T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ERZURUM İLİ PALANDÖKEN İLÇESİNE BAĞLI BİR BAKIMEVİNDEKİ HASTALARIN BİYOPSİKOSOSYAL AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İbrahim Fatih DOĞAN

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR

ERZURUM-2025

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Adı, Soyadı : İbrahim Fatih DOĞAN	**Sınav tarihi:** 19/12/2025
Anabilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı ve Atanma Tarihi: Prof.Dr. Yasemin ÇAYIR-20/11/2024	
Tezin Konusu ve Başlığı : Erzurum İli Palandöken İlçesine Bağlı Bir Bakımevindeki Hastaların Biyopsikososyal Açıdan Değerlendirilmesi **Belirlenme Tarihi** : 20/11/2024	
Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi ☒ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif (X) Kesitsel ☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları	
Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)	

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	Prof.Dr. Yasemin ÇAYIR	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr.Öğr.Üyesi Suat SİNCAN	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr.Öğr.Üyesi İdeal Beraa YILMAZ KARTAL	Aile Hekimliği	Atatürk Üniversitesi	

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER ..... **i**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **iii**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
ÖZET ..... **vii**
ABSTRACT ..... **ix**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Demografik Dönüşüm ve Yaşlanan Dünya 3
2.2. Yaşlanma Süreci: Biyolojik, Psikolojik ve Sosyal Boyutlar 4
2.2.1. Yaşlanmanın Biyolojik Boyutu 4
2.2.1.1. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri 4
2.2.1.2. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri 5
2.2.1.3. Solunum Sistemi Değişiklikleri 6
2.2.1.4. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri 6
2.2.1.5. Ürogenital Sistem Değişiklikleri 7
2.2.1.6. Endokrin Sistem Değişiklikleri 7
2.2.1.7. Duyusal Sistemlerde Değişiklikler 7
2.2.1.8. Bağışıklık Sistemi Değişiklikleri 7
2.2.2. Yaşlanmanın Psikolojik Boyutu 8
2.2.2.1. Depresyon ve Anksiyete 8
2.2.2.2. Bilişsel Fonksiyonlar ve Demans 9
2.2.2.3. Kişilik ve Duygusal Değişiklikler 9
2.2.3. Yaşlanmanın Sosyal Boyutu 10
2.2.3.1. Sosyal Destek ve Sosyal Ağlar 10
2.2.3.2. Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık 10
2.2.3.3. Sosyoekonomik Faktörler 11
2.3. Bakımevleri ve Kurumsal Bakım 11
2.3.1. Bakımevlerinin Tanımı ve Türleri 11
2.3.2. Bakımevlerinde Yaşayan Yaşlıların Özellikleri 12

2.3.3. Bakımevlerinde Biyopsikososyal Yaklaşımın Önemi 13
2.4. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD) 13
2.4.1. KGD'nin Tanımı ve Amacı 14
2.4.2. KGD'nin Bileşenleri 14
2.4.3. KGD'nin Etkinliği ve Faydaları 18
3. GEREÇ VE YÖNTEM 20
3.1. Araştırma Tasarımı 20
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı 20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 20
3.4. Çalışmaya Dahil Edilme ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri 20
3.5. Araştırma Protokolü 21
3.6. Veri Toplama Araçları 21
3.6.1. Veri Toplama Formu Formu (EK-1) 21
3.6.2. Mini Nutrisyonel Değerlendirme Formu (MNA) (EK-2) 21
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi 23
3.8. Etik Kurul ve İzinler 23
4. BULGULAR 24
5. TARTIŞMA 39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 49
KAYNAKLAR 52
EKLER 59
EK-1. VERİ TOPLAMA FORMU 59
EK-2. MİNİ NUTRİSYONEL DEĞERLENDİRME (MNA) FORMU 61

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre dağılımı 25
Tablo 2. Hastaların komorbid durumlarının dağılımı 26
Tablo 3. Hastaların emosyonel durumlarını değerlendirmede kullanılan verilerin dağılımı 27
Tablo 4. Kadın ve erkek hastaların sosyodemografik ve nütrisyonel özelliklerinin karşılaştırması 29
Tablo 5. Kadın ve erkek hastaların komorbid durumlarının karşılaştırılması 30
Tablo 6. Hastaların emosyonel durumlarını değerlendirmede kullanılan verilerin dağılımı 32
Tablo 7. Moral durumuna göre gruplandırılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 33
Tablo 8. Moral durumuna göre gruplandırılan hastaların komorbid durumlarının dağılımı 34
Tablo 9. Moral durumuna göre gruplandırılan hastaların emosyonel durumlarını değerlendirmede kullanılan verilerin dağılımı 35
Tablo 10. İsteklilik durumuna göre gruplandırılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı 36
Tablo 11. İsteklilik durumuna göre gruplandırılan hastaların komorbid durumlarının dağılımı 37
Tablo 12. İsteklilik durumuna göre gruplandırılan hastaların emosyonel durumlarını değerlendirmede kullanılan verilerin dağılımı 38

KISALTMALAR DİZİNİ

BPS	: Biyopsikososyal
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: Zorlu Ekspiratuar Volüm
FVC	: Zorlu Vital Kapasite
GDÖ	: Geriatrik Depresyon Ölçeği
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
KGD	: Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MNA	: Mini Nütrisyonel Değerlendirme
MNA-SF	: Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Form
rMNA-SF	: Revize Mini Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Form
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi

TEŞEKKÜR

Sayısız hamd ve şükür Rabb'imizedir. O'nu anmadan başlayan ve asıl nimet veren olduğunu hatırlamadan yapılan iş hep eksiktir.

Bu uzun ve destek isteyen süreçte beni hiç yalnız bırakmayan,varlığıyla güç bulduğum sevgili eşim Dr. Zeynep Duygu DOĞAN'a, vaktinden çaldığım hep onlarla olmayı arzuladığım gözaydınlığı çocuklarıma ve maddi manevi hep yardımıma koşan sevgili aileme şükranlarımı sunuyorum.

Gerek asistanlık gerek tez konusunda ufkumu açan, emek veren değerli hocam Prof. Dr. Yasemin Çayır'a şükranlarımı sunuyorum. Ayrıca aile hekimliği anabilim dalımızdaki tüm hocalarımıza teşekkürlerimi sunuyorum, bana kattıklarıyla meslek hayatımın her anında onları hayırla anacağım.

Tezimde yol arkadaşlarım Dr.Zeynep Duygu DOĞAN, Doç.Dr.Ömer Faruk TURAN, Uzm.Dr. Mehmet Akif KARADAŞ ve Uzm.Dr.Merve YİĞİT OĞUZ'a teşekkürlerimi ve muhabbetlerimi sunuyorum.

Çalışmamda beni daima motive eden değerli arkadaşlarıma en kalbi muhabbetlerimi sunuyorum.

Ayrıca çalışmama katılarak beni mutlu eden tüm hastalarıma çok teşekkür ederim.

Dr. İbrahim Fatih DOĞAN

ÖZET

Erzurum İli Palandöken İlçesine Bağlı Bir Bakımevindeki Hastaların Biyopsikososyal Açıdan Değerlendirilmesi

Amaç: Bu tez çalışmasında Erzurum ili Palandöken ilçesine bağlı bir bakımevindeki yetişkin hastaların biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma Haziran–Temmuz 2025 tarihleri arasında bir bakımevinde kalan bireyler ile yürütülmüştür. Araştırma sürecinde bakımevinde toplam 143 birey bulunmaktaydı. Bunlardan 3'ü hastanede tedavi görmekte olduğundan çalışma kapsamına alınamamıştır. Kalan 140 bireyden 55'i çalışma dâhil edilme kriterlerini karşılamadığı için değerlendirme dışı bırakılmış ve araştırma 65 katılımcı ile tamamlanmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi vb.) ve klinik verileri (eşlik eden hastalıklar, ilaç kullanımı, fonksiyonel durum gibi) kayıt altına alınmıştır. Beslenme durumunun değerlendirilmesi amacıyla her katılımcıya Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) testi uygulanmıştır. Tüm veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış ve eksiksiz biçimde kayıt edilmiştir.

Elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda uygun parametrik veya parametrik olmayan testler kullanılmış, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 56,79±17,68 yıldı. Katılımcıların %83,1'i (n=54) kadın, %58,5'i (n=38) dul, %55,4'ü (n=36) 8 yıldan az eğitim almıştı. Katılımcıların %80'inde (n=52) psikiyatrik, %24,6'sında (n=16) nörolojik,

%21,5'inde (n=14) ortopedik, %16,9'unda (n=11) kardiyovasküler, %12,3'ünde (n=8) göz, %7,7'sinde (n=5) endokrin, %4,6'sında (n=3) ürolojik ve %3,1'inde (n=2) solunum sistemi hastalığı mevcuttu. Katılımcıların vücut kitle indeksi ortalaması 29,70±6,43 kg/m^2 idi. Vücut kitle indeksine göre katılımcıların %30,8'i (n=20) normal kilolu, %26,2'si (n=17) fazla kilolu, %43,2'si (n=28) obezdi. MNA skoru ortalaması 12,14±1,94 olup; MNA puanı <11 olan %27,7 (n=18) hasta saptanmıştır. MNA puanı <11 olan katılımcıların malnütrisyon gösterge puanı ortalaması 21,06±1,79'du. Çalışmada malnütrisyonu olan katılımcı tespit edilmemiştir. Tüm katılımcılar oral yolla beslenmekte olup yalnızca %1,5'inde (n=1) bası yarası gelişmişti.

Katılımcıların %78,5'inin (n=51) ziyaretçisi bulunurken, %43,1'inde (n=28) iletişim becersisinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ortak alan kullanımının %38,5'inde (n=25) iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %21,5'inin (n=14) moralsiz, %23,1'inin (n=15) ise isteksiz olduğu tespit edilmiştir. MNA skorları erkeklerde daha yüksekti (p=0.013). Kadınlarda nörolojik hastalıkların daha sık olduğu görüldü (p=0.038). Diğer komorbiditeler açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark yoktu. Morali iyi olan bireylerin MNA skorları daha yüksekti (p=0.002) ve malnütrisyon riski anlamlı derecede daha düşüktü (p=0.001). Benzer şekilde isteklilik durumu pozitif olan bireylerde de daha yüksek MNA skorları (p=0.002) ve daha düşük malnütrisyon riski (p=0.001) görüldü.

Sonuç: Bu çalışma, bakımevinde kalan bireylerin üçte birinin malnütrisyon riski altında olduğunu ve özellikle moral düzeyi düşük, isteksiz ya da düşük iletişim becerisine sahip bireylerde bu riskin belirgin şekilde arttığını göstermiştir. Nörolojik hastalıkların kadınlarda daha sık görülmesi ve erkeklerde MNA skorlarının daha yüksek olması, beslenme durumunun demografik ve psikososyal değişkenlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bulgular, aile hekimlerince bakımevlerinde sunulan sağlık hizmetlerinde biyopsikososyal yaklaşımın güçlendirilmesi, beslenme izleminin düzenli yapılması ve sosyal destek–psikolojik iyilik halinin artırılmasına yönelik müdahalelerin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: bakımevi, yaşlı hasta, biyopsikososyal yaklaşım, Mini Nütrisyonel Değerlendirme

ABSTRACT

Biopsychosocial Assessment of Patients in a Nursing Home in the Palandöken District of Erzurum Province

Objective: This study aimed to conduct a biopsychosocial assessment of adult patients in a nursing home in the Palandöken District of Erzurum Province.

Method: This research was designed as a descriptive, cross-sectional study. It was conducted with individuals residing in a nursing home between June-July 2025. A total of 143 individuals were in the nursing home during the research period. Three of these individuals were hospitalized and therefore could not be included in the study. Of the remaining 140 individuals, 55 did not meet the inclusion criteria and were excluded, resulting in a total of 65 participants.

The participants' sociodemographic characteristics (age, gender, marital status, education level, etc.) and clinical data (comorbidities, medication use, functional status, etc.) were recorded. A Mini Nutritional Assessment (MNA) test was administered to each participant to assess nutritional status. All data were collected by the researchers via face-to-face interviews and fully recorded.

Statistical analysis of the obtained data was conducted using the SPSS 22.0 package program. Descriptive statistics were calculated for numbers, percentages, means, and standard deviations. Appropriate parametric and nonparametric tests were used for intergroup comparisons, and statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: The mean age of the participants was 56.79±17.68 years. 83.1% (n=54) of the participants were female, 58.5% (n=38) were widowed, and 55.4% (n=36) had less than 8 years of education. Of the participants, 80% (n=52) had psychiatric, 24.6% (n=16) neurological, 21.5% (n=14) orthopedic, 16.9% (n=11) cardiovascular, 12.3% (n=8) ophthalmological, 7.7% (n=5) endocrine, 4.6% (n=3) urological and 3.1% (n=2) respiratory system diseases. The mean body mass index of the participants was 29.70±6.43 kg/m2. According to body mass index, 30.8% (n=20)

of the participants were normal weight, 26.2% (n=17) were overweight, and 43.2% (n=28) were obese. The mean MNA score was 12.14±1.94; 27.7% (n=18) of the patients were identified with an MNA score <11. The mean malnutrition indicator score for participants with an MNA score <11 was 21.06±1.79. No malnourished participants were identified in the study. All participants were fed orally, and only 1.5% (n=1) developed pressure sores.

78.5% (n=51) of the participants had visitors, and 43.1% (n=28) had good communication skills. 38.5% (n=25) of the participants were found to have good use of common areas. 21.5% (n=14) of the participants were found to be demoralized, and 23.1% (n=15) were found to be unmotivated. MNA scores were higher in men (p=0.013). Neurological diseases were more common in women (p=0.038). There were no significant differences between genders in terms of other comorbidities. Individuals in good morale had higher MNA scores (p=0.002) and a significantly lower risk of malnutrition (p=0.001). Similarly, individuals with a positive motivational status also had higher MNA scores (p=0.002) and a lower risk of malnutrition (p=0.001).

Conclusion: This study showed that one-third of individuals living in a nursing home are at risk of malnutrition, and this risk is particularly significant in individuals with low morale, low motivation, or poor communication skills. The higher prevalence of neurological diseases in women and higher MNA scores in men indicate that nutritional status should be evaluated in conjunction with demographic and psychosocial variables. The findings highlight the importance of strengthening the biopsychosocial approach in healthcare services provided by family physicians in nursing homes, regular nutritional monitoring, and interventions aimed at enhancing social support and psychological well-being.

Keywords: nursing home, elderly patient, biopsychosocial approach, Mini Nutritional Assessment

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Küresel ölçekte yaşam süresinin uzaması, doğurganlık oranlarındaki düşüş ve sağlık hizmetlerindeki ilerlemeler, dünya nüfusunun hızla yaşlanmasına neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2050 yılına kadar 60 yaş ve üzeri bireylerin sayısının iki katına çıkarak 2,1 milyara ulaşacağını öngörmektedir (1). Bu demografik dönüşüm, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri üzerinde önemli bir baskı oluşturmaktadır. Türkiye, bu süreçten en hızlı etkilenen ülkelerden biridir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2024 verilerine göre, ülke nüfusunun %10,6'sı 65 yaş ve üzerindedir ve bu oranın 2050'de %22,6'ya ulaşması beklenmektedir (2).

Yaşlanma, yalnızca biyolojik bir süreç olmayıp, bireyin psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerle sürekli etkileşim içinde olduğu çok boyutlu bir olgudur. Bu nedenle, yaşlı sağlığını değerlendirirken yalnızca hastalık odaklı biyomedikal model yetersiz kalmaktadır. George L. Engel tarafından 1977'de ortaya konan biyopsikososyal (BPS) model**,** sağlığı ve hastalığı biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin dinamik bir etkileşimi olarak ele alır (3). Bu model, özellikle yaşlı popülasyonun karmaşık sağlık sorunlarını anlamada ve yönetmede bütüncül bir çerçeve sunmaktadır (4).

Bakımevlerinde yaşayan yaşlılar, bu etkileşimin en belirgin şekilde gözlemlendiği gruplardan biridir. Bu bireylerde kronik hastalıkların yanı sıra, depresyon, sosyal izolasyon, moral bozukluğu ve beslenme yetersizlikleri gibi psikososyal sorunlar da sıkça görülmektedir. Örneğin, depresyonun malnütrisyon riskini artırdığı (5), sosyal desteğin ise hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerinde koruyucu bir rol oynadığı çok sayıda çalışmayla gösterilmiştir (6, 7). Türkiye'de yapılan araştırmalar, huzurevlerinde malnütrisyon riskinin %20 ila %40 arasında değiştiğini ve bu durumun psikososyal faktörlerle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (8, 9).

Bu bağlamda, aile hekimliği disiplininin temel ilkelerinden olan bütüncül ve sürekli bakım anlayışı, bakımevlerinde yaşayan yaşlıların sağlık yönetiminde kritik bir

rol oynamaktadır. Biyopsikososyal yaklaşım, bu bireylerin sadece tıbbi tedavilerini değil, aynı zamanda yaşam kalitelerini, sosyal ilişkilerini ve ruhsal iyilik hallerini de kapsayan entegre bir bakım planı oluşturulmasına olanak tanır.

Bu çalışmada, Erzurum ili Palandöken ilçesinde faaliyet gösteren özel bir bakımevinde kalan hastaların biyolojik (nütrisyonel durum, kronik hastalıklar), psikolojik (moral durumu, isteklilik) ve sosyal (ziyaretçi sıklığı, sosyal etkileşim) açılardan bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve bu değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır**.**

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Demografik Dönüşüm ve Yaşlanan Dünya

Yirmi birinci yüzyıl, insanlık tarihinde benzeri görülmemiş bir demografik dönüşüme tanıklık etmektedir. Doğurganlık oranlarındaki düşüş, yaşam beklentisindeki artış ve özellikle halk sağlığı, hijyen koşullarının iyileşmesi, aşılama programları, antibiyotik keşfi ve tıp alanındaki ilerlemeler, küresel nüfusun hızla yaşlanmasına yol açan temel dinamikleri oluşturmaktadır (1,10). Bu demografik değişim, yalnızca gelişmiş ülkelerin bir gerçeği olmaktan çıkmış, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin sağlık, sosyal güvenlik, emeklilik sistemleri ve ekonomi politikalarını da derinden etkileyen evrensel bir olgu haline gelmiştir (11, 12).

Türkiye, bu küresel demografik dönüşümü en hızlı yaşayan ülkeler arasında yer almaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2019 yılında %9,1 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı, sa”dece beş yıl içinde önemli bir artış göstererek 2024 yılında %10,6'ya yükselmiştir (2). Bu oran, ülkenin Birleşmiş Milletler kriterlerine göre "yaşlı toplum" (aging society) statüsüne geçtiğini göstermektedir. Nüfus projeksiyonları, bu ivmenin devam edeceğini ve yaşlı nüfus oranının 2040 yılında %17,9'a, 2050 yılında ise %20'nin üzerine çıkacağını öngörmektedir (2,13). Bu durum, Türkiye'nin "çok yaşlı" ve hatta "süper yaşlı" toplumlar kategorisine doğru hızla ilerlediğini ve yaşlı nüfusun artan ve çeşitlenen ihtiyaçlarına yönelik proaktif, sürdürülebilir ve bütüncül politikalar geliştirmenin aciliyetini ortaya koymaktadır (11,13).

Yaşlanan nüfus, kaçınılmaz olarak kronik hastalıkların prevalansında artış, sağlık hizmeti talebinde yoğunlaşma, sağlık harcamalarında büyüme ve uzun süreli bakım ihtiyacında artış gibi çok katmanlı zorlukları beraberinde getirmektedir (14,15). TÜSİAD'ın 2025 yılında yayınladığı "Yaşlılık Politikaları Araştırması" raporuna göre, Türkiye'de 65 yaş ve üzeri her beş yaşlıdan yaklaşık dördünün en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır (13). Bu durum, sağlık sisteminin kapasitesi, insan kaynakları planlaması ve finansman modelleri açısından ciddi bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca, yaşlı nüfusun artması, aile yapısındaki değişimler (çekirdek aileye geçiş, kadınların iş

gücüne katılımı) ve kentleşme ile birlikte değerlendirildiğinde, geleneksel aile içi bakım modellerinin sürdürülebilirliği sorgulanmakta ve kurumsal bakım hizmetlerine olan talep artmaktadır (13).

2.2. Yaşlanma Süreci: Biyolojik, Psikolojik ve Sosyal Boyutlar

Yaşlanma, kronolojik bir ilerlemeden ibaret olmayıp, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda sürekli bir değişim ve adaptasyon süreci yaşadığı karmaşık ve heterojen bir olgudur. Bu nedenle, yaşlı sağlığını ve hastalıklarını değerlendirirken yalnızca organ ve sistem patolojilerine odaklanan geleneksel biyomedikal model yetersiz kalmaktadır. George L. Engel tarafından 1977'de tıp dünyasına sunulan ve o zamandan beri giderek daha fazla kabul gören Biyopsikososyal (BPS) model, sağlığı ve hastalığı biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin dinamik bir etkileşimi olarak ele alarak bütüncül bir çerçeve sunmaktadır (3). Bu model, özellikle yaşlı popülasyonun karmaşık ve iç içe geçmiş sağlık sorunlarını anlamada, yönetmede ve onlara yönelik bakım modelleri geliştirmede temel bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (4,16).

2.2.1. Yaşlanmanın Biyolojik Boyutu

Fizyolojik yaşlanma, moleküler ve hücresel düzeyden başlayarak tüm organ sistemlerini etkileyen, geri dönüşü olmayan, ilerleyici bir süreçtir. Bu sürecin temelinde, DNA hasarı, telomer kısalması, epigenetik değişiklikler, protein homeostazının bozulması, mitokondriyal disfonksiyon, hücresel yaşlanma, kök hücre tükenmesi, hücreler arası iletişim bozuklukları ve besin algılama mekanizmalarındaki değişiklikler gibi moleküler ve hücresel mekanizmalar yer almaktadır (17). Bu temel mekanizmalar, zamanla tüm organ sistemlerinde yapısal ve fonksiyonel değişikliklere yol açar.

2.2.1.1. Kas-İskelet Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte kas-iskelet sisteminde meydana gelen en önemli değişikliklerden biri sarkopenidir. Sarkopeni, yaşa bağlı olarak kas kütlesi, kas gücü

ve kas fonksiyonunda ilerleyici ve yaygın kayıp olarak tanımlanır (18). Otuz yaşından sonra her on yılda yaklaşık %3-8 oranında kas kütlesi kaybı başlar ve 60 yaş sonrasında bu kayıp hızlanır (18,19). Sarkopeni, yalnızca kas kütlesinde azalma değil, aynı zamanda kas liflerinin tipinde değişim (tip II hızlı kasılan liflerin kaybı), kas içi yağ infiltrasyonu, nöromusküler kavşak bozuklukları ve motor nöron kaybı gibi karmaşık değişiklikleri içerir (18).

Sarkopeninin klinik sonuçları oldukça ciddidir. Kas gücündeki azalma, yürüme hızında yavaşlama, denge bozuklukları, düşme riski, kırık riski, fonksiyonel bağımsızlık kaybı, yaşam kalitesinde azalma ve mortalite riskinde artış ile ilişkilidir (18). Özellikle sarkopenik obezite (kas kaybı ile birlikte yağ kütlesinde artış) yaşlı popülasyonda giderek daha yaygın hale gelmekte ve metabolik sendrom, tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve mortalite riskini daha da artırmaktadır (18). Sarkopenik obezite, her iki durumun (sarkopeni ve obezite) olumsuz etkilerini birleştirerek, yaşlılarda en yüksek sağlık riski oluşturan durumlardan biri haline gelmiştir.

Kas-iskelet sistemindeki bir diğer önemli değişiklik ise osteoporoz ve osteopenidir. Kemik mineral yoğunluğundaki azalma, özellikle postmenopozal kadınlarda hızlanır ancak erkeklerde de görülür (19). Osteoporoz, kemik kırılganlığını artırarak, özellikle kalça, vertebra ve el bileği kırıklarına yol açar. Kalça kırıkları, yaşlılarda mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir ve kırık sonrası bir yıl içinde mortalite oranı %20-30'a kadar çıkabilmektedir (19).

Eklemlerde de dejeneratif değişiklikler meydana gelir. Osteoartrit, yaşlılarda en sık görülen eklem hastalığıdır ve ağrı, hareket kısıtlılığı ve fonksiyonel bozukluklara yol açar (19). Kıkırdak dokusunun aşınması, eklem sıvısının azalması ve eklem çevresindeki yumuşak dokuların değişimi, osteoartritin temel patolojik mekanizmalarıdır.

2.2.1.2. Kardiyovasküler Sistem Değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte kalp ve damar sisteminde de önemli yapısal ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelir. Kalp kasında hipertrofi, sol ventrikül duvar

kalınlığında artış, diyastolik fonksiyonlarda bozulma, kalp kapakçıklarında kalsifikasyon ve skleroze yol açan dejeneratif değişiklikler görülür (17,19). Ayrıca, kalp hızı değişkenliği azalır ve maksimum kalp hızı düşer.

Arteriyel sistemde ise arteriyoskleroz gelişir. Büyük arterlerin elastik yapısı bozulur, kollajen birikimi artar ve damarlar sertleşir. Bu durum, sistolik kan basıncında artışa, nabız basıncında genişlemeye ve kalp üzerinde artan yüke yol açar (17). Arteriyoskleroz, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, inme ve periferik arter hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıkların temel risk faktörüdür.

2.2.1.3. Solunum Sistemi Değişiklikleri

Akciğerlerde yaşa bağlı değişiklikler, solunum fonksiyonlarında azalmaya yol açar. Akciğer elastikiyetinde azalma, göğüs duvarı kompliyansında azalma, alveollerde genişleme ve yüzey alanında azalma, solunum kaslarında güç kaybı ve öksürük refleksinde zayıflama görülür (19). Bu değişiklikler, zorlu vital kapasite (FVC) ve bir saniyedeki zorlu ekspiratuar volümde (FEV1) azalmaya neden olur. Yaşlılar, solunum yolu enfeksiyonlarına, pnömoniye ve kronik obstrüktif akciğer hastalığına (KOAH) daha yatkın hale gelir.

2.2.1.4. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte gastrointestinal sistemde de önemli değişiklikler meydana gelir. Tükürük salgısında azalma, yutma güçlüğü (disfaji), özofagus motilitesinde azalma, mide asit sekresyonunda azalma, mide boşalmasında gecikme, bağırsak motilitesinde yavaşlama (konstipasyon riski), pankreas enzim sekresyonunda azalma ve emilim bozuklukları gibi değişiklikler, yaşlılarda beslenme sorunlarına zemin hazırlar (20). Ayrıca, tat ve koku duyusundaki azalma, iştahta düşüşe ve besin çeşitliliğinde azalmaya yol açarak malnütrisyon riskini artırır (20). Bu fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, diş kaybı, protez sorunları, oral hijyen problemleri, ağız kuruluğu ve çiğneme güçlüğü de yaşlılarda beslenmeyi olumsuz etkileyen önemli faktörlerdir (20).

2.2.1.5. Ürogenital Sistem Değişiklikleri

Böbrek fonksiyonlarında yaşla birlikte azalma görülür. Glomerüler filtrasyon hızı (GFR) azalır, böbrek kan akımı düşer ve böbreklerin ilaç ve toksinleri atma kapasitesi azalır (19). Bu durum, yaşlılarda ilaç dozlarının ayarlanması gerekliliğini ortaya koyar. Üriner inkontinans, özellikle kadınlarda yaygın bir sorundur ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

2.2.1.6. Endokrin Sistem Değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte birçok hormonda değişiklikler meydana gelir. İnsülin direnci artar, glukoz toleransı bozulur ve tip 2 diyabet riski yükselir (15). Tiroid fonksiyonlarında değişiklikler görülebilir. Büyüme hormonu ve seks hormonlarında (testosteron, östrojen) azalma meydana gelir. D vitamini eksikliği yaygındır ve kemik sağlığını olumsuz etkiler (19).

2.2.1.7. Duyusal Sistemlerde Değişiklikler

Görme, işitme, tat, koku ve dokunma duyularında yaşla birlikte azalma görülür. Presbyopi (yaşa bağlı hipermetropi), katarakt, glokom ve maküla dejenerasyonu gibi göz hastalıkları yaygınlaşır (19). Presbiakuzi (yaşa bağlı işitme kaybı), özellikle yüksek frekanslı sesleri duyma yeteneğinde azalma ile karakterizedir ve sosyal izolasyona yol açabilir (19). Tat ve koku duyusundaki azalma, iştah kaybına ve beslenme sorunlarına katkıda bulunur (20).

2.2.1.8. Bağışıklık Sistemi Değişiklikleri

Yaşlanmayla birlikte bağışıklık sisteminde de değişiklikler meydana gelir. Timus bezinin involüsyonu, T hücre fonksiyonlarında azalma, B hücre yanıtlarında değişiklikler, sitokin üretiminde dengesizlikler ve kronik düşük dereceli inflamasyon gelişir (17). Bu değişiklikler, yaşlıların enfeksiyonlara, kanser gelişimine ve otoimmün hastalıklara daha yatkın hale gelmesine yol açar. Aşı yanıtları da azalır.

2.2.2. Yaşlanmanın Psikolojik Boyutu

Yaşlanma süreci, bireyin ruhsal sağlığı, bilişsel fonksiyonları, kişiliği ve duygusal durumu üzerinde de önemli etkilere sahiptir. Emeklilikle birlikte sosyal rolün ve statünün değişmesi, eş veya yakın arkadaş kayıpları, fiziksel yetilerdeki azalmaya bağlı bağımsızlık kaybı, kronik ağrı, ekonomik zorluklar ve ölüm korkusu gibi yaşam olayları, yaşlılık döneminin psikolojik zorluklarını oluşturur (21, 22).

2.2.2.1. Depresyon ve Anksiyete

Depresyon, yaşlılarda en sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Ancak, yaşlılarda depresyon genellikle atipik semptomlarla (somatik yakınmalar, bilişsel bozukluk, irritabilite) ortaya çıktığı için tanı konulması zorlaşabilmektedir (21). Klasik depresif belirtiler (üzüntü, ağlama) yerine, fiziksel yakınmalar (ağrı, yorgunluk, uyku bozuklukları), iştah kaybı, ilgisizlik ve sosyal geri çekilme ön planda olabilir. Bu durum, depresyonun gözden kaçmasına veya başka hastalıklarla karıştırılmasına yol açabilir.

Depresyon, yaşlılarda iştah kaybı, uyku bozuklukları, enerji düşüklüğü, motivasyon kaybı ve sosyal geri çekilmeye yol açarak beslenme durumunu, tedaviye uyumu ve genel yaşam kalitesini doğrudan olumsuz etkileyen önemli bir psikososyal faktördür (23, 24). Yapılan çalışmalar, depresyonun malnütrisyon için bağımsız bir risk faktörü olduğunu ve depresif yaşlılarda malnütrisyon prevalansının %40'lara kadar çıkabildiğini göstermektedir (23). Ayrıca, malnütrisyon ve depresyon arasında çift yönlü bir ilişki bulunmaktadır; malnütrisyon da depresyon riskini artırmaktadır (23). Depresyon ayrıca intihar riskini artırır; yaşlı erkeklerde intihar oranları diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir.

Anksiyete bozuklukları da yaşlılarda yaygındır ancak genellikle depresyonla birlikte görülür. Genelleştirilmiş anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve fobiler yaşlılarda görülebilir. Anksiyete, fiziksel semptomlarla (çarpıntı, nefes darlığı, baş dönmesi) ortaya çıkabilir ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

2.2.2.2. Bilişsel Fonksiyonlar ve Demans

Yaşlanmayla birlikte bilişsel fonksiyonlarda da değişiklikler meydana gelir. Normal yaşlanmada, işlem hızında yavaşlama, yeni bilgi öğrenmede zorluk ve isimleri hatırlamada güçlük gibi hafif bilişsel değişiklikler görülebilir. Ancak, bu değişiklikler günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde etkilemez.

Hafif bilişsel bozukluk, normal yaşlanma ile demans arasında bir geçiş durumudur. Bu durumda, bireyin veya yakınlarının fark ettiği bilişsel gerileme vardır ancak günlük yaşam aktiviteleri korunmuştur. Hafif bilişsel bozukluk, yılda %10-15 oranında demansa ilerleyebilir (4).

Demans, bilişsel fonksiyonlarda (bellek, dikkat, dil, yürütücü işlevler, görsel-uzaysal beceriler) ilerleyici ve geri dönüşümsüz bozulma ile karakterize bir sendromdur ve günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde etkiler (4). Alzheimer hastalığı, demansın en sık nedenidir (%60-70). Diğer nedenler arasında vasküler demans, Lewy cisimcikli demans, frontotemporal demans ve karma demans yer alır.

Demans, bireyin bağımsızlığını kaybetmesine, bakım ihtiyacının artmasına, davranış ve psikolojik semptomlara (ajitasyon, agresyon, halüsinasyonlar, sanrılar, uyku bozuklukları), bakım veren yükünün artmasına ve kurumsal bakım ihtiyacına yol açar. Demans, aynı zamanda malnütrisyon için önemli bir risk faktörüdür çünkü hastalar yemeyi unutabilir, yemek yemeyi reddedebilir veya yutma güçlüğü yaşayabilir (4).

2.2.2.3. Kişilik ve Duygusal Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte kişilikte bazı değişiklikler görülebilir. Bazı yaşlılar daha içe dönük, daha az açık deneyimlere ve daha az nevrotik hale gelebilir. Ancak, temel kişilik özellikleri genellikle korunur. Duygusal düzenleme becerileri bazı yaşlılarda iyileşebilir ve olumlu duygulara daha fazla odaklanma eğilimi görülebilir. Ancak, kayıplar, hastalıklar ve sosyal izolasyon, duygusal iyilik halini olumsuz etkileyebilir.

2.2.3. Yaşlanmanın Sosyal Boyutu

Sosyal çevre, sosyal ilişkiler, sosyal roller ve sosyal destek, yaşlı bireyin sağlık ve iyilik hali üzerinde belirleyici bir role sahiptir. Yaşlanmayla birlikte sosyal rollerde önemli değişiklikler meydana gelir. Emeklilik, çalışma hayatından çekilme ve mesleki kimliğin kaybı anlamına gelir. Ebeveynlik rolü değişir; çocuklar evden ayrılır. Eş kaybı, en stresli yaşam olaylarından biridir ve özellikle kadınlarda yaygındır. Arkadaş ve akraba kayıpları da artar.

2.2.3.1. Sosyal Destek ve Sosyal Ağlar

Aile ziyaretleri, arkadaşlık ilişkileri, komşuluk bağları ve toplumsal aktivitelere katılım gibi sosyal destek mekanizmaları hem fiziksel hem de zihinsel sağlık üzerinde koruyucu bir etki göstermektedir (25, 26). Sosyal destek, stresle başa çıkma kapasitesini artırır, öz saygıyı güçlendirir, yaşam doyumunu yükseltir ve sağlık davranışlarını olumlu yönde etkiler (26). Yapılan çalışmalar, güçlü sosyal bağlara sahip yaşlıların daha uzun yaşadığını, daha az depresyon yaşadığını, daha iyi bilişsel fonksiyona sahip olduğunu ve daha iyi fonksiyonel duruma sahip olduğunu göstermektedir (26).

Sosyal destek, duygusal destek (empati, sevgi, güven), araçsal destek (pratik yardım, maddi destek), bilgisel destek (tavsiye, bilgi) ve değerlendirme desteği (geri bildirim, onay) olmak üzere farklı biçimlerde olabilir (26). Yaşlılar için en önemli sosyal destek kaynakları aile (eş, çocuklar), arkadaşlar, komşular ve toplum kuruluşlarıdır.

2.2.3.2. Sosyal İzolasyon ve Yalnızlık

Sosyal izolasyon ve yalnızlık, yaşlı popülasyonda morbidite ve mortalite için bağımsız risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (27,10,28). Sosyal izolasyon, sosyal ilişkilerin nesnel eksikliğini ifade eder (az sayıda sosyal temas, sınırlı sosyal ağ). Yalnızlık ise, sosyal ilişkilerin öznel olarak yetersiz veya tatmin edici olmadığı algısını

ifade eder (27). Bir kişi sosyal olarak izole olmadan yalnız hissedebilir veya geniş bir sosyal ağa sahip olmasına rağmen yalnız hissedebilir.

DSÖ, yaşlıların yaklaşık dörtte birinin sosyal izolasyon ve yalnızlık yaşadığını ve bunun ruh sağlığı sorunları için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (10). Sosyal izolasyon ve yalnızlık, depresyon, anksiyete, bilişsel gerileme, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, inme, bağışıklık sistemi bozuklukları, uyku bozuklukları ve mortalite riski ile ilişkilidir (27, 28). Yalnızlığın sağlık üzerindeki olumsuz etkisi, günde 15 sigara içmeye veya obeziteye benzer düzeydedir.

2.2.3.3. Sosyoekonomik Faktörler

Gelir düzeyi, eğitim düzeyi, meslek ve yaşam koşulları gibi sosyoekonomik faktörler, yaşlı sağlığını önemli ölçüde etkiler. Düşük sosyoekonomik düzey, sağlık hizmetlerine erişimde zorluk, kötü beslenme, kötü barınma koşulları, kronik stres ve daha yüksek hastalık riski ile ilişkilidir (22). Eğitim düzeyi, sağlık okuryazarlığını, sağlık davranışlarını ve bilişsel rezervi etkiler.

2.3. Bakımevleri ve Kurumsal Bakım

Yaşlı nüfusun artması, aile yapısındaki değişimler, kadınların iş gücüne katılımının artması, kentleşme ve çekirdek aile yapısına geçiş gibi sosyodemografik değişimler, geleneksel aile içi bakım modellerinin sürdürülebilirliğini zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda, bakımevleri (huzurevleri, yaşlı bakım evleri, yaşlı yaşam merkezleri), yaşlı bireylerin barınma, beslenme, sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının karşılandığı kurumsal bakım ortamları olarak önem kazanmaktadır.

2.3.1. Bakımevlerinin Tanımı ve Türleri

Bakımevleri, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde destek aldığı, tıbbi bakım hizmetlerinin sunulduğu ve sosyal aktivitelerin düzenlendiği konut ve bakım tesisleridir. Türkiye'de bakımevleri, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve özel sektör

tarafından işletilmektedir. Bakımevleri, sundukları hizmet düzeyine göre farklı kategorilere ayrılabilir:

- *Huzurevleri:* Günlük yaşam aktivitelerini büyük ölçüde bağımsız olarak gerçekleştirebilen, tıbbi bakım ihtiyacı düşük olan yaşlıların kaldığı tesislerdir.
- *Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri:* Kronik hastalığı olan, fonksiyonel bağımlılığı yüksek olan ve sürekli tıbbi bakım ve rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlıların kaldığı tesislerdir.
- *Demans Bakım Üniteleri:* Demans tanısı olan ve özel bakım ihtiyacı olan yaşlıların kaldığı, güvenli ve uyarlanmış ortamlar sunan özel ünitelerdir.

2.3.2. Bakımevlerinde Yaşayan Yaşlıların Özellikleri

Bakımevlerinde yaşayan bireyler, genellikle toplumda yaşayan akranlarına göre daha fazla kronik hastalığa, daha ileri düzeyde fonksiyonel bağımlılığa, daha yüksek bilişsel bozukluk prevalansına ve artmış psikososyal hassasiyete sahip bir popülasyonu temsil etmektedir (29,19). Bu popülasyonun özellikleri şunlardır:

- İleri yaş: Bakımevlerinde kalan yaşlıların çoğu 75 yaş ve üzerindedir.
- Çoklu kronik hastalıklar (multimorbidite): Ortalama olarak 3-5 kronik hastalık birlikte görülür (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, KOAH, osteoartrit, demans vb.).
- Polifarmasi: Çoklu ilaç kullanımı yaygındır (ortalama 5-10 ilaç).
- Fonksiyonel bağımlılık: Günlük yaşam aktivitelerinde (yıkanma, giyinme, tuvalet, yemek yeme, mobilite) yardım ihtiyacı vardır.
- Bilişsel bozukluk: Demans veya hafif bilişsel bozukluk prevalansı yüksektir (%40-60).
- Malnütrisyon riski: Beslenme sorunları ve malnütrisyon riski yüksektir. Uluslararası çalışmalar, bakımevlerinde yaşayan yaşlıların %23 ila %60'ının malnütrisyon veya malnütrisyon riski altında olduğunu göstermektedir (30, 31).

- Depresyon: Depresyon prevalansı yüksektir (%30-45).
- Sosyal izolasyon: Aile ve arkadaş ziyaretleri sınırlı olabilir. Bakımevlerinde yapılan çalışmalar, sakinlerin %35 ila %61'inin orta veya şiddetli yalnızlık yaşadığını göstermektedir (32).
- Düşme riski: Düşme ve kırık riski yüksektir.

2.3.3. Bakımevlerinde Biyopsikososyal Yaklaşımın Önemi

Bakımevleri, BPS modelin tüm bileşenlerinin kesiştiği ve etkileşim içinde olduğu özel mikro-sistemlerdir. Bu nedenle, bakımevi sakinlerinin sağlık durumunu değerlendirirken bütüncül ve entegre bir yaklaşım benimsemek, palyatif veya semptomatik tedavinin ötesine geçerek yaşam kalitesini artırmayı hedeflemek kritik öneme sahiptir.

Biyolojik faktörler: Kronik hastalıklar, polifarmasi, malnütrisyon, sarkopeni, osteoporoz, duyusal kayıplar, ağrı, uyku bozuklukları.

Psikolojik faktörler: Depresyon, anksiyete, bilişsel bozukluk, demans, uyum sorunları, kayıp ve yas, öz saygı kaybı, kontrol kaybı.

Sosyal faktörler: Sosyal izolasyon, yalnızlık, aile ziyaretlerinin sıklığı, kurum içi sosyal ilişkiler, personel-sakin etkileşimi, sosyal aktivitelere katılım, kurum ortamı (fiziksel çevre, mahremiyet, özerklik).

Bu üç boyut birbirleriyle sürekli etkileşim halindedir. Örneğin, depresyon (psikolojik) iştah kaybına ve malnütrisyona (biyolojik) yol açabilir. Sosyal izolasyon (sosyal) depresyon riskini artırabilir. Kronik ağrı (biyolojik) sosyal aktivitelere katılımı azaltabilir (sosyal) ve depresyona (psikolojik) katkıda bulunabilir.

2.4. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD)

Yaşlı bireylerin biyopsikososyal çerçevede tanımlanan karmaşık sorun yumağı, bu sorunları tespit edip yönetebilecek bütüncül değerlendirme araçlarını

zorunlu kılmaktadır. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD), modern geriatrinin bu ihtiyaca yanıt olarak geliştirdiği, yaşlı bakımının temel taşlarından biri olan, çok boyutlu ve disiplinler arası bir yaklaşımdır.

2.4.1. KGD'nin Tanımı ve Amacı

Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme, yaşlı bir bireyin tıbbi, fonksiyonel, bilişsel, psikolojik, sosyal ve çevresel durumunu sistematik olarak inceleyen çok boyutlu, genellikle disiplinler arası bir tanı ve yönetim sürecidir (33, 34). KGD'nin temel amacı, yaşlı bireyin sağlık sorunlarını, fonksiyonel kapasitesini, bilişsel durumunu, ruhsal sağlığını, sosyal destek sistemlerini ve çevresel koşullarını kapsamlı bir şekilde değerlendirerek, genellikle gözden kaçan sorunları tespit etmek, bireyin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek ve bu doğrultuda kişiselleştirilmiş, bütüncül ve koordine bir bakım planı oluşturmaktır (33, 34).

KGD, geleneksel tıbbi değerlendirmeden farklı olarak, yalnızca hastalık tanısı ve tedavisine odaklanmaz. Bunun yerine, bireyin fonksiyonel bağımsızlığını korumayı veya iyileştirmeyi, yaşam kalitesini artırmayı, gereksiz hastaneye yatışları ve kurumsal bakım ihtiyacını azaltmayı ve mortaliteyi azaltmayı hedefler (34).

2.4.2. KGD'nin Bileşenleri

KGD, birçok alanı kapsayan çok boyutlu bir değerlendirmedir. Temel bileşenleri şunlardır:

1. Tıbbi Değerlendirme

- Tıbbi öykü: Mevcut şikayetler, geçmiş hastalıklar, ameliyatlar, alerjiler, aile öyküsü.
- Kronik hastalıkların gözden geçirilmesi: Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, KOAH, osteoartrit, osteoporoz, demans vb.
- İlaç gözden geçirilmesi: Kullanılan tüm ilaçlar (reçeteli, reçetesiz, bitkisel), polifarmasi, ilaç yan etkileri, ilaç-ilaç etkileşimleri, uygunsuz ilaç kullanımı.

- Fizik muayene: Vital bulgular, sistem muayeneleri.
- Laboratuvar testleri: Tam kan sayımı, biyokimya, tiroid fonksiyonları, B12 vitamini, D vitamini, gerektiğinde diğer testler.
- Görme ve işitme değerlendirmesi: Görme keskinliği, işitme testi.

2. Fonksiyonel Durum Değerlendirmesi

Fonksiyonel durum, bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirme kapasitesini ifade eder. İki ana kategoride değerlendirilir:

- Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri: Yıkanma, giyinme, tuvalet kullanımı, transfer (yataktan kalkmak, sandalyeye oturmak), kontinans (idrar ve gaita kontrolü), yemek yeme. Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık Endeksi veya Barthel Ölçeği kullanılır (33, 34).
- Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri: Telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri, çamaşır yıkama, ulaşım, ilaç yönetimi, mali işleri yönetme. Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği kullanılır (33, 34).

Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi, bireyin bağımsızlık düzeyini, bakım ihtiyacını ve müdahale hedeflerini belirlemede kritik öneme sahiptir.

3. Bilişsel Fonksiyon Değerlendirmesi

Bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesi, demans ve hafif bilişsel bozukluğun erken tanısı için önemlidir. Kullanılan araçlar:

- Mini Mental Durum Muayenesi: En yaygın kullanılan kısa bilişsel tarama testidir. Oryantasyon, kayıt, dikkat ve hesaplama, hatırlama, dil ve yapılandırma alanlarını değerlendirir. 30 puan üzerinden değerlendirilir (33, 34).

- Saat Çizme Testi: Yürütücü işlevleri ve görsel-uzaysal becerileri değerlendirir. Hastadan bir saat çizmesi ve belirli bir saati göstermesi istenir (33, 34).
- Montreal Bilişsel Değerlendirme (Montreal Cognitive Assessment - MoCA): Mini Mental Durum Değerlendirmesine göre daha hassas bir testtir, özellikle hafif bilişsel bozukluğu tespit etmede daha etkilidir.

4. Ruhsal Durum Değerlendirmesi

Depresyon ve anksiyete gibi ruhsal sorunların taranması önemlidir. Kullanılan araçlar:

- Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ): Yaşlılarda depresyonu taramak için geliştirilmiş özel bir ölçektir. Somatik semptomlar yerine duygusal ve bilişsel semptomlara odaklanır (33, 34).
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği: Hem anksiyete hem de depresyonu değerlendirir.

5. Beslenme Durumu Değerlendirmesi

Malnütrisyon riski, yaşlılarda yaygın ve ciddi bir sorundur. Beslenme durumunun değerlendirilmesi için kullanılan araçlar:

- *Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA):* Yaşlılarda malnütrisyon riskini taramak için geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış, kolay uygulanabilir bir araçtır (35). MNA, antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, boy, kilo kaybı, kol çevresi, baldır çevresi), genel değerlendirme (mobilite, yaşam tarzı, ilaç kullanımı, nöropsikolojik sorunlar), diyet değerlendirmesi (öğün sayısı, protein alımı, meyve-sebze tüketimi, sıvı alımı) ve öznel değerlendirme (kendi sağlık algısı, beslenme durumu algısı) olmak üzere dört ana bölümden oluşur (35). Tam form 30 puan üzerinden değerlendirilir: 24-30 puan normal beslenme, 17-23,5 puan malnütrisyon riski, <17 puan

malnütrisyon olarak yorumlanır (35). MNA'nın kısa formu (MNA-SF) da hızlı tarama için kullanılabilir.

- *Antropometrik ölçümler:* Vücut ağırlığı, boy, vücut kitle indeksi (VKİ), kol çevresi, baldır çevresi.
- *Biyokimyasal parametreler:* Serum albumin, prealbümin, transferrin, lenfosit sayısı (ancak bunlar malnütrisyona özgü değildir).

6. Sosyal Destek ve Çevresel Değerlendirme

Yaşlılarda KGD kapsamında aile, arkadaşlar, komşular, toplum kaynakları gibi sosyal destek sistemleri, ev ortamı, güvenlik, erişilebilirlik, bakım veren varlığı gibi yaşam koşulları, gelir, sağlık sigortası, mali kaynaklar gibi ekonomik durum ve sosyal temas sıklığı, yalnızlık algısı gibi sosyal izolasyon ve yalnızlık başlıklarında mutlaka sosyal destek ve çevresel dğerlendirme yapılmalıdır.

7. Düşme Riski Değerlendirmesi

Yaşlılarda düşme, ciddi yaralanmalara, kırıklara, fonksiyonel bağımlılığa ve mortaliteye yol açabilir. Düşme riski değerlendirilmelidir:

- Düşme öyküsü: Son bir yıl içinde düşme sayısı.
- Denge ve yürüme değerlendirmesi: Romberg testi, Tinetti Denge ve Yürüme Değerlendirmesi, Zamanlı Kalk ve Git testi.
- Risk faktörleri: İlaçlar (sedatifler, antihipertansifler), görme bozuklukları, çevresel tehlikeler, kas güçsüzlüğü, denge bozuklukları.

8. Ağrı Değerlendirmesi

Kronik ağrı, yaşlılarda yaygındır ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler. Ağrı şiddeti, lokalizasyonu, süresi ve ağrı yönetimi değerlendirilmelidir. Görsel Analog Skala veya Sayısal Derecelendirme Ölçeği kullanılabilir.

9. İdrar İnkontinansı Değerlendirmesi

İdrar inkontinansı, yaşlılarda yaygın ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sorundur. Tipi (stres, urge, overflow, fonksiyonel), sıklığı ve şiddeti değerlendirilmelidir.

10. Uyku Değerlendirmesi

Uyku bozuklukları, yaşlılarda yaygındır. Uyku kalitesi, uyku süresi, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanmaları, gündüz uykululuğu değerlendirilmelidir.

2.4.3. KGD'nin Etkinliği ve Faydaları

KGD'nin etkinliği çok sayıda çalışmayla kanıtlanmıştır. Yapılan sistematik derlemeler ve meta-analizler, KGD uygulanan yaşlılarda şu faydaların görüldüğünü göstermiştir (34):

- Tanı doğruluğunda artış: Gözden kaçan sorunların (depresyon, bilişsel bozukluk, malnütrisyon, polifarmasi) tespit edilmesi.
- Fonksiyonel durumda iyileşme: Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık artışı.
- Bilişsel fonksiyonlarda iyileşme veya stabilizasyon.
- Yaşam kalitesinde artış.
- Hastaneye yatış oranlarında azalma.
- Huzurevine yerleştirilme oranlarında azalma.
- Sağlık hizmetleri kullanımında azalma.
- Mortalitede azalma (bazı çalışmalarda).
- Maliyet-etkinlik: Uzun vadede sağlık harcamalarında azalma.

T.C. Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşlı sağlığının güçlendirilmesi ve KGD'nin yaygınlaştırılması amacıyla 2022 ve 2025 yıllarında güncellenmiş kılavuzlar yayınlayarak aile hekimlerinin bu süreci aktif olarak yönetmesini teşvik etmektedir (25). Bu kılavuzlar, yaşlı izleminde hangi testlerin ne

sıklıkla uygulanması gerektiğini, risk faktörlerinin nasıl değerlendirileceğini, hangi durumlarda uzmana sevk edileceğini ve multidisipliner ekip çalışmasının nasıl organize edileceğini detaylı olarak açıklamaktadır (25).

Aile hekimleri, yaşlı bireylerin ilk temas noktası olarak, KGD'nin temel bileşenlerini uygulayabilir, risk altındaki bireyleri belirleyebilir ve gerektiğinde geriatri uzmanına veya ilgili uzmanlara sevk edebilir. Aile hekimliği disiplini, doğası gereği bireyi ve aileyi biyopsikososyal bir bütün olarak ele alan, hizmetinde sürekliliği, kapsamlılığı, koordinasyonu ve hasta merkezliliği temel alan bir uzmanlık dalıdır (35). Bu temel ilkeler, özellikle çoklu ve karmaşık sağlık sorunları olan yaşlı nüfusun yönetiminde aile hekimlerini sağlık sisteminin merkezine yerleştirmektedir (35).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda planlanmıştır.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma Haziran–Temmuz 2025 tarihleri arasında Erzurum ili Palandöken ilçesinde bulunan özel bir bakımevinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma, bakımevinde yaşayan bireylerin biyopsikososyal özelliklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında söz konusu bakımevinde kayıtlı olan 24-81 yaş aralığındaki tüm hastalar (n=143) oluşturmuştur. Örneklem seçimi için aşağıdaki süreç izlenmiştir:

- Çalışma döneminde hastanede tedavi görmekte olan 3 hasta araştırmaya dahil edilememiştir.
- Geriye kalan 140 hastadan, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan veya dışlanma kriterlerine uyan 75 hasta çıkarılmıştır.
- Sonuç olarak, gönüllü onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden 65 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Çalışmaya Dahil Edilme ve Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü Palandöken ilçesine bağlı söz konusu özel bakımevinde kayıtlı ve ikamet ediyor olmak

Çalışmada Dışlanma Kriterleri

- Mekanik ventilatöre bağlı olanlar
- Onam veremeyecek durumda olanlar

3.5. Araştırma Protokolü

Çalışmada dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara Sosyodemografik Veri Formu ve Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) formu uygulanmıştır. Veri toplama işlemi, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanmış ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Her bir görüşme ortalama 20–25 dakika sürmüştür.

Verilerin gizliliği ilkesine bağlı kalınarak, toplanan tüm bilgiler anonimleştirilmiş, kimlik bilgileri gizli tutulmuş ve sonuçlar yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Veri Toplama Formu Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri ışığında hazırlanan bu form, 15 maddeden oluşmaktadır. Form ile katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra; kronik hastalık varlığı, ziyaretçi sıklığı, iletişim becerisi, ortak alan kullanımı, moral durumu ve isteklilik gibi biyopsikososyal değişkenler de sorgulanmıştır.

3.6.2. Mini Nutrisyonel Değerlendirme Formu (MNA) (EK-2)

MNA, yaşlı bireylerde beslenme durumunu hızlı ve bütüncül biçimde değerlendirmek üzere 1990'ların başında Guigoz ve ark. tarafından geliştirilmiş, 1994'te geçerlik-güvenirlik çalışmaları yayımlanmıştır. Araç, Toulouse Üniversitesi, New Mexico School of Medicine ve Nestlé Research Center iş birliğiyle tasarlanmıştır.

Klinik pratikte taramayı hızlandırmak için 2001'de Rubenstein ve ark., tarafından MNA-SF (6 maddelik kısa form) geliştirilmiştir. 2009'da revize edilmiş MNA-SF (rMNA-SF) versiyonu, VKİ yerine/yanı sıra baldır çevresi kullanma seçeneğini ekleyerek farklı klinik ortamlarda uygulanabilirliğini artırmıştır. Kesme noktaları değişmeden korunmuştur.

MNA; son kilo kaybı, iştah, mobilite, akut hastalık/stres, nöropsikolojik durum, VKİ veya baldır çevresi, ayrıca tam formda yaşam koşulları, ilaçlar, bası yarası, sıvı-gıda tüketimi ve bireysel algı gibi başlıkları kapsar. Eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaklaşık 10 dakika içinde tamamlanır; tarama skoru ≤11 ise tam form uygulanır.

MNA ve MNA-SF çok sayıda ülkede doğrulanmıştır; Türkiye'de de geriatri hastalarında MNA'nın geçerlik çalışması 2015'te yapılmış ve MNA-SF'nin klinik ölçütlerle güçlü ilişki gösterdiği bildirilmiştir. Ayrıca Self-MNA için de Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması yayımlanmıştır.

MNA, huzurevi/bakımevi, hastane ve ayaktan bakım gibi ortamlarda malnütrisyonu veya malnütriyon riskini erken saptamak, izlemde tekrarlamak ve beslenme müdahalelerini planlamak için önerilir; MNA-SF ilk tarama, tam MNA ise ayrıntılı sınıflama için kullanılır.

Toplam 18 sorudan oluşan bu ölçek, iki bölümden oluşur:

- **Tarama (MNA-SF):** İlk 6 sorudan oluşur ve 14 tam puan üzerinden değerlendirilir. 12-14 puan arası **normal beslenme durumu**, 8-11 puan arası **malnütrisyon riski**, 0-7 puan arası ise **malnütrisyon** olarak kabul edilir.
- **Değerlendirme:** Tarama puanı 11 veya altında olan hastalara geri kalan 12 soru da uygulanarak toplam 30 puan üzerinden bir değerlendirme yapılır. 24-30 puan **normal**, 17-23.5 puan **malnütrisyon riski**, 17 puandan aşağısı ise **malnütrisyon** olarak sınıflandırılır.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Elde edilen verilerin analizi için SPSS for Windows, versiyon 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma veya medyan (minimum-maksimum), kategorik değişkenler için ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak sunulmuştur.

Gruplar arası farkların değerlendirilmesinde, normal dağılım gösteren değişkenler için **Student t testi**, normal dağılım göstermeyen değişkenler için **Mann-Whitney U testi** kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise **Pearson Ki-Kare testi** veya beklenen değerin 5'in altında olduğu durumlarda **Fisher's Exact testi** kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p<0.05$ değeri kabul edilmiştir.

3.8. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez çalışması için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik kurulundan (Sayı:B.30.2.ATA.0.01.00/691) izin alınmıştır. Ayrıca, araştırmanın yürütüleceği özel bakımevi kurum yönetiminden de yazılı izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmaya 65 hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 56.79±17.68 yıl olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %83.1'i (n=54) kadın, %16.9'u (n=11) erkekti. Medeni durumlarına göre, %58.5'i (n=38) dul, %41.5'i (n=27) bekardı. Eğitim durumları incelendiğinde; %33.8'i (n=22) okur-yazar değildi, %55.4'ü (n=36) 8 yıldan az eğitim almıştı, %9.2'si (n=6) 8–12 yıl arası eğitim almış, %1.5'i (n=1) 12 yıldan fazla eğitim görmüştü.

Hastaların vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 29.70±6.43 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %30.8'i (n=20) normal kilolu, %26.2'si (n=17) fazla kilolu, %43.2'si (n=28) obezdi. MNA skoru ortalaması 12.14±1.94 olarak bulunmuştur. MNA puanı <11 olan %27.7 (n=18) hasta tespit edilmiştir. Sadece bu hastaların malnütrisyon gösterge puanı ortalaması 21.06±1.79'du.

Hastaların genel nutrisyonel durumları değerlendirildiğinde, %72.3'ü (n=47) normal aralıkta, %27.7'si (n=18) malnütrisyon riski altında bulunmuştur. Ancak malnütrisyonu olan hasta saptanmamıştır. Tüm katılımcıların oral yolla beslendiği belirlenmiş; yalnızca %1.5'inde (n=1) bası yarası tespit edilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	**Hastalar (n=65)**
Yaş (yıl)	56.79±17.68
Cinsiyet	
Kadın	54 (%83.1)
Erkek	11 (%16.9)
Medeni durum	
Evli	-
Bekar	27 (%41.5)
Dul	38 (%58.5)
Eğitim durumu	
Okur-yazar değil	22 (%33.8)
<8yıl	36 (%55.4)
8-12 yıl	6 (%9.2)
>12 yıl	1 (%1.5)
Boy (cm)	162.11±9.84
Kilo (kg)	78.72±20.03
VKİ	29.70±6.43
VKİ sınıflama	
Normal	20 (%30.8)
Fazla kilolu	17 (%26.2)
Obez	28 (%43.1)
Mini nutrisyonel tarama skoru	12.14±1.94
Malnutrisyon gösterge puanı (n=18)	21.06±1.79
Nutrisyonel durum	
Normal	47 (%72.3)
Malnutrisyon riski altında	18 (%27.7)
Malnutrisyon	-
Beslenme şekli	
Oral	65 (%100)
Parenteral	-
Bası yarası	
Evet	1 (%1.5)
Hayır	64 (%98.5)

Değerler ortalama ±standart sapma veya sayı (%) şeklinde verilmiştir. VKİ:Vücut kitle indeksi

Hastaların komorbid durumları Tablo 2'de gösterilmiştir. Katılımcıların %16.9'unda (n=11) kardiyovasküler hastalık, %24.6'sında (n=16) nörolojik hastalık, %4.6'sında (n=3) ürolojik hastalık, %21.5'inde (n=14) ortopedik hastalık, %80.0'ında (n=52) psikiyatrik hastalık, %3.1'inde (n=2) solunum sistemi hastalığı, %7.7'sinde (n=5) endokrin hastalık ve %12.3'ünde (n=8) göz hastalığı tespit edilmiştir.

Tablo 2. Hastaların komorbid durumlarının dağılımı

Özellikler	Hastalar (n=65) n (%)
Kardiyovasküler hastalık Var Yok	 11(%16.9) 54 (%83.1)
Nörolojik hastalık Var Yok	 16 (%24.6) 49 (%75.4)
Ürolojik hastalık Var Yok	 3 (%4.6) 62 (%95.4)
Ortopedik hastalık Var Yok	 14 (%21.5) 51 (%78.5)
Psikiyatrik hastalık Var Yok	 52 (%80) 13 (%20)
Solunum sistemi hastalık Var Yok	 2 (%3.1) 63 (%96.9)
Endokrin hastalık Var Yok	 5 (%7.7) 60 (%92.3)
Kanser Var Yok	 - 65 (%100)
Göz hastalıkları Var Yok	 8 (%12.3) 57 (%87.7)

Değerler sayı (%) şeklinde verilmiştir.

Hastaların emosyonel durumlarını değerlendirmede kullanılan veriler Tablo 3'te sunulmuştur. Katılımcıların %78.5'inin (n=51) ziyaretçisi bulunduğu, %21.5'inin (n=14) ise ziyaretçisinin olmadığı belirlenmiştir.

İletişim becerileri incelendiğinde, %43.1'inde (n=28) iyi, %33.8'inde (n=22) orta ve %23.1'inde (n=15) zayıf düzeyde iletişim becerisi olduğu saptanmıştır. Ortak alan kullanım düzeyi değerlendirildiğinde, %38.5'inde (n=25) iyi, %38.5'inde (n=25) orta ve %23.1'inde (n=15) kötü düzeyde ortak alan kullanımı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %21.5'inin (n=14) moralsiz ve %23.1'inin (n=15) isteksiz olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 3. Hastaların emosyonel durumlarını değerlendirmede kullanılan verilerin dağılımı

Özellikler	Hastalar (n=65) n (%)
Ziyaretçi durumu	
Haftada 1	6 (%9.2)
Ayda 1	7 (%10.8)
3 ayda 1	11 (%16.9)
6 ayda 1	2 (%3.1)
Yılda 1	25 (%38.5)
Yok	14 (%21.5)
İletişim becerisi	
İyi düzeyde	28 (%43.1)
Orta düzeyde	22 (%33.8)
Kötü düzeyde	15 (%23.1)
Ortak alan kullanımı	
İyi düzeyde	25 (%38.5)
Orta düzeyde	25 (%38.5)
Kötü düzeyde	15 (%23.1)
Moralsizlik durumu	
Evet	14 (%21.5)
Hayır	51 (%78.5)
İsteksizlik	
Evet	15 (%23.1)
Hayır	50 (%76.9)

Değerler sayı (%) şeklinde verilmiştir.

Hastalar cinsiyete göre gruplandırıldığında sosyodemografik veriler Tablo 4'te sunulmuştur. Kadın hastaların yaş ortalaması, erkek hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.001). Grupların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Eğitim durumları değerlendirildiğinde, kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p=0.009).

Erkek hastaların boy ve kilo ortalamaları kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmasına rağmen (p<0.001, p=0.003), vücut kitle indeksi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.841). Vücut kitle indeksine göre sınıflandırıldığında, kadınlarda fazla kilolu ve obez hasta oranı erkeklere kıyasla anlamlı derecede yüksekti (p=0.044).

Çalışmamızda MNA skoru erkek hastalarda, kadın hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.013). Kadın hastaların %31.5'inin (n=17) mini nütrisyonel tarama puanı <11 iken, erkek hastaların %9.1'inin (n=1) puanı <11 olarak belirlenmiştir. Mini nütrisyonel tarama puanı <11 olan kadın hastaların malnütrisyon gösterge puanı ortalaması 21.12±1.82'dir. Nutrisyonel durum açısından değerlendirildiğinde, kadın hastalarda %68.5'inin (n=37) normal, %31.5'inin (n=17) malnütrisyon riski altında olduğu; erkek hastalarda ise %90.9'unun (n=10) normal, %9.1'inin (n=1) malnütrisyon riski altında bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Kadın ve erkek hastaların sosyodemografik ve nütrisyonel özelliklerinin karşılaştırması

Özellikler	Kadın (n=54) n (%)	Erkek(n=11) n (%)	p
Yaş (yıl)	58.87±18.45	46.55±7.59	0.001*
Medeni durum Evli Bekar Dul	 - 20 (%37) 34 (%63)	 - 7(%63.6) 4(%36.4)	0.103**
Eğitim durumu Okur-yazar değil Okur yazar	 22 (%40.7) 32 (%59.3)	 - 11 (%100)	0.009**
Boy (cm)	159.44±7.74	175.18±8.74	<0.001*
Kilo (kg)	76.48±20.85	89.73±10.1	0.003*
VKİ	28.52 (19.71-47.83)	28.69(21.6-37.83)	0.841***
VKİ sınıflama Normal Fazla kilolu Obez	 19 (%35.2) 11 (%20.4) 24 (%44.4)	 1 (%9.1) 6 (%54.5) 4 (%36.4)	0.044**
MNA skoru	12 (7-14)	14 (10-14)	0.013***
Malnutrisyon gösterge puanı	21.12±1.82	****	-
Nutrisyonel durum Normal Malnutrisyon riski altında Malnutrisyon	 37 (%68.5) 17 (%31.5) -	 10 (%90.9) 1 (%9.1) -	0.130**

*Değerler ortalama ±standart sapma, medyan (minimum-maksimum) veya sayı (%) şeklinde verilmiştir. VKİ:Vücut kitle indeksi. *Student t testi, ** Pearson ki-kare testi,*** Mann Whitney U testi.*
*****Mini Nutrisyonel Tarama Puanı<11 olan erkek hasta sayısı 1 olduğu için ortalama ve standard sapma değerleri verilemedi.*

Hastalar cinsiyete göre gruplandırıldığında, ek hastalık dağılımları Tablo 5'te sunulmuştur. Kadın hastaların %18.5'inde (n=10) kardiyovasküler hastalık, %29.6'sında (n=16) nörolojik hastalık, %5.6'sında (n=3) ürolojik hastalık, %25.9'unda (n=14) ortopedik hastalık, %75.9'unda (n=41) psikiyatrik hastalık, %1.9'unda (n=1) solunum sistemi hastalığı, %9.3'ünde (n=5) endokrin hastalık ve %14.8'inde (n=8) göz hastalığı tespit edilmiştir. Erkek hastalar arasında %9.1'inde (n=1) kardiyovasküler hastalık, %100'ünde (n=11) psikiyatrik hastalık ve %9.1'inde (n=1) solunum sistemi hastalığı belirlenmiştir.

Cinsiyete göre hastalık dağılımları incelendiğinde, nörolojik hastalık sıklığının kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Diğer komorbid hastalıkların dağılımları açısından ise kadın ve erkek gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 5. Kadın ve erkek hastaların komorbid durumlarının karşılaştırılması

Özellikler	Kadın (n=54) n (%)	Erkek(n=11) n (%)	p
Kardiyovasküler hastalık Var yok	 10 (%18.5) 44 (%81.5)	 1 (%9.1) 10 (%90.9)	 0.447*
Nörolojik hastalık Var Yok	 16 (%29.6) 38 (%70.4)	 - 11 (%100)	0.038*
Ürolojik hastalık Var Yok	 3 (%5.6) 51 (%94.4)	 - 11 (%100)	 1.0**
Ortopedik hastalık Var Yok	 14 (%25.9) 40 (%74.1)	 - 11 (%100)	 0.057*
Psikiyatrik hastalık Var Yok	 41 (%75.9) 13 (%24.1)	 11(%100) -	 0.069*
Solunum sistemi hastalık Var Yok	 1 (%1.9) 53 (%98.1)	 1 (%9.1) 10 (%90.9)	 0.312**
Endokrin hastalık Var Yok	 5 (%9.3) 49(%90.7)	 - 11(%100)	 0.294*
Göz hastalıkları Var Yok	 8 (%14.8) 46 (%85.2)	 - 11(%100)	 0.173*

*Değerler sayı (%) şeklinde verilmiştir. * Pearson ki-kare testi,** Fisher 's-exact testi.*

Hastalar cinsiyete göre gruplandırıldığında, emosyonel durumlarına ilişkin veriler Tablo 6'da sunulmuştur. Kadın hastaların %79.6'sının (n=43) ziyaretçisi bulunurken, %20.4'ünün (n=11) ziyaretçisi yoktu. Erkek hastalarda ise %72.7'sinin (n=8) ziyaretçisi bulunmakta, %27.3'ünün (n=3) ziyaretçisi olmadığı belirlenmiştir. Ziyaretçi dağılımı yetersiz örneklem nedeniyle "ziyaretçisi olan" ve "olmayan" şeklinde yeniden sınıflandırıldığında, kadın ve erkek hastaların ziyaretçi durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.612).

İletişim becerileri değerlendirildiğinde, kadın hastalarda %35.2'sinde (n=19) iyi, %38.9'unda (n=21) orta ve %25.9'unda (n=14) kötü düzeyde iletişim becerisi olduğu belirlenmiştir. Erkek hastalarda ise %81.8'inde (n=9) iyi, %9.1'inde (n=1) orta ve %9.1'inde (n=1) kötü düzeyde iletişim becerisi saptanmıştır. Gruplar "iletişim kurabilen" ve "iletişim kuramayan" olarak yeniden sınıflandırıldığında, kadınların %74.1'inin (n=40) iletişim kurabildiği, erkeklerin ise %90.9'unun (n=10) iletişim kurabildiği belirlenmiştir. Cinsiyetler arasında iletişim kurabilme açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.227).

Ortak alan kullanımı değerlendirildiğinde, kadınlarda %29.6'sında (n=16) iyi, %44.4'ünde (n=24) orta ve %25.9'unda (n=14) kötü düzeyde kullanım olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ise %81.8'inde (n=9) iyi, %9.1'inde (n=1) orta ve %9.1'inde (n=1) kötü düzeyde ortak alan kullanımı belirlenmiştir. Gruplar arasında ortak alan kullanım düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0.01).

Kadın hastaların %24.1'inin (n=13) moralsiz ve %25.9'unun (n=14) isteksiz olduğu tespit edilmiştir. Erkek hastalarda ise moralsizlik ve isteksizlik oranları %9.1 (n=1) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında moralsizlik ve isteksizlik dağılımları açısından istatistiksel fark saptanmamıştır (p=0.271 ve p=0.227, sırasıyla).

Tablo 6. Hastaların emosyonel durumlarını değerlendirmede kullanılan verilerin dağılımı

Özellikler	Kadın (n=54) n (%)	Erkek(n=11) n (%)	p
Ziyaretçi durum			
Haftada 1	3 (%5.6)	3(%27.3)	-
Ayda 1	7 (%13)	-	
3 ayda 1	11 (%20.4)	-	
6 ayda 1	2 (%3.7)	-	
Yılda 1	20 (%37)	5 (%45.5)	
Yok	11 (%20.4)	3 (%27.3)	
İletişim becerisi			-
İyi düzeyde	19 (%35.2)	9 (%81.8)	
Orta düzeyde	21 (%38.9)	1 (%9.1)	
Kötü düzeyde	14 (%25.9)	1 (%9.1)	
Ortak alan kullanımı			
İyi düzeyde	16 (%29.6)	9 (%81.8)	0.01*
Orta düzeyde	24 (%44.4)	1 (%9.1)	
Kötü düzeyde	14 (%25.9)	1 (%9.1)	
Moralsizlik durumu			
Evet	13 (%24.1)	1 (%9.1)	0.271**
Hayır	41 (%75.9)	10 (%90.9)	
İsteksizlik			
Evet	14 (%25.9)	1 (%9.1)	0.227**
Hayır	40 (%74.1)	10 (%90.9)	

*Değerler sayı (%) şeklinde verilmiştir. * Fisher 's-exact testi. ** Pearson ki-kare testi.*

Hastalar moral durumuna göre gruplandırıldığında, sosyodemografik veriler Tablo 7'de sunulmuştur. Gruplar arasında yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, boy, kilo ve vücut kitle indeksi bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$, tüm değişkenler için).

Morali iyi olan hastaların mini nütrisyonel tarama (MNA-SF) skorları, morali kötü olan hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.002$). Morali kötü olan hastaların %64.3'ünde (n=9) MNA-SF puanı <11 iken, morali iyi olan hastaların %17.6'sında (n=9) bu değer <11 olarak belirlenmiştir. Morali kötü olan hastaların malnütrisyon gösterge puanı medyan değerleri, morali iyi olanlarla benzer bulunmuştur ($p=0.190$).

Nutrisyonel durum açısından değerlendirildiğinde, morali iyi olan hastaların %82.4'ü (n=42) normal beslenme durumunda, %17.6'sı (n=9) malnütrisyon riski altında bulunmuştur. Moralsiz hastalarda ise %35.7'si (n=5) normal, %64.3'ü (n=9) malnütrisyon riski altında saptanmıştır. Morali iyi olan hastalarda normal beslenme durumuna sahip bireylerin oranı, moralsiz hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.001).

Tablo 7. Moral durumuna göre gruplandırılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Moral durumu kötü (n=14)	Moral durumu iyi (n=51)	p
Yaş (yıl)	61.64±21.14	55.45±16.60	0.249*
Medeni durum Evli Bekar Dul	 - 6 (%42.9) 8 (%57.1)	 - 21 (%41.2) 30 (%58.8)	0.910**
Eğitim durumu Okur-yazar değil Okur yazar	 4 (%28.6) 10 (%71.4)	 18 (%35.3) 33 (%64.7)	0.638**
Boy (cm)	160.21±8.75	162.63±10.14	0.421*
Kilo (kg)	76.64±16.11	79.29±21.08	0.664*
VKİ (kg/m^2)	29.82±5.61	29.67±6.69	0.940*
VKİ sınıflama Normal Fazla kilolu-obez	 3 (%21.4) 11 (%78.6)	 17 (%33.3) 34 (%66.7)	0.393**
MNA skoru	10 (8-14)	13 (7-14)	0.002***
Malnutrisyon gösterge puanı	22 (19.5-23)	21 (18-23)	0.190***
Nutrisyonel durum Normal Malnutrisyon riski altında Malnutrisyon	 5 (%35.7) 9 (%64.3) -	 42 (%82.4) 9 (%17.6) -	0.001**

*Değerler ortalama ±standart sapma, medyan (minimum-maksimum) veya sayı (%) şeklinde verilmiştir. VKİ: Vücut kitle indeksi. *Student t testi, ** Pearson ki-kare testi,*** Mann Whitney U testi.*

Hastalar moral durumuna göre gruplandırıldığında, komorbid durumların dağılımı Tablo 8'de sunulmuştur. Morali kötü olan hastaların %28.6'sında (n=4) kardiyovasküler hastalık, %28.6'sında (n=4) nörolojik hastalık, %7.1'inde (n=1) ürolojik hastalık, %21.4'ünde (n=3) ortopedik hastalık, %78.6'sında (n=11)

psikiyatrik hastalık, %7.1'inde (n=1) solunum sistemi hastalığı, %7.1'inde (n=1) endokrin hastalık ve %21.4'ünde (n=3) göz hastalığı tespit edilmiştir.

Morali iyi olan hastalarda ise %13.7'sinde (n=7) kardiyovasküler hastalık, %23.5'inde (n=12) nörolojik hastalık, %3.9'unda (n=2) ürolojik hastalık, %21.6'sında (n=11) ortopedik hastalık, %80.4'ünde (n=41) psikiyatrik hastalık, %2.0'sinde (n=1) solunum sistemi hastalığı, %7.8'inde (n=4) endokrin hastalık ve %9.8'inde (n=5) göz hastalığı saptanmıştır. Hastaların moral durumu ile ek hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 8. Moral durumuna göre gruplandırılan hastaların komorbid durumlarının dağılımı

Özellikler	Moral durumu kötü (n=14)	Moral durumu iyi (n=51)	p
Kardiyovasküler hastalık			
Var	4 (%28.6)	7 (%13.7)	0.189*
Yok	10 (%71.4)	44 (%86.3)	
Nörolojik hastalık			
Var	4 (%28.6)	12 (%23.5)	0.698*
Yok	10 (%71.4)	39 (%76.5)	
Ürolojik hastalık			
Var	1 (%7.1)	2 (%3.9)	0.523**
Yok	13(%92.9)	49 (%96.1)	
Ortopedik hastalık			
Var	3 (%21.4)	11 (%21.6)	0.991*
Yok	11 (%78.6)	40 (%78.4)	
Psikiyatrik hastalık			
Var	11 (%78.6)	41(%80.4)	0.880*
Yok	3 (%21.4)	10 (%19.6)	
Solunum sistemi hastalık			
Var	1 (%7.1)	1 (%2.0)	0.387**
Yok	13 (%92.9)	50 (%98)	
Endokrin hastalık			
Var	1 (%7.1)	4 (%7.8)	1.0**
Yok	13 (%92.9)	47 (%92.2)	
Göz hastalıkları			
Var	3 (%21.4)	5 (%9.8)	0.241*
Yok	11 (%78.6)	46 (%90.2)	

*Değerler sayı (%) şeklinde verilmiştir. * Pearson ki-kare testi,** Fisher 's-exact testi.*

Hastalar moral durumuna göre gruplandırıldığında, emosyonel durumları değerlendirmede kullanılan veriler Tablo 9'da sunulmuştur. Hastaların moral durumu ile ziyaretçi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.139). Buna karşılık, iletişim durumu, ortak alan kullanımı ve isteksizlik değişkenleri ile moral durumu arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (p=0.009, p=0.004 ve p<0.001, sırasıyla).

Tablo 9. Moral durumuna göre gruplandırılan hastaların emosyonel durumlarını değerlendirmede kullanılan verilerin dağılımı

Özellikler	Moral durumu kötü (n=14)	Moral durumu iyi (n=51)	p
Ziyaretçi durumu			
Var	13(%92.9)	38 (%74.5)	0.139*
Yok	1(%7.1)	13(%25.5)	
İletişim becerisi			
İyi	1(%7.1)	27(%52.9)	0.009*
Orta	8(%57.1)	14(%27.5)	
Kötü	5(%35.7)	10(%19.6)	
Ortak alan kullanımı			
İyi düzeyde	0(%0)	25(%49)	0.004*
Orta düzeyde	9(%64.3)	16(%31.4)	
Kötü düzeyde	5(%35.7)	10(%19.6)	
İsteksizlik			
Evet	13(%92.9)	2(%3.9)	<0.001**
Hayır	1(%7.1)	49(%96.1)	

*Değerler sayı (%) şeklinde verilmiştir. * Pearson ki-kare testi, **Fisher 's-exact testi.*

Hastalar isteklilik durumuna göre gruplandırıldığında, sosyodemografik veriler Tablo 10'da sunulmuştur. Gruplar arasında yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, boy, kilo ve vücut kitle indeksi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05).

İsteklilik durumu pozitif olan hastaların mini nütrisyonel tarama (MNA-SF) skorları, isteksiz olan hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.002). İsteksiz hastaların %60'ında (n=9) MNA-SF puanı <11 iken, isteklilik durumu pozitif olan hastaların %18'inde (n=9) bu değer <11 olarak saptanmıştır. Her iki grubun malnütrisyon gösterge puanı medyan değerleri benzer bulunmuştur (p=0.190).

Nutrisyonel durum değerlendirildiğinde, isteklilik durumu pozitif olan hastaların %82.0'ının (n=41) normal, %18'inin (n=9) malnütrisyon riski altında olduğu belirlenmiştir. İsteksiz hastalarda ise %40'ı (n=6) normal, %60'ı (n=9) malnütrisyon riski altında bulunmuştur. İstekli hastalarda normal beslenme durumuna sahip birey oranı, isteksiz hastalara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.001).

Tablo 10. İsteklilik durumuna göre gruplandırılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	İsteksiz (n=15)	İstekli (n=50)	p
Yaş (yıl)	60.4±22.19	55.7±16.2	0.371*
Medeni durum Evli Bekar Dul	 0 7(%46.7) 8(%53.3)	 0 20(%40) 30(%60)	0.646**
Eğitim durumu Okur-yazar değil Okur yazar	 4(%26.7) 11(%73.3)	 18(%36) 32(%64)	0.503**
Boy (cm)	160.93±8.46	162.46±10.28	0.602*
Kilo (kg)	78.27±14.34	78.86±21.56	0.921*
VKİ (kg/m^2)	30.3 (19.71-39.06)	28.04(20.2-47.83)	0.371***
VKİ sınıflama Normal Fazla kilolu Obez	 2(%13.3) 5(%33.3) 8(%53.3)	 18(%36) 12(%24) 20(%40)	0.248*
Mini nutrisyonel tarama skoru	10(8-14)	13(7-14)	0.002***
Malnutrisyon gösterge puanı	22(19.5-23)	21(18-23)	0.190***
Nutrisyonel durum Normal Malnutrisyon riski altında Malnutrisyon	 6(%40) 9(%60) 0(%0)	 41(%82) 9(%18) 0(%0)	0.001**

*Değerler ortalama ±standart sapma, medyan (minimum-maksimum) veya sayı (%) şeklinde verilmiştir. VKİ:Vücut kitle indeksi. *Student t testi, ** Pearson ki-kare testi,*** Mann Whitney U testi.*

Hastalar isteklilik durumuna göre gruplandırıldığında, ek hastalıkların dağılımı Tablo 11'de sunulmuştur. İsteksiz hastaların %26.7'sinde (n=4) kardiyovasküler hastalık, %26.7'sinde (n=4) nörolojik hastalık, %6.7'sinde (n=1) ürolojik hastalık, %20.0'sinde (n=3) ortopedik hastalık, %80.0'inde (n=12) psikiyatrik hastalık,

%6.7'sinde (n=1) solunum sistemi hastalığı, %6.7'sinde (n=1) endokrin hastalık ve %20.0'sinde (n=3) göz hastalığı tespit edilmiştir.

İstekli hastalarda ise %14.0'ında (n=7) kardiyovasküler hastalık, %24.0'ında (n=12) nörolojik hastalık, %4.0'ında (n=2) ürolojik hastalık, %22.0'sinde (n=11) ortopedik hastalık, %80.0'ında (n=40) psikiyatrik hastalık, %2.0'sinde (n=1) solunum sistemi hastalığı, %8.0'inde (n=4) endokrin hastalık ve %10.0'unda (n=5) göz hastalığı saptanmıştır. Hastaların isteklilik durumu ile ek hastalıklar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 11. İsteklilik durumuna göre gruplandırılan hastaların komorbid durumlarının dağılımı

Özellikler	İsteksiz (n=15)	İstekli (n=50)	p
Kardiyovasküler hastalık			
Var	4(%26.7)	7(%14)	0.251*
Yok	11(%73.3)	43(%86)	
Nörolojik hastalık			
Var	4(%26.7)	12(%24)	0.833*
Yok	11(%73.3)	38(%76)	
Ürolojik hastalık			
Var	1(%6.7)	2(%4)	0.551**
Yok	14(%93.3)	48(%96)	
Ortopedik hastalık			
Var	3(%20)	11(%22)	0.869*
Yok	12(%80)	39(%78)	
Psikiyatrik hastalık			
Var	12(%80)	40(%80)	1.0*
Yok	3(%20)	10(%20)	
Solunum sistemi hastalık			
Var	1(%6.7)	1(%2)	0.411**
Yok	14(%93.3)	49(%98)	
Endokrin hastalık			
Var	1(%6.7)	4(%8)	1.0**
Yok	14(%93.3)	46(%92)	
Göz hastalıkları			
Var	3(%20)	5(%10)	0.301*
Yok	12(%80)	45(%90)	

*Değerler sayı (%) şeklinde verilmiştir. * Pearson ki-kare testi,** Fisher 's-exact testi.*

Hastalar isteklilik durumuna göre gruplandırıldığında, emosyonel durumlarına ilişkin veriler Tablo 12'de sunulmuştur. Hastaların isteklilik durumu ile ziyaretçi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.110). Buna karşın, iletişim durumu, ortak alan kullanımı ve moralsizlik değişkenleri ile isteklilik durumu arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (p=0.025, p=0.013 ve p<0.001, sırasıyla).

Tablo 12. İsteklilik durumuna göre gruplandırılan hastaların emosyonel durumlarını değerlendirmede kullanılan verilerin dağılımı

Özellikler	İsteksiz (n=15)	İstekli (n=50)	p
Ziyaretçi durumu			
Var	14(%93.3)	37(%74)	0.110*
Yok	1(%6.7)	13(%26)	
İletişim becerisi			
İyi	2(%13.3)	26(%52)	0.025*
Orta	7(%46.7)	15(%30)	
Kötü	6(%40)	9(%18)	
Ortak alan kullanımı			
İyi düzeyde	1(%6.7)	24(%48)	0.013*
Orta düzeyde	8(%53.3)	17(%34)	
Kötü düzeyde	6(%40)	9(%18)	
Moralsizlik			
Evet	13(%86.7)	1(%2)	<0.001**
Hayır	2(%13.3)	49(%98)	

*Değerler sayı (%) şeklinde verilmiştir. * Pearson ki-kare testi, **Fisher 's-exact testi.*

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Erzurum ilindeki bir bakımevinde kalan sakinleri, modern geriatri pratiğinin temel taşı haline gelen bütüncül bir biyopsikososyal (BPS) model çerçevesinde değerlendirmeyi amaçlamıştır. Yaşlı bakımında, geleneksel biyomedikal modelin hastalıkların biyolojik temellerine odaklanmasının ötesine geçerek, bireylerin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını da kapsayan bu bütüncül yaklaşımın stratejik değeri giderek daha fazla kabul görmektedir. G. Engel 1977'de insan sağlığı ve hastalığının karmaşıklığının, biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutların dinamik etkileşimini göz ardı eden indirgemeci bir yaklaşımla tam olarak anlaşılamayacağını vurgulamıştır (3). Bu nedenle çalışmamız, bakımevi sakinlerinin durumunu bu üç temel eksende ele alarak mevcut bakım pratiklerine ve literatüre katkı sunmayı hedeflemiştir.

Çalışmamıza dahil edilen 65 katılımcıdan elde edilen bulgular, bu popülasyonun karşı karşıya olduğu karmaşık durumu ve "beslenmenin çifte yükünü" gözler önüne sermektedir: bir yanda %43,2 gibi yüksek bir obezite oranı bulunurken, diğer yanda katılımcıların %27,7'sinin malnütrisyon riski altında olması dikkat çekicidir. Demografik olarak, ortalama yaşın 56,7 olması gibi geriatrik popülasyon için görece genç bir seviyede olması ve katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83,1) kadın olması öne çıkmaktadır. Psikososyal boyut ise tablonun en karmaşık yönünü oluşturmaktadır. Katılımcıların %80'inde psikiyatrik bir hastalık tanısının bulunması, %21,5'inin moralsiz, %23,1'inin ise isteksiz olduğunu belirtmesi, ruhsal sağlığın öncelikli bir sorun alanı olduğuna işaret etmektedir. Bu durum, yüksek obezite–düşük sağlıklı beslenme kalitesi ve belirgin psikiyatrik komorbidite yükünü birlikte işaret etmektedir. Daha da önemlisi, bu psikolojik durumların zayıf iletişim becerileri gibi sosyal işlevsellik göstergeleriyle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki içinde olması bu entegre modelin temel varsayımlarını doğrular niteliktedir.

Yaşlı popülasyonda biyolojik göstergeler, bireylerin genel sağlık durumu, kırılganlık seviyeleri ve yaşam kaliteleri üzerindeki doğrudan etkileri nedeniyle stratejik bir öneme sahiptir (37). Biyolojik iyilik hali, bireyin psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını sürdürebilmesi için gerekli zemini oluşturmaktadır.

Malnütrisyon, yaşlı ve bakıma muhtaç bireylerde mortalite ve morbidite oranlarını artıran önemli bir sağlık sorunudur. Beslenmenin yetersiz olması, kas kütlesinin azalmasına neden olmasıyla beraber bu durum enfeksiyonlara daha yatkın hale gelmeye, düşme riskinin artmasına ve iyileşme süreçlerinin yavaşlamasına neden olabilir (38). Çalışmamızda, Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) testi sonucunda katılımcıların dörtte birinin malnütrisyon riski altında olduğu, ancak aktif malnütrisyon tanısı alan hasta saptanmadığı görülmüştür. MNA, Guigoz ve Vellas (1996) tarafından geliştirilmiş ve geriatrik değerlendirmenin ayrılmaz bir parçası haline gelmiş, yaşlılarda nutrisyonel durumu değerlendirmek için en yaygın kullanılan ve en güvenilir araçlardan biridir (35). Bu bulgular, Türkiye'de ve bir çok ülkede yapılan benzer çalışmalarla karşılaştırıldığında önemli farklılıklar göstermektedir. Örneğin, Karaman ve arkadaşlarının (2019) Adana'da 116 huzurevi sakini üzerinde yaptığı çalışmada malnütrisyon riski %20,7, aktif malnütrisyon ise %6 olarak saptanmıştır (5). Bizim çalışmamızdaki %27,7'lik risk oranı, Karaman'ın bulgusundan daha yüksek, ancak Basibüyük ve arkadaşlarının (2019) Türkiye'deki huzurevlerinde bulduğu %35,1'lik orandan daha düşüktür (8). Poyraz ve ark. (2025) tarafından İzmir'de kronik nörolojik bozuklukları olan özel bir hasta grubunda yapılan çalışmada ise bu oranın %84,5 gibi çok yüksek bir seviyeye ulaştığı görülmüştür (39). Bu durum, malnütrisyon riskinin çalışılan popülasyonun komorbidite profiline ne kadar bağlı olduğunu göstermektedir.

Bulgular arasındaki bu farklılıkların bir diğer olası nedeni çalışılan popülasyonların ortalama yaşı olabilir. Karaman'ın çalışma grubunun ortalama yaşı 73,5 iken, bizim çalışma grubumuzun ortalama yaşı daha gençti (56.7). Genellikle yaş ilerledikçe malnütrisyon riski artarken, bizim daha genç popülasyonumuzda riskin daha yüksek olması, altta yatan psikiyatrik sorunların biyolojik yaşlanmadan daha baskın bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, MNA gibi tarama testlerinin yaşlı popülasyonda mortaliteyi öngörmedeki klinik önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Nitekim yakın tarihli bir çalışma, MNA'nin toplumda yaşayan yaşlılarda tüm nedenlere bağlı ve kardiyovasküler mortalite için en iyi prediktör olduğunu göstermiştir (40). Çalışmamızda kullandığımız MNA'nın Türkçe geçerliliğinin yüksek sensitivite (0.94) ve spesifisite (0.81) ile kanıtlanmış olması da

bulgularımızın güvenilirliğini artırmaktadır (41). Altunok ve ark. 2016'da yaşlılık döneminde önerilen tarama testleri arasında MNA'nın önemini vurgulamış ve rutin kullanımının gerekliliğini belirtmiştir (42).

Obezite, VKİ'nin 30 kg/m^2 veya daha yüksek değere sahip olduğu durumdur (43). Sağlık açısından risk oluşturan vücutta yoğun yağ birikimi yaşlılık döneminde görülen en önemli beslenme sorunlarındandır (44). Sarkopenik obezite, yüksek VKİ veya vücut yağ yüzdesi ile düşük kas kütlesinin birleşimini ifade eder (18,45). Genellikle yaşlı yetişkinlerde görülen ve sıkça diğer sağlık sorunlarıyla birlikte ortaya çıkan sarkopenik obezite, bireylerde sakatlıklara yol açabilir ve çeşitli kronik hastalıkların gelişiminde etkili bir rol oynayabilir (18,45,46). Çalışmamızın bir diğer önemli bulgusu da VKİ ortalamasının 29,7 kg/m² olması ve katılımcıların %43,2'sinde obezite saptanmasıdır. Bu durum, popülasyonun aynı anda hem malnütrisyon riski hem de aşırı kilo sorunu ile karşı karşıya olduğunu gösteren paradoksal bir tablo sunmaktadır. Slovenya'da yapılan bir çalışmada, bizim bulgularımıza benzer şekilde, bakımevi sakinlerinin %39'unda yüksek VKİ (>30 kg/m²) saptanmış olması, obezitenin kurumsal bakım altındaki yaşlı popülasyonlarda yaygın bir sorun olabileceğine işaret etmektedir (47). Atamtürk ve ark. 2023 yılında Hatay'da bir bakımevinde yağtığı çalışmada obezite oranı %38,4 olarak benzer bulunmuştur (48). Bu "beslenmenin çifte yükü" durumu, yaşlı bakımında tek yönlü (sadece zayıflamaya veya sadece kilo almaya odaklı) beslenme stratejilerinin yetersiz kalacağını, bireyselleştirilmiş ve çok yönlü nutrisyonel yaklaşımların zorunlu olduğunu göstermektedir. Baz ve ark. 2016'da yaşlılarda malnütrisyon yönetiminde hemşirelik yaklaşımlarının önemini vurgulamış ve bireyselleştirilmiş bakım planlarının gerekliliğini belirtmiştir (38).

Kronik hastalıklar, genellikle uzun bir süre boyunca devam eden ve tedavi edilmesi gereken sağlık problemleridir (49). Bu hastalıklar, hastaların hem fiziksel hem de psikolojik durumlarını olumsuz etkileyebilir ve bu nedenle sürekli bir bakım ve izleme süreci gerektirir (50). Psikiyatrik hastalıklar bireylerde; anksiyete, endişe, düşük enerji düzeyi ve sosyal iletişimde bozulma gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Bu belirtiler, bireyin genel yaşam işlevselliğini olumsuz etkileyerek psikososyal stres düzeyinde artışa neden olarak, hastalığın semptomlarının

şiddetlenmesine ve kronikleşmesine zemin hazırlayabilir (51). Çalışmamızda en sık görülen komorbiditenin %80 gibi çok yüksek bir oranla psikiyatrik hastalıklar olduğu, bunu %24,6 ile nörolojik ve %21,5 ile ortopedik hastalıkların izlediği tespit edilmiştir. Yaşlı popülasyonda çoklu kronik hastalıkların ve geriatrik sendromların yaygınlığı iyi bilinmektedir ve bu durum beslenme durumu ile yakın bir ilişki içindedir. Literatür, malnütrisyonun özellikle kronik hastalıkları olan yaşlı bireylerde morbidite ve mortalite riskini anlamlı ölçüde artırdığını göstermektedir (52,53). Çalışmamızda bulunan %80'lik psikiyatrik komorbidite oranı, standart bir huzurevi popülasyonundan çok, psikiyatrik rehabilitasyon hizmeti de veren özel bir bakım merkezinin profilini yansıtıyor olabilir. Aras ve ark. 2024'de Türkiye'deki huzurevlerinde yaşayan yaşlılar hakkındaki derlemesi, bu kurumların heterojen yapısını ve farklı hizmet modellerini ortaya koymaktadır (54). Bu durum, bir sonraki bölümde daha detaylı tartışılacak olan psikolojik boyutun ve bu boyutun biyolojik süreçler üzerindeki etkisinin ne denli önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu biyolojik bulgular, özellikle beslenme ve komorbidite profilinin salt fizyolojik süreçler olmadığını, aksine bireyin motivasyonu ve ruhsal durumuyla derinden ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bası yarası, uzun süreli basınca maruz kalan cilt ve cilt altı dokularında**,** kan akışının bozulması sonucu gelişen lokal doku hasarıdır (55). Genellikle kemik çıkıntılarının (sakrum, topuk, kalça, dirsek gibi) üzerinde, vücut ağırlığına bağlı olarak cilt ile yüzey arasında sıkışan alanlarda meydana gelir. Genellikle kemik çıkıntılarının (sakrum, topuk, kalça, dirsek gibi) üzerinde, vücut ağırlığına bağlı olarak cilt ile yüzey arasında sıkışan alanlarda meydana gelir (56,57). Bakımevinde yaşayan bireylerde bu risk faktörleri sık olarak görülmektedir. İmmobilite, ileri yaş, beslenme bozuklukları, inkontinans, kronik hastalıklar, düşük algı düzeyi risk faktörleri arasında yer almaktadır (56,57). Bakımevinde yaşayan bireylerde bu risk faktörleri sık olarak görülmektedir. 2021 yılında Barselona' daki bakımevlerinde yapılan çalışmada %3,5'i bası yarası tespit edilmiştir (58). Min Wei ve arkadaşlarının 2020 yılında Doğu Çin'deki dokuz huzurevinde yaptığı çok merkezli bir çalışmada %4,8 oranında bası yarası saptanmıştır (59). Bizim yaptığımız çalışmada bası yarası prevalansının %1,5 olarak bulunmuştur. Bu oran, literatürde bildirilen oranlara göre daha düşüktür. Bu farkın, araştırmanın yürütüldüğü kurumda bası yarasına yönelik koruyucu önlemlerin

(örneğin düzenli pozisyon değişimi, cilt bakımı ve beslenme takibi) etkin şekilde uygulanması ve katılımcıların tamamının oral yolla besleniyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Biyopsikososyal modelin temel direklerinden olan psikolojik iyilik hali, bireylerin sosyal katılımından fonksiyonel bağımsızlığına kadar geniş bir yelpazede kritik bir rol oynamaktadır. Moral hem iyilik halini hem de yaşam kalitesini etkileyen önemli bir belirteçtir (60). Yaşlılık döneminde bireyin moral düzeyi**,** duygusal paylaşım kapasitesi ve psikososyal iyilik hâli, büyük ölçüde sosyal destek sistemlerinin varlığı ile ilişkilidir (48). Sosyal ilişkilerin hem niceliği (ilişki sayısı) hem de niteliği (ilişkilerin kalitesi), yaşlı bireyin psikolojik dayanıklılığına**,** depresyon ve anksiyete düzeyine, hatta kognitif işlevlerinin korunmasına doğrudan etki edebilir (61,62). Yaşlı bireyler için ruhsal ve moral durumu yaşamı sürdürmede daha etkilidir (63). Yaşlının çevresindekilerle oluşturduğu sosyal ağ, bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumlu yönde etkiler (61,62). Aynı zamanda yetersiz beslenme, yaşlının fiziksel gücünü, sosyal etkileşimlerini ve öz bakımını azaltır bu durum psikolojik bozulmayı tetikler (64). Psikolojik durum bozulunca bireylerde moral kaybı, isteksizlik görülebilir. Tam tersi olarak psikolojik durumu bozulan bireylerde iştah kaybı veya aşırı iştah artışı görülebilir (65).

Çalışmamızda katılımcıların dörtte birinin "moralsiz", yaklaşık dörtee birinin ise "isteksiz" olduğunu belirtmesi, popülasyonda depresif belirtilerin ve motivasyon eksikliğinin ne kadar yaygın olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, literatürle de tutarlılık göstermektedir. İsviçre'de yapılan kapsamlı bir çalışmada, geriatrik rehabilitasyon hastalarının %22,9'unda depresif belirtiler saptandığı rapor edilmiştir (66). 2017 yılında İzmir iline bağlı bir huzurevinde yapılan çalışmada yaşlılarda bedensel ve ruhsal sağlık sorunları ile beslenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (67). 2019 yılında Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan yaşlıların malnütrisyonu gösteren MNA puanı azaldıkça depresyon puanının arttığı ve depresyon puanı arttıkça yaşam kalitesi puanının azaldığı bulunmuştur (5). 2023 yılında Türkiye'nin İzmir kentindeki huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda yapılan çalışmada depresyon ve yetersiz beslenme arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (39). Bu tutarlılık, bakımevi ortamının

kendine özgü dinamiklerine rağmen, depresif belirtilerin geriatrik popülasyonda evrensel bir sorun olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın en çarpıcı bulgularından biri, isteksizlik ile moralsizlik arasında istatistiksel olarak çok güçlü bir ilişki saptanmasıdır. Bu durum, bu iki belirtinin sıklıkla bir arada görülen ve birbirini besleyen bir sendromun parçası olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, isteksizlik ile zayıf iletişim becerileri ve ortak alanları kötü kullanma arasında da anlamlı bir ilişki bulunması, psikolojik durumun sosyal işlevselliği doğrudan etkilediği ve sosyal izolasyonun da psikolojik durumu kötüleştirdiği bir kısır döngüye işaret etmektedir.

Literatür, depresyon, yalnızlık ve sosyal izolasyonun yaşlılarda sıklıkla bir arada görüldüğünü ve birbirini tetiklediğini desteklemektedir. Özellikle yalnızlığın, depresif belirtiler aracılığıyla bilişsel fonksiyonları olumsuz etkileyebileceği gösterilmiştir (68). Ayrıca, depresif belirtilerin sadece sosyal ve bilişsel işlevleri değil, aynı zamanda biyolojik süreçleri de olumsuz etkilediği bilinmektedir. Depresif belirtilerin hem fonksiyonel iyileşme sürecini uzattığı (66) hem de malnütrisyon riskini artırdığı (39) yönünde güçlü kanıtlar mevcuttur. Lobato ve arkadaşlarının (2021) prospektif çalışması, depresif yaşlı hastalarda kötü beslenme durumunun olumsuz sağlık sonuçlarıyla doğrudan ilişkili olduğunu göstermiştir (23). Bizim çalışmamızda da moralsizlik ve isteksizlik ile malnütrisyon riski arasında saptanan çok güçlü istatistiksel ilişki bu kanıtları desteklemekte ve psikolojik boyutun, biyolojik ve sosyal boyutlarla ne kadar iç içe olduğunun bir başka göstergesini sunmaktadır.

Bakımevi ortamı, bireyleri fiziksel olarak diğer insanlarla bir arada tutsa da onları "evde mahsur kalma" durumuna benzer şekilde sosyal izolasyona ve yalnızlık hissine yatkın hale getirebilir (69). Yalnızlık, sadece sosyal temas eksikliği değil, aynı zamanda anlamlı ilişkilerin yokluğuna dair öznel bir histir. Avustralya'da yapılan nitel bir çalışma, bakımevi sakinlerinin yalnızlığı "dünyanın en berbat hissi" olarak tanımladıklarını ve bunu ilişkisel bir kayıp, yaşlanmanın bir sonucu ve kişisel bir sorun olarak algıladıklarını ortaya koymuştur. Bu çalışma, sakinlerin bu zorlayıcı hisle başa çıkmak için çeşitli "duygu yönetimi" stratejileri geliştirdiklerini, örneğin olumsuz duygularını gizlemeye çalıştıklarını göstermiştir (70). Gardiner ve arkadaşlarının (2020) sistematik derlemesi ve meta-analizi, bakımevlerinde yaşayan yaşlılarda orta düzeyde yalnızlık prevalansının yaklaşık %60, şiddetli yalnızlık prevalansının ise %35

civarında olduğunu göstermiştir (20). Bu bağlamda, bizim çalışmamızdaki "isteksiz" ve "moralsiz" olarak tanımlanan grubun, bu başa çıkma stratejilerini etkin bir şekilde kullanamayan ve yalnızlığın olumsuz etkilerine daha açık olan bir grup olabileceği düşünülebilir (71).

Bu noktada, psikolojik dayanıklılık kavramı önem kazanmaktadır. Psikolojik dayanıklılık, yaşlı bireylerin karşılaştıkları zorluklara ve stres faktörlerine rağmen fonksiyonel bağımsızlıklarını ve sosyal katılımlarını sürdürmelerini sağlayan anahtar bir değişkendir (72). Çalışmamızda doğrudan ölçülmemiş olsa da saptanan isteksizlik ve moralsizlik bulgularının, düşük psikolojik dayanıklılığın bir göstergesi olabileceği ileri sürülebilir. Düşük dayanıklılık, bireylerin biyopsikososyal iyilik halini topyekûn tehdit etmekte ve onları olumsuz sağlık sonuçlarına karşı daha savunmasız bırakmaktadır.

Bakımevlerindeki bireylerin ortak alan kullanımı ve bireyler arasındaki iletişim sosyal etkileşimi artırır. Diğer bireylerle sohbet, grup faaliyetleri, oyun, hobiler vb. aracılığıyla yalnızlık hissini azaltır, moral ve ruh sağlığını iyileştirir. Uğraşı odaları, kütüphane, el sanatı gibi etkinlik alanları bilişsel işlevlerin korunmasına katkıda bulunur. Bahçe, avlu, açık alan gibi mekânlar fiziksel aktiviteyi destekleyerek mobilitenin korunmasını sağlar (73). Bakımevindeki bireylere yapılan aile bireyleri ziyareti, bireylerde yalnızlık, yabancılaşma ve izolasyon hissini azaltır (74). Yakın temas, sohbet, fiziksel temas (el tutma, sarılma gibi izin verilen durumlarda) duygusal bağları güçlendirir. Ziyaretler, günlük rutinden çıkma, ruhsal uyarılma ve yaşam enerjisi açısından olumlu etkinlikler sunar. Yakınlar, bakımevi ortamını, bakım kalitesini, personel ilgisini gözleyebilir; eksikliği fark edip dile getirebilir. Ziyaretler, bireyin kurumla ve sosyal çevresiyle bağını kopmamasına katkı sağlar (75). Çalışmamızda katılımcıların %78.5'inin düzenli bir ziyaretçisi olması, aile ve arkadaşlık bağlarından oluşan sosyal destek ağlarının önemli bir kısmının devam ettiğini gösteren olumlu bir bulgudur. Tan ve ark. 2022 yılında yaptığı bir çalışmada bakımevindeki bireylerin aile ziyaretleri ve depresyon arasındaki ilişkinin araştırılması neticesinde aile ziyaretlerinin sıklığı ile düşük depresyon oranı arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (6).

Çalışmamızdaki ziyaretçisi olan fakat yine de isteksiz ve moralsiz olan sakinler, Goffman'ın 'total kurum' tanımının ve Hochschild'in 'duygu yönetimi' kavramının canlı bir örneğidir (70). Ziyaretlerin varlığı sosyal temas sağlasa da bu kurumun yarattığı yapısal kısıtlamalar ve duygusal ifade normları, bireylerin derin yalnızlık hissini maskelemesine ve anlamlı ilişkisel bağlar kuramamasına neden olabilir. Nitekim, isteksiz olarak tanımlanan hastaların iletişim becerilerinin istatistiksel olarak daha zayıf olması, sosyal ilişkilerin sadece niceliğinin değil, niteliğinin de önemli olduğuna güçlü bir şekilde işaret etmektedir. Bu ortamlarda, sakinler yalnızlık gibi "istenmeyen" veya "zayıflık" olarak görülebilecek duyguları ifade etmekten kaçınarak gerçek sosyal ve duygusal ihtiyaçların maskelenmesine yol açabilir. Literatürde yalnızlık ve sosyal izolasyonun temel risk faktörlerinin tek başına yaşamak ve bekar/dul olmak olduğu gösterilmiştir (76). Çalışmamızdaki katılımcıların tamamının bekar veya dul olması, bu popülasyonun sosyal izolasyona ne kadar yatkın olduğunu bir kez daha teyit etmektedir.

Karaman ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada huzurevinde çocuklarıyla görüşme sıklığı arttıkça depresyon puanının azalması da sosyal desteğin niteliğinin önemini vurgulayan bir başka bulgudur (5). Kapıkıran 2016'da Türkiye'de yaptığı bir çalışmada, sosyal desteğin yalnızlık ile yaşam doyumu arasında aracılık rolü oynadığını ve sosyal desteğin artmasının yalnızlığı azalttığını göstermiştir (21). Su ve ark. 2023'te COVID-19 pandemisi sırasında yaptıkları sistematik derleme ve meta-analiz, pandemi döneminde yaşlılarda yalnızlık ve sosyal izolasyon prevalansının dramatik bir şekilde arttığını göstermiş ve sosyal temasın sağlık üzerindeki koruyucu etkisini bir kez daha vurgulamıştır (77).

Çalışmamızda ortak alanları iyi kullanan hastaların oranının %38,5, orta düzeyde kullananların %38,5, kötü kullananların ise %23,1 olması, fiziksel çevrenin sosyal etkileşim üzerindeki etkisine işaret etmektedir. Kelso ve ark. karma yöntemli çalışması, rehabilitasyon ortamlarında ortak alanların hasta aktivitesi ve sosyal etkileşim üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermiştir (7). Bu bulgu, bakımevlerinde fiziksel çevrenin sadece estetik değil, aynı zamanda fonksiyonel olarak da sosyal katılımı destekleyecek şekilde tasarlanması gerektiğini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda malnütrisyon riski (biyolojik), isteksizlik (psikolojik) ve zayıf iletişim (sosyal) arasındaki istatistiksel ve kavramsal bağlar, biyopsikososyal modelin sadece teorik bir çerçeve olmadığını, aynı zamanda klinik gerçekliği yansıtan pratik bir araç olduğunu da kanıtlamaktadır. Bu karşılıklı etkileşim, bu boyutlardan herhangi birini diğerlerinden bağımsız olarak ele almanın neden yetersiz kalacağını açıkça göstermektedir. Örneğin, sadece diyet düzenlemesi ile malnütrisyon riskini yönetmeye çalışmak, bu duruma katkıda bulunan depresif belirtileri veya sosyal izolasyonu göz ardı etmek anlamına gelir ki bu da müdahalenin başarısız olmasına yol açabilir.

Bu noktada, Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme kavramı, biyopsikososyal modelin klinik uygulamadaki en somut karşılığı olarak öne çıkmaktadır. Kapsamlı bir sistematik derleme, toplumda yaşayan yaşlılarda uygulanan kapsamlı geriatrik değerlendirmenin tam da bu biyopsikososyal ihtiyaçları bütüncül olarak ele alarak fonksiyonel durumu, ruh sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirebildiğini göstermiştir (78). Bütüncül müdahalelerin gücünü gösteren bir başka çalışma, egzersiz (biyolojik), psikolojik destek (psikolojik) ve sosyal aktiviteleri (sosyal) içeren bir biyopsikososyal müdahale programının, geriatrik hastalıklara ikincil depresyonu olan yaşlılarda ruh sağlığını ve yaşam kalitesini anlamlı derecede iyileştirdiğini ortaya koymuştur (79). Benzer şekilde, çok boyutlu (biyolojik/psikososyal/nutrisyonel) müdahalelerin yaşlılıkta sıkça görülen kırılganlığı önlemedeki potansiyeli de güncel araştırmaların odak noktasındadır (80).

Polidori ve ark. (2023) biyopsikososyal kırılganlık ve dayanıklılık modeli, yaşlılıkta kırılganlığın sadece fiziksel bir durum olmadığını, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutları da içeren çok boyutlu bir sendrom olduğunu vurgulamaktadır (37). Bu kanıtlar, çalışmamızın temel felsefesini desteklemekte ve bakımevi sakinleri için planlanacak müdahalelerin de bu çok boyutlu yapıyı yansıtması gerektiğini vurgulamaktadır.

Çalışmanın Güçlü ve Kısıtlı Yönleri

Bu çalışmanın bazı kısıtlı yönleri bulunmaktadır. Öncelikle araştırmanın yalnızca tek bir bakımevinde yürütülmüş olması ve buna bağlı olarak örneklemin

nispeten küçük olması elde edilen sonuçların genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun kadın olması ise bulguların erkek popülasyona genellenmesini zorlaştırmakta ve cinsiyetler arası karşılaştırmalarda güvenilirliği sınırlamaktadır. Verilerin katılımcı beyanlarına dayanması, yanıtlarda subjektif etkilerin bulunma riskini artırmaktadır. Kesitsel tasarım nedeniyle değişkenler arasında saptanan ilişkiler neden-sonuç ilişkisi şeklinde yorumlanamaz.

Buna karşın, çalışma biyopsikososyal yaklaşımın yaşlı bireylerde uygulanabilirliğini ve çok boyutlu değerlendirme modelinin klinik pratikteki potansiyelini gösteren öncü bir örnek olarak değerlendirilebilir. Özellikle sosyodemografik, emosyonel ve nütrisyonel verilerin bütüncül biçimde ele alınmış olması, bu çalışmayı benzer alandaki araştırmalardan ayıran önemli bir güçlü yön olarak öne çıkmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Erzurum ilindeki bir bakımevinde kalan hastaların biyopsikososyal durumunu değerlendirmiş ve önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Çalışmanın ana sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

- Çalışma grubunun %27,7'si malnütrisyon riski altındaydı. Aynı popülasyonun yarıya yakınında ise obezite saptanması, "beslenmenin çifte yükü" olarak adlandırılan ve hem yetersiz beslenme hem de aşırı kilo sorunlarının bir arada görüldüğü karmaşık bir tabloyu ortaya koymaktadır.
- Çalışmanın en güçlü bulgusu, psikolojik durumun beslenme durumu üzerindeki olası belirleyici etkisidir. Moralsizlik ve isteksizlik gibi depresif belirtiler gösteren hastaların malnütrisyon riski, göstermeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Bu durum, psikolojik iyilik halinin biyolojik süreçler üzerindeki doğrudan etkisini göstermektedir.
- Katılımcıların %80'inde psikiyatrik bir hastalık tanısının bulunması, çalışılan popülasyonun standart bir huzurevi profilinden farklılaştığını ve ruhsal sağlık sorunlarının bu grupta birincil problem olduğunu göstermektedir.
- Bulgularımız, kadınların malnütrisyon riskinin erkeklere göre 3,5 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum, kadınların hem biyolojik hem de psikososyal faktörlere karşı daha savunmasız olabileceğine işaret etmektedir.
- Biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlar arasında saptanan ilişkiler, bu faktörlerin birbirinden ayrılamayacağını ve yaşlı bakımında bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğini göstermiştir.

Çalışmamızdan elde edilen verilere göre öerilerimiz aşağıdaki gibi sıralanabilir;

1. *Multidisipliner Ekip Yaklaşımı:* Bakımevlerinde sadece hekim ve hemşirenin değil, tam zamanlı bir psikolog ve diyetisyenin de bulunduğu multidisipliner bir sağlık ekibinin oluşturulması gerekmektedir. Psikolojik durumun beslenme üzerindeki etkisi, bu iki disiplinin entegre çalışmasını gerektirmektedir.
2. *Rutin Tarama Programları:* Tüm bakımevi sakinlere yönelik olarak, her ay düzenli olarak standart bir araçla nütrisyonel tarama ve duygu-durum taraması yapılmalıdır. Riskli bulunan bireyler, derhal multidisipliner ekip tarafından değerlendirilmelidir.
3. *Bireyselleştirilmiş Psikososyal Destek Programları:* Moralsizlik ve isteksizlik saptanan bireylere yönelik bireysel terapi, grup terapisi, diğer terapiler ve motivasyonel görüşme gibi kanıta dayalı psikolojik destek programları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.
4. *Sosyal Aktivite ve Katılımın Teşvik Edilmesi:* Sakinlerin ilgi ve yeteneklerine uygun, düzenli sosyal, sanatsal ve rekreasyonel aktiviteler (örneğin el sanatları, müzik dinletileri, hafif egzersiz grupları) düzenlenerek sosyal katılım ve etkileşim artırılmalıdır. Bu, yalnızlık hissini azaltarak psikolojik iyilik halini destekleyecektir.
5. *Aile Katılımının Desteklenmesi:* Aile ziyaretlerinin sadece niceliği değil, niteliğini de artırmaya yönelik politikalar geliştirilmelidir. Aile üyelerine, sakinlerin psikososyal ihtiyaçları hakkında bilgilendirme toplantıları yapılabilir ve ziyaret sırasında katılabilecekleri ortak aktiviteler düzenlenebilir.

Aile Hekimliğine Yönelik Öneriler

6. *Proaktif Takip:* Aile hekimleri, kendi birimlerine kayıtlı olan ve bakımevlerinde yaşayan hastaları reaktif (sadece şikâyet olduğunda) değil, proaktif (düzenli aralıklarla) bir şekilde takip etmelidir.
7. *Bütüncül Değerlendirme:* Aile hekimleri, bu hastaları değerlendirirken sadece biyomedikal sorunlara odaklanmamalı, rutin olarak beslenme durumunu,

depresif belirtileri ve sosyal destek sistemlerini sorgulamalıdır. Bu, biyopsikososyal modelin birinci basamakta uygulanmasının bir gereğidir.

8. *Bakımevi ile Koordinasyon:* Aile hekimleri, bakımevi yönetimi ve sağlık personeli ile düzenli iletişim halinde olmalı, hastanın durumu hakkında bilgi alışverişinde bulunmalı ve tedavi planlarını koordine etmelidir.

Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

9. *Boylamsal (Longitudinal) Çalışmalar:* Bu çalışmada saptanan ilişkilerin nedenselliğini araştırmak amacıyla, bakımevi sakinlerinin uzun bir süre boyunca takip edildiği boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.
10. *Müdahale Çalışmaları:* Psikososyal müdahalelerin (örneğin grup terapisi, sosyal aktivite programları) malnütrisyon riski ve yaşam kalitesi üzerindeki etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü müdahale çalışmaları planlanmalıdır. Chen ve arkadaşlarının (2025) çalışması bu konuda iyi bir model sunmaktadır (79).
11. *Çok Merkezli ve Karşılaştırmalı Çalışmalar:* Bulguların genellenebilirliğini artırmak için, farklı özelliklere (kamu/özel, farklı coğrafi bölgeler) sahip birden fazla bakımevinde yürütülen çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.
12. *Nitel Araştırmalar:* Sakinlerin yalnızlık, moralsizlik ve isteksizlik deneyimlerini derinlemesine anlamak için, nitel araştırma yöntemlerinin (derinlemesine görüşmeler, odak grup tartışmaları) kullanıldığı çalışmalar planlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Ageing and health. Published October 1, 2022. Accessed October 27, 2025. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar, 2024. Haber Bülteni Sayı: 54079. Published March 13, 2025. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079
3. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136. doi:10.1126/science.847460
4. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clin Rehabil. 2017;31(8):995-1004. doi:10.1177/0269215517709890
5. Karaman D, Topal K, Aksoy H, Gereklioğlu Ç. Huzurevinde kalan yaşlılarda malnütrisyon, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Pam Tıp Derg*. 2019;12(3):545-553. doi:10.31362/patd.581990
6. Tan JDL, Maneze D, Montayre J, Ramjan LM, Wang D, Salamonson Y. Family visits and depression among residential aged care residents: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2023;146:104568. doi:10.1016/j.ijnurstu.2023.104568
7. Ribbe Kelso L, Stockton K, Mahendran N, Brauer SG, Rosbergen I. The influence of communal spaces on patient activity in rehabilitation: a mixed methods study. Disabil Rehabil. 2024;46(2):309-321. doi:10.1080/09638288.2022.2160834
8. Basibüyük GÖ, Bektaş Y, Çınar Z, Ay F, Alan A. Evaluation of Malnutrition among Elderly People Living in Nursing Homes by Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) in Turkey. J Nutr Health Aging. 2019;23(4):351-357. doi:10.1007/s12603-019-1175-1
9. Sarikaya D, Halil M, Kuyumcu ME, et al. Mini nutritional assessment test long and short form are valid screening tools in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;61(1):44-49. doi:10.1016/j.archger.2015.03.006
10. World Health Organization. Mental health of older adults. Geneva: WHO; 2025 Oct 8 [cited 2025 Oct 27]. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults
11. Karan MA, Özalevli S, Özkaya İ, Gürbüz S. Healthcare problems and possible solutions in older adults in Turkey: geriatric syndromes and chronic diseases. Eur J Geriatr Gerontol 2024; 6: 1-10.
12. Boz C, Ozsari SH, Altin M, Sezgin D. An econometric causality analysis for Turkey: does aging population affect health expenditures? Int J Health Plann Manage 2020; 35: 1181-91.
13. TÜSİAD. Yaşlılık Politikaları Araştırması: Demografik Dönüşüm ve İhtiyaçlar Raporu. İstanbul:TÜSİAD;2025[erişim 2025 Eki 27]. https://tusiad.org/tr/basin-bultenleri/item/11815

14. Caner A, Okten C, Yavuz E. Health care services and the elderly: utilization and satisfaction in Turkey. Eur J Health Econ 2019; 20: 605-20.
15. Satman I, Bayirlioglu S, Okumus F, et al. Estimates and forecasts on the burden of prediabetes and diabetes in adult and elderly population in Turkiye. Eur J Epidemiol 2023; 38: 175-87.
16. Ventres WB. Personalizing the biopsychosocial approach: "add-ons" to the BPS model. Front Psychiatry 2021; 12: 716486.
17. Tenchov R, Sasso JM, Wang X, Zhou QA. Aging hallmarks and progression and age-related diseases: a landscape view of research advancement. ACS Chem Neurosci 2024; 15: 1-30.
18. Prado, Carla M., et al. "Sarcopenic obesity in older adults: a clinical overview." Nature reviews endocrinology 20.5 (2024): 261-277. doi: 10.1038/s41574-023-00943-z
19. Avcı F, Avcı Ş. Yaşlılık Döneminde Görülen Değişiklikler, Fiziksel İnaktivite, Kinezyofobi ve Düşmeler. Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi. 2021;1(2):51-62.
20. Pilgrim AL, Robinson SM, Sayer AA, Roberts HC. An overview of appetite decline in older people. Nurs Older People. 2015 Jun;27(5):29-35. doi: 10.7748/nop.27.5.29.e697. PMID: 26018489; PMCID: PMC4589891.
21. Kapıkıran Ş. Yaşlılarda yalnızlık ile yaşam doyumu arasındaki ilişki: Sosyal desteğin aracılık rolünün sınanması. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2016;13–25.
22. Brett CE, Gow AJ, Corley J, et al. Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. Qual Life Res 2012; 21: 505-16.
23. Lobato ZM, Almeida da Silva AC, Lima Ribeiro SM, Biella MM, Santos Silva Siqueira A, Correa de Toledo Ferraz Alves T, Machado-Vieira R, Borges MK, Oude Voshaar RC, Aprahamian I. Nutritional status and adverse outcomes in older depressed inpatients: a prospective study. J Nutr Health Aging. 2021;25(7):889-894. doi:10.1007/s12603-021-1638.
24. Wang, Q., Huang, X., Liu, M., Wang, C., Sun, Z., Huang, C., & Tang, S. (2024). Prevalence and risk factors of depression among elderly people in nursing homes from 2012 to 2022: a systematic review and meta-analysis. Aging & mental health, 28(12), 1569–1580. https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2367044
25. T.C. Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları İçin Çok Yönlü Yaşlı Geriatrik Değerlendirme Kılavuzu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2025 [erişim 2025 Eki 27]. https://hsgm.saglik.gov.tr/media/attachments/2025/06/13/asC-yasli-degerlendirme-kilavuzu.pdf
26. Ponce de León L, Lévy Mangin JP, Ballesteros S. Yaşam kalitesi ve aktif yaşlanmanın psikososyal belirleyicileri: yapısal eşitlik modeli. Uluslararası Çevre Araştırmaları ve Halk Sağlığı Dergisi. 2020;17(17):6023. doi:10.3390/ijerph17176023

27. Donovan NJ, Blazer D. Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a National Academies report. Am J Geriatr Psychiatry. 2020;28(12):1233-1244. doi:10.1016/j.jagp.2020.08.005

28. Autschbach D, Hagedorn A, Halek M. Addressing loneliness and social isolation through the involvement of primary and secondary informal caregivers in nursing homes: a scoping review. BMC Geriatr. 2024;24:552. doi:10.1186/s12877-024-05156-1

29. Polidori, M. Cristina ve Luigi Ferrucci. "Kavramsallaştırmadan eyleme kırılganlık: kırılganlık ve dayanıklılığın biyopsikososyal modeli." Yaşlanma Klinik ve Deneysel Araştırma 35.4 (2023): 725-727. doi: 10.1007/s40520-022-02337-z

30. Wu Y, Tan W, Yi W, et al. Developing a comprehensive malnutrition prediction model for the elderly in nursing homes. BMC Geriatr. 2025;25:354. doi:10.1186/s12877-025-05863-3

31. Ruperto M, Ongan D, Josa E, Tsagari A. Gizli beslenme yükünün değerlendirilmesi: Madrid'deki huzurevlerinde yaşayan bilişsel bozukluğu olmayan yaşlı yetişkinlerde hastalıkla ilgili yetersiz beslenmenin yüksek yaygınlığı – çok merkezli bir çalışma. Besinler. 2025;17(21):3325. doi:10.3390/nu17213325

32. Altarum. Social isolation and loneliness in nursing homes: policy brief [Internet]. Ann Arbor (MI): Altarum; 2023 Dec [cited 2025 Oct 27]. Available from: https://altarum.org/sites/default/files/Altarum%20LAN_Social%20Isolation%20and%20Loneliness%20in%20Nursing%20Homes%20Policy%20Brief_December%202023.pdf

33. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. ETD. 2010;49(3):19-30.

34. Welsh TJ, Gordon AL, Gladman JR. Comprehensive geriatric assessment: a guide for the non-specialist. Int J Clin Pract. 2014;68(3):290-293. doi:10.1111/ijcp.12313

35. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Yaşlıların beslenme durumunun değerlendirilmesi: Geriatrik değerlendirmenin bir parçası olarak Mini Beslenme Değerlendirmesi. Nutr Rev 1996;54(1 Pt 2):S59-S65. doi:10.1111/j.1753-4897.1996.tb03793.x

36. Caliskan T, Kendir C, Tekin N, Kartal M. Attitudes toward the elderly among young family physicians in Turkey. J Family Med Prim Care. 2018;7(5):998-1001. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_277_17. PMID: 30598946; PMCID: PMC6259527.

37. Polidori, M. Cristina ve Luigi Ferrucci. "Kavramsallaştırmadan eyleme kırılganlık: kırılganlık ve dayanıklılığın biyopsikososyal modeli." Yaşlanma Klinik ve Deneysel Araştırma 35.4 (2023): 725-727. doi: 10.1007/s40520-022-02337-z

38. Baz E, Selma A, Melek Ardahan. Yaşlılarda Malnütrisyon ve Hemşirelik Yaklaşımları. Balikesir Saglik Bil Derg. 2016;5(3):147-53 doi:10.5505/bsbd.2016.97820

39. Poyraz, T., Bruk Oy, N. Huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda beslenme ve depresyon arasındaki ilişkinin kesitsel çalışması. BMC Geriatr 25 , 671 (2025). https://doi.org/10.1186/s12877-025-06372-z

40. Li TC, Li CI, Liu CS, Lin CH, Yang SY, Lin CC. Comparison of Mini Nutritional Assessment Tool and Geriatric Nutrition Risk Index in Predicting 12-Y Mortality Among Community-Dwelling Older Persons. J Nutr. 2024 Jul;154(7):2215-2225. doi: 10.1016/j.tjnut.2024.05.010. Epub 2024 May 17. PMID: 38763266; PMCID: PMC11282499.

41. Berger J, Bunout D, Barrera G, de la Maza MP, Henriquez S, Leiva L, Hirsch S. Rectus femoris (RF) ultrasound for the assessment of muscle mass in older people. Arch Gerontol Geriatr. 2015 Jul-Aug;61(1):33-8. doi: 10.1016/j.archger.2015.03.006. Epub 2015 Apr 1. PMID: 25890633.

42. Altunok H, Atalay BI, Önsüz MF, Işıklı B. Yaşlılık döneminde önerilen tarama testleri. TAF Prev Med Bull. 2016;15(6):588-595.

43. T.C. Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Sağlık Kurumları için Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2017. Yayın No: 1070.

44. İmançer, Elif Dila, et al. "Ege üçüncü Yaş Üniversitesindek, 60 yaş ve üzeri bireylerde obezite varlığı, Beden ağırlığı Algısı ve İlişkili Etmenler." Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 38.3 (2024): 225-236. doi: 10.18614/deutip.1490507

45. Batsis, John A. ve Dennis T. Villareal. "Yaşlı yetişkinlerde sarkopenik obezite: etiyoloji, epidemiyoloji ve tedavi stratejileri." Nature Reviews Endocrinology 14.9 (2018): 513-537. doi: 10.1038/s41574-018-0062-9

46. Veronese, Nicola ve diğerleri. "Diyet lifi ve sağlık sonuçları: sistematik incelemeler ve meta-analizlerin genel bir incelemesi." Amerikan klinik beslenme dergisi 107.3 (2018): 436-444. doi: 10.1093/ajcn/nqx082

47. Lavriša, Živa ve diğerleri. "Huzurevi sakinleri arasında beslenme: NutriCare çalışmasının sonuçları." Beslenme Alanında Sınırlar 11 (2024): 1423658. doi:10.3389/fnut.2024.1423658

48. Atamtürk Duyar, D., Can, A. R., Şahin, A., … Bıçak, S. (2023). Huzurevinde ve ev ortamında yaşayan yaşlılarda beden kitle endisi (BKE) değerleri: Hatay örneği. Anthropology(45), 44-53. https://doi.org/10.33613/antropolojidergisi.1214884

49. Huang Y, Li S, Lu X, Chen W, Zhang Y. The Effect of Self-Management on Patients with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2024 Oct 29;12(21):2151. doi: 10.3390/healthcare12212151. PMID: 39517362; PMCID: PMC11544912.

50. Akpınar B, Ceran A. Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;3(2):140-52.

51. Aktay, Müne, and Gökben Hızlı Sayar. "Psikiyatrik bozuklukların psikososyal yönü." Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi 3.1 (2021): 48-55.

52. Norman, Kristina, et al. "Prognostic impact of disease-related malnutrition." Clinical nutrition 27.1 (2008): 5-15. doi:10.1016/j.clnu.2007.10.007

53. Norman, Kristina, Ulrike Haß ve Matthias Pirlich. "Yaşlı yetişkinlerde yetersiz beslenme - son gelişmeler ve devam eden zorluklar." Besinler 13.8 (2021): 2764. doi:10.3390/nu13082764

54. Sezer, Ayşe Azra, et al. "Huzurevinde kalan yaşlı bireylerde yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi." The Journal of Turkish Family Physician 15.3 (2024): 91-100. doi:10.15511/tjtfp.24.00391

55. Gefen A, Ousey K. COVID-19: pressure ulcers, pain and the cytokine storm. J Wound Care. 2020 Oct 2;29(10):540-542. doi: 10.12968/jowc.2020.29.10.540. PMID: 33052791.

56. Chou R, Dana T, Bougatsos C, Blazina I, Starmer AJ, Reitel K, Buckley DI. Basınç ülseri risk değerlendirmesi ve önlenmesi: sistematik bir karşılaştırmalı etkinlik incelemesi. Ann Intern Med. 2013 Temmuz 02; 159 (1):28-38. doi: 10.7326/0003-4819-159-1-201307020-00006.

57. Gaspar S, Peralta M, Marques A, Budri A, Gaspar de Matos M. Hastane kaynaklı bası yaralarının önlenmesinde etkinlik: sistematik bir inceleme. Int Wound J. 2019 Ekim; 16 (5):1087-1102. doi: 10.1111/iwj.13147.

58. Hernández-Martínez-Esparza, Elvira, et al. "Prevalence and characteristics of older people with pressure ulcers and legs ulcers, in nursing homes in Barcelona." Journal of tissue viability 30.1 (2021): 108-115. doi: 10.1016/j.jtv.2021.01.003

59. Wei M, Yang D, Chen L, Wu L, Jiang Q, Niu N, Yang T. The prevalence and prevention of pressure ulcers: A multicenter study of nine nursing homes in eastern China. J Tissue Viability. 2021 Feb;30(1):133-136. doi: 10.1016/j.jtv.2020.07.005.

60. Owen, Fidan Korkut, and Nur Demirbaş Çelik. "Yaşam boyu sağlıklı yaşam ve iyilik hali." Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 10.4 (2018): 440-453. doi:10.18863/pgy.364108.

61. Alaçayır, Derya. Yaşlılarda psikolojik iyi oluş, sosyal destek ve yaşam kalitesinin sosyal medya kullanımına göre incelenmesi. Diss. Istanbul Sabahattin Zaim University (Turkey), 2024.

62. Kanber, Nurcan. "Yaşlıların sosyal destek algısının depresyon düzeyine etkisinin incelenmesi." (2018).

63. Karakaş, Sibel Asi, and Hatice Durmaz. "Yaşlılık Dönemi Psikolojik Özellikleri ve Moral." Kocatepe Tıp Dergisi 18.1 (2017): 32-36.

64. Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 Yaş ve Üzerinin Depresyon ve Malnütrisyon Durumları Arasındaki İlişkisi. TJPH. 2012;10(1):37-43.

65. Bekerecioğlu S, Bekerecioğlu S, Beyhan Y. Duygusal iştah ve yeme farkındalığı. Sağlık & Bilim. 2023; Beslenme-III:23.

66. Miletic B, Plisic A, Jelovica L, Saner J, Hesse M, Segulja S, Courteney U, Starcevic-Klasan G. Depresyon ve İsviçre'nin Yaşlanan Nüfusunda Geriatrik Rehabilitasyon Sonuçları Üzerindeki Etkisi. *Medicina* . 2025; 61(2):257. https://doi.org/10.3390/medicina61020257

67. Bilge, Ayşegül, et al. "Huzurevinde yaşayan yaşlilarin bedensel ve ruhsal sağlik durumlari ile beslenme durumlari arasindaki ilişki." Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6.1 (2017): 40-45.

68. Wang, Qingyan, et al. "Association between loneliness and its components and cognitive function among older Chinese adults living in nursing homes: A mediation of depressive symptoms, anxiety symptoms, and sleep disturbances." BMC geriatrics 22.1 (2022): 959. doi:10.1186/s12877-022-03661-9

69. Hajek, André, et al. "Behind closed doors: Homeboundness and psychosocial outcomes. Evidence from a longitudinal study of middle-aged and older adults." Archives of gerontology and geriatrics 131 (2025): 105767. doi:10.1016/j.archger.2025.105767

70. Nielson, Lori, Janine Wiles ve Anneka Anderson. "Kentsel bir emeklilik köyünde sosyal dışlanma ve topluluk." Yaşlanma Çalışmaları Dergisi 49 (2019): 25-30. doi:10.1016/j.jaging.2019.03.003

71. Gardiner C, Laud P, Heaton T, Gott M. Prevalence of loneliness among older people living in care homes and nursing homes: a systematic review and meta-analysis. Age Ageing. 2020;49(5):748–57. doi:10.1093/ageing/afaa049.

72. Saez-Sanz, Noelia, et al. "The Psychological Resilience of Older Adults Is Key to Their Independence in Instrumental Activities of Daily Living and Social Participation." Brain Sciences 15.4 (2025): 383. doi:10.3390/brainsci15040383

73. Yavuz, İbrahim, and Halim Yılmaz. "Yaşlı Bakım Hizmetlerinde." YAŞLI BAKIM HİZMET MODELLERİ VE SOSYAL POLİTİKA YAKLAŞIMLARI-Türkiye Gerontoloji Serisi. 2021;165:1.

74. Nazlı, Emine. "Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetlerin Tarihsel Gelişimi." International Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR) 12.115 (2025): 171-182.

75. Çevik Akyıl R, Adıbelli D, Erdem N, Kırağ N, Aktaş B, Karadakovan A. HUZUREVİNDE VE EVDE KALAN YAŞLILARDA YALNIZLIK VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE MUTLULUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;21(1):33-41.

76. Pollak, Chava ve diğerleri. "Evde sağlık hizmeti alan toplum içinde yaşayan yaşlı yetişkinlerde yalnızlık ve sosyal izolasyon risk faktörleri." *BMC geriatrics* 25.1 (2025): 1-12. doi:10.1186/s12877-025-05947-0

77. Su Y, Rao W, Li M, Caron G, D'Arcy C, Meng X. Prevalence of loneliness and social isolation among older adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Int Psychogeriatr. 2023 May;35(5):229-241. doi:10.1017/S1041610222000199. Epub 2022 Mar 31. PMID: 35357280.

78. SUM, Grace, et al. Health outcomes and implementation barriers and facilitators of comprehensive geriatric assessment in community settings: a systematic integrative review [PROSPERO registration no.: CRD42021229953]. BMC geriatrics, 2022, 22.1: 379. doi:10.1186/s12877-022-03024-4

79. Chen, Yan, Xiao Lin ve Xinwu Ye. "Üçlü biyopsikososyal müdahale programı, geriatrik hastalıklara bağlı depresyonu olan yaşlı hastalarda ruh sağlığını ve yaşam kalitesini artırır." Frontiers in Psychology 16 (2025): 1696674. doi:10.3389/fpsyg.2025.1696674

80. Jiao, Jiao, et al. "A biopsychosocial approach to improving multidimensional frailty status in community-dwelling older adults: a protocol for a cluster randomized controlled trial." BMC geriatrics 25.1 (2025): 530. doi:10.1186/s12877-025-06053-x

EKLER

EK-1. VERİ TOPLAMA FORMU

NO	SORULAR	CEVAPLAR
1	Hasta no	
2	Yaş	
3	Cinsiyet	Kadın ( ) Erkek ( )
4	Medeni durum	Evli ( ) Bekar ( ) Dul ( )
5	Eğitim durumu	Okur yazar değil ( ) 8 yıl altı ( ) 8-12 yıl arası ( ) 12 yıl üstü ( )
6	Boy Kilo Vücut Kitle İndexi	
7	Mini Nutrisonel Değerlendirme Ölçek Sonucu	
8	Eşlik Eden Hastalık Durumu	Kardivasküler Hastalıklar ( ) Nörolojik Hastalıklar ( ) Ürolojik Hastalıklar ( ) Ortopedik Hastalıklar ( ) Psikiyatrik Hastalıklar ( ) Solunum Sistemi Hastalıkları ( ) Endokrin Sistem Hastalıkları ( ) Kanser ( ) Diğer …….
9	Beslenme Şekli	Oral ( ) Parenteral ( )
10	Bası yarası veya deri ülseri mevcut mu	Evet ( ) Hayır ( )

11	Ziyarete gelen yakını var mı Varsa ne sıklıkta	Var ( ) Yok ( ) …….
12	Bakımevindeki kişilerle iletişim durumu	İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )
13	Bakımevindeki ortak alanları kullanma durumu	İyi ( ) Orta ( ) Kötü ( )
14	Son 2 haftada kendinizi moralsiz, çökkün hissediyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
15	Son 2 haftada daha önceden yapmaktan zevk aldığınız şeylere karşı isteksizlik hissediyor musunuz?	Evet ( ) Hayır ( )

EK-2. MİNİ NUTRİSYONEL DEĞERLENDİRME (MNA) FORMU

Yaş:

Cinsiyet:

Ağırlık (kg):

Boy (cm):

Hasta İşlem No:

TARAMA

A. Son Üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu?

□ 0=besin alımında şiddetli düşüş

□ 1=besin alımında orta derece düşüş

□ 2=besin alımında düşüş yok

B. Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu

□ 0=3 kg'dan fazla kilo kaybı

□ 1=Bilinmiyor

□ 2= 1-3 kg arasında kilo kaybı

□ 3= Kilo kaybı yok

C. Hareketlilik

□ 0=Yatak veya sandalyeye bağımlı

□ 1=Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor

□ 2= Evden dışarı çıkabiliyor

D.Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu?

□ 0=Evet □ 2=Hayır

E. Nöropsikolojik problemler

□ 0=Ciddi bunama veya depresyon

□ 1=Hafif düzeyde bunama

□ 2=Hiçbir psikolojik problem yok

F. Vücut Kitle İndeksi (VKİ)= (Vücut ağırlığı-kg) / (Boy'un metre)²

□ 0=VKİ 19'dan az (19 dahil değil)

□ 1=VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil)

□ 2= VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil)

□ 3= VKİ 23 ve üzeri

Tarama Puanı (Tamamı en çok 14 puan):

12-14 puan : Normal nutrisyonel durum

8-11 puan :Malnütrisyon riski altında

0-7 puan :Malnütrisyonlu

Dikkat: Eğer Tarama Puanı 11 veya altında ise Malnutrisyon Gösterge Puanı 'nı elde etmek için değerlendirme bölümüne devam edin !!!!

DEĞERLENDİRME

G. Bağımsız yaşıyor (bakımevinde veya hastanede değil)

□ 1=Evet □ 0=Hayır

H. Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma

□ 0=Evet □ 1=Hayır

I. Bası yarası veya deri ülseri var

□ 0=Evet □ 1=Hayır

J. Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor?

□ 0=1 öğün □ 1=2 öğün □ 2=3 öğün

K. Protein alımı için seçilen besinler

* Günde en az bir porsiyon süt ürünü Evet □ Hayır □

(süt, peynir, yoğurt)

* Haftada iki veya daha fazla porsiyon

Kurubaklagil veya yumurta tüketiyor Evet □ Hayır □

*Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor Evet □ Hayır □

L. Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor.

□ 0= Hayır □ 1= Evet

M. Her gün kaç bardak sıvı (su,meyve suyu,kahve,çay, süt vb.)tüketiyor?

0.0=3 bardaktan az

0.5=3-5 bardak

1.0=5 bardaktan fazla

N. Yemek yeme şekli nasıl?

□ 0=Yardımsız yemek yiyemiyor

□ 1=Güçlükle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor

□ 2=Sorunsuz bir şekilde kendi kendine yiyor

O. Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi

□ 0=Kötü beslendiğini düşünüyor

□ 1=Kararsız

Q. Kol Çevresi (cm

0.0=21cm'den az 0.5=21cm-22 cm 1.0=22cm veya daha fazla

R. Baldır Çevresi(cm) 0=31'den az 1=31 veya daha fazla

Değerlendirme Puanı (En Fazla 16 Puan) :

Değerlendirme Puanı :

Tarama Puanı :

Toplam Puan (en fazla 30 puan) :

Malnütrisyon Gösterge Puanı

24-30 puan arası □ Normal nutrisyonel durum

17-23,5 puan arası □ Malnütrisyon riski altında

17 puandan aşağı □ Malnütrisyonlu