



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜZERİ
HASTALARIN MALNÜTRİSYON DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ, DEPRESYON DÜZEYİ VE GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTELERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

HALİDE NUR KILIÇ

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜZERİ
HASTALARIN MALNÜTRİSYON DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ, DEPRESYON DÜZEYİ VE GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTELERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

HALİDE NUR KILIÇ
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2025-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Halide Nur Kılıç

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Hastaların Malnütrisyon Durumlarının Değerlendirilmesi, Depresyon Düzeyi ve Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlişkisinin İncelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2025 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2025

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.09.2024 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

.../.../2025

Dr. Halide Nur Kılıç

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca her zaman destekleyici yaklaşımıyla kendimi bir aile ortamında hissetmemi sağlayan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum Anabilim Dalı Başkanımız değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a

Bu çalışmanın fikir sürecinin gelişmesinde ve olgunlaşmasında her türlü desteği veren, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, sabırlı ve özverili yaklaşımıyla bana destek olan sayın hocamız Dr. Öğr. Üyesi Erkut Etçioğlu'na

Uzmanlık eğitimim süresince birlikte çalışmaktan onur duyduğum, destek ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen sayın hocamız Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın'a

Bu günlere gelmemde çok büyük bir emeği olan, her zaman desteklerini hissettiğim, haklarını asla ödeyemeyeceğim canım annem Hasibe Uysal ve ablam Büşra Ece Şahin'e

Her zaman benim için bir bölümden çok aile olan, birlikte çok güzel vakit geçirdiğim, en zor anlarımda bana destek olan değerli dostlarım Dr. Gülfem Pınarbaşı, Dr. Şükran Geçgel, Dr. Rana Tiryakioğlu, Dr. Buse Berfin Ümit, Uzm. Dr. Zeynep Nur Kolçak, Dr. Ayşenur Uslu ve Uzm. Dr. Meryem Sarıoğlu'na

Bu süreçte her zaman yanımda olan, sabrı, sevgisi, anlayışı ve manevi desteğiyle bana güç veren sevgili eşim Berat Deha KILIÇ'a

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Halide Nur Kılıç

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılık Kavramı ve Epidemiyolojisi	4
2.2. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler	4
2.2.1. Fiziksel değişiklikler	5
2.2.2. Organ fonksiyonlarındaki değişiklikler.....	5
2.2.3. Psikolojik değişiklikler.....	11
2.3. Yaşlılıkta Görülen Sağlık Sorunları	12
2.4. Yaşlılık ve Beslenme.....	13
2.4.1. Yaşlılıkta enerji gereksinimi	13
2.4.2. Yaşlılıkta makro besin öğeleri gereksinimi.....	14
2.4.3. Yaşlılıkta mikro besin öğeleri gereksinimi	15
2.5. Yaşlılarda Malnutrisyon	16
2.5.1. Malnütrisyon tanımı ve sıklığı	16
2.5.2. Yaşlılarda malnütrisyonun nedenleri, önemi, belirtileri.....	17
2.5.3. Yaşlılarda malnütrisyon taraması ve değerlendirilmesi	21
2.5.4. Malnütrisyon tedavisi	24

2.6. Yaşlılarda Depresyon	25
2.6.1. Depresyon tanımı ve epidemiyolojisi.....	25
2.6.2. Yaşlılarda depresyonun önemi, etiyolojisi	25
2.6.3. Depresyon tanı, klinik özellikler ve değerlendirmesi.....	27
2.6.4. Depresyona ilk basamakta tedavi yaklaşımı	29
2.7. Yaşlılıkta Günlük Yaşam Aktiviteleri.....	31
2.8. Yaşlılarda Malnutrisyon, Depresyon Ve Günlük Yaşam Aktivitesi İlişkisi ..	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi.....	33
3.5. Verilerin Analizi.....	35
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	36
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	36
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	65
6. KAYNAKLAR.....	74
7. EKLER	90
7.1 EK-1: Etik kurul kararı.....	90
7.2 EK-2: Anket formu.....	91
ÖZGEÇMİŞ	98

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ACE: Anjiyotensin Konverting Enzim

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

BMH: Bazal Metabolizma Hızının

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DSM-5: Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

ESPEN: European Society Of Parenteral And Enteral Nutrition

FSH: Folikül Stimülizan Hormon

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

GFR: Glomerüler Filtrasyon Hızı

GH: Büyüme Hormonu

GİS: Gastrointestinal Sistem

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

IADL: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

KVS: Kardiyovasküler Sistem

LH: Luteinleştirici Hormon

MNA: Mini Nutritional Assessment

NRS 2002: Nutritional Risk Screening 2002

NSAİİ: Non Steroid Anti İnflamatuar İlaçlar

SCREEN LL: Seniors In The Community: Risk Evaluation For Eating And Nutrition

SGA: Subjektif Global Değerlendirme

SNAQ: The Simplified Nutrition Assessment Questionnaire

SNRI: Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri

SSRI: Seçici serotonin geri alım inhibitörleri

PEM: Protein Ve Enerji Malnütrisiyonu

TAD: Trisiklik Antidepresanlar

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VKİ: Vücut Kitle İndeksi



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin yaş dağılımı.....	37
Şekil 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile yaşı arasındaki ilişki.....	50
Şekil 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile BKİ arasındaki ilişki.....	50
Şekil 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) puanları arasındaki ilişki.....	64



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri.....	36
Tablo 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin tıbbi özgeçmişleri ve bazı alışkanlıkları..	38
Tablo 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin bazı antropometrik ölçüm değerleri.....	40
Tablo 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi Tarama sorularına verdikleri yanıtların dağılımı.....	40
Tablo 4.5. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi – Değerlendirme sorularına verdikleri yanıtların dağılımı ve toplam test puanı değerlendirmesi.....	42
Tablo 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne (GDÖ) verdikleri yanıtların dağılımı.....	44
Tablo 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu anketine verdikleri yanıtların dağılımı.....	45
Tablo 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanlarının hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması	47
Tablo 4.9. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanlarının hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.10. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile yaşı ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) arasındaki korelasyon analizi..	49
Tablo 4.11. Araştırmaya katılan bireylerin malnutrisyon durumunun hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.12. Araştırmaya katılan bireylerin malnutrisyon durumunun hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.13. Araştırmaya katılan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.14. Araştırmaya katılan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) puanlarının hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması....	54
Tablo 4.15. Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	55

Tablo 4.16. Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.17. Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu puanlarının hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	58
Tablo 4.18. Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu puanlarının hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.19. Araştırmaya katılan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri durumunun hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.20. Araştırmaya katılan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri durumunun hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.21. Araştırmaya katılan bireylerin malnütrisyon durumunun depresyon durumu ve günlük yaşam aktiviteleri durumu ile karşılaştırılması	63
Tablo 4.22. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) puanları arasındaki korelasyon analizi.....	64
Tablo 4.23. Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun günlük yaşam aktiviteleri durumu ile karşılaştırılması.....	65

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, 65 yaş ve üzeri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde sürdürebilmeleri ile depresyon ve malnütrisyon gibi sağlık sorunlarının ve bu durumları etkileyen faktörlerin belirlenmesi giderek daha önemli hale gelmektedir. Bu çalışma, söz konusu sağlık durumlarının değerlendirilmesini amaçlamakta ve yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlamayı hedeflemektedir.

YÖNTEM: Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaş ve üzeri 220 gönüllü ile gerçekleştirilen tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Araştırma, 1 Kasım 2024 ile 31 Mart 2025 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 118 kadın (%53,6), 102 (%46,4) erkek katılmıştır. Toplam değerlendirme puanları esas alındığında, katılımcıların %29,1'inin malnütrisyon riski taşıdığı görülmüştür. Depresyon durumları incelendiğinde, bireylerin %20,5'inde kesin depresyon mevcutken, %8,6'sında olası depresyon bulgusu tespit edilmiştir; katılımcıların %70,9'unda ise depresyona dair herhangi bir belirtiye rastlanmamıştır. Günlük yaşam aktivitesi düzeyi açısından bakıldığında ise katılımcıların %80,5'inin bağımsız, %19,5'inin ise tamamen ya da kısmen bağımlı durumda olduğu değerlendirilmiştir. 'Olası depresyon' grubunda 'depresyon yok' grubundan daha fazla malnütrisyon riski altında birey gözlenirken; 'kesin depresyon' grubunda 'depresyon yok' grubundan daha fazla malnütrisyon riski altında birey gözlenmiştir($p<0,001$).

SONUÇ: Çalışmamız, 65 yaş ve üzeri bireylerde malnütrisyon, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumlarının birbirini etkileyen çok boyutlu yapılar olduğunu göstermektedir. Elde edilen veriler, bu durumların sosyoekonomik, psikolojik ve yaşam tarzı faktörleriyle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu etkileşimleri dikkate alan bütüncül ve erken müdahaleye yönelik yaklaşımlar, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmada önemli katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmeti, depresyon, günlük yaşam aktiviteleri, malnütrisyon, yaşlılık

ABSTRACT

Assessment of malnutrition status and its relationship with depression levels and daily living activities in patients aged 65 and over attending the family health center

INTRODUCTION AND AIM: With the increase in life expectancy, it is becoming increasingly important to ensure that individuals aged 65 and over can maintain their daily living activities independently, and to identify health problems such as depression and malnutrition as well as the factors influencing these conditions. This study aims to evaluate these conditions and contribute to improving the quality of life in the elderly population

MATERIALS AND METHODS: This descriptive cross-sectional study was conducted with 220 volunteers aged 65 and above who applied to the Family Health Center of Sakarya University Training and Research Hospital. Data were collected via face-to-face interviews using a questionnaire between November 1, 2024, and March 31, 2025.

RESULTS: The study included 118 women (%53,6) and 102 men (%46,4). Based on the total evaluation scores, %29,1 of the participants were found to be at risk of malnutrition. When examining depression status, %20,5 of the individuals were diagnosed with definite depression, while %8,6 showed signs of possible depression; %70,9 of the participants did not exhibit any symptoms of depression. Regarding the level of daily living activities, %80,5 of the participants were assessed as independent, whereas %19,5 were either partially or completely dependent. Among the ‘possible depression’ group, a higher number of individuals were observed to be at risk of malnutrition compared to the ‘no depression’ group; similarly, the ‘definite depression’ group had a significantly greater number of individuals at malnutrition risk than the ‘no depression’ group($p < 0.001$).

CONCLUSION: Our study indicates that malnutrition, depression, and dependency in daily activities among individuals aged 65 and older are interrelated multidimensional issues. The findings suggest these conditions are closely linked to socioeconomic, psychological, and lifestyle factors. Holistic and early intervention approaches in primary healthcare that consider these interactions can significantly enhance the quality of life for elderly individuals.

Keywords: Aging, depression, daily living activities, malnutrition, primary healthcare

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 65 yaş ve üzerindeki kişileri yaşlı, 85 yaş ve üzerindeki ise çok yaşlı olarak kabul ederken; geriatrik araştırmacılar 65-74 yaşları arasını genç yaşlı, 75-84 yaş aralığını orta yaşlı ve 85 yaş ve üzerini ise ileri yaşlı olarak tanımlamaktadırlar (Beğer ve Yavuzer, 2012; Danış, 2013).

Yaşam süresinin uzaması, ölüm oranlarının düşmesi ve doğum oranlarının azalması nedeniyle, dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Yaşlı nüfusun dünya genelindeki artışı %2,1 iken, bu oran genel nüfus artış hızının %1,2 olduğu dikkate alındığında oldukça yüksek bir seviyededir. 1950 ile 2050 yılları arasında dünya nüfusu 4 kat, yaşlı nüfusun 10 kat artması beklenmektedir. Bu, önemli bir demografik değişimi işaret etmektedir (Allen ve ark., 2002).

Yaşlılık dönemine özgü çeşitli durumlar vardır, bunlar geriatrik sendromlar olarak bilinmektedir. Geriatrik sendromlar, malnütrisyon, demans, depresyon, düşme, polifarmasi, idrar kaçırma ve basınç ülseri gibi sağlık sorunlarını içerir. Bu sendromların sebepleri çoklu faktörlere dayanmakta ve sıklıkları yaşla birlikte artmaktadır (Magnuson ve ark., 2019; Ates Bulut, 2018). Yaşın yanı sıra, bilişsel bozukluklar ve hareket kısıtlılıkları da geriatrik sendromların gelişmesinde önemli birer risk faktörü olarak rol oynamaktadır (Inouye ve ark., 2007).

Yaşlı bireylerde malnütrisyonun sıkça görülen bir durum olmasının birden fazla nedeni vardır. Yaşla birlikte vücut yapısı, organ fonksiyonları ve enerji gereksinimleri değişir. Psikolojik sorunlar ve bakım problemleri nedeniyle öğün atlama ya da yetersiz beslenme sıkça görülebilir (%35-40), bu durum ise malnütrisyonu neden olur (Morley, 1997). Yaşlanmayla birlikte yaşlılarda fizyolojik anoreksi oluşur ve bu, gıda alımında belirgin bir azalmaya yol açar (Chapman, 2004). Protein enerji malnütrisyonu (PEM), altta yatan sorunları daha da derinleştirir ve bu durum malnütrisyonla birlikte kısır bir döngü yaratır (Vellas ve ark., 1999). Ayrıca, yaşlıların sağlık hizmetlerine erişimindeki zorluklar ve iletişim güçlükleri de bu durumu zorlaştırır. Erken dönemdeki belirtiler özgül olmayıp yavaşça ortaya çıktığı için, başlangıçta malnütrisyon tanısı koymak oldukça zordur. PEM yaşlılar arasında yaygın bir sorundur ancak bu durumun tespiti için kesin bir altın standart

bulunmamaktadır. Yaşlıların beslenme durumu, farklı bakım ortamlarına göre değişik yöntemlerle değerlendirilmeli ve demans gibi nörolojik hastalıklar, yetersiz iletişim nedeniyle doğru bir değerlendirme yapmayı güçleştirebilir (Rakıcıoğlu, 2009). Erken malnütrisyon tanısı koyabilmek için dört önemli basamaktan söz edilebilir: geriatrik değerlendirme, kapsamlı öykü alma, fizik muayene, beslenme öyküsü ve laboratuvar testleri. Başlangıçta, yaşlı hastaların tüm sorunları kapsamlı bir öyküyle değerlendirilip, sonra fizik muayene yapılmalıdır. Yaşlının nütrisyonel durumu değerlendirilirken, ayrıntılı bir diyet kaydı ve antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi (VKİ)), vücut ağırlığı, üst kol ve baldır çevresi ölçümleri gibi) önemlidir (Omran ve Salem, 2002). Ayrıca laboratuvar verilerinden de yararlanılabilir, ancak bu yöntemler zahmetli ve zaman alıcı olduğu için genellikle tercih edilmez ve erken tanı ile tedaviyi geciktirebilir (Ritchie, 2002; Secher ve ark., 2007). Bu nedenle, malnütrisyonun taranmasında pratik yöntemler geliştirilmiş olup, bu çalışmada olduğu gibi klinikte sıkça kullanılan tarama testi "Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA)" yer almaktadır.

Yaşlılık dönemindeki bireylerin yaşamlarını zorlaştıran önemli problemlerden biri de depresyondur. Yaşlılarda depresif semptomların görülme oranı %38'dir. Depresyon; cinsiyet, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve sosyoekonomik durum gibi faktörlerle ilişkilidir. Geriatrik depresyon, işlevsellikte bozulma, komorbid hastalıklar, genel mortalite, bilişsel zayıflama ve artan intihar riski gibi olumsuz sonuçlarla sıkça ilişkilidir (Delibaş ve ark., 2021). Bireylerin işlevsel kapasitelerini bozup, başkalarına olan bağımlılıklarını artırır ve hem kişiye hem de çevresine yük olur. Depresif yaşlılar, farklı nedenlerden ötürü sağlık hizmetlerine dört kat daha fazla başvuruda bulunurlar. Depresyonun erken tanı ve tedavisi, yaşlı bireylerin yaşam kalitesinin korunması, bağımsızlıklarının sürdürülmesi ve fonksiyonelliklerinin iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir. Ancak, yaşlılarda depresyonun tanı ve tedavisinde birçok zorluk yaşanmakta ve belirtiler tipik depresyon tanımından farklılık gösterebilmektedir. Bu durum, bazen yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak yanlış anlaşılabilir, bu da tedavi sürecini zorlaştırabilir (Tırpan, 2010).

Yaşlanmayla birlikte, fiziksel kapasite de azalır ve bu durum, günlük aktivitelerin yapılmasını zorlaştırarak kısıtlamalara yol açar (Halil ve Cankurtarav, 2008). Yaşlı hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, fonksiyonel bağımsızlıklarının korunması ve hastalıklarının doğru şekilde yönetilmesi için periyodik geriatrik değerlendirmeler yapılmalıdır (Rosenthal ve Kavic, 2004). Geriatrik değerlendirme yapılırken kullanılan formda, yaşlıların sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, alerjiler, sigara kullanımı, barsak alışkanlıkları, uyku sorunları, kronik hastalıklar, ameliyatlar ve ilaçlar), yaşam bulguları, boy-kilo/VKİ, fiziksel yeterlilik (bağımlılık durumu, duygusal ve konuşma durumu, protez kullanımı) ve organ sistemlerine yönelik (deri, gastrointestinal, solunum, kas-iskelet, nörolojik, genitoüriner, kardiyovasküler) değerlendirmeleri içerir. Bireylerin fiziksel yeterlilik düzeyine bağlı bağımlılık durumları, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği esas alınarak değerlendirilmiştir (Katz ve ark., 1970; Lawton ve Brody, 1969).

Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin temel basamağını oluşturan birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında beklenen yaşam sürelerinin uzamasıyla her geçen gün de artmakta olan 65 yaş ve üstü nüfusun daha aktif, hayata ve topluma karşı daha ilgili ve katkı sağlayan bireyler olabilmesi adına günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumlarını, depresyon ve malnutrisyon durumlarını ve bunu etkileyen faktörlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık Kavramı ve Epidemiyolojisi

Yaşlanma, doğumla başlayıp, durdurulması mümkün olmayan, yıpranmanın rejenerasyon hızını geçmesi sonucunda meydana gelen, hücrelerden başlayarak tüm organizmayı etkileyen, bir değişim sürecidir (Yerlisu, 2013). Yaşlanma süreci çoğunlukla ilerleyici olup işlevsel bozulmalara yol açarak çevresel risklere karşı savunmasızlık yaratır, bu da hastalıkların artışı ve ölüm riskinin artmasına neden olur (Kirkwood, 2005).

Toplam nüfus içinde 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşan yaşlı grup, en hızlı büyüyen gruptur (United Nations, 2019). Yaşlı nüfusun artmasının iki temel sebebi vardır. Bunlardan ilki, dünya genelindeki insanların daha uzun süre yaşamalarıdır. Bu sürelerin uzaması, ortalama yaşam süresindeki artışı aynı zamanda genç nüfusun hayatta kalma oranlarının arttığını ortaya koymaktadır. Ülkelerin ekonomik gelişmişlik seviyeleri yükseldikçe, insanlar daha uzun süre yaşamakta ve yaşlanmaya daha geç başlamaktadır. İkinci neden, doğum oranlarında yaşanan düşüştür. Doğum kontrol yöntemlerinin daha çok tercih edilmesi ve cinsiyet algısının değişmesi bu oranı düşürmüştür. Bulaşıcı hastalıklarla daha etkili mücadele edilmesi ve diğer yaş gruplarındaki ölüm oranlarındaki düşüş; düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur. Yüksek gelirli ülkelerde yaşlı nüfusun ölüm oranlarındaki düşüş ve yaşam süresindeki artış, bu artışı açıklamaktadır (World Health Organization, 2015)

TÜİK'in 2020 verilerine göre, 65 yaş ve üzerindeki nüfus, 2015'teki 6,5 milyon kişiden %22,5 artışla yaklaşık 8 milyona yaklaşmıştır. TÜİK'in tahminlerine göre, 2025'te yaşlı nüfusun oranı %11, 2040'ta %16,3 ve 2080'de %25,6 olacağı tahmin edilmiştir (TÜİK, 2020).

2.2. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler

Yaşlılık, birçok hastalığın ve bu hastalıklarla bağlantılı belirtilerin ve bulguların bir arada seyrettiği bir yaşamsal dönemi ifade eder (Çakmak ve ark., 2004). Yaşın ilerlemesiyle birlikte fiziksel yapıda değişiklikler, organ işlevlerinde değişiklikler ve

psikolojik değişiklikler yaşanır (Abrass, 1990). Biyolojik yaşılanma, vücutta moleküler ve hücrel hasarın zamanla ve farklı biçimlerde birikmesidir. Zamanla biriken bu hasar, fizyolojik rezervlerin azalmasına, hastalık riskinin artmasına ve fonksiyon kaybına neden olur (Vasto ve ark., 2010). Yaşılanma süreci, genetik yapı, kişisel özellikler ve çevresel faktörlerin etkisiyle değişir. Güneşe maruz kalma, hava kirliliği ve geçirilen hastalıklar, yaşılanma sürecini etkileyen ancak kontrol edilebilir etmenlerdir (Arulat, 2009). Çeşitli faktörlerin etkisiyle yaşılanma süreci; mikroskobik düzeyde başlar ve makroskobik düzeye doğru ilerlerken fizyolojik işlevlerde kayıplara yol açar (Aslan ve Karadakovan, 2010).

2.2.1. Fiziksel değişiklikler

Yaşılanmada en gözle görülür etki, bireyin dış görünüşünde ortaya çıkar. Cilt kırışıklıklarında ve pigmentasyonunda artma, kilo alımında yavaşlama, kilo kaybı, görme ve duyma kaybı ile bunlara bağlı gözlük ve kulaklık kullanma gereksinimi, vücut duruşunda değişme, kemiklerde erime olması sonucunda boy kısalması yaşılanmanın görünür işaretlerindendir. Roubenoff, yaşlılarda kilo kaybının üç farklı türde olabileceğini ileri sürmüştür. İlki; beslenme yetersizlikleri sonucu oluşan istemsiz kilo kaybıdır. Bu durum, hem sağlık sorunları hem de psikososyal faktörlerle ilgilidir. İkincisi katabolizma nedeniyle yağsız küttele meydana gelen kayıplar, vücut bileşiminde değişikliklere neden olur ancak vücut kaybı başlangıçta gözlemlenmez. Metabolizmanın hızlanması ve protein yıkımının artması ile tanımlanır. Üçüncü olarak sarkopeni; yaşılanma sürecinin bir parçası olan ve yaşla ilişkili hastalıkların etkisinden bağımsız gelişen istemsiz kas kütlesi kaybıdır. Yaşılanma ile birlikte kemiklerin mineral içeriği azalır, bu da kemiklerin daha zayıf ve kırılğan hale gelmesine yol açar ve kemik erimesi sonucu boyda kısalma görülür (Baysal, 1999; Nalbant, 2008).

2.2.2. Organ fonksiyonlarındaki değişiklikler

Yıllar geçtikçe, organlardaki rejenerasyon yeteneği düşer ve atrofi süreci devreye girer, bu da bedensel değişiklikleri beraberinde getirir. Ancak yaşılanmaya bağlı bedensel değişimleri hemen hastalık olarak algılanmamalıdır. Bu değişimlerin çoğu, yaşılanmanın doğal bir sonucudur (Wilson, 2000; Izaks ve Westendorp, 2003).

İmmun sistemdeki değişiklikler: Kemik iliğindeki kök hücre sayısı zamanla azalır. Anemi olmadığı takdirde serum eritropoetin seviyesi değişmez, ancak kemik iliği eritropoietinle daha az uyarılmaya başlar. Bu sebeple, hipoksi ya da kanama gibi durumlarda kemik iliği daha az tepki verir. Yaşlanma ile timus atrofisi sonucu T lenfositleri azalır ve işlevselliği bozulur, bu da hem hücreyel immün yanıtlarda ham de antijenlere yönelik antikor yanıtlarını bozar (Amarya ve ark., 2018; Çiftçili, 2011; Aalami ve ark., 2003; Navaratnarajah ve Jackson, 2017).

Bağışıklık hücrelerinin işlevselliğinin kaybolması, yaşlılarda enfeksiyon, enflamasyon ve kanser gelişme olasılığını artırır (Baysal, 1994). Enflamasyon, yaşlı bireylerde kronik bir durum halini almıştır (Baştürk ve Boyacıoğlu, 2004). Fiziksel aktivite, bağışıklık sistemi üzerindeki baskılanmayı tersine çevirebilir (Akdemir ve Birol, 2005).

Nörolojik sistemdeki değişiklikler: Yaşlandıkça beyin dokusunun ağırlığında, hacminde ve kanlanmasında azalma meydana gelir (Ropper ve ark., 2014). Beyin atrofisi, sinir liflerinde iletiyi yavaşlatır, dikkatte eksiklik ve koordinasyon bozuklukları gibi sorunlara yol açar. Sinir hücrelerinin sayısı, nörotransmitterlerin etkinliği, miktarı ve sinaps sayısındaki azalma ile azalabilir. Yaşlılıkla tepki süresindeki uzama, dikkat gerektiren işlevlerde kısıtlılığa neden olabilir (Baysal, 1994; Clark ve ark., 1989).

Azalan duyuların etkisiyle zemin algısının kaybolması, ağrının hissedilememesi ve denge kaybı düşmelere ve kazalara yol açabilir. Yürüme sırasında vücudun konumunu algılayabilme yeteneğinin azalması, yürüme sorunları yaratır ve bu da yaşlılıkta düşme riskinin artmasına yol açabilir (U.S. National Library of Medicine, 2021). Ayrıca, ileus ya da pnömoni gibi ciddi hastalıklar tipik ağrı ya da ateş gibi klasik belirtileri göstermeyebilir. Halsizlik ve iştahsızlık gibi belirtiler göz ardı edilirse ciddi hastalıklar gözden kaçırılabilir (Yerli,2017; U.S. National Library of Medicine, 2021). Sosyal çevreye ve kültürel değişimlere uyum sağlamak zor olabilir, bu da sosyal izolasyona ve insan ilişkilerinde sıkıntılara yol açabilir (Yerli, 2017). Spontan dikkat yaşlandıkça azalır, bu da çevresel uyarıcıları algılamada zorluklar yaratır. Kısa süreli bellek yirmi dakika içinde gerçekleşen olayları kapsar ve zamanla kısa süreli bellek azalma ve gerileme eğilimindedir (Charles ve Carstensen, 2010).

Geçmişte sıkça tekrar edilen ve kişinin yaşam tarzına bağlı olarak değişebilen verbal yetenekler, uzun dönem hafızada yerleşir. Uzun süreli hafıza ise genellikle fazla etkilanmemektedir (Brickman ve Stern, 2009). Akıl yürütme, mantık ve çözümleme becerileri kişiden kişiye değişen hızlarda azalırken, konuşma yeteneği genellikle uzun süre devam eder. Yavaş düşünme ve küçük detaylara yoğunlaşma, problem çözme yeteneğini zamanla sınırlandırabilir. Alzheimer gibi bazı hastalıklar, uzun süreli belleği de olumsuz etkileyebilir (Charles ve Carstensen, 2010).

Solunum sistemindeki değişiklikler: Yaşın etkisiyle solunum sistemi yapısal olarak değişir. Aynı zamanda; göğüs duvarı sertleşir, akciğer elastikiyeti azalır ve solunum kasları zayıflar, bu da solunum fonksiyonlarını kısıtlar. Sonuç olarak, yaşlılıkla birlikte difüzyon kapasitesi, vital kapasite, gaz değişimi, maksimum istemli ventilasyon ve respiratuvar akım hızında büyük oranda azalma yaşanır (Rossi ve ark., 1996).

Parsiyel oksijen basıncında belirgin bir azalma meydana gelmesiyle hipoksi ve solunum problemleri; anemi, inflamasyon ve kalp yetmezliği olan kişilerde kolayca gelişebilir. Öksürme refleksi; bronştaki silier fonksiyonlarda azalmaya bağlı olarak zayıflar. Yardımcı solunum kaslarındaki ve diyafragmadaki güç kaybı, nefes alıp vermede zorluklara ve egzersiz yapabilme kapasitesinde azalmaya yol açar. Solunumdaki bu değişiklikler, yaşlılarda kısa veya uzun süreli solunum yolu rahatsızlıklarının daha fazla görülmesine yol açar (İliçin ve ark., 2005; Dikmenoğlu ve Gökçe, 2007; Janssens ve ark., 1999).

Sigara içmek, bu değişimlerin gelişim hızını artırmaktadır. İleri yaşlarda kronik obstrüktif akciğer hastalığı, en sık karşılaşılan solunum yolu hastalıklarından sayılmaktadır (Rossi ve ark., 1996).

Kardiyovasküler sistemdeki değişiklikler: Yaşlılarda mortalite ve morbidite oranlarının en yüksek olduğu hastalık gruplarının başında kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir. (Nalbant, 2008). Düz kaslarda artan tonus ve kollajen yapısındaki artış, büyük damarların kasılma sonrası normale geri dönme yeteneklerini zayıflatır. Aorttaki bu azalma nedeniyle, sol ventrikülde kalp kasılmaları sırasında basınç artışı meydana gelir ve kalp kası hücrelerinde hipertrofi gelişir. Sol ventrikülde meydana

gelen duvar kalınlaşması ve kalp kütlesindeki artış, genişleme kabiliyetinin azalmasına yol açar, bu da kompliyansın düşmesine sebep olur. Ateroskleroz ve arterlerin kasılma sonrası eski haline dönme kapasitesinin kaybı, sistolik ve diyastolik basınç artışına neden olur. Hipertansiyon, yaşlanmanın doğal bir sonucu olup kalp, damar ve beyin hastalıklarına yol açabileceğinden tedavi edilmelidir. Basınç reseptörlerinin duyarlılığındaki kayıp refleks kalp atım cevabını yavaşlatır. Alt ekstremitte damarlarındaki genişleme, kanın akışını yavaşlatarak derin ven trombozu riskini artırır. Yaşlılarda, bu durum hareketliliğin azalmasına neden olabilecek diğer risklerle birlikte kolayca gözlemlenebilir (Priebe, 2000)

Ciltte meydana gelen değişiklikler: Deri, vücut ısısının düzenlenmesi, sıvı-elektrolit dengesinin korunması, enfeksiyonlara ve yabancı cisimlere karşı koruyucu bir bariyer oluşturma gibi önemli işlevlere sahiptir (Zhang ve Duan, 2018). Yaşla birlikte hücre yenilenmesindeki azalma, tamir süresini uzatarak, dolaşım problemleri, elastikiyet kaybı, artmış fibröz doku ve incelen epidermisle birlikte kolay yaralanmalara yol açar, ayrıca terleme ve ısı düzenleme işlevleri bozulur (Karadeniz, 2008). Ayrıca dokunma duyu hassasiyeti de azalır bu da yanıklar ve yaralanmalar gibi sorunların yaşanmasına yol açabilir. Melanin üretiminin azalması hem cildin güneşin kanserojen ışınlarına karşı daha savunmasız hale gelmesine neden olur hem de saçlar ve vücut kılları beyazlamaya başlar (Olgun ve ark., 2013). Vücuttaki su miktarının azalmasıyla derinin elastikiyetini kaybetmesine, kırıxıklıklara, kaşıntıya, hassasiyete ve kuruluğa yol açar. Dişlerin mineral kaybı, ağız kuruluğun artması, dişeti çekilmesi ve çürük oluşumu ile diş kayıplarına yol açar (Medina, 1996; Özgül, 2000). Subkutan dokularda incelmeye, dekübit ülserlerinin daha hızlı oluşmasına neden olur. Ciltteki kan damarlarının azalması, skarların iyileşmesini geciktirir. Yüzdeki sebase bezlerinin büyümesi, burun ve alın bölgelerinde büyümeye yol açar (İliçin ve ark., 2005).

Görmede meydana gelen değişiklikler: Lensin sertleşmesiyle birlikte göz, nesnelere odaklanmada zorluk çeker; bu problem presbiyopi olarak bilinir ve yaşa bağlı en yaygın görme bozukluğudur. İrisin esnekliği azaldıkça, ışığa karşı verilen tepki gecikir ve bu da parlak nesnelerin görünmesi zor hale gelir. Lensin yaşla sarımsı bir renk alması, renk algısını değiştirebilir. Korneanın şeklinin düzleşmesi ve gözdeki

düzensiz yüzey, astigmatizma sebep olabilir. Rod hücrelerinin kaybıyla da periferik görme yeteneği azalır.

İşitmede meydana gelen değişiklikler: Kulak zarının esnekliğini kaybetmesi, orta kulak kemikçiklerinde kalsifikasyon olur ve damarların elastikiyet kaybı ile işitme kaybına neden olabilir (Kutsal, 2007; Uluocak ve ark., 2013; Sing ve ark., 2014; Arun, 2008).

Yüksek frekanslı sesleri duymakta zorlanılır ve gürültüye karşı tolerans azalır (Amarya ve ark., 2018). İşitme kapasitesindeki azalma sosyal hayattan uzaklaşma ve demansla ilişkilendirildiği bildirilmiştir. Bu problemler denge kaybı ve düşmelere yol açabilir (Visvanathan, 2003).

Tat ve kokuda meydana gelen değişiklikler: Yaşlanmayla birlikte tat ve koku duyularında da meydana gelen azalma yemeklerden alınan zevki ve besin çeşitliliğini azaltır. Bu durum, mikro besin öğelerinin eksikliği, (Visvanathan, 2003; Aslan ve ark., 2008), kontrol dışı şeker ve tuz kullanımı, tansiyon düşüklüğü veya yüksekliği, elektrolit bozuklukları, hiperglisemi ve malnutrisyon ya da obezite gibi sağlık sorunlarını beraberinde getirebilir (Yerli, 2017; Boyce ve Shone, 2006).

Koku duyusu ile ilgili en sık görülen değişiklik burundaki glanduler atrofidir. Burun kıkırdak dokudaki fibröz destek dokunun ve fasyal kas yapısının zayıflaması burunun geniş ve basık hale gelmesine neden olur. Nazal kavitenin daralması ile nazal tıkanıklık gelişir, bu da uyku kalitesini olumsuz yönde etkiler (Kutsal, 2007; Uluocak ve ark., 2013; Sing ve ark., 2014; Arun, 2008). Aynı zamanda, evdeki gaz kaçaqları ve yangınları tespit edememekle birlikte ciddi ev kazalarına neden olabilir (Yerli, 2017).

Kas ve iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler: Yaşlanmayla beraber kas gücü ve kas miktarı azalır. Patolojik düzeyde kas kaybı meydana geldiğinde bu duruma sarkopeni denir ve sarkopeni, kırılabilirlik ile yaşam kalitesinin düşmesinin en büyük nedenlerinden biridir. Düzenli fiziksel aktivite ile bu sürecin etkileri azaltılabilir. Kemiklerde yaşla birlikte iyileşme gücü azalır, mineral yoğunluğu düşer ve kırık riski yükselir. Hormonların kemik yapısı üzerindeki etkisinin azalması, fosfor ve kalsiyum depolarının düşmesine neden olur. Osteoblast sayısında azalma,

osteoklast sayısında ise artış meydana gelir. Bu durum osteopeni ve osteoporozun gelişmesine zemin hazırlayabilir. Kıkırdak yapısı yaşlanma ile kas ve kemik dokuları gibi hücre sayısında ve iyileşme kapasitesinde azalma yaşar. Kıkırdak dokusunda dejeneratif değişiklikler oluşur (Williams ve ark., 2002; Fornelli ve ark., 2016).

Böylece yaşlılık postürü ortaya çıkar; boyun kısalması, başın öne eğilmesi, omuzların düşmesi, sırt kifozunun artışı ve ekstremitelerin fleksiyona girmesi bu postürün özelliklerindendir (Gündüz, 2000).

Gastrointestinal sistemde meydana gelen değişiklikler: Yaşlılıkta orofarengeal kaslarda yaşanan dismotilite, besinlerin yutulmasını zorlaştırır. Özafagogastrik bölgedeki nöromusküler işlev bozukluğu, sfinkterdeki basıncın azalmasına ve gastroözafagial reflüye yol açar. Mide fonksiyonlarındaki bozulmalar, mide boşalma hızının gecikmesine ve asit üretiminin azalmasına yol açar, bu da uzun süre tokluk hissi yaratıp yetersiz beslenmeye sebep olabilir (Grassi ve ark., 2011; Ahmed, 2010).

Mukus üretiminin azalması ve mide boşalmasının yavaşlaması, atrofik gastrit oluşumuna yol açarak B12 emilimini engeller. Böylelikle B12 vitamini eksikliği, unutkanlık yaparak demansla karışabilir. Bağırsaklardaki villus yapısındaki atrofik değişiklikler, emilim yeteneğini olumsuz etkiler (İliçin ve ark., 2005; Lovat, 1996; Stefanacci, 2024).

Kolondaki hareketliliğin azalması, gaita depolama kapasitesinin artmasına ve geçiş zamanının uzamasına yol açar. Gaitadaki su miktarı azalır (Kutsal, 2007; Uluocak ve ark., 2013; Sing ve ark., 2014; Arun, 2008).

Buna bağlı olarak kabızlık oluşur ve safra enzimlerindeki azalma sonucu yağda çözünen vitaminlerin emiliminde azalmaya yol açar. Sindirim sistemindeki değişiklikler nedeniyle yaşlılarda iştah azalması, besinleri sindirmede zorluk, diyare, kaşeksi, kabızlık ve obezite gibi sağlık sorunlarını beraberinde getirebilir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşlılarda sindirim fonksiyonu eskisi gibi etkin çalışmadığı için, öğün kapasitesi azalır ve yemek yeme miktarı düşer. Kolayca hazırlanan, az enerji gerektiren besinlere yönelme ve sistemik hastalıklarla birlikte çay, kahve gibi kolayca

hazırlanan besinlere yönelme, çoklu ilaç kullanımı absorpsiyonu azalttığından yaşlılarda malabsorpsiyon artmaktadır (Karadeniz, 2008).

Metabolik ve endokrin sistemde meydana gelen değişiklikler: Yaşla birlikte endokrin sistemdeki organlar üzerinde değişiklikler meydana gelir. Folikül stimülizan hormon (FSH), büyüme hormonu (GH) ve luteinleştirici hormon (LH) seviyeleri azalırken, prolaktin ve adrenokortikotropik hormon (ACTH) sabit kalır. GH'nin etkinliğini gösteren IGF-1 azalırken, GH miktarı da düşer. Foliküler fonksiyonlar östrojen azalması ile birlikte sona erer, FSH seviyesi yükselir ve kardiyovasküler hastalık riski artar. Erkeklerde de testosteron üretimi azalır. Yaşlandıkça böbreküstü bezlerinin sekresyonu artarken, renin azaldığı için aldosteron üretimi azalır. Aldosteron salınımındaki bu düşüş, hiponatremi görülme oranını artırır. Steroidal hormonların depo seviyeleri düşer. Kortizol salınımı yaşla azalsa da, katabolizmanın yavaşlaması bu değişikliği tolere etmeye olanak verir. İnsülin sekresyonu artar, ancak hücrelerin insüline karşı duyarlılığı azalır, bu da insülin rezistansına neden olur. Yaşlılıkta diyabete yatkınlığın artmasının nedeni budur (Jonas ve ark., 2015).

Üriner sistemde meydana gelen değişiklikler: Yaşlılıkla birlikte böbreklerde küçülme meydana gelir, glomerül sayısı düşer ve böbreğe akan kan miktarı azalır. GFR düzeyinde ve tübüllerin fonksiyonlarında azalma gözlemlenir. Böbreklerdeki kan akımındaki azalma, toksik metabolik ürünlerin atılma sürecinin uzamasına neden olur. Tüm bu etmenler, idrar yolu enfeksiyonlarının daha sık görülmesine, sıvı ve elektrolit dengesizliklerine ve toksik maddelerin atılmasında gecikmelere yol açabilir, zehirlenme riskini artırır (Ersan ve Arıoğlu 2002; Tahir, 2005; Akdemir ve ark., 1992). Cinsiyet hormonlarındaki azalma, cinsel organların atrofiye uğramasına neden olur (Özgül, 2000).

2.2.3. Psikolojik değişiklikler

Yaşlılık dönemi, ruhsal ve bilişsel işlevlerdeki değişikliklerle kendini belli eder. Bilişsel beceriler, farkındalık, dil, öğrenme, dikkat, hafıza ve mantıklı düşünmeyi içerirken, ruhsal davranışlar içgörü, mod ve başa çıkma becerilerini kapsar. Fiziksel kayıplar ile birlikte yaşanan davranışsal adaptasyon yeteneğindeki değişiklikler, psikolojik yaşlanmanın temel yapı taşlarını oluşturur (Karakaş, 2017). Geçmişe

duyulan özlem ve genç kuşak ile yaşanan farklar, bazı psikolojik değişimlere yol açar. Yaşlılar, değişen dünyaya uyum sağlamaya çalışırken yeni nesli eleştirip toplumun değerlerinin bozulduğunu düşünebilir ve geçmişteki yaşam biçimlerini sürdürme çabalarıyla daha bencil davranışlar ve içe dönük bir tutum sergileyebilirler. Zamanla yaşanan uyum zorlukları, yaşlılık demansının belirtilerinden biri olarak neofobiye yol açabilir. Alışık olmadığı ve uyum sağlayamadığı şeylere karşı duyduğu korku nedeniyle kişi, eski alışkanlıklarını terk etmekte zorlanabilir. Kronik hastalıklardan dolayı evde daha uzun kalma, dış dünya ile kopan bağlar, eş ya da statü kaybı gibi durumlar, kişinin kendini değersiz hissetmesine sebep olabilir. Bu unsurlar, yaşlıların ruhsal sorunların oluşmasına sebep olabilir (Yerli, 2017).

2.3. Yaşlılıkta Görülen Sağlık Sorunları

Yaşlılıkta yaşam tarzı, genetik yapı, beslenme alışkanlıkları ve sosyal ilişkiler gibi faktörlerin etkisiyle farklı fizyolojik sistemleri etkileyerek sağlık sorunlarına yol açabilir. Komorbid hastalıkların sıklığı yaşla artmaktadır (TÜİK, 2022).

Birden fazla kronik hastalığın aynı anda var olması (multimorbidite), kullanılan ilaçlar ve hastalıklar arasında etkileşime neden olarak ölüm oranlarını tek tek hastalıklarla karşılaştırıldığında daha fazla etkileyebilir (Marengoni ve ark., 2011).

2008'deki 57 milyon ölümün %63'ü, kronik hastalıkların sebep olduğu ölümler olarak rapor edilmiştir. Yaşlı bireylerde kronik hastalıklar, psikiyatrik ve bedensel sağlık olarak iki başlıkta toplanır ve her iki grup arasında etkileşim vardır. Hipertansiyon, %60-70 oranında görülen prevalansı yüksek olan hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Beard ve ark., 2016). 2021 yılı istatistiklerine göre, yaşlılarda meydana gelen ölümlerin %37,6'sı kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle gerçekleşti. Solunum sistemi hastalıkları %15,0 oranla ikinci sırayı alırken, malign ve benign tümörler %12,0 oranıyla üçüncü sıradadır (TÜİK, 2022).

Ruhsal sağlık sorunları arasında depresyon, demans ve alkol kullanımı, en yaygın görülen üç hastalıktır (Charles ve Cartensen, 2010). Yaşlıların sağlığını etkileyebilecek etmenler arasında madde kullanımı, hareketsizlik ve beslenme bozuklukları (obezite ve malnütrisyon) yer alır. (Yerli, 2017). Türkiye'deki araştırmalarda, en sık karşılaşılan kronik hastalıklar; kronik kalp yetersizliği (%13,7),

hipertansiyon (%30,7), diyabetes mellitus (%10,2), osteoartrit (%13,7), koroner arter hastalıkları (%9,8) ve osteoporoz (%8,2) olarak yer almaktadır. Türkiye’de yaşı bireylerde en fazla görülen kanser türlerinin sırasıyla; akciğer kanseri (%32), cilt kanseri (%29) ve meme kanseri (%14) beyin tümörü (%10), prostat kanseri (%10) ve gastrointestinal kanser (%9) olduğu araştırmalarla belirlenmiştir (Varlı, 2013). Yaşı bireylerde tedavi planlaması yapılırken, aşılama ile önlenemeyen hastalıkların engellenmesi, denge ve hareket bozukluklarına yol açan hastalıkların önlenmesi, mümkün değilse erken teşhis ve tedavi ile komplikasyonların minimuma indirilmesi, kronik hastalıkların tedavisinde çoklu ilaç kullanımından kaçınılarak, hayati fonksiyonlar ve yaşam kalitesinin en yüksek düzeyde tutulması önerilmektedir (Wu ve ark., 2012).

Yetişkinlerde mortalite oranı açısından, kalp damar hastalıkları, kanserler, diyabet, kronik akciğer hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar olarak öne çıkmaktadır (TÜİK, 2019).

2.4. Yaşlılık ve Beslenme

2.4.1. Yaşlılıkta enerji gereksinimi

Aşırı diyet kısıtlamaları, besin alımının düşmesine neden olabilir (Barkoukis, 2016). Gençlere oranla yaşlılar, yemek sonrasında daha tok hisseder ve daha az acıkırlar. Yavaş yemek yerler, küçük öğünler tüketirler ve ana öğünler arasında çok az ara öğün alırlar. 20 ile 80 yaş arasında besin tüketiminin %30’dan fazla azaldığı bildirilmiştir (O’Neill ve ark., 2005).

Enerji gereksinimindeki azalma, bazal metabolizma hızının (BMH) düşmesi ve fiziksel aktivitenin azalmasıyla ilişkilidir (Rakıcıoğlu, 2014; GEBAM, 2009). Yaşlanmanın etkisiyle yağsız kütlenin azalması ve yağ kütlesinin artması bu azalmanın nedenidir (Roberts ve Dallal, 2005). Fiziksel aktivite azaldıkça, ihtiyaç duyulan enerji harcaması da azalır (Ritz, 2001). Çoğu yaşı, hareketsiz bir yaşam sürmektedir. Yaşlıların enerji ihtiyacını belirlerken, ideal vücut ağırlığının korunmasına dikkat edilmelidir (GEBAM, 2009). Türkiye Beslenme Rehberi, 65 yaş

ve üzerindeki erkekler için 28 kkal/kg, kadınlar için ise 27 kkal/kg enerji alımını tavsiye etmektedir (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015).

2.4.2. Yaşlılıkta makro besin öğeleri gereksinimi

Karbonhidratlar: Dengeli bir beslenme programında karbonhidratlar, günlük toplam enerjinin %55-60'ını karşılamalıdır (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015). Karbonhidratlar, basit şekerler ya da kompleks yapılar olarak besinlerde yer alırken, basit şekerlerin trigliserit ve kolesterol düzeylerini düşürerek sadece enerji sağladığı bilinmektedir (GEBAM, 2009; Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004; Tanyel ve ark., 2006). Kompleks karbonhidratlar içeren besinler (tahıllar, baklagiller, patates vb.) tüketildiğinde, vücudun fonksiyonlarını sürdürebilmesi için gerekli olan protein, mineral, vitamin ve posa gereksinimi karşılanmış olur. Suda çözünen posa içeren meyve, sebze, tahıl, yağlı tohum ve sert kabuklu yemişler (ceviz, fındık vb.), kolesterolü düşürüp kan glikozunu düzenleyerek yaşlılar için koruyucu ve tedavi edici faydalar sağlar. Sebzeler ve meyvelerle zenginleştirilmiş akdeniz diyeti, yaşlı erişkinlerde daha düşük mortalite riski ile ilişkilendirildiği için tavsiye edilmektedir (Amarya ve ark., 2015). Diyet posası alımının yaşlı bireylerde günlük 20-30 g arasında olması gerektiği önerilirken, erkekler için 29 g/gün, kadınlar için ise 21 g/gün tavsiye edilmektedir (GEBAM, 2009; Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015). Yetersiz protein alımı, yaşlı bireyler için malnutrisyon ve hastalık risklerini artırabileceği için bu grup için protein alımı önemlidir (Volkert ve Sieber, 2011). Diyetle proteinin toplam enerjinin %10-20'sini karşılaması gerekmektedir (Amarya ve ark., 2015). Protein alımının yetersizliği, kırılabilirlik riskinin artmasına neden olur (Nishioka, 2018). Protein miktarının yanı sıra, yaşlılarda alınan proteinin kalitesi de vücut için kritik bir faktördür. Süt ve süt ürünleri, et, balık, tavuk, yumurta ve baklagillerin yanı sıra sert kabuklu yemişler de diyetle kaliteli protein kaynağı olarak bulunmalıdır. Yüksek kolesterol ve yağ içeren gıdalar (tam yağlı süt, yumurta, yağlı et gibi) sınırlı porsiyonlarla tüketilmelidir (Amarya ve ark., 2015). 65 yaş ve üzerindeki bireyler için günlük protein alımı 0,8-1,0 g/kg arası olmalıdır (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015). Yağlar: Yaşlılar için, diyetle alınan toplam enerjinin en fazla %30'u yağlardan olmalıdır. Doymuş yağlar ve çoklu doymamış yağlar enerjinin %8-10'unu geçmemeli, tekli doymamış yağlar ise %15'i

aşmamalıdır. Kolesterol alımı günlük 300 mg'dan daha fazla olmamalıdır (GEBAM, 2009). Enerji sağlama, vücut ısını koruma, yağda çözünebilen vitaminlerin taşınmasına yardımcı olma ve hormon üretimi için gereklidir (Rakıcıoğlu, 2014). Bazı bilimsel çalışmalar, yaşlıların diyetine omega-3 uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitlerinin eklenmesiyle bilişsel hastalıklar, özellikle Alzheimer ve demansa karşı koruyucu etkiler yaratabileceğini ortaya koymuştur (Dangour, 2012).

2.4.3. Yaşlılıkta mikro besin öğeleri gereksinimi

Kalsiyum: Yaşın ilerlemesiyle D vitamini metabolizmasındaki değişikliklere neden olur ve bu da kalsiyum emiliminin azalmasına yol açar. Yeterli D vitamini ile birlikte, yaşlı bireyler için önerilen günlük kalsiyum alımı 800-1200 mg'dır. Kemiklerin mineral yoğunluğu yaşla birlikte azalırken, mineral kaybı da gözlemlenir. Özellikle menopoz sonrası östrojen eksikliği nedeniyle kadınlarda kemik mineral yoğunluğunun yılda %2-5 oranında düşmesine neden olur (Baysal, 1994; Glenville, 2004; Rakıcıoğlu, 2007; Peacock, 2010; GEBAM, 2009). Süt, ayran, yoğurt, kefir ve peynir gibi kalsiyum açısından zengin besinler, yaşlıların yeterli kalsiyum alması için tavsiye edilen kaynaklardır. Laktoza karşı intoleransı bulunan bireylerin laktozsuz süt, ayran, yoğurt ve peynir tüketmeleri tavsiye edilir. Peynir alırken tuz içeriği göz önünde bulundurulmalıdır. Kalsiyum bakımından zengin olan yeşil yapraklı sebzeler, pekmez ve kurubaklagiller tüketilebilir (GEBAM, 2009). **D vitamini:** bağışıklık sisteminin düzenlenmesinde ve kemik metabolizmasının sürdürülebilmesi için D vitamini alımının yeterli olması gerekir. D vitamini, iki yolla vücuda alınır; deri ve besinler (Saraç ve Yılmaz, 2015). Yaşlılar, D vitamini eksikliği riski bulunduğundan, haftada 2-3 kez güneşlenmeleri ve D vitamininden zengin süt içmeleri önerilmektedir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004). Evde fazla kalan yaşlılar, güneş ışığından yeterince faydalanamadıkları için D vitamini desteği almalıdırlar (Amarya ve ark., 2015). 70 yaşına kadar D vitamini ihtiyacı 15 mcg (600 IU) olup, 70 yaşından sonra bu ihtiyaç 20 mcg (800 IU)'ya yükselir. Günlük alım miktarı, 100 mcg (400 IU) olarak tavsiye edilmektedir (IOM, 2011; TÜBER, 2015). **Demir:** Eksikliğin başlıca sebepleri, diyet alışkanlıklarında değişiklikler veya yetersizliği, mide asit salgısındaki düşüş ya da antiasit kullanımına bağlı demir emiliminde azalma, bazı hastalıklar (ülser, hemoroid vb.) ve ilaçların (antikoagulan, aspirin vb.) neden olduğu kronik kan

kayıplarıdır (Wood ve ark., 1994). Kadınlar menopoz sonrasında demir gereksiniminde azalma yaşar ve erkeklerin gereksinimi ile aynı seviyeye gelir; bu yüzden günlük 10 mg demir alınması yeterlidir (GEBAM, 2009). Demir mineralinden zengin besinler arasında pekmez, yumurta, kırmızı et, kuru meyveler, yeşil yapraklı sebzeler, yağlı tohumlar ve kuru baklagiller sayılabilir. Demirin vücutta daha iyi emilebilmesi için, C vitamini açısından zengin yeşil biber, maydanoz, domates ve turunçgillerle birlikte alınması önerilir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004). Çinko: Yaşlılarda çinko alımı ve emilim oranı, gençlere kıyasla belirgin şekilde daha düşüktür. İlaç kullanımı, çinko emilimini olumsuz etkileyerek yaşlı hastalarda plazma çinko düzeyinin düşmesine ve malnütrisyonun belirtisi olarak görülmesine yol açmaktadır (GEBAM, 2009). Yeterli çinko alımı sağlanmazsa, iştah kaybı, tat duyusunda azalma ve yara iyileşmesinde gecikme gözlemlenir (Uzundikme ve Çakıroğlu, 2007; Marian ve Sacks, 2009). Diyetteki çinkonun kullanılabilirliği, yaşlılarda bitkisel ve hayvansal kaynaklara göre farklılık gösterir. Çinkonun bitkisel kaynaklardan alınan formları, hayvansal kaynaklardan alınanlara göre vücutta daha az kullanılabilir. Erkekler için çinko alımı 4,2-14 mg/gün, kadınlar için 3-9,8 mg/gün olarak önerilmektedir (Rakıcıoğlu ve Atilla, 2003). B12, B6 vitamini ve folat: Eksiklikleri psikolojik ve nörolojik işlevlerle doğrudan ilişkilidir. 65 yaş ve üstü erkekler için 1,7 mg B6, 400 mcg folat ve 2,4 mcg B12 kadınlar için 1,5 mg B6, 400 mcg folat ve 2,4 mcg B12 önerilmektedir (Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, 2015). C vitamini: Tüketiminin yüksek olduğu yaşlı bireylerde, senil katarakt prevalansı, kardiyovasküler hastalık (KVH) insidansı ve HDL kolesterol düzeyleri daha düşük olmaktadır. C vitamini, kanser riskinin azalmasıyla bağlantılı olup, antioksidan etkisiyle demans ve bağışıklık sistemi üzerinde olumlu bir etki yapar. Günde 60-100 mg alınması önerilir (Rakıcıoğlu ve Atilla, 2003).

2.5. Yaşlılarda Malnütrisyon

2.5.1. Malnütrisyon tanımı ve sıklığı

Malnütrisyon ve yetersiz beslenme kavramları çoğu zaman aynı şekilde algılsa da, farklı sağlık sorunlarını tanımlarlar. DSÖ'ye göre; yetersiz beslenmenin yanı sıra fazla kilo ve obezite de malnütrisyon kapsamına girmektedir (World Health Organization, 2018). Yaşlı bireylerde en sık görülen malnütrisyon türü PEM'dir ve

literatürde bu terimle eş anlamlı kullanılmaktadır (Jensen ve ark., 2013). PEM'in iki tipi bulunmaktadır; bunlar enerji ve protein eksikliği ile ortaya çıkan "marasmus" ve yalnızca protein eksikliğine bağlı "kwashiorkor"dur. Çoğunlukla yaşlılarda, marasmus ve kwashiorkorun birlikte olduğu miks tip malnütrisyon görülmektedir (Rakıcıoğlu, 2009). Malnütrisyon, yaşlılarda sık karşılaşılan ancak genellikle teşhis edilmeyen ya da yeterince tedavi edilemeyen bir sağlık sorunudur (Jensen ve ark., 2013). 65 yaş üstü bireylerden oluşan 3119 hasta üzerinde gerçekleştirilen 25 çalışmada, poliklinik başvurusu veya ayaktan aile hekimi ve evde bakım alan bireylerde %10 oranında malnütrisyon, %45 oranında ise malnütrisyon riski bulunmuştur (Guigoz, 2006). İstanbul Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, geriatri polikliniğine başvuran 181 hastanın %13'ünde malnütrisyon, %31'inde ise malnütrisyon riski bulunduğu ortaya konmuştur (Saka ve ark., 2010).

2.5.2. Yaşlılarda malnütrisyonun nedenleri, önemi, belirtileri

Yaşlıların beslenme durumunu etkileyen pek çok unsur vardır. Malnütrisyonun önlenmesi için yetersiz beslenmeye neden olan faktörlerin bilinmesi oldukça önemlidir (Sacks ve ark., 2000).

Demans, sıklıkla davranışsal sorunlar, kilo kaybı ve beslenme zorlukları ile bağlantılıdır. Alzheimer hastalığı nedeniyle yaşlı hastalar, yemek ihtiyaçlarını hatırlayamamakta veya yemek yeme eylemini unutabilmektedirler. Yaşlılarda malnütrisyonun psikolojik kökenlerinden en önemlisi depresyondur, ayaktan başvurularda veya bakım evlerinde fark etmez (Stechmiller, 2003). Depresyon tedavi edilebilir ve anoreksiya riskini tek başına arttırabilir (Vetta ve ark., 1999). Sosyal ilişkilerden uzak kalmaya bağlı yalnızlık ve oluşan depresyon yemek yeme isteksizliğine yol açabilir. Katabolik hastalıklar, ateş ve enfeksiyonlar olduğunda beslenme ihtiyaçları artar (Chapman, 2004). Kronik hastalıklar, yaşlı bireylerde besin tüketiminde azalmaya neden olabilir. Kanseri, malnütrisyonla bağlantılı hastalıklar arasında önemli bir yer teşkil etmektedir. Gastrointestinal hastalıklar, ağrı ve yorgunluk da beslenme isteğini azaltabilir. Besinlerin emilim süreci, bazı ilaçlar tarafından engellenebilir veya artırılabilir. Kullanılan ilaçlar; erken doyumluk hissi, iştahsızlık, ağız kuruluğu ve tat değişikliklerine yol açabilir. Bu ilaçlar arasında şunlar yer almaktadır; antiasitler, antidepresanlar, antiaritmikler, Anjiyotensin

Konverting Enzim (ACE) inhibitörleri, oral antidiyabetikler, beta blokerler, antiasitler, H₂ reseptör blokerleri, antibiyotikler, analjezikler, Non Steroid Anti İnflamatuar İlaçlar (NSAİİ), digoksin/digitoksin, kalsiyum kanal blokerleri, potasyum, kalsiyum kanal blokerleri, kortkosteroidler ve antiepileptikler. Yaşlılıkla birlikte tat ve koku duyuları zayıflar, bu da kokuların iştah üzerindeki etkisi azaltır. Koku alma duyusundaki bozulma, Parkinson ve Alzheimer hastalarında daha belirgin bir şekilde ortaya çıkar (Anderson ve Schiffman, 2001). Sigara kullanımı, çevresel faktörler, ilaç kullanımı, kötü ağız bakımı, cerrahi müdahaleler ve bazı hastalıklar koku ve tat duyusunda bozulmalara sebep olabilir (Finkelstein ve Schiffman, 1999). Görme kaybı, besin alımının azalmasına neden olabilir. Yaşlılarda çiğneme ve yutma güçlüğü, takma diş kullanımı, diş kaybı ve tükürük azlığı nedeniyle malnütrisyon riskini artırabilir (De Olivera ve Frigerio, 2004). Yaşlılıkla birlikte özofagus peristaltizmi azalır yutma refleksini olumsuz etkiler ve mide boşaltma süresi uzar. Ayrıca mide asidi salgısı da azalmaktadır (Stechmiller, 2003). Kendi başına beslenme yeteneği ile birlikte işitme cihazı, gözlük ve diğer bağımsızlık destekleyici cihazlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Uygun olmayan masa-sandalye yüksekliği ve tekerlekli sandalye kullanımı gibi fiziksel engeller, yaşlılarda gıda alımındaki değişikliklere yol açabilir ve malnütrisyon riskini artırabilir (Stechmiller, 2003). Satın alma güçlükleri, gelir düşüklüğü, alışveriş yapamama, yiyecek hazırlama ve saklama zorlukları yaşlının yemek tüketme düzenini olumsuz yönde etkileyen sosyo-ekonomik faktörlerdendir (Coulston, 1990). Lezzet kaybı yaratacak ve kronik hastalıklar yüzünden uygulanan diyet kısıtlamaları, iştah kaybına ve dolayısıyla besin alımında azalmaya neden olabilir. Gıda seçimlerinde, yemeklerin kıvamı, sıcaklık derecesi ve aperiatif tercihlerine dikkat edilmelidir (Stechmiller, 2003). Malnütrisyon tespit edilen yaşlıların yaklaşık %70'lik bir bölümünde, bu duruma yol açan etiyolojik faktörler belirlenebilmektedir. John Morley'in "MEALS ON WHEELS" hatırlatmasıyla, tedavi edilebilen sebepler şu şekilde özetlenmektedir:

(M) Medikasyonlar (örn. Digoksin, teofilin, fluoksetin)

(E) Emosyonel nedenler (depresyon)

(A) Alkolizm

(L) Geç dönem paranoya

(S) Yutma problemleri

(O) Oral problemleri

(N) Nosokomiyal infeksiyonlar (tüberküloz, Clostridium difficile, Helicobacter pylori)

(W) Demansa bağlı amaçsız dolaşma

(H) Hipertiroidi, hiperparatiroidi, hipoadrenalizm

(E) Enteral problemler (malabsorpsiyon)

(E) Yeme problemleri (Kendi kendine beslenememe)

(L) Düşük tuzlu ve yağlı diyet

(S) Alışveriş yapamama ve diğer sosyal problemler (Morley, 2013).

Yaşlılıkta beslenmeyi etkileyen söz konusu tüm etmenler, osteoporoz, öz bakım eksiklikleri, kas kaybı ve fiziksel bağımlılık gibi sorunlara yol açmakta ve bu durumlar beslenme durumunu daha da olumsuz etkilemektedir (<https://akademikgeriatri.org/files/thn-kitap.pdf>, Erişim tarihi: 27 Temmuz 2025). Malnütrisyon, anoreksi, kaşeksi ve sarkopeni gibi durumları beraber değerlendirmek gerekir. Anoreksi, yaşlılarda çeşitli fizyolojik değişiklikler nedeniyle iştah kaybı yaratır. Yaşlanmayla birlikte tat ve koku duyularındaki azalma, gıda isteğinin düşmesine neden olurken, sindirim sistemindeki değişiklikler ve gastrik hormonlardaki değişim de erken doygunluk hissi yaratır. Kaşeksi altta yatan hastalıkların etkisiyle ortaya çıkan kompleks metabolik sendromdur ve altta yatan kas kaybı her zaman vardır, ancak yağ kaybı her zaman gözlemlenmeyebilir. Kaşeksi, inflamasyon, insülin direnci, anoreksi ve kaslarda artan protein yıkımı ile sıkça ilişkilidir. Kaşeksi, yaşlanma sonucu kas kaybı, açlık, psikiyatrik, endokrinolojik ve intestinal sebeplerle görülen kilo kaybından farklıdır. Kaşeksi, anabolizma ve katabolizma arasındaki dengesizliklere yol açan pek çok bozulmuş yolak içerir. Kaşeksi, sitokin aracılı yanıtlar ile ilişkili hastalık durumlarında daha sık

gözlemlenir ve bunlardan bazıları; romatoid artrit, son dönem böbrek hastalığı, kanser, konjestif kalp yetmezliği, AIDS ve kronik pulmoner hastalıklardır (Ritchie, 2013). Sarkopeni, fiziksel yetersizlik, yaşam kalitesinin düşmesi ve ölüm gibi olumsuz sonuçları olabilen, jeneralize ve ilerleyici kas kütlesi ve kuvvet kaybı ile ilerleyen bir sendromdur (Cruz ve ark., 2010; Meltem ve Servet, 2011). Sarkopeniye çoğunlukla fiziksel hareketsizlik, hareket kabiliyetinin azalması, yavaş yürüyüş ve düşük fiziksel dayanıklılık eşlik etmektedir. Yapılan araştırmalar, sarkopeninin mobilite bozuklukları, otonomi kaybı, temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, düşme riski artışı ve yüksek mortalite ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Meltem ve Servet, 2011).

Malnütrisyonun ilk aşamalarında çiğneme ve temporal kaslarda zayıflama, sarkopeni, baldır ve kol çevresinde azalma, kasların hareketliliğinde yavaşlama görülmektedir (Sieber, 2019). Malnütrisyon ilerledikçe yara iyileşmesi bozulabilir, immün sistem baskılanabilir, yaygın ödem, kas kitlesi kaybı, bağırsaklarda atrofi, kognitif gerileme ve fonksiyonel kapasite azalabilir. PEM nedeniyle, gastrointestinal sistem (GİS), endokrin sistem, kardiyovasküler sistem (KVS), bağışıklık sistemi, sinir sistemi, böbrekler, kemik iliği ve yara iyileşmesi üzerinde fizyolojik kayıplar yaşanırken, depresyon ve anksiyete eğiliminde de artış görülmektedir (Bayır ve ark., 2015). Kalsiyum, magnezyum, fosfat, tiamin ve siyanokobalamin seviyelerindeki değişiklikler, sinir sisteminin fonksiyonlarını etkileyebilmektedir. Protein kaybı, diyafram ve interkostal kaslar gibi solunum kaslarında kitle kaybına neden olarak solunum fonksiyonlarını bozar. Parankimal yapısı zarar gören solunum sistemi, hipoksi ve hiperkapniye karşı doğru reaksiyon verilememesine sebep olabilir. Kardiyak debinin düşmesi, bradikardi ve hipotansiyon gelişmesine yol açarak kalp kasının işlevini bozabilir. Aritmiler ve renovasküler kan akımındaki azalma, glomerüler filtrasyon hızında (GFR) bir düşüşe yol açabilir (Gramlich ve ark., 2004). Malnütrisyon ilerledikçe, termoregülasyon sistemi bozulur, bu da soğukta vazokonstriksiyonun gerçekleşmemesine ve ısı kaybının artmasına neden olur. Malnütrisyonun başlamamış olsa da, kilo kaybı ve açlık hipotermiye neden olabilir (Krezalek ve Alverdy, 2016). Akut inflamatuvar yanıtın gecikmesi, yara iyileşmesinin uzun süreceğine, enfeksiyon riskinin artacağına ve proteinlerin enerji kaynağı olarak kullanılmasından dolayı hipoproteinemi ile ödemin ortaya çıkmasına

neden olabilir. Gastrointestinal sistemin hareketleri yavaşlar, özellikle bağırsak hareketlerinde azalma gözlenir ve kemik iliğinde baskılanma olur (Alberda ve Graf, 2006). Malnütrisyonun yol açtığı bu bulgular, mortalite, morbiditeyi, hastanede kalış süresi ve tedavi maliyetlerinde artışa sebep olabilir. Katabolizma artışı ile günde yarım kilogramdan fazla yağsız kitle kaybı görülebilir ve beyin dışındaki organlar küçülür (Selçuk, 2012).

Yaşlılarda malnütrisyon, psikolojik, fiziksel ve sosyoekonomik sonuçlar doğurabilecek önemli bir sağlık problemidir. Malnütrisyon, sarkopeniye yol açarak yaşlılarda zayıf kas yapısına, uzun iyileşme sürelerine, düşme ve yaralanmalara, enfeksiyon artışına ve bası yaralarının çoğalması gibi problemlerin yaşanmasına yol açar. Bu durum, hastaneye yatış sürelerinin uzamasına, ilaç kullanımı artışına, bakımın zorluğuna, yaşam kalitesinin düşüşüne ve ekonomik maliyetin yükselmesine neden olmaktadır. Yaşlılarda malnütrisyon, geriatrik sendromların daha sık görülmesine neden olmakla birlikte ölüm riskine yol açan bağımsız bir faktör olduğu, bilimsel bulgularla desteklenmiştir (Seiler, 2001; Varlı, 2013). 2007'deki Avrupa Parlamentosu kararlarına göre, hem malnütrisyon hem de obezite önemli bir halk sağlığı problemi olarak görülmüştür. Bu veriler ışığında, toplumda, hastanelerde ve bakım evlerinde yaşayan tüm yaşlıların beslenme durumu incelenmeli, malnütrisyon riski taşıyan bireylerde ayrıntılı bir değerlendirme yapılarak tedavi planları oluşturulmalıdır (Varlı, 2013).

2.5.3. Yaşlılarda malnütrisyon taraması ve değerlendirilmesi

Medikal öykü almak, tedavi sürecinin ilk ve en önemli adımıdır (Rakıcıoğlu, 2006). Öyküde ilk olarak kilo kaybı durumu dikkate alınmalıdır. Altı ayda 4,5 kg'lık istemsiz kilo değişimi, sağlıklı beslenme biçiminin bir göstergesidir. Bir ayda $\geq 5\%$ kilo kaybı, altı ayda ise $\geq 10\%$ kilo kaybı, malnütrisyonu gösteren önemli bir bulgudur. Şiddetli malnütrisyon ise; bir ayda $\geq 10\%$ ve altı ayda $\geq 15\%$ kilo kaybı ile tanımlanmaktadır (Rakıcıoğlu, 2009).

Ayrıca, iştah durumunun yanı sıra, beslenmeyi fizyolojik açıdan zorlaştırabilecek diş kaybı, protez kullanım durumu, çiğneme ve yutma güçlükleri gibi problemler; tat ve koku alma duyusundaki değişiklikler, bulantı ve kusma, diyet uygulama

alışkanlıkları, besinlere karşı alerji veya intolerans; bireyin motivasyonunu ve becerilerini olumsuz etkileyen bilişsel bozukluklar ile iştahsızlık ve kişisel bakımda azalmaya yol açan depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıklar değerlendirilmelidir (Çiftçili, 2011; Omran ve Morley, 2000).

Cilt değişiklikleri, vitamin ve eser element eksiklikleri, ödem, karaciğer büyümesi, kas kayıpları ve fonksiyonel yetersizlik ile ilişkili belirtiler dikkatle gözlemlenmelidir. Bu belirtilerden bazıları şunlardır; kaslardaki atrofik değişikliklerle kas gücünün azalması, üst ekstremitelerde daha belirgin olması, vücutta kahverengimsi lekelerin yer alması ve yüzde belirgin kaşektik bir görünüm oluşması, yağ depolarında kayıplar, saç renginde değişiklikler, periferik ödem, ciltteki lezyonlar, tırnaklardaki deformasyonlar, saç renginde değişim, turgor tonusundaki değişiklikler, parestezi ve nöropatik semptomlar (Başoğlu ve ark., 1996).

Yaşlı bireylerde beslenme durumunun değerlendirilmesinde antropometrik ölçümler kritik öneme sahiptir (Omran ve Salem, 2002). Antropometrik ölçümler vücut yapısı, yağ ve kas düzeyi hakkında bilgi edinmek ve öngöründe bulunmak için kullanılan invaziv olmayan değerlendirme teknikleridir (Çakıroğlu ve Uzundikme, 2007). Bunlardan sık kullanılanlar; boy uzunluğu, vücut ağırlığı, baldır çevresi ölçümleri, üst orta kol çevresi ile deri kıvrım kalınlığı gibi ölçümleridir (Pekcan, 2013). El kavrama gücü beslenme düzeyinin değerlendirilmesinde yararlanılan pratik bir yöntemdir ve kas gücüne dair bilgi verir (Omron ve Morley, 2000). Malnütrisyon, başlıca fizyolojik etkisini vücut yapısında zararlı dönüşümlerle ortaya koyar (Rakıcıoğlu, 2009).

Antropometrik değerlendirmeler arasında vücut ağırlığı yaygın olarak tercih edilen kolay bir ölçüm yöntemidir. Vücut ağırlığının periyodik ölçümleri yaşlı bireylerde beslenme yeterliliğini ve beslenme düzeyini izleme amacıyla en temel tarama tekniği olarak sunulmaktadır. Kilo kaybının beden kütle indeksine kıyasla daha güçlü bir gösterge olduğu rapor edilmiştir. Son altı aylık süreçte >%10 istemsiz vücut ağırlığı azalması malnütrisyonu, %5-10 oranındaki azalma ise malnütrisyon tehlikesini göstermektedir (Rakıcıoğlu, 2009). Geriatrik yaş grubunda yağsız beden kütlesinin azalmasıyla yağ kitlesi artış gösterir (Omron ve Morley, 2000).

Fiziksel gelişim tamamlandıktan sonra intervertebral destek dokuların basınca bağlı olarak kıkırdak yapısında dejenerasyon ve eklem sıvısında üretim düşüşü ile birlikte yaşın ilerlemesiyle kemik yoğunluğunun azalması sonucunda vertebra gövdelerinde incelme ve omurların diziliminin anatomik yapısının bozulması omurga boyunun kısalmasına neden olur (Karadeniz, 2008).

VKİ ölçümü, antropometrik yöntemlerin en sık tercih edilen ve kolay uygulanan şeklidir. VKİ, kas kitlesi ve yağ oranı arasındaki ilişki yaşla birlikte değişken hale gelebilir (Saraç, 2017). Vücut kitle indeksi hem protein seviyesinin hem de obezitenin analizi için kullanılır. Toplam vücut yağıyla yüksek düzeyde ilişkilidir. BKİ hesaplama formülü: $\text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy}^2 (\text{m}^2)$ (İnce, 2017).

İleri yaşta görülen kemik yoğunluğu azalması, kas miktarında azalma ve organ boyutlarında küçülme gibi faktörler, yaşlı bireylerde VKİ sınır değerlerinin gençlere göre farklı olarak ele alınmasına neden olur. Buna göre, genç erişkinlerde malnütrisyon sınırı için BKİ 18,5 kg/m² olarak değerlendirilirken, yaşlı bireylerde bu sınır aralığı çoğunlukla 22 ile 24 kg/m² arasındadır. Yaşlılarda BKİ değeri 22 kg/m²'nin altındaysa veya son üç aylık süreçte %5'ten fazla, daha uzun sürelerde ise %10'u geçen ağırlık kaybı saptanıyorsa, malnütrisyonun tedavi edilmesi gerekir.

Kol ve baldır çevresi ölçümleri, kişinin nutrisyonel ve fiziksel durumuna paralel biçimde farklılık gösterebilir. Yaşlı bireylerde baldır çevresi, kas kitlesi yoğunluğunun değerlendirilmesinde kol çevresine kıyasla daha anlamlı bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Baldır çevresinin ölçülmesi, kas kitlesindeki azalma ile ilişkili olarak fiziksel inaktivitenin düzeyini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Kırılgan ya da aktivite düzeyi düşük yaşlılarda, nutrisyonel değerlendirmede baldır ölçümünün beden kitle indeksinden daha etkili bir araç olabileceği bildirilmektedir (Basat ve ark., 2014).

Malnütrisyonun belirlenmesi, diğer yaş gruplarında olduğu gibi yaşlılar için de kritik bir sağlık taramasıdır. "European Society of Parenteral and Enteral Nutrition" (ESPEN) kılavuzlarına göre tüm yaşlı bireylerin beslenme yönünden düzenli olarak taranması tavsiye edilmektedir (Morley, 2013). Tüm 65 yaş üstü bireyler için yıllık periyodik tarama uygulanmalıdır. Malnütrisyon riski belirlemesi amacıyla yaşlı

hastalar için çok sayıda değerlendirme aracı geliştirilmiştir. Bu kapsamda; MNA, SNAQ (The Simplified Nutrition Assessment Questionnaire), NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002), SGA (Subjektif Global Değerlendirme) ve SCREEN II (Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition) gibi değerlendirme araçları öne çıkmaktadır (Ritchie, 2013; Helene ve ark., 2007).

ESPEN kılavuzları, yaşlılarda nutrisyonel değerlendirme aracı olarak MNA'yı tavsiye etmektedir (Volkert ve ark., 2006).

MNA toplamda 18 maddelik 4 ayrı kısımdan meydana gelmektedir; antropometrik inceleme; yetersiz beslenmenin fiziksel belirtilerinin saptanması amacıyla boy uzunluğu, vücut ağırlığı, kol çevresi, baldır çevresi ölçülmekte ve beden kitle indeksi hesaplanmaktadır, genel klinik değerlendirme; depresyon ve demans durumlarının sorgulanması, kısa beslenme durumu incelemesi; besin ve sıvı tüketimi ile beslenebilme düzeyinin değerlendirilmesi, kişinin kendi sağlık durumu ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin algısı. Uygulaması ortalama 10-15 dakika süren pratik bir yöntemdir.

MNA toplam puanına göre; 24 ve üzeri normal, 17-23,5 aralığı yetersiz beslenme açısından riskli ve 17 puanın altı malnütrisyon varlığı olarak değerlendirilir (Sanchez-Rodriguez ve ark., 2020).

2.5.4. Malnütrisyon tedavisi

Malnütrisyon riski taşıyan ya da malnütrisyon tanısı konmuş yaşlı bireylerde beslenme desteğiyle tedavinin hedefi yeterli düzeyde protein, enerji, mikro-besin öğeleri ve sıvı sağlanmasıdır (Cederholm ve ark., 2017). Fonksiyon ve günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'nin mevcut düzeyde korunması ve olabildiğince geliştirilmesi, sağlıklı ve düzenli beslenme alışkanlığının kazandırılması, yaşam kalitesinin korunması ve olanak dahilinde artırılması, morbidite ile mortalitenin düşürülmesi temel hedeftir. Beslenme desteği; bedensel, ruhsal, sosyal ve fonksiyonel faktörleri kapsayan birleşik çok disiplinli bir tedavi planının unsurudur. Beslenme destek tedavisi planlanırken ilk basamak doğal yollarla alınan besinlerin desteklenmesi ve eksikliklerin kapatılması olmalıdır. Bu amaçla, malnütrisyonun desteklenmesi, ara öğünlerin güçlendirilmesi ve yemek ortamlarının düzenlenmesi gibi birçok etmen

dikkate alınmaktadır. Her şeye karşın doğal besin alımının yeterli olmadığı durumlarda, ağız yoluyla kullanılan hazır beslenme desteklerinin etkili olduğu bilimsel verilerle ortaya konmuştur (Bell ve ark., 2015).

2.6. Yaşlılarda Depresyon

2.6.1. Depresyon tanımı ve epidemiyolojisi

Depresyon, belirgin bir neden olmaksızın bireyin kendini sürekli olarak mutsuz, hüznü veya moral bozukluğu içinde hissetmesi, bununla birlikte yoğun bir iç sıkıntısı, değersizlik ve motivasyon kaybı gibi duyguların görülmesi, ayrıca düşünce, konuşma, hareket ve bazı fizyolojik işlevlerde yavaşlama ile seyreden, bireyin işlevlerini sekteye uğratan bir duygudurum bozukluğudur (Köroğlu, 2015). Depresyon, yaşlı bireylerde yaygın olarak görülmekte ve tedavi edilmediği takdirde yaşam kalitesini belirgin şekilde azaltmaktadır. Alexopoulos ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, yaşlı nüfusta depresyon oranının genç nüfusa oranla dörtte bir oranında daha az ve yaklaşık %1 olduğu saptanmıştır (Alexopoulos, 2001). Avrupa Depresyon Çalışması dâhilinde yürütülen 34 çalışmanın sonuçlarına göre, yaşlı bireylerde depresyon sıklığı %1,8 olarak tespit edilmiştir (Hybels, 2005). Türkiye’de yaşlı bireylerde klinik açıdan önemli depresyon semptomlarının görülme oranı %8-15 arasında değişirken, majör depresyon oranı %1-3 düzeyindedir (Tamam, 2001).

2.6.2. Yaşlılarda depresyonun önemi, etiyolojisi

İleri yaşlarda görülme oranı artan ve sıkça nüksedebilen bu hastalığın teşhisi ve tedavi süreci yaşlıların sağlık durumu açısından büyük önem arz eder (Göktaş ve Özkan, 2006).

Yaşlı bireylerde depresyon belirtileri klasik depresyon bulgularına kıyasla farklılık gösterebilir. Bu sebeple hem hasta yakınları hem de hekimler tarafından depresyon fark edilemeyebilir ve yaşlılığın doğal bir parçası olarak da değerlendirilebilir. Aynı zamanda depresyonda olan yaşlıların çoğunun bu umutsuz ruh halinden daha az yakınmaları, hastalıklarını fiziki belirtilerle ifade etmeleri ya da bu halin yaşla ilişkili olduğunu düşünmeleri gibi sebeplerle tanı konulmasında zorluklarla

karşılaşılmaktadır. İleri yaş grubunda depresyonun tedaviye yanıtı da farklılık gösterdiğinden, bu dönemde depresyon genellikle tanısı güç konan ve sıklıkla yetersiz tedavi edilen hastalıklar arasında yer alır (Sahin ve ark., 2012). Depresyon, teşhis edildiğinde etkili biçimde tedavi edilebilen bir hastalık olup, müdahale edilmediği takdirde bireysel fonksiyonlarda ve genel sağlığın durumunda kötüleşme, erken mortalite ve intihar ihtimalinin artması gibi ciddi sonuçları olan, uygun şekilde tedavi edildiğinde yaşam standardını artıran bir hastalıktır (Oğuzhanoğlu, 2003).

Yaşlılıkla birlikte depresif bozuklukların görülmesinde birçok faktör bir arada rol oynar. Fiziksel hastalıklar, sosyal izolasyon, kullanılan ilaçlar, ruhsal sorunlar ve biyolojik değişiklikler bu faktörlerden bazılarıdır. Yaşlılarda depresyonun nedenleri şu şekilde açıklanabilir;

Fiziksel hastalıklar; yaşlanmayla birlikte kalp damar hastalıkları ve kanser vakalarında artış gözlemlenir (Göktaş ve Özkan, 2006). Bu tarz hastalıkların varlığı, doğrudan ya da dolaylı yoldan depresyona sebep olabilir. Önceden bulunmayan bir sağlık durumunun tanı alması depresif bir atağı başlatabilir. Fiziksel hastalıklardaki ağrılar, bağımlılık hali ve günlük etkinliklerdeki azalma depresyona eğilimi yükseltir. Uyku bozuklukları ve süregelen ağrılar da depresif durumu etkileyebilir (Özmenler, 2001).

Nörobiyolojik faktörler; yaşlanma ile zihinsel işlevlerde meydana gelen azalma depresyona yol açmaktadır. Vasküler bozuklukların depresyon oluşumundaki payı oldukça büyüktür. İnme geçirmiş hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon da tespit edilmektedir (Göktaş ve Özkan, 2006; Özmenler, 2001; Tiemeier, 2003).

İlaçlar; farklı ilaçların kullanımı, yaşlı bireylerde en sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Birden fazla ilacın birlikte alınması, yan etkilerin artmasına, ilaçlar arası etkileşimlerin ve uyumun zorlaşmasına neden olabilir ve aynı zamanda davranışsal sorunlara neden olabilir. Ancak çok sayıda sağlık sorunu bulunan yaşlılarda ilaç kullanımındaki karmaşa çözülemeyebilir ve bu bireylerde etkili düşük doz ayarlamaları yapılabilir (Göktaş ve Özkan, 2006; Özmenler, 2001).

Psikolojik ve sosyal etkenler; bireyin cinsiyeti, evlilik durumu, ekonomik düzeyi, eğitim geçmişi, daha önce geçirilmiş depresyon atakları ve ailede depresyon

öyküsünün bulunması yaşlılık depresyonunda belirleyici risk etkenlerindendir (Tamam ve Öner, 2001; Göktaş ve Özkan, 2006; Özmenler, 2001). Önem verilen bir bireyin vefatı sonucu oluşan yas süreci, depresyonu başlatan temel etkenlerden biridir (Tamam ve Öner, 2001; Göktaş ve Özkan, 2006; Özmenler, 2001; Tiemeier, 2003). Önceden çalışan bireylerin yaşa bağlı olarak üretkenlikten çekilmesi, kişide değersizlik ve yetersizlik duygularını artırabilir. Yaşlı bir kişinin yine yaşlı bir bireye bakım vermesi, depresyonu harekete geçirebilir (Tiemeier, 2003).

Depresif bozuklukların patofizyolojik süreçlerinde hipotalamo-pitüiter-tiroid ve hipotalamo-pitüiter-adrenal sistemdeki değişimler yaşlılık depresyonunda da sık rastlanır. Özellikle hipotalamo-pitüiter-adrenal aks değişiklikleri yaşa karşı daha duyarlıdır. Santral sinir sisteminde hem yaşlılıkla hem de depresyonla birlikte dopamin, serotonin, norepinefrin düzeylerinde düşüş, monoamin oksidaz-B enzim aktivitesinde ise yükselme görülmektedir (Morley, 2003).

2.6.3. Depresyon tanı, klinik özellikler ve değerlendirmesi

Yaşlılık döneminde depresyonun saptanmasında kullanılmak üzere geliştirilen ve ülkemizde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan Geriatrik Mental Durum Çizelgesi, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) gibi ölçeklerden yararlanmak daha doğru olacaktır. GDÖ bu maksatla sıkça tercih edilen ölçme araçlarından olup, 30 sorudan oluşan uzun formuna ek olarak 15 soruluk kısa formu da vardır (Ertan ve ark., 1997).

Depresyonun tanısı DSM-5 tanı ölçütlerine dayanarak konur. En belirgin bulgular çökkün ruh hali ve isteksizliktir; bu ikisinden birinin ya da her ikisinin bulunması tanı açısından zorunludur. Diğer semptomlar arasında konsantrasyon düşüklüğü, ilgide azalma, motivasyon eksikliği, karamsarlık, hayata olumsuz bakış açısı, özgüven eksikliği, karar vermede zorluk, öz saygıda azalma, uykuda ve iştahta değişiklikler, somatik belirtiler, genel yaşam memnuniyetinde azalma, suçluluk hissi ve özkıyım girişimleri bulunmaktadır (Hisli, 1988). Ayrıca, depresyon tanısı almış kişilerde, dış görünüşte, konuşma biçiminde, düşünce yapısında, tutumlarda ve günlük yaşantıda belirgin farklılıklar gözlemlenebilir (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5, depresyon belirtileri arasında herhangi bir sınıflandırma

tanımlamamıştır. Depresyon semptomlarının bir kısmı sıradan üzüntüyle ilişkili işaretler olarak kabul edilebilirken, bazıları ise daha karmaşık biçimde depresyonun göstergeleri şeklinde yorumlanabilir. Bu doğrultuda, belirtilerin yansıttığı şiddete göre bir sınıflama yapılabilir. Bazı kaynaklara göre, psikomotor yavaşlık, değersizlik duygusu, psikotik düşünceler, intihara yönelik fikirler ve belirgin işlev kaybı gibi karmaşık belirtiler depresyonun göstergeleri olarak kabul edilirken; daha basit belirtiler arasında uyku sorunları, hüzün, iştah değişimleri, dikkat azalması ve halsizlik yer almaktadır (Vittengl, 2007). Belirtilerin en az iki hafta boyunca sürmesi, tanının konulmasında önemli bir koşuldur. Majör depresyon tanısı koyabilmek için A kısmındaki ölçütlerden 9 madde içerisinde en az 5'inin "belirgin şekilde mevcut" ve "sürekli" olması gereklidir.

Major depresif bozukluk için DSM V tanı kriterleri (Cankurtaran ve Cankurtaran, 2007)

A) İki haftalık bir zaman diliminde aşağıda sıralanan belirtilerden beşinin (veya daha fazlasının) varlığı söz konusudur:

1. Kendi ifadesiyle veya davranışsal gözlemlerle (örneğin, sık ağlamaklı bir hâl) belirtilen depresif duygudurum
2. Günün büyük bölümünde, neredeyse her gün, neredeyse tüm aktivitelerde gözle görülür ilgi veya haz kaybı
3. Diyet yapmaksızın belirgin kilo artışı ya da kaybı (örneğin, bir ay içinde vücut ağırlığının %5'inden fazla değişim) veya iştahta bariz artış ya da azalma
4. Neredeyse her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma
5. Neredeyse her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
6. Neredeyse her gün enerji eksikliği ya da bitkinlik
7. Neredeyse her gün kendini değersiz hissetme ya da aşırı/yersiz suçluluk duyguları
8. Neredeyse her gün düşünme yetisinde ya da odaklanmada zayıflama veya kararsızlık hali

9. Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar planına sahip olma

B) Belirtiler, kişinin belirgin bir sıkıntı yaşamasına veya toplumsal ilişkilerde, mesleki yaşamda ya da diğer önemli işlevsel alanlarda bozulmaya yol açar.

C) Bu tablo, bir maddenin biyolojik etkilerine ya da başka bir tıbbi duruma atfedilemez.

D) Majör depresif epizodun ortaya çıkışı, şizoaftif bozukluk, şizofreni, şizofreniform sendrom, sanrısız bozukluk ya da diğer tanımlanmış/tanımlanmamış şizofreni spektrumundaki veya psikotik bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E) Bireyde hiçbir zaman manik atak ya da hipomanik bir evre yaşanmamıştır.

2.6.4. Depresyona ilk basamakta tedavi yaklaşımı

Yaşlı bireylerde depresyon, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sık rastlanan bir durumdur. Bu sebeple, özellikle birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlılarda depresyonu tanıyabilmeleri ve etkin şekilde müdahale edebilmeleri büyük önem arz eder (Karaoğlu, 2019).

Depresyon tedavisinde vazgeçilmez adım, hasta ve ailesiyle birlikte uyum içinde sürdürülen bir tedavi yaklaşımıdır. Eğer hasta ve yakın çevresi hastalığın tekrarlayabileceğini bilirse, olası bir atağın belirtilerini fark ettiklerinde ve bu belirtiler bir haftayı aşarsa, müdahale gerektiğini anlamalıdır (Pazvantoğlu ve ark., 2004). Bu popülasyon için depresyonun tedavi yöntemleri arasında; ilaçla tedavi (farmakoterapi), psikoterapi, elektrokonvülsif tedavi ve sosyal destek ön plana çıkar (Göktaş ve Özkan, 2006).

Bireysel farklılıklar esas alınarak depresyon tedavisi planlanmalı ve ilaç tercihi hastanın kendine özgü özellikleri dikkate alınarak yapılmalıdır. Başlanan ilaç, en az altı hafta süreyle verilmelidir; ilk üç hafta boyunca en yüksek tolere edilen etkili dozda kullanılmalıdır. Bu süreçte yan etkiler hesaba katılarak, zorunlu olmadıkça ilaç değişimi yapılmamalıdır. Altı haftanın sonunda yeterli yanıt alınamazsa, başka bir farmakolojik gruba geçilmesi uygundur (Greden, 1993). Tedaviden istenen sonuç

alınamazsa, ilaç dozları kademeli olarak artırılabilir. Hedeflenen düzelme sağlandıktan sonra, genellikle 6 ay ile 1 yıl arasında aynı dozla tedaviye devam edilir. Bazı durumlarda, tekrarlayan depresyon ataklarını önlemek amacıyla, etkili olan ilacın ömür boyu kullanılması tavsiye edilebilir (Keller, 1984; Arroll ve ark., 2009).

Depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlar arasında; trisiklik antidepresanlar, Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) grubu ilaçlar ve diğer antidepresif ajanlar yer alabilir. İleri yaş grubunda sık karşılaşılan folik asit ve B12 eksiklikleri varsa, bu durumların da eş zamanlı olarak tedavi edilmesi değerlendirilmelidir. Bu destekleyici tedaviler uygulanmadan depresyon tedavisinin etkinliği sağlanamayacaktır (Tiemeier, 2003). Psikoterapi, ilaç tedavisiyle birlikte yaşlı hastalar için göz ardı edilmemesi gereken bir yöntemdir. Kişiler arası terapi ve bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, yaşla beraber değişen koşullara göre düzenlendiğinde olumlu etkiler yaratabilir. Tüm bu tedaviler sosyal destekle pekiştirilirken, aile desteği de sürece önemli katkı sunar (Göktaş ve Özkan, 2006).

SSRI grubu ilaçlar, duygu durumu üzerinde olumlu etkilerini gösterebilmek için çoğunlukla 3 ile 6 haftalık bir kullanım süresine ihtiyaç duyar. Bu nedenle doz değişiklikleri, ayda bir defa olacak şekilde düzenlenmelidir. Cinsel işlev sorunları, kilo artışı, mide-bağırsak rahatsızlıkları, bitkinlik ve gerginlik gibi yan etkiler oluşabilir. Bu gruptaki ilaçların etkileşim düzeyi genellikle düşüktür. Bu grupta yer alan ilaçlar arasında sitalopram, essitalopram, fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin ve sertralin bulunmaktadır. Sitalopram, bu grup içerisinde en yaygın şekilde kullanılan SSRI ilacıdır (Stahl, 1998). Seçici Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri (SNRI), düşük dozlarda serotonerjik, yüksek dozlarda ise noradrenerjik sistemler üzerinde etki gösterir. Bu ilaçların yan etki özellikleri, genel anlamda SSRI grubuyla benzerlik gösterir. SSRI kullanımının yetersiz kaldığı olgularda kullanılmaları uygun olabilir. Gruba ait ilaçlar arasında venlafaksin, duloksetin ve milnasipram bulunmaktadır. Böbrek fonksiyon bozukluklarında, atılım yolunun böbrek olması nedeniyle dikkatli uygulanmalıdır (Stahl, 2005). Trisiklik Antidepresanlar (TAD), hem serotonerjik hem de noradrenerjik sistemler aracılığıyla etki gösterir. Bu ilaçlar, depresyonu etkili şekilde tedavi edebilse de, antikolinerjik etkilerinden dolayı sedasyon, ağız kuruluğu,

göz kuruluğu, idrar yapmada güçlük, kilo artışı ve cinsel işlev bozuklukları gibi yan etkiler ortaya çıkabilir. Bu gruba ait ilaçlara amitriptilin, klomipramin ve maprotilin örnek verilebilir. Obsesif kompulsif bozukluk ve uyku sorunları yaşayan hastalarda kullanılabilirler, ancak nöbet eğiğini düşürme riski taşırlar (Yalçın ve Öztürk, 2016).

Birinci basamak hekimi, hastasında intihar eğilimi, psikotik bulgular, işlevsellikte belirgin azalma, sosyal destek yoksunluğu, bipolar bozukluk şüphesi ya da tanısı, tedavi veya yönetim konusunda kendini yetersiz hissetmesi, yeterli süre ve dozda iki ayrı tedaviye rağmen yanıt alınamaması, hastanın psikiyatri hizmeti istemesi, ağır depresif epizot, uzamış yas süreci, psikiyatrik ya da fiziksel ek hastalıkların varlığı gibi durumlarda hastayı psikiyatri uzmanına yönlendirmelidir (Yüksel, 2006).

2.7. Yaşlılıkta Günlük Yaşam Aktiviteleri

Yaşlı bireylerde işlevsellik, günlük yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan alışveriş, beslenme, kişisel temizlik ve sosyal yaşam gibi faaliyetleri başka bir kişiden yardım almaksızın gerçekleştirebilme yetisidir (Kayıhan, 2007). GYA iki ana başlıkta; temel ve yardımcı olarak sınıflandırılmaktadır. Temel GYA'lar, yaşlının düzenli olarak yerine getirmesi gereken kişisel bakım işlevlerini (örneğin hareket etmek, yemek yemek) kapsar. Yardımcı aktiviteler ise, yaşlının yaşamını bağımsız sürdürebilmesi adına gerçekleştirmesi gereken görevlerdir (örneğin yemek hazırlama, finansal işlemler, ulaşım sağlama vb) (Yazıcı ve Kalaycı, 2015). Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yaşanan zorluklar, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. 65 yaş üzeri bireylerde, GYA'nın bir ya da daha fazlasında dış desteğe ihtiyaç duyulmakta; 65-69 yaş aralığında bu oran yaklaşık %10 düzeyinde destek talebi olarak görülürken, 85 yaş ve üzerindekilerde bu oran %47 civarına ulaşmaktadır (King ve ark., 2002).

2.8. Yaşlılarda Malnutrisyon, Depresyon Ve Günlük Yaşam Aktivitesi İlişkisi

Yaşlılık döneminde bireylerin başkalarına olan bağımlılık oranı artmaktadır. Genellikle yaşlılar GYA'yi gerçekleştirirken desteklenmeye gereksinim duyarlar. Bu destek aile yapısı içinde karşılanır. Fakat sanayileşmenin ve şehirselleşmenin yaygınlaşmasıyla aile birimi küçülmekte ve yaşlının aile ortamında bakımı da zor bir hâl almaktadır (Akgün ve ark. 2004). Yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçları

karşılanmadığında beslenme durumlarında da olumsuzluklar gözlemlenebilir. Mevcut araştırmalar, günlük yaşam aktivitelerine olan bağlılık oranı ile malnütrisyon riski arasındaki ilişkinin önemine işaret etmektedir. (Chen ve ark., 2001; Cereda ve ark., 2008; Chan ve ark., 2010).

Beslenme, yalnızca fiziksel hastalıklar için değil, psikolojik rahatsızlıklar açısından da oldukça önemlidir (Holford, 2003). Yapılan araştırmalar, depresyonun meyve-sebze azlığı, öğün düzenindeki bozulmalar ve vitamin-mineral yetersizliği gibi unsurlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Harbottle, 2011). Geriatrik depresyon, bireyin beslenmesini etkileyebileceği gibi, beslenme biçimi de depresyonu şekillendirebilir. Özellikle yaşlılık döneminde beslenme alışkanlıklarında meydana gelen değişimler, gıda tüketimindeki azalmalar ve besin öğelerinin biyoyararlılığındaki düşüşler dikkate alındığında, geriatrik depresyonun genç yaşlardaki depresyona kıyasla daha fazla etkilendiği ifade edilebilir (Saka ve Özkulluk, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, bir eğitim aile sağlığı merkezine başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların malnütrisyon durumlarının değerlendirilmesi, depresyon düzeyi ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız, 01.11.2024-31.03.2025 tarihleri içerisinde Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi eğitim aile sağlığı merkezine başvuran kişiler ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evreni, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi eğitim aile sağlığı merkezine başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bu çalışma, belirli bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup çalışma süresi boyunca maksimum katılımcı sayısına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma dönemi boyunca eğitim aile sağlığı merkezine 65 yaş ve üzeri toplam 443 kişi başvurmuş olup bunlar içinden soruları cevaplayacak bilinç düzeyi ve iletişim yeteneğine sahip olan 220 katılımcı davet edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde kişisel bilgi formu, ikinci bölümünde antropometrik ölçümler, üçüncü bölümünde beslenme durumlarını belirlemek için MNA ölçeği, dördüncü bölümünde ruhsal belirtilerini taramak amacıyla GDS ölçeği ve beşinci bölümde günlük yaşam aktivitelerini ölçmek için Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu uygulandı.

Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzey algısı vb. sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı ve ayrıca kronik hastalıkları, varsa kullandığı ilaçlar gibi sağlık geçmişleri ile ilgili verilerin topladığı anket formudur.

Antropometrik Değerlendirme Formu

Katılımcıların boy, kilo, baldır ve kol çevresi vb. antropometrik verilerinin kayıt altına alındığı bilgi formudur.

Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA)

MNA toplamda 18 maddelik 4 ayrı kısımdan meydana gelmektedir; antropometrik inceleme; yetersiz beslenmenin fiziksel belirtilerinin saptanması amacıyla boy uzunluğu, vücut ağırlığı, kol çevresi, baldır çevresi ölçülmekte ve beden kitle indeksi hesaplanmaktadır, genel klinik değerlendirme; depresyon ve demans durumlarının sorgulanması, kısa beslenme durumu incelemesi; besin ve sıvı tüketimi ile beslenebilme düzeyinin değerlendirilmesi, kişinin kendi sağlık durumu ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin algısı. Uygulaması ortalama 10-15 dakika süren pratik bir yöntemdir. MNA toplam puanına göre; 24 ve üzeri normal, 17-23,5 aralığı yetersiz beslenme açısından riskli ve 17 puanın altı malnütrisyon varlığı olarak değerlendirilir (Sanchez-Rodriguez ve ark., 2020).

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDS)

GDS; Yesavage ve arkadaşları tarafından (1983) yaşlı popülasyonu için oluşturulmuş 30 soruluk bir ölçektir. Ülkemiz için geçerlik güvenirliği Ertan ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır (Ertan, T. Ve ark., 1997). Bazı sorulara verilen evet yanıtları 0, hayır yanıtları 1 olarak kodlanırken, bazı sorularda kodlama ters yöndedir. Elde edilen toplam puan “depresyon puanı”nı ifade eder. Bu puanın yükselmesi (olası) depresyon varlığına işaret eder. Toplam puan 0–30 arasında olabilir. Çalışmamızda GDÖ’den 0–10,9 puan alanlar “normal”, 11–13,9 puan alanlar “orta depresif yakınmaları olanlar”, 14 puan ve üzeri alanlar “depresif yakınmaları olanlar” olarak sınıflandırılmışlardır. Lojistik regresyon analizi yapılacağı zaman “orta depresif

yakınmaları olanlar”, ve “depresif yakınmaları olanlar” grupları birleştirilmiş ve “depresif yakınmaları olanlar” olarak sınıflandırılmışlardır.

Lawton Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu (EGYA)

Lawton ve Brody (1969) tarafından geliştirilen bu ölçekte telefon kullanımı, ev işlerini yapabilme, kendi ilacını içebilme, alışveriş yapabilme, yemek hazırlayabilme, çamaşır yıkayabilme, toplu taşıma araçlarına binebilme ve parasını idare edebilme becerileri sorulur. Ölçek orijinal formunda iki derecelendirme noktasına sahip (0=“Bağımlı”, 1=“Bağımsız”) kadın ve erkekler için iki farklı form şeklinde geliştirilse de (yemek hazırlayabilme, çamaşır yıkayabilme ve ev işlerini yapabilme soruları sadece kadın katılımcılar için değerlendirilmektedir) daha sonra yapılan araştırmalarda revize edilerek cinsiyet ayrımı ortadan kaldırılmış, kadın ve erkekler için aynı formun olduğu tek bir ölçeğe dönüştürülmüştür (Graf, 2008; Tong ve Man, 2002). Toplam 8 maddeden oluşan söz konusu bu ölçek 0-1, 1-3, ya da 1-5 likert tipi olmak üzere farklı şekillerde değerlendirilebilmektedir (Cromwell ve ark., 2003; Vittengl ve ark., 2006). Bu araştırmada yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa en fazla 4 puan, hiç yapamıyorsa 0 puan verilerek değerlendirme yapılmıştır. EGYA'da 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-23 puan bağımsız olarak değerlendirilmiştir.

Anket formu Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği bünyesinde hizmet veren eğitim aile sağlığı merkezlerinde pilot olarak uygulanmıştır. Anketin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği ile ilgili sorunlar giderildikten sonra, nihai hali verilmiştir. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

3.5.Verilerin Analizi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, SPSS v.27 istatistik yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini belirlemek amacıyla yüzdelik dağılımlar hesaplanmış; sürekli değişkenlere ilişkin merkezi eğilim (ortalama, ortanca) ve dağılım ölçütleri (standart sapma, 1. ve 3. çeyrek değerleri) değerlendirilmiştir.

İleri düzey analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi, %95 güven aralığı esas alınarak $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farkları incelemek amacıyla Pearson Ki-kare ve Fisher'in Kesin Ki-kare testlerinden yararlanılmıştır. Ki-kare analizlerinde anlamlı farklılık saptanması durumunda, bu farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere ikili karşılaştırmalar yapılmış; çoklu karşılaştırmalarda Tip I hata riskini azaltmak adına Bonferroni düzeltmesi uygulanarak anlamlılık düzeyi yeniden tanımlanmıştır.

Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerde iki grup arasındaki farkı değerlendirmek için Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi tercih edilmiştir. Kruskal-Wallis testi sonrasında anlamlı bir fark bulunması halinde, gruplar arası farkın kaynağını belirlemek için Mann-Whitney U testi ile ikili analizler gerçekleştirilmiş ve yine Bonferroni düzeltmesi yapılarak anlamlılık sınırları güncellenmiştir.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla, dağılım uygunluğu göz önünde bulundurularak Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

3.6.Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışma kesitsel yöntemle yürütülmüş olup, bulgular nedensellik açısından yorumlanamaz. Araştırmanın örnekleme, tek bir sağlık kuruluşuna başvuran 65 yaş ve üzeri bireylerden oluştuğu için sonuçların genellenmesi sınırlıdır. Veriler öz-bildirim yoluyla elde edildiğinden, yanıtların doğruluğu beyan yanlışlığı nedeniyle etkilenmiş olabilir. Ayrıca, klinik verilerin doğrulanmasında bazı kısıtlar mevcuttur. Örneklem büyüklüğünün bazı alt gruplarda yetersiz olması da istatistiksel analizleri sınırlamıştır. Bu nedenle, daha kapsamlı ve uzun süreli çalışmaların yapılması önerilmektedir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.09.2024 tarihinde vermiş olduğu E-43012747-050.04-399610-45 sayılı onayı ile gerçekleştirilmiştir.

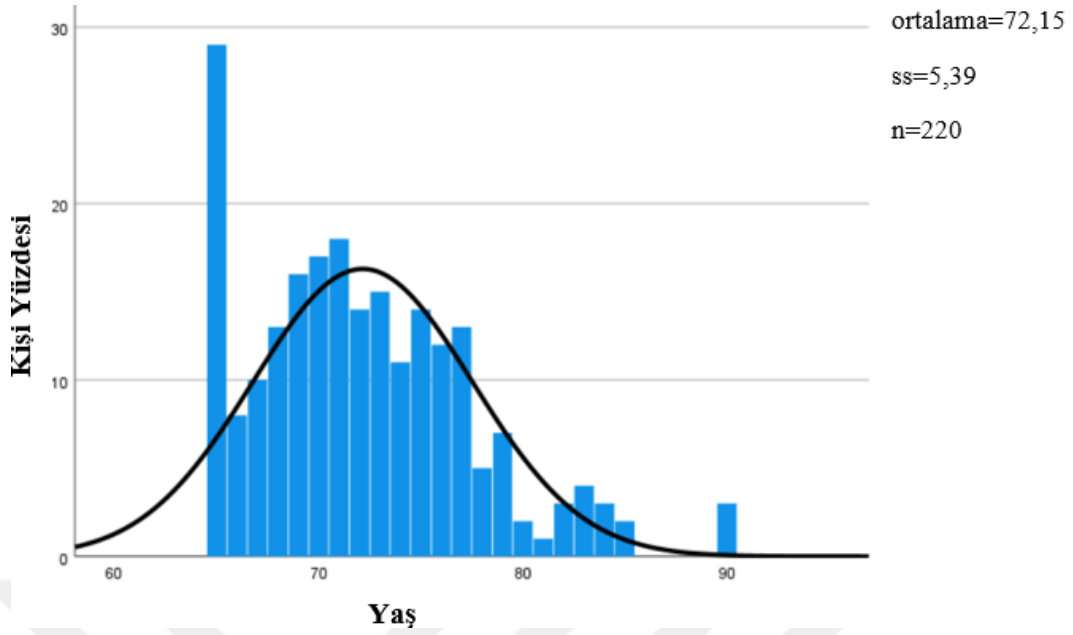
4. BULGULAR

Katılımcıların %53,6'sı (n=118) kadın, 46,4'ü (n=102) erkek hastalardan oluşmakta olup cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi belirli sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.1'de sunulmuştur. Yaş ortalamaları $72,15 \pm 5,39$ Standart Sapma (SS) yıl olarak belirlenen katılımcıların yaş dağılımı Şekil 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri

Özellik (n=220)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	118	53,6
Erkek	102	46,4
Yaş		
Ortalama $\pm$ ss=72,15 $\pm$ 5,39 Ortanca=71,00 En küçük=65,00 En büyük =90,00		
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	20	9,1
Okuryazar	14	6,4
İlkokul	110	50,0
Ortaokul	26	11,8
Lise	26	11,8
Üniversite	21	9,5
Yükseklisans/doktora	3	1,4
Medeni durum		
Evli	137	62,2
Bekar	2	0,9
Boşanmış	1	0,5
Dul	80	36,4
Gelir düzeyi algısı		
Düşük	62	28,2
Orta	125	56,8
Yüksek	33	15,0
Birlikte yaşama durumu		
Tek başına	47	21,4
Kendi ailesi ile	163	74,1
Geniş aile ile	9	4,1
Arkadaşlar ile	1	0,4
Yaşadığı yer		
İl merkezi	74	33,6
İlçe	134	60,9
Köy	12	5,5

SS: Standart Sapma



Şekil 4.1. Araştırmaya katılan bireylerin yaş dağılımı

Araştırmaya katılan bireylerin tıbbi özgeçmişleri ve bazı alışkanlıkları Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcıların %93,6’sının (n=206) kronik hastalığı olup %92,7’si (n=204) düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %15,9’u (n=35) psikolojik rahatsızlığı olduğunu belirtmiş olup en sık belirtilen psikolojik rahatsızlık depresyondur. Katılımcıların %59,1’i (n=130) hiç sigara içmediğini belirtirken, %24,5’i (n=54) içip bıraktığını ve %16,4’ü (n=36) halen içtiğini belirtmiştir. Katılımcıların %88,2’si (n=194) hiç alkol içmediğini belirtmiştir. Katılımcıların %70,0’i (n=154) hastalığı nedeniyle uyması gereken bir diyeti olduğunu belirtirken %42,9’ü (n=66) verilen diyetle uyduğunu ifade etmiştir.

Katılımcıların %44,1’i (n=97) fiziksel aktivite yapmaktadır. Fiziksel aktivite yaptığını belirtenlerin en sık yaptığı aktivite yürüyüşdür (%93,8; n=91) ve yaklaşık yarısının egzersiz süresi (%49,5; n=48) 30-59 dakika arasındadır.

Katılımcıların %10,9’nda (n=24) kalıcı hasar bırakan travma öyküsü ve %15,9’unda (n=35) majör operasyon öyküsü vardır. Katılımcıların %98,6’sı (n=217) kendi başına beslenmekte iken %1,4’ü (n=3) ek besin takviyesi kullanmaktadır. Katılımcıların yaklaşık yarısında (%48,2; n=106) ağız-diş problemi vardır.

Tablo 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin tıbbi özgeçmişleri ve bazı alışkanlıkları

Özellik (n=220)	n	%
Kronik hastalık varlığı		
Yok	14	6,4
Var	206	93,6
Düzenli ilaç kullanım durumu		
Yok	16	7,3
Var	204	92,7
Psikolojik rahatsızlık durumu		
Yok	185	84,1
Var	35	15,9
Sigara içme durumu		
Hiç içmeyen	130	59,1
İçip bırakan	54	24,5
Halen içen	36	16,4
Alkol içme durumu		
Hiç içmeyen	194	88,2
İçip bırakan	19	8,6
Halen içen	7	3,2
Hastalık nedeniyle uyulması gereken diyet varlığı		
Yok	66	30,0
Var	154	70,0
Diyete uyan	88	57,1
Diyete uymayan	66	42,9
Fiziksel aktivite yapma durumu		
Yapmayan	123	55,9
Yapan	97	44,1
Egzersiz tipi		
Yürüyüş	91	93,8
Bisiklet	3	3,2
Jimnastik	1	1,0
Pilates	1	1,0
Belirtilmemiş	1	1,0
Egzersiz süresi (günde)		
30 dakikadan az	18	18,5
30-59 dakika	48	49,5
60 dakika ve üzeri	31	32,0
Kalıcı hasar bırakan travma öyküsü		
Var	24	10,9
Yok	196	89,1
Majör operasyon öyküsü		
Var	35	15,9
Yok	185	84,1
Beslenmesini sağlama şekli		
Kendi başına	217	98,6
Bakıcının aralıklı yardımı ile	1	0,5
Sürekli bakıcı tarafından	2	0,9
Ek besin (oral mama) takviyesi kullanma durumu		
Kullanan	3	1,4
Kullanmayan	217	98,6
Ağız ve/veya dış problemi varlığı		
Var	106	48,2
Yok	114	51,8

SS: Standart Sapma

Araştırmaya katılan bireylerin bazı antropometrik ölçüm değerleri Tablo 4.3'te verilmiştir. Katılımcıların boy ortalaması $162,94 \pm 9,97$ SS cm, vücut ağırlığı ortalaması $77,61 \pm 15,70$ SS kg, BKİ ortalaması $29,30 \pm 5,74$ SS kg/m², kol çevresi ortalaması $29,21 \pm 5,81$ SS cm ve baldır çevresi ortalaması $36,28 \pm 5,86$ SS cm'dir.

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin bazı antropometrik ölçüm değerleri

Antropometrik ölçümler (n=220)	
Boy (cm)	Ortalama $\pm$ ss= $162,94 \pm 9,97$ SS
	Ortanca= $163,50$ En küçük= $141,00$ En büyük = $190,00$
Vücut ağırlığı (kg)	Ortalama $\pm$ ss= $77,61 \pm 15,70$ SS
	Ortanca= $77,00$ En küçük= $45,00$ En büyük = $196,00$
BKİ (kg/m²)	Ortalama $\pm$ ss= $29,30 \pm 5,74$ SS
	Ortanca= $29,25$ En küçük= $16,10$ En büyük = $67,80$
Kol çevresi (cm)	Ortalama $\pm$ ss= $29,21 \pm 5,81$ SS
	Ortanca= $28,00$ En küçük= $20,00$ En büyük = $90,00$
Baldır çevresi (cm)	Ortalama $\pm$ ss= $36,28 \pm 5,86$ SS
	Ortanca= $35,00$ En küçük= $25,00$ En büyük = $67,00$

SS: Standart Sapma

Araştırmaya katılan bireylerin MNA testi tarama sorularına verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. "Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında azalma oldu mu?" sorusuna katılımcıların %85,9'u (n=189) besin alımında düşüş olmadığı yanıtını vermiştir.

Katılımcıların %65,5'i (n=144) son üç ayda içinde kilo kaybı olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %97,2'si (n=214) evden dışarı çıkabilmektedir. "Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu" sorusuna katılımcıların yaklaşık beşte biri (%20,5; n=45) "evet" yanıtını vermiştir. Katılımcıların %53,6'sı (n=118) hiçbir psikolojik problemi olmadığını belirtirken; %45,0'i (n=99) hafif düzeyde bunama olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %90,9'unun (n=200) BKİ 23 ve üzeri olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların MNA testi tarama puanı ortalaması $12,22 \pm 1,80$ puan olup %29,1'i (n=64) malnütrisyon riski altındadır.

Tablo 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi – Tarama sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

Tarama (n=220)	n	%
Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında azalma olma durumu		
Besin alımında şiddetli düşüş (0 puan)	1	0,5
Besin alımında orta derece düşüş (1 puan)	30	13,6
Besin alımında düşüş yok (2 puan)	189	85,9
Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu		
3 kg'dan fazla kilo kaybı (0 puan)	13	5,9
Bilinmiyor (1 puan)	24	10,9
1-3 kg arasında kilo kaybı (2 puan)	39	17,7
Kilo kaybı yok (3 puan)	144	65,5
Hareketlilik		
Yatak veya sandalyeye bağımlı (0 puan)	1	0,5
Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor (1 puan)	5	2,3
Evden dışarı çıkabiliyor (2 puan)	214	97,2
Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti olma durumu		
Evet (0 puan)	45	20,5
Hayır (2 puan)	175	79,5
Nöropsikolojik problemler		
Ciddi bunama veya depresyon (0 puan)	3	1,4
Hafif düzeyde bunama (1 puan)	99	45,0
Hiçbir psikolojik problem yok (2 puan)	118	53,6
Vücut Kitle İndeksi (VKİ)		
VKİ 19'dan az (0 puan)	2	0,9
VKİ 19'la 21 arası (1 puan)	6	2,7
VKİ 21'le 23 arası (2 puan)	12	5,5
VKİ 23 ve üzeri (3 puan)	200	90,9
MNA- SF Tarama Testi puanı		
Ortalama $\pm$ ss=12,22 $\pm$ 1,80 SS Ortanca=13,00 En küçük=6,00 En büyük =14,00		
Tarama puanı (Toplam 14 puan)		
12-14 puan (Normal nutrisyonel durum)	151	68,6
8-11 puan (Malnutrisyon riski altında)	64	29,1
0-7 puan (Malnutrisyonlu)	5	2,3

SS: Standart Sapma

Araştırmaya katılan bireylerin MNA testi değerlendirme sorularına verdikleri yanıtların dağılımı ve toplam test puanı değerlendirmesi Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi – Değerlendirme sorularına verdikleri yanıtların dağılımı ve toplam test puanı değerlendirmesi

Değerlendirme (n=220)	n	%
Bağımsız yaşama durumu		
Evet (1 puan)	217	98,6
Hayır (0 puan)	3	1,4
Günde üç adetten fazla reçeteli ilaç alma durumu		
Alıyor (0 puan)	134	60,9
Almıyor (1 puan)	86	39,1
Bası yarası veya deri ülseri varlığı		
Var (0 puan)	4	1,8
Yok (1 puan)	216	98,2
Günlük öğün sayısı		
1 öğün (0 puan)	1	0,5
2 öğün (1 puan)	133	60,5
3 öğün (2 puan)	86	39,0
Protein alımı için seçilen besinler *		
Günde en az bir porsiyon süt ürünü tüketme durumu		
Evet	206	93,6
Hayır	14	6,4
Haftada iki veya daha fazla kurubaklagil veya yumurta tüketme durumu		
Evet	209	95,0
Hayır	11	5,0
Her gün et, balık veya beyaz et tüketme durumu		
Evet	121	55,0
Hayır	99	45,0
Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketim durumu		
Evet (1 puan)	47	21,4
Hayır (0 puan)	173	78,6
Günlük tüketilen sıvı miktarı		
3 bardaktan az (0 puan)	33	15,0
3-5 bardak (0,5 puan)	64	29,1
5 bardaktan fazla (1 puan)	123	55,9
Yemek yeme şekli		
Yardımsız yemek yiyemiyor (0 puan)	3	1,4
Güçlkle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor (1 puan)	1	0,5
Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor (2 puan)	216	98,1
Beslenme durumu ile ilgili bireyin kendi görüşü		
Kötü beslendiğini düşünüyor (0 puan)	10	4,5
Kararsız (1 puan)	29	13,2
Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor (2 puan)	181	82,3
Yaşlıları ile kıyaslandığında sağlık durumu hakkındaki düşüncesi		
İyi değil (0 puan)	11	5,0
Bilmiyor (0,5 puan)	19	8,6
İyi (1 puan)	127	57,8
Çok iyi (2 puan)	63	28,6
Kol çevresi (cm)		
21'den az (0 puan)	1	0,5
21-22 (0,5 puan)	7	3,2
22 veya daha fazla (1 puan)	212	96,3
Baldır çevresi (cm)		
31 cm'den daha az (0 puan)	21	9,5
31 cm veya daha fazla (1 puan)	199	90,5
MNA- SF Değerlendirme Testi puanı		
Ortalama±ss=12,79±1,55 SS Ortanca=13,00 En küçük=8,00 En büyük =16,00		
MNA-SF Toplam Test Puanı		
Ortalama±ss=25,01±2,70 SS Ortanca=25,50 En küçük=17,00 En büyük =30,00		
Malnutrisyon gösterge puanı		
Normal nutrisyonel durum (24-30 puan)	156	70,9
Malnutrisyon riski altında (17-23,5 puan)	64	29,1
Malnutrisyonlu (17 puandan aşağı)	-	-

SS: Standart Sapma *Evet sayısı; 0 veya 1 ise 0 puan, 2 ise 0,5 puan, 3 ise 1 puan verilmektedir.

Katılımcıların %98,6'sı (n=217) bağımsız yaşamakta, %60,9'u (n=134) günde üç adetten fazla reçeteli ilaç almakta, %1,8'inde (n=4) bası yarası veya deri ülseri bulunmakta, %39,0'u (n=86) günde üç öğün besin tüketmektedir. Katılımcıların %93,6'sı (n=206) günde en az bir porsiyon süt ürünü tüketmekte, %95,0'i (n=209) haftada iki veya daha fazla kurubaklagil/yumurta tüketmekte ve %55,0'i (n=121) her gün kırmızı et, et, balık veya beyaz et tüketmektedir. Katılımcıların yaklaşık beşte biri %21,4'ü (n=47) her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketmektedir. Katılımcıların %55,9'u (n=123) günde beş bardaktan fazla sıvı tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %98,1'i (n=216) yemeğini sorunsuz bir şekilde kendi kendine yerken; %82,3'ü (n=181) kendisini beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görmektedir. Katılımcıların yarısından fazlası (%57,8, n=127) yaşlıları ile kıyaslandığında sağlık durumunu iyi olarak nitelendirmektedir. Katılımcıların %96,3'ünün (n=212) kol çevresi 22 cm veya daha fazla iken; %90,5'inin (n=199) baldır çevresi 31 cm veya daha fazladır. Katılımcıların MNA testi değerlendirme sorularından aldıkları puan ortalaması $12,79 \pm 1,55$ SS puan ve MNA testi toplam puan ortalaması $25,01 \pm 2,70$ SS puandır. Malnutrisyon toplam değerlendirme puanına göre katılımcıların %29,1'i (n=64) malnutrisyon riski altındadır.

Katılımcıların %12,3'ü (n=27) yaşamından temelde memnun olmadığını, %72,3'ü (n=159) kişisel etkinlik ve ilgi alanlarının çoğunu halen sürdüremediğini, %7,3'ü (n=16) hayatın anlamsız olduğunu düşündüğünü, %35,5'i (n=78) sıklıkla canının sıkıldığını, %16,4'ü (n=36) gelecekte umutsuz olduğunu, %65,9'u (n=145) kafasından atamadığı düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğu anlar olduğunu, %15,0'i (n=33) genellikle keyfinin yerinde olmadığını, %15,5'i (n=34) başına kötü bir şey geleceğinden korktuğunu, %18,6'sı (n=41) kendisini çoğu zaman mutlu hissetmediğini, %17,7'si (n=39) kendisini sıklıkla çaresiz hissettiğini, %8,6'sı (n=19) sıklıkla huzursuz ve yerinde duramayan biri olduğunu, %46,4'ü (n=102) dışarı çıkmak yerine evde kalmayı tercih ettiğini, %21,4'ü (n=47) sıklıkla gelecekte endişe duyduğunu, %64,5'i (n=142) hafızasının çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissettiğini, %8,2'si (n=18) hayatta olmanın güzel bir şey olduğunu düşünmediğini, %20,5'i (n=45) sıklıkla kederli ve hüznü hissettiğini, %3,6'sı (n=8) kendisini şu anki hali ile değersiz hissettiğini, %35,5'i (n=78) geçmişle ilgili olarak çokça üzüldüğünü, %22,7'si (n=50) yaşamı zevkli ve heyecan verici bulmadığını, %36,4'ü

(n=80) kendisi için yeni projelere başlamanın zor olduğunu, %42,3'ü (n=93) kendisini enerji dolu hissetmediğini, %17,7'si (n=39) çözümsüz bir durum içerisinde bulunduğunu düşünmekte olduğunu, %37,7'si (n=83) çoğu kişinin kendisinden iyi durumda olduğunu düşündüğünü, %40,5'i (n=89) sıklıkla küçük şeylerden dolayı üzüldüğünü, %22,7'si (n=50) sıklıkla kendisini ağlayacakmış gibi hissettiğini, %54,1'i (n=119) dikkatini toplamakta güçlük çektiğini, %6,4'ü (n=14) sabahları güne başlamaktan hoşlanmadığını, %13,6'sı (n=30) sosyal toplantılara katılmaktan kaçındığını, %36,8'i (n=81) kendisi için karar vermenin kolay olmadığını ve %66,4'ü (n=146) zihninin eskisi kadar berrak olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne (GDÖ) verdikleri yanıtların dağılımı

Ölçek maddeleri (n=220)	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Yaşamından temelde memnun olma durumu	193	87,7	27	12,3
Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarının çoğunu sürdürme durumu	61	27,7	159	72,3
Hayatın anlamsız olduğunu düşünme durumu	16	7,3	204	92,7
Sık sık canının sıkılma durumu	78	35,5	142	64,5
Gelecekte umutsuz olma durumu	36	16,4	184	83,6
Kafasından atamadığı düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyma durumu	145	65,9	75	34,1
Keyfinin yerinde olma durumu	187	85,0	33	15,0
Başına kötü birşey geleceğinden korkma durumu	34	15,5	186	84,5
Kendisini çoğu zaman mutlu hissetme durumu	179	81,4	41	18,6
Kendisini sıklıkla çaresiz hissetme durumu	39	17,7	181	82,3
Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramama halinin varlığı	19	8,6	201	91,4
Dışarı çıkmak yerine evde kalmayı tercih etme durumu	102	46,4	118	53,6
Sıklıkla gelecekte endişe duyma durumu	47	21,4	173	78,6
Hafızasının çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissetme durumu	142	64,5	78	35,5
Hayatta olmanın güzel bir şey olduğunu düşünme durumu	202	91,8	18	8,2
Sıklıkla kederli ve hüzünlü hissetme durumu	45	20,5	175	79,5
Kendisini şu anki hali ile değersiz hissetme durumu	8	3,6	212	96,4
Geçmişle ilgili olarak çokça üzülmeye durumu	78	35,5	142	64,5
Yaşamı zevkli ve heyecan verici bulma durumu	170	77,3	50	22,7
Kendisi için yeni projelere başlamanın zor olma durumu	80	36,4	140	63,6
Kendisini enerji dolu hissetme durumu	127	57,7	93	42,3
Çözümsüz bir durum içerisinde bulunduğunu düşünme durumu	39	17,7	181	82,3
Çoğu kişinin kendisinden iyi durumda olduğunu düşünme durumu	83	37,7	137	62,3
Sıklıkla küçük şeylerden dolayı üzülmeye durumu	89	40,5	131	59,5
Sıklıkla kendisini ağlayacakmış gibi hissetme durumu	50	22,7	170	77,3
Dikkatini toplamakta güçlük çekme durumu	119	54,1	101	45,9
Sabahları güne başlamaktan hoşlanma durumu	206	93,6	14	6,4
Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınma durumu	30	13,6	190	86,4
Kendisi için karar vermenin kolay olma durumu	139	63,2	81	36,8
Zihninin eskisi kadar berrak olma durumu	74	33,6	146	66,4
Toplam puan (Ortalama±ss=8,82±6,52 Ortanca=7,00 En küçük=0,00 En büyük =29,00)				
			n	%
Depresyon yok (0-10 puan)			156	70,9
Olası depresyon (11-13 puan)			19	8,6
Kesin depresyon (14-30 puan)			45	20,5

SS: Standart Sapma

Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu anketine verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir. Katılımcıların %4,6’sı (n=10) telefonu rahatlıkla kullanabildiğini, %84,1’i (n=185) tüm alışverişlerini bağımsız olarak kendisinin yaptığını, %65,5’i (n=144) yeteri kadar yemeği planlayıp hazırlayıp servis edebildiğini, %52,3’ü (n=115) yalnız başına nadir destekle evin üstesinden geldiğini, %77,3’ü (n=170) kişisel çamaşırlarını tamamen kendisinin yıkadığını, %89,1’i (n=196) toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalandığını ve kendi arabasını kullanabildiğini, %95,0’i (n=209) ilaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabildiğini ve %84,1’i (n=185) bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden geldiğini belirtmiştir. Katılımcıların Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu anketinden aldıkları toplam puan ortalaması 18,79±3,09 puandır. Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu puanına göre katılımcıların %1,4’ü (n=3) bağımlı iken %18,2’si (n=18) yarı bağımlı ve %80,5’i (n=177) bağımsızdır.

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu anketine verdikleri yanıtların dağılımı

Maddeler (n=220)	n	%
Telefonu kullanabilme		
Telefonu rahatlıkla kullanabilir (3 puan)	10	4,6
Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir (2 puan)	39	17,7
Telefona cevap verir, ancak arayamaz (1 puan)	171	77,7
Telefonu hiç kullanamaz (0 puan)	-	-
Alışveriş		
Tüm alışverişlerini bağımsız olarak kendi yapar (3 puan)	185	84,1
Küçük alışverişlerini kendi yapar (2 puan)	25	11,4
Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar (1 puan)	7	3,2
Alışveriş yapamaz (0 puan)	3	1,4
Yemek/Yiyecek hazırlama		
Yeteri kadar yemeği/yiyeceği planlar, hazırlar ve servis edebilir (3 puan)	144	65,5
Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek/yiyecek hazırlayabilir (2 puan)	34	15,4
Hazır yemeği ısıtır, sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz (1 puan)	33	15,0
Yemeklerin hazırlanmasına ve servis edilmesine ihtiyacı vardır (0 puan)	9	4,1
Ev temizliği		
Yalnız başına nadir destekle evin üstesinden gelir (4 puan)	115	52,3
Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir (3 puan)	37	16,8
Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz (2 puan)	39	17,7
Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç duyar (1 puan)	18	8,2
Hiç ev temizliğine katılmaz (0 puan)	11	5,0

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu anketine verdikleri yanıtların dağılımı (devam)

Çamaşır		
Kişisel çamaşırlarını tamamen kendisi yıkar (2 puan)	170	77,3
Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir (1 puan)	37	16,8
Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır (0 puan)	13	5,9
Yolculuk		
Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır kendi arabasını kullanır (4 puan)	196	89,1
Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz (3 puan)	15	6,8
Başkalarının yardımı ile toplu taşımadan faydalanır (2 puan)	8	3,6
Yolculuğu başkalarının yardımı ile otomobille sınırlıdır (1 puan)	-	-
Yolculuk yapamaz (0 puan)	1	0,5
İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu		
İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir (2 puan)	209	95,0
İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir (1 puan)	8	3,6
İlaçları kendi başına düzenli kullanamaz (0 puan)	3	1,4
Mali işler		
Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelir (2 puan)	185	84,1
Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyacı vardır (1 puan)	25	11,4
Mali işlerini takip edemez (0 puan)	10	4,5
Toplam puan		
Ortalama±ss=18,79±3,09 Ortanca=20,00 En küçük=3,00 En büyük =23,00		
Tarama puanı (Toplam 23 puan)		
Bağımlı (0-8 puan)	3	1,4
Yarı bağımlı (9-16 puan)	40	18,2
Bağımsız (17-23 puan)	177	80,5

Araştırmaya katılan bireylerin MNA testi puanlarının hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir. Katılımcıların test puanı ile cinsiyeti ve gelir düzeyi algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla $p=0,009$ ve $p<0,001$). Erkeklerin test puanı ortalanca değeri kadınlardan daha yüksektir. Gelir düzeyi algısı ‘düşük’ olanların test puanı ortalanca değeri ‘orta’ ve ‘yüksek’ olanlardan daha düşüktür.

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanlarının hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellik (n=220)	MNA-SF Puanı		
	n	Ortanca	Test
Cinsiyet			$u=4798,0^1$
Kadın	118	25,0	p=0,009
Erkek	102	26,3	

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanlarının hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması (devam)

Eğitim durumu			u=4774,0 ¹ p=0,119
İlkokul ve altı	144	25,2	
Ortaokul ve üzeri	76	26,0	
Medeni durum			u=4967,5 ¹ p=0,116
Evli	137	25,5	
Bekar/Dul/Boşanmış	83	25,0	
Gelir düzeyi algısı			$\chi^2=19,291^2$ p<0,001³
Düşük	62	24,0	
Orta	125	26,0	
Yüksek	33	26,5	
Birlikte yaşama durumu			u=3477,5 ¹ p=0,128
Tek başına	47	25,0	
Başkaları ile	173	25,5	
Yaşanılan yer			$\chi^2=1,474^2$ p=0,478
İl merkezi	74	25,5	
İlçe	134	25,5	
Köy	12	25,3	

1 Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır

2 Çarpık dağılım nedeniyle Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

3 Fark gelir düzeyi algısı ‘düşük’ ve ‘orta’ olanlar (p<0,001) ile gelir düzeyi algısı ‘düşük’ ve ‘yüksek’ olanlar (p=0,001) arasındadır.

Araştırmaya katılan bireylerin MNA Testi puanlarının hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması Tablo 4.9’da verilmiştir. Katılımcıların test puanı ile kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, travma öyküsü ve ağız ve/veya diş problemi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla p=0,048, p=0,012, p=0,035, p<0,001, p=0,039, p=0,013 ve p<0,001).

Test puanı ortanca değeri kronik hastalığı olmayanlarda kronik hastalığı olanlara göre daha yüksektir. Düzenli ilaç kullanmayanlarda düzenli ilaç kullananlara göre daha yüksektir; Çoklu ilaç kullanımı olmayanlarda çoklu ilaç kullanımı olanlara göre daha yüksektir. Psikolojik rahatsızlığı olmayanlarda psikolojik rahatsızlığı olanlara göre daha yüksektir. BKİ’ye göre ‘fazla kilolu’ olanlarda ‘normal kilolu’ olanlardan daha yüksektir. Travma öyküsü olmayanlarda olanlara göre daha yüksektir. Ağız/diş sağlığı problemi olmayanlarda olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanlarının hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması

Özellik (n=220)	MNA-SF Puanı		Test
	n	Ortanca	
Kronik hastalık varlığı			u=986,5 ¹
Yok	14	27,2	p=0,048
Var	206	25,5	
Düzenli ilaç kullanımı			u=1018,5 ¹
Yok	16	27,2	p=0,012
Var	204	25,5	
Psikolojik rahatsızlık durumu			u=1674,5 ¹
Yok	185	26,0	p<0,001
Var	35	23,0	
BKİ grubu			x ² =11,3 ²
Zayıf	1	19,0	p=0,010³
Normal kilolu	44	23,7	
Fazla kilolu	80	26,0	
Obez	95	26,0	
Sigara içme durumu			x ² =6,5 ²
Hiç içmeyen	130	25,5	p=0,039 ⁴
İçip bırakan	54	26,0	
Halen içen	36	25,0	
Alkol içme durumu			x ² =4,3 ²
Hiç içmeyen	194	25,5	p=0,115
İçip bırakan	19	26,0	
Halen içen	7	26,0	
Uyulması gereken diyet varlığı			u=5080,5 ¹
Yok	66	25,5	p=0,997
Var	154	25,5	
Diyete uyma durumu (n=154)			u=2651,5 ¹
Uyan	88	25,5	p=0,355
Uymayan	66	25,7	
Fiziksel aktivite yapma durumu			u=5314,0 ¹
Yapan	97	26,0	p=0,164
Yapmayan	123	25,5	
Travma öyküsü			u=1619,5 ¹
Yok	196	25,7	p=0,013
Var	24	23,2	
Majör operasyon öyküsü			u=3170,5 ¹
Yok	185	25,5	p=0,846
Var	35	25,5	
Ağız ve/veya diş problemi öyküsü			u=4367,5 ¹
Yok	114	26,0	p<0,001
Var	106	24,5	

1 Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır

2 Çarpık dağılım nedeniyle Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

3 Fark BKİ grubu 'normal kilolu' olanlar ve 'fazla kilolu' olanlar arasındadır (p=0,031).

4 Bonferroni düzeltilmesi sonrasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin MNA testi puanları ile yaşı ve BKİ arasındaki korelasyon analizi Tablo 4.10'da verilmiştir.

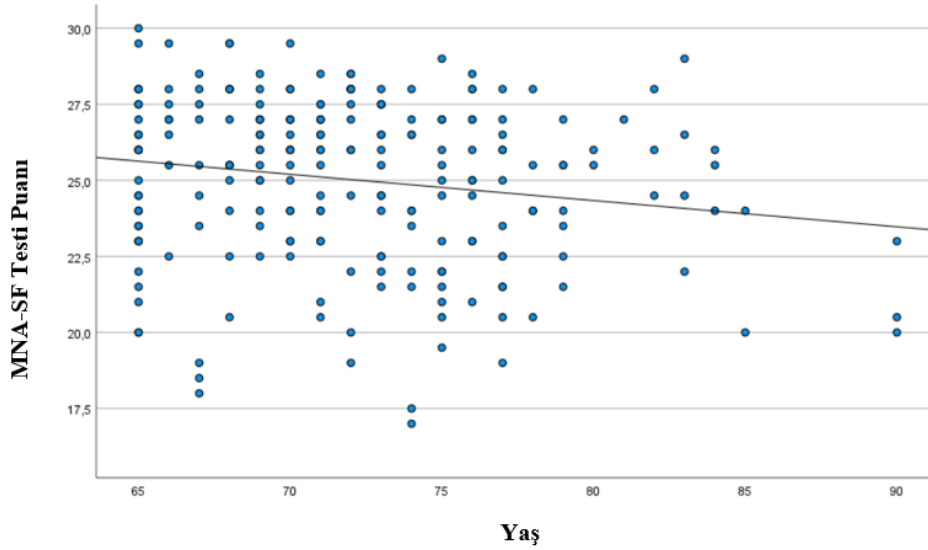
Araştırmaya katılan bireylerin yaşı ile Mini Nutrisyonel Değerlendirme Test puanı arasında zayıf düzeyde, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,014$).

Bireylerin BKİ ile Mini Nutrisyonel Değerlendirme Test puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde ve sınırda anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,045$). Bu ilişkiler Şekil 4.2 ve 4.3'te gösterilmiştir.

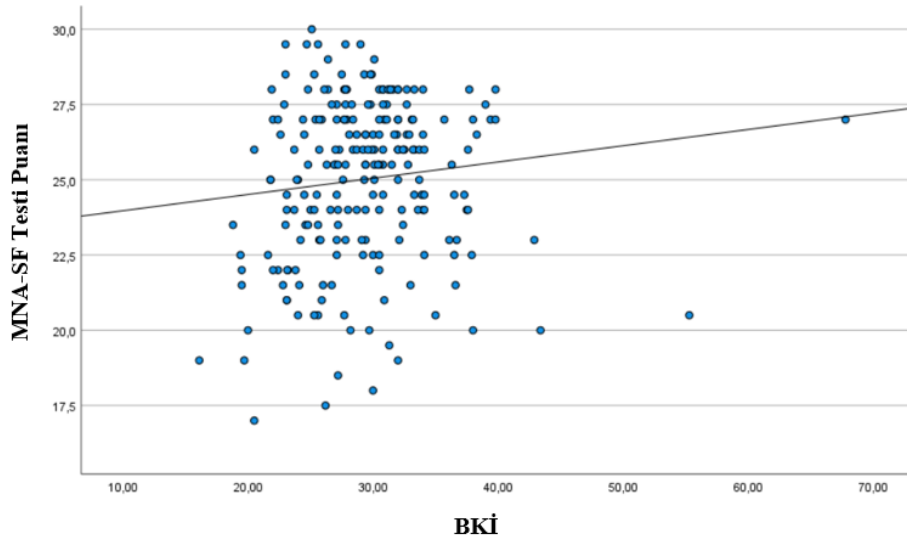
Tablo 4.10. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile yaşı ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) arasındaki korelasyon analizi

MNA-SF Puanı		
Yaş	r^1	-0,17
	p	0,014
	n	220
BKİ	r^1	0,14
	p	0,045
	n	220

1 Çarpık dağılım nedeniyle Spearman Korelasyonu yapılmıştır.



Şekil 4.2. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile yaşı arasındaki ilişki



Şekil 4.3. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile BKİ arasındaki ilişki

Araştırmaya katılan bireylerin malnutrisyon durumunun hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir. Katılımcıların gelir düzeyi algısına göre malnutrisyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,001$). Gelir düzeyi algısı ‘düşük’ olanlar ‘orta’ ve ‘yüksek’ olanlardan daha fazla malnutrisyon riski altındadır.

Tablo 4.11. Araştırmaya katılan bireylerin malnutrisyon durumunun hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellik (n=220)	Malnutrisyon gösterge puanına göre malnutrisyon durumu						Test
	Normal nutrisyonel durum		Malnutrisyon riski altında		Toplam		
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ²	
Cinsiyet							$\chi^2=2,851$
Kadın	78	66,1	40	33,9	118	53,6	p=0,091
Erkek	78	76,5	24	23,5	102	46,4	
Eğitim durumu							$\chi^2=0,942$
İlkokul ve altı	99	68,8	45	31,2	144	65,5	p=0,332
Ortaokul ve üzeri	57	75,0	19	25,0	76	34,5	
Medeni durum							$\chi^2=0,323$
Evli	99	72,3	38	27,7	137	62,3	p=0,570
Bekar/Dul/Boşanmış	57	68,7	26	31,3	83	37,7	
Gelir düzeyi algısı							$\chi^2=13,400$
Düşük	33	53,2	29	46,8	62	28,2	p<0,001³
Orta	96	76,8	29	23,2	125	56,8	
Yüksek	27	81,8	6	18,2	33	15,0	

Tablo 4.11. Araştırmaya katılan bireylerin malnutrisyon durumunun hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması (devam)

Birlikte yaşama durumu							$\chi^2=1,452$ $p=0,228$
Tek başına	30	63,8	17	36,2	47	21,4	
Başkaları ile	126	72,8	47	27,2	173	78,6	
Yaşanılan yer							$\chi^2=3,017$ $p=0,221$
İl merkezi	58	78,4	16	21,6	74	33,6	
İlçe	90	67,2	44	32,8	134	60,9	
Köy	8	66,7	4	33,3	12	5,5	

1 Yüzdeler satır yüzdesi olarak verilmiştir.

2 Yüzdeler sütun yüzdesi olarak verilmiştir.

3 Fark; gelir düzeyi algısı ‘düşük’ ve ‘orta’ olanlar ile gelir düzeyi algısı ‘düşük’ ve ‘yüksek’ olanlar arasındadır. Gelir düzeyi algısı ‘düşük’ olanların ‘orta’ ve ‘yüksek’ olanlardan daha fazla malnutrisyon riski altında olduğu gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin malnutrisyon durumunun hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması Tablo 4.12’de verilmiştir.

Katılımcıların psikolojik rahatsızlık durumu, travma öyküsü ve ağız/diş problemi öyküsüne göre malnutrisyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,004$ ve $p=0,003$).

Psikolojik rahatsızlığı olanlar psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre daha fazla malnutrisyon riski altındadır. Travma öyküsü olanlar travma öyküsü olmayanlara göre daha fazla malnutrisyon riski altındadır. Ağız/diş problemi öyküsü olanlar ağız/diş problemi öyküsü olmayanlara göre daha fazla malnutrisyon riski altındadır.

Tablo 4.12. Araştırmaya katılan bireylerin malnutrisyon durumunun, tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması

Özellik (n=220)	Malnutrisyon gösterge puanına göre malnutrisyon durumu						Test
	Normal nutrisyonel durum		Malnutrisyon riski altında		Toplam		
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ²	
Kronik hastalık varlığı							$\chi^2=0,450$ ₃
Yok	11	78,6	3	21,4	14	6,4	
Var	145	70,4	61	29,6	206	93,6	p=0,762
Düzenli ilaç kullanımı							$\chi^2=0,894$ ₃
Yok	13	81,3	3	18,8	16	7,3	
Var	143	70,1	61	29,9	204	92,7	p=0,408

Tablo 4.12. Araştırmaya katılan bireylerin malnutrisyon durumunun, tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması (devam)

Psikolojik rahatsızlık durumu							$\chi^2=10,06$
Yok	139	75,1	46	24,9	185	84,1	8
Var	17	48,6	18	51,4	35	15,9	p=0,002
BKİ grubu							
Zayıf	-	-	1	1,6	1	0,5	$\chi^2=13,65$
Normal kilolu	22	50,0	22	50,0	44	20,0	1
Fazla kilolu	60	75,0	20	25,0	80	36,3	p=0,002 ³
Obez	74	77,9	21	22,1	95	43,2	
Sigara içme durumu							
Hiç içmeyen	88	67,7	42	32,3	130	59,1	$\chi^2=2,680$
İçip bırakan	43	79,6	11	20,4	54	24,5	p=0,262
Halen içen	25	69,4	11	30,6	36	16,4	
Alkol içme durumu							
Hiç içmeyen	136	70,1	58	29,9	194	88,2	$\chi^2=0,876$
İçip bırakan	14	73,7	5	26,3	19	8,6	p=0,645
Halen içen	6	85,7	1	14,3	7	3,2	
Uyulması gereken diyet varlığı							
Yok	43	65,2	23	34,8	66	30,0	$\chi^2=1,515$
Var	113	73,4	41	26,6	154	70,0	p=0,218
Diyetle uyuma durumu (n=154)							
Uyan	61	69,3	27	30,7	88	57,1	$\chi^2=1,731$
Uymayan	52	78,8	14	21,2	66	42,9	p=0,188
Fiziksel aktivite yapma durumu							
Yapan	72	74,2	25	25,8	97	44,1	$\chi^2=0,926$
Yapmayan	84	68,3	39	31,7	123	55,9	p=0,336
Travma öyküsü							
Yok	145	74,0	51	26,0	196	89,1	$\chi^2=8,212$
Var	11	45,8	13	54,2	24	10,9	p=0,004
Majör operasyon öyküsü							
Yok	130	70,3	55	29,7	185	84,1	$\chi^2=0,230$
Var	26	74,3	9	25,7	35	15,9	p=0,631
Ağız ve/veya diş problemi öyküsü							
Yok	91	79,8	23	20,2	114	51,8	$\chi^2=9,117$
Var	65	61,3	41	38,7	106	48,2	p=0,003

1: Yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir. 2: Yüzdelere sütun yüzdesi olarak verilmiştir. 3: Gözlere düşen sayı yetersiz olduğundan Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.13'te verilmiştir. Katılımcıların test puanı ile cinsiyeti, medeni durum, gelir düzeyi algısı ve birlikte yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p=0,008$). Test puanı ortanca değeri kadınlarda

erkeklere göre daha yüksektir. Gelir düzeyi algısı ‘düşük’ olanlarda gelir düzeyi algısı ‘orta’ ve ‘yüksek’ olanlara göre daha yüksektir. Tek başına yaşayanlarda başkaları ile yaşayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.13. Araştırmaya katılan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellik (n=220)	GDÖ Puanı		
	n	Ortanca	Test
Cinsiyet			u=3256,5 ¹
Kadın	118	10,0	p<0,001
Erkek	102	5,0	
Eğitim durumu			u=4610,0 ¹
İlkokul ve altı	144	8,0	p=0,054
Ortaokul ve üzeri	76	6,0	
Medeni durum			u=3761,5 ¹
Evli	137	6,0	p<0,001
Bekar/Dul/Boşanmış	83	10,0	
Gelir düzeyi algısı			x ² =15,4 ²
Düşük	62	10,0	p<0,001³
Orta	125	6,0	
Yüksek	33	5,0	
Birlikte yaşama durumu			u=3033,0 ¹
Tek başına	47	10,0	p=0,008
Başkaları ile	173	6,0	
Yaşanılan yer			x ² =4,2 ²
İl merkezi	74	6,5	p=0,124
İlçe	134	7,0	
Köy	12	12,0	

1 Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır

2 Çarpık dağılım nedeniyle Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

3 Fark; gelir düzeyi algısı ‘düşük’ ve ‘orta’ (p=0,003) olanlar ile gelir düzeyi algısı ‘düşük’ ve ‘yüksek’ olanlar (p<0,001) arasındadır.

Araştırmaya katılan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği puanlarının hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması Tablo 4.14’te verilmiştir. Katılımcıların test puanı ile kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, psikolojik rahatsızlık durumu, sigara içme durumu, alkol içme durumu, fiziksel aktivite durumu ve ağız ve/veya diş problemi öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla p=0,026, p=0,019, p<0,001, p=0,031, p=0,025, p=0,002 ve p=0,006). Test puanı ortanca değeri kronik hastalığı olanlarda kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksektir.

Düzenli ilaç kullananlarda düzenli ilaç kullanmayanlara göre daha yüksektir. Psikolojik rahatsızlığı olanlarda psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre daha yüksektir. Sigara ve alkolü ‘hiç içmeyen’lerde ‘içip bırakan’lara göre daha yüksektir.

Fiziksel aktivite yapmayanlarda fiziksel aktivite yapanlara göre daha yüksektir. Ağız/diş sağlığı problemi olanlarda ağız/diş sağlığı problemi olmayanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.14. Araştırmaya katılan bireylerin Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) puanlarının, tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması

Özellik (n=220)	GDÖ Puanı		
	n	Ortanca	Test
Kronik hastalık varlığı			u=930,0 ¹ p=0,026
Yok	14	4,0	
Var	206	7,0	
Düzenli ilaç kullanımı			u=1057,0 ¹ p=0,019
Yok	16	4,0	
Var	204	7,0	
Psikolojik rahatsızlık durumu			u=1617,5 ¹ p<0,001
Yok	185	6,0	
Var	35	13,0	
BKİ grubu			$\chi^2=4,165^2$ p=0,244
Zayıf	1	10,0	
Normal kilolu	44	9,0	
Fazla kilolu	80	6,0	
Obez	95	6,0	
Sigara içme durumu			$\chi^2=6,918^2$ p=0,031³
Hiç içmeyen	130	8,5	
İçip bırakan	54	5,5	
Halen içen	36	6,5	
Alkol içme durumu			$\chi^2=7,379^2$ p=0,025⁴
Hiç içmeyen	194	7,0	
İçip bırakan	19	4,0	
Halen içen	7	7,0	
Uyulması gereken diyet varlığı			u=4997,0 ¹ p=0,844
Yok	66	7,0	
Var	154	7,0	
Diyetle uyma durumu (n=154)			u=2547,5 ¹ p=0,192
Uyan	88	8,0	
Uymayan	66	6,0	
Fiziksel aktivite yapma durumu			u=4535,0 ¹ p=0,002
Yapan	97	6,0	
Yapmayan	123	8,0	
Travma öyküsü			u=2348,5 ¹ p=0,990
Yok	196	7,0	
Var	24	6,5	
Majör operasyon öyküsü			u=3211,0 ¹ p=0,939
Yok	185	7,0	
Var	35	8,0	
Ağız ve/veya diş problemi öyküsü			u=4739,0 ¹ p=0,006
Yok	114	6,0	
Var	106	8,5	

1 Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır

2 Çarpık dağılım nedeniyle Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

3 Fark 'içip bırakan' ve 'hiç içmeyen' gruplar arasındadır (p=0,034).

4 Fark 'içip bırakan' ve 'hiç içmeyen' gruplar arasındadır (p=0,024).

Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.15'te verilmiştir. Katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, gelir düzeyi algısı ve birlikte yaşama durumuna göre depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,046$ ve $p=0,010$). Kadınlarda erkeklere göre ve evli olmayanlarda evli olanlara göre depresyon beklenenden daha fazla görülmektedir. Gelir düzeyi algısı 'orta' ve 'yüksek' olanlarda gelir düzeyi algısı 'düşük' olanlardan daha fazla depresyonu olmayan birey gözlenirken; gelir düzeyi algısı düşük olanlarda gelir düzeyi algısı 'orta' olanlardan daha fazla kesin depresyon gözlenmiştir. Tek başına yaşayanlarda başkaları ile yaşayanlara göre 'kesin depresyon' beklenenden daha fazla gözlenmiştir.

Tablo 4.15. Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun, bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellik (n=220)	Depresyon durumu								Test
	Depresyon yok		Olası depresy n		Kesin depresyon		Toplam		
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ²	
Cinsiyet									$\chi^2=24,862$ p<0,001
Kadın	70	59,3	9	7,6	39	33,1	118	53,6	
Erkek	86	84,3	10	9,8	6	5,9	102	46,4	
Eğitim durumu									$\chi^2=1,554$ p=0,460
İlkokul ve altı	99	68,8	12	8,3	33	22,9	144	65,5	
Ortaokul ve üzeri	57	75,0	7	9,2	12	15,8	76	34,5	
Medeni durum									$\chi^2=14,714$ p<0,001
Evli	108	78,8	12	8,8	17	12,4	137	62,3	
Bekar/Dul/Boşanmış	48	57,8	7	8,4	28	33,8	83	37,7	
Gelir düzeyi algısı									$\chi^2=9,683$ p=0,046⁴
Düşük	35	56,5	7	11,3	20	32,3	62	28,2	
Orta	94	75,2	10	8,0	21	16,8	125	56,8	
Yüksek	27	81,8	2	6,1	4	12,1	33	15,0	
Birlikte yaşama durumu									$\chi^2=9,267$ p=0,010
Tek başına	26	55,3	4	8,5	17	36,2	47	21,4	
Başkaları ile	130	75,1	15	8,7	28	16,2	173	78,6	
Yaşanılan yer									$\chi^2=6,041$ p=0,168 ³
İl merkezi	56	75,7	5	6,8	13	17,6	74	33,6	
İlçe	95	70,9	12	9,0	27	20,1	134	60,9	
Köy	5	41,7	2	16,7	5	41,7	12	5,5	

1 Yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir.

2 Yüzdelere sütun yüzdesi olarak verilmiştir.

3 Gözlere düşen sayı yetersiz olduğundan Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır.

4 Fark; gelir düzeyi algısı 'düşük' ve 'orta' olanlar ile gelir düzeyi algısı 'düşük' ve 'yüksek' olanlar arasındadır. Gelir düzeyi algısı 'orta' ve 'yüksek' olanlarda gelir düzeyi algısı 'düşük' olanlardan daha fazla depresyonu olmayan birey gözlenirken; gelir düzeyi algısı düşük olanlarda gelir düzeyi algısı 'orta' olanlardan daha fazla kesin depresyon gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması Tablo 4.16'da verilmiştir. Katılımcıların psikolojik rahatsızlık durumu, majör operasyon öyküsü ve ağız/diş problemi öyküsüne göre depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla $p<0,001$ $p=0,028$ ve $p=0,012$). Psikolojik rahatsızlığı olanlarda olmayanlara göre beklenenden daha fazla 'kesin depresyon' gözlenmiştir. Major operasyon öyküsü olmayanlarda olası depresyon beklenenden daha az gözlenmiştir. Ağız diş sağlığı problemi olanlarda ağız/diş sağlığı problemi olmayanlara göre olası depresyon beklenenden daha fazla gözlenmiştir.

Tablo 4.16. Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun, tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması

Özellik (n=220)		Depresyon durumu								Test
		Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ²	
Kronik hastalık varlığı										$\chi^2=1,202$
Yok		12	85,7	-	-	2	14,3	14	6,4	$p=0,538^3$
Var		144	69,9	19	9,2	43	20,9	206	93,6	
Düzenli ilaç kullanımı										$\chi^2=1,838$
Yok		14	87,5	-	-	2	12,5	16	7,3	$p=0,422^3$
Var		142	69,6	19	9,3	43	21,1	204	92,7	
Psikolojik rahatsızlık durumu										$\chi^2=16,710$
Yok		140	75,7	16	8,6	29	15,7	185	84,1	$p<0,001$
Var		16	45,7	3	8,6	16	45,7	35	15,9	
BKİ grubu										$\chi^2=3,556$
Zayıf		1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	$p=0,798^3$
Normal kilolu		29	65,9	6	13,6	9	20,5	44	20,0	
Fazla kilolu		56	70,0	6	7,5	18	22,5	80	36,4	
Obez		70	73,7	7	7,4	18	18,9	95	43,2	
Sigara içme durumu										$\chi^2=3,815^3$
Hiç içmeyen		88	67,7	10	7,7	32	24,6	130	59,1	$p=0,425$
İçip bırakan		41	75,9	6	11,1	7	13,0	54	24,5	
Halen içen		27	75,0	3	8,3	6	16,7	36	16,4	
Alkol içme durumu										$\chi^2=4,054^3$
Hiç içmeyen		135	69,6	16	8,2	43	22,2	194	88,2	$p=0,329$
İçip bırakan		16	84,2	2	10,5	1	5,3	19	8,6	
Halen içen		5	71,4	1	14,3	1	14,3	7	3,2	

Tablo 4.16. Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun, tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması (devam)

Uyulması gereken diyet varlığı									$\chi^2=0$, 883
Yok	45	68,2	5	7,6	16	24,2	66	30,0	$p=0,6$
Var	111	72,1	14	9,1	29	18,8	154	70,0	43
Diyete uyma durumu (n=154)									$\chi^2=3$, 486
Uyan	60	68,2	7	8,0	21	23,9	88	57,1	$p=0,1$
Uymayan	51	77,3	7	10,6	8	12,1	66	42,9	75
Fiziksel aktivite yapma durumu									$\chi^2=8$, 413
Yapan	78	80,4	4	4,1	15	15,5	97	44,1	$p=0,0$
Yapmayan	78	63,4	15	12,2	30	24,4	123	55,9	15 ⁴
Travma öyküsü									$\chi^2=0$, 857 ³
Yok	140	71,4	16	8,2	40	20,4	196	89,1	
Var	16	66,7	3	12,5	5	20,8	24	10,9	$p=0,6$ 35
Majör operasyon öyküsü									$\chi^2=7$, 156
Yok	133	71,9	12	6,5	40	21,6	185	84,1	$p=0,0$
Var	23	65,7	7	20,0	5	14,3	35	15,9	28
Ağız ve/veya dış problemi öyküsü									$\chi^2=8$, 765
Yok	90	78,9	5	4,4	19	16,7	114	51,8	$p=0,0$
Var	66	62,3	14	13,2	26	24,5	106	48,2	12

1 Yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir. 2 Yüzdelere sütun yüzdesi olarak verilmiştir. 3 Gözlere düşen sayı yetersiz olduğundan Fisher'in Kesin Testi kullanılmıştır. 4 Bonferroni düzeltmesi sonrasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu puanlarının hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.17'de verilmiştir.

Katılımcıların test puanı ile cinsiyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla $p<0,001$). Kadınların test puanı ortanca değeri erkeklerden daha yüksektir.

Tablo 4.17. Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu puanlarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellik (n=220)	Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu Puanı		
	n	Ortanca	Test
Cinsiyet			$u=3677,5^1$
Kadın	118	21,0	$p<0,001$
Erkek	102	18,0	
Eğitim durumu			$u=5438,0^1$
İlkokul ve altı	144	20,0	$p=0,937$
Ortaokul ve üzeri	76	20,0	

Tablo 4.17. Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu puanlarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması (devam)

Medeni durum			u=5401,0 ¹
Evli	137	20,0	p=0,518
Bekar/Dul/Boşanmış	83	20,0	
Gelir düzeyi algısı			$\chi^2=1,297^2$
Düşük	62	19,5	p=0,523
Orta	125	20,0	
Yüksek	33	20,0	
Birlikte yaşama durumu			u=3458,0 ¹
Tek başına	47	21,0	p=0,103
Başkaları ile	173	20,0	
Yaşanılan yer			$\chi^2=0,010^2$
İl merkezi	74	20,0	p=0,995
İlçe	134	20,0	
Köy	12	20,0	

1 Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır

2 Çarpık dağılım nedeniyle Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu puanlarının hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması Tablo 4.18’de verilmiştir. Katılımcıların test puanı ile sigara içme durumu ve alkol içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla $p<0,001$ ve $p<0,001$). Sigarayı hiç içmeyenlerin test içip bırakanlardan daha yüksektir. Alkolü içip bırakanların test puanı ortanca değeri hiç içmeyen ve halen içenlerden daha düşüktür.

Tablo 4.18. Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu puanlarının hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması

Özellik (n=220)	Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu Puanı		
	n	Ortanca	Test
Kronik hastalık varlığı			u=1321,5 ¹
Yok	14	20,5	p=0,587
Var	206	20,0	
Düzenli ilaç kullanımı			u=1455,5 ¹
Yok	16	20,5	p=0,454
Var	204	20,0	
Psikolojik rahatsızlık durumu			u=2894,0 ¹
Yok	185	20,0	p=0,301
Var	35	19,0	
BKİ grubu			$\chi^2=3,245^2$
Zayıf	1	15,0	p=0,355
Normal kilolu	44	19,0	
Fazla kilolu	80	20,0	
Obez	95	21,0	

Tablo 4.18. Araştırmaya katılan bireylerin Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu puanlarının hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması (devam)

Sigara içme durumu			$\chi^2=18,720^2$ p<0,001³
Hiç içmeyen	130	21,0	
İçip bırakan	54	18,0	
Halen içen	36	19,0	
Alkol içme durumu			$\chi^2=21,380^2$ p<0,001⁴
Hiç içmeyen	194	20,0	
İçip bırakan	19	16,0	
Halen içen	7	21,0	
Uyulması gereken diyet varlığı			u=5017,0 ¹ p=0,876
Yok	66	20,0	
Var	154	20,0	
Diyete uyma durumu			u=2417,5 ¹ p=0,065
Uyan	88	20,0	
Uymayan	66	19,0	
Fiziksel aktivite yapma durumu			u=5224,0 p=0,100
Yapan	97	21,0	
Yapmayan	123	19,0	
Travma öyküsü			u=2154,5 p=0,486
Yok	196	20,0	
Var	24	21,0	
Majör operasyon öyküsü			u=3138,5 p=0,766
Yok	185	20,0	
Var	35	20,0	
Ağız ve/veya diş problemi öyküsü			u=5737,5 p=0,502
Yok	114	20,0	
Var	106	20,0	

1 Çarpık dağılım nedeniyle Mann Whitney U testi yapılmıştır

2 Çarpık dağılım nedeniyle Kruskal Wallis testi yapılmıştır.

3 Fark ‘içip bırakan’ ve ‘hiç içmeyen’ gruplar arasındadır (p=0,000).

4 Fark ‘içip bırakan’ ve ‘halen içen’ gruplar (p=0,039) ile ‘içip bırakan’ ve hiç içmeyen’ gruplar (p=0,000) arasındadır.

Araştırmaya katılan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri durumunun hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.19’da verilmiştir. Erkeklerin günlük yaşam aktivitelerinde kadınlardan daha fazla bağımlı-yarı bağımlı olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4.19. Araştırmaya katılan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri durumunun hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellik (n=220)	Günlük yaşam aktiviteleri						Test
	Bağımlı-Yarı bağımlı ¹		Bağımsız		Toplam		
	n	% ²	n	% ²	n	% ³	
Cinsiyet							$\chi^2=9,549$
Kadın	14	11,9	104	88,1	118	53,6	p=0,002
Erkek	29	28,4	73	71,6	102	46,4	
Eğitim durumu							$\chi^2=0,003$
İlkokul ve altı	28	19,4	116	80,6	144	65,5	p=0,959
Ortaokul ve üzeri	15	19,7	61	80,3	76	34,5	
Medeni durum							$\chi^2=0,184$
Evli	28	20,4	109	79,6	137	62,3	p=0,668
Bekar/Dul/Boşanmış	15	18,1	68	81,9	83	37,7	
Gelir düzeyi algısı							$\chi^2=2,679$
Düşük	10	16,1	52	83,9	62	28,2	p=0,262
Orta	29	23,2	96	76,8	125	56,8	
Yüksek	4	12,1	29	87,9	33	15,0	
Birlikte yaşama durumu							$\chi^2=3,015$
Tek başına	5	10,6	42	89,4	47	21,4	p=0,082
Başkaları ile	38	22,0	135	78,0	173	78,6	
Yaşanılan yer							$\chi^2=2,637$
İl merkezi	11	14,9	63	85,1	74	33,6	p=0,268
İlçe	28	20,9	106	79,1	134	60,9	
Köy	4	33,3	8	66,7	12	5,5	

1: Lawton günlük yaşam aktiviteleri formuna göre ‘bağımlı’ ve ‘yarı bağımlı’ olarak nitelendirilen gruplar birleştirilmiştir. 2: Yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir. 3: Yüzdelere sütun yüzdesi olarak verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri durumunun hastaların tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması Tablo 4.20’de verilmiştir.

Katılımcıların sigara içme durumu ve alkol içme durumuna göre günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (sırasıyla $p=0,001$ ve $p=0,002$).

Sigara ‘İçip bırakan’ grupta ‘halen içen’ gruptan daha fazla bağımlı-yarı bağımlı gözlenirken; ‘hiç içmeyen’ grupta ‘içip bırakan’ gruptan daha fazla bağımsız gözlenmiştir. Alkol ‘içip bırakan’ grupta ‘hiç içmeyen’ gruptan daha fazla bağımlı-yarı bağımlı gözlenmiştir.

Tablo 4.20. Araştırmaya katılan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri durumunun tıbbi özgeçmişleri ve bazı hastalıkları ile karşılaştırılması

Özellik (n=220)	Günlük yaşam aktiviteleri						Test
	Bağımlı-yarı bağımlı ¹		Bağımsız		Toplam		
	n	% ²	n	% ²	n	% ³	
Kronik hastalık varlığı							
Yok	1	7,1	13	92,9	14	6,4	$\chi^2=1,463^4$ p=0,313
Var	42	20,4	164	79,6	206	93,6	
Düzenli ilaç kullanımı							
Yok	1	6,3	15	93,8	16	7,3	$\chi^2=1,940^4$ p=0,207
Var	42	20,6	162	79,4	204	92,7	
Psikolojik rahatsızlık durumu							
Yok	35	18,9	150	81,1	185	84,1	$\chi^2=0,290$ p=0,590
Var	8	22,9	27	77,1	35	15,9	
BKİ grubu							
Zayıf	1	100,0	-	-	1	0,5	$\chi^2=4,177^4$ p=0,248
Normal kilolu	7	15,9	37	84,1	44	20,0	
Fazla kilolu	18	22,5	62	77,5	80	36,4	
Obez	17	17,9	78	82,1	95	43,2	
Sigara içme durumu							
Hiç içmeyen	18	13,8	112	86,2	130	59,1	$\chi^2=17,1623$ p<0,001⁵
İçip bırakan	21	38,9	33	61,1	54	24,5	
Halen içen	4	11,1	32	88,9	36	16,4	
Alkol içme durumu							
Hiç içmeyen	32	16,5	162	83,5	194	88,2	$\chi^2=11,879^4$ p=0,002⁶
İçip bırakan	10	52,6	9	47,4	19	8,6	
Halen içen	1	14,3	6	85,7	7	3,2	
Uyulması gereken diyet varlığı							
Yok	13	19,7	53	80,3	66	30,0	$\chi^2=0,001$ p=0,970
Var	30	19,5	124	80,5	154	70,0	
Diyete uyma durumu (n=154)							
Uyan					154	70,0	$\chi^2=0,940^3$ p=0,655
Uymayan					66	30,0	
Fiziksel aktivite yapma durumu							
Yapan	17	17,5	80	82,5	97	44,1	$\chi^2=0,450$ p=0,502
Yapmayan	26	21,1	97	78,9	123	55,9	
Travma öyküsü							
Yok	39	19,9	157	80,1	196	89,1	$\chi^2=0,142$ p=0,990
Var	4	16,7	20	83,3	24	10,9	
Majör operasyon öyküsü							
Yok	37	20,0	148	80,0	185	84,1	$\chi^2=0,175^4$ p=0,990
Var	6	17,1	29	82,9	35	15,9	
Ağız ve/veya diş problemi öyküsü							
Yok	22	19,3	92	80,7	114	51,8	$\chi^2=0,009$ p=0,924
Var	21	19,8	85	80,2	106	48,2	

1: Lawton günlük yaşam aktiviteleri formuna göre ‘bağımlı’ ve ‘yarı bağımlı’ olarak nitelendirilen gruplar birleştirilmiştir. 2: Yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir. 3: Yüzdelere sütun yüzdesi olarak verilmiştir. 4: Gözlere düşen sayı yetersiz olduğundan Fisher’in Kesin Testi kullanılmıştır. 5: Fark ‘içip bırakan’ ve ‘halen içen’ gruplar ile ‘içip bırakan’ ve ‘hiç içmeyen’ gruplar arasındadır. ‘İçip bırakan’ grupta ‘halen içen’ gruptan daha fazla bağımlı-yarı bağımlı gözlenirken; ‘hiç kullanmayan’ grupta ‘içip bırakan’ gruptan daha fazla bağımsız

gözlenmiştir. 6: Fark ‘içip bırakan’ ve hiç içmeyen’ gruplar arasındadır. İçip bırakan grupta hiç içmeyen gruptan daha fazla bağımlı-yarı bağımlı gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin malnütrisyon durumunun depresyon durumu ve günlük yaşam aktiviteleri durumu ile karşılaştırılması Tablo 4.21’de verilmiştir. Katılımcıların depresyon durumuna göre malnütrisyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$).

‘Olası depresyon’ grubunda ‘depresyon yok’ grubundan daha fazla malnütrisyon riski altında birey gözlenirken; ‘kesin depresyon’ grubunda ‘depresyon yok’ grubundan daha fazla malnütrisyon riski altında birey gözlenmiştir.

Tablo 4.21. Araştırmaya katılan bireylerin malnütrisyon durumunun depresyon durumu ve günlük yaşam aktiviteleri durumu ile karşılaştırılması

Özellik (n=220)	Malnutrisyon durumu						Test
	Normal nutrisyonel durum		Malnutrisyon riski altında		Toplam		
	n	% ¹	n	% ¹	n	% ²	
Depresyon durumu							$\chi^2=25,708$ $p<0,001^3$
Depresyon yok	126	80,8	30	19,2	156	70,9	
Olası depresyon	10	52,6	9	47,4	19	8,6	
Kesin depresyon	20	44,4	25	55,6	45	20,5	
Günlük yaşam aktiviteleri							$\chi^2=0,311$ $p=0,577$
Bağımlı-yarı bağımlı	29	67,4	14	32,6	43	19,5	
Bağımsız	127	71,8	50	28,2	177	80,5	

1 Yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir.

2 Yüzdelere sütun yüzdesi olarak verilmiştir.

3 Fark ‘depresyon yok’ ve ‘olası depresyon’ grupları ile ‘depresyon yok’ ve ‘kesin depresyon’ grupları arasındadır. ‘olası depresyon’ grubunda ‘depresyon yok’ grubundan daha fazla malnütrisyon riski altında birey gözlenirken; ‘kesin depresyon’ grubunda ‘depresyon yok’ grubundan daha fazla malnütrisyon riski altında birey gözlenmiştir.

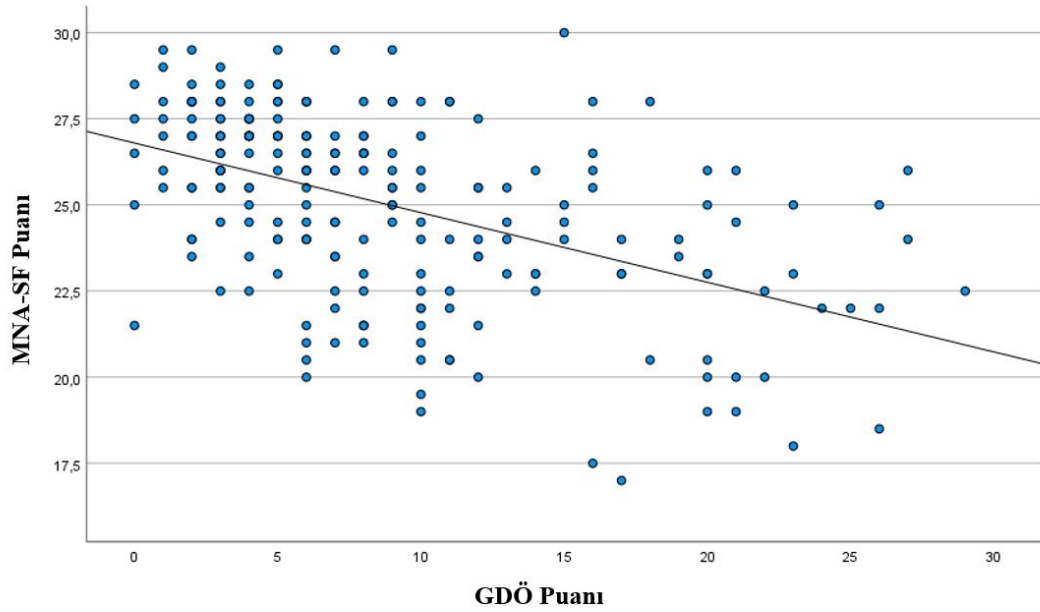
Araştırmaya katılan bireylerin MNA Testi puanları ile GDÖ puanları arasındaki korelasyon analizi Tablo 4.22’de verilmiştir.

Ölçek puanları arasında orta düzeyde, negatif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu ilişki Şekil 4.4’te gösterilmiştir.

Tablo 4.22. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) puanları arasındaki korelasyon analizi

MNA-SF Puanı		
GDÖ Puanı	r^1	-0,514
	p	<0,001
	n	220

1 Çarpık dağılım nedeniyle Spearman Korelasyonu yapılmıştır .



Şekil 4.4. Araştırmaya katılan bireylerin Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi puanları ile Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) puanları arasındaki ilişki

Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun günlük yaşam aktiviteleri durumu ile karşılaştırılması Tablo 4.23'te verilmiştir.

Katılımcıların günlük yaşam aktiviteleri durumuna göre depresyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 4.23. Araştırmaya katılan bireylerin depresyon durumunun günlük yaşam aktiviteleri durumu ile karşılaştırılması

Depresyon durumu										
Özellik (n=220)		Depresyon yok		Olası depresyon		Kesin depresyon		Toplam		Test
		n	% ¹	n	% ¹	n	% ¹	n	% ²	
Günlük yaşam aktiviteleri										x²=0,323 p=0,816
Bağımlı-yarı bağımlı		29	67,4	4	9,3	10	23,3	43	19,5	
Bağımsız		127	71,8	15	8,5	35	19,8	177	80,5	

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Malnütrisyon, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerindeki yetersizlik, 65 yaş ve üzeri bireylerde birbirini karşılıklı olarak etkileyen, iç içe geçmiş sağlık sorunlarıdır (Guigoz, 2006; Soysal ve ark., 2017). Yetersiz beslenme, hem fiziksel hem bilişsel işlevleri olumsuz yönde etkileyerek depresyon riskini artırabilirken; depresyon da iştahsızlık ve sosyal geri çekilme gibi semptomlar yoluyla malnütrisyonu zemin hazırlayabilmektedir (Mezuk ve ark., 2012). Her iki durum da bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilme kapasitesini azaltarak fonksiyonel kayıplara neden olur (Yesavage ve ark., 1982). Bu aralarındaki çok boyutlu etkileşim, yaşlı bireylerin genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini ciddi şekilde tehdit etmektedir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, yaşlı bireylerin beslenme durumu, ruhsal sağlık düzeyi ve fonksiyonel yetkinliği düzenli taramalarla bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeli; risk altındaki bireyler erken dönemde tanımlanarak uygun müdahale programlarına yönlendirilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Toplumda yetersiz beslenme açısından yaşlı bireyler önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır (Hickson, 2006). Malnütrisyonun yaygınlığı, yaşlıların yaşam alanlarına göre farklılık göstermektedir. Evde ikamet eden yaşlılarda malnütrisyon oranı %8-13 arasında, fiziksel olarak bağımlı bireylerde %25, kurumsal bakımda kalanlarda %19-39 ve hastanede yatan yaşlılarda ise %30-90 aralığında belirlenmiştir (Raynaud, 2009). Yaşlılık döneminde depresyona dair yapılan araştırmalarda, majör depresyonun görülme oranı %1-3 seviyelerinde iken, depresif belirtilerin sıklığı %15 olarak raporlanmıştır (Kaya, 1999). Şahin ve arkadaşlarının Türkiye'de yürüttüğü bir çalışmada ise depresyon semptomlarının oranı %20,5 ile %76 arasında bulunmuştur. Evde yaşayan yaşlı bireylerde bu oran %25-53,2 düzeylerindedir (Şahin ve Yalçın, 2003). Günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde yaşanan güçlükler, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. 65 yaş üstü bireylerde günlük yaşam aktivitelerinden bir ya da daha fazlası için dış desteğe ihtiyaç duyulmakta; 65-69 yaş aralığında bu ihtiyaç yaklaşık %10 iken, 85 yaş ve üzeri bireylerde bu oran %47'ye kadar çıkmaktadır (King ve ark., 2002).

Çalışmamızda bir aile sağlığı merkezine başvuran 65 yaş ve üstü hastalarda malnütrisyon durumu, depresyon düzeyi ve günlük yaşam aktiviteleri araştırılmıştır. Bu araştırmayla 65 yaş ve üstü hastaların malnütrisyon durumlarının depresyon düzeylerinin ve günlük yaşam aktivitelerinin birbirleri ile olan olası ilişkilerini ve etkileyen faktörleri ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Çalışmamızda toplam değerlendirme puanlarına göre katılımcıların %29,1'i (n=64) malnütrisyon riski altında bulunmuştur. Depresyon durumuna bakıldığında; katılımcıların %20,5'inde kesin depresyon, %8,6'sında olası depresyon saptanmıştır. Günlük yaşam aktiviteleri açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %80,5'i bağımsız, %19,5'i ise bağımlı veya yarı bağımlı olarak sınıflandırılmıştır. Malnütrisyon riski, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık oranlarının birlikte incelenmesi, yaşlı bireylerde sağlığın biyopsikososyal boyutunun önemini ortaya koymaktadır. Her bir faktörün diğeri üzerinde doğrudan veya dolaylı etkiler yaratması, bu sorunların tekil müdahalelerle değil bütüncül yaklaşımlarla ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada, kronik hastalığı olmayan bireylerde malnütrisyon riskinin, kronik hastalığı olan bireylere göre daha düşük olduğu bulunmuştur ($p=0,048$). Benzer şekilde, Atam Örs'ün yaptığı çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerde malnütrisyon riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Atam Örs, 2020). Ayrıca, Dağ'ın 2024'teki çalışmasında da kronik hastalığı bulunan bireylerin, hastalığı olmayanlara kıyasla MNA puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Dağ'ın, 2024). Ayrıca çalışmamızda; düzenli ilaç kullanmayanlarda düzenli ilaç kullananlara göre malnütrisyon riski daha az ($p=0,012$) saptanmıştır. Kronik hastalık varlığının beraberinde düzenli ilaç kullanımını da getireceği göz önüne alındığında bu tablo beklenen bir durumdur. Sonuç olarak kronik hastalığı olan bireylerin malnütrisyon riskinin daha yüksek olduğu akılda tutulmalıdır. Özellikle kronik hastalık yönetiminde aktif rol alan aile hekimlerine malnütrisyon değerlendirmesi ve yönetimi konusunda önemli bir rol düşmektedir.

Çalışmamızda gelir düzeyi algısı “düşük” olan bireylerde, algısı “orta” ve “yüksek” olan gruba kıyasla malnütrisyon riski daha yüksek saptanmıştır ($p<0,0013$). 450 yaşlı birey üzerinde araştırma yapan Özer; gelir algısı “orta” ve “yüksek” olanların,

“düşük” gelir algısına sahip bireylere göre anlamlı derecede daha yüksek MND puanları aldığını göstermiştir (Özer, 2020). Ayrıca, Dağ tarafından 300 katılımcıyla yapılan çalışmada, gelir algısı “kötü” olanların MNA puan ortalamasının “iyi” olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Dağ, 2024). Çalışmamız verileri literatür ile uyumlu olup gelir düzeyi algısı ile malnutrisyon riski arasındaki mevcut ortaya konan ilişkileri desteklemektedir.

Çalışmamızda psikolojik rahatsızlığı bulunan bireylerin, psikolojik rahatsızlığı olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde malnutrisyon riski altında olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Atam Örs’ün 120 katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmada; malnutrisyon riski taşıyan bireyler arasında depresyon oranı %25, malnutrisyon riski taşımayan grupta depresyon oranı %15 olarak saptanmıştır (Atam Örs’ün, 2020). Çalışmamızdaki bulgular, psikolojik rahatsızlığı olan bireylerde malnutrisyon riskinin gözlemlendiğini göstermektedir ve literatürde bildirilen eğilimlerle paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada ağız ve diş problemi öyküsü olan bireylerin, bu problemi olmayanlara kıyaslandığında malnutrisyon riski daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Bu sonuç, literatürdeki benzer çalışmalarla uyum göstermektedir. García-Carrillo ve arkadaşlarının yaptığı 250 yaşlı bireyi kapsayan çalışmada, ağız sağlığı sorunlarının çiğneme ve yutma fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek besin alımını kısıtladığı ve malnutrisyon riskini artırdığı bildirilmiştir (García-Carrillo ve ark., 2013). Benzer şekilde, Alqahtani ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da 261 yaşlı birey üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada da ağız ve diş problemleri ile malnutrisyon riski arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir (Alqahtani ve ark., 2023). Bu bulgular; ağız ve diş sağlığı problemlerinin çiğneme ve yutma fonksiyonlarını olumsuz etkileyerek besin alımını kısıtlayabileceği gerçeği ile birlikte değerlendirildiğinde, özellikle yaşlı bireylerde öz bakımın ne denli önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Çalışmamızda kadınlarda erkeklere göre ve evli olmayanlarda evli olanlara göre depresyon beklenenden daha fazla görülmüştür ($p<0,001$). Bu bulgu, Zhao ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada da doğrulanmış olup, kadınların depresyon riskinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Zhao ve ark., 2022). Özer’in yaptığı araştırmada da, Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form puan

ortalamasının kadınlarda erkeklere göre, bekârlarda ise evlilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özer, 2020). Çalışmada depresyonun kadın ve evli olmayan katılımcılarda daha yoğun gözlenmesi, kültürel cinsiyet rollerindeki farklılıkların ve medeni durumun ruh sağlığı üzerindeki etkilerini düşündürmektedir. Özellikle yaşam tarzı ve günlük sorumlulukların yükü bu sonuçla ilişkili olabilir.

Avustralya’da Barrass ve arkadaşları tarafından 3112 yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada öznel sosyoekonomik statüsü düşük olan bireylerde depresyon belirtilerinin daha yüksek oranda görüldüğü rapor edilmiştir (Barrass ve ark., 2024). Özer’in çalışmasında; gelir algısı “kötü” olan bireylerde depresyon görülme riskinin, gelir algısı “orta” ve “iyi” olan bireylere göre 10,2 kat daha fazla olduğu ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Özer, 2020). Ayrıca, Almanya’da yaklaşık 20000 yetişkin üzerinde yapılan bir araştırmada, bireylerin kendilerini sosyal merdivende daha aşağıda algılamalarının depresif belirtilerle bağımsız ve güçlü şekilde ilişkili olduğu ve bu algının objektif sosyoekonomik statü ile depresyon arasındaki ilişkiyi kısmen aracılık ettiği saptanmıştır (Hoebel ve ark., 2017). Myanmar’daki yaşlı bireylerde ise düşük öznel sosyoekonomik statünün, depresif belirtilerle nesnel statüye kıyasla daha güçlü bir ilişki gösterdiği belirtilmiştir (Sasaki ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda da gelir düzeyi algısı düşük olan bireylerde depresyon riski, orta ve yüksek olan gruptaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Gelir düzeyi algısının düşük olması beraberinde bir çok sosyal kaygıyı da getirebileceği göz önünde bulundurulduğunda bu tablo da beklenen bir durumdur.

Çin’de Zheng ve arkadaşlarının 60 yaş ve üstü bireyleri kapsayan CHARLS verileri kullanılarak yaptıkları araştırmada, tek başına yaşayan bireylerde depresif belirtiler riskinin anlamlı derecede daha yüksek olduğunu saptanmıştır (Zheng ve ark., 2023). Wu ve arkadaşlarının yaptığı analizde, yalnız yaşamının depresyon riskini yaklaşık %42 oranında artırdığı tespit edilmiştir (Wu ve ark., 2022). Özer’in çalışmasında ise depresyon riski olan bireylerin oranı bekarlarda evlilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Özer, 2020). Çalışmamızda tek başına yaşayan bireylerde, başkalarıyla yaşayanlara kıyasla depresyon riski daha yüksek saptanmıştır ($p=0,008$). İleri yaşta yalnız yaşamak; sosyal izolasyon, yalnızlık duygusu, azalmış sosyal

destek ve aile ilişkilerinde zayıflama gibi faktörleri beraberinde getirebilir. Ayrıca yaşlı bireylerde eş kaybı, ve fiziksel kısıtlılıklar da yalnız yaşamın olumsuz etkilerini pekiştirerek depresyon riskini artırabilmektedir. Dolayısıyla 65 yaş üstünde tek başına yaşamının, sosyal ve psikolojik yükleri artırarak depresyon gelişimine zemin hazırladığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada kronik hastalığı olan bireylerde depresyon düzeyi, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,026$). Li ve arkadaşlarının Çin’de orta ve ileri yaş bireylerde gerçekleştirdiği araştırmada, birden fazla kronik hastalığı bulunan bireylerde depresyon gelişme olasılığının istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Li ve ark., 2023). Xie ve arkadaşları KOAH’lı yetişkinlerde depresyon olasılığının KOAH’ı olmayanlara göre belirgin derecede daha yüksek olduğunu, Kommer ve arkadaşlarının kronik böbrek hastalığı olan kişilerde antidepresan tedavisi gerektiren yeni depresyon gelişiminin daha sık görüldüğünü, Forbes ve arkadaşları kanser tanılı bireylerde, tanıdan 5 yıl sonra dahi yeni depresyon/anksiyete epizodu riskinin sağlıklı bireylere göre yüksek seyrettiği, Al-Jabi diyabet ile depresyon arasında güçlü bir çift yönlü ilişki olduğunu, diyabetli bireylerde depresyon riskinin arttığını, Aaron ve arkadaşları kronik ağrı hastalarında klinik düzeyde depresyonun yaklaşık %39 oranında görüldüğünü, Adejumo ve arkadaşları ise küresel düzeyde kronik böbrek hastalığı popülasyonunda klinik depresyon yaygınlığının yüksek olduğunu bildirmiştir (Xie ve ark., 2023; Kommer ve ark., 2025; Forbes ve ark., 2024; Al-Jabi, 2024; Aaron ve ark., 2025; Adejumo ve ark., 2024). Kronik hastalıkların doğası gereği süreğenliği ve bu süreğenlik içinde ortaya çıkabilen bir takım fizyolojik değişikliklerle birlikte hastalık süreci yönetiminin getirebileceği olası yükler düşünüldüğünde depresif yükün artışı beklenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Düzenli ilaç kullanan bireylerde depresyon düzeyi, düzenli ilaç kullanmayanlara kıyasla daha yüksek saptanmıştır ($p=0,019$). Bu bulgumuzu destekleyen birçok veri bulunmaktadır. Örneğin; Bai ve arkadaşları tip 2 diyabetlilerde insülin tedavisi alanlarda depresyon riskinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, Özer de sürekli ilaç kullanan bireylerde depresyon riskinin, ilaç kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu belirtmiştir (Bai ve ark., 2018; Özer, 2020). Bu

durum sürekli ilaç alma zorunluluğu, tedavi yorgunluğu, hastalık kimliği, yan etki ve nüks korkusu, randevular/izlemler, maliyet ve erişim güçlükleri gibi olası faktörlerin psikolojik yükü arttırdığını düşündürmektedir.

Chekroud ve arkadaşları egzersiz yapan yetişkinlerin son 30 günde daha az kötü ruh sağlığı günü bildirdiğini; en elverişli örüntünün yaklaşık 45 dakika, haftada 3–5 gün olduğunu göstermiştir (Chekroud ve ark., 2018). Schuch ve arkadaşlarının araştırmasında, fiziksel olarak aktif olmayan bireylerde depresyon gelişme riskinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Schuch ve ark., 2018). Özer'in yaptığı çalışmada da egzersiz yapmayan bireylerde depresyon riski, egzersiz yapanlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Özer,2020). Bizim çalışmamız da bu literatür verilerini desteklemektedir; fiziksel aktivite yapmayan bireylerde depresyon düzeyinin, düzenli olarak fiziksel aktivite yapan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,002$). Bunun nedeni hareketsizlik; stres yanıtında bozulmaya yol açtığı ayrıca düzenli fiziksel aktivitenin (yürüyüş grupları, spor salonu vb.) sosyal etkileşimi ve algılanan sosyal desteği arttırmasının neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ağız ve diş sağlığı problemi olan bireylerde, bu tür sorunları olmayanlara kıyasla olası depresyon görülme oranı daha yüksek olarak bulunmuştur ($p=0,006$). İngiltere'de yürütülen bir çalışmada, başlangıçta depresyon belirtisi olmayan yaşlı bireyler sekiz yıl boyunca izlenmiş ve kötü oral sağlık durumuna sahip bireylerin zaman içinde depresyon geliştirme riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Tsakos ve ark., 2016). Polonya'da Głuszek-Osuch ve arkadaşları tam dişsizlikte ağır depresif belirti olasılığının en yüksek olduğunu ve >8 diş kaybının da ağır belirtiyle ilişkili olduğunu saptamıştır (Głuszek-Osuch ve ark., 2024). Birleşik Krallık'ta Cirkel ve arkadaşlarının birinci basamak verilerinde kronik gingiviti olan 6544 kişinin 10 yılda depresyon insidansının %16,3'e karşı %8,8 olduğunu ve riskin anlamlı biçimde arttığını bildirmişlerdir (Cirkel ve ark., 2021). Aynı şekilde İspanya'da Cebrino ve arkadaşların yaptığı bir başka çalışmada ise ağız sağlığı sorunu olan erişkinlerde depresyon prevalansı anlamlı düzeyde saptanmıştır (Cebrino ve ark., 2024). Bu durum; periodontal hastalık, çürük, ağrı vb. problemlerin bireylerin duygu durumlarını aşağı çekmiş olabileceğini; aynı zamanda ağız kokusu,

estetik kaygı, telaffuz/seslenme zorluğu ve gülüşten kaçınmanın sosyal geri çekilmeye sebep olarak depresif belirtileri arttırmış olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, erkeklerin kadınlara kıyasla günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla bağımlı veya yarı bağımlı oldukları görülmüştür ($p<0,001$). Bu bulgu, cinsiyete bağlı fonksiyonel farklılıkların yaşlılık döneminde belirginleştiğini göstermektedir. Literatürde de benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Örneğin, Moon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerin Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivitesi'ne göre bağımlılık oranı %51,8, kadınların ise %42,4 olarak bulunmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (Moon ve ark., 2024). Ayrıca Park ve Lee, yaşlı erkek bireylerin kadınlara göre daha düşük Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivitesi performansına sahip olduklarını ve bağımsız yaşam aktivitelerinde daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını bildirmiştir (Park ve Lee, 2021). Bunun nedeni kadınların yaşam boyu ev içi görevleri (alışveriş, yemek, temizlik, ilaç düzeni) daha fazla üstlendiği için günlük yaşam aktivitelerinde daha pratik ve özerk olabileceği, erkeklerin ise benzer işlerde beceri/alışkanlık eksikliği nedeniyle daha çok yardıma ihtiyaç duyabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, sigara içme durumu ile Lawton Günlük Yaşam Aktiviteleri bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Özellikle, 'İçip bırakan' grupta, 'halen içen' gruba göre daha fazla bağımlı ya da yarı bağımlı birey bulunmuştur. 'Hiç içmeyen' grupta ise 'İçip bırakan' gruba göre daha fazla bağımsız birey gözlemlenmiştir ($p<0,001$). Howard ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, sigara içme geçmişi olan bireylerin, sigara içmeyenlere göre daha düşük fonksiyonel bağımsızlık düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur (Howard ve ark., 2020). Bu bulgular, sigarayı çoğunlukla sağlık bozulduktan sonra bırakma eğilimi (hasta bırakıcı etkisi), sigaranın yol açtığı kalıcı kardiyopulmoner hasarın kısa ve orta vadede geri dönmemesi, "içip bırakanlar"ın daha ileri yaş ve daha yüksek paket-yıl maruziyeti taşımaları ve davranışsal/klinik yükün (ağrı, dispne, düşük fiziksel aktivite) bu grupta birikmesiyle uyumludur. Buna karşılık "hiç içmeyen"lerde daha elverişli sağlık profili ve yaşam tarzı bağımsızlığı desteklemiş olabilir. Dolayısıyla gözlenen farklar, komorbidite ve işlevsel kapasite farklılıklarının yansıması olarak yorumlanabilir.

Meksika’da, Velázquez-Alva ve arkadaşları huzurevlerinde yaşayan 262 yaşlı bireyde yapılan araştırmada beslenme durumu ile depresyon puanları arasında ters yönde ilişki saptamışlardır; depresif belirtileri olanların malnütrisyon/riski altında olma olasılığı depresif olmayanlara göre yaklaşık beş kat yüksek bulmuşlardır (Velázquez-Alva ve ark., 2020). İran’da Vafaei ve arkadaşları kırsal bölgelerde yaşayan 370 yaşlı üzerinde yürütülen çalışmada da malnütrisyon, depresyonla anlamlı biçimde ilişkili bulunmuş; malnütrisyonu olanlarda ağır depresyon görülme olasılığı çok daha yüksek bulmuşlardır (Vafaei ve ark., 2013). Atam Örs malnütrisyon riski olan grupta geriatrik depresyon skalası puanı ve geriatrik depresyon oranı (her iki grup için $p=0.000$) diğer gruptan anlamlı olarak daha yüksek saptamıştır (Atam Örs, 2020). Yapılan bir başka benzer çalışmada Özer’in araştırmasında, malnütrisyon ya da malnütrisyon riski taşıyan bireylerin, depresyon riski taşıyanlar arasında anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda yer aldığı; buna karşılık, beslenme durumu normal olan bireylerin depresyon riski taşımayan grupta anlamlı şekilde daha fazla bulunduğu rapor edilmiştir (Özer, 2020). Literatürle benzer şekilde bizim çalışmamızda da ‘kesin depresyon’ grubunda ‘depresyon yok’ grubundan daha fazla malnütrisyon riski altında birey gözlenmiştir ($p<0,001$).

Bu çalışmada elde edilen bulgular, 65 yaş ve üzeri bireylerde malnütrisyon, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın birbiriyle çok boyutlu ve karşılıklı etkileşim içinde olduğunu ortaya koymaktadır. Malnütrisyon riski; kronik hastalık, düşük gelir düzeyi algısı, psikolojik rahatsızlıklar ve ağız-diş sağlığı sorunları gibi birçok faktörle ilişkili bulunmuştur. Depresyon ise kadınlarda, yalnız yaşayanlarda, düşük gelir algısı olan bireylerde, fiziksel aktivite yapmayanlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha yaygın gözlenmiştir. Ayrıca, depresyon düzeyindeki artışın malnütrisyon riskini de anlamlı biçimde yükselttiği belirlenmiştir. Fonksiyonel bağımlılığın özellikle erkeklerde ve sigara kullanma öyküsü olanlarda daha sık görülmesi, yaşam tarzı ve sosyal faktörlerin yaşlılıkta bağımsızlık üzerine etkilerini göstermektedir. Bu çok yönlü ilişkiler, yaşlı bireylerin sağlığının yalnızca klinik parametrelerle değil; psikososyal, ekonomik ve fonksiyonel yönleriyle birlikte ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapsamlı tarama programları, erken müdahale ve multidisipliner yaklaşımlar

aracılığıyla bu sorunların önlenmesi ve yönetilmesinin mümkün olabileceğini düşünüyoruz.



6. KAYNAKLAR

- Aalami, O. O., Fang, T. D., Song, H. M., & Nacamuli, R. P. (2003). Physiological features of aging persons. *Archives of Surgery*, 138(10), 1068–1076.
- Abrass, I. B. (1990). The biology and physiology of aging. *Western Journal of Medicine*, 153(6), 641–645.
- Aaron, R. V., Ravyts, S. G., Carnahan, N. D., Bhattiprolu, K., Harte, N., McCaulley, C. C., Rogers, A. B., Vitalicia, L., Wegener, S. T., & Dudeney, J. (2025). Prevalence of depression and anxiety among adults with chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 8(3), e250268.
- Adejumo, O. A., Osaji, J. O., & Abolarin, O. S. (2024). Global prevalence of depression in chronic kidney disease. *Journal of Psychosomatic Research*, Advance online publication.
- Akdemir, N., & Birol, L. (2005). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. İzmir, Turkey: Sistem Ofset, 193-196.
- Akdemir, N., Görgülü, S., Seviğ, Ü., ve ark. (1992). Yaşlılık ve sağlıklı yaşlanma. *Sağlıklı Yaşlanma Sempozyum Kitabı* (s. 379-384). Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Basımevi. Ankara.
- Al-Jabi, S. W. (2024). Emerging global interest: Unraveling the link between diabetes mellitus and depression. *World Journal of Psychiatry*, 14(7), 1127–1139.
- Alexopoulos, G. S. (2001). New concepts for prevention and treatment of late-life depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 835-838.
- Alberda, C., Graf, A., & McCargar, L. (2006). Malnutrition: etiology, consequences, and assessment of a patient at risk. *Best practice & research clinical gastroenterology*, 20(3), 419-439.
- Allen, S., Beales, S., Busolo, D., Clark, F., Eldridge, C., Gonzalez, O., ve diğerleri. (2002). State of the world's older people 2002. HelpAge International.
- Alqahtani, A. S., Al-Zahrani, M. S., & Al-Jewair, T. S. (2023). Oral health status and its association with nutritional status among hospitalized older adults. *Nutrients*, 15(18), 4032.
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). Ageing process and physiological changes. *Gerontology*, 32, 137–144.
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2015). Changes during aging and their association with malnutrition. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(3), 78–84.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Andersson, I., & Sidenvall, B. (2001). Case studies of food shopping, cooking and eating habits in older women with Parkinson's disease. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 69–78.

Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 Jul 8;2014(4).

Arslan, P., & Rakıcıoğlu, N. (2004). Beslenme risk taraması ve yaşlı beslenmesi. Y. G. Kutsal (Haz.), *Yaşlılık gerçeği* (s. 97–114). Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

Arun, Ö. (2008). Yaşlı bireyin Türkiye serüveni: Kaliteli yaşlanma imkânı üzerine senaryolar. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(2), 313–330.

Aslan, D., Şengelen, M., & Bilir, N. (2008). Yaşlılık döneminde beslenme sorunları ve yaklaşımlar. *Geriatrici Derneği Eğitim Serisi*, 1, 7–14.

Atam Örs, S. Y. (2020). 65 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık ve malnutrisyon ilişkisi ,Uzmanlık tezi, İzmir (Danışmanı:Doç. Dr.Yasemin Kılıç Öztürk)

Ates Bulut, E., Soysal, P., & Isik, A. T. (2018). Frequency and coincidence of geriatric syndromes according to age groups: Single-center experience in Turkey between 2013 and 2017. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1899–1905.

Bai, X., Liu, Z., Li, Z., & Yan, D. (2018). The association between insulin therapy and depression in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *BMJ Open*, 8(11), e020062.

Barkoukis, H. (2016). Nutrition recommendations in elderly and aging. *The Medical Clinics of North America*, 100(6), 1237–1250.

Barrass, S., Broadbent, J. M., & Cunningham, T. (2024). Subjective socioeconomic status and depression: Findings from a population-based study. *BMC Public Health*, 24(1), 1469.

Başıoğlu, S., Karaağaoğlu, N., Erbaş, N., & Ünlü, A. (1996). Enteral-parenteral beslenme (Yayın No. 8). Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.

Bayır, H., Yıldız, İ., Erkuran, M. K., Koçoğlu, H. (2015). Yoğun Bakım Hastalarında Malnütrisyon. *Abant Medical Journal*, 4(4), 420-427.

Baysal, A. (1999). Beslenme. Hatiboğlu Basım ve Yayımevi.

Baysal, A. (1994). Yaşlılık ve beslenme (Yayın No. 7). Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını

Baştürk, B., & Boyacıoğlu, S. (2004). İmmün yaşlanma. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(3), 159–161.

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154.

Beğer, T., & Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25(3), 1–3.

Bell, C. L., Lee, A. S., & Tamura, B. K. (2015). Malnutrition in the nursing home. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 18(1), 17–23.

Boyce, J. M., & Shone, G. R. (2006). Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate medical journal*, 82(966), 239–241.

Brickman, A. M., & Stern, Y. (2009). Aging and memory in humans. In L. R. Squire (Ed.), *Encyclopedia of neuroscience* (Vol. 1, pp. 175–180). Academic Press.

Cankurtaran, E., & Cankurtaran, M. (2007). Geriatrik depresyon ve yaşlılık psikozu. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14, 55.

Cebrino, J., & Portero de la Cruz, S. (2024). Factors related to depression in adults with oral health problems in Spain (2017 to 2020). *Frontiers in Public Health*, 12, 1364119.

Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S. C., Compher, C., et al. (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition*, 36(1), 49–64.

Cereda, E., Valzolgher, L., & Pedrolli, C. (2008). Mini nutritional assessment is a good predictor of functional status in institutionalised elderly at risk of malnutrition. *Clinical Nutrition*, 27(5), 700–705.

Chan, M., Lim, Y. P., Ernest, A., & Tan, T. L. (2010). Nutritional assessment in an Asian nursing home and its association with mortality. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(1), 23–28.

Chapman, I. M. (2004). Endocrinology of anorexia of ageing. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 18(3), 437–452.

Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409.

Chekroud, S. R., Gueorguieva, R., Zheutlin, A. B., Paulus, M., Krumholz, H. M., Krystal, J. H., & Chekroud, A. M. (2018). Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA: A cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 739–746.

Cirkel, L. L., Jacob, L., Smith, L., López-Sánchez, G. F., Konrad, M., & Kostev, K. (2021). Relationship between chronic gingivitis and subsequent depression in 13,088 patients followed in general practices. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 103–106.

Clark, D., & Perry, L. (1989). Normal ageing. In D. Wasilenki (Ed.),

Psycogeriatrics: A practical handbook. Jessica Kingsley Publishers.

Coulston, A. M. (1990). Nutrition management in nursing homes. In J. E. Morley, Z. G. Glick, & L. Z. Rubenstein (Eds.), *Geriatric nutrition* (pp. 333–347). Raven Press.

Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., et al. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, 39(4), 412–423.

Çakmak, B., Aydın, F., Aktaş, İ., Akgün, K., & Eryavuz, M. (2004). Geriatrik hastalarda kas-iskelet sistemi hastalıkları. *Türk Geriatri Dergisi*, 7, 221–224.

Çevik, A., Çevik, A., Basat, O., & Uçak, S. (2014). Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri üzerine olan etkisinin irdelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 6(3), 31–37.

Çiftçili, S. (Ed.). (2011). Aile hekimleri için yaşlı sağlığına bütüncül yaklaşım (1. baskı). Deomed.

Cromwell, D. A., Eagar, K. ve Poulos, R. G. (2003). The performance of instrumental activities of daily living scale in screening for cognitive impairment in elderly community residents. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(2), 131–137. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(02\)00599-1](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00599-1)

Dangour, A. D., Andreeva, V. A., & Sydenham, E. (2012). Omega 3 fatty acids and cognitive health in older people. *British Journal of Nutrition*, 107(2), 152–158.

Danış, M. Z. (2009). Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık Ve Yoksulluk Durumları Ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 20(1), 67–84.

Delibaş, D. H., Eşkut, N., İlhan, B., Erdoğan, E., Top Kartı, D., Yılmaz Küsbeci, Ö., et al. (2021). Clarifying the relationship between sarcopenia and depression in geriatric outpatients. *Aging Male*, 24(1), 29–36.

de Oliveira, T. R., & Frigerio, M. L. (2004). Association between nutrition and the prosthetic condition in edentulous elderly. *Gerodontology*, 21(4), 205–208.

Dikmenoğlu, N., & Gökçe Kutsal, Y. (2007). Yaşlılık döneminde meydana gelen fizyolojik değişiklikler. *Temel Geriatri*, Ank Güneş Tıp Kitabevleri.

- Ersan, T., & Arıoğlu, S. (2002). Yaşlılarda fizyolojik değişiklikler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 33(2), 68-72.
- Ersoy, E., & Saatçi, E. (2017). Cancer screening: Controversies. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 21(3), 118-122.
- Ertan, T., Eker, E., & Şar, V. (1997). Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk yaşlı popülasyonunda geçerlik ve güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34(2), 62-71.
- Fan, X., & Chen, M. (1999). Parental involvement and students' academic achievement: A contract (ERIC Report No. ED430048). ERIC.
- Finkelstein, J. A., & Schiffman, S. S. (1999). Workshop on taste and smell in the elderly: An overview. *Physiology & Behavior*, 66(2), 173-176.
- Forbes, H., Carreira, H., Funston, G., Andresen, K., Bhatia, U., Strongman, H., Abrol, E., Bowen, L., Giles, C., & Bhaskaran, K. (2024). Early, medium and longterm mental health in cancer survivors compared with cancer-free comparators: Matched cohort study using linked UK electronic health records. *EClinicalMedicine*, 76, 102826.
- Fornelli, G., Isaia, G. C., & D'Amelio, P. (2016). Ageing, muscle and bone. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 64, 75-80.
- García-Carrillo, M., et al. (2013). Impact of oral health on nutritional status in community-dwelling older adults. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(2), 123-129.
- GEBAM. (2009). Yaşlılık döneminde sağlıklı beslenme (Elektronik sürüm). Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Glenville, M. (2004). New thinking about osteoporosis. In *The new natural alternatives to HRT* (pp. 79-107). Kyle Cathie Limited.
- Głuszek-Osuch, M., Cieśla, E., & Suliga, E. (2024). Relationship between the number of lost teeth and the occurrence of depressive symptoms in middle-aged adults: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 24, 559. doi:10.1186/s12903-02404337-z
- Gnjidic, D., Hilmer, S. N., Blyth, F. M., Naganathan, V., Waite, L., Seibel, M. J., ... & Cumming, R. G. (2012). Polypharmacy cutoff and outcomes: Five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65(9), 989-995.
- Göktaş, K., & Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda depresyon. *Psichiatri Türkiye*, 8(1), 30-37.
- Graf, C. (2008). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *American Journal of Nursing*, 108(4), 53-62.

Gramlich, L., Kichian, K., Pinilla, J., Rodych, N. J., Dhaliwal, R., & Heyland, D. K. (2004). Does enteral nutrition compared to parenteral nutrition result in better outcomes in critically ill adult patients? A systematic review of the literature. *Nutrition*, 20(10), 843–848.

Grassi, M., Petraccia, L., Mennuni, G., Fontana, M., & Sabetta, S. (2011). Functional disorders and diseases in the gastrointestinal tract of elderly. *Nutrición Hospitalaria*, 26(4), 659–668.

Greden, J. F. (1993). Antidepressant maintenance medications: When to discontinue and how to stop. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(Suppl), 39–45; discussion 46–47. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8253705>

Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature—What does it tell us? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(6), 466–485.

Gündüz, H. (2000). Yaşlılarda postür ve yürüme. *Türk Geriatri Dergisi*, 3(4), 155.

Halil, M., & Arıoğlu, S. (2011). Sarkopeniye yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 3, 123–132.

Halil, M., & Cankurtaran, M. (2008). Geriatrik hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(6 Suppl 1), 262–266.

Harbottle, L. (2011). Nutrition and mental health: The importance of diet in depression. *British Journal of Wellbeing*, 2(7), 19–22.

Helene, M., Pereira, L. V., & Lima, L. (2007). Evaluation of nutritional screening tools for patients scheduled for cardiac surgery. *Nutrition*, 23(8–9), 577–584.

Hickson, M. (2006). Malnutrition and ageing. *Lisansüstü Tıp Dergisi*, 82(963), 2–8.

Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 6, 118–126

Hoebel, J., Maske, U. E., Zeeb, H., & Lampert, T. (2017). Social inequalities and depressive symptoms in adults: The role of objective and subjective socioeconomic status. *PLoS ONE*, 12(1), e0169764.

Holford, P. (2003). Depression: The nutrition connection. *Primary Care Mental Health*, 1(1), 9–16.

Howard, V. J., Howard, G., & McClure, L. A. (2020). Relationship between smoking history and current functioning in older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(3), 166–173.

Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780–791.

Institute of Medicine. (2011). Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. The National Academies Press.

Izaks, G. J., & Westendorp, R. G. J. (2003). Ill or just old? BMC Geriatrics, 3(1), 7.

İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar, G., & Ünal, S. (Eds.). (2005). İç hastalıkları (2. baskı, Cilt 1). Güneş Kitabevi.

İnce, B. (2017). Yaşlılarda iskemik inme. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 45(Suppl. 5), 83–85.

Janssens, J. P., Pache, J. C., & Nicod, L. P. (1999). Physiological changes in respiratory function associated with ageing. European Respiratory Journal, 13(1), 197–205.

Jensen, G. L., Compher, C., Sullivan, D. H., & Mullin, G. E. (2013). Recognizing malnutrition in adults: Definitions and characteristics, screening, assessment, and team approach. JPEN: Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 37(6), 802–807.

Jonas, M., Kuryłowicz, A., & Puzianowska-Kuźnicka, M. (2015). Aging and the endocrine system. Postępy Nauk Medycznych.

Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (2010). Yaşlılık ve bakım. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım kitabı. Nobel Kitabevi.

Karadeniz, G. (2008). Yaşlılık dönemi fiziksel özellikleri. K. Ersanlı & M. Kalkan (Eds.), Psikolojik, sosyal ve bedensel açıdan yaşlılık (ss. 19-38). Pegem Akademi.

Karakaş, S., & Durmaz, H. (2017). Yaşlılık dönemi psikolojik özellikleri ve moral. Kocatepe Tıp Dergisi, 18(1), 32–36.

Karaoğlu, N. (2019). Yaşlı bireylerde depresyon. Türkiye Klinikleri J Fam MedSpecial Topics, 10, 84–88.

Katz, S., Downs, T. D., Cash, H., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. The Gerontologist, 10(1), 20–30.

Kaya, B. (1999). Yaşlılık ve depresyon-1: Tanı ve değerlendirme. Geriatri, 2(2), 76–82.

Kayıhan, H. (2007). Yaşam kalitesi. 1. Ulusal Yaşlılık Konseyi Kongresi, İstanbul.

Keller, M. B. (1984). Long-term outcome of episodes of major depression. JAMA, 252(6), 788.

King, M. B., Whipple, R. H., Gruman, C. A., Judge, J. O., Schmidt, J. A., & Wolfson, L. I. (2002). The performance enhancement project: Improving physical performance in older persons. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 83(8), 1060–1069.

Kirkwood, T. B. L. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120(4), 437–447.

Kommer, A., Claßen, P. C., Schleicher, E. M., Weinmann-Menke, J., Kostev, K., & Labenz, C. (2025). Chronic kidney disease is associated with incident depression requiring treatment: A retrospective cohort study. *Clinical Kidney Journal*, 18(7), sfaf186.

Koning, A.-S. C. A. M., van der Meulen, M., Schaap, D., & Dekkers, O. (2024). Neuropsychiatric adverse effects of synthetic glucocorticoids: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 109(6), e1442–e1458.

Köroğlu, E. (Ed.). (2015). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru kitabı* (5. Baskı, ss. 92–112). HYB Yayınları.

Krezalek, M. A., & Alverdy, J. C. (2016). The role of the microbiota in surgical recovery. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 19(5), 347–352.

Kutsal, Y. G. (2007). Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. *Geriatrici: TTB Yayını*, 2007, 13–19.

Lavanya, M., Kumari, R., & Reddy, T. (2025). Predictors of dependency in instrumental activities of daily living among community-dwelling elderly in a rural area of Telangana. *National Journal of Community Medicine*, 16(1), 45–49.

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186.

León-Muñoz, L. M., Guallar-Castillón, P., García-Esquinas, E., Galán, I., & Rodríguez-Artalejo, F. (2016). Alcohol drinking patterns and risk of functional limitations in two cohorts of older adults. *Clinical Nutrition*, 36(3), 831–838

Li, D., Zhang, Y., & Wang, X. (2023). The association between chronic disease and depression in middle-aged and elderly people. *Frontiers in Public Health*, 11, 935969.

Lovat, L. B. (1996). Age related changes in gut physiology and nutritional status. *Gut*, 38(3), 306–309.

Magnuson, A., Sattar, S., Nightingale, G., Saracino, R., Skonecki, E., & Trevino, K. M. (2019). A practical guide to geriatric syndromes in older adults with cancer: A focus on falls, cognition, polypharmacy, and depression. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 39, e96–e109.

Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., et al. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430–439.

Marian, M., & Sacks, G. (2009). Micronutrients and older adults. *Nutrition in Clinical Practice*, 24(2), 179–195.

Medina, J. (1996). *The clock of ages*. Cambridge University Press.

Mezuk, B., Edwards, L., Lohman, M., Choi, M., & Lapane, K. (2012). Depression and frailty in later life: A synthetic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(9), 879–892.

Moon, S., Oh, E., Chung, D., & Hong, G.-R. S. (2024). Changes in instrumental activities daily living limitations and their associated factors according to gender in community-residing older adults: A longitudinal cohort study. *PLoS ONE*, 19(1), e0296796.

Morley, J. E. (1997). Anorexia of aging: Physiologic and pathologic. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 66(4), 760–773.

Morley, J. E. (2003). Anorexia and weight loss in older persons. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(2), M131–M137.

Morley, J. E. (2013). Pathophysiology of the anorexia of aging. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 16(1), 27–32.

Nalbant, S. (2008). Yaşlılıkta fizyolojik değişiklikler. *Nobel Medicus Online Dergi*, 4(2), 4–11.

Navaratnarajah, A., & Jackson, S. H. D. (2017). The physiology of ageing. *Medicine (United Kingdom)*, 45(1), 6–10.

Nishioka, S. (2018). Aging-related frailty and sarcopenia. Nutrition intervention for individuals with frailty and sarcopenia. *Clinical Calcium*, 28(9), 1241–1247.

O'Neill, P. S., Wellman, N. S., Himburg, S. P., Johnson, P., & Elfenbien, P. (2005). Aging in community nutrition, diet therapy, and nutrition and aging textbooks. *Gerontology & Geriatrics Education*, 25(3), 65–83.

Oğuzhanoglu, N. (2003). Yaşlanma ve psikiyatrik sorunlar. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi.

Olgun, N., Aslan Eti, F., Yücel, N., Öntürk Kan, Z., & Laçın, Z. (2013). Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 72–78.

Omran, M. L., & Morley, J. E. (2000). Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition*, 16(1), 50–63.

Omran, M. L., & Salem, P. (2002). Diagnosing undernutrition. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18(4), 719–736

Osterweil, D., Brummel-Smith, K., & Beck, J. C. (2000). Comprehensive geriatric assessment. McGraw-Hill Professional.

Özer, Ş. D. (2020). Yaşlılarda malnütrisyon ve depresyon ilişkisinin değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Çanakkale(Danışman: Öğr. Gör. Dr. Yusuf Haydar Ertekin)

Özgül, A. (2000). Geriatrik patolojinin esasları. In M. Beyazova & M. Gökçe-Kutsal (Eds.), Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. Güneş Kitapevi.

Özmenler, K. N. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. Duygudurum Dizisi, 3, 109–115.

Park, J., & Lee, Y. J. (2021). Gendered expectations distort male-female differences in instrumental activities of daily living in later adulthood. BMC Public Health, 21, Article 1532.

Pazvantoğlu, O., Okay, T., Dilbaz, N., Şengül, C., & Bayam, G. (2004). Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi. Klinik Psikiyatri, 7(3), 153–160.

Peacock, M. (2010). Calcium metabolism in health and disease. Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 5(Suppl 1), 23–30

Pehlivan, S., & Karadakovan, A. (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(3).

Pekcan, G. (2013). Beslenme durumunun saptanması. In A. Baysal & M. Aksoy (Eds.), Diyet El Kitabı (ss. 67–142). Hatiboğlu Basım ve Yayımlar San. Tic. Ltd. Şti.

Priebe, H. J. (2000). The aged cardiovascular risk patient. British Journal of Anaesthesia, 85(5), 763–778.

Rakıcıoğlu, N., & Atilla, S. (2003). Yaşlılıkta beslenme. HASAK Teknik Rapor No: 8, Ankara.

Rakıcıoğlu, N. (2006). Malnütrisyon ve yaşlanma anoreksisi. In S. Arıoğlu (Ed.), Geriatri ve gerontoloji (1. baskı, ss. 373–384). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Rakıcıoğlu, N. (2007). Yaşlılara verilen beslenmeye yönelik hizmetler. In Y. G. Kutsal (Ed.), Temel geriatri (pp. 151–164). Güneş Tıp Kitapevleri.

Rakıcıoğlu, N. (2009). Yaşlılık döneminde malnütrisyonun saptanması. In Y. G. Kutsal (Ed.), Geriatri yaşı sağlığına multidisipliner yaklaşım (2. baskı, ss. 115–120). Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını.

Rakıcıoğlu, N. (2014). Yaşlı hastaya özgü besin ögesi gereksinimleri. In H. T. Besler & N. İnanc (Ed.), Diyetisyenlerin enteral ve parenteral beslenme el kitabı (ss. 119–131). Nobel Kitapevleri Tic. Ltd. Şti.

Raynaud, S. A. (2009). Virtual Clinical Nutrition University: Malnutrition in the elderly, epidemiology and consequences. *ESPEN Clinical Nutrition*, 4(2), e86–e89.

Ritchie, C. (2013). Geriatric nutrition: Nutritional issues in older adults. UpToDate. <https://www.uptodate.com>

Ritz, P. (2001). Factors affecting energy and macronutrient requirements in elderly people. *Public Health Nutrition*, 4(2B), 561–568.

Roberts, S. B., & Dallal, G. E. (2005). Energy requirements and aging. *Public Health Nutrition*, 8(7A), 1028–1036.

Ropper, A. H., Samuels, M. A., Klein, J. P., & Prasad, S. (2014). *Adam and Victor's principles of neurology* (10th ed.). McGraw Hill Professional.

Rosenthal, R. A., & Kavic, S. M. (2004). Assessment and management of the geriatric patient. *Critical Care Medicine*, 32(4 Suppl), S92–S105.

Rossi, A., Ganassini, A., & Tantucci, C. (1996). Aging and the respiratory system. *Aging Clinical and Experimental Research*, 8(3), 143–161.

Sacks, G. S., Dearman, K., Replogle, W. H., Cora, V. L., Meeks, M., & Canada, T. (2000). Use of subjective global assessment to identify nutrition-associated complications and death in geriatric long-term care facility residents. *Journal of the American College of Nutrition*, 19(5), 570–577.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.). (2005). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., Vol. 2, pp. 3595–3603). Lippincott Williams & Wilkins.

Saha, S., Lim, C. C. W., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., ... McGrath, J. J. (2021). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38(3), 286–306.

Saintrain, M. V. d. L., Saintrain, S. V., de Oliveira Branco, J. G., Peixoto Caldas, J. M., Lourenço, C. B., & Vieira-Meyer, A. P. G. F. (2021). Dependence in instrumental activities of daily living and its implications for older adults' oral health. *PLOS ONE*, 16(4), e0249275.

Saka, B., Kaya, O., Öztürk, G. B., Erten, N., & Karan, M. A. (2010). Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clinical Nutrition*, 29(6), 745–748.

Saka, B., & Özkulluk, H. (2008). İç Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran yaşlı hastalarda nütrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(3), 151–157.

Sanchez-Rodriguez, D., Locquet, M., Reginster, J.-Y., Cavalier, E., Bruyère, O., & Beaudart, C. (2020). Mortality in malnourished older adults diagnosed by ESPEN

and GLIM criteria in the SarcoPhAge study. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*.

Saraç, Z. F., & Yılmaz, M. (2015). Yaşlılık ve sağlıklı beslenme. *Ege Tıp Dergisi*, 54(10), 1–11.

Saraç, Z. F. (2017). Diyabeti öğrenmek tedavinin ilk basamağıdır. In *Yaşlılık ve Diyabet El Kitabı*. İzmir: İzmir Büyükşehir Belediyesi Yayınları.

Sasaki, Y., Shobugawa, Y., Nozaki, I., Takagi, D., Nagamine, Y., & Sugisawa, H. (2021). Association between subjective socioeconomic status and depressive symptoms among older adults in Myanmar. *PLoS ONE*, 16(2), e0245489.

Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., ... & Stubbs, B. (2018). Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631–648.

Secher, M., Villars, H., Abellan van Kan, G., & Vellas, B. (2007). The Mini Nutritional Assessment (MNA) after 20 years of research and clinical practice. *Clinical Gerontology*, 17(3), 293–310.

Seiler, W. O. (2001). Clinical pictures of malnutrition in elderly subjects. *Nutrition*, 17(6), 496–498.

Selçuk, H. (2012). Malnütrisyon ve önemi. *Güncel Gastroenteroloji*, 16(2), 158–162.

Sieber, C. C. (2019). Malnutrition and sarcopenia. *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(6), 793–798.

Singh, S., Subramanyam, A., Kamath, R., Pinto, C., Raut, N., & Shanker, S. (2014). Perception of old age and self: A comparative study of elderly females living in community and in old age home. *Journal of Geriatric Mental Health*, 1(1), 32

Soysal, P., Veronese, N., Arik, F., Kalan, U., Smith, L., & Isik, A. T. (2017). Mini Nutritional Assessment Scale-Short Form can be useful for frailty screening in older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 289–294.

Stahl, S. M. (1998). Mechanism of action of serotonin selective reuptake inhibitors. *Journal of Affective Disorders*, 51(3), 215–235.

Stahl, S. M., Grady, M. M., Moret, C., & Briley, M. (2005). SNRIs: The pharmacology, clinical efficacy, and tolerability in comparison with other classes of antidepressants. *CNS Spectrums*, 10(9), 732–747.

Stechmiller, J. K. (2003). Early nutritional screening of older adults: Review of nutritional support. *Journal of Infusion Nursing*, 26(3), 170–177.

Stefanacci, R. G. (2024,). Physical changes with aging. *MSD Manual Professional Edition*

Şahin, D., Aydın, A., Şimşek, N., & Çabar, H. D. (2012). Elderly, depression, and nursing. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(1), 38–41.

Şahin, E. M., & Yalçın, M. M. (2003). Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Geriatri*, 6(1), 10–13.

Tahir, Ü. (2005). Yaşlanma ile organ ve sistemlerde görülen değişiklikler. 4. Ulusal Geriatri Kongresi Konuşma Metinleri. Geriatri Derneği Yayını.

Tamam, L., & Öner, S. (2001). Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*, 1, 50–60.

Tanyel, E., Taşdelen Fışgın, N., Tülek, N., & Leblebicioğlu, H. (2006). Yaşlı hastalardaki üriner sistem infeksiyonlarının değerlendirilmesi. *İnfeksiyon Dergisi*, 20(2), 87–91.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Geriatrik Değerlendirme Rehberi. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.

Tırpan, K. (2010). Birinci basamak ve geriatri ilişkisi. Geriatri Kongresi.

Tiemeier, H. (2003). Biological risk factors for late life depression. *European Journal of Epidemiology*, 18, 745–750.

Tong, A. Y. ve Man, D. W. (2002). The validation of the Hong Kong Chinese version of the Lawton instrumental activities of daily living scale for institutionalized elderly persons. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 22(4), 132–142.

Tsakos, G., Steele, J. G., & Sabbah, W. (2016). Social gradients in oral health in older adults: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *American Journal of Public Health*, 106(3), 428–434.

TÜİK. (2019). Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları.

TÜİK. (2020). İstatistiklerle yaşlılar.

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>

TÜİK. (2022). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. Türkiye İstatistik Kurumu.

Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)-2015. (2016). T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi. (2009). Geriatri: Yaşlı sağlığına multidisipliner yaklaşım (ss. 115–120). Ankara: Yayınevi.

Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. (2015). [Erişim tarihi: 21.08.2018]. http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/TOBR_kitap.pdf

Uluocak, Ş., Aslan, C., Bakar, C., Gökulu, G., & Bilir, O. (2013). Çanakkale yaşlı atlası. Çanakkale: Çanakkale Olay Gazetesi.

United Nations. (2019). World population prospects 2019. Department of Economic and Social Affairs.

U.S. National Library of Medicine. (2021,). Aging changes in the senses. MedlinePlus.

Uzundikme, F., & Çakıroğlu, F. P. (2007). Yaşlılıkta sebze-meyve tüketimi. [Elektronik sürüm]. Ankara: Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi.

Vafaei, Z., Mokhtari, H., Sadooghi, Z., Meamar, R., Chitsaz, A., & Moeini, M. (2013). Malnutrition is associated with depression in rural elderly population. *Journal of Research in Medical Sciences*, 18(Suppl 1), S15–S19.

Varlı, M., (2013). Guideline for Malnutrition in the Elderly. Guideline for Malnutrition in the Elderly (pp.1-89), Ankara: Akademik Geriatri Derneği.

Vasto, S., Scapagnini, G., Bulati, M., Candore, G., Castiglia, L., & Colonna-Raulalt, G. (2009). Aile hekimlerinin birinci basamakta yaşlı hasta değerlendirmesindeki sorunlar. In *Akademik Geriatri Kongresi Kongre Kitabı* (pp. 17–22). Antalya.

Vasto, S., Scapagnini, G., Bulati, M., Candore, G., Castiglia, L., Colonna-Romano, G., Lio, D., Nuzzo, D., Pellicano, M., Rizzo, C., Ferrara, N., & Caruso, C. (2010). Biomarkers of aging. *Frontiers in Bioscience (Scholar Edition)*, 2(2), 392–402

Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., et al. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15(2), 116–122.

Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., & Albarede, J. L. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA): Review of the literature—What does it tell us? *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 10(6), 466–485.

Velázquez-Alva, M. C., Irigoyen-Camacho, M. E., Cabrer-Rosales, M. F., Lazarevich, I., Arrieta-Cruz, I., Gutiérrez-Juárez, R., & Zepeda-Zepeda, M. A. (2020). Prevalence of malnutrition and depression in older adults living in nursing homes in Mexico City. *Nutrients*, 12(8), 2429.

Vetta, F., Ronzoni, S., Taglieri, G., & Bollea, M. R. (1999). The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. *Clinical Nutrition*, 18(5), 259–267.

Visvanathan, R. (2003). Under-nutrition in older people: A serious and growing global problem! *Journal of Postgraduate Medicine*, 49(4), 352.

Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitivebehavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475–488.

Vittengl, J. R., White, C. N., McGovern, R. J. ve Morton, B. J. (2006). Comparative validity of seven scoring systems for the instrumental activities of daily living scale in rural elders. *Aging & Mental Health*, 10(1), 40-47.

Volkert, D., Berner, Y. N., Berry, E., Cederholm, T., Bertrand, P. C., Milne, A., et al. (2006). ESPEN guidelines on enteral nutrition: Geriatrics. *ESPEN*.

Volkert, D., & Sieber, C. C. (2011). Protein requirements in the elderly. *International Journal for Vitamin and Nutrition Research*, 81(2-3), 109-119.

Williams, G. N., Higgins, M. J., & Lewek, M. D. (2002). Aging skeletal muscle: Physiologic changes and the effects of training. *Physical Therapy*, 82(1), 62-68.

Wilson, G. (2000). *Understanding old age*. Sage Publications.

Wood, R. J., Suter, P. M., & Russell, R. M. (1994). Mineral requirements of elderly people. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 62(3), 493-505.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). *Malnutrition*. https://www.who.int/healthtopics/malnutrition#tab=tab_1 [Erişim tarihi: 13.06.2022].

Wu, D., Liu, F., & Huang, S. (2022). Assessment of the relationship between living alone and the risk of depression based on longitudinal studies: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 13, 954857.

Wu, M., Wu, S. V., Wang, T., Kao, M., & Yang, W. (2012). Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 173-181.

Xie, H., Jiang, Y., Liu, L., Peng, H., Li, J., & Chen, Z. (2023). Global prevalence and risk factors of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis from 2000 to 2022. *Journal of Psychosomatic Research*, 175, 111537.

Yalçın, B. M., & Öztürk, O. (2016). The management of major depressive disorder in primary care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 250.

Yazıcı, S., & Kalaycı, İ. (2015). Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilim ve Tasarım Dergisi*, 3(3), 385-390.

Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10, 1278-1287.

Yerlisu Lapa, T. (2013). Life satisfaction, leisure satisfaction and perceived freedom of park recreation participants. In *3rd World Conference on Learning, Teaching and*

Educational Leadership (WCLTA-2012). *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 93, 1985–1989.

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.

Yüksel, N. (2006). *Ruhsal hastalıklar* (3. Baskı, ss. 183–220). MN Medikal & Nobel.

Zhang, S., & Duan, E. (2018). Fighting against skin aging: The way from bench to bedside. *Cell Transplantation*, 27(5), 729–738.

Zhao, L., Wang, Y., ve Li, J. (2022). Orta yaş ve üzeri yetişkinlerde cinsiyet, medeni durum ve depresyon ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *Frontiers in Psychology*, 13, 923597.

Zheng, G., Zhou, B., Fang, Z., Jing, C., Zhu, S., Liu, M., Chen, X., Zuo, L., & Chen, H. (2023). Living alone and the risk of depressive symptoms: A cross-sectional and cohort analysis based on the China Health and Retirement Longitudinal Study. *BMC Psychiatry*, 23, 853.

Zoghi, M., & Kış, M. (2017). Türkiye’de yaşlı hastalarla ilgili çalışmalar ve sonuçları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45(5), 143–146.

7. EKLER

7.1 EK-1: Etik kurul kararı



7.2 EK-2: Anket formu

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARIN MALNÜTRİSYON DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ, DEPRESYON DÜZEYİ VE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ANKET FORMU

Bu anket aile sağlığı merkezine başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların malnütrisyon durumlarının değerlendirilmesi, depresyon düzeyi ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Sizden, aşağıda bulunan sorulara ilişkin cevaplar arasından en uygun seçeneği işaretlemeniz beklenmektedir. Vereceğiniz cevapların doğru olması çok önemlidir. Vereceğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Katılımcı Kodu:

1.Yaş:

2.Cinsiyet :

☐Kadın

☐Erkek

3.Eğitim durumu:

☐ Okur yazar değil

☐ Okur yazar

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Yüksek lisans/Doktora

4.Çalışıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

5.Meslek:

6.Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Düşük

☐ Orta

☐ Yüksek

7.Medeni durum:

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Boşanmış

☐ Dul

8.Kiminle yaşıyorsunuz?

☐ Tek başıma yaşıyorum

☐ Kendi ailemle (Karım/kocam/çocuklar)

☐ Geniş aile (Eş/çocuklar/anne/baba/diğer akraba)

☐ Arkadaşlarımla birlikte yaşıyorum

☐ Diğer :

9.Nerede yaşıyorsunuz?

☐ İl merkezi

☐ İlçe

☐ Köy

10.Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

☐ Evet (Belirtiniz:)

☐ Hayır

11. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

Cevabınız evet ise aşağıda hastalığı belirtiniz

☐ Hipertansiyon

☐ Diabetes mellitus(Şeker hastalığı) ☐ Hiperlipidemi(Kolesterol hastalığı)

☐ Hipotroidi(Tiroidlerin az çalışması) ☐ Kardiyovasküler hastalıklar

☐ Hipertroid(Tiroidlerin çok çalışması) ☐ Akciğer hastalıkları (Astım,KOAH,vb.)

☐ Diğer

12. Düzenli kullandığınız ilaç ya da ilaçlar var mı?

☐ Evet (Belirtiniz:)

☐ Hayır

13. Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet, kullanıyorum.....paket yıl

☐ Bıraktım

☐ Hiç kullanmadım

14. Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet, kullanıyorum

☐ Bıraktım

☐ Hiç kullanmadım

15. Hastalıklarınız nedeniyle uymanız gereken özel bir diyetiniz var mı?

☐ Hayır

☐ Evet

16. Uymanız gereken diyetiniz varsa diyetinizi uygulayabiliyor musunuz?

☐ Hayır ☐ Evet

17.Fiziksel egzersiz yapıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

Cevabınız evet ise; Egzersiz tipi.....(Yürüyüş,Yüzme,Futbol vb. lütfen belirtin)

Sıklık(Hergün,Haftada iki gün vb. lütfen belirtin)

Süre(Kaç saat,kaç dakika lütfen belirtin)

18.Kalıcı hasar bırakan travma öyküsü var mı ?

☐Evet

☐Hayır

19. Major operasyon (intrakraniyal cerrahi, bypass, kalp kapak cerrahisi, malignite cerrahisi vs.) öyküsü var mı?

☐Evet

☐Hayır

20.Beslenmesi nasıl sağlanıyor?

☐Kendi başına

☐Bakıcısının aralıklı yardımı ile

☐Sürekli bakıcısı tarafından

21.Ek besin (oral mama) takviyesi kullanıyor mu?

☐Evet

☐Hayır

22. Ağız ve/veya diş problemi var mı ?

☐ Evet

☐Hayır

23.Antropometrik Ölçümler :

Boy(cm) :..... Kilo(kg) :..... BKİ : Kol çevresi (cm)
:..... Baldır çevresi(cm):.....

MINİ NUTRİSYONEL DEĞERLENDİRME (MNA) TESTİ

Aşağıdaki soruları kutulara uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Yazdığınız rakamları toplayın. Eğer Tarama puanı 11 veya altında ise Malnutrisyon Gösterge Puanı'nı elde etmek için değerlendirilmeye devam edin.

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 cinsinden kare'si) 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 nütrisyonel durum 8-11 puan: Malnütrisyon riski altında 0-7 puan: Malnütrisyonda	
Daha kapsamlı bir değerlendirme için G-R sorularını cevaplayınız	
Değerlendirme	
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 (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor Evet ☐ Hayır ☐ • Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketiyor Evet ☐ Hayır ☐ • Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor Evet ☐ Hayır ☐ 0.0 = Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise 0.5 = Eğer evet sayısı 2 ise 1.0 = Eğer evet sayısı 3 ise	☐ ☐
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 yemiyor 1 = Güçlkle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor 2 = Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor	☐
O Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi 0 = Kötü beslendiğini düşünüyor 1 = Kararsız 2 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor	☐
P Aynı yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor? 0.0 = İyi değil 0.5 = Bilmiyor 1.0 = İyi 2.0 = Çok iyi	☐ ☐
Q Kol çevresi (cm) 0.0 = 21'den az 0.5 = 21-22 1.0 = 22 veya daha fazla	☐ ☐
R Baldır çevresi (cm) 0 = 31'den az 1 = 31 veya daha fazla	☐
Değerlendirme (en fazla 16 puan) ☐ ☐ ☐	
Tarama puanı ☐ ☐ ☐	
Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan) ☐ ☐ ☐	
Malnutrisyon Gösterge Puanı	
24 to 30 puan ☐	Normal nütrisyonel durum
17 to 23.5 puan ☐	Malnütrisyon riski altında
17 puandan aşağı ☐	Malnütrisyonda

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDS)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	☐	☐
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	☐	☐
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	☐	☐
5) Gelecekte umutsuz musunuz?	☐	☐
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	☐	☐
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?	☐	☐
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	☐	☐
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	☐	☐
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	☐	☐
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	☐	☐
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	☐	☐
13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?	☐	☐
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	☐	☐
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüzünlü hissediyor musunuz?	☐	☐
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	☐	☐
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	☐	☐
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	☐	☐
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	☐	☐
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	☐	☐
22) Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	☐	☐
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	☐	☐
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?	☐	☐
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	☐	☐
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	☐	☐
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	☐	☐
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	☐	☐
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?	☐	☐

E. Lawton Enstümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu

Lütfen her soru için tek kutu işaretleyiniz.

1-Telefonu Kullanabilme	
Telefonu rahatlıkla kullanabilir	
Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir	
Telefona cevap verir, ancak arayamaz	
Telefonu hiç kullanamaz	
2-Alışveriş	
Tüm alışverişlerini bağımsız olarak kendi yapar	
Küçük alışverişlerini kendi yapar	
Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar	
Alışveriş yapamaz	
3-Yemek/Yiyecek Hazırlama	
Yeteri kadar yemeği/yiyeceği planlar, hazırlar ve servis edebilir	
Kullanılacak malzeme sağlarsa yeteri kadar yemek/yiyecek hazırlayabilir	
Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz	
Yemeklerin hazırlanmasına ve servis edilmesine ihtiyacı vardır.	
4-Ev Temizliği	
Yalnız başına nadir destekle evin üstesinden gelir	
Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	
Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz	
Tüm ev idame işlerde yardıma ihtiyaç duyar	
Hiç ev temizliğine katılmaz	
5-Çamaşır	
Kişisel çamaşırlarını tamamen kendisi yıkar	
Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir	
Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır	
6-Yolculuk	
Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır ve kendi arabasını kullanabilir	
Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz	
Başkalarının yardımıyla taksi veya otomobile sınırlıdır	
Yolculuğu başkalarının yardımıyla taksi veya otomobile sınırlıdır	
Yolculuk yapamaz	
7-İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu	
İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir	
İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlarsa düzenli kullanabilir	
İlaçları kendi başına düzenli kullanmaz	
8-Mali İşler	
Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelir	
Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	
Mali işlerini takip edemez	
TOPLAM PUAN	

ÖZGEÇMİŞ

Adı		Soyadı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans			
Yüksek Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Pratisyen hekim			
Araştırma görpolifarsi			
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi