



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜZERİ
POPÜLASYONUN BESLENMEYE YÖNELİK TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL
ÇALIŞMA**

YAREN SARI
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ERKUT ETÇİOĞLU

2025-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN 65 YAŞ VE ÜZERİ
POPÜLASYONUN BESLENMEYE YÖNELİK TUTUM VE
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: NİTEL
ÇALIŞMA**

YAREN SARI
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr.Üyesi ERKUT ETÇİOĞLU

2025-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Yaren Sarı

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65Yaş ve Üzeri Popülasyonun Beslenmeye Yönelik Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi: Nitel Çalışma

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 14/10/24 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

../../2025

Yaren Sarı

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum değerli Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen sayın Dr. Öğr. Üyesi Muhammet Raşit Aydın'a,

Yardımseverliği ve eğiticiliği ile uzmanlık eğitimimi verimli bir şekilde geçirmemi sağlayan ve tez çalışma sürecimin her aşamasında deneyim ve bilgileri ile yol gösteren değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Erkut Etçioğlu'na,

Birlikte çalıştığım ve bu sürecin bana kattığı güzel dostlarım Zeynep Beloglu, Zeynep Özkan İr, Edanur Aslan Savcı, Fatma Bostan ve Melike Özdemir'e

Yaşamım boyunca bana destek ve her zaman yanımda olan, bugünlere gelmemde çok büyük emekleri olan canım ailem, annem Serap Kılıç ve babam Zekeriya Kılıç, babaannem Emine Kılıç, dedem Cemal Kılıç'a, hayatıma neşe ve güzellik katan kardeşlerim Feyza Kılıç ve Cemal Kılıç'a,

Hayatımın en güzel hediyesi, benimle bu yolda yürüyen, bana bu yolu kolaylaştıran, her anımı güzel kılan, sevgisini kalbimin en derinlerinde hissettiğim biricik eşim Muhammet Abdullah Sarı'ya, günlerime neşe katan canım kedilerim Atlas ve Sütlaç'a,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Yaren Sarı

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLO LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yaşlılık	3
2.1.1. Yaşlılık kavramı ve epidemiyolojisi	3
2.1.2. Yaşlı sağlığı	4
2.1.3. Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan değişimler	5
2.1.4. Yaşlılık ve kronik hastalıklar	9
2.2. Beslenme ve Yaşlılık	11
2.2.1. Beslenme	11
2.2.2. Temel besin öğeleri	12
2.2.3. Besinlerin sınıflandırılması	13
2.2.4. Yaşlılık sürecinde beslenme	16
2.2.5. Yaşlılıkta beslenme bozuklukları	17
2.3. Malnutrisyon	17
2.3.1. Malnutrisyon tanımı	17
2.3.2. Malnutrisyonun sınıflandırılması	18
2.3.3. Malnutrisyon risk etkenleri	19

2.3.4. Malnutrisyonun tanısı ve değerlendirilmesi.....	20
2.3.5. Yaşlılıkta malnutrisyon.....	21
2.4. Aile Hekimliği.....	22
2.4.1. Aile hekimliğinin tanımı	22
2.4.2. Aile hekimliği pratiği.....	22
2.4.3. Aile hekimliği temel yeterlilikleri	23
2.4.4. Aile hekimliği perspektifinden geriatrik değerlendirme.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Araştırma Hipotezi	26
3.5. Verilerin Toplama Aracı ve Yönetimi.....	27
3.6. Verilerin Analizi.....	28
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	29
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	29
4. BULGULAR.....	30
4.1. Beslenme Alışkanlıkları.....	32
4.1.1. Yemek miktarı ve tüketim alışkanlıkları.....	32
4.1.1.1 Porsiyon kontrolü	32
4.1.1.2. Gıda alım zamanı ve rutinler	33
4.1.2. Beslenme düzeni.....	34
4.1.2.1. Günlük öğün düzeni	34
4.1.3. Besin tercihleri	35
4.1.3.1. Doğal ve ev yapımı besin tercihi	36
4.1.3.2. Ekonomik durumun etkisi	37

4.2. Kronik Hastalıklar ve Diyet	38
4.2.1. Hastalık farkındalığı	38
4.2.1.1. Hastalıkla beslenme ilişkisini kavrama	38
4.2.1.2. Sağlık bilgisine erişim	39
4.2.1.3. İlaç kullanımına yaklaşım	40
4.2.2. Diyet uyumu	41
4.2.2.1. Doktor/diyetisyen önerilerine uyum	41
4.2.2.2. Yasaklı gıdalardan kaçınma	42
4.3. Sosyal ve Çevresel Etkenler	44
4.3.1. Aile ve çevre etkisi	44
4.3.1.1. Aile bireylerinin beslenmeye etkisi	44
4.3.1.2. Yaşam alanının etkisi	45
4.3.2. Kültürel geçmiş	46
4.3.2.1. Geleneksel beslenme alışkanlıkları	46
4.3.2.2. Çocukluk beslenme deneyimleri	47
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	49
6. KAYNAKLAR	60
7. EKLER	69
7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı	69
7.2. EK-2: Danışman Değişiklik Belgesi	70
7.3. EK-3: Anket Formu	71
ÖZGEÇMİŞ	73

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MNA	: Mini Nutritional Assessment
MNA-SF	: Mini Nutritional Assessment- Short Form
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TÜBER	: Türkiye Beslenme Rehberi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Popülasyonun Beslenmeye Yönelik Tutum ve Davranışları için Belirlenen Tema, Alt Temalar ve Kategoriler.....	31
---	----



ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Yaşlı bireylerde beslenme davranışları, sağlık durumları ve yaşam kaliteleri üzerinde doğrudan etkilidir ve geriatrik değerlendirmede önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada aile sağlığı merkezine başvurmuş 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarını derinlemesine değerlendirmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışma, tanımlayıcı nitelikte olup niteliksel yöntemle yapılmıştır. Araştırmada veriler, altı sosyo-demografik soru, bir antropometrik ölçümlere ilişkin soru ve beş yaşam tarzı sorusu olmak üzere toplam on iki sorudan oluşan bir anket formu ile 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenmeye yönelik deneyimlerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan dört açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu aracılığıyla toplanmıştır. Elde edilen görüşler; tema, alt tema ve kategoriler şeklinde gruplandırılmıştır.

BULGULAR: Araştırmaya 10 kadın (%55,6), %44,4'si 8 erkek (%44,4) olmak üzere 18 yaşlı birey katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $73,52 \pm 5,88$ standart sapma (SS) yıldır. Elde edilen bulgular kapsamında beslenmeye yönelik tutum ve davranışları gösteren veriler; beslenme alışkanlıkları, kronik hastalıklar ve diyet, sosyal ve çevresel etkenler olmak üzere temalar altında yer almıştır.

SONUÇ: Yaşlı bireylerin beslenme davranışlarını etkileyen çok boyutlu faktörlerin göz önünde bulundurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha bütüncül yaklaşımların geliştirilmesini desteklemektedir. Aile hekimlerinin, bu faktörleri dikkate alarak geriatrik değerlendirme ve takip yapması sundukları sağlık hizmetlerinde kritik bir rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, beslenme, birinci basamak, yaşlı.

ABSTRACT

Evaluation of Nutritional Attitudes and Behaviors of Individuals Aged 65 and Over Applying to a Family Health Center: A Qualitative Study

INTRODUCTION AND AIM: Nutritional behaviors in older adults directly affect their health status and quality of life and play an important role in geriatric assessment. This study aimed to conduct an in-depth evaluation of the nutritional attitudes and behaviors of individuals aged 65 and over who applied to a family health center.

MATERIALS AND METHODS: This descriptive study was conducted using a qualitative approach. Data were collected through a questionnaire consisting of twelve items—six socio-demographic questions, one anthropometric measurement question, and five lifestyle-related questions—and a semi-structured interview form with four open-ended questions designed to explore the nutritional experiences of individuals aged 65 and over in depth. The obtained responses were organized into themes, sub-themes, and categories.

RESULTS: The study included 18 older adults, comprising 10 women (55.6%) and 8 men (44.4%). The mean age of the participants was 73.52 ± 5.88 years. The findings regarding nutritional attitudes and behaviors were grouped under three main themes: dietary habits, chronic diseases and diet, and social and environmental factors.

CONCLUSION: Considering the multidimensional factors influencing the nutritional behaviors of older adults supports the development of more holistic approaches in primary healthcare. Family physicians play a critical role in providing healthcare by incorporating these factors into geriatric assessment and follow-up processes.

Keywords: Family medicine, nutrition, older adults, primary care.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık, çoğunlukla 65 yaş ve üstü bireylerin içinde yer aldığı yaşam dönemi olarak kabul edilmekte olup, bu süreçte biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan önemli değişiklikler meydana gelmektedir.

(<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>, Erişim Tarihi: 1 Temmuz 2025). Bu evre, bireylerin fonksiyonel yeteneklerinde azalma, kronik hastalıkların yaygınlaşması ve sosyal rollerin dönüşümü gibi temel özelliklerle ayırt edilmektedir (WHO, 2020).

Dünya nüfusunun giderek yaşlanmasıyla birlikte, yaşlı bireylerin sağlık ihtiyaçları ve yaşam kaliteleri üzerine yapılan araştırmalar giderek önem kazanmıştır (Beard ve ark., 2016). Küresel ölçekte yaşlı nüfusun sayısında hızlı bir artış gözlemlenmektedir. Birleşmiş Milletler'in verileri doğrultusunda, 2019 yılında dünyada 65 yaş ve üzerindeki birey sayısı 703 milyon iken, 2050 yılında ise 1,5 milyarı aşması beklenmektedir (United Nations, 2020). Bu demografik değişim, sağlık hizmetleri ve sosyal politika alanlarında önemli etkiler yaratmakta olup, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesini gerektirmektedir (Harper, 2014).

Beslenme, organizmaların büyüme, gelişme, hücrel metabolizma ve onarım süreçleri için gerekli besin öğelerini elde etme ve bu öğeleri işleme süreci olarak tanımlanır (Gambert, 2020). Sağlıklı beslenme, tüm besin gruplarını içerecek şekilde, vücudun ihtiyaç duyduğu vitamin ve minerallerin yeterli ve dengeli biçimde alınmasıyla mümkün hale gelir. Yaşlılık sürecinde yeterli ve dengeli beslenme, kronik hastalıkların gelişimini önlemede, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesinde, fiziksel işlevselliğin korunmasında önemli role sahiptir (Saraç ve Yılmaz, 2015). Yaşlanma sürecinde beden kompozisyonunda ve organ işlevlerinde meydana gelen değişiklikler, bireyin besin alımı, besin öğelerinin sindirimi ve metabolizması üzerinde doğrudan etkili olmakta; bu durum, beslenme yetersizliklerine bağlı sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini artırmaktadır (Baysal 2003).

Yaşlı bireylerin sağlıklı beslenmeleri hem bireysel sağlıklarının korunması hem de toplum genelinde sağlık düzeyinin yükseltilmesi açısından önemli katkılar sunmaktadır. Bu doğrultuda, yaşlılarda beslenme durumunun, beslenme sağlığına ilişkin risklerin ve beslenme davranışlarını etkileyen faktörlerin kapsamlı bir biçimde değerlendirilmesi gereklilik arz etmektedir (Sönmez ve ark., 2007). Sağlıklı yaşlanma, bireyin yaşlılık dönemine özgü fizyolojik ve psikososyal değişimlerin doğru biçimde anlaşılması ve bu sürece uygun destek mekanizmalarının sağlanmasıyla doğrudan ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşlı bireyler çoğunlukla birden fazla kronik hastalıkla birlikte yaşamakta olup, bu durum karmaşık sağlık sorunlarıyla baş edebilmeleri için hem genel sağlık hizmetlerine hem de özel bakım yaklaşımlarına duyulan ihtiyacı artırmaktadır (Küçük ve Karadeniz, 2021).

Aile hekimliği disiplininin temelini oluşturan bütüncül yaklaşım, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu anlayış doğrultusunda, yaşlı hastalar yalnızca belirli organ ya da sistem bozukluklarıyla sınırlı olarak ele alınmaz; ruhsal, sosyal ve fiziksel yönleri bir arada değerlendirilerek kapsamlı bir sağlık bakımı sunulur. Bu çok yönlü değerlendirme, yaşlılık dönemine özgü hastalıkların ve tedavi süreçlerinin daha etkili biçimde yönetilmesine katkı sağlamaktadır (Karaca, 2020). Yaşlı nüfusun giderek artmasıyla birlikte, aile hekimlerinin kapsamlı sağlık taramaları yapması, kronik hastalıkların izlemi ve yönetiminde etkin rol alması her zamankinden daha fazla önem kazanmıştır. Geriatrik bireylerin çok yönlü sağlık ihtiyaçlarının doğru biçimde tanımlanması, bu bireylerin sağlık durumlarının bütüncül şekilde değerlendirilmesini ve yaşa özgü bakım yaklaşımlarının etkili bir biçimde uygulanmasını zorunlu kılmaktadır (Miller ve ark., 2006).

Bu çalışmamızda Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurmuş olan, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarıyla beraber bunları etkileyen faktörleri, deneyimler ve düşünceleriyle derinlemesine değerlendirebilmek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

2.1.1. Yaşlılık kavramı ve epidemiyolojisi

Yaşlanma, bireyin doğumdan ölümüne kadar olan yaşam yolculuğunda biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan gerçekleşen, geri döndürülemez ve kaçınılmaz bir değişim sürecidir (Tomanbay, 2002). Yaşlanma terimi bir süreci tanımlarken, yaşlılık terimi yaşamın belirli bir aşamasını ifade etmek için kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise yaşlılığı, çevresel faktörlere uyum sağlama yeteneğinin azalması olarak tanımlamakta, 65 yaş ve üzerindeki kişileri yaşlı kabul etmektedir. Yaşlılığı da dönemlere ayırarak bu doğrultuda DSÖ, 65 yaş ve üzeri yaş grubunu genç yaşlılar (65-74 yaş), orta yaşlılar (75-84 yaş) ve ileri yaşlılar (85 yaş ve üzeri) olmak üzere üç alt kategoriye ayırmıştır. Bu tanım, yaşlılığın sadece kronolojik yaşla değil, aynı zamanda bireyin çevresiyle etkileşimi ve sağlık durumu ile de ilgili olduğunu vurgulamaktadır (Giray ve ark., 2008). Biyolojik açıdan bakıldığında yaşlılık, moleküler ve hücresel düzeyde ortaya çıkan bir dizi hasarın toplanması olarak ifade edilebilir. Bununla birlikte yıllar içinde biriken bu hasar, fizyolojik yeteneklerin azalmasına ve çeşitli hastalıklara yakalanma riskinin artmasına yol açarak bireyin genel kapasitesinin düşmesine neden olmakta, yaşlı nüfusta kronik hastalıklar ve yönetimi önem kazanmaktadır. Yıllar içinde teknoloji, eğitim ve sağlık hizmetlerinde kaydedilen gelişmelerle birlikte, toplumlarda doğurganlık oranı düşerken, bebek ve çocuk ölümleri ise azalmış ve yaşam süresi uzamıştır. Bunun sonucunda, daha fazla insan ileri yaşlara kadar yaşamaya devam etmiş ve toplumlarda yaşlı nüfusun oranı buna paralel olarak artmıştır. Geçtiğimiz yüzyılın ortalarında dünya nüfusunda çocukların oranı, yaşlıların oranının yaklaşık üç katı iken; bu nüfus oranı değişiklikleri ile birlikte günümüzde çocuk ve yaşlı nüfusu neredeyse eşit hale gelmiştir. Gelecek 30 yıl içinde ise yaşlı nüfusun oranının, çocuk nüfusunun iki katına çıkması beklenmektedir (Bilir, 2018). Küresel yaşlı nüfusunda aylık 1 200 000’lik bir artış gözlemlenmektedir. Bu artış hızı, dünya nüfusunun genel artış hızının iki katını aşmaktadır (Morgan ve Kunkel, 2016). Toplumsal yaşlanma, bir toplumdaki yaşlı

nüfus oranının artmasıyla birlikte ortaya çıkan demografik, yapısal ve kültürel dönüşümleri kapsar. Bu dönüşümler bireyleri, aile yapılarını, kurumsal düzenlemeleri ve çalışma hayatını doğrudan etkiler (Morgan ve Kunkel, 2016). Ülkemizde 65 yaş üzerindeki nüfus 2012 yılında yüzde 7,5 iken, 2023 yılında yüzde 10,2, 2050 yılında yüzde 20,8 ve 2075 yılında ise yüzde 27,7'ye ulaşması beklenmektedir. Artık isminden söz ettiren 'küresel yaşlanma' kavramıyla birlikte gelen bu demografik dönüşüm sürecinde Türkiye'de de yaşlı nüfusun artışı diğer yaş gruplarından daha fazla olmuş ve 2020-2022 hayat tablolarında doğumda beklenen ortalama yaşam süresi erkeklerde 74,8 yıl, kadınlarda 80,3 yıl olarak yer almıştır.

(<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Ya%C5%9F%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,10%2C2'ye%20y%C3%BCkseldi>

Erişim tarihi:28 Şubat 2025). Yaşlı nüfusun artması ve daha uzun ömürlü bireylerin sayısındaki artış, yaşlı popülasyonunun daha incelikli bir şekilde sınıflandırılmasını gerekli kılmıştır. Hedeflenen yalnızca ömrün uzaması değil, işlevselliğin korunarak sürdürülebilir bir yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

(https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/2017-06/global_health_aging.pdf, Erişim tarihi:1 Mart 2025).

2.1.2. Yaşlı sağlığı

Yaşlı bireylerin heterojen bir popülasyon oluşturduğu göz önünde bulundurulduğunda, sağlık ihtiyaçları ve diğer gereksinimlerinde önemli farklılaşmaların mevcut olduğu açıktır. Bu nedenle, yaşlı bireylere yönelik politikalar ve programların hem bireysel hem de toplumsal öncelikleri dikkate alarak oluşturulması büyük önem taşımaktadır (Aslan ve ark., 2018). Yaşlı sağlığı ve bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, hem uluslararası hem de Türkiye'deki sağlık politikaları gündeminin önemli bir parçasıdır. Yaşlı hastaların optimum tedavi ve bakımının sağlanması için, işlevsel kapasitelerinin, yaşam koşullarının ve buna bağlı bakım ihtiyaçlarının sistematik bir değerlendirmesi şarttır (Gökçe ve ark., 2020). Sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri, nüfusun demografik değişimlerini dikkate alan önlemlerle güçlendirilmelidir; buna ek olarak, eğitim ve istihdam politikalarının da bu değişikliklere uyum göstermesi önem arz etmektedir. Doğumla birlikte temelleri atılan sağlıklı yaşlanma süreci, yalnızca ileri yaşlara

yönelik değil, yaşamın her aşamasını içine alan kapsamlı yaklaşımlarla desteklenmeli ve bu kapsamda yürütülecek uygulama ve politikalar, yaşam boyu sağlık perspektifiyle planlanmalıdır. Ülkemizde yaşlanan nüfusun artışına uygun bir sağlık hizmet yanıtının geliştirilmesi amacıyla, Avrupa Sağlıklı Yaşlanma Stratejisi ve Eylem Planı (2012-2020) ile Sağlık 2020 hedefleri doğrultusunda ülkemize özgü hedef ve stratejilerin uygulanması hedeflenmektedir.

(<https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf> , Erişim Tarihi:4 Mart 2025).

2.1.3. Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan değişimler

Yaşamın sürdürülebilirliği ve fizyolojik denge, organizmada homeostatik mekanizmalar aracılığıyla sağlanmaktadır. Bu mekanizmaların etkin çalışması, organlar ve hücresel yapıların birbirleriyle koordineli ve uyum içinde işlev görmesiyle mümkün olmaktadır. Geriatrik dönemde organ fonksiyonlarındaki rezerv kapasitesi kayda değer ölçüde azalmakta ve bu durum, yaşlı bireylerin fizyolojik sistemlerinin azalmış rezervler ile homeostazisini korumasını zorlaştırmaktadır (Beğer, 2011). Yaşlanma sürecine bağlı olarak gelişen fizyolojik değişikliklerin, hastalıklara ikincil olarak ortaya çıkan patolojik değişimlerle karıştırılmaması, geriatrik tıbbi değerlendirme ve yönetimde temel bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır. Yaşlı bireyler çoğunlukla birden fazla kronik hastalığa sahip olup, bu durum beraberinde yaygın ve uzun süreli ilaç kullanımını gerektirmektedir. Yaşlanma sürecine bağlı olarak doku ve organ fonksiyonlarında meydana gelen gerileme, motor becerilerde yavaşlama ve psikomotor performansta düşüş ile birleştiğinde, günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı sınırlandıran ve kaza riskini artıran bir tablo ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, immün sistemdeki yaşa bağlı fonksiyon kaybı, enfeksiyon hastalıklarına yatkınlığı artırmakta ve enfeksiyonların klinik seyri de genç erişkinlere kıyasla daha ağır ve komplike olabilmektedir. Tüm bu değişiklikler, yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme kapasitelerini, iş ve sosyal yaşamlarını, fonksiyonel bağımsızlık düzeylerini ve çevreleriyle olan etkileşimlerini doğrudan etkilemektedir (Ağar, 2020).

Gastrointestinal sistemde; yaşlılık döneminde diş ve ağız sağlığında meydana gelen bozulmalar, diş kayıpları, diş çürükleri ve protez kullanımı gibi durumlar, besin alımını ve çiğneme fonksiyonunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte, sindirim sistemi işlevlerinde yaşa bağlı ortaya çıkan değişiklikler sonucunda; disfaji, dispepsi, ağız kuruluğu ve oral mukozada yanma hissi gibi sorunlar da sıkça gözlenmekte ve bu durum bireylerin beslenme düzenini ve gıda çeşitliliğini kısıtlayabilmektedir (Yerli, 2017). Özellikle yaşla birlikte bağırsak mikrobiyotasının biyoçeşitliliğinde azalma gözlenmekte ve bu durum *Clostridioides difficile* ilişkili diyare insidansında artışa yol açmaktadır. Mikrobiyotada yaşla birlikte gözlenen bir diğer önemli değişiklik ise bütirat üreten bakterilerin azalmasıdır. Bu azalma, bütiratın kolon epitelini üzerindeki trofik ve anti-inflamatuar etkilerini azaltmakta, epitel bütünlüğünü zayıflatmakta ve inflammatuar süreçleri tetikleyerek kolorektal kanser riskini artırmaktadır (Yılmaz, 2015).

Yaşlanma sürecinde mide duvarında elastisite kaybı ile birlikte mide boşalım süresi uzamakta, kalın bağırsakta ise peristaltik hareketlerin yavaşlaması sonucunda yaşlı bireylerde konstipasyon gelişme riski artmaktadır. Ayrıca, karaciğer kan akımında ve hepatik enzimlerin metabolik aktivitesinde azalma görülmesi, çeşitli ilaçların ve toksik ya da non-toksik bileşiklerin bedende daha uzun bir müddet kalmasına sebep olmakta ve bunun sonucunda, ilaç birikimine bağlı toksisite riskini artırmaktadır (Küçük ve Karadeniz, 2021).

Kardiyovasküler sistemin yaşlanma süreci; kalp dokusu, koroner arterler ve diğer vasküler yapıdaki yapısal ve fonksiyonel değişiklikleri kapsamaktadır. İleri yaşla birlikte miyosit sayısı azalmakta, mevcut miyositlerin morfolojisinde değişiklikler meydana gelmekte ve bu hücrelerin rejenerasyon kapasitesinde belirgin bir azalma görülmektedir. Azalan miyositlerin yerini, kollajen sentezleyen fibroblast hücreleri almakta ve bu durum kalp dokusunda kollajen birikimine yol açmaktadır. Bu yapısal dönüşümler, kalbin kasılma fonksiyonunu doğrudan etkilememekle birlikte, gevşeme süresinin uzamasına neden olmakta ve sonuçta diyastolik disfonksiyon gelişme riski artmaktadır (Çakan, 2017).

Bu süreçle paralel olarak, yaşla birlikte sistolik kan basıncında progresif bir yükselme izlenmektedir. Büyük arterlerdeki elastikiyet kaybı, bu basınç artışının temel nedenini

oluşturmaktadır. Ayrıca, yaşlanmayla birlikte baroreseptör duyarlılığında azalma meydana gelmekte, bu durum kan basıncında düşme olduğunda kalp hızında ve periferik damar direncinde ortaya çıkması beklenen telafi edici yanıtın yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak, yaşlı bireylerde kan basıncı değişkenliği daha belirgin hale gelmekte ve ortostatik hipotansiyon görülme sıklığı artmaktadır (Çakan,2017).

Solunum sisteminde yaşlanma süreci; göğüs kafesi ve akciğer parankiminde meydana gelen morfolojik değişimler, akciğer fonksiyon testlerinde görülen anormal bulgular, ventilasyon ve gaz değişiminde bozulmalar, egzersiz kapasitesinde azalma ve solunum kas gücünde düşüş gibi faktörleri içermektedir (Lee ve ark., 2016).

Yaşlanma ile birlikte solunum kas gücünde azalma meydana gelmekte, bu durum solunum iş yükünü artırarak solunum kas yorgunluğuna neden olmaktadır. İnterkostal kasların kesit alanları 50 yaş itibarıyla azalmaya başlamakta olup, özellikle ekspiratuar kaslardaki kayıp daha belirgin şekilde gözlenmektedir (Özkayar ve Arıoğlu, 2007; Lalley, 2013). Yaşlılarda solunum sistemine ilişkin fizyolojik değişimlerin yanı sıra, solunum yolu enfeksiyonları da önemli risk faktörlerinden biri olarak ortaya çıkar. Özellikle 65 yaş ve üzeri kişilerde pnömoni, dünya genelinde başlıca mortalite nedenlerinden biri olup, yüksek ölüm oranlarının yanı sıra tedavi süreçlerinin zorluğu ve maliyetleri nedeniyle de klinik açıdan büyük önem taşımaktadır. Yaşlanma ile birlikte akciğerlerde silier aktivitenin azalması, öksürük refleksinin zayıflaması ve immün sistemin etkinliğinin düşmesi aspirasyon pnömonisi gelişme riskini artırmaktadır. İlerleyen yaşla birlikte, influenza virüsü ve Streptococcus pneumoniae gibi mikroorganizmalara karşı bağışıklık yanıtının zayıflaması, yaşlı kişilerin solunum yolunda enfeksiyonlarına daha açık hale gelmesine neden olur. Bu sebeple, ileri yaştaki bireylerin pnömoni ve influenza gibi enfeksiyonlara karşı aşılama büyük önem taşımaktadır (Yıldırım ve ark., 2012).

Nörolojik sistemde; yaşlanma süreciyle birlikte beyne kan taşıyan damarlar yapısal değişikliklere uğramakta ve bu durum serebral kan akımında yaklaşık %20 oranında azalmaya neden olmaktadır. Bu damar yapısındaki değişiklikler, özellikle hipertansiyon gibi kronik hastalığı bulunan yaşlılarda inme riskinin yükselmesine neden olmaktadır. Yaşa bağlı bilişsel değişiklikler genellikle hafıza, planlama ve işlem

hızında hafif düzeyde azalma ile karakterizedir. Ayrıca öğrenme kapasitesinde düşüş gözlemlenebilir. Ancak bu değişimler, günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde etkileyecek düzeyde değildir. Demans gelişmemiş yaşlı bireylerde, bilgi işleme yetisi, kelime dağarcığı, iletişim becerileri ve algı fonksiyonlarının belirgin bir bozulma göstermediği bilinmektedir (Keskin ve ark., 2016).

Kas iskelet sisteminde; yaşlı bireylerde kas iskelet sistemi ile ilişkili şikâyetler, sağlık kuruluşlarına başvuruların en yaygın nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran yaşlı hastaların yaklaşık dörtte birinde kas iskelet sistemine ait yakınmalar tespit edilmektedir. Bu popülasyonda kronik ağrının en yaygın etyolojileri arasında artrit ve miyofasiyal ağrı sendromu önemli bir yer tutmaktadır (Toraman, 2011). Kas kütlesi ve gücü, 20'li ve 30'lu yaşlarda en yüksek seviyeye ulaşmakta, orta yaş itibarıyla kademeli olarak azalmaya başlamaktadır. Özellikle 80 yaş civarında kas kaybı hızlanarak ilerleyici kas zayıflığına neden olmakta, kas kütlesi yaklaşık yarı yarıya azalırken yağ dokusu genç erişkinlere kıyasla iki katına çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, fiziksel aktivite düzeyindeki düşüş, artan sedanter yaşam tarzı ve immobilizasyona bağlı dekondisyon da yaşlı bireylerde kas kaybını hızlandıran diğer önemli faktörlerdir (Nagaratnam ve ark., 2016).

Yaşlanmayla birlikte görme duyusunda çeşitli fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Lensin saydamlığı ve esnekliği azalmakta, gözyaşı üretimi düşmekte, pupilla tepkisi yavaşlamakta ve kornea refleksi zayıflamaktadır. Bu değişimler, görme yetisinde azalmaya ve göz enfeksiyonlarına yatkınlığın artmasına yol açmaktadır. Sonuç olarak, iletişimde güçlükler yaşanabilmekte ve kazalara karşı duyarlılık artabilmektedir. (Yerli, 2017).

Presbiakuzi olarak adlandırılan yaşa bağlı olarak gelişen işitme kaybı, genellikle bireylerde 40'lı ya da 50'li yaşlardan itibaren gösteren ve 70 yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık üçte ikisini etkileyen, progresif ve bilateral bir işitme kaybıdır. Yaşla birlikte insidansı artan bu durum, her on yıllık dönemde yaklaşık olarak iki kat artış göstermektedir. İşitme kaybının patofizyolojisinde genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve yaşlanma ile ilişkili nörodejeneratif süreçler rol oynamaktadır. Ek olarak, diyabet, ateroskleroz ve viral enfeksiyonlar gibi sistemik hastalıkların presbiakuzi üzerinde

hızlandırıcı ve şiddetlendirici etkileri olduğu bildirilmiştir. Klinik olarak, presbiakuzinin en erken ve en belirgin semptomu, arka plan gürültüsünün bulunduğu ortamlarda konuşmayı anlama güçlüğüdür. Bu semptom, koklear dejenerasyon sonucu oluşan frekans ayrıştırma kapasitesinin azalması ve bilişsel işleme mekanizmalarındaki yaşa bağlı değişiklikler ile ilişkilidir (Tran Ba Huy, 2019).

Yaşlanma süreciyle birlikte tat ve koku duyularında dikkate değer değişiklikler ortaya çıkmakta ve bu değişimler genellikle 60 yaş ve sonrasında belirginleşmektedir. Tat ve koku reseptörlerinin sayısında ve işlevinde azalma, özellikle tatlı ve tuzlu tatları algılayan reseptörleri etkileyerek yaşlı bireylerin yiyecekleri tatsız veya lezzetsiz bulmalarına neden olmaktadır. Bu durum, yemeklere aşırı tuz ekleme eğilimini artırarak hipertansiyon gibi sağlık sorunlarının gelişme riskini yükseltebilmektedir. Ayrıca, B vitamini yetersizliği, tükürük üretiminde azalma ve alerjik tepkiler, uygunsuz diş protezleri nedeniyle oluşan travmalar, diyabet ve gastroözofageal reflü gibi çeşitli faktörler, ağız içinde yanma ve karıncalanma hissine sebep olarak tat duyusunun daha da bozulmasına neden olabilmektedir. Yaşa bağlı olarak koku alma duyusunda da azalma görülmekte olup, bu durum yaşlı bireylerin bozulmuş gıdaları fark edememesi, gaz sızıntıları veya çevresel toksik maddeleri algılayamaması gibi riskleri artırmaktadır (Karadakovan, 2014).

Yaşlanma süreciyle birlikte hücre yenilenme kapasitesinde ve doku perfüzyonunda meydana gelen azalma, dermis ile epidermis arasındaki bağlantının zayıflamasına, elastik liflerde dejeneratif değişimlere ve kollajen liflerde kalınlaşmaya yol açmaktadır. Bunun yanı sıra, melanosit üretiminde azalma meydana gelmekte ve epidermis tabakasının incelmesiyle birlikte ciltte kırışıklıklar, saç renginde grileşme ve cilt tonunda soluklaşma gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. (Ağar,2020).

2.1.4. Yaşlılık ve kronik hastalıklar

Yaşlı nüfusun giderek artması, kronik hastalık görülme oranında önemli bir artışa yol açmaktadır. Bu hastalıklar, genellikle tam olarak tedavi edilemeyen, yavaş ilerleyen ve çoğu zaman kalıcı fonksiyon kayıplarına yol açabilen sağlık sorunlarıdır. Gelişimlerinde sosyoekonomik, bireysel ve genetik faktörler etkili olup, büyük ölçüde

non-enfeksiyöz özellik göstermektedirler (Ünsal ve ark., 2011). Türkiye'de yapılan araştırmalar, yaşlı bireylerin en az %70 ila %90'ının bir ya da birden fazla kronik hastalıkla yaşamını sürdürdüğünü ortaya koymaktadır. (Kutsal, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılı raporunda, küresel hastalık yükü verileri sosyoekonomik düzeylere göre sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. Bu analizlere göre, 60 yaş ve üzeri bireylerde en yaygın sağlık sorunu olarak duyuşal bozukluklar öne çıkmakta olup, bu eğilim, özellikle düşük ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerde daha belirgin biçimde görölmektedir. Bunun yanı sıra sırt ve boyun ağrıları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ), depresyon ve düşmeler, diyabet ve osteoartrit, yaşlı bireylerde en fazla fonksiyon kaybına ve ekonomik yük oluşturan hastalıklar arasında yer almaktadır. Demansın yüksek gelirli ülkelerde daha fazla sağlık yükü oluşturmalarının başlıca nedenleri arasında, bu ülkelerde yaşlı nüfus oranının daha yüksek olması, ortalama yaşam süresinin uzunluğu ve gelişmiş tanı olanakları bulunmaktadır. Duyusal bozuklukların görölme sıklığı, düşük ve orta gelirli ülkelerde daha fazla olması ise, bu bölgelerde yaşayan bireylerin yaşamları boyunca daha fazla gürültü, güneş ışığı ve diğer çevresel etkenlere maruz kalmalarıyla ilişkilendirilmektedir. Benzer şekilde, düşük ve orta gelire sahip olan ülkelerde KOAİ'nin daha yüksek oranda görölmesi, büyük ihtimalle iç ve dış ortam hava kirliliğine maruziyetin bu bölgelerde daha fazla olmasından kaynaklanmaktadır. (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1 Erişim tarihi: 16 Mart 2025).

Kronik hastalıklar aynı zamanda önemli mortalite nedenlerindendir. Ülkemizde de benzer şekilde yaşlı nüfus içerisinde ölüm nedenleri arasında başlıca kronik hastalıklar yer almaktadır. Özellikle 60 yaş ve üzeri bireylerde kardiyovasküler hastalıklar ile malign neoplazmlar en sık görölün mortalite sebepleridir. Bununla birlikte, yaşlı bireylerde fonksiyonel bağımlılığa ve işlev kaybına yol açarak sakatlığa bağılı yaşam yılı kaybına neden olan hastalıklar arasında iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, KOAİ, diabetes mellitus, Alzheimer hastalığı ve diğer demans türleri ile osteoartrit gibi kronik hastalıklar önemli bir yer tutmaktadır (https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200704061339590_NBDtr.pdf Erişim tarihi: 17 Mart 2025).

Yaşlanma ile birlikte multimorbidite, yani birden fazla kronik hastalığın eş zamanlı olarak görülme olasılığı belirgin şekilde artmaktadır. Multimorbidite, yaşlı bireylerde yüksek mortalite riski, artan fiziksel yetersizlik ve fonksiyonel kapasitede azalma ile doğrudan ilişkilidir. Birden fazla hastalığın varlığı, hastalıklar ve kullanılan farmakolojik ajanlar arasında etkileşimlere yol açarak klinik yönetimi karmaşık hale getirebilir. Bu durum, çoklu hastalıkların bireysel etkilerinin toplamından daha büyük bir sağlık yüküne ve yaşam süresi ile yaşam kalitesi üzerinde daha belirgin olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Marangoni ve ark., 2010; Schäfer ve ark., 2011). Bununla birlikte multimorbidite, sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artmasına ve sağlık harcamalarının yükselmesine neden olan önemli bir faktördür (Bähler ve ark., 2015). Ayrıca multimorbiditenin düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerde bu durumun daha yaygın olarak ortaya çıktığı bilinmektedir (Uijen ve Lisdonk 2008).

2.2. Beslenme ve Yaşlılık

2.2.1. Beslenme

Beslenme, bireyin büyüme, gelişim ve sağlıklı bir yaşam sürdürmesi için gerekli besin öğelerini alarak bunları vücudunda etkin bir şekilde kullanma sürecidir. Vücudun gelişimini tamamlayabilmesi, kendini yenileyebilmesi ve işlevlerini sürdürebilmesi için gerekli besin öğelerinin yeterli miktarda alınması ve bunların metabolizma tarafından uygun biçimde kullanılabilmesi, yeterli ve dengeli beslenme olarak tanımlanır. Bu süreç, yalnızca fizyolojik bir durum olmanın ötesinde, psikolojik, sosyolojik ve ekonomik çeşitli unsurları içeren, çok boyutlu ve karmaşık bir olgudur (Ünsal 2019).

Yetersiz beslenme, vücudun gereksinim duyduğu birtakım besin öğelerinin yeterli düzeyde alınmaması sonucunda ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanır. İnsan organizmasının sağlıklı biçimde büyümesi, gelişmesi ve uzun vadede üretken bir yaşam sürdürebilmesi için yaklaşık elli farklı besin ögesine gereksinimi bulunmaktadır. Her bir besin ögesinin günlük alınması gereken miktarı, bilimsel araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur. Besin öğelerinin herhangi birinin eksik alınması, gereğinden az ya da fazla tüketilmesi durumunda büyüme ve gelişme

süreçleri olumsuz etkilenmekte, genel sağlık durumu bozulabilmektedir. Bu durum, dengesiz beslenme olarak adlandırılmaktadır.

(<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme.html>, Erişim Tarihi:20 Mart 2025).

2.2.2. Temel besin öğeleri

Besin öğeleri, vücudun büyüme, gelişme, yenilenme ve enerji üretimi gibi temel fizyolojik işlevlerini sürdürebilmesi için alınması gereken makro (karbonhidratlar, proteinler ve yağlar) ve mikro (vitaminler ve mineraller) bileşenlerdir (Ünsal,2019).

Yetişkin bir bireyin vücut yapısının yaklaşık %16'sını proteinler oluşturmakta olup, günlük enerji gereksiniminin %10-20'sinin protein kaynaklarından sağlanması önerilmektedir. Proteinler, tüm hücrelerde yapısal bir bileşen olarak yer almakla birlikte, antikorların, bazı hormonların ve biyokimyasal süreçlerde rol oynayan birçok enzimin yapısında da bulunmaktadır.

(https://www.tbv.com.tr/uploads/docs/temel_beslenme.pdf, Erişim Tarihi:30 Mart 2025). Yaşlı bireylerde günlük protein alımının, vücut ağırlığı başına en az 1 gram olacak şekilde olması önerilmektedir. Ancak bu miktar, bireyin fiziksel aktivite düzeyi ve mevcut sağlık durumu göz önünde bulundurularak kişiye özgü olarak düzenlenmelidir (Volkert ve ark., 2019).

Günlük enerji gereksiniminin ortalama %55-60'ının karbonhidrat kaynaklarından elde edilmesi önerilmektedir. Karbonhidratlar, insan vücudunda sınırlı miktarda depolanabilir ve bu depolama genellikle karaciğer ile iskelet kaslarında glikojen formunda gerçekleşir. İhtiyaç halinde bu glikojen depoları hızla mobilize edilerek enerji üretimi için kullanıma sunulur (Besler ve ark., 2015). Yaşın ilerlemesiyle birlikte glukoz metabolizmasında meydana gelen değişiklikler, karbonhidrat toleransının azalmasına neden olmaktadır. Bu nedenle, yaşlı bireylerde özellikle kompleks karbonhidrat kaynaklarının tercih edilmesi önerilir. Tam tahıllar, kurubaklagiller ve benzeri kompleks karbonhidrat içeren besinler; yalnızca daha dengeli bir glisemik yanıt sağlamakla kalmaz, aynı zamanda da vitaminlerin, minerallerin ve diyet lifinin alımını da artırarak beslenme kalitesine katkı sunar (Khaw, 2008).

Yağlar; toplam günlük enerji gereksiniminin yaklaşık %25-30'unun yağlardan karşılanması önerilmektedir. Bununla birlikte, trans yağ asitlerinin toplam enerji alımındaki oranının %1'in altında tutulması sağlık açısından önem taşımaktadır (https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102535_tyrkiye_beslenme_rehberi.pdf, Erişim Tarihi:5 Mayıs 2025) Yağlar, vücut için temel bir enerji kaynağı olmanın yanı sıra, yağda çözünen vitaminlerin emilimi açısından da hayati öneme sahiptir. Ancak, diyetle tüketilen yağın miktarı ve türü; kardiyovasküler bazı hastalıklar, birtakım kanser tipleri, tip 2 diyabet ve obezite gibi kronik bazı hastalıkların gelişimi ile doğrudan ilişkilidir. Bu sağlık sorunları, yalnızca morbidite ve mortalite oranlarını artırmakla kalmaz, aynı zamanda bireyin bağımsız yaşam sürdürebilme kapasitesi üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilir (Saraç ve Yılmaz, 2015).

Mikronütrient vitaminler ve mineraller; makro besin öğelerinin metabolik işlevlerini sürdürebilmesi için gerekli olan temel mikro besin öğeleridir. Vitaminler, suda çözünen (B grubu vitaminleri ve C vitamini) ve yağda çözünen (A, D, E ve K vitaminleri) olmak üzere iki temel grupta incelenmektedir. Sağlıklı bir yaşamın sürdürülebilmesi için gerekli başlıca mineraller arasında kalsiyum, fosfor, sodyum, potasyum, klor, magnezyum ve kükürt gibi makro minerallerin yanı sıra demir, çinko, bakır, iyot, flor, kobalt, krom ve selenyum gibi iz elementler yer almaktadır. (https://www.tbv.com.tr/site/assets/files/4780/temel_beslenme.pdf, Erişim Tarihi:5 Mayıs 2025). Mikronutrientler, sağlığın korunması ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi açısından temel bir rol oynamaktadır. Mikronutrient alımındaki yetersizlik, yaşlı bireylerde bağışıklık sisteminin işlevlerinde azalma ile doğrudan ilişkilidir (Saraç ve Yılmaz, 2015).

2.2.3. Besinlerin sınıflandırılması

Süt ve süt ürünleri grubunda sayılan süt, peynir, kefir, yoğurt gibi gıdalar, en başta kalsiyum ile fosfor olmak üzere çeşitli minerallerin yanı sıra yüksek biyoyararlanıma sahip protein ve riboflavin gibi bazı B grubu vitaminler açısından zengin içerikleriyle, halk sağlığı bağlamında önemli bir besin grubunu oluşturmaktadır (Ünal ve Besler, 2008). Besin ögesi yoğunluğu yüksek olan süt ve süt ürünlerinin, dengeli bir beslenme

düzeni içerisinde yer alması; kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, tip 2 diyabet ve obezite gibi kronik hastalıkların ortaya çıkma olasılığını azaltmada etkili olabilmektedir (Prentice, 2014; Hertzler ve Clancy, 2003).

Kırmızı et, balık, tavuk, yumurta, nohut, mercimek, kuru fasulye ve barbunya gibi kurubaklagiller ile ceviz, fındık ile fıstık gibi yağlı tohumlar; et ve baklagil grubunda yer almaktadır. Bu grup; yüksek kaliteli proteinlerin yanı sıra karbonhidrat, vitamin, mineral ve diyet lifi bakımından da zengin bir içeriğe sahiptir (https://tazelenme.com/yayinlardosya/yaslida_beslenme.pdf, Erişim Tarihi: 5 Mayıs 2025). Et ürünleri, yüksek miktarda ve biyolojik değeri yüksek protein içeriğine sahip olup, özellikle B12 vitamini ve demir gibi önemli vitamin ve mineraller açısından zengin bir kaynaktır. Balık ve diğer deniz ürünleri de değerli birer hayvansal protein kaynağıdır. Özellikle deniz balıkları, iyot açısından zengin olmalarının yanı sıra, çoklu doymamış omega-3 yağ asitleri içermeleri nedeniyle kardiyovasküler sağlık üzerinde olumlu etkiler sağlayabilmektedir.

(https://okulsagligi.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_01/27102535_tyrkiye_beslenme_rehberi.pdf, Erişim Tarihi:5 Mayıs 2025). Baklagiller de içerdikleri yüksek düzeyde protein ile dikkat çeken besin gruplarındandır. Yemeklik tane baklagillerin ham protein oranı çoğunlukla %20'nin üzerindedir. Bu özellikleri nedeniyle, gelişmekte olan ülkelerde düşük proteinli ve yüksek enerjili diyetlerin yetersizliklerini dengelemek amacıyla önemli bir besin kaynağı olarak değerlendirilmektedir (Sarioğlu ve Velioğlu, 2018). Yumurta, insan vücudunun ihtiyaç duyduğu hemen hemen tüm besin öğelerini uygun miktar ve dengeli oranlarda içermesi nedeniyle, dengesiz beslenme probleminin giderilmesinde önemli bir hayvansal gıda kaynağı olarak öne çıkmaktadır (Çelebi ve Karaca, 2006). Yağlı tohumlar, diğer gıda gruplarına kıyasla yüksek yağ içeriğine sahip olmaları nedeniyle tüketim miktarları açısından dikkatli olunması gereken besinlerdir. Her ne kadar yağ oranları yüksek olsa da, bitkisel kökenli olduklarından kolesterol içermezler ve bunun yanında E vitamini ile flavonoidler bakımından oldukça zengindirler.

(<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/Yagli-Tohumlari-Beslenmemizdeki-Yeri.pdf>, Erişim Tarihi:5 Mayıs 2025).

Sebze meyveler, bitkilerin yenebilen bütün kısımlarını kapsayan bir gıda grubudur. özellikle folat, A vitamininin öncül maddesi olan beta-karoten, E, C ve B2 vitaminleri ile birlikte kalsiyum, potasyum, demir, magnezyum, diyet lifi ve antioksidan özellik taşıyan biyoaktif bileşenler açısından oldukça zengindir. Bu biyoaktif bileşenler arasında polifenoller (flavonoidler, lignanlar, fenolik asitler ve stilbenler) önemli bir yer tutar. Taze sebze ve meyvelerde bulunan söz konusu bileşikler, kronik hastalıkların oluşumunda etkili olan serbest radikallerin sebep olduğu oksidatif stresin azaltılmasında koruyucu rol oynar ve zararlı maddelerin vücuttan uzaklaştırılmasına destek sağlar.

(https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf, Erişim Tarihi:5 Mayıs 2025).

Meyve ve sebzelerin düzenli olarak tüketilmesi, beslenme kaynaklı kronik hastalıkların ortaya çıkma riskinin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Sarıyer ve Çolak, 2024). Sebzeler, içeriklerinde bulunan farklı besin ögeleri nedeniyle gün içerisinde dönüşümlü olarak tüketilmeli ve her bir türden yeterli miktarda alınmalıdır. Günlük diyetle koyu sarı renkli sebzeler (örneğin havuç, patates), koyu yeşil yapraklı sebzeler (örneğin ıspanak, marul, kıvırcık, pazı, semizotu, brokoli), nişasta içeriği yüksek sebzeler (örneğin patates, bezelye) ve diğer sebzeler (örneğin domates, soğan, taze fasulye) dengeli bir şekilde yer almalıdır. Meyveler de içeriklerinde bulunan besin ögeleri ve bu ögelerin miktarları bakımından çeşitlilik göstermektedir. Turuncgiller ile orman meyveleri; aynı zamanda üzümü, dutu ya da çilek giller olarak da adlandırılan çilek, ahududu, böğürtlen, yaban mersini ve karadut gibi meyveler C vitamini ve çeşitli antioksidan bileşikler bakımından zengin bir yapıya sahiptir. Buna karşın, elma, muz ve kayısı gibi meyveler ise potasyum içeriği açısından öne çıkmaktadır (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf, Erişim Tarihi:5 Mayıs 2025).

Buğday, pirinç, mısır, çavdar ve yulaf gibi tahıl taneleri ile bu tahıllardan elde edilen un, bulgur, yarma, gevrek ve benzeri ürünler, tahıl grubu içerisinde değerlendirilmektedir. (Bozhüyük ve ark., 2012). Tam tahıllar, düşük glisemik

indeksleri sayesinde kan glukozu ve insülin düzeylerinin dengelenmesine katkı sağlamakta, bu yolla damar fonksiyonlarının korunmasına yardımcı olmaktadır. Tam tahılların sağlık üzerindeki olumlu etkileri; içeriklerinde bol miktarda bulunan vitaminler, mineraller, diyet lifi, lignin, beta glukan, inülin, fitosteroller ve çeşitli fitokimyasallar ile ilişkilendirilmektedir (Barbaros ve Kabaran, 2014).

2.2.4. Yaşlılık sürecinde beslenme

Yaşamın tüm evrelerinde olduğu gibi, yaşlılık döneminde de yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması; hastalıklardan korunma, mevcut sağlık durumunun iyileştirilmesi ve sürdürülmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Yaşlı bireyler, besin alımındaki yetersizlikler ve beslenmeye bağlı çeşitli sağlık sorunları nedeniyle, beslenme açısından öncelikli değerlendirilmesi gereken risk grupları arasında yer almaktadır (Rakıcıoğlu, 2009). Yaşlılık döneminde bireylerin beslenme durumu; yaşlanma sürecinde vücutta meydana gelen fizyolojik değişiklikler, mevcut kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar ile fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik koşullardan etkilenmektedir. Bununla birlikte, ileri yaşlarda daha sık karşılaşılan hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, böbrek rahatsızlıkları ve diyabet gibi kronik hastalıkların varlığında, bu sağlık sorunlarına özgü diyet yaklaşımlarının benimsenmesi gerekmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/yaslilik-ve-beslenme.pdf>, Erişim Tarihi:6 Mayıs 2025). Yaşlı bireylerde beslenme durumunun iyileştirilmesi, fiziksel performansın artırılmasına katkı sağlamakta ve yorgunluk hissinin azaltılmasına yardımcı olmaktadır (Cemali ve ark., 2018). Yetersiz beslenme besin öğelerinin eksik, fazla ya da dengesiz alınması sonucunda, vücut yapısı ve işlevlerinde ölçülebilir olumsuz değişikliklere yol açarak klinik sonuçları etkileyen bir beslenme bozukluğu durumu olarak ortaya çıkar (Lochs ve ark., 2006). Yaşlı kişilerin yeterli ve dengeli beslenmesi, yaşam standartlarının yükseltilmesi ve çeşitli hastalıkların önlenmesinde önemli katkılar sağladığından, bu bireylerin beslenme durumlarının periyodik olarak değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. (Yabancı ve ark., 2012).

2.2.5. Yaşlılıkta beslenme bozuklukları

Yaşlı kişilerde yetersiz beslenme ile sıvı kaybı, genellikle göz ardı edilen ancak ciddi sağlık sonuçlarına yol açabilen önemli sorunlardır. Bu durumlar; enfeksiyon riskinin artması, basınç yaralarının gelişmesi, hastanede kalış süresinin uzaması, böbrek fonksiyonlarında bozulma ve mortalite oranlarının yükselmesi ile ilişkilidir. Klinik ortamlarda bakım verilen yaşlıların beslenme ve sıvı alımıyla ilgili risk faktörlerinin belirlenmesi, etkili bir bakım süreci açısından kritik öneme sahiptir. Beslenmenin yetersiz kaldığı durumlarda, oral, enteral ya da parenteral beslenme desteklerinden yararlanılabilir. Yaşlılarda yetersiz beslenmenin ve sıvı kaybının önlenmesi ve tedavisi, farklı sağlık disiplinlerinin ortak çalışmasını gerektirir. Bu bağlamda, hemşire, hekim ve diyetisyen iş birliğiyle beslenme girişimlerinin planlanması; beslenme ve genel sağlık durumunun düzenli olarak değerlendirilmesi; ayrıca sıvı dengesinin izlenmesi amacıyla vücut ağırlığının takibi, etkili bir müdahale süreci için gereklidir (Keleş ve Giersbergen, 2020).

2.3. Malnutrisyon

2.3.1. Malnutrisyon tanımı

Malnutrisyon, bireyin enerji, protein ve diğer elzem besin öğelerine olan metabolik gereksinimleri ile bu öğelerin diyetle alınan miktarı arasında süregelen bir dengesizlik bulunması durumudur (Selçuk, 2012). Malnutrisyon, yetersiz besin alımı, aşırı beslenme, belirli besin öğelerinin eksiklikleri ya da besin öğelerinin dengesiz ve orantısız şekilde alınması sonucunda ortaya çıkan, beslenme bozukluklarını kapsayan çok yönlü bir durum olarak tanımlanmaktadır (Karahan ve Çifci, 2020). Bir diğer tanımda ise malnutrisyon, yalnızca yetersiz ya da aşırı beslenmeyi değil, aynı zamanda inflamatuvar süreçlerin varlığını da içeren; subakut veya kronik nitelikte seyreden bir beslenme durumu olarak ele alınmaktadır. (Soeters ve ark.,2017). Malnutrisyon, morbidite ve mortalite oranlarının artışıyla ilişkili önemli bir sağlık sorunudur ve her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, ileri yaş gruplarında daha yüksek risk taşımaktadır. Toplumda bağımsız olarak yaşayan yaşlı bireylerde malnutrisyon prevalansı yaklaşık %5–10 düzeyindeyken, bakım kurumlarında bu oran %30–60'a

kadar çıkabilmektedir. Hastanede yatan yaşlı bireyler arasında ise malnütrisyon sıklığı orana %30 ila %65 arasında değişmektedir. Küresel ölçekte yaşlı nüfusun artış göstermesiyle birlikte, malnütrisyon sıklığında da benzer bir artış eğilimi gözlemlenmektedir (Karahan ve Çifci, 2020).

2.3.2. Malnutrisyonun sınıflandırılması

İnflamatuvar yanıtla ilişkili hastalık kaynaklı malnutrisyon; daha önceden var olan hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabilen ve inflamatuvar yanıtın eşlik ettiği bir beslenme bozukluğudur. Enflamasyonun varlığı, katabolik süreçlerin hızlanmasına neden olur. Özellikle hareket kabiliyeti kısıtlanmış ya da yatağa bağımlı bireylerde iskelet kası yıkımı belirgin şekilde görülür. Uzun süreli inflamatuvar durumlarda ise, yağ dokusu kaybı ile birlikte veya tek başına meydana gelen kas kütlesi azalmasıyla karakterize edilen kaşeksi gelişebilir. Kaşeksi; KOAH, kalp yetmezliği, malign hastalıklar ve ileri evre organ yetmezlikleri gibi sürekli inflamasyona neden olan durumlarda ortaya çıkabilir. Ayrıca travma, ciddi yanıklar ve büyük cerrahi işlemler gibi akut fiziksel stres durumları da metabolik yanıtı artırarak malnütrisyonu yol açabilir (Cederholm ve ark., 2017).

Enflamatuvar yanıtın bulunmadığı hastalığa bağlı malnutrisyon; non-kaşektik malnütrisyon olarak da tanımlanan bu durum, beslenme yetersizliği ile birlikte bir hastalık ya da komplikasyonun bulunmasına rağmen, inflamatuvar yanıt ve ilgili biyokimyasal belirteçlerin gözlenmediği olgularda ortaya çıkar. Parkinson hastalığı, demans, inme, yutma güçlüğü (disfaji), depresyon ve malabsorpsiyon gibi sağlık sorunları, inflamasyon dışında gelişen mekanizmalar aracılığıyla malnütrisyonu yol açabilmektedir. Bu tür olgularda beslenme bozukluğu, inflamatuvar sürece bağlı olmaksızın gelişmektedir (Cederholm ve ark.,2017).

Hastalığa bağlı olmayan malnütrisyon; besin yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan malnütrisyon, genellikle gıda erişiminin kısıtlı olduğu durumlarda görülmektedir. Özellikle düşük gelir düzeyli olup gelişmekte olan birçok ülkede, açlık bu durumun en yaygın nedenidir. Hastalıkla doğrudan ilişkili olmayan bu tür beslenme bozuklukları; sosyoekonomik ve psikolojik sebeplere bağlı olarak ortaya çıkabilen sosyal

eşitsizlikler, bakım eksikliği, ihmal, istismar ve yas gibi faktörlerle ilişkilidir. Bu tür olumsuz koşullar yalnızca alınan besin miktarını değil, aynı zamanda besinlerin kalitesini de etkileyerek bireyin beslenme durumunu daha da kötüleştirebilir (Cederholm ve ark.,2017).

2.3.3. Malnutrisyon risk etkenleri

Gelişmiş ülkelerde malnutrisyonun temel etkeni çoğunlukla altta yatan hastalıklardır. İster akut ister kronik özellikte olsun, hastalıklar malnutrisyonu farklı mekanizmalarla tetikleyebilmektedir. Enflamatuvar süreçlerin ve travmatik yanıtların metabolizma üzerindeki olumsuz etkileri, iştah kaybı, besin öğelerinin sindirimi ve emilimindeki bozulmalar, gastrointestinal sistemdeki motilite sorunlarına bağlı gelişen bulantı ve kusmalar ile sitokinlerin neden olduğu katabolik etkiler, hastalığa bağlı malnutrisyonun nedenleri arasında yer almaktadır (Kondrup ve ark., 2003; Lochs ve ark., 2006). Yetersiz gıda alımı, hastalıkların besin alımına, sindirimi ve emilimine olan etkisi, hastaneye başvurmadan önce mevcut olan malnutrisyon riski ve hastanede uygulanan rutin düzenlemeler (örneğin, yemek servisi şekli, saati ve uygulanan diyetler) gibi faktörler, hastanede yatan bireylerde yüksek malnutrisyon prevalansının başlıca nedenlerindendir. Bu etkenlerin kapsamlı bir biçimde değerlendirilmesi ile gerekli müdahalelerin gerçekleştirilmesi, malnutrisyon tedavisinin etkinliği için kritik öneme sahiptir (Weimann ve ark., 2017; Arends ve ark., 2017).

Yirmili yaşlardan itibaren, 80'li yaşlara kadar bireylerin besin alımlarında fizyolojik bir düşüş gözlemlenir (Arends ve ark., 2017). Yaşlanma anoreksisi olarak adlandırılan bu durum, yağsız vücut kitlesinde, enerji harcamasında ve fiziksel aktivitede azalma ile uyumlu bir yanıt olarak değerlendirilebilir (Charlton ve ark., 2010). Ancak yaşlı bireylerde azalmış besin alımı, patolojik kilo kaybına karşı duyarlılığı artırmaktadır. Geriatrik bireylerde, yaşın ilerlemesine bağlı olarak gelişen çeşitli ek faktörler, malnutrisyon riskini daha da artırabilecek bir zemin hazırlamaktadır (Weimann ve ark., 2017).

2.3.4. Malnutrisyonun tanısı ve değerlendirilmesi

İki aşamalı değerlendirme modeline göre, malnütrisyon tanısı koymadan önce bireylerin onaylanmış bir beslenme risk tarama aracıyla değerlendirilmesi ve beslenme açısından risk altında olup olmadıklarının belirlenmesi gerekmektedir (Cederholm ve ark., 2015). İkinci aşamada, yetersiz beslenmenin tanısı konulmakta ve malnütrisyonun şiddeti değerlendirilmektedir. Malnütrisyon tanısı için tek ve kesin bir belirteç bulunmadığından, Küresel Malnutrisyon Liderlik Girişimi (GLIM) bu tanı sürecine yönelik olarak altı kriter belirlemiş olup, söz konusu kriterler fenotipik ve etyolojik olmak üzere iki ana grupta sınıflandırılmaktadır. Fenotipik kriterler; istem dışı kilo kaybı, düşük beden kitle indeksi ile kas kütlelerinde azalma şeklinde tanımlanırken; etyolojik kriterler ise yetersiz besin alımı ile birlikte inflamasyon veya hastalığa bağlı metabolik stres varlığını içermektedir. Malnütrisyonun teşhis edilebilmesi için en az bir fenotipik ve bir etyolojik kriterin eş zamanlı olarak var olması gereklidir. (Malazonia ve ark., 2021). Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Kısa Formu (Mini Nutritional Assessment-Short Form [MNA-SF]), bireylerin beslenme durumunu kısa sürede ve kolay biçimde değerlendirmek için tasarlanmış bir tarama aracıdır. Bu form, hareketlilik durumu, nöropsikiyatrik sorunların varlığı, son dönemdeki kilo kaybı, iştah azalması veya yakın zamanda geçirilen akut hastalık gibi parametrelerin yanı sıra, BKİ ya da baldır çevresi gibi antropometrik ölçümleri de kapsamaktadır (Rubenstein ve ark., 2001). Nutrisyonel Risk Tarama (Nutritional Risk Screening [NRS-2002]), bireylerin beslenme yetersizliği riskini belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiş bir değerlendirme sistemidir. Bu yöntem; BKİ, vücut ağırlığında azalma, besin alımındaki düşüş ve mevcut hastalığın klinik şiddeti olmak üzere dört temel ölçütü esas alır. Ayrıca, bireyin yaşının 70'in üzerinde olması durumunda değerlendirmeye ek olarak 1 puan verilerek sonuç üzerinde etkili olmaktadır (Poulin ve ark., 2012). Bireylerin değerlendirilmesinde, öncelikle tıbbi öykü alınmalı ve fiziksel, zihinsel ve bilişsel durumları kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Ağız kuruluğu, yutmada güçlük, tremor, bulantı ve kusma ve ishal gibi semptomlar var ise, bu durumlar dikkatlice değerlendirilmelidir. Ayrıca, kilo kaybı araştırılmalı ve gecikmiş yara iyileşmesi, basınç ülseri oluşumu, enfeksiyonlara yatkınlık ve akut hastalıklarda iyileşme sürecindeki gecikmeler gibi belirtiler, yetersiz beslenmenin klinik işaretleri olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Eklem problemleri, düşme

öyküleri ve hareket kabiliyetindeki değişiklikler de sorgulanmalıdır. İlaç kullanımını değerlendirmek için, bireyin kullandığı tüm reçeteli ve reçetesiz ilaçlar dikkatlice gözden geçirilmelidir. Ayrıca, vitamin takviyeleri ve diğer besin desteklerinin alımı da sorgulanmalıdır (Malazonia ve ark., 2021). Bireylerin beslenme durumunu etkileyebilecek hayat koşulları, medeni durum, yalnızlık ile depresyon gibi faktörler dikkate alınarak, sosyal ve psikolojik öykü detaylı bir şekilde sorgulanmalıdır (Cederholm ve ark., 2017).

Kaşeksi, geleneksel tanımıyla, kas kütlesinde meydana gelen kaybın bazen yağ kütlesi kaybıyla birlikte, bazen ise bağımsız olarak gözleendiği, altta yatan hastalıklara bağlı olarak gelişen karmaşık ve çok yönlü bir metabolik sendromdur. Erişkin bireylerde bu sendromun en belirgin klinik bulgusu ise vücut ağırlığında gözlemlenen anlamlı azalmadır.

Sarkopeni, kas kütlesindeki azalma ile birlikte kas gücündeki düşüşü ifade etmek için kullanılmaktadır. Sarkopeni, yaşa bağlı cinsiyet hormonlarındaki azalma veya mitokondriyel disfonksiyon gibi primer faktörlerden kaynaklanabileceği gibi, endokrin ve nörodejeneratif hastalıklar gibi sekonder etmenler de bu durumu tetikleyebilir (Janssen, 2010).

Kırılgnlık, yaşa bağlı olarak organizmanın strese karşı dayanıklılığının azalması ve bozulmuş homeostatik denge sonucu olumsuz sağlık durumlarına (örneğin düşme, uzun süreli hastanede yatış) eğilim göstermesiyle tanımlanan geriatrik bir sendromdur. Kırılgnlık, bitkinlik, istemsiz kilo kaybı, yavaş yürüyüş hızı, düşük fiziksel aktivite ve zayıflık gibi beş belirtiyi içerir ve bu belirtilerden en az üçünün bir arada bulunması, yaşlı bir bireyde kırılgnlık tanısını koymak için yeterlidir. Kesin bir tanımı bulunmayan kırılgnlık, sarkopeni ile sıkça örtüşen bir durumdur ve bu iki kavram birbirini tamamlayan özelliklere sahiptir (Cruz-Jentoft ve ark., 2010).

2.3.5. Yaşlılıkta malnutrisyon

Ülger ve çalışma arkadaşlarının 2013 yılında Türkiye'deki yaşlı bakım evlerinde gerçekleştirdiği araştırmada, Mini Nutritional Assessment (MNA) yöntemi kullanılarak farklı yaş gruplarında malnütrisyon prevalansı incelenmiştir. Araştırma

bulgularına göre, 65–74 yaş aralığında malnütrisyon oranı %23,2, 75–84 yaş grubunda %36,9 ve 85 yaş üzerindeki bireylerde ise %63,4 olarak saptanmıştır. Huzurevlerinde yürütülen diğer çalışmalarda ise malnütrisyon oranlarının %15,9’a kadar yükselebildiği, malnütrisyon riskinin ise %53,6’ya kadar ulaşabildiği rapor edilmiştir (Başbüyük ve ark., 2017; Ülger ve ark., 2013).

2.4. Aile Hekimliği

2.4.1. Aile hekimliğinin tanımı

WONCA'nın (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians – Dünya Genel Pratisyenleri / Aile Hekimleri Ulusal Kolejler, Akademiler ve Akademik Dernekler Birliği) Avrupa bölgesi tanımlamasına göre; Aile Hekimliği, özgün eğitim programına, araştırma alanına, kanıta dayalı temellere ve klinik uygulamalara sahip, akademik niteliği olan bilimsel bir alan olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerini temel alan bir uzmanlık dalını ifade etmektedir. (Başak ve ark., 2011).

2.4.2. Aile hekimliği pratiği

Aile hekimi, bireylerin sağlık hizmetiyle ilk temas ettiği noktadır. Kolay erişilebilir olması, sağlık hizmetini sürekli ve bütüncül bir yaklaşımla sunması, Aile Hekimliğini diğer tıbbi uzmanlık alanlarından ayıran temel özellikler arasındadır. Her aile hekiminin sorumluluğunda belirli bir nüfusun bulunması hem hizmet sunumunu kolaylaştırmakta hem de hizmet verilen toplumu daha yakından tanıma imkânı sağlamaktadır. Bu sayede, belirli bir bölgede hangi hastalıkların ne sıklıkta görüldüğü, mevsimsel değişimlere bağlı hastalık profilleri gibi veriler daha ayrıntılı bir şekilde izlenebilmektedir. Ayrıca, sözkonusu bilgilerin dijital bir ortamda kayıt altına alınması, yerel düzeyde elde edilen verilerin ulusal istatistiklerle daha sağlıklı biçimde karşılaştırılmasına olanak tanımaktadır (Ak, 2010). Aile hekimi, bireylerin sağlığını korumaya ve hastalıkların ortaya çıkmasını önlemeye yönelik uygun stratejileri hayata geçirir. Hastalıkları yalnızca biyolojik açıdan değil, bireylerin fiziksel, ruhsal, kültürel ve sosyal koşullarını da dikkate alarak bütüncül bir yaklaşımla değerlendirir. Sağlık

hizmeti sunumunda yalnızca bireylerin sağlık ihtiyaçlarına değil, aynı zamanda toplumun genel sağlık gereksinimlerine karşı da sorumluluk taşır (Başak ve ark., 2011).

2.4.3. Aile hekimliği temel yeterlilikleri

Aile hekimi uzmanlarının sahip olması gereken altı adet çekirdek yeterlilik bulunmaktadır. Bu çekirdek yeterlilikler, mesleki uygulamalarda temel rehber niteliği taşır ve aile hekimliğinin özgün niteliğini yansıtır (Ak, 2010).

Birinci basamak yönetimi; hastaların sağlık sistemiyle ilk temasını etkili biçimde organize etmeyi, seçilmiş olmayan, geniş yelpazedeki sağlık sorunlarını yönetebilmeyi kapsar. Ayrıca, birinci basamakta görev yapan diğer sağlık profesyonelleri ile farklı disiplinlerden uzmanlar tarafından sunulan hizmetlerin koordinasyonunu sağlama, sağlık bakımının etkin, hedefe yönelik ve uygun şekilde sunulmasını temin etme, bireyin sağlık sistemi içerisindeki doğru hizmetlere yönlendirilmesini kolaylaştırma ve hastaların haklarını gözeterek savunuculuğunu yapma becerisini içerir.

Kişî merkezli bakım; bireyin ve yaşadığı çevrenin sağlıkla ilgili sorunlarına yaklaşırken kişiyi merkeze alan bir tutum sergilemeyi ifade eder.

Özgün problem çözmeye dair yetkinlikleri, karar verme süreçlerini ve hastalıkların toplumdaki prevalans ile insidansına göre değerlendirilmesini kapsamaktadır. Bu yeterlilik kapsamında hekim; anamnez, fizik muayene ve laboratuvar verilerinden elde edilen bilgileri seçici biçimde değerlendirerek, hastayla iş birliği içerisinde uygun bir tedavi ve takip planı oluşturur.

Kapsamlı yaklaşım; bireyde aynı anda birden fazla semptom ve patolojinin, akut ve kronik sağlık problemleriyle birlikte görülmesini etkili bir şekilde yönetmeyi içerir. Ayrıca, koruyucu, tedavi edici, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini içeren sağlık uygulamaları bütüncül bir bakış açısıyla organize edilerek hastalık belirtilerinin hafifletilmesi ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde koordine edilmesi sağlanır.

Toplum yönelimli olma; mevcut sağlık kaynaklarını etkili ve dengeli bir şekilde kullanarak, bireylerin kişisel sağlık ihtiyaçları ile bulundukları topluluğun genel sağlık

gereksinimlerini birlikte ele alma ve bu gereksinimlere yönelik bütüncül çözümler geliştirme yaklaşımıdır.

Bütüncül yaklaşım; sağlık hizmeti sunumunda bireyin yalnızca fiziksel belirtilerini değil, aynı zamanda birtakım psikolojik, sosyal ve çevresel etmenlerini de dikkate alan biyopsikososyal model çerçevesinde değerlendirme yapma anlayışıdır (Heyrman, 2005).

2.4.4. Aile hekimliği perspektifinden geriatrik değerlendirme

Birinci basamak hekimleri, yaşlı bireylerin sağlık ve fonksiyonel durumlarını belirlemeye yönelik gerçekleştirdikleri kapsamlı geriatrik değerlendirme sayesinde mevcut sağlık sorunlarını saptayabilir; risk altında bulunan yaşlılara yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunarak sağlıklarının korunmasına destek olabilir ve onların toplum içinde bağımsız bireyler olarak yaşamlarını sürdürebilmelerine katkıda bulunabilirler (Spalding, 2008). Yaşlı bireyler açısından, sürekli sağlık hizmetine erişim ve uzun vadeli hasta-hekim ilişkisinin kurulması büyük bir değer taşımakta ve önemli bir gereksinim olarak öne çıkmaktadır.

(<https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf>, Erişim Tarihi: 7 Mayıs 2025). Nitekim, yaşlı bireyler aile hekimliği hizmetlerine en sık başvuran gruplardan birini oluşturmaktadır. Yetişkin popülasyonun aile hekimliği başvurularının incelendiği bir çalışmada, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin son bir yıl içinde aile hekimine başvurma oranı %87 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, kronik hastalığı bulunan kişilerin başvuru sıklığının daha yüksek olduğu da belirlenmiştir (Çetinkaya ve ark., 2013). Aile hekimleri, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan uzmanlarla iş birliği içinde çalışarak, disiplinler arası bir yaklaşımla yaşlı hastalara yönelik kapsamlı ve etkili bir geriatrik bakım süreci yürütebilir

(<https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf>, Erişim Tarihi: 7 Mayıs 2025). Beklenen yaşam süresindeki artış, ancak bireylerin yaşam kalitesinin eş zamanlı olarak yükseltilmesiyle anlamlı hale gelir. Bu bağlamda, genç bireyler için sağlık hizmetlerindeki öncelikli amaç genellikle “tedavi” iken, ileri yaş gruplarında esas

hedef “yaşam kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlamak” olmaktadır (Akçay ve ark., 2012). Yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin planlanmasında, erişilebilirliğin artırılması, hizmetlerin kapsayıcı olması ve bütüncül bir yaklaşımla sunulması gerektiği çeşitli literatürlerde vurgulanmaktadır (Ulutaşdemir ve ark., 2019). Bu öneriler, birinci basamağın sağlık hizmetlerindeki kritik rolünü vurgulamaktadır. Düzenli aralıklarla gerçekleştirilen ayrıntılı geriatrik değerlendirmelerin, mortalite oranları ve bakımevine yerleştirilme sıklığını azalttığına dair kanıtlar bulunmaktadır (<https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Sa%C4%9Fl%C4%B1kl%C4%B1%20Ya%C5%9F.%202015-2020%20Pdf.pdf>, Erişim Tarihi: 7 Mayıs 2025).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız niteliksel yöntemle yapılmış olup tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. 01.11.2024 ile 01.02.2025 tarihleri arasında veriler toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ve belirtilen tarihlerde başvuran, 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Veri doygunluğuna (benzer ve yinelenen görüşlerin ortaya çıkması) ulaşıldığında görüşmelere son verilmiştir. Bu doğrultuda, çalışma grubunu Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve farklı sosyo-demografik özelliklere sahip 18 yetişkin birey oluşturmaktadır.

3.4. Araştırma Hipotezi

Nitel araştırmalarda, geçerliliği ya da doğruluğu sınanacak önceden belirlenmiş bir hipotez veya kuram bulunmaz (Toy ve Tosunoğlu, 2007; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Bu nedenle, bu çalışma kapsamında araştırmaya özgü sorular geliştirilmiştir.

“Beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz bahseder misiniz?”

“Beslenme alışkanlıklarınız üzerinde hangi faktörler belirleyici oluyor açıklayalım?”

“Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz? Sağlıklı beslenmek adına yaşadığınız zorluk ve kolaylıklar nelerdir açıklar mısınız?”

“Sağlıklı beslenmeniz adına hangi durumların değişmesi gerektiğini düşünüyorsunuz bahseder misiniz?”

3.5. Verilerin Toplama Aracı ve Yönetimi

Araştırmada, altı sosyo-demografik soru, bir antropometrik ölçümlere ilişkin soru ve beş yaşam tarzı sorusu olmak üzere toplam on iki sorudan oluşan bir anket formu ve 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenmeye yönelik deneyimlerini derinlemesine incelemeyi amaçlayan veriler, dört açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu aracılığıyla toplanmıştır. Görüşme formundaki sorular, literatürden yararlanılarak hazırlanmış ve yaşlı bireylerin konuya ilişkin deneyimlerini derinlemesine ortaya koyacak biçimde tasarlanmıştır. Araştırma konusuna yönelik kavramsal çerçeve, kapsamlı bir literatür incelemesi sonucunda oluşturulmuştur. Soruların açık, anlaşılır ve akıcı olmasına dikkat edilmiş; katılımcıları yönlendirebilecek ifadelerden kaçınılmıştır.

Araştırmada, 65 yaş ve üzeri bireylerle yapılan görüşmelerde derinlemesine görüşme yöntemi uygulanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ise, önceden hazırlanan soru formuna bağlı kalınarak, belirli bir olgu ya da algının daha iyi anlaşılmasını sağlamak amacıyla ek soruların yöneltilebildiği bir yöntem olarak kullanılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016). Görüşmelerden önce katılımcılara araştırmanın amacı, yürütüldüğü kurum ve süreç hakkında gerekli bilgiler verilmiş; katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı ve dileyen katılımcıların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilmiştir. Bununla birlikte, elde edilecek verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı, herhangi bir kişisel bilginin (örneğin ad, soyad) kaydedilmeyeceği açıkça belirtilmiştir. Tüm katılımcılardan sözlü onam alınmıştır.

Yüz yüze gerçekleştirilen görüşmeler, 01 Kasım 2024 ile 01 Şubat 2025 tarihleri arasında Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi’nde, önceden belirlenen tarihlerde gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların onayı ile görüşmeler sırasında ses kaydı alınmış, aynı zamanda notlar tutulmuştur. Görüşmeler, karşılıklı iletişimi

destekleyecek şekilde aynı düzeyde oturularak ve aktif dinleme ilkeleri doğrultusunda, önceden hazırlanan yarı yapılandırılmış soru formu yardımıyla yönlendirilmiştir. Ortalama görüşme süresi 45 dakika olmuştur.

Toplanan ses kayıtları ile yazılı notlar araştırmacı tarafından çözümlenerek yazıya aktarılmış ve ardından analiz aşamasına geçilmiştir.

3.6. Verilerin Analizi

Derinlemesine yapılan görüşmelerin metinleri, katılımcıların sahip oldukları tutum ve algıların daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla analiz edilmiştir. Bu süreçte, içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Analiz sırasında her bir veri, anlamlı kelimeler ve ifadeler üzerinden kodlanmış; benzer kodlar bir araya getirilerek kavramlara, kavramlar ise kategorilere ve temalara dönüştürülmüştür. Bu yapı aracılığıyla verilerin anlamlandırılması ve sistematik biçimde yorumlanması amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular, daha sonra çalışmanın bulgular bölümünde detaylandırılmış ve tartışılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2016).

Analiz sürecinin ilk adımında, görüşme kayıtları araştırmacı tarafından elektronik ortama aktarılmıştır. Sonrasında, toplanan veriler iki araştırmacı tarafından birbirinden bağımsız biçimde defalarca okunarak detaylı bir kodlama süreci yürütülmüştür. Görüşme sırasındaki gözlemler ve alınan notlar da bu süreçte dikkate alınarak, çalışmanın amacına uygun temalar geliştirilmiştir. Oluşturulan temalar, üçüncü bir bağımsız uzman tarafından gözden geçirilmiş; ardından tüm araştırmacılar bir araya gelip kodlar ile temalar üzerine ortak bir değerlendirme yapmışlardır. Sonuç olarak, veriler belirlenen temalar doğrultusunda sınıflandırılmıştır. Kodlama ve tema oluşturma aşamaları yinelenmiş ve verilerin araştırma sorularıyla ilişkili kısımları bulgular bölümünde sistemli bir şekilde sunulmuştur.

Araştırmada nicel verilerin çözümlemesi için SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılmış, nitel verilerin analizinde ise içerik analizine uygun çeşitli yazılımlardan faydalanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma, amaçlı örnekleme yöntemiyle yürütülmüş olup yalnızca belirlenen katılım ölçütlerini sağlayan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri bireylerle sınırlı tutulmuştur. Elde edilen veriler, yalnızca bu çalışma grubunu kapsamaktadır ve nitel araştırmanın doğası gereği genelleme yapılması mümkün değildir. Bu bağlamda, araştırma sonuçları evreni temsil etmemekte, yalnızca katılımcıların bireysel görüş ve deneyimlerine dayanmaktadır. Ayrıca veriler, araştırmanın gerçekleştirildiği zaman aralığı ile sınırlıdır ve yalnızca görüşme sürecinde elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14/10/2024 tarihinde alınan E.410013 sayılı onay ile yürütülmüştür (Ek-2). Katılımcılara araştırmanın amacı, yanıtların gizliliği ve verilerin kullanım şekline ilişkin bilgi verilmiş; gönüllü katılım gösteren 65 yaş ve üzeri bireyler örnekleme dâhil edilmiştir. Etik ilkeler doğrultusunda, katılımcıların kimlik bilgileri gizli tutulmuş ve isimleri çalışmada yer almamıştır.

4. BULGULAR

Araştırma Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 65 yaş ve üzeri 18 bireyle yürütülmüştür. Katılımcıların %55,6'sı (n=10) kadın, %44,4'si (n=8) erkektir. Yaş ortalaması $73,52 \pm 5,88$ standart sapma (SS) yıldır.

Katılımcıların medeni durumu; %66,6'sı (n=12) evli, 5,55'i (n=1) bekar, %22,2'sinin (n=4) eşi ölmüş, %5,55'i (n=1) boşanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumları; %11,1'i (n=2) okuryazar, %16,6'sı (n=3) ilkokul mezunu, 27,7'si (n=5) ortaokul mezunu, %27,7'si (n=5) lise mezunu, %16,6's, (n=3) üniversite mezunudur.

Katılımcılar ekonomik durumunu; %38,9'u (n=7) düşük, %50'si (n=9) orta, %11,1'i (n=2) yüksek olarak değerlendirmiştir.

Katılımcıların vücut kitle indeksi değerleri ortalama $28,85 \pm 3,74$ SS kg/m² 'dir.

Katılımcıların %50'si (n=9) öğünleri kendisi hazırlamakta, %50'si (n=9) de öğünleri eşi veya diğer aile bireyleri hazırlamakta olduğunu beyan etmiştir.

Bu çalışmada, 65 yaş ve üzeri bireylerle yapılan derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler doğrultusunda, onların beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla ana temalar, bu temalara bağlı alt temalar ve kategoriler oluşturulmuştur. Söz konusu tematik yapı Tablo 4.1'de ayrıntılı biçimde sunulmuştur. Her bir alt tema ve kategoriye ilişkin kapsamlı açıklamalara yer verilmiş; ayrıca, belirlenen kategorileri destekleyen katılımcı ifadelerine örneklerle vurgu yapılmıştır.

Görüşmelerden elde edilen nitel veri bulguları 'beslenme alışkanlıkları', 'kronik hastalıklar ve diyet', 'sosyal ve çevresel etkenler' olarak 3 tema altında sunulmuştur.

Tablo 4.1. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş ve Üzeri Popülasyonun Beslenmeye Yönelik Tutum ve Davranışları için Belirlenen Tema, Alt Temalar ve Kategoriler

Tema	Alt Tema	Kategori
Beslenme Alışkanlıkları	Yemek Miktarı ve Tüketim	Porsiyon Kontrolü
	Alışkanlıkları	Gıda alım zamanı ve rutinler
	Beslenme Düzeni	Günlük Öğün Düzeni
	Besin Tercihleri	Doğal ve Ev Yapımı Besin Tercihi
		Ekonomik Durumun Etkisi
		Hastalıkla beslenme ilişkisini kavrama
Kronik Hastalıklar ve Diyet	Hastalık Farkındalığı	Sağlık bilgisine erişim
		İlaç kullanımına yaklaşım
		Doktor/diyetisyen önerilerine uyum
	Diyet Uyumu	Yasaklı gıdalardan kaçınma
Sosyal ve Çevresel Etkenler	Aile ve Çevre Etkisi	Aile bireylerinin beslenmeye etkisi
		Yaşam alanının etkisi
	Kültürel Geçmiş	Geleneksel beslenme alışkanlıkları
		Çocukluk beslenme deneyimleri

4.1. Beslenme Alışkanlıkları

65 yaş ve üzeri bireylerle gerçekleştirilen görüşmelerin ardından, beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarının temelinde önemli bir bölümü beslenme alışkanlıklarının oluşturduğu görülmüştür. Bu doğrultuda, katılımcıların beslenme alışkanlıklarına ilişkin görüşleri; yemek miktarı ve tüketim alışkanlıkları, beslenme düzeni, besin tercihleri olmak üzere üç alt tema altında kategoriler ile birlikte değerlendirilmiştir.

4.1.1. Yemek miktarı ve tüketim alışkanlıkları

Katılımcılarla yapılan görüşmelerde birçoğunun yemek miktarı ve tüketim alışkanlıkları hususunda zorluklar yaşadığı ve bu durumdan sıklıkla bahsettikleri görülmüştür. Katılımcıların yemek miktarı ve tüketim alışkanlıkları ile ilgili ifadeleri, porsiyon kontrolü ile gıda alım zamanı ve rutinler olmak üzere iki kategoride değerlendirilmiştir.

4.1.1.1 Porsiyon kontrolü

Katılımcılardan bazıları bahsettikleri beslenme düzenlerinde, günlük öğünlerinde sıklıkla porsiyon kontrolünde zorluklar yaşadıklarını belirtmiştir.

K1: “...çikolata gibi abur cuburlar yemiyorum ama reçel gibi ev yapımı şeyler veya kek gibi şekerli şeyler olduğunda bazen onlardan çok yiyorum. Bazen de misafirlikteki börek çöreklerden yiyorum, ne kadar yediğime dikkat edemiyorum...”

K4: “...istediğim şeylerden çok yiyince hemen şekerim çıkıyor bunu hissedebiliyorum. Bazen akşamları televizyon karşısında çok kaldığımda çayın yanında hep bir şeyler atıştırmak istiyorum...”

K7: “...eğer moralim bozuksa, bir şeyler yeme isteği oluyor. O an biraz rahatlamak için canım öyle şeyler istiyor. Bir de evdeki duruma bağlı oluyor bazen. Eğer çok bir şey yapacak halim yoksa, hemen kolayca bir şeyler hazırlarım. Tabii, bazen o kadar

da sağlıklı olmuyor ama işte işin kolayına kaçıyorum. Kendimi çok da kısıtlamıyorum...”

K12: “...ben tatlıya çok düşkün bir insanım, kanser teşhisinden sonra tatlıyı kesmem gerektiğini söylediler o yüzden biraz o konuda zorlanıyorum. Eve pek almamaya çalışıyoruz ya da eşim eskiden yaptığı tatlı şeyleri falan daha az yapıyor...”

K13: “...ben tartı kullanmam ama göz kararı yaparım. Pirinç pilavını bir avuç kadar koyarım tabağa. Ekmek de bir dilimi geçmez. Özellikle akşamları hafif yemeye dikkat ediyorum, hazımsızlık yapıyor fazla yediğimde...”

K17: “...benim sadece beslenmeme dair bir şikayetim var, ben moralim bozulduğunda, ya da birine bir şeye sinirlendiğimde bir bütün ekmeği güzelce yerim. Hepsini yerim bazen yanında başka şeyler de yerim. Maalesef durduramadığım bir şey...”

4.1.1.2. Gıda alım zamanı ve rutinler

Katılımcıların gıda alım zamanlarının genelde bir rutin dahilinde olduğu gözlemlenmiştir. Bu rutini gün içinde korumaya çalıştıklarını, ara sıra da bazı sebeplerle rutinlerinin aksadıklarını belirtmişlerdir.

K3: “...tiroid ilacı aldığım için her gün erken ve düzenli saatlerde uyanmaya dikkat ediyorum. Yakın zamanda idrar enfeksiyonu için antibiyotik de kullandım o zamanlarda da ilacı hep yemekten sonra aynı saatlerde almaya çalıştım. Zaten gece erken yattığım için ve uyku problemim olmadığı için kalkabiliyorum ve böylece sabahtan kahvaltı ediyorum...”

K5: “...sabahtan erken kalkıp yerim ve gün içinde de hareketliyim. İkinci vaktine kadar bir şey yemem, sonra akşam yemeği hazırlarım. Bir de akşam geç saate yemek kalırsa o da tansiyonumu etkiliyor...”

K9: "...torunumun okul saatlerine göre beslenmesini hazırlarım. Günde 2 öğün beslenirim. İlk öğünümü torunumu okula gönderdikten sonra öğleye doğru yerim. İkinci öğünümü de akşam yerim..."

K11: "...hayatım kendimi bildim bileli belli bir nizamda geçti. Özellikle asker olduktan, kara harp okuluna girdikten sonra zaten hayatım da o düzenin bir parçası olmakla geçti. Toplu yaşama adapte oluyorsunuz, zaten gün içinde de planlanmış bir düzen var. Belli saatlerde yiyorsunuz, belli saatlerde uyuyup uyanıyorsunuz. Sonrasında emekli olduk, yeme düzenimi yine kendime göre ayarlıyorum..."

K13: "...kızım haftada bir market alışverişi yapıyor ama ben de dışarı çıkınca eksikleri alırım. Her gün aynı saatte yemem ama genel olarak 9 gibi kahvaltı ederim. Akşam yemeği ise diziden önce, 6 gibi hazırlanır. Arada bir öğün atladığım da olur. Çay içmeden günüm geçmez ama onu saymıyorum artık..."

4.1.2. Beslenme düzeni

Katılımcılar beslenme düzenlerinde genelde 2 veya 3 ana öğün olduğunu, bazen de atıştırmalıklarla geçen ara öğünler yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar beslenme düzenlerinin büyük ölçüde uyku ve ilaç alım saatlerinden etkilendiğinden bahsetmişlerdir.

4.1.2.1. Günlük öğün düzeni

Katılımcılar günlük öğünlerinde ana öğün olarak kahvaltı veya akşam yemeği yediklerini, ailelerinin öğün düzenlerine uyduklarını, yalnız yaşayanlar ise kendileri düzen oluşturdıklarını belirtmiştir.

K6: "...çok yağlı yememeye, çok eklemek ağırlıklı yememeye çalışıyorum. Yumurta, yeşil sebzeler, süt ürünleri mutlaka her gün bunlardan birini öğünlerime koymaya çalışıyorum. Özellikle menapoz döneminden sonra kemik ölçümümde biraz kemik erimesi çıktığı için dışardan da kalsiyum, d vitamini desteği alıyorum..."

K13: "...biz kayserili olduğumuz için buraların yemek kültüründe hamurışı önemlidir, yağlama yaparız mantı yaparız katmer ve kete yaparız bunlar hep hamurdur. Gençliğimde daha çok hamur işi yerdim şimdi yağlı şeyler yediğimde başım dönüyor gibi oluyor, bana dokunuyor. Yaşlandıkça daha kilo verdim, daha düzenli yemeye başladım. Daha çok sebze yiyorum akşam erkenden yiyorum..."

K15: "...ben bana iyi gelen şeyi yerim. Düzenli yerim. Sabah 5 gibi kalkar birkaç kaşık yoğurt yerim sonra ya bahçe işi ya da yürüyüş şeklinde sporumu yaparım. Sonra saat 8-9 gibi de kahvaltı yaparım. Sabah kahvaltım da bellidir: bir yumurta, peynir, zeytin, tereyağı ve bal. Akşam da 6 yemek yiyorum ve gece de yemek yemiyorum başka. Evde eşim ne pişiriyorsa onu yiyorum..."

K17: "...akşam yemeğinden sonra gece yatana kadar çayın yanında bazen kuruyemiş bazen meyve bazen de kuru pasta gibi şeyler yiyorum. Aslında akşam yemeğinde doymuş oluyorum ama sonra televizyon izlerken çayın yanında da bir şeyler yemezsem olmuyor. Bu alışkanlığımı değiştirmek istiyorum..."

K18: "...günlük öğünlerimi düzenli yerim. Sabah erkenden kahvaltı yaparız sonrasında öğlen yemeği gibi değil de belki birkaç atıştırmalık, yoğurt yanında küçük yufka ekmeği vs öyle yeriz sonrasında bir de ikindi ya da akşamüstü gibi de akşam yemeği yeriz. Şekeri daha azaltmam gerekiyor ama meyveyi çok severim o biraz zorluyor..."

4.1.3. Besin tercihleri

Katılımcılar öğünlerinde tercih ettikleri besinlerde mümkün olduğunca doğal olanlardan yana olduklarını belirtmişler, besin alışverişlerinde pazarlardan ya da doğal şekilde bulabilecekleri yerlerden aldıklarından bahsetmişlerdir. Ayrıca ekonomik durumun besin tercihlerini şekillendiren önemli bir unsur olduğunu ifade etmişlerdir.

4.1.3.1. Doğal ve ev yapımı besin tercihi

Bazı katılımcılar market ürünlerindense, köylerinden gelen besinlerle öğünlerini oluşturduklarını, bazı katılımcılar meyve sebzeleri kendilerinin yetiştirdiğini vurgulamıştır. Çoğu katılımcı doğal beslenmeden yana olduklarını belirtmiş, ev yapımı besinleri bu bağlamda önemsediklerini dile getirmişlerdir.

K2: “...köyde büyüdüğüm için çoğu şeyi kendimiz yapar ve yedik o yüzden bu zamana dek mide şikayetleri yaşamadım ve hep doğal beslendik. Tereyağını ve yoğurdu hep kendi yaptığımızı yedik, turşu yapardık. Bence şu an yaşanan çoğu hastalık kötü gıdalar ve marketteki yapay ürünler yüzünden oluyor...”

K4: “...benim kız kardeşim mesela biz tereyağı yapardık onu satardık ama kendisi biz yaptığımız halde onu yemez gider bakkaldan margarin alıp onu yerdi. Kardeşim ona hiç dikkat etmezdi o yüzden erken yaşta vefat etti...”

K5: “...köyde tavuklarımız vardı ve hiç markette satılan tavuklardan yemezdik. Şimdi taşınmış olsak bile hala bilinen ve güvendiğimiz yerlerden, köyden tavuk ve yumurta alıyoruz. Çoğu insan buna ulaşamıyor ve maalesef sağlıksız olanları almak durumunda kalıyor. Yoğurdu da kendimiz yaparız bunun gibi birçok şeyi doğal olarak yiyebiliyoruz...”

K8: “...yıl içinde komşularıyla birlikte mevsimlik hazırlık yapıyoruz, salça yapıyoruz. Dışardan marketten meyve suyu almam kendim yaparım. Bir de grip olduğumda ceviz suyunu sıkarım kendime kür yaparım birkaç gün boyunca içince aynı ilaç içmiş gibi hiçbir şeyim kalmaz...”

K10: “...Trabzon’da doğdum ve 12 yaşına kadar Çaykara yaylalarında yaşadım. Babam orada öğretmendi. Çoğu yiyeceği bilmezdik. Mısır ekerdik. Coğrafyanın elverdiğince tarımla uğraşırdık. Şimdi de bazı yiyecekleri Trabzon’dan getiriyorum. Markettekiler yavan geliyor bana...”

K13: "...mesela eve hiç margarin almam. Gençliğimde margarin reklamları olurdu, çok övülürdü faydalı zannederdik ama sonradan çok zararlı olduğunu öğrendim. O yüzden yemeklere sadece zeytinyağı kullanırım. Mevsimine göre çoğu meyve de yine ağaçlarımız vardır orada yetiştirip hem kendimiz yeriz hem de eşe dosta veririz..."

K14: "...hayvanlarımız vardı, babamın küçük bir arazisi vardı orda ona yardım ederdik. Süt, yumurta, tereyağ bunları hep doğaldan yedik. Meyve sebze de aynı hep doğal şekilde yedik. Bu kadar imkan yoktu tabi köy yerinde. Sonradan şehire geldik burda marketlerde çok daha fazla çeşit var ama doğallığı kalmadı, eski tadı kalmadı. Burda pazara gidiyoruz mesela yeşillik salata malzemesi alıyoruz domates alıyoruz ama hiçbirinde tat yok. Görüntüsü normal domates ama bir yiyorsun tadı bir şeye benzemiyor...."

4.1.3.2. Ekonomik durumun etkisi

Katılımcılar beslenme alışkanlıkları ve tercihleri üzerinde ekonomik durumun önemli bir payı olduğunu vurgulamışlardır. Bazı katılımcılar eskisine göre bazı besinleri satın almanın daha zor olduğunu vurgulamışlar ve ekonomik durumların onları etkilediğini ifade etmişlerdir.

K2: "...ekonomik durumlar da etkiliyor emekli olduğum için. Bütçemizi ona göre ayarlıyoruz, eskiden çeşit yoktu belki ama alım gücü bu kadar düşük değildi. Eti bol bol alabiliyorduk. Markete gittiğimizde poşet poşet yiyecek alıyorduk. Meyveleri kasayla alıyorduk. Ama artık yiyeceklere ulaşmak dahi zorlaştı. Mecburen hesaplayarak, tane tane alıyoruz...."

K7: "...tabi eskisine göre alım gücü azaldı, enflasyon arttı insanlar bütçeleri onları zorlamaya başladıkça da bir şeylere ulaşamamaya başladı. Herkesi etkiledi, bizi de etkiledi..."

K11: "...ekonomik olarak geçinmek bir zorluk. Ben şimdi oğlumun evinde kalıyorum sağolsun benimle ilgileniyorlar ama bu zamanda geçinmek ne kadar zor görüyorum,

benim bi emekli maaşım var, e şimdi torunların okul masrafı evin masrafı derken bu zamanda geçinmek oldukça zor hale geldi. Allah ailelerin yardımcısı olsun...”

K16: “...ben hatırlıyorum, markete gidince böyle çeşit çeşit alırdık. Meyvesi, sebzesi, eti hiç eksik olmazdı. Şimdi valla birkaç markete birden gidip hangi ürün hangi markette ucuzsa oradan alıyorum. Eşim bana kızıyor kendini yoruyorsun diye ama napayım böyle kuruş kuruş hesaplamazsak geçinemeyiz...”

K17: “...ekonomiden şikayetçiyim. İnsanları elindeki para da pul oldu. Her şey her gün zamlanıyor. Markete bir gidiyorsun bugün 5 lira olan şey yarın 10 lira oluyor. E mecbur eti, tavuğu yiyemeyen insan hamur yiyor, ekmek yiyor, sağlıksız yiyor, boyuna kilo alıyor ama vitaminsiz kalıyor...”

4.2. Kronik Hastalıklar ve Diyet

65 yaş ve üzeri katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmelerle birlikte, bireylerin çoğunun kronik hastalıkları olduğu, bazı kronik hastalıkların özel diyet gerektirdiği ve beslenmeye yönelik tutumlarını etkilediği görülmüştür. Bu bağlamda, bireylerin kronik hastalıklar ve diyet ile ilgili görüşleri; hastalık farkındalığı ve diyet uyumu olmak üzere iki alt tema altında kategoriler ile birlikte değerlendirilmiştir.

4.2.1. Hastalık farkındalığı

Bireylerin görüşmelerde kronik hastalıklarını vurguladıkları ve hastalık farkındalıklarının yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların hastalık farkındalığı ile ilgili ifadeleri; hastalıkla beslenme ilişkisini kavrama, sağlık bilgisine erişim ve laç kullanımına yaklaşım olmak üzere üç kategoride değerlendirilmiştir.

4.2.1.1. Hastalıkla beslenme ilişkisini kavrama

Katılımcıların bazıları hastalıklarıyla ilişkili olarak beslenme düzenlerinde değişiklik yaptıklarını belirtmişlerdir. Hastalıklarından dolayı bazı besinleri yiyemediklerini, yedikleri takdirde rahatsızlık hissettiklerini belirten katılımcılar olmuştur.

K1: "...köyde büyüdüğüm için çoğu şeyi kendimiz yapar ve yerdik o yüzden bu zamana dek mide şikayetleri yaşamadım. Bence şu an yaşanan çoğu hastalık kötü gıdalar ve yapay ürünler yüzünden oluyor..."

K3: "...depremden sonra tansiyon ve şeker hastalığım çıktı o yüzden artık istediğim gibi yiyemiyorum. Eğer öyle yaparsam beni rahatsız ediyor. Şekerim çıkmasın diye çoğu tatlıyı kesmek zorunda kaldım ama tuzsuz yemeye pek alışamadım..."

K6: "...ailemde kalp öyküsü var, bende yok. Kalp doktoru haklıymışsın, bir yıl uğrama dedi. Bunu sağlıklı beslenmeye bağlıyorum..."

K9: "...ameliyatı yapan doktorum yaşına göre gayet iyisin dedi. Küçükken tüberküloz olmuştum ama nefes testini hemen geçmiştım. Bünyemin güçlü olduğunu söylediler. Ben yediğime içtiğime hep dikkat ederim hep o yüzden..."

K13: "...tansiyonum 22 senedir var o yüzden tuzlu şeyler yemem, pek aram yoktur. Tansiyonum çıkınca hemen anlarım, limonlu su içerim..."

K16: "...son tahlillerimde kolesterol değerleri biraz sınırdı geldi. Akdeniz tipi beslenme diye bir şey varmış. Daha çok sebze ve yeşillik ağırlıklı bir beslenme tipiymiş. Ben de eti falan azalttım biraz bu akdeniz beslenmesini uygulayayım dedim bakalım..."

4.2.1.2. Sağlık bilgisine erişim

Katılımcılar sağlık bilgisine çoğunlukla hekimleri vasıtasıyla eriştiklerini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar çevresindeki aile fertlerinden veya hekim dışı sağlık profesyonellerinden de sağlık bilgisine eriştiklerini söylemişlerdir.

K4: "...eskiden kaynanam bana bu kadar su içmek iyi değil derdi ve benim su içmeme engel olurdu. Yıllar sonra idrar yollarından ameliyat geçirdim. Mesane sarkması olduğunu söylediler. Keşke o zaman daha fazla su içseymişim milleti dinlemeseymişim diyorum..."

K8: “...şeker değerim de son tahlillerde sınıra yakın geldi. Gizli şeker evresinde olduğunu söyledi doktorum. Şimdilik bir ilaç verilmedi ama eğer sınırı geçerse ilaç ihtiyacı doğabilirmiş. O öyle söylediğinden beri daha çok dikkat ediyorum...”

K11: “...son zamanlarda hastalığımın dolaylı halsizlik yorgunluk, bazen de vücut ağrısı yaşadığımdan dolayı aile hekimime gidip vitamin tahlillerimi yaptırdım. Bana aldığım ilaçların kemikler üzerinde olumsuz etkisi olabileceğini söyledi ve kalsiyum, d vitamini, magnezyum reçete etti. Allah razı olsun çok ilgili bir hekim ve benim kas ağrılarımı yorgunluğumu biraz olsun dindirdi...”

K12: “...televizyonda sağlık programlarını da izlerim ama her şeye de inanmam. Bir keresinde bir uzman çıktı 'sirke tansiyonu düşürür' dedi, denedim ama doktorum 'fazla içme, mideye zarar' dedi...”

K17: “...sağlıklı kilo vermek ve beslenme düzeni için belediyenin diyetisyeni bana bir liste verdi aylık. Yemek listesi ama ay boyunca neredeyse aynı. Halbuki haftalık değişmesi gerekmez mi bu listenin? Bana bu listeye devam et 1 ay sonra gelirsin dedi ama gitmedim...”

4.2.1.3. İlaç kullanımına yaklaşım

Katılımcılar beslenme ve öğün düzenlerinde, kronik hastalıklarına ilişkin kullandıkları ilaçların etkisi olduğundan bahsetmişlerdir.

K7: “...tiroid ilacımı sabah erkenden kahvaltıdan yarım saat önce alıyorum. Şeker hapımı da genelde gün içinde tokken ya da akşam yemekten sonra alıyorum. Bazen de mide yanması hissedersen mide koruyucu alıyorum. İlaçlarımı kendi düzenime göre ayarlıyorum...”

K9: “...pandemiden sonra bende tansiyon çıktı. Bir de şekerlerim yükseldi. Bilmiyorum vücudun dengesi şaştı. Aşılardan olduğunu düşünüyorum. Sanki hastalığım azmış gibi bir de tansiyon ilacı eklendi. Günde bir ton hap alıyorum...”

K10: "...eşim kalpten sonra çok evham yaptı, hem anjio hem tansiyon hem şeker diye iyice stres yaptı, her yemeği yapmıyor ya da çok yersem uyarıyor. Yemeklerimi ilaç saatlerime göre ve o ne hazırlarsa ona göre yiyorum mecbur..."

K14: "...3 sene önce kalpten stent operasyonu geçirdim ve kan sulandırıcıyla birlikte kolesterol ilacı da kullandım. Beslenme alışkanlıklarını da insan yaşadığı hastalığa, kullandığı ilaca göre şekillendiriyor dolayısıyla. Şu anda kolesterolüm iyi düzeyde ilacı da güneşirisi şekilde düzenledi doktorum. Düzenli rutin tahlillerimi yaptırdığımda da bir sorun çıkmıyor..."

K16: "...ben çocuk yaşta böbrek taşı dolayısıyla ameliyat oldum. O zamanlar kapalı ameliyatlar teknoloji vs bu kadar değildi, birkaç kez açık ameliyat oldum. Böbreğimin kronik olarak taş ürettiğini söylemişlerdi sebep olarak. Yediğim bazı şeylerden dolayı da olabileceğini düşündüm. Ameliyatlardan sonra beslenmeme daha çok dikkat etmeye çalıştım..."

K18: "...ailemde babamda ve kız kardeşimde de kalpte ve damarlarında sıkıntılar olmuştu. Zaten onlarda gördüğümünden bu tabloya aşinaydım ama tabi insanın başına gelince daha farklı oluyor. Artık yağlı ve ağır şeyler yememeye çalışıyorum..."

4.2.2. Diyet uyumu

Katılımcılar gerek kullandıkları ilaçlar gerekse yaşlılığın getirmiş olduğu durumlardan dolayı belli besinleri yememe, bazı özel diyetler uygulamaları gerektiğini vurgulamışlardır. Katılımcıların diyet uyumu ile ilgili görüşleri; doktor/diyetisyen önerilerine uyum ve yasaklı gıdalardan kaçınma olmak üzere iki kategoride değerlendirilmiştir.

4.2.2.1. Doktor/diyetisyen önerilerine uyum

Bireyler sağlık durumları ve kronik hastalıkları ile ilgili özel diyet gerektiren hallerde doktor veya diyetisyen aracılığıyla öneriler aldıklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar bu önerilerin tamamına uyamadıkları anlar olduğunu söylemişlerdir.

K2: "...aile hekimimim yaptığı tahlillerde b12 vitamin eksikliği çıkıyor ara ara. Bana yeşil yapraklı sebzeler ve et yememi önerdi ve ilaç verdi. Ama b12 hapi çok kötü koktuğu için kullanamadım. Daha çok sebze yemeye çalışıyorum..."

K5: "...tansiyonum yüzünden tuzlu şeyler yememem gerektiğini söyledi doktorlarım. Bu beni başlarda zorluyordu çünkü tuza alıştığım için tuzsuz yemekler çok tatsız ve kötü geliyordu. Tamamen kesemedim ama öncekine göre en azından biraz azalttım diyebilirim..."

K8: "...şeker değerlerim sınırı yaklaşıncaya beni hastanenin diyetisyenine yönlendirdiler. Sevdiğim ve sevmediğim yiyecekleri söyledim, bana bir liste verdi. O listeye uymaya çalışıyorum bir yandan ama hep açmışım gibi hissediyorum..."

K12: "...kanseri hücreleri şekeri sever dediler o yüzden çocuklarım ve eşim beni tatlı şeylerden uzak tutmaya çalışıyor. Önceden daha çok yerdim ama şimdi doktorumun dediklerine göre yiyorum..."

K14: "...kalpten anjio olduktan sonra sigarayı bırakman lazım dedi kardiyoloji doktoru. Aslında ben gençlikte daha çok içerdim günde 2 paket bitirirdim. Şimdi baya bi azalttım. Sadece arada bir iki tane anca..."

K17: "...valla söylemesi kolay; onu yeme, bunu yeme. Bugüne kadar hangi doktora gittiysem bana kilo vermen lazım diyip kestirip atıyor. Ama bunu yapmak ne kadar zor, devm ettirmek ne kadar zor hiç kimse burasıyla ilgilenmiyor sadece sonuç. Bunu yeme, kilo ver o kadar..."

4.2.2.2. Yasaklı gıdalardan kaçınma

Bireyler onlara verilen diyet programlarında yememeleri gereken bazı besinler hususunda bazen zorluklar yaşadıklarını vurgulamışlardır. Kimi katılımcılar isteseler de bu gıdaları almaktan geri duramadıkları anlar da olduğunu belirtmişlerdir.

K1: "...geçen gün torunumun doğum gününü kutlamak için annesi bir pasta almış. Sadece şöyle ucundan bi tadına bakayım dedim ama o bile rahatsız etti akşam beni. Tatlıyı da seven biriyim ama işte yaşlılık heralde artık öyle canım bir şey istese de doya doya yiyemiyorum..."

K3: "...reel, bal, pekmez...hepsini çok severdim ama artık sadece tadına bakıyorum, fazla değil. Bir de hazır çorba çok kullanırdım, kolay olduğu için ama onun da içinde ne var belli değilmiş, iyi değil dediler o yüzden onu da bıraktım..."

K6: "...ben evde orda burda bir şey eğer gözümün önünde olursa yiyorum. Eşime diyorum ki bu ıvır zıvırları alma, o da sürekli bunları alıyor, seviyor. Ben de mutfakta falan görürsem kektir, biskvidir yiyorum. Hiç almasak yemeyeceğim ama dinletemiyorum ki..."

K8: "...mesela ben domatesi çok severdim, ıspanağı severdim o dönemin şartlarında domates ve ıspanağın içinde bulunan maddeler, çekirdeklerin böbreklere taş yapmada etken olduğunu çok sonradan öğrendim. Kolanın asitinin böbreklere bu denli zarar verdiğini bilmezdim. Kola içerdim, greyfurt çok yerdim. Bunların da asitinin zarar verdiğini öğrendim, daha az yemeye gayret ediyorum..."

K12: "...ben pandemide kilo almaya başladım. Sürekli evde olunca bizim tüm ev halkı her fırsatta bir atıştırma olsun, bir buzdolabını açıp bir şeyler yeme olsun sürekli böyle bir şeyin içindeydik. E tabi hareketsizlik de olunca bu kilo olarak döndü. Aslında çok yiyorum diyemem ama hep bi atıştırmalık ağzıma atıyorum ondan kilo veremiyorum..."

K15: "...ben bir ara hastanede yattım bundan birkaç yıl önce. Hastanede diyet yemekleri veriyorlardı tatları o kadar kötüydü ki, onu bir hayvana versen bile yemez o derece. Gya şekeri tuzu dengeli diye veriliyordu bana böyle böyle besleneceksin dediler ama ben evde öyle şekersiz tuzsuz yesem kafayı yerim. Zaten bir bu lüksümüz var bari istediğimizi yiyelim..."

4.3. Sosyal ve Çevresel Etkenler

Katılımcıların beslenme tutumlarını belirleyen temel unsurlardan biri de sosyal ve çevresel faktörlerdir. Bu doğrultuda, katılımcıların sosyal ve çevresel etkenlere ilişkin görüşleri; aile ve çevre etkisi ile kültürel geçmiş olmak üzere iki alt tema kapsamında, ilgili kategorilerle birlikte ele alınmıştır.

4.3.1. Aile ve çevre etkisi

Bireyler beslenme davranışlarında yaşadıkları ortam ve ailelerinin önemli bir rolünün olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların bazıları eşleri ya da çocukları ile birlikte yaşarken, bazıları da tek başına yaşamını sürdürmektedir.

4.3.1.1. Aile bireylerinin beslenmeye etkisi

Aileleriyle birlikte yaşayan bireyler öğünlerin çoğunu birlikte yedikleri ve yemeklerin daha çok belli saatlerde olduğunu, yalnız yaşayan bireyler ise öğün saatlerini daha rastgele şekilde ve kendilerine göre düzenlediklerini ifade etmişlerdir.

K3: “...eşim aşçıydı. Lokantada çalışıyordu. Aşçı olmasına rağmen evde yemekleri ben hazırlardım Kendisi sürekli mutfakta olduğu ve gün boyu yorulduğu için akşam geldiğinde yemek kokuları bile bazen onu rahatsız ederdi. Arada onun da yaptığı olurdu ama nadirdi. Biz hep sağlıklı yemeye dikkat ederdik...”

K5: “...13 sene önce eşim vefat etti. Bence benim yaşadığım en büyük zorluk yalnız olmak. Çünkü yalnızken bazen canım bir şey yemek istemiyor veya kendime sofraya kurmaya özenmiyorum. Bazen öğünleri ekmek arasına bir şeylerle geçiştiriyorum...”

K6: “...eskiden kaynanam bana bu kadar su içme derdi ve benim su içmeme engel olurdu. Yıllar sonra idrar yollarından ameliyat geçirdim. Mesane sarkması olduğunu söylediler. Keşke o zaman daha fazla su içseymişim milleti dinlemeseymişim diyorum. Artık günde 3 litre su içiyorum. Kaynanam ekmek yemeye alıştırdıktan sonra

ben hamur işine düşkün oldum ve ondan sonra kilo almaya başladım. O zamanlar 16 yaşındaydım ve doğru beslenmeyi tam olarak bilmiyordum...”

K11: “...çocuğum ve torunumla birlikte yaşıyorum ve yemekleri beraber hazırlarız.. Evimize dışardan hiç yemek söylemeyiz ve düzenli dengeli besleniriz. Ben yemek seçmem ve ne varsa onu yerim...”

K12: “...hastalığımın dolayısı ile artık daha çok evdeyim. Eşimle birlikte günü geçiriyorum, o ne hazırlarsa onu yiyorum. Bazen gaza gelip fazla yediğim oluyor o beni uyarıyor...”

K16: “...pandemide can sıkıntısından hep mutfaktaydım. Sonra eşim kaza geçirdi ve 4-5 ay hastanelerde, misafirlikte kaldım orada da beslenme düzenimiz biraz bozuldu. Bir de tiroit darken kilo verememeye başladım...”

K18: “...evet tatlıya düşkünüm, bunu inkar etmiyorum. Olursa yerim. Benim hanım çok yersem önümden alıyor yani. Ki zaten eskisine göre de o kadar çok yemiyorum. Vücudumun tepkilerinden anlıyorum...”

4.3.1.2. Yaşam alanının etkisi

Katılımcılar beslenme düzenlerinde yaşadıkları yerin ve çevrelerinin önemli bir katkısı olduğundan bahsetmişlerdir.

K4: “...biz eskiden fındığa giderdik ailecek. Ordan geldikten sonra vücudumda kızarıklıklar olurdu. Galiba ordan başladı sonradan benim birçok şeye alerjim çıktı. Şimdi mesela fındık fıstık yesem hemen kaşıntı olur. Artık eskisi gibi tarlaya gitmiyorum ama bence benim alerjilerim ordaki bitkilerden başladı...”

K5: “...yalnız yaşadığım için her gün yemek yapmıyorum. Bazen bir öğünlük pişirip iki gün yiyorum. Dışarı çıkmak zor geldiği zamanlarda evde ne varsa onu tüketiyorum. Yakınımda market var ama ağır şeyleri taşımak zor oluyor.”

K7: "...eşim vefat ettikten sonra bir süre yalnız yaşadım. Çocuklarım gelip gidiyordu bazen ama yine de beni yalnız bırakmak istemediler. Oğlumun yanına taşındım. Yalnızken tabi beslenmeme bu kadar dikkat edemiyordum, canım da istemiyordu. Ama şimdi herkesle birlikte daha düzenli oluyor..."

K10: "...önceden köyde bu kadar çeşit yoktu. Coğrafyadan da sebep her şeyi ekemiyorsunuz, arazi yapısı uygun değil. Bildiğimiz yiyecekler bu kadar değildi. Sonra evlenince ben eşimin memleketine geldik. Burda daha fazla olanak oldu, çeşit arttı, hem de köyde olmadığımız için marketler falan daha büyük ve yanibaşımızdaydı..."

K13: "...benim en büyük şansım bahçemde gönlümce istediğim şeyleri yetiştirmek, bahçemle ilgilenmek. Mevsimine göre ağaçlarımızdan çeşitli meyvelerimiz olur. Çocuklarım torunlarım gelip alın diye çağırırım hep. Gelen nasibini alır..."

K17: "...yazın eşim birkaç ay memleketine gidiyor. Bazen ben de onunla gidiyorum. Yalnız kalsam yemek derdi bi problem. Gitsem de düzenim bozuluyor. İşte bir şekilde ayak uydurmaya çalışıyorum diyelim..."

4.3.2. Kültürel geçmiş

Katılımcılar beslenme düzenleri ve tutumlarının oluşmasında kültürel geçmişlerinin önemli etkisi olduğunu söylemişlerdir. Çocukluk beslenme deneyimleri ve geleneksel bazı beslenme alışkanlıkları onların yemek kültürlerini oluşturan öğeler olarak bahsedilmiştir.

4.3.2.1. Geleneksel beslenme alışkanlıkları

Bireyler gerek çevrelerinden gerekse ailelerinden görmüş olduğu bazı geleneksel beslenme davranışları olduğunu belirtmişlerdir.

K2: "...benim gençliğim köylerde geçti. Hatırlıyorum annem hayvanlarla ilgilenmeye giderdi. Ben evde kardeşlerime bakardım, daha boyum bile yetmiyordu mutfak

tezgahına ama öyle öyle yemek yapmayı öğrendim. Öyle şimdiki gibi düzenli öğün saatleri olmazdı. Herkesin işine göre ayarlayıp yedik...”

K5: “...ben evlendikten sonra baktım eşim benim yediğim şeyleri yemiyor, onların kültüründe yedikleri şeyler daha baharatlı daha et ağırlıklı ben de daha çok sebze seviyorum o hiç yemeyince mecbur orta yolu bulmaya çalıştık, ilk başta çok zorlanıyordum ama zamanla alıştım...”

K9: “...bizim öğün saatlerimiz genelde çocuklarıma göre. Torunuma beslenmesini hazırlarım kahvaltı yapıp çıkarlar. Valla bizim eskiden yediğimiz içtiğimiz böyle değildi. Öyle çok çeşit falan bulamazdık. Şimdi torun hamburger istiyor, abur cubur istiyor...”

K11: “...e tabi geçmişten gelen alışkanlıklar oluyor. Askerlik zaten başlı başına farklı bir düzendi. Şimdi emekli olsam bile kendi içimde yine bir düzenim var. Eskiden mesela ne kadar yorulsan da canın ne istese de sana verilen yemeği yemek zorundaydın başka şansın yoktu...”

K14: “...hatırladığım kadarıyla 23-24 yaşlarında ilk kez 86 kg oldum hafif bir göbeğim çıktı ve o sıra baktım ki merdiven çıkıp inmekte zorlanıyorum. Bu kadar genç yaşta bir insan bunda nasıl zorlanır diye kendime kızdım ve 10 kg verdim. Sonrasında da hep o kilolarda sabit kaldım...”

K16: “...bizim evde kış gelmeden önce hazırlıklar başlardı. Domates salçası yapılır, biberler kurutulur, tarhana hazırlanırdı. Komşularla bir araya gelinip imece usulü yapılırdı...”

4.3.2.2. Çocukluk beslenme deneyimleri

Katılımcılar çocuklukta edindikleri bazı beslenme deneyimlerinin yetişkin hayatlarında etkisi olduğundan bahsetmişlerdir.

K7: "...benim çocukluğumda her şey annemin yaptığına bağlıydı. Ne pişirirse onu yedik. Lüksümüz yoktu. Her gün aynı yemek olsa da şikayet etmezdik. En büyük keyfimiz, yazın dut ve kiraz mevsimiydi. Ağaçtan koparıp yediğimizin tadı bambaşkaydı. Şimdi o meyveler var ama aynı tadı yok sanki..."

K10: "...çocukken en çok sevdiğim şey, sıcak mısır ekmeğinin içine tereyağ sürüp yemekti. Tatlı pek olmazdı ama annem pekmez yapardı, onu ekmeğe sürerdik. Şimdi baktığımda, o basit şeyler çok daha lezzetliymiş..."

K12: "...biz kalabalık bir aileydik. Sofraya herkes birden otururdu, tabaklar ortak olurdu. En çok hatırladığım yemek bulgur pilavı, kuru fasulye, yoğurt. Annem her şeyi evde yapardı; yoğurdu da, ekmeği de. Şeker kıymetliydi, bayramlarda şeker dağıtılırdı, onu beklerdik dört gözle..."

K15: "...en sevdiğim şey, annemin yaptığı un helvasıydı. Özel bir gün olmasına gerek yoktu, içinden geldi mi yapardı. Bazen biz de karıştırırdık tencereyi. Hem eğlenirdik hem de sonunda ödül gibi sıcacık helvayı yedik. Yemek sadece karın doyurmak değildi, bir araya gelmekti bizim için..."

K17: "...çocukken yaz aylarını dört gözle beklerdim çünkü bahçemizde her şey vardı: domates, salatalık, kayısı, dut... Sabah kahvaltısında dalından koparıp yedik. O günleri hep gülümseyerek hatırlıyorum..."

K18: "...bayramlarda mutlaka keşkek yapılırdı. Koca kazanlarda pişirilir, saatlerce dövülürdü. Mahallenin kadınları sırayla başına geçerdi. O sadece bir yemek değil, bir ritüeldi bizim için. Şimdi hazır yemekler var ama o dayanışma, o geleneksel tatlar yok artık.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Gelişen sağlık hizmetleri ve yaşam kalitesindeki artışla birlikte doğurganlık oranlarında düşüş gözlemlenmekte; bu demografik değişim, toplumlarda yaşlı bireylerin oranının artmasına yol açmaktadır (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Yaşlı bireylerin özel ihtiyaçlarına bağlı olarak, bu yaş grubunda hastalık takibi ve yönetimi kendine has özellikler taşımaktadır. Kronik hastalıklara sahip yaşlı bireylerin sayısı giderek artarken, tedavi olanaklarındaki ilerlemeler sonucunda tam iyileşme sağlanamasa da yaşam süresi uzamaktadır. Bununla birlikte, kronik hastalıklar bireylerde fiziksel ve işlevsel kayıplara yol açarak bağımsız yaşamı zorlaştırabilmektedir (Samancıoğlu ve Karadakovan, 2010).

Yaşlı bireylerin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi sürecinde beslenme durumunun değerlendirilmesi önemli bir rol oynamaktadır. Yaşlanma süreciyle birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, akut ve kronik hastalıkların artışı, ağız ve diş sağlığına ilişkin sorunlar, çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi), ekonomik kısıtlılıklar ile besin temininde ve hazırlanmasında karşılaşılan güçlükler besin alımını olumsuz yönde etkileyen temel unsurlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bu tür etkenler, yaşlı bireyleri yetersiz beslenme (malnütrisyon) açısından risk altına sokmakta ve bu nedenle beslenme durumunun düzenli aralıklarla değerlendirilmesi hem yetersiz beslenmenin önlenmesi hem de genel sağlık durumunun korunup geliştirilmesi bakımından öneme sahiptir (Arslan ve Rakıcıoğlu, 2004).

Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırma Sakarya Zümrüt Müftüoğlu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 10'u kadın ve 8'i erkek olmak üzere 18 birey ile yürütülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması $73,52 \pm 5,88$ standart sapma (SS) yıldır. Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda “beslenme alışkanlıkları”, “kronik hastalıklar ve diyet”, “sosyal ve çevresel etkenler” olmak üzere 3 tema belirlenmiştir. Kategoriler bu tema ve alt temalar bağlamında oluşturulmuştur.

Çalışmamıza katılan bireylerin %55,6'sı (n=10) kadın, %44,4'si (n=8) erkektir. TÜİK verilerine göre 2024 yılında Türkiye'de yaşlı nüfusun %44,6'sını erkek nüfus, %55,4'ünü kadın nüfus oluşturmaktadır (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2024-54079#:~:text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfusun%20toplam%20n%C3%BCfusu%20i%C3%A7indeki,4'%C3%BCn%C3%BC%20kad%C4%B1n%20n%C3%BCfusu%20olu%C5%9Fturdu.> Erişim Tarihi: 22 Temmuz 2025).

Arslantaş ve çalışma arkadaşlarının Eskişehir'de gerçekleştirdiği araştırmada katılımcıların %51,9'unu yaşlı kadınlar oluşturmuştur (Arslantaş ve ark., 2009). Kayseri'de yapılan bir çalışmada ise kadın yaşlı oranı %60,2'dir (Dudak ve Ark., 2006). TÜİK verilerine göre 2021-2023 dönemine ait verilere göre, erkeklerde doğumda beklenen hayat süresi 74,7 yıl, kadınlardaysa 80,3 yıldan 80 yıla gerilemiştir. Genel olarak kadınların erkeklere kıyasla daha uzun yaşadığı görülmekte olup, iki cinsiyet arasındaki doğuştan beklenen yaşam süresi farkı 5,3 yıl olarak belirlenmiştir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2021-202353678#:~:text=T%C3%BCrkiye'de%202020%2D2022%20d%C3%B6neminde%20erkeklerde%2074%2C8%20y%C4%B1l,s%C3%BCresi%20fark%C4%B1%205%2C3%20y%C4%B1l'd%C4%B1r.> Erişim Tarihi: 22 Temmuz 2025). Kadınların yüzdece fazla olmasının nedeni ortalama kadın yaşam ömrünün fazla olmasıyla açıklanabilir.

Yaşlı bireylerin gelir algısına ilişkin elde edilen bulgular, araştırma grubunun %50'sinin ekonomik durumunu “orta düzeyde” olarak değerlendirdiğini göstermektedir. Bu bulgu, literatürde yer alan çeşitli çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Örneğin, Öztürk'ün yürüttüğü bir araştırmada yaşlıların %52'si ekonomik durumlarını orta seviyede olarak tanımlamıştır (Öztürk ve ark., 2002). Samsun'da 2023 yılında yapılan bir başka araştırmada ise katılımcıların %78,9'u gelir durumunu orta olarak değerlendirmiştir (Gülnaz ve Yıldız, 2023). Aydın'da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %53,4'ü gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu belirtmiştir. (Akpınar ve ark., 2023). Yaşlıların gelir algıları şehir içinde veya kırsalda yaşamalarına, çalışma veya emeklilik durumlarına ve hanedeki kişi sayısına bağlı olarak değişebilir.

Katılımcıların medeni durumu; %66,6'sı (n=12) evli, 5,55'i (n=1) bekar, %22,2'sinin (n=4) eşi ölmüş, %5,55'i (n=1) boşanmıştır. Yaşlı bireyler açısından sağlıklı ilişkili önemli risk faktörlerinden biri de yalnız yaşamaları ve yeterli sosyal desteğe sahip olmamalarıdır. Bu çalışmada yer alan katılımcıların %22,2'sinin yalnız yaşadığı belirlenmiştir. Çalışmamızdaki oranlara benzer olarak İstanbul'da gerçekleştirilen bir araştırmada, 1044 yaşlı katılımcının %20,9'u yaşamlarını yalnız sürdürdüklerini ifade etmiştir (Otrar ve Kurtkapan, 2015). Denizli'de yürütülen bir çalışmada ise yaşlıların %18,3'lük bir kısmının yalnız yaşadığı bulunmuştur (Özen Çınar ve Kartal, 2008). Streicher ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada evli olmayan, ayrılmış veya boşanmış katılımcıların evli katılımcılara göre yetersiz beslenme geliştirme olasılığı daha yüksek tespit edilmiştir (Streicher ve ark., 2018). Yalnız yaşayan yaşlı bireylerin, besin temini, hazırlama ve tüketim süreçlerinde çeşitli zorluklarla karşılaşabileceği ve bunun yetersiz beslenmeye neden olabileceği kanaatindeyiz.

Katılımcıların eğitim durumu; %11,1'i (n=2) okuryazar, %16,6'sı (n=3) ilkokul mezunu, 27,7'si (n=5) ortaokul mezunu, %27,7'si (n=5) lise mezunu, %16,6'sı (n=3) üniversite mezunudur. TÜİK verilerine göre 2023 yılında ilkokul mezunu olanların oranı %46,7, ortaokul veya dengi okul/ilköğretim mezunu olanların oranı %9,7, lise veya dengi okul mezunu olanların oranı %9,7, yükseköğretim mezunu olanların oranı ise %8,7'dir (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslılar-2024-54079#:~:text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfus%20e%C4%9Fitim%20durumuna%20g%C3%B6re,veya%20dengi%20okul%20ilk%C3%B6%C4%9Fretim%20mezunu> Erişim Tarihi:23 Temmuz 2025). Han ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırmada, eğitim düzeyi yüksek olan yaşlı bireylerin beslenme durumlarının daha iyi olduğu saptanmış; bu durum, söz konusu bireylerin hastalıklar ve yaşlılık dönemine özgü beslenme gereklilikleri konusunda daha bilinçli olmalarıyla ilişkilendirilmiştir (Han ve ark., 2008). Kabir ve arkadaşları ise yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça beslenme kalitesinin yükseldiğini; buna karşılık, gelir düzeyindeki azalmaların beslenme üzerinde olumsuz etkiler yarattığını ortaya koymuşlardır (Kabir ve ark., 2010). Eğitim seviyesi, bireylerin sosyoekonomik statüsünü belirleyen temel unsurlardan biri olarak kabul edilmekte ve aynı zamanda ekonomik koşulların değerlendirilmesinde de önemli bir gösterge olarak öne çıkmaktadır. Eğitim

durumunun sağlıklı beslenmeye dair bilinç ve farkındalıkta önemli rol oynadığı düşünmekteyiz.

Katılımcıların %38,88'i (n=7) aktif olarak sigara kullanmakta, %27,7'si (n=5) sigarayı bırakmış, %33,3'ü (n=6) hiç sigara kullanmamıştır. Özgüneş tarafından yapılan bir araştırmada, katılımcıların %34,2'si hiç sigara kullanmadığını, %46,8'i geçmişte sigara içtiğini ancak bırakmış olduğunu, %19'u ise hâlen sigara içmeye devam ettiğini ifade etmiştir (Özgüneş, 2013). Yaşlı bireylerde sigara kullanımına ilişkin farklı araştırmalarda çeşitli sonuçlara ulaşılmıştır. Van ilinde gerçekleştirilen bir çalışmada, yaşlı katılımcıların %25,0'mın sigara kullandığı belirlenmiştir (Bilir ve ark., 2004). 2023 yılı TÜİK Türkiye Yaşlı Profili Araştırması verilerine göre, yaşlı bireylerin %11,3'ü her gün tütün ürünü kullanmakta, %65,6'sı hiç kullanmamış, %21,0'ı ise geçmişte kullanıp bırakmıştır. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809>, Erişim Tarihi: 23 Temmuz 2025). Sigara, tek başına birçok hastalığın ortaya çıkmasında etkili olan ve erken ölümlerin önlenabilir başlıca nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolundaki hastalıklar ve bazı kanser türleriyle olan bağlantısı, sigaranın sağlık üzerindeki ciddi zararlarını ortaya koymaktadır. Sigara ile etkin mücadele kapsamında, hem kamu politikalarının bu doğrultuda yapılandırılması hem de sağlık çalışanlarının konuya duyarlı, bilinçli ve kararlı bir yaklaşım sergilemeleri gerekmektedir. Bireylerin her sağlık kontrolünde sigara kullanma durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi, müdahale süreçlerinin etkinliği açısından önem arz etmektedir (Aydın, 2006). Özellikle birinci basamak hekimlerinin geriatrik değerlendirmelerinde bu hususu göz önünde bulundurmaları gerektiğine inanıyoruz.

Yapılan görüşmelerin ardından katılımcıların %62,5'inin günde 2 öğün beslendiği, %37,5'inin de 3 öğün olarak beslendiği görülmüştür. Arlı ve arkadaşlarının yürüttüğü bir araştırmada, yaşlı bireylerin %67,2'sinin günde iki öğün, %10,9'unun ise üç öğün yemek tükettiği belirlenmiştir (Arlı ve ark., 2003). Güngör ve çalışma arkadaşları ise yaşlıların günlük ortalama öğün sayısını 2,4 olarak saptamıştır (Güngör ve ark., 2005). Öte yandan, Rakıcıoğlu ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada, ev ortamında yaşayan yaşlı bireylerin %39,5'inin kahvaltı öğünü, %60,5'inin ise öğle yemeğini sıklıkla atladığı saptanmıştır (Rakıcıoğlu ve ark., 2005). Yaşlı bireylerin öğün sayıları

ve düzenleri, kullandıkları ilaçlar, uyku durumu ve hane halkının beslenme alışkanlıkları ile yakından ilişkili olduğunu görmekteyiz.

Araştırma grubundaki bireylerin %83,3'ünün en az bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında Arslantaş ve arkadaşlarının araştırmasında yaşlıların %71,8'inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktadır (Arslantaş ve ark., 2006). Eskişehir'de yaşlı bireyler üzerinde gerçekleştirilen bir araştırmada, kronik sağlık sorunu olanların oranı %76 olarak belirlenmiştir (Ayrancı ve ark., 2005). 2023 Türkiye Yaşlı Profili Araştırması verilerine göre ise 65 yaş ve üzerindeki bireylerde kronik hastalık görülme oranı %78,7'dir.

(<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809#:~:text=Kronik%20hastal%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20olan%2065%2B%20ya%C5%9Ftaki,oran%C4%B1%20%78%2C7%20oldu.> Erişim Tarihi: 28 Temmuz 2025). Araştırmamızın bulguları incelendiğinde katılımcılar arasında en yaygın kronik hastalığın %61,1 oranıyla hipertansiyon olduğu görülmüştür. Literatürde benzer oranlar mevcut olup, Yardımcı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada %76,1 ile hipertansiyon en sık görülen kronik hastalık olmuştur (Yardımcı ve ark., 2005). Yaşın ilerlemesiyle birlikte sağlık sorunlarının görülme oranı artmakta olup, özellikle kronik ve dejeneratif hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kanser gibi rahatsızlıklar yaşlı bireylerde başlıca morbidite ve mortalite nedenleri olarak öne çıktığı ve bu hastalıkların yönetiminde temel amacın, bireyin mevcut fonksiyonel durumunu korumak ve yaşam kalitesindeki düşüşü önlemektir.

Kronik hastalıkların kişinin beslenme düzeninde etkisi olduğu gibi bu durum ilaç kullanım oranlarına da yansımaktadır. Polifarmasi, yaşlı hasta takibinde önemsenmesi gereken durumlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma bulgularımıza göre, katılımcıların %83,2'si en az bir ilaç kullanmakta olup, birey başına ortalama ilaç sayısı $3,1 \pm 2,5$ olarak belirlenmiştir. Kaya ve arkadaşlarının geriatri polikliniğine başvuran bireyler üzerinde yürüttükleri retrospektif çalışmada, en sık karşılaşılan geriatric sendromun polifarmasi olduğu bildirilmiştir (Kaya ve ark., 2018). Türkiye genelinde 12 farklı ilde 65 yaş ve üzeri bireylerle gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise, yaşlıların %84,7'sinin sürekli olarak kullandığı en az bir ilacı bulunduğu saptanmıştır (Akçay ve ark., 2012). Bu doğrultuda, elde ettiğimiz bulgular mevcut

literatürle örtüşmekte ve yaşlı bireylerde ilaç kullanımının oldukça yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların ilaç kullanım durumları incelendiğinde, hiçbir ilaç kullanmayanların oranı %11,1, bir ilaç kullananların oranı %11,1, iki ilaç kullananların oranı %27,7, üç ilaç kullananların oranı %33,3 ve dört ya da daha fazla ilaç kullananların oranı ise %16,8 olarak belirlenmiştir. Türkiye genelinde farklı illerde 1433 yaşlı bireyin katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada ise düzenli ilaç kullanmayanların oranı %15,3, üç ilaç kullananların oranı %19,2 ve dört ya da daha fazla ilaç kullananların oranı %38,2 olarak bildirilmiştir. Bu veriler, yaş ilerledikçe kronik hastalıkların daha sık görülmesinin ve buna bağlı olarak polifarmasi eğiliminin arttığını düşündürmektedir (Gökçe Kutsal ve ark., 2009). Çakmak ve Öztürk'ün, malnütrisyon değerlendirme ölçekleri ile çoklu ilaç kullanımları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada, yetersiz beslenme durumunun polifarmasi ile anlamlı bir ilişki gösterdiği belirlenmiştir (Çakmak ve Öztürk, 2021). Bu çalışmada malnütrisyon ölçeği kullanılmamış olsa da, yaşlı beslenmesinde polifarmasinin kritik bir önemi olduğu kanaatindeyiz. Yaşlanma sürecine bağlı olarak gelişen fizyolojik değişiklikler ile ilaç etkileşimlerinin neden olduğu gastrointestinal emilim bozuklukları ve azalan biyoyararlanım, ilaç kullanım gereksinimini artırabilmektedir. Ayrıca, yaşlı bireylerde sık görülen çoklu hastalık durumu (komorbidite), polifarmasinin bir diğer temel nedenidir. İlaç sayısındaki artışın, beslenme durumunu olumsuz etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde yaygın olarak başvuru alan göstergelerden biri de vücut kitle indeksidir (VKİ). Yaşlılıkla birlikte bazal metabolizma hızında meydana gelen azalma, vücut yağ oranında artışa ve fiziksel hareketliliğin sınırlandırılmasına yol açarak fazla kilolu ya da obez olma riskini artırmaktadır. Yaşlanma ile birlikte vücutta fizyolojik değişiklikler meydana gelir; bu süreçte kas kütlelerinde azalma görülürken, özellikle gövde ve abdominal bölgede visceral yağ dokusunda artış, kol ve bacaklardaki cilt altı yağ dokusunda ise azalma yaşanır. Aynı vücut kitle indeksi (VKİ) değerine sahip bireyler karşılaştırıldığında, yaşlı bireylerin gençlere kıyasla daha yüksek toplam vücut yağına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, yaşlı bireylerde ağırlık ve VKİ'deki değişiklikler yalnızca yağ dokusundaki artışla değil, aynı zamanda yağsız vücut kütleindeki kayıpla da ilişkilidir. Bu durum, VKİ'nin yaşlı bireylerde beslenme durumunun değerlendirilmesinde tek başına yeterli bir gösterge

olamayacağını ve sınırlılık taşıdığını göstermektedir (http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/21.pdf. Erişim Tarihi:31 Temmuz 2025). Bizim çalışmamızda yaşlılar VKİ' ne göre %5,55'i (BMI<18.5) zayıf, %22,22'si (BKI 18-24.99) normal kilolu, % 44,4'ü (BMI=25-29.99) fazla kilolu, % 27,7'si obez (BMI> 30) olarak bulundu. Türkiye Sağlık Araştırması verilerine göre, vücut kitle indeksi incelendiğinde, 65 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı 2010 yılında %22,9 iken, 2019 yılı itibarıyla %29,0'a yükselmiştir. Cinsiyet temelli değerlendirmelerde ise yaşlı erkeklerde obezite oranı 2010'da %15,2 iken 2019'da %19,9'a; yaşlı kadınlarda ise aynı dönemde %30,5'ten %36,2'ye çıkmıştır. Öte yandan, normal kilolu olarak sınıflandırılan yaşlı bireylerin oranı 2010 yılında %36,6 iken, 2019 yılında %30,3'e düşmüştür. Bu durum cinsiyet bazında incelendiğinde, yaşlı erkeklerde normal kilo oranı 2010'da %40,2 iken 2019'da %34,9'a; yaşlı kadınlarda ise %33,0'dan %26,7'ye gerilemiştir. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227#:~:text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfusun%20obezite%20oran%C4%B1%20artt%C4%B1,y%C4%B1%C4%B1nda%20%29%2C0%20oldu>. Erişim Tarihi:31 Temmuz 2025). Doğru beslenme önerileri ile birlikte sedanter yaşamı da azaltmak adına yaşlı bireyin fiziksel uygunluğuna göre egzersiz de önerilmelidir. Fiziksel aktivitenin artmasıyla birlikte bireylerin fonksiyonel kapasitelerinde iyileşme sağlandığı, birçok kronik bulaşıcı olmayan hastalığın gelişiminin önlenbildiği ve bu hastalıklara bağlı mortalite oranlarında azalma görüldüğü saptanmıştır. Bu durum, fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi üzerinde önemli ve olumlu etkiler yarattığını ortaya koymaktadır (Erdem ve ark., 2021). Yaşlı nüfusta artan obezite oranları, özellikle sağlık değerlendirmelerinde beslenme durumunun sorgulanmasını daha önemli hale getirmektedir. Geriatrik bireylerin değerlendirilmesinde vücut kitle indeksinin hesaplanması, metabolik sendrom yönünden riskli bireylerin belirlenmesi ve gerekli tedaviler için yönlendirilmesi, sağlık okuryazarlığının ve farkındalığın artırılması adına birinci basamak hekimlerine önemli görevler düştüğü kanaatindeyiz.

Araştırmamızda 65 yaş ve üzeri bireylerle yapılan görüşmelerin ardından, beslenme alışkanlıkları, rutinleri ve bunları etkileyen faktörlere dair görüşlerini ifade etmeleri istenmiştir. En çok bahsedilen konular üzerinden nitel araştırma yöntemi ile analiz

edilip, “beslenme alışkanlıkları”, “kronik hastalıklar ve diyet”, “sosyal ve çevresel etkenler” olmak üzere temalar belirlenmiştir.

Beslenme alışkanlıkları konusunda katılımcılar tüketim miktarı, beslenme düzeni ve besin tercihlerinden bahsetmişlerdir. Bireylerin beslenme durumu ile tükettikleri makro ve mikro besin öğelerinin içeriği, sağlık durumları üzerinde doğrudan etkili olup, bu iki unsur arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (TÜBER, 2016). Yapılan görüşmelerde bireylerin çoğunlukla porsiyon kontrolünü ve öğün düzenini belirli bir düzen çerçevesinde olmaktan çok, kendi istekleri üzerinden belirlediklerini söylemişler ve bir kısmı öğün saatlerinden farklı zamanlarda da yemek yediklerini ifade etmişlerdir. Sönmez ve arkadaşlarının bir araştırmasında, yaşlı bireylerin %21,5'i öğünlerini düzenli saatlerde tükettiğini, %38,5'i ise öğün saatlerine riayet etmede güçlük yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %39,2'si ise belirlenen ana öğünler dışında ara öğün tüketimlerinin bulunduğunu belirtmiştir (Sönmez ve ark, 2007). Katılımcıların öğün düzenini kişisel tercihlerine göre belirlemesi, beslenme alışkanlıklarının bireyselleştiğini ve bu durumun sağlıklı beslenme ilkeleriyle her zaman örtüşmediğini göstermektedir.

Ekonomik durumun etkisi katılımcıların ifadelerinde sıkça yer alan ve yiyecek seçimlerini etkileyen faktörlerden biri olarak belirtilmiştir. Bireylerden bazıları eskiden daha kolay ulaşabildikleri özellikle et grubu besinleri artık daha az miktarda aldıklarından ve gelir durumlarına göre artık alışverişlerini daha dikkatli yapmak zorunda olduklarından yakınmışlardır. Tajvar ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, yaşlı bireylerde olumsuz ekonomik koşulların, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. (Tajvar ve ark., 2008). Ekonomik koşullar; bireylerin besinlere erişimini, tükettikleri besin çeşitliliğini ve miktarını, günlük harcamalarını, katıldıkları aktiviteleri ve sağlık hizmetlerinden yararlanma olanaklarını belirleyerek beslenme durumları üzerinde doğrudan etkili olmaktadır (Şanlıer ve Yabancı, 2006). Bizim çalışmamızda da bireyler ekonomik durumlarının beslenme düzenleri üzerinde etkisi olduğunu sık sık vurgulamışlardır. Katılımcıların ekonomik durumlarına göre besin seçimlerini değiştirmek zorunda kalmaları, gelir düzeyinin beslenme kalitesi üzerindeki doğrudan etkisini ortaya koymaktadır.

65 yaş ve üzeri katılımcıların görüşmelerde beslenme düzenlerinde bahsettikleri bir diğerkonu da yiyecek seçimi ve doğal besin tercihi olmuştur. Eskiden kırsal alanda yaşayan katılımcıların özellikle meyve sebze gibi besinleri doğal olarak temin ettiklerini, yine çoğukatılımcı alışverişini marketler yerine pazarlardan yaptıkları veya memleketlerinden getirip ulaştıkları besinler olduğunu vurgulamışlardır. Bunun yanı sıra günlük öğünlerinde sıkça makarna, pilav gibi karbonhidrat yoğunluklu besinler tercih ettiklerini, ekmek sıkça tükettiklerini bildirmişlerdir. Sağlık profesyonellerinin yaşılbireylere vücut kitle indeksine uygun olarak beslenme planı oluşturmasının daha sağlıklı besin tercihleri için önemli bir basamak olacağına inanıyoruz.

Yaşlılıkta beslenmeyi etkileyen en önemli faktörlerden biri de kronik hastalıklar olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki bireylerin %83,3'ünün en az 1 kronik hastalığı mevcut olup en sık hipertansiyon olmak üzere bu hastalıklar için de düzenli ilaç kullanmaktadırlar. Yaşlı bireylerin süregelen ilaç kullanımları, ilaçların alım saatleri, günlük rutinlerin ve beslenme düzeninin bir parçası haline gelmekte, çoklu ilaç kullanımı olan yaşlılarda bu düzen daha da önemli hale gelmektedir. Çalışmamızda hipertansiyon dışında başlıca kronik hastalıklar; diyabet, kalp-damar hastalıkları, kas-iskelet sistemi hastalıkları ile hipotiroididir. Daha nadir oranda da kanser, astım, cilt hastalıkları, osteoporoz ve alerjiler gelmektedir. Örneğin hipotiroidi olan bireyler sabah aç karnına ve erken saatte ilaçlarını aldıklarını belirtmişlerdir. Diyabeti olan bireyler öğünlerini diyabete göre düzenlediklerini, bazen şekerli gıdaları fazla alınca rahatsızlık yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kanser ile takip edilen bireyler, kemoterapi ve diğertedavilerinin beslenmelerini olumsuz yönde etkileyebildiğini, mide bulantılarından dolayı iştahsızlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kronik hastalıklar, geriatrik bireylerin besin ve enerji dengesini olumsuz yönde etkileyerek, ciddi düzeyde malnütrisyon gelişimine uygun bir zemin oluşturabilmektedir. Kaya ve çalışma arkadaşlarının geriatri polikliniğine başvuran bireyler üzerinde yürüttüğü retrospektif araştırmada, katılımcılar geriatrik sendromlar açısından incelenmiş ve en yaygın sendromun polifarmasi olduğu belirlenmiştir (Kaya ve ark., 2018). Türkiye genelinde 12 farklı ilde 65 yaş ve üzerindeki kişilerle gerçekleştirilen diğerbir çalışmada ise, yaşlıların %84,7'sinin düzenli şekilde en az bir ilaç kullandığı gösterilmiştir. (Akçay ve ark., 2012). Çakmak ve Öztürk'ün, malnütrisyon değerlendirme yöntemleri ile polifarmasi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, yetersiz beslenmenin

polifarmasi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Bu ilişki en belirgin şekilde MNA (Mini Nutritional Assessment) ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmede gözlemlenmiştir. Bu nedenle, malnütrisyon ile ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalarda MNA ölçeğinin tercih edilmesi önerilmektedir (Çakmak ve Öztürk, 2021). İlaç etkileşimleri ile birlikte yaşlanmaya bağlı olarak gastrointestinal sistemde meydana gelen emilim bozuklukları ve biyoyararlanımda azalma, ilaç kullanım ihtiyacını artırabilmektedir. Geriatrik değerlendirme sürecinde yürütülecek koruyucu sağlık hizmetleri, düzenli taramalar ve erken müdahalelerle komorbiditelerin önlenmesi ile ilaç tedavilerinin yeniden değerlendirilmesi kritik bir öneme sahiptir. Aynı zamanda hastanın da sağlık profesyonellerinin önerilerine uyumu ve hayatına entegre etmesi de önem taşıdığını düşünüyoruz.

Yaptığımız görüşmelerde bireyler, beslenme davranışlarında sosyal çevrenin, yaşam alanının etkisi olduğu; geleneksel beslenme alışkanlıkları ve çocuklukta edindikleri beslenme deneyimlerinin etkisi olduğundan sıkça bahsetmişlerdir. Yemeğin temininden tüketimine kadar olan süreç, bireylerin toplumsal davranışlarını şekillendirmekte ve bu durum, yemeği kültürel açıdan önemli bir olgu haline getirmektedir (Beşirli, 2010). Hangi besin ve içeceklerin ne şekilde, ne zaman, nerede ve kimlerle tüketileceği, bireylerin besin tercihlerini ve yeme alışkanlıklarını biçimlendirmektedir. Bu tercihler, hangi besinlerin vücuda alınacağını belirleyerek bireyin genel sağlık durumunu doğrudan etkilemektedir (Kabaran ve Mercaligil, 2013). Mohd-Any ve arkadaşları Malezyalı, Çinli ve Hintli tüketicilerin gıda tercihlerini şekillendiren motivasyon unsurlarını belirlemek amacıyla bir araştırma gerçekleştirmiştir. Katılımcıların, güvenilir ve tanıdık seçenekleri tercih etme eğiliminde oldukları, ayrıca alışılmış ve rutin gıda tüketim alışkanlıklarını sürdürdükleri saptanmıştır (Mohd-any ve ark., 2014). Araştırmamızda literatüre benzer olarak; katılan bireyler ağırlıklı olarak çocukluk ve gençlikte edindikleri besin tüketim deneyimlerinin günlük hayatlarına da yansıdığını vurgulamışlar, geçmişten gelen beslenme alışkanlıklarının bazılarını devam ettirdiklerini söylemişlerdir. Ayrıca misafirliğe gittiklerinde veya buna benzer sosyal etkinliklerde diğer insanlarla biraraya geldiklerinde ikram edilen şeylerden aldıklarını ve o gün oradaki öğün düzeninden etkilendiklerinden bahsetmişlerdir. Bu durum da bize bireylerin içinde bulundukları

sosyal çevreden ve diğer insanlarla olan etkileşimlerinden de beslenme deneyimlerinin etkilendiğini gösterebilir.

Sonuçlarımız 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenmeye yönelik tutum ile davranışlarını ve bunları etkileyen bazı faktörleri yansıtmaktadır. Geriatrik değerlendirme içerisinde kişinin beslenme durumunu sorgularken; öğün düzeni, kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar, kişinin farkındalığı ve diyet uyumu, Sosyal ve çevresel faktörlerin de dikkate alınması, daha bütüncül bir yaklaşım geliştirilmesini sağlayabilir. Bu bağlamda, özellikle hastayla ilk temas noktasında bulunan birinci basamak hekimlerinin, bu unsurları göz önünde bulundurarak hastayla iletişim kurması ve takibini gerçekleştirmesi; hastanın da bu önerileri hayatına entegre etmesi önemli olduğu kanaatindeyiz.

6. KAYNAKLAR

- Ağar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 347–354.
- Ahmet Hamdi Dudak, E., Çakıl, M., Aykut, M., Çetinkaya, F., & Ak, M. (2010). Akademik bir disiplin olarak aile hekimliği. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 17(4), 403–405.
- Ak, M. (2010). Akademik bir disiplin olarak aile hekimliği. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 17(4), 403–405.
- Akçay, Ş., Aslan, D., Aydos, T. R., Erden Aki, Ö., Gökçe Kutsal, Y., Gülekon, A., et al. (2012). Birinci basamak için temel geriatri, 1.Basım, Algı Tanıtım, Ankara, s: 1-79.
- Akpınar, C. V., Ozvurmaz, S., Koçak, A. A., Kurt, F., & Koç, N. (2023). Kırsal bir bölgede yaşayan yaşlılarda yalnızlık ve yaşlılığı algılama düzeyleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 92–100.
- Arends, J., Bachmann, P., Baracos, V., et al. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36, 11–48.
- Arlı, M., Şanlıer, N., & Demirel, H. (2003). Yaşlılarda stres ve beslenme ilişkisi. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı, Denizli, s: 81-91.
- Arslan, P., Rakıcıoğlu, N. (2004). Beslenme risk taraması ve yaşlı beslenmesi. Y. G. Kutsal Ed., Yaşlılık gerçeği. İksad Publishing House, Ankara, s: 97–114.
- Arslantas, D., Ünsal, A., Metintas, S., Koc, F., & Arslantas, A. (2009). Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). *Archives of gerontology and geriatrics*, 48(2), 127-131.
- Arslantaş, D., Metintaş, S., Ünsal, A., & Kalyoncu, C. (2006). Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 28(2), 81–89.
- Aslan, D., Koç, E., & Çolaklar, M. (2018). Yaşlıların sağlık/hastalık durumlarının toplum sağlığı açısından değerlendirilmesi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 21(2), 29–48.
- Aydın, Z. (2006). Toplum ve birey için sağlıklı yaşlanma: Yaşam biçiminin rolü. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 13(4), 43–46.
- Ayhan Başer, D., Kahveci, R., Koç, M., Kasım, İ. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1).

Ayrancı, Ü., Köşgeroğlu, N., Yenilmez, Ç., Aksoy, F. (2005). Eskişehir’de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14(5), 113–118.

Bähler, C., Huber, C. A., Brüngger, B., Reich, O. (2015). Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: A claims data based observational study. *BMC Health Services Research*, 15(23), 1–12.

Barbaros, B., & Kabaran, S. (2014). Akdeniz diyeti ve sağlığı koruyucu etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 42(2), 140–147.

Başak, O., Saatçi, E., (2011). Aile hekimliği Avrupa tanımı 4. basım., Cilt 4, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, s: 1–48.

Başbüyük, G. Ö., Bektaş, Y., Çınar, Z., Ay, F., & Alan, A. (2017). Huzurevinde kalan yaşlılarda malnütrisyon sıklığı. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 339–348.

Baysal, A. (2021). Yaşlılıkta beslenme. 2.basım, Hatipoğlu Yayınevi, İstanbul, s:1-9.

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. (2016). The world report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145–2154.

Beğer, T. (2003). Geriatrik yaş grubunda fizyolojik değişiklikler. *Akademik Geriatri Derneği*, 5, 1-3.

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

Besler, H. T., Rakıcıoğlu, N., Ayaz, A., Büyüktuncer Demirel, Z., Gökmen Özel, H., Samur, F. G., & Yıldız, E. (2015). Türkiye’ye özgü besin ve beslenme rehberi. Merdiven Reklam Tanıtım, İstanbul, s: 15-19.

Beşirli, H. (2010). Yemek, kültür ve kimlik. *Millî Folklor*, 22(87), 159–169.

Bilir, N. (2018). Yaşlılık tanımı, yaşlılık kavramı, epidemiyolojik özellikler. Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları. Ertürk A, Bahadır A, Koşar, ed. TÜSAD Eğitim Kitapları, İstanbul, s: 13-31.

Bilir, N., Özcebe, H., Vaizoğlu, S., Aslan, D., & Subaşı, N. (2004). Van ili kent merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri kişilerin sigara içme durumları. *Türk Geriatri Dergisi*, 7(2), 74–77.

Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçi, E., & Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1).

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

Cederholm, T., Bosaeus, I., Barazzoni, R., Bauer, J., Van Gossum, A., Klek, S., et al. (2015). Diagnostic criteria for malnutrition: An ESPEN consensus statement. *Clinical Nutrition*, 34(3), 335–340.

Cemali, M., Cemali, Ö., & Zafer, E. (2018). Nutritional status, physical performance and fatigue in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 37, 180.

Charlton, K. E., Nichols, C., Bowden, S., et al. (2010). Older rehabilitation patients are at high risk of malnutrition: Evidence from a large Australian database. *Journal of Nutrition Health & Aging*, 14, 622–628.

Choung, R. S., Locke, G. R. III, Schleck, C. D., et al. (2007). Cumulative incidence of chronic constipation: A population-based study 1988–2003. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 26(11–12), 1521–1528.

Cruz-Jentoft, A. J., Baeyens, J. P., Bauer, J. M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., & Topinková, E. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 39(4), 412–423.

Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., & Schneider, S. M. (2019). Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16–31.

Çakan, F. Ö. (2017). İleri yaşta kardiyovasküler fizyolojide değişiklikler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45(5), 5–8.

Çakmak, G., & Öztürk, Z. A. (2021). Comparison of malnutrition assessment tools in terms of revealing the relationship between polypharmacy and inappropriate drug use and malnutrition. *Progress in Nutrition*, 23(2).

Çelebi, Ş., & Karaca, H. (2011). Yumurtanın besin değeri, kolesterol içeriği ve yumurtayı n-3 yağ asitleri bakımından zenginleştirmeye yönelik çalışmalar. *Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 37(2), 257–265.

Çetinkaya, F., Baykan, Z., & Nacar, M. (2013). Adults' perspective about family medicine and the status of service utilization. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 49–56.

Dudak, A. H., Çakıl, E., Aykut, M., Çet, F., Nkaya, O., & Öztürk, Y. (2006). Kayseri il merkezindeki yaşlıların mediko-sosyal sorunları ve yaşam memnuniyetlerini etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(4), 202–212.

Evans, W. J., Morley, J. E., Argilés, J., Bales, C., Baracos, V., Guttridge, D., & Marks, D. (2008). Cachexia: A new definition. *Clinical Nutrition*, 27(6), 793–799.

Gambert, S. (2020). Nutrition. In M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* p: 1517–1519.

Giray, H., Meseri Dalak, R. E., Saatli, G., Yüçetin, N., Aydın, P., & Uçku, R. (2008). Türkiye'ye ilişkin yaşlı sağlığı örgütlenmesi model önerisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7(1), 81–86.

Gökçe, S., Boyraz, S., Adana, F., & Demirkıran, F. (2020). 75 yaş ve üzeri yaşlıların yaşam koşulları ve sağlık durumları. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 168–183.

Griva, M. (2016). Cardiac cachexia – Up-to-date 2015. *Cor et Vasa*, 58(4), e431–e438.

Gülnaz, A. T. A., & Yıldız, M. K. (2025). Bir ilçedeki aile sağlığı merkezlerine başvuran yaşlılarda ağrı, yaşlılık algısı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 35(1), 123–135.

Güngör, N., Nehir, S., & Özbaşaran, F. (2005). Manisa kent merkezindeki huzurevinde kalan yaşlıların sosyo-ekonomik özelliklerinin beslenme durumları üzerindeki etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 8(4), 195–204.

Han, Y., Li, S., & Zheng, Y. (2009). Predictors of nutritional status among community-dwelling older adults in Wuhan, China. *Public health nutrition*, 12(8), 1189–1196.

Harper, S. (2014). Economic and social implications of aging societies. *Science*, 346(6209), 587–591.

Hertzler, S. R., & Clancy, S. M. (2003). Kefir improves lactose digestion and tolerance in adults with lactose maldigestion. *Journal of the American Dietetic Association*, 103(5), 582–587.

Heyrman J. EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven, 2005; 6-8.

Janssen, I. (2010). Evolution of sarcopenia research. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 35(5), 707–712.

Kabaran, S., & Mercanlıgil, S. M. (2013). Adolesan dönem besin seçimlerini hangi faktörler etkiliyor? *Güncel Pediatri*, 11(3), 121–127.

Kabir, Z. N., Ferdous, T., Cederholm, T., Khanom, M. A., Wahlin, Å. (2010). Mini Nutritional Assessment of rural elderly people in Bangladesh: the impact of demographic, socio-economic and health factors. *Public Health Nutrition*, 13(12), 2199–2204.

Karaca, S. N. (2020). Pandemiye birinci basamak bakış açısı ile yaşlı izlemi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 12(3), 92–97.

Karadakovan, A. (2014). Yaşlı sağlığı ve bakım. 1. basım, Akademisyen Tıp Kitabevi., Ankara, s: 279-344.

Karahan, İ., & Çifci, A. (2020). Malnütrisyonun tanımı ve hastaların yönetimi. *Journal of Medicine and Palliative Care*, 1(1), 5–9.

Kaya, D., Koçyiğit, S. E., Dokuzlar, Ö., Soysal, P., Işık, A. T. (2018). Geriatri poliklinik olgularında geriatrik sendromlar: 1048 olgunun analizi. *Ege Tıp Dergisi*, 57(1), 31–35.

Keleş, M., & Van Giersbergen, M. Y. (2020). Yaşlılarda klinik beslenme ve sıvı durumu: Kanıta dayalı uygulama önerileri. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 188–199.

Keskin, A., Uncu, G., Tanburoğlu, A., & Adapınar, D. (2016). Yaşlanma ve yaşlılıkla ilgili nörolojik hastalıklar. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 75–82.

Khaw, K. T. (2008). Is ageing modifiable? *Nutrition Bulletin*, 33(2), 117–123.

Kılavuz, A. (2017). Yaşlıda beslenme el kitabı. S. Şahin F. Akçiçek, eds. Ege Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi Geriatri Bilim Dalı Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Akdeniz Üniversitesi Gerontoloji Bölümü Ortak Yayınları, İzmir, s: 279–344.

Kondrup, J., Allison, S. P., Elia, M., Vellas, B., & Plauth, M. (2003). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22(4), 415–421.

Kutsal, Y. G. (2006). Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9, 37–44.

Küçük, U., & Karadeniz, H. (2021). Yaşlanmaya bağlı bireylerde görülen fizyolojik, ruhsal, sosyal değişiklikler ve korunmaya yönelik önlemler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 14(2), 96–103.

Lalley, P. M. (2013). The aging respiratory system: Pulmonary structure, function, and neural control. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 187(3), 199–210.

Lee, S. H., Yim, S. J., & Kim, H. C. (2016). Aging of the respiratory system. *Kosin Medical Journal*, 31(1), 11–18.

Lochs, H., Allison, S. P., Meier, R., Pirlich, M., Kondrup, J., Schneider, S., & Pichard, C. (2006). Introductory to the ESPEN guidelines on enteral nutrition: Terminology, definitions and general topics. *Clinical Nutrition*, 25(2), 180–186.

Malazonia, M., Anuashvili, A., Vashakmadze, N., Corpas, E. (2021). Assessment of nutritional status in the elderly, causes and management of malnutrition in the elderly. In E. Corpas (Ed.), *Endocrinology of aging*, Elsevier, p: 651–687.

Mieno, S., Boodhwani, M., Clements, R. T., Ramlawi, B., Sodha, N. R., Li, J., et al. (2006). Aging is associated with an impaired coronary microvascular response to vascular endothelial growth factor in patients. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 132(6), 1348–1355.

- Miller, K. E., Zylstra, R. G., & Standridge, J. B. (2000). The geriatric patient: Systematic approach to maintaining health. *American Family Physician*, 61(5), 1089–1104.
- Mohd-Any, A. A., Mahdzan, N. S., & Cher, C. S. (2014). Food choice motives of different ethnics and the foodies segment in Kuala Lumpur. *British Food Journal*, 116(12), 1879–1896.
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. R. (2016). Aging and society. In *Aging, society and the life course* 5th ed., Springer Publishing Company. p: 1–22.
- Nagaratnam, N., Nagaratnam, K., & Cheuk, G. (2016). Gastrointestinal system. In *Diseases in the elderly*. Springer, p: 53–79.
- Otrar, M., & Kurtkapan, H. (2015). Nicel araştırma: İstanbul’da yaşlıların mevcut durumu. In M. Şentürk, H. Ceylan (Eds.), İstanbul’da yaşlanmak: İstanbul’da yaşlıların mevcut durum araştırması. Açılım Kitap, İstanbul, s :35-37.
- Özen, İ., Kartal, A. (2008). Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5), 399-404.
- Özgüneş, N. (2013). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda beslenme durumunun taranması: Tarama testleri kıyaslaması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. G Pekcan).
- Özkayar, N., & Arıoğlu, S. (2007). Yaşlanma ile meydana gelen fizyolojik değişiklikler. *İç Hastalıkları Dergisi*, 14(1), 18–26.
- Poulia, K. A., Yannakoulia, M., Karageorgou, D., Gamaletsou, M., Panagiotakos, D. B., Sipsas, N. V., & Zampelas, A. (2012). Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly. *Clinical Nutrition*, 31(3), 378–385.
- Prentice, A. (2014). Dairy products in global public health. *American Journal of Clinical Nutrition*, 99(6), 1212–1216.
- Rakıcıoğlu, N. (2009). Yaşlılık döneminde malnütrisyonun saptanması. *Geriatri – Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım*, (21), 115–120.
- Rakıcıoğlu, N. (2009). Yaşlılık döneminde sağlıklı beslenme. In Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi Yayınları, Geriatri ve Beslenme Sempozyumu Kitabı s: 41–151.
- Rakıcıoğlu, N., Çalışkan, D., & Özçimen, S. (2005). Ankara’da huzurevi ve ev koşullarında yaşayan yaşlılarda beslenme alışkanlıklarının saptanması ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 33(2), 19–30.

- Rubenstein, L., Harker, J., Salva, A., Guigoz, Y., & Vellas, B. (2001). Screening for undernutrition in geriatric practice: Developing the short-form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(6), 366–372.
- Rubino, M., Jin, J., & Gramlich, L. (2020). Nutritional assessment in adults. In *Encyclopedia of Gastroenterology* 2nd ed. Elsevier. p: 709–716.
- Samancıoğlu, S., & Karadakovan, A. (2010). Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 125–141.
- Saraç, Z. F., & Yılmaz, M. (2015). Yaşlılık ve sağlıklı beslenme. *Ege Tıp Dergisi*, 54.
- Sarioğlu, G., & Velioglu, Y. S. (2018). Baklagillerin bileşimi. *Akademik Gıda*, 16(4), 483–496.
- Sarıyer, E. T., & Çolak, H. (2024). Sebze ve meyveler. In A. Özenoğlu ed. *Temel beslenme ilkeleri ve laboratuvar uygulamaları*. Eğitim Yayınevi, s: 263.
- Schäfer, I., Leitner, E. C., Schön, G., et al. (2010). Multimorbidity patterns in the elderly: A new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. *PLoS One*, 5(12), e15941.
- Selçuk, H. (2012). Malnütrisyon ve önemi. *Güncel Gastroenteroloji*, 16(2), 158–162.
- Soeters, P., Bozzetti, F., Cynober, L., Forbes, A., Shenkin, A., & Sobotka, L. (2017). Defining malnutrition: A plea to rethink. *Clinical Nutrition*, 36(3), 896–901.
- Sönmez, S., Bayık Temel, P. A., & Kıray Vural, A. B. (2007). Yaşlılarda beslenme sağlığını etkileyen faktörler: Balıkesir ili Göçmen Konutları Beldesi örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 12(12), 33–46.
- Spalding, M. C., & Sebesta, S. C. (2008). Geriatric screening and preventive care. *American Family Physician*, 78(2), 206–215.
- St Sauver, J. L., Boyd, C. M., Grossardt, B. R., et al. (2015). Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: Differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*, 5(2), e006413.
- Streicher, M., van Zwienen-Pot, J., Bardon, L., Nagel, G., Teh, R., Meisinger, C., et al. (2018). Determinants of incident malnutrition in community-dwelling older adults: A MaNuEL multicohort meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(12), 2335–2343.
- Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*, 8, 323.
- Tomanbay, İ. (2002). Sosyal rehabilitasyon-sosyal geriatri. *Geriatrici içinde*. Ankara: Turgut, 248-259.

Toraman, N. F. (2011). Yaşlılarda kas ve iskelet sistemi sorunları. *Gerofam*, 2(2).

TÖBR. (2015). *Türkiye'ye özgü besin ve beslenme rehberi* 1. basım, Hacettepe Üniversitesi. Ankara. s:11–93.

Tran Ba Huy, P. (2019). Age-related decline of vision, hearing, and balance: Pathophysiology and midlife prevention. In J. P. Michel (Ed.), *Prevention of chronic diseases and age-related disability: Practical issues in geriatrics*, p: 129–136.

Uijen, A. A., & Van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice*, 14(Suppl 1), 28–32.

Ulutaşdemir, N., Paşa, S., Dağ, İ., Korkmaz, M., Aytaç, A., Talas, M., ... Sevil, Ü., & Bayram Değer, V. (2019). Geriatriye disiplinler arası yaklaşım. 1. Baskı, Güven Plus Grup A.Ş. İstanbul s: 450-505.

United Nations. (2020). World population ageing 2019. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Ülger, Z., Halil, M., Cankurtaran, M., Yavuz, B. B., Yesil, Y., Kuyumcu, M. E., & Ariogul, S. (2013). Malnutrition in Turkish nursing homes: A correlate of short term mortality. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 17(4), 305–309.

Ünal, R., & Besler, H. (2008). Beslenmede sütün önemi. 2. Baskı, Klasmat Matbaacılık, Ankara, s: 8-10.

Ünsal, A. (2019). Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1–10.

Ünsal, A., Demir, G., Çoban-Özkan, A., & Gürol Arslan, G. (2011). Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(3), 5–10.

Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., ... et al. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10–47.

Weimann, A., Braga, M., Carli, F., ... et al. (2017). ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical Nutrition*, 36, 623–650.

World Health Organization. (2023). Progress report on the United Nations Decade of Healthy Ageing, 2021–2023.

Yabancı, N., Akdevelioğlu, Y., & Rakıcıoğlu, N. (2012). Yaşlı bireylerin sağlık ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(2), 128–135.

Yardımcı, H., Ayşe, Ö. Ö., & Metin, S. S. (2012). Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 17–36.

Yerli, G. (2017). Yaşlılık dönemi özellikleri ve yaşlılara yönelik sosyal hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10(52), 1278–1287.

Yıldırım, A., Şimşek, H. (2016). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 10. baskı, Seçkin Yayınları, Ankara, s: 45-67.

Yıldırım, S., Özkahraman, Ş., Ersoy, S. (2012). Yaşlılıkta görülen fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik bakımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(2), 19–23.

Yılmaz, Ö. A. (2015). Yaşlılarda sağlıklı beslenme–probiyotikler. *Ege Tıp Dergisi*, 54.



7. EKLER

7.1. EK-1: Etik Kurul Kararı



7.2. EK-2:Danışman Değişiklik Belgesi



7.3. EK-3: Anket Formu

Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş Ve Üzeri Popülasyonun Beslenmeye Yönelik Tutum Ve Davranışların Değerlendirilmesi: Nitel Çalışma

Yarı Yapılandırılmış Anket Formu

Katılımcı Kodu:

1. Yaş:

2. Cinsiyet :

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Eğitim durumu:

☐ Okuryazar değil

☐ Okuryazar

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Yüksek lisans/Doktora

4. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

☐ Düşük

☐ Orta

☐ Yüksek

5. Boy.....cm Kilokg VKİ

6. Medeni durum:

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Boşanmış

☐ Dul

7. Hanedeki kişi sayısı?

8. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

☐ Evet (Belirtiniz:)

☐ Hayır

9. Düzenli kullandığınız ilaç ya da ilaçlar var mı?

☐ Evet (Belirtiniz:)

☐ Hayır

10. Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet, kullanıyorum.....paket yıl

☐ Bıraktım

☐ Hiç kullanmadım

11. Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet, kullanıyorum

☐ Bıraktım

☐ Hiç kullanmadım

12. Öğünleri kim hazırlıyor?

☐ Kendisi

☐ Aile bireyleri

☐ Diğer

1. Beslenmeye yönelik tutum ve davranışlarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz bahseder misiniz?
2. Beslenme alışkanlıklarınız üzerinde hangi faktörler belirleyici oluyor açıklayınız?
3. Sağlıklı beslendiğinizi düşünüyor musunuz? Sağlıklı beslenmek adına yaşadığınız zorluk ve kolaylıklar nelerdir açıklayınız?
4. Sağlıklı beslenmeniz adına hangi durumların değişmesi gerektiğini düşünüyorsunuz bahseder misiniz?



ÖZGEÇMİŞ

Adı	Yaren	Soyadı	SARI
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans			
Yüksek Lisans			
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma