon kaybı ile ilişkilendirilmektedir. Malnütrisyon fonksiyon kaybına neden olabileceği gibi fonksiyon kaybı da malnütrisyonla neden olabilmektedir. Malnütrisyon neticesinde ortaya çıkacak olan fonksiyon kayıpları, kas gücünün azalmasına, immünolojik direncin azalmasına ve bilişsel bozukluklara yol açmaktadır (4).

Sarkopeni

Sarkopeni kas kitlesi, kas gücü ve fonksiyonunda ilerleyici jeneralize kayıptır. Esas olarak yaşlanma sürecinin bir sonucudur ve bir geriatrik sendrom olarak kabul edilir. Ancak kullanmama-immobilite, malnütrisyon ve kaşeksi gibi durumlara sekonder gelişebilir (5). Sarkopeniye genellikle fiziksel inaktivite, mobilitede azalma, yavaş yürüme ve zayıf fiziksel dayanıklılık eşlik eder. Sarkopeni gelişiminde kas kitlesi ve kas liflerinde kayıp, artmış inflamasyon, hormonal düzeylerde değişme, kötü nütrisyonel durum ve bozulmuş renin-angiotensin sistemi gibi çok sayıda faktörün rolü vardır (6). Sarkopeni tanısı için kas kitlesi, kas gücü ve fiziksel performansın değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak sarkopenik hastaları belirlemeye yönelik yaygın kabul görmüş tanı kriterlerinin eksikliği, potansiyel tedavi opsiyonlarına bir engel oluşturmaktadır (7).

Sarkopeni prevalansı 70 yaş altı erkeklerin %14'ünde, 70-74 yaş arası erkeklerin %20'sinde, 75-80 yaş arası erkeklerin %27'sinde, 80 yaş üzeri yaş erkeklerin ise %53'ünde saptanmıştır. Bu oran aynı yaş gruplarındaki kadınlarda ise sırasıyla, %23, %33, %36 ve %43 olarak bulunmuştur (8). Sarkopeni sık görölmesine, fiziksel özörlölük, bağımlılık, yaşam kalitesi ve ölüm gibi olumsuzluklara, büyük kişisel ve finansal maliyetlere neden olmaktadır

(7). Sarkopeninin tanısı için kas kitlesi, kas gücü ve fiziksel performans değerlendirilmelidir. Tanı konulmasında henüz altın bir standart yoktur (8). Günümüzde sarkopeni etkileri ile mücadelede farmakolojik yaklaşımların etkinliği kısıtlıdır. Ancak önlenmesi ve tedavisinde egzersiz ve fiziksel aktivite, beslenme destek tedavisi, hormonal yaklaşımlar ve yeni farmakolojik ajanlar en çok kabul gören ve üzerinde çalışılan yaklaşımlardır (9).

Sarkopeni primer olarak yaşlanmayla veya sekonder olarak malnütrisyon sonucu ortaya çıkabilen bir geriatrik sendromdur. Ülkemizde şu an sarkopeniye ait bir ICD kodu tanımlanmamıştır. Kısa sürede bu tanının ICD sisteminde tanımlanması gerekmektedir. Tanınması, önlem alınması, tanı sonrası sebep olabileceği olumsuz nedenler bilinip iyi tedavi edilmesi yaşlı hasta grubu için çok önemlidir. Bu yüzden sarkopeni açısından da farkındalık yaratılmalı, taranması sağlanmalı, teşvik edilmelidir. Yine geriatri doktorlarınınca da sıkca yapılan sarkopeni tanısı için kullanılan kas gücü ölçümü (el sıkma kuvvet ölçümü), yürüme hızı ölçümü ve kas kitlesi ölçümleri geri ödeme kapsamına alınması, SUT'ta puanlandırılması uygun olacaktır. Sarkopeni tanısı konulduğunda enteral ürün verilmesini sağlayan bir rapor yönetmeliği şu an bulunmamaktadır. Bu konu hakkında ortak bir kararın alınması hastalar için çok büyük fayda sağlayacaktır.

Kaynaklar-3:

1. Morley JE. Pathophysiology of anorexia. Clin Geriatr Med 2002;18:661-3.
2. Rikkert O, Rigaud AS, Hoeyweghen RJ van, Geriatric syndromes: medical misnomer or progress in geriatrics? Neth J med.
3. Neslişah Rakıçioğlu, Malnütrisyon ve Yaşlanma Anoreksisi, Geriatri ve Gerontoloji, MN Medikal-Nobel, Ankara, 2006, syf:373-84.
4. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clin Nutr 2010;29:745-748.
5. Cruz-Jentoft AJ, Landi F, Topinková E, Michel JP. Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2010 Jan;13(1):1-7.
6. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, Garry PJ, Lindeman RD. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. Am J Epidemiol. 1998 Apr 15;147(8):755-63.
7. Thomas DR. Sarcopenia. Clin Geriatr Med. 2010 May;26(2):331-46.
8. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al; European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia

9. Burton LA, Sumukadas D. Optimal management of sarcopenia. Clin Interv Aging. 2010;5:217-28.

IV. Malnütrisyonda Tarama ve Tanı

Arka Planı

Malnütrisyon tanısının pratikte çoğunlukla göz ardı edildiği bilinmektedir (1). Halbuki günümüzde malnütrisyonun tarama ve tanısının konulması için birçok araç bulunmaktadır. Enstrümanların yanlış kullanımının önlenmesi için, bunların ne şekilde geliştirildiği, hangi spesifik hasta popülasyonu ve bakım bölümü için değerlendirilmiş olduğunun bilinmesi önemlidir. Tarama ve tanı enstrümanları, malnütrisyonu olan hastalığın tanınmasında, malnütrisyonun altında yatan nedenlerin bulunmasında ve malnütrisyonun sonuçlarının değerlendirilmesinde önem arz etmektedirler (2).

Tarama enstrümanları kısa, az zaman alan, hasta için sıkıntı yapmayan ve çoğunlukla bu işleri yürüten personelin uzmanlığını gerektirmeyen araçlardır. Tarama araçları çoğunlukla yalnızca malnütrisyonun olduğuna işaret eder. Risk taşıyan hastalar içinse, sebebi, ciddiyeti ve malnütrisyonun (protein-enerji malnütrisyonsi, vitaminler-ve mineraller gibi) şekli hakkında daha fazla bilgi edinmek gereklidir (3,4). Türkiye’de değişik hastanelerde kullanılan tetkik araçları şunlardır: MNA-SF (Mini-Nutrisyonel Değerlendirme kısa formu), SGA (Subjektif Global Değerlendirme), MUST (Genel Malnütrisyon Tarama Aracı), SNAQ (Kısa Beslenme Değerlendirme Anketi), NRS-2002 (Nutrisyonel Risk Tarama-2002)

Tanı enstrümanları, malnütrisyonun ciddiyeti ve cinsi ve altında yatan faktörler hakkında görüş vermektedir. Tanı araçları, tarama araçlarından şekil bakımından daha karmaşıktır, daha çok zaman almakta ve daha tecrübeli personele ihtiyaç duyulmaktadır. Laboratuvarın vereceği sonuçlar ve/veya klinik araştırma bu değerlendirmenin bir parçasını oluşturabilir (3,4). Yaşlılarda malnütrisyon için spesifik olarak çokça kullanılan değerlendirme aracı Mini Nutrisyonel Değerlendirme testi (MNA)’dır (5,6). Yine sosyal güvenlik kurumunca baz olarak kabul edilen ve malnütrisyon taranması ve tanısında sıklıkla ve yaygın olarak kullanılan bir testte SGA (subjektif global değerlendirme) ‘dır.

Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme'nin Açıklaması

Kapsamlı geriatrik değerlendirme, bir yaşlının çok sayıda sorununun mümkün olduğunca etkin değerlendirilmesi ve takip edilmesini sağlayan bir yöntemdir. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme pratikte, geriatri hastasının durumu bakımından tam teşekküllü bir sonuç alabilmek için devreye sokulur. Hasta böylece somatik, psikolojik, sosyal ve fonksiyonel yönlerden değerlendirilmiş olur ve hastanın kendini idare edebilmesi ve yaşam kalitesini yükseltebilmesi ile ilgili bir entegral tedavi planı oluşturulur (7,8).

Görüş Birliği

Geriatri hastalarında malnütrisyona tetkiki ve değerlendirilmesi.

Malnütrisyona bir geriatrik sendromdur ve kapsamlı geriatrik değerlendirme içinde mutlaka bulunmalıdır. kapsamlı geriatrik değerlendirme ile malnütrisyona diğeri somatik, psikolojik, sosyal ve fonksiyonel durumlarla ilişkisi de değerlendirilmiş olmaktadır. Yaşlılarda malnütrisyona değerlendirilmesinde MNA tavsiye edilmektedir (5,6).

MNA, klinik olduğuna kadar poliklinik hastalarda da malnütrisyona tespit etmek için geçerli bir yöntemdir. MNA ayrıca beslenme destek tedavilerinin sonuçlarının değerlendirilmesi bakımından da geçerli bir araçtır. MNA geriatri hastalarında malnütrisyona ortaya çıkaran geçerli bir ölçüm aracı olduğuna kadar malnütrisyondaki riskin de önceden belirlenmesi için geçerli bir aracı olarak kabul edilmektedir. Klinik Beslenme ve Metabolizma Avrupa Birliği (ESPEN), MNA'yı yaşlılar için bir tetkik aracı olarak tavsiye etmektedir (Şekil 4.1.A-B)(5,6). SGA'da mutlaka kullanılması gereken ve pratikte yararlılıkları olan bir araçtır.

Şekil 4.1.A. MNA formu

Beslenme

Kurum:

Adı-Soyadı:

Cinsiyet:

Yaşı:

Kilo, kg:

Boy, cm:

Tarih:

Formun 'Tetkik' bölümünü doldurunuz. Şayet toplam alınan puan 11 veya daha az ise, Beslenme Yetersizliği Göstergesinin skorunu belirlemek için "Araştırma" bölümünün altındaki sorulara geçiniz.

Tetkik	
A- Son 3 ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme ve yutma g¼c¼l¼đ¼nedeniyle besin t¼kretiminde azalma oldu mu? 0 = şiddetli iştah kaybı 1 = orta derecede iştah kaybı 2 = iştah kaybı yok	J-G¼n içinde alınan ana ođ¼nlerin sayısı 0 = 1 ođ¼n 1 = 2 ođ¼n 2 = 3 ođ¼n
B-Son aylarda kilo kaybınız oldu mu? 0 = 3 kg'dan daha fazla kilo kaybı 1 = bilmiyor 2 = 1 ile 3 kg arası kilo kaybı 3 = kilo kaybı yok	K-Protein alımı için seçilmiş besinlerin t¼ketimi nasıld? * G¼n bazında s¼t ¼r¼nlerinden en az bir tanesinden (s¼t, peynir, yoğurt) t¼ketiyo ru mu? evet [] hayır [] * Haftada iki veya daha fazla porsiyon baklagiller veya yumurta t¼ketiyo ru mu? evet [] hayır [] * G¼n bazında et, balık veya tavuk t¼ketiyo ru mu? evet [] hayır [] 0.0 = şayet 0 veya 1 ođ¼n ise evet 0.5 = şayet 2 ođ¼n ise evet 1.0 = şayet 3 ođ¼n ise evet
C-Hareketlilik 0 = yatağa veya sandalyeye bağımlı 1 = kendi başına yataktan/sandalyeden kalkabiliyo r ancak dışarıya ıkamıyo ru 2 = kendi başına dışarıya ıkabiliyo ru	L-G¼n içinde 2 veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze t¼ketiyo ru mu? 0 = hayır 1 = evet
D-Geçtiğimiz son 3 ay içerisinde, psikolojik stres veya ciddi bir hastalık geçirdiniz mi? 0 = evet 2 = hayır	M-G¼n biinde ne kadar sıvı (su, meyve suyu, kahve, çay, s¼t..) alımı yapılıyo ru? 0.0 = 3 bardak/fincandan daha az 0.5 = 3 ile 5 bardak/fincan 1.0 = 5 bardak/fincandan daha fazla
E-N¼ropsikolojik sorunlar 0 = ciddi demans veya depresyon 1 = hafif demans veya depresyon 2 = herhangi bir psikolojik rahatsızlığı yok	N -Beslenme şekli 0 = kendi başına beslenecek durumda değil 1=biraz çaba g¼stererek ođ¼nlerini alabiliyo ru 2 = ođ¼nlerini kendi başına alabiliyo ru
F-V¼cut Kitle İndeksi (BMI): (Kg/m ²) 0 = BMI 19'dan d¼ř¼k 1 = BMI 19 ile 21 arasında 2 = BMI 21 ile 23 arasında 3 = BMI 23'ten fazla	O-Hastanın kendi beslenme durumu ile ilgili şahsi değerlendirmesi 0 = kendisinin yetersiz beslendiği g¼r¼ř¼nde 1 = Kararsız-bilmıyo ru 2 = Kendisinin beslenme sorununun olmadığı g¼r¼ř¼nde

YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON KILAVUZU

Araştırma	P-Aynı yaştaki insanlarla karşılaştırıldığında kendi sağlığı konusunda ne düşünüyor? 0.0 = daha kötü 0.5 = bilmiyor 1.0 = aynı derecede iyi 2.0 = daha iyi
G-Bağımsız ikamet ediyor (bir bakım evinde veya hastanede kalmıyor) 1 = evet 0 = hayır	R-Üst orta kol (MAC) çevresi -cm 0.0 = MAC 21'den daha az 0.5 = MAC 21 ile 22 arası 1.0 = MAC 22'den daha fazla
H-Gün içinde 3 adetten fazla ilaç kullanıyor mu? 0 = evet 1 = hayır	S- Baldır (CC) çevresi ölçümü - cm 0 = CC 31'den daha küçük 1 = CC 31 veya daha büyük Değerlendirme (maksimum 16 puan) Tarama puanı (maksimum 14 puan) Toplam (maksimum 30 puan) Malnütrisyon Belirleme Skoru 17 puandan az.....malnütrisyon 17 ile 23,5 puan arası.....malnütrisyonde yükselmiş risk 17 puandan daha fazla.....beslenme sorunu yok
I -Başı veya deri yaraları var mı? 1 = evet 0 = hayır	

Şekil 4.1.B. İçeriğinde BMI için soru değişkesi de olan MNA-SF dormu

Beslenme

Kurum:

Adı-Soyadı

Cinsiyeti:

Yaş:

Kilo, kg:

Boy, cm:

Tarih:

Tetkik

**A- Son 3 ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme ve yutma g¼c¼l¼đ¼ nedeniy-
le besin t¼kretiminde azalma oldu mu?**

0 = şiddetli iştah kaybı

1 = orta derecede iştah kaybı

2 = iştah kaybı yok

B-Son aylarda kilo kaybınız oldu mu?

0 = 3 kg'dan daha fazla kilo kaybı

1 = bilmiyor

2 = 1 ile 3 kg arası kilo kaybı

3 = kilo kaybı yok

C-Hareketlilik

0 = yatağa veya sandalyeye bağımlı

1 = kendi başına yataktan/sandalyeden kalkabiliyor ancak dışarıya çıkamıyor

2 = kendi başına dışarıya çıkabiliyor

**D-Geçtiğimiz son 3 ay içerisinde, psikolojik stres veya ciddi bir hastalık geçirdiniz
mi?**

0 = evet

2 = hayır

E-N¼ropsikolojik sorunlar

0 = ciddi demans veya depresyon

1 = hafif demans veya depresyon

2 = herhangi bir psikolojik rahatsızlığı yok

F1-V¼cut Kitle İndeksi (BMI): (Kg/m²)

0 = BMI 19'dan d¼ř¼k

1 = BMI 19 ile 21 arasında

2 = BMI 21 ile 23 arasında

3 = BMI 23'ten fazla

BMI bilinmiyorsa veya ¼l¼m yapılamıyorsa soru F1 yerine F2 yanıtlanır.

F2-Baldır (CC) evresi ¼l¼m¼ - cm

0 = CC 31'den daha k¼¼k

1 = CC 31 veya daha b¼y¼k

Tetkik Skoru

(Maksimum 14 puan)

12-14 puan: Normal beslenme durumu

8-11 puan: Maln¼trisyon riski

0-7 puan: Maln¼trisyon

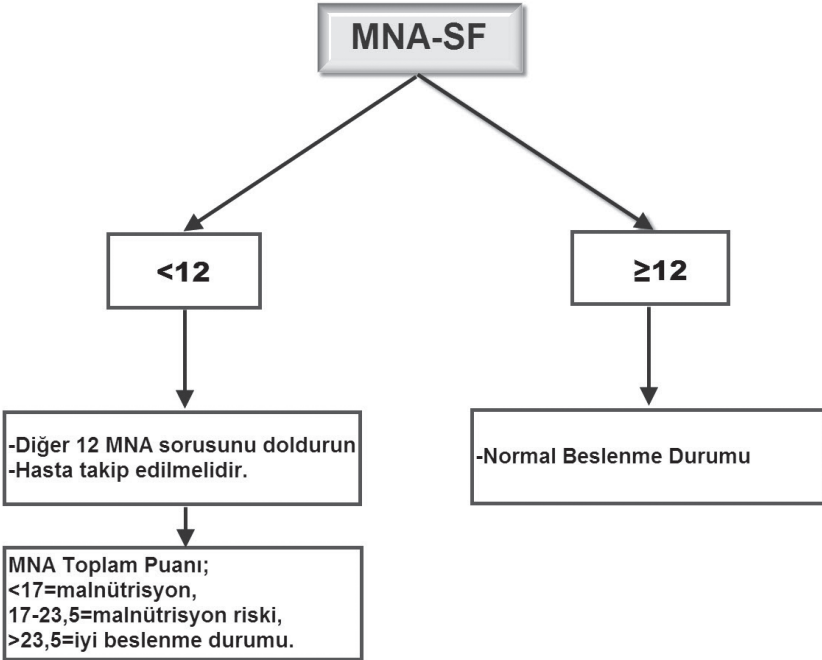
YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON KILAVUZU

MNA altı tarama sorusu ile başlar (sorular A-F1/F2) ve bunlar maksimum on dört puanlık MNA-Kısa formdur (MNA-SF). Bu sorular hastanın gıda alımı, kilo kaybı, hareketlilik, psikolojik stres veya akut hastalık, depresyon durumu veya hafıza sorunları ve de BMI'nın tespiti ile ilgilidir. Şayet BMI ölçümü yapılamayacaksa baldır çevresi kullanımında uygun olabileceği ispatlanmıştır (14).

Bu sorgulama sonucu on iki puandan daha az skor elde edilmiş ise, diğer sorulara (sorular G-S) devam edilmesi önerilmektedir. Bu sorular, ikametgah durumu, ilaç kullanımı, baskı yararı veya cilt inflamasyonu varlığı, yemeklerin yenmesi ve protein ve sıvı alımı, beslenme ve sağlık durumuna göre hastanın kendi görüşü ve bazı ekstra antropometrik ölçümler ile ilgilidir (5,6).

Bu nihai MNA-skoru olacaktır: <17 malnütrisyon demektir, 17-23,5 malnütrisyon riskinin olduğu anlamına gelir ve >23,5 yeterli beslenme durumunun olduğunu gösterir (Şekil 4.2).

Şekil 4.2. Değerlendirme Diyagramı



MNA-SF'nin uygulanması beş dakikadan daha az sürmektedir, tam MNA'nın uygulanması için ise 10-15 dakikaya ihtiyaç duyulmaktadır.

SGA da çok yararlı ve sık uygulanan bir testtir. Mevcut durumda da tanıda sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak uygulamada subjektivite içermektedir.

Bireylerin beslenme durumunu saptanmasında SGA kolay ve pratik yöntemlerden biridir. Malnütrisyon ürünlerinin geri ödenmesinde rapor çıkartıldığında belirtilmesi istenen testlerden biridir. Bu değerlendirme; Detsky ve arkadaşları tarafından fonksiyonel kapasite ve malnütrisyonda gözlenen fizyolojik belirtiler veya malnütrisyonun içerdiği durumları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Hastanın hikayesi (ağırlık kaybı, besin alımında değişim, gastrointestinal semptomlar ve fonksiyonel durum), fiziksel testler (kas kitlesi, subkutan yağ, sakral ve ayak ödemi, asit) gibi değerlendirme kriterlerini içermektedir. SGA laboratuvar verilerini içermez (Şekil 4.3). Bu bilgilerin teste eklenmesinin testin malnütrisyonu saptamadaki performansını etkilemeyeceği düşünülmektedir. Ağırlık indeksinin, subjektif değerlendirmeyi etkileyen esas faktör olduğu bildirilmiştir. Bu tarama testinin özelliği yaşlı popülasyonda kullanılabilmesidir. Uzun dönem bakımında, beslenme düzeyindeki değişiklikler ile ilişkili komplikasyonlar için (majör enfeksiyonlar, baskı yaraları ve mortalite) yüksek risk taşıyan yaşlıların tanımlanmasında yararlı bir değerlendirme aracı olduğu saptanmıştır (9,10,11).

Şekil 4.3. Subjektif Global Değerlendirme testi

HİKAYE:

Ağırlıktaki değişimler:
Son 6 aydaki kilo kaybı: Miktarı kg; Kaybın yüzdesi: %.....
Son 2 hafta içinde kilodaki değişiklik: Artma () Değişiklik yok () Azalma ()

Gıda alımındaki değişiklikler:
Değişiklik yok () Değişiklik var () Süresi: hafta
Tipi: Normalden az kati gıda alımı () Tamamen sıvı gıdalar () Düşük kalorili diyet () Açlık ()

Gastrointestinal semptomlar (2 haftadan daha uzun süre devam eden):
Semptom yok () Bulantı () Kusma () İshal () İştahsızlık ()

Fonksiyonel kapasite:
Normal () Azalma mevcut () Süresi hafta
Tipi: Normalden daha az () Ayakta () Yatağa bağlı ()

Nutrisyonel gereksinmeler üzerinde hastalığın etkisi:
Primer teşhisi:
Metabolik gereksinimleri: Stres yok () Düşük stres () Orta derecede stres ()
Şiddetli stres ()

FİZİK MUAYENE:

(Her bir özellik için belirtin : normal = 0, hafif =1+, orta = 2+, şiddetli = 3+)
Ciltaltı yağ dokusu kaybı (Triseps, göğüs)
Kas kaybı (gudriseps, deltoit, temporal)
Ayak bileği ödemi..... , pretibial ödem sakrumda ödem Asit

SGD Derecesi (yorum) A = İyi beslenmiş
B = Hafif derecede malnütrisyon veya malnütrisyon şüphesi
C = Orta – ağır malnütrisyon
D = Ağır malnütrisyon.

Literatürde tarama enstrümanı olarak aşağıdaki testlerin kullanılmasının uygun olabileceği belirtilmiştir.

- Yatan hastalar için: MUST (12), SNAQ (13), NRS-2002 (14)
- Poliklinik hastaları için: MNA-SF (15), SGA (11)

Ayrıca BMI'dan başka antropometrik ölçümleri kullanmak, malnütrisyon ve malnütrisyonun altında yatan sebepleri tespit etmede ek katkılar sağlayacaktır.

Pratikteki Anlamı

Kapsamlı geriatrik değerlendirme, aşağıda belirtilmekte olan bölümlerden oluşmaktadır:

- Tıbbi öykü;
- Aile görüşmesi
- Fonksiyonel anamnez;
- Sosyal anamnez;
- Fizik muayene;
- Klinik ölçüm enstrümanları;
- Laboratuvar araştırmaları.

Anamnez, Kapsamlı geriatrik değerlendirme'nin standart bir bölümüdür. Anamnezde; azalmış iştah, azalmış koku alma veya tat alma duyusu, kilo kaybı, bulantı, kusma, diyare, çiğneme ve yutma sorunları sorgulanmalıdır.

Ancak, malnütrisyon ile ilgili göstergeler kapsamlı geriatrik değerlendirme'nin tüm bölümlerinde bulunabilmektedir. Fonksiyonel anamnezde bakıma muhtaç olma malnütrisyon için bir risk faktörüdür. Sosyal anamnezde ise yalnız yaşamak veya yaşlıların ihtiyaçları ile ilgilenen bir bakıcının olmaması malnütrisyon için bir risk olarak bilinmektedir.

Fizik muayenede hastanın beslenme ve hidrasyon durumunun klinik değerlendirilmesindeki belirtiler (zayıf, kaşektik, kuru koltuk altı ve ağız), boy, ağırlık ve BMI'nın tespit edilmesiyle nutrisyon durumu hakkında bilgi edinilebilir. Kas kütleline (atrofi, sarkopeni) ve kas gücüne bakılarak ta malnütrisyonun belirti ve olası sonuçları hakkında bilgi edinilebilir (16).

Kapsamlı geriyatrik değerlendirme ve MNA'nın vereceği sonuçlar bazında hastanın sorun listesine malnütrisyon sorunu veya malntrisyonadaki risk ile ilgili veriler konulmalıdır. Aynı zamanda her iki sonuçtan elde edilen malnütrisyon sorununu ortaya çıkartan en önemli faktörler görülecektir. Bu faktörler, örneğin orta-ciddi demansına bağlı öz bakımında azalma ve malnütrisyon olabilir. Böyle bir durumda hastanın hastaneye yatırılma esnasında ve ya taburculukta mutlaka beslenme planı çizilmeli ve takip edilmelidir. Tedavi planı bir taraftan yeterli gıda alımına ve diğer taraftan da buna neden olan faktörlerin tedavi edilmesine yöneliktir. Bu gibi bir hasta örneğin hastaneden taburcu edildikten sonra eve gittiğinde gnlerini alırken kontrol altında tutulmalı ve ayrıca kendisine verilen gnler enerji ve besin ögeleri ile zenginleştirilmeli ve evde bakım süresi içerisinde de haftalık bazda tartılarak kontrolü gerekmektedir. Fakat yaşlı hastaların birçoğu kilo kaybı olsa da tam olarak ne kadar olduğunu bilmemekte, poliklinik şartlarında her zaman kilo ölümü yapılamamakta veya yatalak hastaların kilo limleri mümkün olamamaktadır. Böyle durumlarda özellikle hastaların başlanan beslenme ürünlerinin daha kolay temin edilebilmesi için kilo, vücut kitle indeksi yerine baldır ölümü, deri kıvrım kalınlıkları ölümü gibi kabul edilebilir başka antropometrik limlerin kullanılması doktorların, hasta ve hasta yakınlarının işini kolaylaştıracaktır. Bu limlerin SUT'ta tanımlanması ve geri ödeme kapsamına alınması uygun olacaktır.

Ülkemizde tıbbi beslenme ürünlerinin raporlanmasında SGA-C ve D kategorileri kabul edilmektedir. Bu kapsamda MNA-SF'ninde kullanılması hem pratik hem de hekim ve hastanın faydasına olacaktır. MNA-SF'e göre belirlenen malnütrisyon riskinin SUT'ta tanımlanması ve geri ödeme kapsamına alınması uygun olacaktır.

Kaynaklar-4:

1. Ulger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Arıoğul S. Clin Nutr. 2010 Jan 29. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults.
2. Mitchell CO, Chernoff R. Nutritional Assessment of the Elderly.in: Chernoff R(ed) Geriatric Nutrition The Health professionals Handbook. 2 nd ed. Aspen Publishers, Gaithersburg, 1999:382-415.
3. Omran ML, Salem P. Diagnosing undernutrition. Clin Geriatr Med 2002;18:719-36.
4. Kaiser MJ, Bauer JM, Rmsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc 2010;58:1734-1738.

5. Guigoz Y. The mini nutritional assessment (mna) review of the literature--what does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006;10:466-485; discussion 485-467.
6. Van Nes MC, Herrmann FR, Gold G, Michel JP, Rizzoli R. Does the mini nutritional assessment predict hospitalization outcomes in older people? *Age Ageing* 2001;30:221-226.
7. Solomon DH. Foreword. Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC, ed. *Comprehensive Geriatric Assessment*. New York: McGraw-Hill, 2000:787-799. (Osterweil D. *Comprehensive geriatric assessment: lessons in progress*. *Isr Med Assoc J* 2003
8. *Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision Making*. NIH Consensus Statement, 1987; 6:1-21
9. Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2001;15:869-884.
10. Apovian CM. Nutritional assessment in the elderly: facing up to the challenges of developing new tools for clinical assessment. *Nutrition* 2001;17(1):62-63.
11. Sacks GS, Dearman K, Replogle WH, Cra VL, Meeks M, Canda T. Use of subjective global assessment to identify nutrition-associated complications and death in geriatric long-term care facility residents. *J Am Coll Nutr* 2000;19(5):570-577
12. Cawood AL, Elia M, Sharp SK, Stratton RJ. Malnutrition self-screening by using MUST in hospital outpatients: validity, reliability, and ease of use. *Am J Clin Nutr*. 2012 Nov;96(5):1000-7. doi: 10.3945/ajcn.112.037853. Epub 2012 Oct 3.
13. Hanisah R, Suzana S, Lee FS Validation of screening tools to assess appetite among geriatric patients. *J Nutr Health Aging*. 2012 Jul;16(7):660-5.
14. Bauer JM, Vogl T, Wicklein S, Trögner J, Mühlberg W, Sieber CC Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. *Z Gerontol Geriatr*. 2005 Oct;38(5):322-7
15. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony P, Charlton KE, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009 Nov;13:782-8.
16. Omran ML, Morley JE. Assessment of protein energy malnutrition in older person, Part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition* 2000;16: 50-63.

Grup II

Malnütrisyon Tedavisi İnterdisipliner Ekibin Rolü ve Geri Ödemede Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

V. Malnütrisyon Tedavisi

Hedefler

Malnütrisyon veya malnütrisyon riski tespit edilen yaşlılarda beslenme destek tedavisinin amacı yeterli enerji, protein, mikro-besin öğeleri ve sıvı alınmasıdır. Böylece aşağıdaki hedeflere ulaşılması amaçlanmaktadır:

Fonksiyon ve günlük yaşam aktivitelerini aynı seviyede tutmak ve mümkün olduğunca iyileştirmek

- Düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmasına yardımcı olmak
- Yaşam kalitesini aynı seviyede tutmak ve olabildiğince iyileştirmek
- Morbidite ve mortaliteyi azaltmak

Beslenme desteği, somatik, psişik, sosyal ve fonksiyonel faktörlerin de içine alındığı entegre çok disiplinli tedavi planının bir parçasıdır. Buna göre tedavi planının her zaman iki hedefi vardır; birincisi beslenme içeriği ve aralıklarının planlanması, ikincisi mevcut duruma sebebiyet veren faktörlerin ortadan kaldırılması için yapılan girişimlerdir.

Görüş Birliği

Beslenme destek tedavisi yöntemleri:

1. Oral
2. Enteral (Gastrointestinal sistemin kullanıldığı beslenme yolu)
3. Parenteral (Gastrointestinal sistem dışı yollar: damar içi, kas içi veya cilt altı vb.).
4. Enteral+Parenteral

Beslenme destek tedavisinin planlanmasında ilk sırada doğal yolla beslenmenin desteklenmesi ve eksikliklerinin giderilmesi düşünülmelidir. Bunun için yetersiz beslenmenin takviyesi, ara öğünlerin kuvvetlendirilmesi, yemek yeme ortamı şartlarının düzenlenmesi gibi bir çok faktör bu kapsamda değerlendirilir. Her şeye rağmen doğal yolla alınan gıdaların yetersiz kaldığı durumlarda, ağız yoluyla verilebilen hazır zenginleştirilmiş beslenme destek ürünlerinin kullanılmasının faydalı olduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır (1-4).

Enteral t¼p ile beslenme (nazogastrik, nazoenteral, enterok¼tan), ağız yoluyla beslenmenin yetersiz veya m¼mk¼n olmadığı durumlarda önerilmektedir. Terminal d¼nem hastalığı olanlarda (demans, kanser vb.) t¼ple beslenmenin hayat kalitesi ve sağ kalıma katkısı g¼sterilememiştir (5-6). Ancak pratikte etik nedenlerden dolayı sıklıkla kullanılmaktadır. Terminal evrelere varmadan daha erken d¼nemde beslenme tedavisinin planlanması, gastrostomi dahil daha erken enteral tedavi m¼dahalelerinin yapılması son derece önemlidir.

Parenteral beslenme (santral veya periferik yolla uygulanan), enteral beslenmenin kontrendike olduğu durumlarda veya enteral beslenmenin yetersiz kaldığı hastalarda tercih edilmelidir (7-8). Őartlar sağlandığında hızla kesilmeli ve tek başına enteral beslenme ile idame sağlanmalıdır.

Beslenme destek tedavisinin verilme yolunun belirlenmesinde g¼venlik her zaman önemli bir faktörd¼r. Aspirasyon riski, sondanın yerinden çıkması, bulantı, ishal, metabolik değişiklikler, refeeding sendromu, kateter enfeksiyonu, kateter tıkanması ve flebit gibi önemli sorunlar karşımıza çıkabileceğinden bu konuda dikkatli olunmalıdır (9-11).

Özellikle geriatri hastalarında klinik hedeflerin yanı sıra hasta veya yakınlarının istekleri ve etik değerler de göz önünde bulundurulmalıdır (12-13).

Beslenme destek tedavisi fiziksel aktivite (örneğin günlük on beş dakikalık yürüyüş) ile birleştirildiğinde başarıya ulaşma oranı artacaktır (14). Özellikle germe egzersizlerinin uygulanması kas kitlesi ve g¼c¼n¼ arttıracak; böylece yaşlının fiziksel bağımlılık oranı azaltacaktır.

Beslenme Desteğinde Spesifik Hedefler

Enerji

G¼n¼m¼zde enerji ihtiyacının tespit edilmesinde birtakım form¼llerden faydalanılmaktadır. Harris ve Benedict form¼lü geriatrik yaş grubunda da en çok kullanılan form¼l olup Akademik Geriatri Derneğince de önerilmektedir (15).

Maln¼trisyunun d¼zeltilmesi veya hastalık sırasında ortaya çıkan kayıpların yerine konulabilmesi için normal beslenmeye her g¼n en az 400 kcal eklenmesi önerilmektedir. G¼nl¼k 1500 kcal normal beslenme için alınan gıda miktarının alt sınırı olarak kabul edilmektedir. Bunun altındaki seviyeler yalnızca enerji ve protein değil aynı zamanda mikro-besin öğelerinin de yetersiz alınmasına neden olacaktır.

Harris ve Benedict form¼lü, temel enerji ihtiyaçları:

YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON KILAVUZU

- Erkekler için: $66.5+(13,75xA)+(5xB)-(6.77xY)$
 - Kadınlar için: $655.1+(9,56xA)+(1.85xB)-(4,67xY)$
- (A: kilogram bazında ağırlık, B: santimetre bazında boy, Y: yıl bazında yaş)

Günlük enerji ihtiyacının hesaplanmasında istirahat anındaki enerji gereksinimi temel alınmalıdır. Bu hesaplama hastalık ve faaliyetler gibi doğrulayıcı faktörler eklenir. Enerji ihtiyacı kişinin gün içindeki aktivitesi, stres faktörleri ve mevcut klinik hastalığının şiddetine göre değişmektedir. Örneğin; yatağa bağımlı ve yatak içinde hareket edemeyen bir yaşlıda aktivite faktörü %15 iken, yatak içi hareketli veya doğrulabilende %20, yataktan kalkabilen ve kısıtlı da olsa dolaşabilende %25, aktif kalkıp dolaşabilende %30 ve üstü alınmalıdır. Hafif enfeksiyonlarda ateşi olmadığı sürece stres faktörü alınmayabileceği gibi, ateş her 1°C arttığında %10, şiddetli enfeksiyonlarda %20-30, hayatı tehdit eden sepsis durumlarında %50 ve üzeri stres faktörü eklenebilir. Diğer taraftan yoğun metabolik stres yaratan ARDS, yanık ve çoklu travmalarda stres faktörü %50-100 arası değişebilmektedir. Kontrol altında bir kanser hastasında ek stres faktörü alınmayabilirken, aktif kanser veya metastatik hastalık varlığında stres faktörü %20-50 arasında artabilmektedir.

Özellikle kritik olmayan hastalarda uygulama kolaylığı açısından, aktivite ve stres faktörlerini göz önünde bulundurarak kilogram başına 25-30 Kcal enerji verilmesi gibi pratik yöntemler de kullanılabilir (16-17).

Protein

Proteinin klinik sonuçlarındaki etkisine dair çok az araştırma yapılmıştır. Malnütrisyon tespit edilen hastalarda tavsiye edilen günlük protein ihtiyacı 1,2-1,5 gram/kg/gün dür. Wolfe tarafından spesifik olarak yaşlılar için belirlenmiş tavsiye edilen doz ise 1,5 gram/kg/gün dür (18).

Vitaminler ve Mineraller

Beslenme yetersizliği durumunda vitaminlerin ve minerallerin destek tedavisine standart olarak eklenmesi gerektiğini gösteren herhangi bir kaynak bulunmamaktadır. Ancak günlük olarak tavsiye edilen minimum miktarın (ADH) verilmesi gerekmektedir. Eğer hastanın beslenmesi hem enerji hem de protein yönünden yetersizse, o zaman bu beslenmede yetersiz vitamin ve mineral eksikliği olduğu da kabul edilmeli ve bu durumda bir süreliğine multivitamin ve mineral desteği verilmesi düşünülmelidir. Şayet içecek şeklinde beslenme

kullanılıyorsa bu çoğunlukla kendiliğinden minimum g¼nl¼k tavsiye edilen miktarı ihtiva ediyor olacaktır. Ancak burada eksiklik olduğu g¼r¼l¼rse eksiğin tamamlanması gerekmektedir (19-20).

Yaşla birlikte artan sıklığı ve klinik sonuçları nedeniyle olası vitamin D eksiğliğinin erişkinlerden farklı olarak yaşlılarda mutlaka değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle yaşlılarda D vitamini d¼zeyleri mutlaka ölç¼lmeli ve eksiğliği halinde yerine konulmalıdır.

Her ne kadar minimum D vitamini d¼zeyi bu grup için 50 nmol/l olarak belirlenmişse de en son literat¼rler D vitamini d¼zeyinin, hastaların d¼şmesini ve de yaralanmasını önlenmesi bakımından minimum 65-75 nmol/l seviyesinde tutulmasını tavsiye etmektedir (20-22).

Sıvı

G¼nl¼k minimum olarak 1700 ml/g¼n içecek alınması (sabit beslenmede alınan su buna dahil değildir) beslenme heyetinin vermiş olduğu tavsiyeye uygundur (17, 23). Beslenme destek tedavisi planlanırken özellikle hiç ek oral sıvı alamayan hastalarda g¼nl¼k sıvı ihtiyacı ayrı olarak hesaplanmalı (ek bir kontreindikasyon yok ise kilogram başına 30 ml) ve gerekirse besin destek ¼r¼nlerinin yanında ek sıvı verilmelidir.

Denetim

Yukarıda belirtilmiş olan hedefleri yakalayabilmek ve tedavinin etkilerini denetleyebilmek için pratik gerçekçi enstr¼manlara gereksinim vardır. Akademik Geriatri Derneği olarak maln¼trisyonda beslenme tedavisinin etkilerini belirlemek için en önemli takip ve denetim aracı olarak kilo gidişatını g¼rmekteyiz. Aynı zamanda MNA da bir denetim aracı olarak kullanılabilir; ancak bu kilo gidişatının takibinden daha yoğun çalışma gerektiren bir işlemdir.

Beslenme destek tedavisinin nihai hedefi kilonun sabit tutulması veya artmasıdır. Tedavi, beslenme durumu stabil hale gelene kadar ve/veya istenilen hedeflere ulaşılana kadar s¼rd¼r¼lecektir (24-26).

Tedavi Süresi

Beslenme araştırmalarının çoğu, destek tedavisinin ölçülebilir etki ve sonuçlarına ulaşılabilmesi için ortalama üç aylık bir sürenin gerekli olduğunu göstermektedir (17).

Tedavi takibi için basit kilo gidişatının kontrolünü tavsiye etmekteyiz. şayet kilo stabilize edilmişe veya arzu edilen kiloya ulaşılmışsa o zaman beslenme destek tedavisi yavaş yavaş azaltılarak düşürülür. Ancak yaşlılarda ve özellikle de çoklu ko-morbid hastalıkların varlığında kilo takibinin objektif olarak yapılmasını engelleyecek faktörlerin olabileceği (ödem, asit gibi) unutulmamalıdır. Kilo dışında başka göstergelerle malnütrisyon tedavisinin etkinliği de mutlaka değerlendirilmelidir.

Altta yatan faktörlerin çözümü (mesela uygun diş protezlerinin yapılması) daha iyi beslenme için önemlidir. Bunun gibi çözülmesi gereken diğer konular yemek hizmetleri, uygun yemek yeme ortamının oluşturulması, alışverişin yapılarak eve getirilmesi ve ilaç kullanımının uygulanması olarak düşünölmelidir (27-29).

Beslenme yetersizliğinin altında yatan faktörlerin envanteri

Yaşlı hastalarda malnütrisyon tedavisi tek başına beslenme destek tedavisi ile mümkün olmayabilir. Bu yüzden altta yatan nedenlerin tespit edilmesi gerekmektedir. Çok çeşitli kombinasyonlar halinde karşımıza çıkabilecek tüm faktörler değerlendirilmeli ve tüm olası sebeplere çözüm olacak bir tedavi planı geliştirilmelidir. Tüm bu tedavi seğeneklerinin çok disiplinli geriatri ekibi tarafından biliniyor olduğu varsayılmaktadır. Söz konusu tedavi yöntemleri hastaneden taburcu olduktan sonra veya poliklinikteki kontrolden sonra da önem taşımaktadır.

Pratikteki anlamı

Özet olarak geriatri hastalarında malnütrisyonun tedavisi için, bu hastaların beslenme durumunun tespit edilmesinin yanı sıra malnütrisyonu yol açabilecek diğer faktörlerin de gözden geçirilmesi ve bu sorunlara bütöncöl bir yaklaşım gerekmektedir. Bunu ancak KGD ve MNA yardımı ile yapabilirsiniz. Böylece beslenme destek tedavisi ve nedensel faktörlerin ortadan kaldırılması ile çok disiplinli bir tedavi planı geliştirilebilir. Beslenme destek tedavisinin temel amacı, hastanın günlük enerji (minimum 1500 kcal/gün), protein (minimum 1,2 g/kg vücut ağırlığı/gün), vitaminler ve mineraller (ADH'ya göre), D vitamini (65-75 nmol/l düzeyi yakalamak için) ve sıvı (minimum 1700 ml/gün) ihtiyacının karşılanmasıdır. Kötü

beslenme durumunun iyileştirilmesi için en az 400 kcal/gün ekstra ek besin verilmesi ve bunun mevcut beslenme alışkanlığının üzerine eklenmesi gerekmektedir. Böylece minimum enerji ve protein gereksinimi karşılanmış olacaktır. Beslenme destek tedavisinin şekli (oral, enteral, parenteral) hastanın istekleri, güvenilirlik ve etik değerler doğrultusunda belirlenecektir. Beslenme destek tedavisinin etkin olabilmesi için tedavinin basit fiziksel egzersiz ile kombine edilmesi gerekmektedir (mesela günde on beş dakikalık yürüme).

Çok yönlü tedavinin etkilerinin izlenmesinde kilo gidişatının takibi yapılır. Burada amaç kilonun sabit tutulması veya artışıdır. Beslenme destek tedavisinin süresi genellikle maksimum üç ay olup bu süre bireyin klinik durumuna göre değişiklik gösterebilmektedir.

Tedavide önemli olan istenilen nutrisyonel hedeflere ulaşılması ve bunun sürdürülerek malnütrisyonun önüne geçilmesidir. Kırılgan yaşlılarda beslenme destek tedavisi çoğunlukla ev ortamında uygulanmaktadır. Hasta takip dışı kaldığında hastanedeki geriatri ekibi etkisiz kalacaktır. Bu durumda ekip, hastalarla iletişime geçerek daha iyi bir tedavi şekli önerebilir. Hastalar ayda bir kez tartılarak, en azından üç ayda bir görülmek sureti ile takip edilebilir. İyi bir beslenmenin ve sıvı alımının bu gibi durumlarda ne kadar önemli olduğu konusunda hasta ve yakınları bilgilendirilebilir. Mesela bu konularda hastalara sağlıklı beslenme broşürü verebilir. İyi beslenme durumunun sağlanması için daha önce ortaya konulmuş olan buna yol açabilecek nedensel faktörlere yönelik düzenlemeler gerçekleştirilmelidir. Hastanın sağlık durumunda herhangi bir olumsuzluk olması halinde beslenmesi yeniden değerlendirilmeli ve altta yatan faktörler araştırılmalıdır.

VI. İlgili Disiplinler ve Bunların Rollerini

Hedefler

Günümüzde yaşla birlikte artan biyo-psiko-sosyal problemlere aday yaşlı bir bireyde malnütrisyon geriatrik bir sendrom olarak kabul edilmektedir. Bundan dolayı malnütrisyon her zaman çok faktörlü ve çok disiplinli olarak ele alınmalıdır.

Tedavi, iki destekten müteşekkil olup, malnütrisyon faktörlerinin sebeplerine olduğu kadar beslenme durumunun kendisine de yönelmelidir.

Malnütrisyon multidisipliner olarak değerlendirilmeli ancak her bir disiplinin de kendine has rolleri ve sorumlulukları olmalıdır (30-33). Bu rol ve sorumluluklar hastanın mevcut konumuna bağlıdır: burada söz konusu olan geriatri kliniğinde yatan bir hasta mı yoksa geriatri bölümünde yatmayan bir hasta mı veya bu bir poliklinik hastası ile mi ilgilidir?

YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON KILAVUZU

Bu başlık, yaşlı hastalarda malnütrisyonun tedavisine dahil olan çeşitli disiplinlerin katkılarını açıklamakla birlikte, aynı zamanda söz konusu disiplinlerin sorumluklarını da ortaya koymaktadır.

Görüş Birliği

Malnütrisyonun tedavisinde ilgili olan disiplinler, tedavi ekibinin interdisipliner hareketi ile şekillenir.

Tablo 6.1

Geriatri hastalarında malnütrisyon tedavisine dahil olan roller ve disiplinler.

	Geriatri bölümünde bulunan klinik hastası	Poliklinik hastası	Geriatri bölümünde bulunmayan klinik hastası
Geriatri uzmanı	Başlıca doktor	Başlıca doktor	Konsültan, bakım çekirdek ekibin üyesi
Geriatri hemşiresi	Bakım çekirdek ekibin üyesi	Bakım çekirdek ekibin üyesi	Bakım çekirdek ekibin üyesi
Diyetisyen	Bakım çekirdek ekibin üyesi	Bakım çekirdek ekibin üyesi	Bakım çekirdek ekibin üyesi
Geriatri uzmanı olmayan tıbbi uzman	Konsültan	Konsültan	Başlıca doktor
Hasta bakıcı	Politikanın uygulanmasında ilişkili kişi	Politikanın uygulanmasında ilişkili kişi	Politikanın uygulanmasında ilişkili kişi
Aile hekimi	Politikanın uygulanmasında ilişkili kişi	Politikanın uygulanmasında ilişkili kişi	Takip ve tedavinin devamı için işbirliği
Bakıcı veya hasta yakını	Takip ve tedavinin devamı için işbirliği		

Her hastanın değerlendirilmesinde, fizyoterapist, ergoterapist, logopedist, sosyal hizmet uzmanı ve sosyal bakıcı gibi dal elemanlarının ekip için gerekliliği ortaya konulmalı ve gerekiyorsa ekibe dahil edilmesi gerekmektedir. Ancak bu mesleklerde ve geriatri bilim dallarına bağlı olarak çalışan kişilerin sayısı ve istihdamı son derece kısıtlıdır.

İnterdisipliner tedavi ekibi başlıca doktor ile birlikte, “tedavi çekirdek ekibi” olarak adlandırılmış olan bir diyetisyen ve bir geriatri hasta bakıcısından oluşmaktadır.

Diğer disiplinler ise yan tedavi işlemlerinde veya girişimlerin gerçekleştirilmesi ile ilgili durumlarda ekibe dahil edilebilirler. Tablo 6.1, görüş birliği grubu tarafından tespit edilmiş olan roller ve sorumluluklar ile ilgili bir özet vermektedir.

Temel Olarak

Hastanede yatan hastalarda malnütrisyon tedavisi tedavide sorumluluk almış olan bir ekip tarafından yürütülür. Tedavi ekibinin başında bir doktor bulunur. Bu ekip içerisinde ve tercihen ekibin başında bir geriatri uzmanı olması son derece yararlı olacaktır. Bu açıdan ülkemizde geriatri uzmanı sayısı ivedilikle arttırılmalıdır. Ekip, hekim ile birlikte bir diyetisyen ve bir geriatri hasta bakıcısı veya hemşiresinden oluşmaktadır.

Poliklinikteki hastada, başlıca doktor geriatri uzmanıdır. Çok disiplinli bakım ekibinde en az bir diyetisyen ve bir geriatri hasta bakıcısı bulunmalıdır. Çok disiplinli bakım ekibi malnütrisyon tanısını sağlar ve izlenecek yolu belirler. Hastanın bundan sonraki dönemde takip edildiği aile hekimi tarafından artık beslenme destek tedavisine ihtiyaç duymadığı kanısına varılması durumunda hasta bu açıdan değerlendirilmek üzere geriatri polikliniğine yönlendirilir. Girişimlerin gerçekleştirilmesinde mümkün olduğunca bir bakım personelinin konuya dahil edilmesine dikkat edilmelidir. Eğer gerekli görülür ve istenirse diğer disiplinler de konsültasyona dahil edilebilirler. Geriatri uzmanı hastayı yine aile hekimine sevk edecek olursa, aile hekiminin yapacağı tedaviler ile ilgili olarak yönlendirici bir görev de üstlenmiş olacaktır.

Geriatri dışında bir bölümde tedavi görmekte olan klinik geriatri hastasının beslenme yetersizliği tedavisinde, şu görüş birliğine varılmıştır. Tıp uzmanı nihai sorumluluk taşıyan kişidir. Geriatri uzmanı, bir diyetisyen ve bir geriatri hasta bakıcı bakım çekirdek ekibini teşkil etmektedir. Kendileri bu işlemler esnasında bir hasta bakıcı ve hasta bakımı bölümünden bir beslenme asistanınca da asiste edilir. Diğer uzmanlar veya disiplinler konsültasyon esnasında tıbbi belirtiler için gerekli görülürlerse çağrılabilir.

Pratikteki anlamı

Tablo 6.1’de malnütrisyon tedavisindeki disiplinlerin sorumlulukları ve rolleri şematik bir şekilde gösterilmiştir. Tablo 6.2’de ise malnütrisyon görülen ve Geriatri kliniğinde bulunan geriatri hastalarının bakımında yer alan bakım ekibinin üyelerinin sorumlulukları şematik bir şekilde gösterilmektedir. Bu sorumluluklar aynı zamanda Geriatri beslenme yönetmeliğinde de verilmiş bulunmaktadır (?).

Tablo 6.2

Malnütrisyon görülen ve Geriatri kliniğinde bulunan geriatri hastaların bakımında yer alan bakım ekibinin üyelerinin sorumlulukları:

Bakım ekibi üyesi	Sorumlulukları
Klinik geriatri uzmanı	Her bir hastada beslenme yetersizliğine yaklaşım ile ilgili nihai sorumluluk
	KGD (Kapsamlı geriatrik değerlendirme)’yi uygulamak ve malnütrisyonun nedensel faktörlerini belirtmek
	Beslenme yetersizliğini sorun listesinde belirtmek
	Ekip üyeleri ile birlikte tedavi planını hazırlamak
	Haftalık bazda bakım ekibinin üyeleri ile birlikte beslenme sorunlarını görüşmek
	Taburculuk sırasında yapılan görüşmelerde hasta ve bakıcı ile beslenme sorunlarını görüşmek
	Beslenme sorunları ile ilgili yazılı devir etme işlemi ve sevk etme listesini işlemek
Geriatrik hemşiresi	Bakım ekibi üyesi
	KGD’nın havale edilmiş olan bölümlerin işlemlerini uygulamak
	MNA’yı uygulamak
	Beslenme destek asistanını konu ile ilgili olarak bilgilendirmek
	Diyetisyeni devreye sokmak
	Ekip üyeleri ile birlikte tedavi planını hazırlamak
	Hastayı haftada iki kere tartmak
	MDO esnasında haftalık bazda bakım ekibinin üyeleri ile birlikte beslenme sorunlarını görüşmek
	Taburcu etme esnasında yapılan görüşmelerde mutlaka bulunmak, hasta ve bakıcı ile beslenme sorunlarını görüşmek
	Yazılı devir etme işlemlerinin birinci basamağa gelmesini sağlamak

Diyetisyen	Bakım ekibi üyesi
	MNA'dan bilgi toplamak
	Enerji, protein, mikro besinler, sıvı alımı ve gereksinimi değerlendirmek
	Beslenme tavsiyesini hazırlamak
	Kilo gidişatını değerlendirmek
	MDO esnasında haftalık olarak bakım ekibinin üyeleri ile birlikte beslenme sorunlarını görüşmek
	Hasta ve bakıcı ile beslenme sorunlarını görüşmek
	Yazılı devir etme işlemlerinin birinci basamağa gelmesini sağlamak
Beslenme asistanı	Normal beslenme takibinin yapılması, enerji ile zenginleştirilmiş beslenme uygulanması veya oral beslenmeye (minimum 400 kcal ekstra/gün) ekleme yapılmasını sağlanmak
	Hastanın optimal bir şekilde enerji, protein ve sıvı almasını teşvik etmek

KGD: kapsamlı geriatrik değerlendirme; MDO: multidisipliner tartışma; MNA: mini nüt-risyonel değerlendirme

VII. Değişik Grupların Katılımlarıyla Doğan İş Birliği ve İle-tişim

Hedefler

Beşinci başlıkta tedavi ile ilgili olarak açıklanmış olduğu üzere, tedavi planının süresi minimum üç aydır. Bu da demektir ki, çoğunlukla hastaneden taburcu edildikten sonra hastanın tedavisine devam edilecektir. Bunu mümkün kılabilmek için ise birinci basamakta görevli bakım uzmanları ile (aile hekimi, diyetisyen ve evde bakım sağlayan kişiler) iletişimin sağlanması gerekmektedir.

Görüş Birliği

Taburculukta yapılacak görüşmeler

Ev ortamındaki uygulamaların devam ettirilebilmesi, hastanın ve bakıcısının bu işlemlere dahil edilmesi ile başlar. Bu sebepten dolayı beslenme sorunları ve planlanmış olan uygu-

lamalar ile ilgili görüşmeler, taburcu edilirken hasta ile yapılacak olan görüşmeler, hasta ve bakıcısı ile yapılan görüşmeler oldukça önemlidir. Taburcu edilirken oral enteral beslenme desteği tavsiye edilebilir. Yemek yeme ortamının iyileştirilmesi ve egzersiz programına ilişkin yapılacak olan tavsiyeler somut olarak ortaya konulmalıdır. Hastanın hareket etmesi için buna teşvik edilmesi önemlidir. Günlük yemek listesinin tutulması kadar, kilo gidişatı, yemek yeme alışkanlığında diğer değişiklikler, şikâyetler ve sınırlamaların kaydedilmesi de oldukça yararlı olacaktır (yemek yeme günlüğü... gibi). Bunların yanı sıra sözlü olarak verilecek olan bilginin gerektiğinde yazılı bilgilendirme materyali ile de desteklenmesi önemlidir.

Devir

Birinci basamak bakım uzmanları ile yapılacak olan müşterek çalışma, lokal randevular ile gerçekleşir. Bu işbirliğinde önemli olan beslenme sorunlarına ilişkin bakım planının yazılı olarak devredilmesidir. Sözlü devir ise istenmiş olması durumunda ve beslenme girişimleri ile ilgili acil sorular olduğunda gereklidir.

İkinci konu, yazılı devirin azami olarak aşağıda belirtilen bilgileri ihtiva etmesi gereklidir:

- Malnütrisyon ve nedenlerinin tespiti ve ifade edilmesi
- Hedefler ve uygulamalar
- Hastaneye yatırmada / ilk poliklinik ziyaretindeki kilo
- Taburcu edilmede / son poliklinik ziyaretindeki kilo;

Uygulamalar ile ilgili sözleşmeler (Bizim tarafımızdan yapılacak işler.....

Sizin tarafınızdan yapılacak işler.....)

Hasta bakım devri, prensip olarak tıbbi devir ve bunun ayrıntıları ile ilgili bilginin aynısını ihtiva etmelidir. Bu nedenle bakım devri ile tıbbi devir tutarlı olmalıdır. Bakım devri aynı zamanda tamamlayıcı disipline özgü bilgileri de ihtiva etmelidir. Böylece hasta bakım devri, optimal yemek yeme ortamı, diyet ile ilgili istekler v.s gibi ekstra bilgileri de içeriyor olacaktır. Diğer taraftan tıbbi uygulamalar dışı bakım devri, tamamlayıcı mahiyette mesleğe özgü bilgi ihtiva etmektedir. Bunların birbirlerine karışmasını önlemek amacıyla bir çok disiplinli devir oluşturulmalıdır.

Pratikteki Anlamı

Görüş birliği grubu malnütrisyon durumunda olan poliklinik hastası için ortaya konulan roller ve sorumluluklar üzerinde oldukça fazla durmuştur: Geriatri uzmanının sorumlulukları nereye kadar gider ve aile hekimi bu hasta ile ilgili tedaviyi ne zaman kendisine geri döndürür? Hangi uygulamalar klinik geriatri uzmanı tarafından işleme konulur, bunlardan hangisi aile hekimi tarafından işleme konulur?

Bu konularda aile hekiminin bilgi birikimi ve deneyimi yeterli olmayabilir.

Hasta nihai olarak birinci basamağa geri döndürülecek olursa, aile hekiminin bu hasta üzerindeki tedaviyi tamamen kendi üzerine alması gerekecektir. Bu hastaları evde bakım sistemi içerisinde ve yine geriatri uzmanı tarafından kontrolü yapılan bir şekilde takip etmek son derece yararlı olacaktır.

VIII. Beslenme Destek Tedavisinde Geri Ödeme Prensipleri

İhtiyacı olan hastaların nütrisyonel yönden uygun şekilde değerlendirilmesi ve tedavinin planlanması, bu tedavinin tam olarak uygulanabilmesi için yeterli değildir. Hastaların önerilen beslenme destek ürünlerini temin edebilmesi gerekmektedir. Burada geri ödeme prensipleri büyük önem taşımaktadır. Önerilen tedavinin sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanıyor olması gerekmektedir.

Ülkemizde uygulanan geri ödeme kuralları şu şekildedir;

Enteral beslenme ürünleri:

(1) Yatan hastalar dışında, normal çocuk beslenmesinde kullanılanlar hariç olmak üzere malnütrisyonu olanlar ve/veya malabsorpsiyonlu olanlar veya oral beslenemeyen ancak enteral beslenmesi gereken hastalar ile doğuştan metabolik hastalığı olanlar ve/veya kistik fibrozisi olanlara sağlık kurulu raporuna dayanılarak uzman hekimlerce reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.

(2) Raporda, beslenme ürününün adı, günlük kalori ihtiyacı ve buna göre belirlenen günlük kullanım miktarı açıkça belirtilerek reçeteye en fazla 30 günlük dozda yazılacaktır.

(3) Raporda belirtilmek kaydıyla;

Son 3 ayda ağırlığında %10 ve daha fazla kilo kaybı olanlar veya

“Subjektif global değerlendirme kategorisi” C veya D olanlar veya

Çocukluk yaş grubunda, yaşına göre boy ve/veya kilo gelişimi 2 standart sapmanın altında (< -2SD) olanlar,

malnütrisyon tanımı içerisinde kabul edilecektir.

Şu durumlarda beslenme destek ürünleri katılım payından muaf olarak geri ödenir:

Madde 2. Kanser

Madde 3. Kronik böbrek hastalıkları, organ ve doku nakli

Madde 6.3 İnflamatuvar barsak hastalıkları(sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır)

Madde 6.4 Kronik karaciğer hastalıkları(sadece K74 ve alt kodlarında malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır)

Madde 6.5 Koroziv gastrointestinal yanıklar

Madde 6.7 Ekzokrin pankreas bozuklukları(sadece K86.1 kodunda malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır)

Madde 8. Kan hastalıkları

Madde 9.2.19 Skleroderma(Sadece oral beslenmenin mümkün olmadığı skleroderma hastalığında muafiyet kapsamındadır.)

Madde 10. Kronik nörolojik hastalıklar

Madde 10.8 Oral beslenmenin mümkün olmadığı kronik nöromusküler hastalıklar

Madde 15. Diğer hastalıklar

Madde 15.4 Barsak operasyonundan dolayı oluşan malabsorbsiyonlar ve malnütrisyonlar. İlk iki yaşta inek sütü alerjisi. Doğuştan metabolik ve kalıtsal hastalıklar

Madde 15.5 Kistik fibrozis (Mukovizidozis) (sadece malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır)

Madde 15.14 Pierre Robin Sendromu

Madde 15.15 Gastrostomi durumu

Geri Ödemede Sorunlar ve Öneriler

1. Hastaların kilolarını ölçmenin mümkün olmadığı durumlarda üst orta kol ve baldır çevresinin değerlendirilmesi uygun olacaktır.
2. Sarkopeni önemli bir geriatrik sendrom olup tanı ve tedavide geri ödemeye alınmalıdır.
3. Rapor çıkartmada özellikle evde yataklık durumda olan hastalarda çok sık sorunla karşılaşmaktadır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı ilgili birimleri, SGK ve geriatri bilim dallarının işbirliği oluşturulmalıdır.
4. Yeni endüstriyel tıbbi beslenme ürünlerinin kullanıma sunulmasının hızlandırılması konusunda önlemler alınması önerilir. Bu konuda Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, SGK ve Akademik Geriatri Derneği arasında işbirliği yapılması önerilmektedir.
5. Raporu olan hastada reçete yazılmış olsa dahi sıralı eczane sistemi olması yaşlının

ve yakınlarının işlerini güçleştirmektedir. Bu konuda ürünün tedariki yaşlılar için kolaylaştırılmalıdır.

6. Tıbbi beslenme ürünleri ve malzeme ürünleri ile ilgili her yıl ana ihale yapılmakta ve bu ihale ile öngörülen ürün miktarı bir yıl boyunca aşılamamaktadır. Diğer taraftan başta öngörülen miktarları aşan ihtiyaç olduğunda hasta tedavisi aksamakta ve buna çözüm bulunamamaktadır.
7. 65 yaş ve üstü kişilerde ayrıca yaştan bağımsız olarak orta ve ileri evre demansta, inme tanısı olan kişilerde SGK uygulamaları yaşlılar lehine geliştirilmeli ve kolaylaştırılmalıdır.
8. 65 yaş ve üstü kişilerin malnütrisyon ürünlerine katılım payından muaf tutulması yaşlılar ve aileleri lehine olacaktır.
9. Mevcut SUT ve ekleri uygulamasında geriatri ile ilgili ihtiyaçları belirleyip çözümleri sunmak üzere ivedilikle Akademik Geriatri Derneği içerisinde bir komisyon kurulacaktır. Bu komisyon SGK ve Sağlık bakanlığı ilgili kurumları ile birlikte çalışacaktır.

Kaynaklar-5

1. NHS National Institute for Health and Clinical Excellence. Nutrition Support in Adults: Oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2006. /www.nice.org.uk.
2. Milne AC, Potter J, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. Cochrane Database Syst Rev 2005; Issue 1. Art. No.: CD003288.pub2.
3. Payette H, Boutier V, Coulombe C, Gray-Donald K. Benefits of nutritional supplementation in free-living, frail, undernourished elderly people: a prospective randomized community trial. J Am Diet Assoc 2002;102:1088-95.
4. Larsson J, Unosson M, Ek A-C, Nilsson L, Thorslund S, Bjurulf P. Effects of dietary supplement on nutritional status and clinical outcome in 501 geriatric patients—a randomized study. Clin Nutr 1990;9:179-84.
5. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. Arch Intern Med 1997;157:327-32.
6. Meier DE, Ahronheim JC, Morris J, Baskin-Lyons S, Morrison RS. High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. Arch Intern Med 2001;161:594-9.

7. Lipman TO. Grains or veins: is enteral nutrition really better than parenteral nutrition? A look at the evidence. *J Parenter Enteral Nutr* 1998;22:167-82.
8. Braunschweig CL, Levy P, Sheean PM, Wang X. Enteral compared with parenteral nutrition: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2001;74:534-42.
9. Pittiruti M, Hamilton H, Biffi R, MacFie J, Pertkiewicz M; ESPEN. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: central venous catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications). *Clin Nutr* 2009;28(4):365-77.
10. Metheny NA, Meert KL, Clouse RE. Complications related to feeding tube placement. *Curr Opin Gastroenterol*. 2007;23(2):178-82. Review.
11. Haddad RY, Thomas DR. Enteral nutrition and enteral tube feeding. Review of the evidence. *Clin Geriatr Med*. 2002; 18(4):867-81. Review.
12. American Dietetic Association. Ethical and legal issues in nutrition, hydration, and feeding (Guidelines). *J Am Diet Assoc* 2002;102:716-26
13. Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration—fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med* 2005;353:2607-12.
14. Salanave B, Vernay M, Szego E, Malon A, Deschamps V, Hercberg S, Castetbon K. Physical activity patterns in the French 18-74-year-old population: French Nutrition and Health Survey (Etude Nationale Nutrition Santé, ENNS) 2006-2007. *Public Health Nutr*. 2012;15(11):2054-9
15. Harris JA, Benedict FG. A Biometric Study of Human Basal Metabolism. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1918;4(12):370-3.
16. Kreyman KG, Berger MM, Deutz NE, Hiesmayr M, Jolliet P, Kazandjiev G, Nitenberg G, van den Berghe G, Wernerman J; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Ebner C, Hartl W, Heymann C, Spies C; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. *Clin Nutr*. 2006;25(2):210-23.
17. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, Palmblad J, Schneider S, Sobotka L, Stanga Z; DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Lenzen-Grossimlinghaus R, Krys U, Pirlich M, Herbst B, Schütz T, Schröer W, Weinreb W, Ockenga J, Lochs H; ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clin Nutr*. 2006;25(2):330-60.
18. Wolfe RR. Perspective: optimal protein intake in the elderly. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(1):65-6.
19. (Günlük olarak tavsiye edilen miktarlar: Johnson KA, et al. 2002, *Clin Geriatr Med*;18:773-799, www.vitaminedo.nl.)

20. Vitamin nutrition in older adults. *Clin Geriatr Med.* 2002;18(4):773-99. Johnson KA, Bernard MA, Funderburg K.
21. Terabe Y, Harada A, Tokuda H, Okuizumi H, Nagaya M, Shimokata H. Vitamin D deficiency in elderly women in nursing homes: investigation with consideration of decreased activation function from the kidneys. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Feb;60(2):251-5.
22. Toffanello ED, Perissinotto E, Sergi G, Zambon S, Musacchio E, Maggi S, Coin A, Sartori L, Corti MC, Baggio G, Crepaldi G, Manzato E. Vitamin D and physical performance in elderly subjects: the Pro.V.A study. *PLoS One.* 2012;7(4):e34950.
23. Hines S, Wilson J, McCrow J, Abbey J, Sacre S. Oral liquid nutritional supplements for people with dementia in residential aged care facilities. *Int J Evid Based Healthc.* 2010;8(4):248-51.
24. Anbar R. Enteral nutrition. *World Rev Nutr Diet.* 2013;105:50-8.
25. Bowling T. BAPEN: what is it, what does it do, and what can it do for you? *Br J Community Nurs.* 2012 May;Suppl:S6-8
26. Racco M. An enteral nutrition protocol to improve efficiency in achieving nutritional goals. *Crit Care Nurse.* 2012;32(4):72-5.
27. Olin AO, Osterberg P, Hadell K, Armyr I, Jernström S, Ljungqvist O. Energy-enriched hospital food to improve energy intake in elderly patients. *J Parent Ent Nutr* 1996; 20:93–7.
28. Allison SP, editor. Hospital food as treatment. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition 1999. /www.bapen.org.uk.
29. Gall MJ, Grimble GK, Reeve NJ, Thomas SJ. Effects of providing fortified meals and betweenmeal snacks on energy and protein intake of hospital patients. *Clin Nutr* 1998;17:259–64.
30. Howard P. Organisational aspects of starting and running an effective nutritional service. *Clin Nutr* 2001;20(4): 367–74.
31. Webster J. Team working: understanding multi-professional working. *Nursing Older People* 2002;14(3):14–9.
32. Barr O. Interdisciplinary teamwork: consideration of the challenges. *Brit J Nurs* 1997;6(17):1005– 10.
33. Pennington CR. Nutritional management: when and how should we become involved. *Clin Nutr* 2002;21(3):191–4

Grup III
Huzurevi, Bakımevi
ve Evde Bakımda
Malnütrisyon

IX. Yetersiz Beslenmede Kalite Göstergeleri:

Giriş ve Hedefler

Bu başlığın kılavuzdaki hedefi, geriatri hastalarının malnütrisyonunun tanı, takip ve tedavisi için geçerli ve kullanılabilir bir kalite göstergeleri seti geliştirilmesinin başlatılmasıdır. Kalite göstergeleri seti, bakım hizmeti verenlerin bakım kalitelerini ölçmek ve iyileştirmek için kullanılmaktadır. Bu kılavuzun yürütülmesi için bir yönetmelik ile desteklenmesi gerekmektedir.

Ölkemizde malnütrisyonun taranması ve tedavisiyle ilgili geriatri hastaları için spesifik kalite göstergeleri belirlenmemiştir ve yönetmeliklerde bu şekilde tanınan bir gösterge mevcut değildir. Hollanda'daki örnekte malnütrisyonun taranması ve ciddi malnütrisyon gösteren hastaların tedavisi ile ilgili olan kalite göstergeleri yürürlüğe konmuştur. Ayrıca bu örnekte son bir ayda veya son altı ayda tespit edilen nedensiz ve istemsiz kilo kaybı kalite göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Kalite Göstergelerinin Çeşitleri

Bir kalite göstergesi, basit bir şekilde pratikte uygulanabilen Savaş ve Paydadan oluşan bir orandır (Savaş/Payda). Örneğin Hollanda örneğinde hastanedeki malnütrisyon taramasındaki kalite göstergesinde savaş hastaneye yatırılmış yetişkin hastalardan taranmış olanların sayısını, payda hastaneye yatırılmış yetişkin hastaların toplamını belirtir. Malnütrisyonun tedavisi için kalite göstergesinde aynı zamanda hastaneye yatışın dördüncü gününde tespit edilmiş bulunan protein gereksinimi duyan ciddi malnütrisyon hastalarının sayısı sayacı, toplam ciddi malnütrisyon gösteren yetişkin hastaların sayısı da paydayı belirler.

Geliştirilmiş olan göstergeler aşağıdaki hedeflere ulaşmış olmalıdır:

1. Gösterge yüksek özgüllük taşımalıdır (bu da demektir ki: neyi ölçmek istersen onu ölçersin);
2. Gösterge belirgin ve standart bir şekilde formüle edilmelidir;
3. Göstergenin yüksek geçerliliği ve tutarlılığı bulunmalıdır (bu da demektir ki: diğer göstergeler ile çelişkide değildir);
4. Gösterge, değerlendirmeyi yapan farklı uzmanlar arasında iyi bir güvenilirlik sağlamalıdır (bu da demektir ki: göstergenin sonucu uygulayan kişi faktöründen etkilenmemektedir);
5. Gösterge, herkes tarafından kolay uygulanabilir, finansal olarak geri ödemesi olmalıdır;

6. Gösterge yeterli derecede ölçülebilir mahiyette olmalıdır;
7. Gösterge yeterli şekilde verilen hizmet kalitesini gösterme gücüne sahip olmalıdır.

Malnütrisyon durumunda bakımın kalite göstergeleri; prosedürel bileşenler, yapısal ve sonuçlar olarak üç bileşene ayrılmıştır.

Araştırmalar üç bileşene ayrılmış olan göstergelerin çeşitli bakım sağlayan tarafların bakım kalitesinin birbirleri arasında mukayese edilmesinde çok iyi bir şekilde kullanılabileceğini göstermiştir.

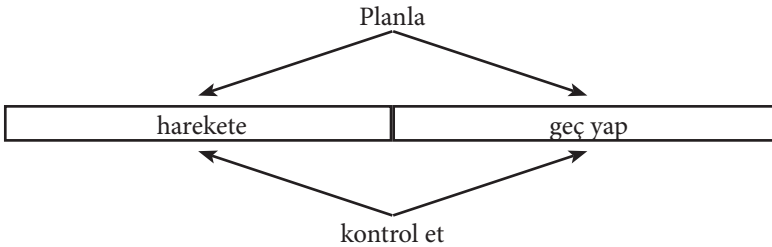
Bu üç bileşenin birbirleri ile ilişkide olduklarına dair göstergeler de bulunmaktadır. Prosedürler ve sonuçlar, uygulamaları kayıt etmeyi, ölçmeyi ve değerlendirmeyi kapsamaktadır. Malnütrisyon taranması kalite göstergesinin prosedür göstergesidir; kalite göstergesinin uygulanması ise bir sonuç göstergesidir.

Prosedürlerin göstergesi kapsamında ayrıca, teşhis etme, bu prosedürün uygulanması ve interdisipliner bakım ve takibi bulunmaktadır.

Şayet ölçümün sonuçları *plan-do-check-act* (planla-yap-kontrol et-harekete geç) (PDCA)-iyileştirme süreci (Şekil 9.1) için kullanılacak olursa, o zaman göstergelerin ölçülmesi malnütrisyon tedavisi için kalitesel iyileştirilme ile sonuçlanacaktır.

Şekil 9.1

planla-yap-kontrol et- harekete geç-iyileştirme süreci



PDCA-sürecinin özü, bakımdaki her bir profesyonelin yapmış olduğu işler bazında, tedavinin kalitesinin ne şekilde olduğunun farkına varabilmesini sağlamaktır. PDCA-süreci, tıbbi prosedürün tanı ve tedavi evreleri ile kuvvetli bir benzerlik göstermektedir. Ölçüm ve analiz etmenin kontrol-evresi tanısal prosedür ile çok benzerlik göstermektedir: sorun nedir ve buna ne sebebiyet vermektedir?

Yukarıda söz konusu olan ölçüm, kalite göstergeleri ile gerçekleşmektedir. Ölçümden sonra hareket-evresinin olması gerekmektedir: mesela burada yeni bir standart tedavi planı yapılır. Planla-yap-süreci de tedaviye çok benzemektedir, bu gibi bir durumda süreci iyileştirme planının uygulamaya konulması gerekmektedir. Bundan sonra tekrar ölçüm gerçekleştirilir ve bu sefer başka bir noktadan olmak üzere iyileştirme süreci yürütülür. Kalitenin devamlılığı için gösterilecek olan çaba hiçbir zaman sona ermez.

Görüş Birliği

Görüş birliği grubunda kalite göstergelerinin içeriği bakımından herhangi bir görüş ayrılığı çıkmamıştır. Diğer taraftan görüş birliği grubu kalite göstergelerinin uygulanmasında malnütrisyonun tedavisi için çalışan geriatri uzmanlarının, interdisipliner geriatri ekibinin, geriatri uzmanının olmadığı illerde ise iç hastalıkları uzmanının gerekliliğini belirtmiştir.

Yukarıda belirtilmiş olan bilgiler dahilinde gelecekte teşhis ve takipte kullanılacak olan birkaç basit göstergenin yolunu açmış bulunmaktayız. Göstergeler pratik ve kolay uygulanabilir olmalı, gereksiz olan detayların üzerine gidilmemeli ve kayıt altına alınmasında bürokratik unsurlara takılmamalı ve böylelikle tedavinin kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olmalıdır.

Bundan sonra biz, klinik ve poliklinik geriatri hastaları için olası göstergeler hakkında görüş bildireceğiz.

Klinik hastaları: malnütrisyon için tedavinin sonuçları :

Sonuç göstergesi:

Sayaç: Hastanede yattığı süre boyunca bir kg'dan daha fazla kilo kaybı gösteren malnütrisyonlu geriatri hastalarının bir servisteki sayısı.*

Payda: Servise yatırılmış olan 65 yaş ve üzeri hastaların toplam sayısı

* Hipervolemi ve ödem tedavisi olarak kilo veren kalp yetmezliği hastaları hariç.

Prosedür göstergeleri:

1. Sayaç: Hastaneye yatırılmada ve de hastaneden taburcu edilmede kiloları belirlenmiş ve tespit edilmiş şekilde dosyaya ve de ayrıca taburcu yazısına eklenmiş olan geriatrik yaş grubundaki hastaların sayısı.

YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON KILAVUZU

Payda: Servise yatırılmış olan geriatrik yaş grubundaki hastaların toplam sayısı.

2. Sayaç: Hastaneye yatırılıştta MNA-skoru belirlenmiş ve tespit edilip dosyasına ve de taburcu yazısına işlenmiş olan ve geriatrik yaş grubunda olan yatan hastaların sayısı.
Payda: Servise yatırılmış olan geriatrik yaş grubundaki hastaların toplam sayısı.

Yapısal Göstergeler:

1. Geriatri bölümünde kırılğan yaşlıların kolaylıkla ve tam olarak ölçülebilecekleri bir tartı aleti, boy ölçer ve mezura mevcuttur.
2. Geriatri bölümünde güncel bir malnütrisyon yönetmeliği mevcuttur ve bu günlük tedavi esnasında uygulanır.
3. Geriatri bölümünde, kalitesel sürecin yardımıyla gerçekleştirilmiş olan malnütrisyon tedavisine ait analiz ve sonuçları yıllık olarak gerçekleştirilmektedir.

Poliklinik hastaları: malnütrisyon için tedavinin sonuçları

Klinik hastaların sonuç göstergeleri poliklinik hastaları için bir değer taşımamaktadır, zira burada söz konusu olan vücut ağırlığı poliklinik hastalarının kalite göstergesi olarak yeterli değildir. Evde yaşayan hastalar için birinci basamakta yapılanlar geliştirilmelidir. Prosedür-ve yapısal göstergeler aynı zamanda poliklinik hastaları için de kullanılabilir.

Prosedür göstergeleri:

1. Sayaç: Hastane başvurularında kiloları belirlenmiş ve hasta dosyası ile poliklinik notunda kayıt altına alınmış olan geriatri kliniğindeki hastaların sayısı.
Payda: Geriatri polikliniğine başvurmuş olan hastaların toplam sayısı.
2. Sayaç: Hastane başvurularında MNA-skoru belirlenmiş ve hasta dosyası ile poliklinik notunda kayıt altına alınmış olan geriatri bölümüne başvurmuş olan hastaların sayısı.
Payda: Geriatri başvurmuş olan hastaların toplam sayısı.

Yapısal Göstergeler

1. Geriatri polikliniğinde, güncel bir malnütrisyon algoritması/yönetmeliği mevcuttur ve bu günlük tedavi esnasında uygulanır.
2. Geriatri polikliniğinde, kalitesel sürecin yardımıyla gerçekleştirilmiş olan malnütrisyon tedavisine ait analiz ve de sonuçları yıllık olarak gerçekleştirilmektedir.

3. Geriatri polikliniğinde kırılđan yaşlıların kolaylıkla ve tam olarak ölçülebilecekleri bir tartı aleti, boy ölçer ve mezura mevcuttur.

Yukarıda verilmiş olan göstergeler sayesinde, bakım sürecinde üç bileşen en iyi şekilde tanımlanabilmiştir. Ancak, malnütrisyonun tedavisinde tüm kalitesel yaklaşımların kalite göstergeleri ile ölçülmesi mümkün olmamaktadır.

Bunların yanında, aslında prensipte bir sonuç göstergesi olan hasta memnuniyeti ile ilgili ne yapılabilir sorusu ortaya çıkmaktadır. Tedavi kalitesi ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişki ise şüphe götürmemektedir. Bu ilişki muhtemelen doğrudan olmamakla beraber bazı bilinmeyen faktörler yardımı ile açıklanabilmektedir. Bu sebepten dolayı hasta memnuniyeti için sonuç göstergelerinin geliştirilmesi istenmemektedir.

Pratik için anlamı

Klinik geriatri pratiği için malnütrisyon kalite göstergesi seti tespit edilerek tanı, tarama ve tedavide standart hedefler belirlemek mümkün olmaktadır; bu da PDCA-iyileştirme süreci yardımıyla yapılacaktır. Yukarıda belirtilmiş olan gösterge setleri interdisipliner geriatri ekibindeki meslek gruplarının yakın iş birliği çerçevesinde çalışmasıyla geliştirilecek ve tespit edilecektir.

Lokal PDCA-hedef göstergelerine bağlı kalmak suretiyle yeni kalite göstergeleri tespit edilebilmektedir, buna örnek interdisipliner/multidisipliner tedavi veya devamlı tedavilerdir. Malnütrisyonunda kalitesel bakımda şeffaf olmak esastır ve bu sonuçlar yıllık raporlar şeklinde ya da bir web sitesinde açıklanabilir.

şayet malnütrisyon için kalite göstergelerinin genişletilmesi isteniyorsa ve bu alanda tedavi kalitesinin daha derinleştirilmesi arzulanıyorsa o zaman aynı zamanda ACOVE-göstergeleri de malnütrisyon için açıklanabilir ve tavsiye edilebilir.

X. Huzurevi/bakımevinde malnütrisyon

Giriş ve Hedefler

Ülkemizdeki huzurevleri Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olan, diğer bakanlıklara bağlı olan, belediyelere ait olan, dernek ve vakıflara ait olan, azınlıklara ait olan huzurevleri ve özel huzurevleri olmak üzere 6 grupta incelenebilir. Bunların toplam sayısı 291, toplam kapasitesi 23972, şu anda bakılan yaşlı sayısı ise 19414'tür (2012 yılı itibari ile) . Bu huzurevlerinin kapasiteleri ile ilgili veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Türkiye'deki huzurevleri.

		Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Yaşlı Sayısı
A	Aile ve Soysal Politikalar Bakanlığı'na Bağlı Huzurevleri	106	11678	10638
B	Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	566	566
C	Belediyelere Ait Huzurevleri	20	2013	1409
D	Dernek Ve Vakıflara Ait Huzurevleri	34	2820	1974
E	Azınlıklara Ait Huzurevleri	7	961	673
F	Özel Huzurevleri	122	5934	4154
	TOPLAM	291	23972	19414

Huzurevi ve bakımevinde kalmakta olan yaşlılar çok sayıda kronik hastalığa sahip olmaları, çok sayıda ilaç kullanmaları (polifarmasi), kırılğanlık ve engellilik oranının yüksekliği nedeniyle artmış malnütrisyon riski altındadır. Huzurevi ve bakımevlerinde kalan yaşlılarda malnütrisyon sıklığı farklı çalışmalarda %16-85 arasında bildirilmektedir. Bu sıklığın artmasında kuruma ve kişiye ait çeşitli faktörler devreye girmektedir. Kuruma ait faktörler personel yetersizliği, personelin vakit darlığı, sakinlerin sayısının fazla olması, personel arasında iletişim problemleri, diyetisyen eksikliği, sunulan yemeğin miktarı ve kalitesi, sakinleri yemek yemeye teşvik etme ve yardım etmede yetersizlik, hemşire ve diğer personelin eğitim eksikliği, malnütrisyon konusunda farkındalık azlığı, yetersiz tarama, tanıda ve tedavide gecikme, yaş ayrımcılığı, fiziksel aktivitelerde düşüş ve sakinlerin tüm gün yatakta bırakılması, uygunsuz ilaç kullanımı, yeterli ve uygun düzenlemelerin eksikliğidir. Kişiye ait faktörler 85 yaş ve üzeri, yaş ayrımcılığı, yaşlı ihmali ve suistimali, iletişim problemleri, konuşma bozukluğu, görme ve/veya işitme bozukluğu, koku ve tat alma duyularında azalma, besin maddelerinin yetersiz alımı, bağımsız yeme yetisinde azalma, postür ve mobilite problemleri, yetersiz egzersiz, bağımlılık, yatağa bağımlı olma, bası yaraları, tremor, apati, izolasyon, yas, depresyon, demans, konfüzyon, alkol alımı, artrit, kanser, diyabet, ağız sağlığı ve oral hijye-

nin bozuk oluğu, çiğneme ve yutma yetersizliği, disfaji, dehidratasyon, solak olma, ilaçlar ve iki veya daha çok kronik hastalığa sahip olmadır. Kronik hastalıklar içinde artrit, kanser, diyabet, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı ve depresyon özellikle risk oluğuurmaktadır.

Ülkemizde 14 huzurevi ve bakımevinin incelendiği Akademik Geriatri Derneği tarafından planlanıp yrtlen ‘‘Türkiye Huzurevleri ve Bakımevleri Nütrisyonel Durum Değerlendirme Projesi’nde (THN)’’ huzurevi/bakımevi sakinlerinin %38.3’inde malnütrisyon, %11.9’unda malnütrisyon riski saptanmığ; huzurevinde kalığ süresi, ilaç sayısı, kapsamlı geriatrik değerlendirme testlerinin bozukluğu, demans, depresyon ve Parkinson hastalığı malnütrisyon ve/veya riski ile iliğkili faktörler olarak tespit edilmiğtir.

Huzurevleri/bakımevlerinde malnütrisyonun tanısı ve tedavisindeki gecikmeler fonksiyonel bağımsızlıkta bozulma, günlük yağam aktivitelerini yerine getirmede bağımlılık, genel iyilik halinde bozulma, dğme ve kırık riskinde artığ, bası yaraları, kognitif fonksiyonlarda bozulma, immünitede baskılanma ve infeksiyonlara meyil, anemi ve hatta mortalitede artığ gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Taranma ve uygun beslenme destek tedavisi ile tedavi edilmesi mümkün olmasına rağmen taranması genellikle yeterince yapılamamakta, bu da tanı konmasında gecikmelere yol açmaktadır.

Grğ Birliği

1. Huzurevleri/bakımevlerinde malnütrisyon yaygın bir problemdir. Akademik Geriatri Derneği tarafından yapılmığ olan THN projesinde huzurevleri ve bakımevlerinde kalmakta olan yağlıların %50.2’sinde malnütrisyon riski veya malnütrisyon olduğunu ortaya konmuğuur. Malnütrisyonun ve malnütrisyon riskinin erken dönemde tespit edilmesi, gereken önlemlerin gecikmeden alınmasını, tıbbi beslenme desteğinin erken dönemde bağlanması ve malnütrisyonun komplikasyonlarının bir ölçüde önlenmesini sağlamaktadır. Bu nedenle huzurevleri ve bakımevlerinde malnütrisyon taraması yapılması önemlidir.
2. Beslenme durumunun tespiti için tarama ve izlem huzurevi ve bakımevinde kalan yağlıların değerlendirilmesinin vazgeçilmez bir parçası olmalı ve her yağlıya uygulanmalıdır.
3. Kuruma kabul edilen her yağlı kabulde beslenme durumu değerlendirilmesinden geçirilmeli ve bu değerlendirme her 1-3 ayda bir tekrarlanmalıdır.
4. Malnütrisyon taraması ve takibi için ideal olan bu değerlendirmenin interdisipliner ekip tarafından yapılmasıdır (geriatrist veya dahiliye uzmanı hekim, hemđuire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, psikolog). İnterdisipliner ekip tarafından

yapılan bu değerlendirme sonucunda yaşlının Geriatri uzmanı ile konsülte edilmesi uygun olur.

5. Beslenme durumu değerlendirmesi ve malnütrisyon taraması sonrası aşağıdaki parametreler yaşlıların dosyalarına kayıt edilmelidir:
 - a. MNA skoru
 - b. Boy, kilo, vücut kitle indeksi
 - c. Hand grip (el sıkma gücü, kas gücünün kas dinamometresi ile ölçümü)
 - d. Kalk – yürü testi, yürüme hızı
 - e. Baldır çevresi, üst orta kol çevresi
6. Kurumlarda yaşlıların boy ve kilosunu tam olarak ölçebilecek tartı aletleri, boy ölçer, mezura, kas dinamometresi ve ilgili diğer aletler bulunmalıdır.
7. Her yaşlıya ihtiyaçlarına uygun bir diyet programı hazırlanması önemlidir. Özellikle malnütrisyon risk faktörlerine sahip olan, malnütrisyonu veya malnütrisyon riski olduğu tespit edilen yaşlılarda kişiye özel hazırlanmış diyet rejimlerinin verilmesi tıbbi beslenme destek tedavisi ürünleri kadar önemlidir. Bu açıdan bakınca her huzurevi/bakımevinde bir diyetisyenin bulunması gereklidir.
8. Mevcut durumda malnütrisyon ve riskinin tespit edildiği yaşlıların beslenme destek tedavisini kesintisiz alabilmesi için sağlık raporu çıkartılması gerekmektedir. Bu raporlama işlemi özellikle mobilite sorunu olan, hastanelere transferi zor olan yaşlılar söz konusu olunca huzurevlerinde sorun olmaktadır. Bu işlemi kolaylaştırmak için huzurevleri ve bakımevleri üniversitelere bağlı Geriatri Bilim Dalları ile bağlantılı olarak çalışmalıdır. Her huzurevi veya bakımevinin afilyasyonunun sağlanıp iletişime geçebileceği bir Geriatri Bilim Dalı tayin edilmelidir. Böylelikle görevlendirilen geriatri uzmanlarının hastanın değerlendirmesini kurumda yapabilmelerine ve tedavisini kurumda başlayabilmelerine imkan verilmelidir. Bu konuda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Geriatri Bilim Dallarının görüşmeleri sağlanarak anlaşma yapılmalıdır. Geriatri uzmanı olmayan illerde bu görev geriatri ve nutrisyon alanında eğitimi olan İç Hastalıkları Uzmanlarına verilmelidir.
9. Mevcut durumda beslenme destek tedavisi verilebilmesi için çıkartılan raporlarda boy, kilo ölçümleri ve son 3 aydaki kilo kaybı durumunu belirtmek gerekmektedir. Kırılğan yaşlılarda ve yatağa bağımlı yaşlılarda bu parametrelerin net olarak tespiti her zaman mümkün olamamaktadır. Huzurevinde kalan yaşlılar için, özellikle de mobilite sorunu olan, yatağa bağımlı olan, kırılğanlığı olan, ileri evre demansı olan, yatak yarası olan yaşlılar gibi fonksiyonel ve kognitif yeti kaybı olan sakinler için raporlama işlemi kriterlerinde kolaylık sağlayacak girişimlerde bulunulmalıdır. Bu durumdaki hastalar için farklı kriterler uygulanmalıdır. Bu konuda Sosyal Güvenlik

Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Enteral Beslenme Ürünleri ve Tıbbi Mamalar Şube Müdürlüğü ile konuyla ilgili akademisyenlerin, geriatri uzmanlarının, Akademik Geriatri Derneği'nin bir araya geleceği toplantılarla bu tarz yaşlılara uygun olacak kriterlerin belirlenmesi gerekir.

10. Oral beslenmesi mümkün olmayan hastalarda beslenme tüpü takılması, PEG yoluyla beslenme gibi ihtiyaçlar ortaya çıktığında bunların uygulanmasındaki prosedürel zorluklar sıklıkla tedavinin gecikmesine yol açmaktadır. Tüp takılması, PEG açılması gibi ihtiyaçların hastayı mağdur etmeden hızlıca yapılabilmesi için her kurum bağlantılı olarak çalışacağı belirlenmiş olan Geriatri Bilim Dalları, geriatri uzmanları ve geriatri uzmanı olmayan illerde İl Sağlık Müdürlüklerinin bu konuda görevlendireceği hastanelerdeki İç Hastalıkları Uzmanları ile irtibata geçebilmelidir. Bu irtibatın sağlanması için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın her kurum ile bir Geriatri Bilim Dalı arasında afilyasyon sağlanmasında kolaylaştırıcı rol oynaması önemlidir.
11. Tıbbi beslenme destek tedavisi alması gereken hastaların raporları iletişim halinde oldukları Geriatri Bilim Dallarında yazıldıktan sonra reçetelerini huzurevi hekimleri yazabilmeli ve gerekli ürünler sıralı eczane sistemi ile değil de herhangi bir eczaneden alınabilmelidir. Bu konuda Sosyal Güvenlik Kurumu ve Türk İlaç Kurumu'na görev düşmektedir.
12. Her huzurevi/bakımevi kuruma ait malnütrisyon risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Bu risk faktörlerinden mevcut olanlar listelenerek bir rapor halinde afiliye oldukları Geriatri Bilim Dallarına, Sağlık Bakanlığı'na, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na sunulmalı, düzeltilebilecek olan risk faktörleri düzeltilerek belirli aralıklarla gelişim raporları ile bildirilmelidir. Bu açıdan kurumlarda denetim yapılmalıdır.
13. Kuruma kabul edilen her yaşlı malnütrisyon risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, bu değerlendirmenin sonuçları yaşlıların dosyasına kaydedilmelidir. Kurumların iletişimde oldukları Geriatri Bilim Dalları tarafından bu raporlar değerlendirilip düzeltilebilecek risk faktörlerinin düzeltilmesi için gerekli girişimler yapılmalıdır. Risk faktörüne sahip yaşlılar daha sık aralıklarla (ayda bir) risk faktörüne sahip olmayan yaşlılar daha uzun aralıklarla (3 ayda bir) malnütrisyon için taramadan geçirilmelidir. Malnütrisyon riski veya malnütrisyonu olduğu tespit edilen yaşlılar için Geriatri Bilim Dalları ile irtibata geçilmesi sağlanmalıdır.
14. Malnütrisyon risk faktörleri, taranması, tespiti, önlenmesi ve tedavi yaklaşımları konularında huzurevi/bakımevi çalışanları eğitilmeli, geriatri uzmanları, beslenme uzmanları, nutrisyon alanı ile ilgilenen uzmanlar bu eğitimlerde aktif rol almalıdır.

Akademik Geriatri Derneği ve Geriatri Bilim Dalları bu eğitimlerin planlanması ve verilmesinde aktif rol oynamalıdır.

15. Her huzurevi/bakımevinin bağlantılı oldukları Geriatri Bilim Dalları ile ortak çalışarak malnütrisyon tarama, önleme ve tedavi için stratejik bir plan ve algoritma geliştirmesi, belirli aralıklarla bu planın işleyişi, aksaklıklar, düzeltilme yolları konusunda gözden geçirme toplantıları yapması uygun olur.
16. Bu uygulamalar geri ödeme sisteminde gerekli karşılığını bulmalıdır. Bunun için Sosyal Güvenlik Kurumunun gerekli düzenlemeleri yapması uygun olur.

Pratik için anlamı

Huzurevi pratiğinde yukarıdan basamaklar uygulanıp personelin eğitim sürecinden geçirilmesi sonrası düzenli taramalar ve takiplerin yapılmasıyla malnütrisyon ve malnütrisyon riskine sahip olan yaşlılar erken dönemde tespit edilebilecek, komplikasyonlar gelişmeden malnütrisyon tedavisi başlatılabilecektir ve iinterdisipliner geriatri ekibi ile gerekli eğitimler verilebilecektir.

Yukarıdaki düzenlemeler gerçekleştirilebildiği takdirde malnütrisyonu tespit edilen yaşlıların tedaviye ulaşmaları kolaylaştırılmış olacaktır.

Kaynaklar-6

1. Dorner B, Niedert KC, Welch PKJ. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: liberalized diets for older adults in long-term care. Am Diet Assoc. 2002;102:1316-1323.
2. Crogan NL, Pasvogel A. The influence of protein-calorie malnutrition on quality of life in nursing homes. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003;58:159-164.
3. Thomas DR, Ashmen W, Morley JE, Evans WJ. Nutritional management in long-term care: development of a clinical guideline. Council for Nutritional Strategies in Long-Term Care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000;55:M725-M734.
4. Ulger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Ariogul S. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. Clin Nutr 2010;29:507-511.
5. Labossiere R, Bernard MA. Nutritional considerations in institutionalized elders. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2008;11:1-6.
6. Copeman J. Promoting nutrition in older people in nursing and residential homes. Br J Community Nurs. 2000;5:277-278, 280-284.

7. Ozturk GB, Tufan F, Saka B, Akin S, Karisik E, Yucel N, Ozturk S, Erten N, Karan MA. Comparison of Nutritional Statuses and Bioimpedance Analysis Parameters in Elders Living in a Nursing Home. *The Journal of Academic Geriatrics* 2011;3:95-102
8. Cowan DT, Roberts JD, Fitzpatrick JM, While AE, Baldwin J. Nutritional status of older people in long term care settings: current status and future directions. *Int J Nurs Stud* 2004;41:225-237.
9. Salva A, Coll-Planas L, Bruce S, De Groot L, Andrieu S, Abellan G, Vellas B; Task Force on Nutrition and Ageing of the IAGG and the IANA, Andrieu S, Bartorelli L, Berner YN, Bruce S, Corman B, Domingo A, Egger TP, de Groot L, Guigoz Y, Imedio A, Planas M, Porrás C, Rovira JC, Salvà A, Serra JA, Vellas B. Nutritional assessment of residents in long-term care facilities (LTCFs): recommendations of the task force on nutrition and ageing of the IAGG European region and the IANA. *J Nutr Health Aging* 2009;13:475-483.

XI. Evde Bakımda Malnütrisyon

Giriş ve Hedefler

Evde bakım kavramı, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici bakımın sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden hareketle tanımlanan, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacıyla güden bir bakım sistemini ifade eder. Evde bakım kavramı çeşitli ülkelerde farklı şekillerde ifade edilmekte olup “Evde Bakım, Evde Sağlık Bakımı, Evde Sağlık ve Sosyal Bakım” tanımları genellikle birbirinin yerine kullanılmaktadır. Evde bakım sadece evde sosyal destek ve yardım hizmetleri vermek değildir. Evde bakım; sağlık problemi, kronik ya da terminal hastalığı veya sakatlığı olan bireylere ev ortamında sunulan kısa ve/veya uzun dönemli geniş kapsamlı bir sağlık ve sosyal hizmetler bütünüdür. Bir diğer tanıma göre evde bakım, birey ve ailelere buldukları ortamda, terminal hastalıkları da kapsayan, hastalık ve yetersizliğin etkilerini azaltarak, bağımsızlık düzeyini artırma, sağlığı sürdürme ya da geliştirme amacıyla sunulan kapsamlı sağlık ve sosyal hizmetlerdir. Bu yolla hasta birey ve ailesinin gereksinimlerine uygun hizmetler planlanır, koordine edilir ve hizmetler kadrolu görevliler tarafından verilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre ise evde bakım, formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında sunulan bakım hizmetleridir. Daha genel tanımıyla, evde bakım; bireylerin fiziksel, mental ve ruhsal sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek için evlerinde sunulan tüm hizmetler olarak ifade edilebilir. Dünya’daki uygulamalarında genel olarak kabul gören tanımlama “Evde Bakım” (Home Care) kavramının gerek sağlık gerekse sosyal hizmetleri kapsayan genel kavram olarak kullanımı, bunun altında “Evde Sağlık Hizmetleri” (Home Health Care) ve “Evde Sosyal Bakım ve Destek Hizmetleri” (Home Aide Services) şeklinde iki ana başlığa ayrılmasıdır. İdeal tanım olarak SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI’nda belirtilen tanımıyla evde bakım (evde sağlık ve sosyal hizmetler bütünü) evde Sağlık Hizmetleri (evde koruyucu sağlık, tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri) ve Evde Sosyal Bakım ve Destek Hizmetleri (kişisel bakım, ev işlerine yardım, yemek hizmeti, sosyal rehabilitasyon, destek, vb.. hizmetler) bileşenlerini kapsamaktadır.

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu ilk olarak 15 yıl önce özel sektörle başlamış, bunu 2001 yılından itibaren yerel yönetimlerin hizmetleri takip etmiştir. Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı resmi gazete de yayınlanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir. Bu konudaki diğer yasal düzenlemeler 1 Temmuz 2005’ten itibaren başlayarak Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu yasal düzenlemelerle “Bakıma Muhtaç Özürlülere” kamu ya

da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde, bakım hizmeti sunulması mümkün hale gelmiştir. Ayrıca yine bir ilk olarak bakıma muhtaç özürsünün evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireyelerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır. Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ilk örnekleri ise 2004 yılından itibaren başlamış, takip eden 5-6 yıllık süre içinde 10 civarında ilde devlet hastaneleri tarafından evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Şubat 2010'da yürürlüğe sokulan "Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması için önemli bir adımdır. Yönergenin amacı; "evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireyelerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireyelerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması" olarak ifade edilmiştir. Ayrıca Yönergede "evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak" ifadesi bulunmaktadır. 2010 yılının son aylarından itibaren Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması çalışmaları başlamış, kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimlerinin yanı sıra mevzuat gereği İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Koordinasyon Merkezleri oluşturulmuştur. Yapılan değişiklik ve ilavelerle, 2011 Şubat ayında "Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" güncellenmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri, genel veya dal hastaneleri, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri yapılandırılmıştır. Üniversite Hastanelerinin de evde bakım birimi oluşturularak hizmet sunabilmesine imkan sağlanmıştır. Bütün bu olumlu gelişmelerin yanı sıra evde bakımla ilgili mevzuatlarda halen açıklar bulunmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin geri ödemesinde, özellikle de üniversite hastanelerinde sorun yaşanmaktadır. Bu kılavuzun bu bölümündeki amaç ülkemizde evde bakımın malnütrisyon ile ilgili alanındaki açıkları, sorunları, aksaklıkları saptamak ve çözüm önerileri sunmaktır.

Görüş birliği

Evde bakımda yaşlının değerlendirilmesinde beslenme durumunun değerlendirilmesi de değerlendirmenin rutin bir parçası olmalıdır. Böylelikle malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin erken tespit edilebilmesi ve komplikasyonlara yol açmadan uygun beslenme destek tedavisi verilebilmesi mümkün olacaktır.

1. Evde bakım ekipleri ile Üniversitelerdeki Geriatri Bilim Dalları arasında entegrasyon sağlanması beslenme sorunlarının ve risk faktörlerinin tespitinde, yönetiminde, tedavisinde ve takibinde geç kalınmaması için gereklidir. Bu entegrasyonun sağlanmasında Sağlık Bakanlığı'na ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na görev düşmektedir.
2. Evdeki yaşlı, malnütrisyon risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Evde bakım notlarında bu risk faktörleri belirlenip kayda geçirilmelidir. Bu risk faktörlerinin düzeltilebilmesi için gerekli girişimler yapılmalıdır. Malnütrisyon risk faktörlerine sahip olan hastaların Geriatri Uzmanına konsülte edilebilmesi için evde bakım hizmeti veren ekipler ile Üniversitelerin Geriatri Bilim Dalları arasında bir iletişim ağı kurulmalıdır. Risk faktörlerine sahip olan yaşlı hastalar her ev vizitinde bu faktörler açısından yeniden değerlendirilmeli, düzeltilememiş faktörlerle ilgili geriatri uzmanına konsülte edilmelidir. Geriatri uzmanının bulunmadığı illerde bu görev İç Hastalıkları Uzmanlarına verilmelidir.
3. Evde bakım için değerlendirilen her yaşlıya kısa MNA testi uygulanmalı, boy, kilo ölçümü yapılmalı ve bunların sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
4. Evde bakımda malnütrisyonu tespit edilen yaşlıların uygun tıbbi beslenme destek tedavisi alabilmesi için evde bakım ekipleri ile geriatri uzmanları arasında afilyasyon sağlanmalıdır. Mevcut durumda beslenme destek tedavisi verilebilmesi için çıkarılan raporlarda boy, kilo ölçümleri, son 3 aydaki kilo kaybı durumunu belirtmek gerekmektedir. Hastaneye gelemeyen, mobilite sorunları nedeniyle kilo ölçümü yapılamayan hastaların tıbbi beslenme desteği raporlarının çıkartılması için kriterlerde değişiklik yapılmalı, raporlamada kolaylık sağlanmalıdır. Bu konuda Sosyal Güvenlik Kurumu, Türk İlaç Kurumu ve Geriatri Uzmanlarının bir araya gelerek ortak bir toplantıyla yeni kriterleri belirlemesi, bu konuda bir komisyon kurulması uygun olur.
5. Evde bakım ekiplerinde bir diyetisyenin bulunması sağlanmalıdır.
6. Evde bakım ekiplerinin boy ve kilo ölçümü yapabilmeleri için portatif ölçüm aletlerinin bulunması sağlanmalıdır.
7. Oral beslenmesi mümkün olmayan hastalarda beslenme tüpü takılması, PEG yoluyla beslenme gibi ihtiyaçlar ortaya çıktığında bunların uygulanmasındaki prosedürel zorluklar sıklıkla tedavinin gecikmesine yol açmaktadır. Bu ihtiyaçların hastayı mağdur etmeden hızlıca yapılabilmesi için her evde bakım ekibi afiliye çalışacağı belirlenmiş olan Geriatri Bilim Dalları ile irtibata geçebilmelidir. Bu afilyasyonun sağlanmasında Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı rol almalıdır.
8. Tıbbi beslenme destek tedavisi alması gereken hastaların raporları afiliye iletişim ha-

linde oldukları Geriatri Bilim Dallarında yazıldıktan sonra reçetelerini evde bakım ekibi içinde bulunan hekimler yazabilmeli ve gerekli ürünler herhangi bir eczaneden alınabilmelidir. Bu konuda Sosyal Güvenlik Kurumu gerekli adımları atmalıdır.

9. Malnütrisyonu ve malnütrisyon riski tespit edilmiş olan, tıbbi beslenme ürünleriyle beslenme destek tedavisi almakta olan her hastanın her evde bakım vizitinde malnütrisyon durumu, kilosu, kısa MNA skoru kaydedilmelidir.
10. Evde bakımla ilgili mevzuatların geliştirilerek açık noktaların düzeltilmesi ihtiyacı mevcuttur. Bunun için bakım destek personelinin görev ve sorumluluklarının ilgili mevzuatlarda tanımlanması, sosyal bakım ve destek hizmetlerinin de kurumsal bir yapıyla, standartlar dahilinde ve bir mevzuata uygun olarak sunumunun sağlanması gereklidir. Bu konuda Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, geriatri uzmanları ve Akademik Geriatri Derneği aktif olarak çalışarak ortaklaşa bir plan çizmelidir.
11. Evde bakım ve evde verilen hizmetler geri ödeme kapsamına alınmalıdır. Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı bu konuyla ilgili olan kurumlardır.
12. Evde yatağa bağlı olan hastaların raporlama ve reçete işlemlerinde kolaylık sağlanması bunun için her evde bakım ekibinin entegrasyon içinde çalışacağı geriatri bilim dallarına kolaylıkla ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
13. Geriatri alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin (geriatri uzmanı hekim, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen vb..) evde sağlık hizmeti sunumunda daha çok yer alması sağlanmalıdır.
14. Evde bakım yapan ekiplerin eğitilmesi gereklidir. Bu ekiplere geriatri uzmanları, beslenme uzmanları ve malnütrisyon ile ilgili diğer branşlardaki uzmanlardan oluşacak bir ekiple eğitim programları verilmesi gereklidir.
15. Evde sağlık ve/veya bakım hizmeti alan yaşlıların ve aile bireylerinin de eğitiminin sağlanması ve malnütrisyon konusunda farkındalıklarının arttırılması önemlidir. Bu konuda çalışmaların yapılması Akademik Geriatri Derneği, Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından sağlanmalıdır.

Pratik için anlamı

Evde bakım hizmetinin temel amacı; yaşlının kendine değer verme duygusu çerçevesinde bir insan olarak ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak yaşlıya ya da ailesine destek vermek, işlevselliğini arttırmak, olabildiğince gücünü muhafaza etmesine, bağımsız yaşamasına yardımcı olmak ve tam iyilik halini sağlamaya çalışmaktır. Evde bakım hizmeti, bireyin alışık olduğu çevrede yaşamını sürdürmesi, alışık olduğu aktivite, hobi ve sosyal etkinlikleri

sürdürmesi, tüm aile bireylerinin eğitimini kapsamı gibi önemli yararlarının yanı sıra maliyeti düşük bir hizmettir. Nutrisyon durumunun değerlendirilmesi, malnütrisyonun tespit edilip tedavi edilmesine yönelik girişimlerin evde bakımın rutin bir parçası haline getirilmesiyle malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan bireyler erken dönemde tespit edilebilecektir. Bu sayede bu yaşlıların malnütrisyon nedeniyle morbidite ve mortalite ile karşı karşıya kalmaları uygun beslenme destek tedavisinin başlatılmasıyla engellenmiş olacaktır. Böylelikle bu yaşlıların beslenme sorunlarının evlerinde halledilmesiyle hastane başvuruları azalacak, hastane yoğunluğunda bu gibi hastalar bir artışa yol açmayacak, ayrıca bakım masrafları da azalacaktır.

Kaynaklar-7:

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kronik Durumlar Daire Başkanlığı, SAĞLIKLI YAŞLANMA EYLEM PLANI ÇALIŞTAY İLERLEME RAPORU, **2011**.
2. Akdemir, N., Özdemir, L. (2006). Evde Bakım Sistemleri ve Ülkemizde Yaşlı Sağlığı Hizmetleri. Arıoğul, S., Cankurtaran, M., Halil, M. G. Ve Yavuz, B. B. (Ed.). *Geriatri ve Gerontoloji* (s.25-35). Ankara: MN Medikal ve Nobel Ltd. Şti.
3. Akdemir, Nuran. Yaşlılarda Evde Bakım Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Geriatri 2002. H.Ü. Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi Yayını. Ankara 2002
4. Evde Bakım Derneği (2008). 2.Ulusal Evde Bakım Kongresi: Sağlık Sistemimizde Evde Bakım, Kongre Kitabı, 20-23 Nisan 2008, İstanbul
5. Evde Bakım Derneği (20-23 Nisan 2008). II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Bildirisi, <http://www.evdebakim.org.tr/publication.asp>
6. Evde Bakım Derneği (8-9 Nisan 2010) Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı Sonuç Raporu, <http://www.evdebakim.org.tr/publication.asp>
7. Evde Bakım Derneği, (2010) Evde Bakım Tanımı, Kapsamı, Temel Kavramlar ve Ülkemizde Mevcut Durum
8. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony PS, Charlton KE, Maggio M, Tsai AC, Vellas B, Sieber CC; Mini-Nutritional Assessment International Group. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:1734-1738.
9. Oğlak S. (2008). Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası (Ülke Örnekleri ve Türkiye), İskenderun Belediyesi Kültür Yayınları, 2. Baskı, Color Ofset, İskenderun.
10. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, Arıoğul S. Com-

prehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. Clin Nutr 2010; 29:507-511.

11. Bulut A, Yavuz BB, Yücel H, Çevik BB, Aydemir N, Ülger Z, Şener D, Halil M, Cankurtaran M, Uyanık M, Kayıhan H, Ariogul S. Geriatri ekip çalışması-III: Beslenme değerlendirilmesi. 3. Ulusal Geriatri Kongresi, 2004.

XII. Özet

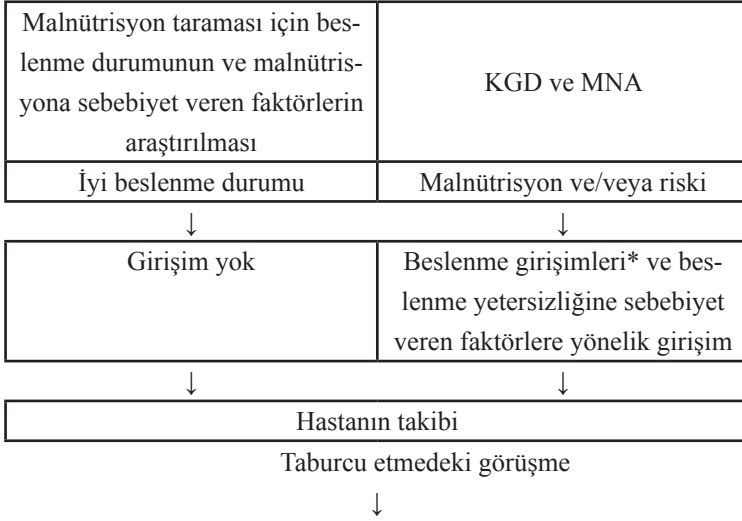
Geriatri hastalarında malnütrisyon rehberi, günlük olarak geriatri hastalarının beslenme yetersizliği için bakım yapmakta olan, geriatri uzmanı, hasta bakıcı ve diğer meslek grupları (bilhassa diyetisyen, hemşire, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı) gibi interdisipliner geriatri ekibi için pratik bir kılavuz olması için hazırlanmıştır.

Malnütrisyon sık görülen bir sorundur ve geriatri hastalarında %20 - %85'e varan sıklıklarda görülmektedir. Malnütrisyon çoğunlukla çoklu faktörler neticesinde ortaya çıkmaktadır. Malnütrisyon sebepleri, besine ulaşmada güçlük (fakirlik, kendini boşlamak, alışveriş yapmak ve yemek pişirmekte zorluklar gibi) veya yeterli besin olmasına rağmen azalmış iştahın söz konusu olması (hastalıklar veya hastalıkların tedavisi, depresyon, bilişsel bozukluklar, kötü ambiyans gibi) veya yemek yeme sorunları (yanlış oturturulmuş takma diş, azalmış tat alma gibi) olarak ortaya çıkmaktadır.

Şekil 12.1 Algoritma

İnterdisipliner bakım ekibi

Çekirdek ekip: geriatri uzmanı diyetisyen, hemşire, geriatrik hasta bakıcı



Birinci basamağa transdisipliner devir:

- Teşhis
- Tedavi planı, hedefleri
- Hastanede yatırma ve taburcu etme
- Girişimler ile ilgili onamların alınması

* Beslenme girişimleri:

- Enerji: maksimum 1500 kcal/gün
- Protein: 1,2-1,5 g/kg/gün
- ADH ile uyumlu olarak mikro besinler
- D vitamini-düzeyi 65-75 nmol/l
- Sıvı: minimum 1700 ml/gün

KGD:kapsamlıgeriatrik değerlendirme; MNA: mini nütrisyonel değerlendirme

ADH: tavsiye edilmiş günlük miktarda alınması gereken mikrobeseinler

Yaşlılarda malnütrisyon, önemli biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçları olan büyük bir sorundur. Malnütrisyonun erken teşhis ve tedavisi için yapılan öneriler olmasına rağmen bunun önüne geçilmesi her zaman mümkün olmamış, teşhis ve tedavide eksiklikler

görmüştür. Bu kılavuzu hazırlayanların hedefi, bir taraftan önlemleri almak ve erken teşhiste bulunmak suretiyle kırılğan olan ve olmayan yaşlılarda beslenmenin sürdürülmesini sağlamak, diğer taraftan da malnütrisyona için gerekli olan tedaviyi uygulamaktır.

Bu kılavuzun içeriği, Akademik Geriatri Derneği tarafından yapılmış olan THN projesine, Hollanda malnütrisyona kılavuzuna, ve SGK, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Enteral Beslenme Ürünleri ve Tıbbi Mamalar Şube Müdürlüğü, geriatri uzmanlarının, huzurevi/bakımevi çalışanlarının bir araya gelmesi ile gerçekleştirilen 48 uzmanın görüş birliğine vardığı Malnütrisyona Çalıştayının sonuçlarına dayandırılmaktadır. Bu teknik mutabakatın seviyesini tespit etmeye çalışmakta olup (görüş birliğinin ölçülmesi), ayrıca burada söz konusu olabilecek görüş ayrılıklarını ortadan kaldırmak içindir (görüş birliği geliştirme). Üç grupta olmak üzere, aşağıda belirtilmekte olan ve de geriatri hastalarının malnütrisyona ile ilgili olarak geliştirilmiş ve ölçülmüş olan görüş birliği şöyledir:

- Malnütrisyona konusunda farkındalığın artırılması
- Malnütrisyona tanınması
- Tarama, tetkik ve değerlendirmenin yapılması;
- Malnütrisyona tedavisi;
- Tedavinin yürütülmesine ilişkin disiplinler ve bunların rolleri;
- İnterdisipliner ve transdisipliner iş birliği;
- Kalite göstergeleri.

Şekil 12.1'deki algoritmada, malnütrisyona tedavisi ile ilgili olarak önemli unsurlar şematik olarak gösterilmiştir. Burada bu unsurlar kısa olarak açıklanmışlardır. Bay Z'nin vaka tasviri bu elementler bakımından örnekler vermektedir.

By Z. 82 yaşında olup istemsiz ve nedeni anlaşılmayan bir kilo kaybı ile ilgili olarak geriatri polikliniğinde muayene edilmiştir. Hastanın öyküsüne bakıldığında kalça eklemlerinde artroz ve hipertansiyona dışında başkaca bir özellik bildirmemiştir. Kendisi ilaç olarak, amlodipin günde 1 adet 10 mg ve gerektiğinde parasetamol 500 mg kullanmaktadır. Hastanın ağzında birkaç haftadan beri kötü bir tat vardır ve özellikle yemeklerden sonra ve yatınca midede yanma ve ağza acı su gelmesi şikayetleri olmaktadır. Bu sebeplerden dolayı da iştahı azalmış ve kilo vermiştir. Zaman zaman yediği şeyler ağzına geri gelmektedir. Hastanın kızı ek olarak babasının, annesinin vefatından sonra bir yıl sonra kendisine iyi bakamaz hale geldiğini ve çökmüş bir görünüm verdiğini ifade etmiştir. Yine hastanın kızı bu iştahsızlığın uzun zamandan beri sürdürüğüne inandığını, ancak son haftalarda babasının sadece muhallebi benzeri şeyler

YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON KILAVUZU

Yiyerek geçiştirdiğini de belirtmiştir. Hastanın durumu ilerleyici bir şekilde geriye gitmektedir. Kendisi uzun zamandan beri dışarı çıkmamakta ve yakın bir zaman önce de belirgin bir nedeni olmaksızın düşmüş bulunmaktadır. Hastanın kızı babasının bu durumundan dolayı endişe duymakta ve kanser olabileceğinden korkmaktadır. Bay Z. bir bekçi olarak çalışmıştır.

Hasta 23 yaşındayken evlenmiş ve şu anda kendisinin yaşadığı mahallenin yakınlarında ikamet eden dört çocuk babasıdır. Hastanın eşi bakım evinde SVO'dan dolayı vefat etmiştir. Hastanın gündüz bakım merkezine yapmış olduğu ziyaret esnasında kendisine refakat eden en büyük kızı kendisinin vasisi ve bakım verenidir. Kendisi babasını her gün ziyaret etmekte, son zamanlarda onun için alışveriş yapmakta, babası ne isterse onu pişirmekte ve de ayrıca ev temizliğini de gerçekleştirmektedir. Hasta meraklı bir balıkçıdır, ancak şu sıralar balık tutmak için yürüyüş yapıp deniz kenarına gidememektedir. Bu durumdan dolayı balıkçı arkadaşlarının muhabbetini özlemektedir.

Hastaya yapılan bedensel araştırma neticesinde kendisinin zayıf 1,75 m boyunda ve 60 kg (BMI 19,6) ağırlığında bir erkek olduğu görülmüştür.

Bay Z.'nin ifadesine göre, eşi vefat ettiğinde kendisi 70 kg imiş. Yapılan araştırmalar esnasında kendisinin devamlı olarak geçirdiği görülmüştür. Hastanın ağzının muayenesi yapıldığında nefesinin kötü koktuğu (halitosis) anlaşılmıştır.

Hastanın kas gücü azalmış ve kas atrofisi teşhis edilmiştir. Kendisine uygulanan laboratuvar araştırmaları neticesinde, vitamin D-deposunun 30 nmol/l olması dışında herhangi başka bir özellik görülmemiştir.

Gerçekleştirilen klinik araştırma neticesinde kısa MNA-skorunun 6 olduğu tespit edilmiştir (malnütrisyon ile uyumlu), Geriatrik Depresyon Skalasında 15 üzerinden 6'lık bir skor (depresyon ile uyumlu) ve bir 23 saniyelik Süreli Kalk ve Yürü Testi (engellenmiş hareketliliğin göstergesi).

Bu hastanın sorun listesi şöyledir:

Somatik:

- Beslenme yetersizliği;
- İştahsızlık;
- Halitosis;
- Kusma veya besin artıklarını geri çıkarma;
- İstenmeyen kilo kaybı;
- Azalmış kas gücü ve atrofi;
- Vitamin D- eksikliği

Psikolojik:

- Endişeli hal
- Depresif duygudurum

Fonksiyonel:

- Düşmeler;
- Engellenmiş hareketlilik;
- Azalmış yeterlilik, azalmış fonksiyonel bağımsızlık;

Sosyal

- Yalnızlık;
- İlgili, ihtimam gösteren ancak işi başından aşkın vasi ve bakıcı.

Malnütrisyonun ayırıcı tanısında halitosisden kaynaklı azalmış iştah neticesinde ortaya çıkan azalmış besin alımı, kusma, çöökkünlük durumu ve yutma bozukluklarından kaynaklı yemek yeme sorunları düşünülebilir.

Halitosisin ayırıcı tanısında ise diğerlerinin yanı sıra organik patolojiler, gastroöfageal reflü ve yutma bozuklukları düşünülebilir.

Hasta bundan sonra bir geriatri uzmanına, gastroenteroloji uzmanına ve diyetisyene sevk edilmiştir. Yapılan araştırmalar ve üst endoskopi neticesinde kendisinde gastroöfageal reflü ve öfajit olduğu tespit edilmiştir. Kendisine bu bağlamda öfajit tedavisi ve gastroöfageal reflü tedavisi uygulanmıştır. Geriatri uzmanı ve diyetisyen malnütrisyon teşhisinde hemfikir olmuşlar ve kendisine günde iki kere tıbbi beslenme ürünleri ekleyerek protein ve enerji ile zenginleştirilmiş bir diyet tavsiye etmişlerdir. Bu beslenme girişimi doğrudan başlatılmış ve haftada iki kere hastanın kilosunun ölçülmesi kapsamında devam edilmesine kararlaştırılmıştır. Hastanın aile hekimine yazılan yazıda, malnütrisyon geriatrik sendromu, nedensel faktörleri, hastanın kilosu ve de alınmış olan girişim kararları belirtilmiştir.

Hasta, öfajit ve reflü tedavisine iyi bir şekilde cevap vermiş ve herhangi bir sorun çıkarmamış, bunun akabinde yutma gücünü, kusma, midede yanma, ağza gelen acı tat, halitosis ve kusma ile ilgili sorunlar ortadan kalkmıştır. Kendisine vitamin D-yetersizliği son bulgulardan sonra yükleme dozları ile takviye edilmiştir. Yapılan girişimden sonra aile hekimi kendisini ziyaret etmiş ve kendisinin iştahı ve kilosu ile ilgili bilgiler almıştır.

Bir ay sonra Bay Z.'nin durumu çok daha iyileşmiştir. Kendisi iki kilo almış ve iştahı da açılmıştır. Kendisi artık düşmemektedir ve ancak eşinin ve balıkçı arkadaşlarının olmama-

sından dolayı kendisini çok yalnız hissetmektedir. Kendisinin yeniden balık tutmaya gidebilmesi bakımından hareketliliğini iyileştirebilmek için ve de ayrıca kendisinin kas gücünün ve kondisyonunun geliştirebilmesi bakımından, hasta ile müştereken yapılacak olan bir mutabakat neticesinde bir fizyoterapistin duruma müdahale etmesi kararlaştırılmıştır.

Üç ay sonra sıvı besin alma tamamen durdurulmuştur. Kendisi şu an 65 kilo tartılmaktadır. Kendisi artık yürüyüş yapıp balık tutmaya gidebilmekte ve balıkçı arkadaşları ile yapmış olduğu sohbetler kendisine iyi gelmektedir. Kendisinde artık çökkün bir durum söz konusu değildir. Hastanın kızı ise bu durumdan dolayı memnun kalmış olup artık babasına sadece evi toparlamak ve de kendisiyle bir fincan kahve içmek için haftada iki kere ziyarete gelmektedir. Müdahale amaçlı olarak hasta her ay bir kere tartılmakta ve kızı da diyetisyene babasının almakta olduğu besinler ile ilgili olarak sözlü ve yazılı bilgiler vermektedir.

Hastanın tedavisi bundan sonra aile hekimine devredilmiş olup kendisine verilen taburcu yazısına da girişimsel önlemler ve kendisinin son ağırlığı belirtilmiştir.

Görüş birliği rauntlarında, geriatri hastalarında malnütrisyonun pragmatik açıklaması için aşağıda belirtilmiş olanlar için mutabık kalınmıştır:

- malnütrisyon bir geriatrik sendrom karakterini taşımaktadır ve bundan dolayı da çoklu faktörsel hastalık olarak kabul edilmelidir;
- Geriatri hastalarında malnütrisyon en azından aşağıda belirtilmekte olanlar çerçevesinde kendisini göstermektedir;
 - Gıda alımı ve kullanımı arasındaki istenmeyen kilo kaybı ve /veya bir akut veya kronik dengesizlik,
 - Fonksiyon kaybı (kaslarda/hareketlilikte, kendi kendini kurtarabilirlikte, savunma ve/veya kavrama).

Malnütrisyonun bir geriatrik sendrom olarak kabul edilmiş olmasından dolayı görüş birliği grubu Kapsamlı Geriatrik Değerlendirmenin (KGD) beslenme problemlerinin tespit edilmesinde bir baz teşkil ettiğini ve de bunun temelinde malnütrisyonun altında yatan faktörler olan somatik, psikolojik, fonksiyonel ve sosyal faktörlerin değerlendirilmesi gerektiğini kabul etmektedir. KGD'ye dahil olmak üzere Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) gibi klinik ölçüm enstrümanlarının kullanılmasını tavsiye etmektedir.

Her ne zaman malnütrisyon ile ilgili bir gösterge ortaya çıkacak olursa (skor <12) bunun on iki tamamlayıcı araştırma sorusu ile doldurulması gerekecektir. Bu da, nihai MNA-skorumna götürecektir: MNA skoru <17 malnütrisyon, 17-23,5 malnütrisyon riski var ve <23,5 iyi beslenme durumu göstergesidir.

KGD'de MNA'nın uygulanması takriben beş dakika sürmektedir.

Bay Z'nin durumunda iştah azalmasından kaynaklı yetersiz besin alımı çerçevesinde malnütrisyon söz konusu olup (reflü, kusma, depresif duyuğu durum) aynı zamanda ösefajit ve yalnızlık neticesinde yeme sorunları (yutma bozukluğu) ortaya çıkmış bulunmaktadır. Vitamin D-eksikliği ve azalmış bedensel aktiviteler ile kombinasyonda olan azalmış besin alımı neticesinde kilo kaybına uğramış, kas gücü azalmış, düşme riski artmış ve fonksiyonel bağımsızlığı azalmıştır.

Malnütrisyon tedavisinde her zaman iki destek bulunmaktadır: bunlar bir taraftan nedensel faktörlere dayalı girişim, diğer taraftan ise tıbbi beslenme ürünleri ile beslenme desteğidir.

Geriatric hastalarındaki malnütrisyon girişimlerini, yeterli seviyede enerji, protein, mikro besinler ve sıvı alımı ile yoluna koymakta olup aşağıda belirtilmekte olan hedeflere varmak gerekmektedir:

- Beslenme durumunu mümkün olduğuunca aynı seviyede tutmak ve bunu daha da iyileştirmeye çalışmak;
- Fonksiyon ve faaliyetlerin mümkün olduğuunca aynı seviyede tutmak ve bunu daha da iyileştirmeye çalışmak;
- Yaşam kalitesini mümkün olduğuunca aynı seviyede tutmak ve bunu daha da iyileştirmeye çalışmak;
- Hastalık ve mortalitenin azalması.

Besin girişimi hastanın yeterli seviyede enerji (hedeflenmiş minimum enerji ihtiyacı), protein (vücut ağırlığının minimum 1,5 g/kg), vitaminler ve mineraller (günlük tavsiye edilmiş miktara göre); vitamin D (65-75 nmol/l deposuna erişmek için) ve sıvının (minimum 1700 ml/gün) alınmasını hedeflemiştir. Besin girişiminin şekli hastanın istekleri ve de güvenlik çerçevesinde tespit edimiştir. Kötü beslenme durumunun yapılandırılması için, mevcut alınanın (ölçülmüş) üstünde olmak üzere tavsiye edilmiş minimum 400 kcal/gün ekstra besin yanı sıra en azından minimum olarak hesaplanmış enerji ve protein ihtiyacının garanti altına alınması gerekmektedir. Tıbbi beslenme ürünleri, enerji ve protein alınımının yükseltilmesi bakımından en etkili yoldur. Beslenme girişimleri, şayet basit hareket tavsiyeleri ile kombine edilirse o zaman en büyük etkiyi gösterecektir.

Beslenme girişimi daha evvelden de belirtmiş olduğuımız üzere çok disiplinli entegral tedavi planının bir parçasını oluşturmakta olup, burada somatik, psişik, sosyal ve fonksiyonel sebepler malnütrisyona etkileri açısından ele alınmaktadır.

YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON KILAVUZU

Bay Z. durumunda minimum 1600 kcal/gün (Harris ve Benedict formülüne göre) ve 75 g protein/gün (takriben 60 x 1,2 g) alınması hedeflenmiştir. Buradaki beslenme girişimi, günde iki kere tıbbi beslenme ürünü desteği ile takviye edilmiş enerji ve proteinlerle zenginleştirilmiş diyet ile tamamlanmıştır. Bu, günde takriben 600 kcal ve 25 gram proteinin ekstra olarak alınmasını gerektirecektir. Kolekalsiferol (40 x(75- Vitamin D x (ağırlık) = 108.000 IE) oral yüklenme dozundan sonra Bay Z'ye, günlük olarak 880 IE Vitamin D verilmiştir. Bunların yanı sıra ayriyeten kendisine fizyoterapist tarafından egzersiz tavsiyelerinde bulunulmuştur.

Nedensel faktörlere girişimler, ösefajitten, reflüden, divertikülden, fizyoterapiden ve endoskopik işlemekten ibarettir.

Entegral tedavinin etkilerini değerlendirmek bakımından kilo takibi kullanılmakta olup burada bilhassa kilonun arttırılmasına veya stabil bir şekilde tutulmasına çalışılmaktadır.

Geriatrı hastalarında malnütrisyon tedavisi her zaman çok disiplinli tedavi ekibi tarafından yürütülür. Söz konusu bu çok disiplinli tedavi ekibinin içerisinde başlıca doktor olarak bir hekim, bir diyetisyen, bir hemşire ve bir geriatrik hasta bakıcı bulunmakta olup bunlara topluca "çekirdek tedavi ekibi" adı verilmektedir. Diğer disiplinler ise yan tedaviler için katılmaya çağrılabilirler veya bunlar politikanın yürütülmesi bakımından dahil edilebilirler.

Besin tedavisinin başarıya ulaşılabilmesi için minimum üç aylık bir sürenin olması oldukça önemlidir. Bunu mümkün kılabilmek için, mesela aile hekimi, diyetisyen ve evde bakım yapan kişi gibi birinci basamaktaki bakım profesyonelleri ile sözleşmelerin yapılması gerekmektedir.

Yukarıda bahsetmiş olduğumuz bu iş birliği çerçevesinde besin sorununun ve de entegral tedavi planının yazılı olarak bu kişiler arasında dağıtılmış olması çok önemli bir unsur teşkil etmek zorundadır. İkinci basamaktan birinci basamağa yapılacak olan yazılı devirlerin azından şu bilgileri ihtiva etmesi gerekmektedir: malnütrisyon ve riskinin teşhisi, girişimlerin hedefi, poliklinik ziyaretinde veya hastaneye yatırılmada ilk tartılma, poliklinik ziyaret veya hastaneden taburcu edilmede son tartılma, girişimler ile ilgili yapılmış olan sözleşmeler, görevlerin dağılması ve belirlenmesi. Şayet bir hasta nihai olarak aile hekimine geri sevk edilecek olursa o zaman aile hekimi tedaviyi tamamıyla kendi eline alır.

Tabi ki tedavinin yapılmasındaki en iyi şekil malnütrisyonun önlenmesidir. Hastaya ve hastanın vasisi ve bakıcısına tartılmalar ile ilgili tavsiyeler ve verilecek olan bilgilendirme beslenme yetersizliğinin önlenmesi ile ilgili en önemli basamaktır.

Bay Z.'nin durumunda kendisi haftada iki kere tartılmış ve daha sonra önlemler çerçevesinde bu tartım işlemi ayda bire düşürülmüştür. Kendisinin poliklinik tedavisi çekirdek ge-

riatri ekibi ile (geriatri uzmanı,hemşire, hasta bakıcı ve de bir birinci basamakta diyetisyen) yapılmıştır. Bu ekibe bir fizyoterapist de eklenebilir. .

Görüş birliği grubu, malnütrisyon tedavisi çerçevesinde interdisipliner ekibin çabalarının ve de bununla beraber söz konusu olacak giderlerin açıklığa kavuşturulması bakımından kalite göstergelerinin uygulanması gerektiğine dikkat çekmektedir.

Bu kılavuz içerisinde olasılıkla ileriki zamanlarda tespit edilecek olan bazı basit göstergelerin şimdiden geliştirilmesine başlanmıştır. Bunlar şunlar olabilir: sonuç göstergeleri (kilo gidişatı gibi), prosedür göstergeleri (beslenme durumu MNA ile tespit edilmiş olan hastaların oranı) ve yapısal göstergeler (malnütrisyon yönetmeliğinin mevcudiyeti ve bunun uygulanması).

Yine Bay Z.'nin durumunda olduğu gibi biz bu rehberin malnütrisyonla muzdarip olan geriatri hastalarının iyileştirilmesi ve de tedavisi bakımından bir katkıda bulunacağını ümit etmekteyiz.

TÜRKİYE HUZUREVLERİ VE BAKİMEVLERİ NUTRİSYONEL DURUM DEĞERLENDİRME PROJESİ (THN-MALNÜTRİSYON)



Araştırmacılar ve Kurumları:

Mustafa Cankurtaran¹, Bulent Saka², Sevnaz Sahin³, Murat Varlı⁴, Alper Döventaş⁵, Burcu Balam Yavuz¹, Meltem Halil¹, Aslı Curgunlu⁶, Zekeriya Ulger⁷, Nil Tekin⁸, Fehmi Akciçek³, Mehmet Akif Karan⁹, Teslime Atlı⁴, Tanju Beger⁵, Deniz Suna Erdinçler⁵, Servet Arıoğul¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri Bilimdalı. ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD. ³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri Bilimdalı. ⁴Ankara University Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri Bilimdalı. ⁵İstanbul University, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri Bilimdalı. ⁶İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri Bilimdalı. ⁷Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri Bilimdalı. ⁸Narlıdere Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi. ⁹İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Geriatri Bilimdalı.

Katılan Merkezler:

Ümitköy Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi/Ankara, Özel Talya Yaşlı Bakımevi/Ankara, Süleyman Demirel Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi/Ankara, Seyranbağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi/Ankara, Öğretmen Necla Kızılbay Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi/Ankara, Özel Akyurt Vakfı Akyurt Yaşamevi/Ankara, Okmeydanı Darülaceze Müdürlüğü – Okmeydanı/İstanbul, İstanbul Darülaceze Müdürlüğü – Kayışdağı/İstanbul, Prof. Dr. Fahrettin Kerim – Nilüfer Gökay Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi/İstanbul, Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Huzurevi/İstanbul, SGK İzmir Narlıdere Dinlenme ve Bakımevi/İzmir, İzmir Özel Nurel Huzurevi/İzmir, Nevvar Salih İşgören Huzurevi/İzmir, Basın Sitesi Huzurevi, Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi/İzmir

Metod:

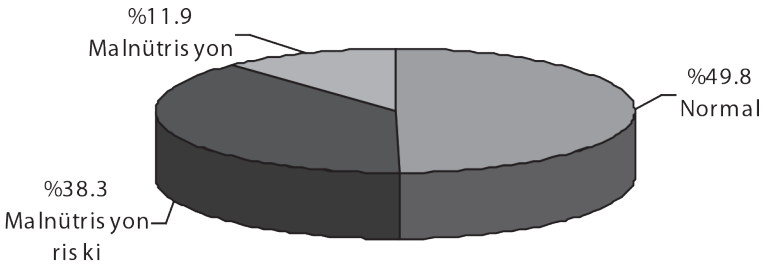
Bu çok merkezli projede 3 ayrı şehirdeki Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı toplam 14 merkez incelenmiştir. Akademik Geriatri Derneği tarafından planlanıp

yürütölen bu projede Ankaradan 6, İstanbuldan 4 ve İzmirden 4 merkez çalışmaya dahil edilmiştir. Bu merkezlerde en az 1 aydır kalmakta olan 65 yaş ve üzeri toplam 1797 sakin taranmış ve değerlendirilmiştir. Yaşlıların demografik bulguları (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, huzurevi/bakımevinde kalış süresi, huzurevi/bakımevindeki sakin başına düşen personel sayısı), sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalıkların öyküsü, beslenme destek tedavisi ile ilgili bilgi, kullanılan ilaçlar ve ilaç sayısı, fizik muayene bulguları, antropometrik ölçümler, Mini Nutrisyonel Durum Değerlendirme Formu kısa ve uzun formları (kısa MNA ve MNA), Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA), Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası (kısa form), Standardize Mini Mental Durum Değerlendirme Testi (MMSE), kalk ve yürü testi ve mevcut olan laboratuvar testlerinin sonuçları değerlendirilerek kaydedilmiştir. Malnütrisyon ve malnütrisyon riski kısa MNA ile değerlendirilmiş, skorun 7 ve altında olması malnütrisyon, 8-11 arasında olması malnütrisyon riski olarak değerlendirilmiştir. Data toplanması ve istatistiksel analizler Omega CRO tarafından yapılmıştır.

Bu proje için etik kurul onayı ve her 3 şehrin Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurulu'ndan gerekli yasal izinler alınmıştır.

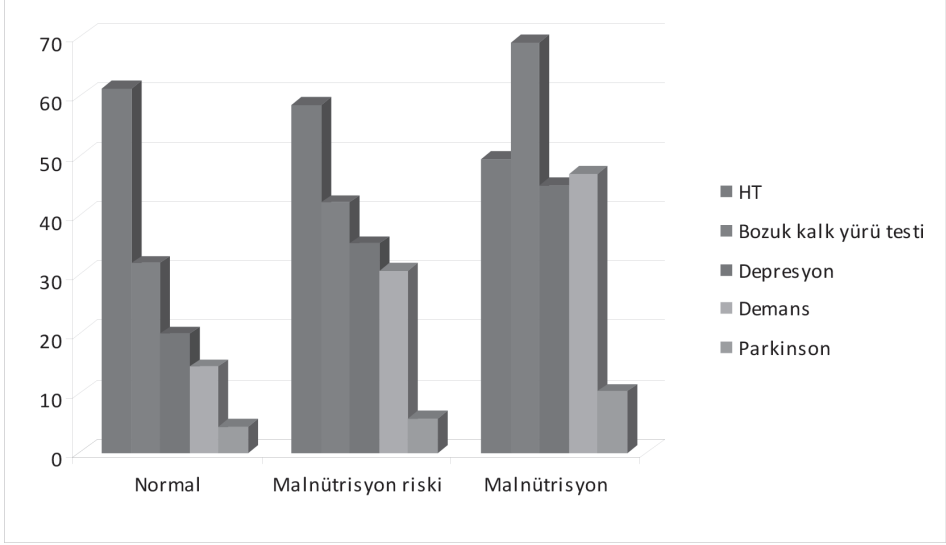
Bulgular:

Şekil 1. Huzurevleri/bakımevlerinde malnütrisyon ve malnütrisyon riski sıklıkları.



YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON KILAVUZU

Şekil 2. Nutrisyon durumunun ilişkili olduğu durumlar. Bozuk kalk yürü testine sahip olan hastaların, depresyon, demans ve Parikinson hastalığı olan sakinlerin sıklığı malnütrisyon riski ve malnütrisyon gruplarında anlamlı olarak yüksekti ($p<0.001$). Hipertansiyon sıklığı anlamlı olarak düşüktü ($p=0.007$).



Tablo 1. Nutrisyonel durum ile etkileşen diğer faktörler. (Median (minimum-maksimum değer) olarak ifade edilmiştir. GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri, MMSE: Mini Mental Durum Değerlendirme Testi).

	Normal (n=850)	Malnütrisyon riski (n=654)	Malnütrisyon (n=204)	P
Huzurevinde kalış süresi (ay)	40.5 (0-840)	36 (0-360)	36 (0-456)	0.003
Kullanılan ilaç sayısı	3 (0-15)	4 (0-16)	5 (0-13)	<0.001
GYA skoru	0 (0-12)	1 (0-12)	6 (0-12)	<0.001
Geriatrik Depresyon Skalası skoru	3 (0-14)	6 (0-15)	8 (1-15)	<0.001
MMSE skoru	26 (0-30)	23 (0-30)	19 (0-30)	<0.001

Sonuç: Geniş bir yaşlı grubunun incelendiği çok merkezli bir tarama projesi olan bu proje ülkemizdeki huzurevleri ve bakımevlerinde malnütrisyonun prevalansı ve etkileşen faktörleri hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Huzurevleri/bakımevlerindeki yaşlıların %50.2'sinde malnütrisyon veya riskinin olduğu, tarama yapılarak bu durumun kolaylıkla tespit edilebildiği ortaya konmuştur. Malnütrisyon ile ilişkili faktörler kullanılan ilaç sayısının çokluğu, huzurevi/bakımevinde kalma süresinin kısalığı, kapsamlı geriatrik değerlendirme test skorlarının bozukluğu ve bazı eşlik eden hastalıkların mevcudiyeti olarak belirlenmiştir. Malnütrisyon riski altında olan huzurevi/bakımevi sakinlerinde malnütrisyon taraması yapılması bu yaşlıların değerlendirilmesinin vazgeçilmez bir parçası olmalıdır.

