



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA'DA HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARIN
BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN: ESRA AKDENİZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. BEYHAN CENGİZ ÖZYURT

MANİSA- 2021



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MANİSA'DA HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARIN
BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HAZIRLAYAN: ESRA AKDENİZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. BEYHAN CENGİZ ÖZYURT

TEZ SINAV JÜRİSİ
PROF. DR. SULTAN ESER
DR. BAHADIR DEDE

MANİSA- 2021

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

ESRA AKDENİZ

TEŞEKKÜR

Tezimin bütün aşamalarında her türlü desteği sabırla sağlayan, değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, her konuda benden desteğini esirgemeyen, tez danışmanım saygı değer Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT'a, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini bizden esirgemeyen saygı değer hocalarım Prof. Dr. Erhan ESER, Prof. Dr. Cemil ÖZCAN ve Prof. Dr. Pınar DÜNDAR'A,

Tez çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen, motivasyonumu yükselten, her zaman yanımda olan canım annem babam ve eşime sonsuz teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	3
1.GİRİŞ	5
2.GENEL BİLGİLER.....	8
2.1.YAŞLILIK VE YAŞLANMA.....	8
2.2.YAŞLILIK EPİDEMİYOLOJİSİ.....	9
2.3.YAŞLILIĞIN ORGANİZMAYA ETKİLERİ	10
2.3.1.Kardiyovasküler Sistem	11
2.3.2.Solunum Sistemi:	11
2.3.3.Kas ve İskelet Sistemi:	12
2.3.4.Sinir Sistemi:.....	12
2.3.5.Sindirim Sistemi:.....	13
2.3.6.Boşaltım Sistemi:	13
2.3.7.Metabolik ve Endokrin Sistem:.....	14
2.3.8.Bağışıklık Sistemi:	15
2.3.9.Deri.....	15
2.4.YAŞLILIKTA BESLENME	16
2.4.1.Yaşlılarda Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimi.....	16
2.4.2.Proteinler	17
2.4.3.Yağlar	18
2.4.4.Karbonhidratlar	18
2.4.5.Vitamin ve Mineraller	19
2.4.6.Sıvı Alımı	20
2.4.7.Lif	21
2.5.YAŞLILARDA FİZİKSEL AKTİVİTE	21
2.6. YAŞLILARDA BESLENME İLE İLGİLİ SAĞLIK PROBLEMLERİ	22
2.6.1.Malnütrisyon	22

2.6.1.1.Malnütrisyonun tanımı ve sıklığı	22
2.6.1.2.Malnütrisyon nedenleri	24
2.6.1.3.Malnütrisyonun sonuçları	26
2.6.1.4.Malnütrisyonun tanısı	27
2.6.2.Obezite	29
2.6.3.Kırılganlık(Frailty).....	30
2.6.4.Yaşlılıkta İlaç-Besin Etkileşimi	32
3.GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI	34
3.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ	34
3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	34
3.4.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	34
3.5. ARAŞTIRMA SORULARI	35
3.6.ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİLERİN TOPLANMASI	35
3.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ.....	39
3.8.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	39
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	39
3.10. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	40
4.BULGULAR	41
5.TARTIŞMA	59
5.1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	59
5.2.YAŞLILARIN SAĞLIK DURUMLARI	60
5.3.YAŞLILARIN BESLENME İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ	61
5.4.MALNÜTRİSYON VARLIĞI.....	65
5.4.1.Malnütrisyon Varlığını Etkileyen Faktörler	67
5.4.1.1.Malnütrisyon ve sosyo demografik özellikler	67
5.4.1.2.Malnütrisyon ve sağlık durumu	69
5.4.1.3.Malnütrisyon ve bağımlılık	70
5.4.1.4.Malnütrisyon ve depresyon	72
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	74
7.KAYNAKLAR	76
8. EKLER	85
EK 1. YÖNETİM KURULU KARARI	85
EK 2. ETİK KURUL KARARI	86

EK 3.İZİN YAZISI.....	87
EK 4.ANKET FORMU	88
EK 5.ÖZGEÇMİŞ	93
EK 6.TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	94



TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de Yaş Grubuna Göre Yaşlı Popölasyon 2014-2019	10
Tablo 2. "Yaşlılarda Malnütrisyon Nedenleri"	25
Tablo 3."Meals on Wheelse"hatırlatması (Morley 1997)	26
Tablo 4. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	41
Tablo 5. Araştırma Grubunun Yaşı ve Antropometrik Ölçümleri	42
Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık Durumu ve İlaç Kullanım Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Fiziksel ve Mental Durumlarına Göre Dağılımı .	44
Tablo 8. Çalışma Grubunun MNA-Tarama Bölümü Yanıtlarına Göre Dağılımı	46
Tablo 9. Araştırma Grubunun Beslenme Durumu ve Alışkanlıkları	47
Tablo 10. Çalışma Grubunun MNA Değerlendirme Bölümü Yanıtlarına Göre Dağılımı	49
Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımları	50
Tablo 12. Araştırma Grubunun Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirebilme Durumlarına Göre Dağılımı (Katz indexi).....	51
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler	52
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Sağlık Durumu Arasındaki İlişki	53
Tablo 15. Araştırma Grubu Beslenme Durum ve Alışkanlıklarının Malnütrisyon ile İlişkisi.....	56
Tablo 16. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Geriatrik Depresyon Arasındaki İlişki.....	57
Tablo 17. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İlişkisi	57
Tablo 18. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Kırılganlık Arasındaki İlişki	58
Tablo 19. Lojistik Regresyon Modeli Sonucunda Malnütrisyon Varlığı ile İlişkili Bulunan Faktörler*.....	58

KISALTMALAR

BKİ	:Beden Kütle İndeksi
DM	:Diyabet
DSÖ	:Dünya Sağlık �rg�t�
ESPEN	:Avrupa Parenteral Ve Enteral Beslenme Topluluğu
HT	:Hipertansiyon
KKY	:Konjestif Kalp Yetmezliği
KOAH	:Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MNA	:Mini-Nütrisyonel Değerlendirme
MNA-SF	:Mini-Nütrisyonel Değerlendirme-Kısa Form
MUST	:Malnutrition Universal Screening Tool (Malnütrisyon Universal Tarama Aracı)
NRS	:Nutritional Risk Score (Beslenme Risk Puanı)
ORT	:Ortalama
PEM	:Protein Enerji Malnütrisyonu
REE	:Dinlenme Enerji Harcaması
SS	:Standart Sapma
SVO	:Serebrovasküler Olay
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
�İ	: Üriner İnkontinans
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHO	: Dünya Sağlık �rg�t�

Başlığı: Manisa Huzurevinde Kalan Yaşlıların Beslenme Durumunun

Değerlendirilmesi

Öğrencinin adı: Esra AKDENİZ

Danışmanı Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Manisa’da huzurevinde kalan yaşlıların malnütrisyon sıklığını belirlemek ve beslenme durumunu etkileyen faktörleri açıklamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Manisa merkezde bulunan Manisa Belediyesi Muammer Cider Huzurevi, Manisa Huzurevi Vakfı ve Manisa Salihli Özel Lidya Sardes Bakım ve Rehabilitasyon merkezinde kalan 82 yaşlı birey üzerinde çalışma yapılmıştır. Araştırmanın verileri oluşturulan anket formu aracılığıyla, yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Anket formu bireylerin sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumları, antropometrik ölçümleri, beslenme alışkanlıklarını sorgulayan sorular içermektedir. Bireyler Mini Beslenme Değerlendirme (MNA) testi, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri ölçeği, kırılgnlık ölçeği ve geriatrik depresyon ölçeği kısa formuyla değerlendirilerek veriler toplanmıştır. Veriler; ortalama, standart sapma ve frekanstan oluşan tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için ki-kare testi ve çok değişkenli analizler için lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan yaşlıların %61’ini erkek, %39’unu kadındır. Katılımcıların yaşları ortalaması; $74,95 \pm 8,27$ ’dir. Bireylerin %52,4’ünde beslenme sorunu yoktur, %46,3’ü malnütrisyon açısından riskli, %1,2’inde ise malnütrisyon bulunmaktadır. Kadınların %46,9’u, erkeklerin %48,0’ı malnütrisyon açısından risklidir. Sosyodemografik özellikler ile malnütrisyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Hipertansiyon, nörolojik hastalık varlığı, son üç ayda kendini yorgun hissetme durumu, acile başvurma sayısı ve depresyonun malnütrisyon ile ilişkisinde anlamlı fark vardır. Katz göre bağımlı veya kısmen bağımlı bireylerin %64,0’ünde malnütrisyon riski varken, bağımsız bireylerde bu oran %40,4’tür. Kırılgn yaşlı olarak belirlenenlerde malnütrisyon sıklığı (%80,0) prefrail (%46,9) ve normal (%12,5) yaşlılardan daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$).

Sonuç: Yaşlılarda malnütrisyonu önlemek için düzenli olarak beslenme taraması yapılması ve beslenme durumuna etki eden faktörlerin çok yönlü ele alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşı, Huzurevi, Malnütrisyon, Mini Nütrisyonel
Değerlendirme Testi (MNA).



Title: Evaluation of the Nutritional Status of the Elderly Living in Manisa Nursing Home

Student name: Esra AKDENİZ

Supervisors: Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT

Department: Department of Public Health

ABSTRACT

Objective: It is to determine the frequency of malnutrition of elderly people staying in a nursing home in Manisa and to explain the factors affecting their nutritional status.

Materials and Methods: This research is a cross-sectional study. Studies were conducted on 82 elderly individuals staying in Manisa Municipality Muammer Cider Nursing Home, Manisa Huzurevi Vakfi and Manisa Salihli Private Lidya Sardes Care and Rehabilitation Center located in the center of Manisa. The data of the research was collected through face-to-face interviews with a questionnaire. The questionnaire includes questions the socio-demographic characteristics, health conditions, anthropometric measurements, and nutritional habits of the individuals. The data were collected by evaluating individuals with Mini Nutrition Assessment (MNA) test, KATZ Daily Living Activities scale, vulnerability scale and geriatric depression scale short form. During the data analysis process of the study means, standart deviations, frequencies were prepared a descriptive statistics and Chi-square test for categorical variables and logistic regression analysis were used.

Findings: Among the participating elderly in study 61% were male, 39% were females. The mean age of the participant was 74.95 ± 8.27 , 52.4% of individuals were in normal nutritional status, 46.3% were at risk for malnutrition and 1.2% were malnourished. 46.9% of women and 48,0% of men are risky in terms of malnutrition. There was no significant relationship between sociodemographic characteristics and malnutrition. There is a significant difference in the relationship between hypertension, neurological disease, feeling tired in the last three months, the number of emergency visits, and depression with malnutrition. According to Katz, 64.0% of dependent or partially dependent individuals have malnutrition risk, while this rate is 40.4% for independent individuals. The prevalence of malnutrition (80.0%) was

found to be higher in the frail elderly than the pre-railed (46.9%) and normal (12.5%) elderly ($p < 0.05$).

Conclusion: In order to prevent malnutrition in the elderly living in nursing homes, it was concluded that feeding screening should be done regularly and the factors affecting their nutritional status should be evaluated in a multifaceted way.

Key words: Elderly, Nursing Home, Malnutrition, Mini Nutritional Assessment Test (MNA)



1.GİRİŞ

Canlı yapılar yıllar geçtikçe yaş almakta ve yaşlanmaktadır. İhtiyarlık süreci bozulmayı, değişimi, yıpranmayı barındıran bir durum olmasına rağmen yaşlandıkça canlıların organizma sistemleri yenilenme, tamir etme durumuna geçmektedir. Her canlının bir yaşam süresi olup, yaşlanmanın sonucu ölüm meydana gelmektedir. (Beğer ve Yavuzer 2012).

Yaşlanma süreciyle beraber tüm vücut sistemleri negatif yönde ilerleyerek, çeşitli sağlık sorunları oluşmakta, fiziksel ve zihinsel işlevlerde yetersizlikler meydana gelmeye başlamaktadır. Doğumda başlayan bu yaşlanma süreci ölüme kadar geri dönüşümsüz olarak ilerlemektedir (Gümüş ve ark. 2012).

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Türkiyede, nüfusun yaşlanması gelişmiş ülkelerle aynı seviyeye sahip olmasa da, istatistiksel veriler ülke nüfusunun giderek yaşlandığını göstermektedir (Hastaoğlu ve Hastaoğlu 2018). Yaşadığımız gezegen yaş almakta, ihtiyarlamaktadır. Dünyada doğum sıklığındaki azalmayla yaşam koşulları iyileşme sürecine girmesiyle, insan yaşamının süresi artmaktadır. Buna bağlı olarak hayat koşulları iyileştikçe yaşlı popülasyon gün geçtikçe artış eğilimindedir (Beğer ve Yavuzer 2012). Dünya Sağlık Örgütünün 1970-2025 yılları arasındaki çalışmalarına göre beklenen yaşlı insan oranı %22,3 ile 694 milyon olarak belirlendiği; 2025 yılında yaklaşık 1,2 milyar insanın 60 yaş ve üzeri yaşta olacağı ve 2050 yılında ise 2 milyar ulaşacak olan yaşlı nüfusunun %80'inin gelişmekte olan ülkelere yaşayacağı öngörülmüyor. 2002 yılındaki verilere göre gelişmekte olan ülkelerdeki 60 yaş üzeri insan sayısı 400 milyon olduğu bilinirken 2025 yılında 840 milyona ulaşacak yaşlıların %70'inin gelişmekte olan ülkelere özellikle de Asya kıtasında yaşayacağı tahmin edilmektedir. (https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/ Erişim tarihi 29.11.2020)

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesidir. Türkiye'de yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfusa göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. TÜİK 2016-2018 verilerine göre, doğuştan beklenen yaşam süresi Türkiye geneli için 78,3 yıl, erkekler için 75,6 yıl ve kadınlar için 81,0 yıl oldu. Genel olarak biyolojik avantaj nedeniyle kadınlar

erkeklerden daha uzun süre yaşamaktadır. Demografik dönüşüm sürecinde olan Türkiye'de, doğurganlık ve ölümlülük hızlarındaki azalma ile birlikte sağlık alanında kaydedilen gelişmeler, yaşam standardının, refah düzeyinin ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması ile nüfusun yaş yapısı şekil değiştirmektedir. Çocuk ve gençlerin nüfus içindeki oranı azalırken yaşlıların toplam nüfus içindeki oranı artış göstermektedir. Türkiye, oransal olarak yaşlı nüfus yapısına sahip ülkelere göre hala genç bir nüfus yapısına sahip olsa da yaşlı nüfus sayısal olarak fazladır. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712> Erişim tarihi:05.12.2020).

Yaşlanma ile birlikte fonksiyonel kapasitede azalmalar ve kayıplar, günlük yaşam aktivitelerinde azalma ve kısıtlamalar sık görülmektedir. Hastalıklar sık ve değişken seyirli, hastalık etkenleri, belirti ve bulguları farklıdır. Bununla birlikte yaşlılık bir hastalık değildir (Hastaoğlu ve Hastaoğlu 2018)

Yaşlı kişilerde beslenmenin doğru saptanması, beslenmeye bağlı oluşabilecek hastalık durumunun anlamlandırılmasında, beslenme eksikliğinin fark edilmesinde önemli olmaktadır. Yaşlı bireylerin beslenme davranışı, sağlık veya sosyal nedenler, tat ve koku azalması veya yiyecek satın almak ve hazırlamak için gereken fiziksel gücün azalmış olması nedeniyle değişebilmektedir (Yabancı ve ark. 2012).

Yaşlanmayla bireylerin bağırsak, karaciğer ve safra fonksiyonları azalır. Gastro-intestinal mekanizmasında işlevsel bozukluklar meydana gelebilmektedir. Yaşlandıkça vücutta katabolik değişiklikler metabolik değişikliklerden daha fazla oluşur, ağız ve tükürük salgısı azalır buna bağlı olarak diş ve diş eti hastalıkları, çiğneme ve yutmada güçlükler, tat ve koku almada zorluklar meydana gelmektedir. Yaşlılık ile mide salgısının da değişmesi ile besinlerin mideden boşaltım hızı düşer bu da uzun süre tokluğa neden olmaktadır. Yetersiz gıda alımı ve emilimi ile ortaya çıkan malnütrisyon varlığının yaşlılarda değerlendirilmesi, gençlerden daha karmaşıktır (Yabancı ve ark. 2012).

Yaşlı kişilerde malnütrisyon saptanma oranı, araştırma yapılacak topluma ve tanımlama ölçütlerine göre farklılık oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerde erken tespit edilemeyen malnütrisyon, hastanede ortamındaki yaşlılar, huzurevinde, rehabilitasyon veya bakım evlerinde yaşayan yaşlılar için önem arz eden, sıklıkla karşılaşılan önemli sağlık problemidir (Kapucu 2013).

Türkiye geriatrik poliklinik hastaları malnütrisyon sıklığı %28'dir. Toplumda yaşayanlarda %5,8-13, hastanede bulunan yaşlılarda %25-38,7, huzurevinde

kalanlarda %13,8, rehabilitasyon bakımı alıyor olan yaşlı bireylerde ise %50,5 oranında tespit edilmiştir. (Cin ve ark. 2019).

Yaşlı bireyde kilo kaybetmenin mortalite ve morbidite oranını yükselttiğini ifade eden araştırmalar vardır. Kilo kaybının başlıca nedenleri yaşlılık sürecinin özü olabildiği gibi bedensel veya ruhsal durumdaki değişiklikler sonucu beraber eksik beslenmeyle ile yaşlılık anoreksisi, kronik sağlık problemleri neden olabilmektedir. (Saka ve Özkulluk 2008)

Yaşlılarda meydana gelen fizyolojik değişiklikler, yaşlanmayla ortaya çıkan psikolojik sorunlar, ekonomik sorunlar, yaşlıların alışverişlerini yapamamaları, besinlerini hazırlayamamaları ve sürekli ilaç kullanmaları çeşitli beslenme sorunlarına neden olurken, sağlığı da olumsuz yönde etkiler (Balcı ve ark. 2012). Ülkemizde ve dünyada her geçen gün toplam nüfusa oranı artan yaşlı nüfusta görülen fizyolojik değişiklikler ve hastalıklar, beslenme ve sağlık durumunu etkilemektedir. Yaşlıların beslenme durumu değerlendirilirken, bir yöntem yerine, birkaç yöntemin beraber kullanılması, yaşlıların beslenme ve sağlık durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi, bunun için öncelikle ulusal düzeyde olmak üzere detaylı çalışmaların yapılması gerekmektedir (Yabancı ve ark. 2012)

Bu çalışmayla yaşlıda yetersiz beslenmeye neden olan faktörlerin bilinmesi, sağlığın geliştirilmesi için gerekli olan koruyucu ve tedavi edici stratejilerin oluşturulmasında bilgilendirici olacaktır.

Yaşlılık dönemi sorunlarından beslenme bozukluklarını tanılamada ve yetersiz beslenme sürecini yönetmede yol gösterici olacaktır. Yaşlıların yaşlılık dönemi sağlık problemlerinin hangilerinin beslenme bozukluklarına yol açtığı belirlendiği takdirde, bu sorunların önlenmesi çok daha kolay olacaktır. Bu bağlamda çalışmamız, yaşlılık dönemi beslenme bozukluklarını tanılamak için yol gösterici nitelikte olacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.YAŞLILIK VE YAŞLANMA

Yaşlanma tüm canlılarda görülen, vücut fonksiyonlarında azalmaya neden olan, normal bir fizyolojik süreç olarak ifade edilmektedir (İlhan ve ark. 2016). Yaşlanma süreci hayatın amansız, kontrol edilemeyen bir sonucunu oluşturmuş olup, insan ömrü doğduğu günden ölünceye kadar, yaşlanma evresinde birçok mücbir etkenlerle karşı karşıya gelir(Bilge ve ark. 2017).

Yaşlılık, literatürde fonksiyonların azaldığı, doğurganlığın düştüğü ve mortalitenin arttığı bir dönem olarak tanımlanmıştır (Samancı Tekin ve Kara 2016).

‘Yaşlılık’ kelimesinin tek bir tanımlaması yoktur. Literatürde ekonomik, sosyolojik sahalalar ile tıpta fizyolojik, biyolojik sahalarda olmak üzere farklı birçok bölümde tanımı vardır. Yaşlanma konusu ile ilgili araştırmalarda ‘Birleşmiş Milletler’ 60 yaş üstü grubunu yaşlılık çağı olarak ifade ederken, DSÖ’ye göre yaşlanma çağını “65 yaş ve üzeri” şeklinde tanımlamaktadır. Enternasyonal alanda ise yaşlanma araştırmalarında Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımı kullanılmaktadır. 1963 WHO’ya (World Health Organization) göre yaşlanma sürecinde yaşlı popülasyon alt sınıflara ayrıştırılıp, “65-74 yaş grubu genç yaşlı, 75-84 yaş grubu ileri yaşlı, 85 ve üzeri yaş grubu ise çok ileri yaşlı” olarak ifade edilmektedir. Yaşlanma çağı benzeşik, sabit hızla ilerleyen bir dönem olmamakla birlikte, yaşlılığın farklı süreçleri vardır. Genç yaşlı dediğimiz sınıf çoğunlukla orta yaş grubu ile benzeşik bir hayat devam ettirirken, çok ileri yaş sınıfındaki bireyler hastane ve sağlık bakım hizmetlerine diğer yaşlılık sınıfındaki bireylere göre daha çok gereksinim görmektedir (Samancı Tekin ve Kara 2016).

“Yaşlanma”, “yaşlılık” ve “ihtiyarlık” terimleri yaşlılık bilimi dediğimiz “gerontoloji ve geriatri” sahalalarında olabildiğince fazla kullanılan ve birbiri ile karışabilen terimlerdir. Yaşlanma süreci kronolojik olarak yaş alıp yaşı ilerleme durumuyla, ölüm riskini arttıran değişiklikleri kapsar. Yaşlanma süreci ile beraber yaşlı birey bedenlerinde zihin ve fizik aktivitelerinde azalmalar, hareket kabiliyetinde

kısıtlama oluşsa bile, ihtiyar birey kendini yaşlı olarak duyumsamayabilir. İhtiyarlık, sabit ve homojen hayat süreci olmamakla birlikte, tamamıyla zıt olarak, yaşlanma farklı kudretlerin birbirini etkilemesini içermektedir. Temelinde bu kudretlerin, hayatın bütün safhasında zorluklara karşı olarak mevcudiyetini sürdürmenin olgunluğu ve “ iç görüşü” bulunmaktadır (Beğer ve Yavuzer 2012).

2.2.YAŞLILIK EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyamız her geçen gün yaşlanmakta iken evrenimizde doğum sıklığının azalmasıyla hayat koşullarının iyileştirilmesi, hastalıkların tanısında ve tedavisinde yöntemlerin gelişmesine bağımlı olmak üzere insan hayatının uzamış olduğu ve yaşlı popülasyonun gitgide artış gösterdiği belirtilmektedir (Koldaş 2017).

Toplumda yaşlı popülasyonun artması, toplumda yaş yapısının evrilip, o popülasyonda bulunan çocuk ve genç oranının düşmesi ve yaşlanan bireylerin (“60 yaş üstü veya 65 yaş üstü”) rölatif şekilde artış göstermesidir. Karaman (2014)’e göre “bir ülkede yaşayan tüm insanların yaşlı nüfusa oranı karşılaştırıldığında ülkenin; %4’ten azı yaşlı nüfusu oluşturuyorsa o ülke genç nüfuslu ülke,%4 ile %7 oranlarında yaşlı nüfusa sahip ise orta yaşlı nüfuslu ülke, %7-10 oranlarında yaşlı nüfusa sahip ise yaşlı nüfuslu ülke, %10’dan fazla yaşlı nüfusa sahip ülke ise o ülke çok yaşlı nüfusa sahip bir ülke” olarak tanımlanmaktadır. (Umutlu ve Tekin Epik 2019).

Evrenimizde 1990 senesinde popülasyonun % 9’dan fazlasını meydana getiren tahmini yarım milyar birey 60 yaşın üzerindeydi. Dünyamızda gelişen devletlerde 65 yaşın üstü 146 milyon bireyin var olduğu tahmin edilmekle birlikte bu yaş sınıfının 2020 yılında 232 milyon, 2030’da ise 1,4 milyar yaklaşacağı tahmin edilmektedir (http://kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademigeriatri_20095.pdf Erişim tarihi 21 Mart 2020).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) bilgileri doğrultusunda yaşlı popülasyon olarak sınıflandırılan 65 yaş ve üstü insan sayısı, 2014’de 6 milyon 192 bin kişiye son beş senede % 21,9 artış göstererek 2019 senesinde 7 milyon 550 bin insan olmuştur. Bütün popülasyon içinde, yaşlılar popülasyonun 2014 yılında %8,0’ını oluşturmakta iken 2019 senesinde bu oran %9,1’e yükselmiştir. 2019’da yaşlı popülasyonun %44,2’sini erkekler, %55,8’ini kadınlar meydana getirmektedir.

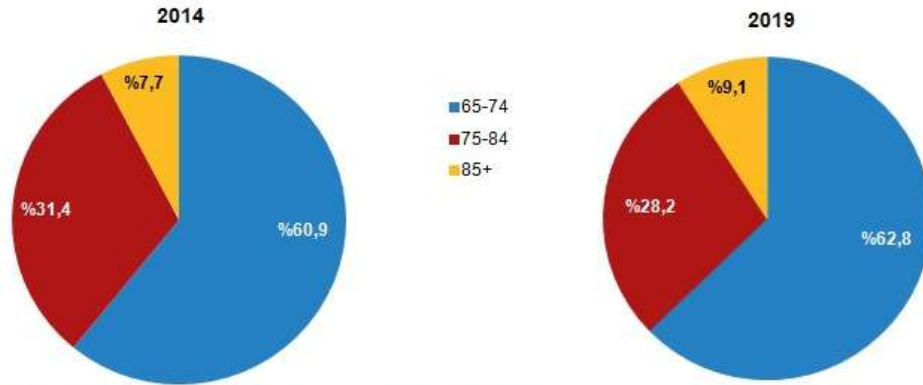
Yaşlıların popülasyonda nüfusun iz düşümleri yorumlanarak, 2023 senesinde %10,2, 2030'da %12,9, 2040'da %16,3, 2060' da %22,6 ile 2080 senesinde ise %25,6 oranında olabileceği öngörülmektedir

Nüfus tahminlerine göre 2019 senesinde dünya nüfusunun 7 milyar 604 milyon 656 bin 633 kişi, yaşlı nüfusun ise 703 milyon 711 bin 487 kişi olduğu tahmin edilmiştir. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun %9,3'ünü yaşlı nüfus oluşturmuştur. En yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülke sırasıyla %34,1 ile Monako, %28,8 ile Japonya ve %22,7 oranla Almanya olmuştur. Ülkemiz 167 devlet arasından 66. sırada yer almıştır. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2019-33712> Erişim tarihi:05.12.2020)

Avrupa'da popülasyonun ortalama ömrü uzamakta olup, yaşlanma süreci devam etmektedir. Ülkemiz Avrupa devletlerine göre daha genç popülasyona sahiptir. Bu kanıya Eurostat'ın "Avrupa İstatistik Ofisi", yaptığı araştırma verileri doğrultusunda Avrupa ülkelerinde 80 yaşın üstü popülasyon oranı ile yaş ortalamaları sıralanmıştır. Buna göre 2015 verilerinde; toplam popülasyonun 510 milyona yaklaşan 28 AB devletinde 80 yaş üstünde 26 milyon 761 bin insan hayatını devam ettirmektedir.

Tablo 1. Türkiye'de Yaş Grubuna Göre Yaşlı Popülasyon 2014-2019

Yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı, 2014, 2019



Kaynak: TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2014, 2019
Grafikteki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

2.3.YAŞLILIĞIN ORGANİZMAYA ETKİLERİ

Primer yaşlanma, yaşlanma süreciyle birlikte yapı ve fonksiyonlardaki bozulmadır. Bu fonksiyonların bozulma süresi canlı organizmadaki hücrelerin ve

dokunun yapı ve işlevselliğinin devam ettirilmesine uğraşan DNA nükleik asitini, serbest radikal moleküllerinden korunmak için çalışan sistemlerin etkinliğine bağlıdır. Sekonder yaşlanma dediğimiz kavram ise hastalıkların ve çevresel faktörlerin etkisiyle meydana gelmektedir. Sekonder yaşlanma sürecinin yavaş olması, ortalama ömür süresi artmasına olanak sağlarken, primer yaşlanma sürecini yavaşlatmak ise maksimal yaşam süresini arttırmaya sebep olmaktadır. (<http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre77.15.pdf> Erişim Tarihi 22 Mart 2020).

Yaşlılıkla beraber bedende ve organların işlevinde birçok farklı değişimler görülmekte ve organizmadaki pek çok sistemi etkileyen bir süreç oluşmaktadır.

2.3.1. Kardiyovasküler Sistem

Yaşlanma süreci kardiyovasküler sistem için sorunlar oluşturan en mühim risk teşkil eden faktördür. Yaşlanma süreci ile kalp-damar sistemindeki meydana gelen ilerleyici yapı ve fonksiyon değişimleri KVH gelişme sıklığını artırabilmektedir.(Koldaş 2017).

Yaşlılıkla birlikte vücudun farklı yerlerine kan taşıyan damarlarda çap ile duvar kalınlıkları artmakta olup, elastikiyetinde azalma, sistemik arteriyel basınçta artışa sebebiyet vermektedir.

(https://huzurevleri.org.tr/docs/gokce_kutsal_bal_yaslilik_ve_kadin_sagligi.pdf Erişim Tarihi : 22 Mart 2020). Vücudun yaşlanmasıyla beraber artan kollagenin miktarı ve azalan elastin içeriği sebebiyle damarlar ve en önemlisi aorta esnekliğini kaybetmekte ve aortanın sertleşmesine neden olmaktadır. Bu durum aortanın elastikiyetini kaybetmesine, sistolik kan basıncı artışına, diastolik kan basıncı düşüşüne ve nabız basıncı artışına sebep olmaktadır. ABD ve Avrupa’da en çok görülmekte olan ölüm sebebi yaş ile de paralellik gösteren yaşlılarda koroner arter hastalığı varlığıdır (Koldaş 2017).

2.3.2.Solunum Sistemi

Yaşlanmayla birlikte akciğerde yapısal değişiklikler başlamaktadır (Coşkun 2015). Yaşlılarda akciğer fonksiyonları, akciğer esnekliğinin azalması, göğüs duvarı sertliğinin artması sonucu solunum kaslarının zayıflamasıyla azalmaktadır. Sigara içmek bu değişimleri oldukça hızlandırır ayrıca durumla alakalı kronik obstrüktif

akciğer hastalığının prevalansı %2- %9 arasında değişmektedir. 65 yaş ve üstü insanlarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde solunum sistemi yetersizliğine bağlı pnömoni önemli bir ölüm sebebidir. (Yıldırım ve ark. 2012).

2.3.3. Kas ve İskelet Sistemi

Yaşlanma ile kemiklerde kayıplar oluşur, kemik mineral yoğunluğu azalmakta olup, kemik yapısında bozulma meydana gelmektedir. Eklemlerin içerisinde yer alan kıkırdak yapısında incelmeler oluşabilmekte; kıkırdak yapısında yer alan birtakım maddeler elastikiyet kaybetmekte bu nedenle daha sert ve daha katı, kırılabilir bir hale gelebilmektedir (<http://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/9.pdf> Erişim Tarihi 22 Mar 2020).

Yaşlılıkta kemik yapısı daha ince ve kırılgan olmakta ve vücut duruşu bozulmaktadır. Kadınlarda serum D vitaminin azalması kalsiyum emiliminin azalmasına neden olmakla beraber bu durum menopoza dönemindeki kadınlarda kemik kaybının hızlanmasına neden olmaktadır. Yaşlanma ile büyüme hormonu ve testosteron miktarının azalması nedeniyle kaslar incelmekte ve atrofiler oluşabilmektedir. Kemik ve kas dokusundaki kayıplar; boy uzunluğunun kısalmasına, diş kayıplarına, kemiklerde kırılmalara, bacaklarda eğrilikler ve kamburlaşma oluşmasına, kas kuvvetinde azalmaya sebep olmaktadır (Yıldırım ve ark. 2012).

2.3.4. Sinir Sistemi

Yaşlanma ile beyindeki hücre sayısı azalmakta, tepkime hızı yavaşlamaktadır. Zihinsel olarak kelime dağarcığı, kısa-süreli hafıza, öğrenme, bilgileri depolama, kelimeleri hatırlama, söylenenleri algılama gibi birtakım mental fonksiyonlar; spinalkordta bulunan hücrenin sayısında azalma beraber his kayıpları olabilmektedir (Yıldırım ve ark. 2012).

Yaşlılıkla beraber beyindeki nöronlarda dejenerasyon, sinaps kaybı meydana gelir. Bu süreçte nöroendokrin mekanizmasında değişimler oluşmakta olup, glukokortikoid seviyenin artmasına neden olmaktadır. Bu artışın hipokampal nöron hasarına sebebiyet vermektedir. İskemi ve eksotoksositeye eğilim meydana getirmektedir. Tüm bunlar, inme ve AH (Alzheimer hastalığı) görülme oranında

artmaya neden olmaktadır. İhtiyarlık süreciyle beraber nörodejeneratif hastalıklar ve inme görülme sıklığında belirgin bir artış olmaktadır. Alzheimerın dikkat edilmesi gereken en önemli riski yaşıdır. Bu hastalıkta, prevalans 65 yaş ve üstü için her 5 senede bir katlanmakta olup, ülkemizde yapılmış bir araştırmada 70 yaş üstündeki Alzheimer sıklığı %10 oranında tespit edilmiştir. (Keskin ve ark. 2016).

2.3.5.Sindirim Sistemi

Sindirim ağızda başlar, yaşlanmayla bireyler diş kayıpları sorunu yaşamaktadır. Yaşlılarda dişlerin eksikliğine ve/veya protezlerin uygun olmamasına bağlı olarak beslenme ile ilgili sorunlar meydana gelmektedir. Yaşlıların salya miktarı azalır bu nedenle ağızları kurudur ve yutma gücünü çökmektedirler (Ergin 1992).

Yaşlılıkla beraber mide kaslarında zayıflık ve mide esnekliğinde azalış görülmekte olup, gastro-özefageal reflüde artış, laktaz enziminin üretiminde azalma ile süt intoleransında artış, bağırsak hareketlerinde yavaşlama ve gerekli enzim sentezinin azalması gibi değişimler meydana gelebilmektedir (Yıldırım ve ark. 2012)

Yaşlılarda midenin kasılma gevşeme hareketleri bozulmakta, özafagus kaslarının az kasılması, alt özofagus sfinkter basıncında azalış görülmektedir. Buna bağlı midenin boşalma hızında azalma olmaktadır. Asit ve pepsin sekresyonundaki azalma, demir, kalsiyum ve B12 vitamini emilim bozukluğuna neden olmaktadır (Ergin 1992).

Yaşlılarda sindirim mekanizmasında meydana gelen değişimler sebebiyle; hazımsızlık, ishal, kabızlık, obezite, yaşlılık kaşeksisi, iştahın azalmasına benzer sağlık sorunları ile karşılaşmaktadır(Yıldırım ve ark. 2012)

Beslenme şeklinin önemli olduğu kolorektal kanser; düşük lifli beslenme, fazla et tüketimi, hayvansal ve doymuş yağ kullanımının artması ile bu kanserin görülme sıklığı artmaktadır. Yaşlanmayla birlikte gastrointestinal hemaraji, kolorektal kanser, divertikülozis hastalığı, “fokal inkontinans”, ishal fazla saptanmaktadır (Üçbilek ve ark 2015).

2.3.6.Boşaltım Sistemi

Yaşlılık ile beraber böbreklerin dokusu küçülür ve kan akımı azalmaktadır. Böbreklerin glomerüler filtrasyon hızı yavaşlar, nefron kaybı ile beraber böbrek içi

sekresyon ve absorpsiyon yeteneği azalmaktadır. Böbreğin idrarı süzme, sodyum tutma özelliği azalır. Tüm bunlar yaşlılarda sıvı elektrolit dengesizlikleri geliştirir, böylece yaşlılar susuzluk hissinde bozulma yaşamaktadır. (Yıldırım ve ark. 2012).

Üriner inkontinans (Üİ) yaşlılık beraber üriner sistemde meydana gelen fizyolojik ve anatomik değişimlerin sonucuyla çok sık karşılaşılan bir sorundur ve kullanılan ilaçlar da Üİ gelişmesini kolaylaştırmaktadır (Akın 2015). Yapılan çalışmalarda geriatrik bireylerin idrar inkontinans sıklığı %8-34 oranında değişebileceği saptanmıştır. Kocaçal ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada huzurevinde yaşamakta olan yaşlı bireylerin %46'sında inkontinans problemi yaşadığı belirtilmiştir (Güler ve ark. 2009).

2.3.7. Metabolik ve Endokrin Sistem

Yaşın ilerlemesi ile beraber hormon salgısı azalmaktadır. Vücut kan şekeri dengesini oluşturamaz ve glikoz toleransı azalması oluşmaktadır. Ayrıca kadınlarda menopo, erkeklerde görülen andropo, yaşın ilerlemesi ve bazı hormonların salgısında azalma sebebiyle oluşmaktadır (Ergin 1992). Yaşlanmayla endokrin sistem birçok yönden değişmektedir. Hormonsal değişikler ile kas kütlelerinin azalması (sarkopeni), yaşla ilişkili bellek fonksiyon bozukluğu, osteoporoz ve kırılğanlık (frailty) oluşabilmektedir. Diabetes mellitus yaşlılarda oldukça sık görülmektedir. Kan şekerinin regülasyonu ile yol açabileceği vasküler ve nörolojik sorunlar geciktirilebilmektedir. (<http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/5/5.32.pdf> Erişim Tarihi: 30 Mart 2020).

Yaşlanma süreciyle glikoz toleransının bozulmasına bağlı olarak kişinin eğer çevresel ve genetik yatkınlığı var ise diyabet hastası olma olasılığı artar. Yaşlılarda görülen diyabet hastalığı ekonomik ve bireysel faktörler nedeniyle önem verilmesi gereken bir sağlık sorunu olmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılmış araştırmada; 1995 senesinde 65 yaş üstü diabetes mellitus görölme oranı % 12,8 saptanmış olup, 2030 yılında ise oranın %20'ye artacağı ve toplam popölasyon içerisinde ihtiyar diyabetlilerin 70 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Diabetes mellitus'a bağlı olarak oluşan komplikasyonlar yaşlılarda morbiditeyi ve mortaliteyi yükseltmektedir (Karadakovan 2005).

2.3.8.Bağıışıklık Sistemi

Yaşlılarda enfeksiyon hastalıklarının görülme sıklığı artmaktadır. Bunun nedeni kronik hastalık varlığı, immün yanıtta yetersizlik ve immün fonksiyonlarda yaşa bağlı azalma olabilmektedir. Termogölasyon sisteminin bozulmuş olması yaşlılarda enfeksiyonun atlanmasına neden olmaktadır. Enfeksiyonun önemli belirtisi ateş, yaşlılarda termoregölasyonun bozulmuş olması ile ateşı düşük seviyede iletirmektedir. Bu durum hastalığın kötü seyretmesine sebep olmaktadır. “Older the colder” ifadesi yaşlılar için bu durumda söylenmektedir. (Karadakovan 2005).

Yaşlı bireylerde bağışıklık sistem fonksiyonları azalır bu sebeple enfeksiyonlara duyarlılık artmakta ve prognoz kötü ilerler. Otoimmün hastalıklar, pnömoni, bakteriyemi, influenza enfeksiyonları, ishaller, menenjit daha sık görölmekte olup ölümcül sonuç doğurur. Ayrıca yaşlı bireylerde kanser görülme oranının artmasının nedeni immün hücrelerin kanser olan hücrelere, bakteri veya diğer yabancı etkenlere verdiği yanıtın yavaş olmasıdır. (Yıldırım ve ark. 2012).

2.3.9. Deri

Yaşlanma süreci ile beraber epidermis ve dermis incelir, elastik filler azalır. Özellikle ekstremitelerde yağ dokusu azalır. Subkutan yağın ve ter bezlerinin azalması derinin incelemesine kurumasına sebep olmaktadır. Sıklıkla kaşınma, pullanma ve melanosit hücrelerinin kaybına bağlı deride pigmentasyona eğilim oluşmaktadır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte deride meydana gelen bu değişiklikler nedeniyle yaşlı hastalarda cilt bakımına önem verilmelidir (Ergin 1992).

Yaşlılarda cildin altındaki yağ dokusu azalmakta ve vücut derisi incelmektedir. Buna bağlı olarak deri incelip, esnek, kuru ve kırışık bir görünümde olmaktadır. Bu durum yaşlıların soğuşa karşı toleransını azaltır, sinir uzantıları azaldığından duyarlılık azalmakta ve yaralanmada artma görölmekte ve iyileşme sürecini uzatmaktadır. Özellikle melanosit sayısı azaldığı için yaşlıların derilerini direkt güneş ışığından korumalıdır(Yıldırım ve ark. 2012).

2.4.YAŞLILIKTA BESLENME

Yaşlanma, beden yapısı ve fonksiyonlarında süregelen değişikliklerin birikimi sonucu olmaktadır. İnsan yaşamı boyunca değişik iç ve dış faktörlerin etkisi altında kalmaktadır. Bu faktörlerin etkisi yaşam süresinin belirli dönemlerine göre farklıdır. Beslenme yaşam süresini etkileyen önemli bir faktör olup, yaşlanma süreci ile besin alımı ve besinlerin vücutta kullanımı olumsuz etkilenmektedir (Baysal 2016).

Yaşlılık sürecinde beslenme birçok etmenden etkilenmektedir. Bu etkenler; ilaçlar, kronik hastalıklar, yaşlının psikolojik, sosyal ve ekonomik durumu ile fiziksel şartlarıdır. Yaşlının düzenli egzersiz ve hareketi yaşamına eklemesi ve beslenmesinin vücut ihtiyaçlarına göre planlanmasıyla yaşlılığın tabi sonuçları olan bu etkenlerden koruyucu tedbir sağlanmış olur. Vücudun ihtiyacı kadar olan çeşitli, yeterli ve dengeli beslenme modeli, vücut fonksiyonlarının devam ettirilmesi ile sakatlanmalardan korunmak için önemlidir (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%201.pdf> erişim tarihi: 05.12.2020).

2.4.1.Yaşlılarda Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimi

Yaşlanmayla birlikte vücutta farklılıklar oluşmakta ve bu da bireyi beslenme yönünden etkilemektedir. Yaş ilerledikçe vücutta yağ olmayan vücut ağırlığında azalma, yağlı dokuda artış, vücuttaki toplam su miktarıyla bazal metabolizma hızı (BMH) düşmektedir. Yaş ilerledikçe gerekli enerji ihtiyacı azalmakta olup, protein ve bazı mikro elementlerin gereksiniminde artış olmaktadır (Çevik ve ark. 2014).

Vücuttaki enerji ihtiyacı; “dinlenme enerji metabolizması + fiziksel aktiviteler için harcanan enerji” toplamına eşit olmaktadır. Vücudun yağsız vücut ağırlığı da dinlenme enerji harcamasını etkilemekte olup, bireylerde 40 yaştan sonra yağsız vücut ağırlığında her 10 yılda %2-3 azalış olmaktadır. Bu doğrultuda “dinlenme enerji harcaması” (REE) da azalmaktadır (Baysal 2016).

Çoğunlukla yaşlı bireylerin enerji ihtiyacı, genç bireylerden %20 daha az olmakta olup, yaşlandıkça REE da azalmaktadır. Yaşa bağlı bazal metabolizma oranındaki (BMR) azalmanın sebebi genellikle sarkopenidir (Mercanlıgil 2008).

Bireylerin kendi yaş ve cinsiyetlerine göre saptanmış olan ideal ağırlıklarında olması bireyi hastalıklara karşı korur. Yaşlılar için enerji gereksinimi hesaplanırken

ideal vücut ağırlığı başına 30 kkal şeklinde hesaplanmaktadır (Saraç ve Yılmaz 2015). Yaşlıların enerji ihtiyacı hesaplanırken fiziksel hareketlilik durumu, varsa kronik hastalığı, sosyal hayat şartları ve bireysel özellikleri gibi faktörler irdelenmektedir. Mercanlıgil “hastanede yatan yaşlı hastalar, ağırlıklarını korumak için BMR’nin yaklaşık 1,3 katı kadar, eğer ağırlık kazanımı isteniyorsa BMR’nin 1,5-1,7 katı kadar bir enerji alımına gereksinim duyduğunu, günde 30-35 kkal/kg’lık bir alım hastanede yatan yaşlı bireylerin gerekli enerji ihtiyacını karşılayacağını” ifade etmektedir(Mercanlıgil 2008).

2.4.2. Proteinler

Yaşın ilerlemesiyle beraber kas ağırlığında azalma görülmektedir. ve kas fonksiyonlarında düşüşle işlevsel sınırlılıklar ve yetersizlik görülmektedir (Saraç ve Yılmaz 2015) Yaşlanmayla kas kütesinin protein içeriğinden azalma olur, azalan protein içeriğini yağ oluşturur. Buna bağlı olarak vücutta protein sentez hızı değişir (Baysal 2016). Yaşlı beslenmesinde proteinler yeteri kadar alınmadığında (yaklaşık günde 0.5 g/kg protein gibi) bireylerin yağsız vücut ağırlığının, immun yanıtlarının ve kas fonksiyonlarının anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır. Besin alımındaki protein eksikliği sonucu kas kayıpları ve derialtı yağ dokusunun azalması, ile karşılaşılmaktadır. Kas kütesi, kas gücü ve işlevlerinin yaygın ve ilerleyici kaybı sonucu yaşlı bireylerde sarkopeni sık görülmektedir (Baz ve Ardahan 2016).

Yaşlandıkça kas ağırlığında azalma nedeniyle daha az proteine ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak enerji alımı düştükçe vücut tarafından tutulan nitrojen miktarı da azalmaktadır. Pozitif nitrojen dengesinin sürdürülmesi için yeterli proteinin alımı önemli olmaktadır. Buna bağlı olarak yaşlılar için günlük 0,8-1,0 g/kg veya enerjinin % 12 -15 ’i oranında protein almak yeterli olacaktır (Mercangil 2018). Yaşlılarda beden kitlesinin kilogram başına 0,75 gram protein alımı önerilmektedir. Beslenmede protein kalitesi de önemlidir. Protein gereksiniminin çoğunluğu bitkisel besinlerden sağlandığında, proteinin elzem amino asit içeriği ve kolay sindirilebilir olması azalmaktadır. Hayvansal kaynaklı gıdaların protein açısından biyoyararlılığı daha fazladır. Sağlıklı bir beslenme programında proteinin %25- 30’u hayvansal, %70-75’i bitkisel kaynaklı gıdalardan sağlanmalıdır. Vucüt ağırlığının kilogram başına 1 gram protein alımı dengeli beslenme için yeterli olmaktadır (Baysal 2016).

2.4.3.Yağlar

Sağlıklı bir beslenmede enerji kaynağı olan yağlar aynı zamanda yağda çözünen A, E, K ve D vitaminlerinin vücuda alınması ve vücudun çalışmasında gerekli bazı hormonların işlevinde gereklidir (Saraç ve Yılmaz 2015).

Yaşlılarda diyetle tüketilen yağ çeşidi ve miktarıyla kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalık gibi sağlık problemleri arasında ilişki vardır. Doymuş yağ asiti içeren yağların fazla tüketimi serum kolesterol düzeyini artırmaktadır. Bunlar kalp - damar ve serebrovasküler hastalıkların oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Yılmaz ve Gürdağ 1982). Yaşlıların beslenmesinde günlük beslenme programında enerjinin yağdan gelen kısmı en çok % 30 olmalıdır (Mercangil 2008). Yağları oluşturan yağ asitleri besinlerin içerisinde değişken oranlarda bulunur. Bu yağ asitleri; doymuş (satüre), tekli doymamış ve çoklu doymamış yağ asitleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Doymuş ve çoklu doymamış yağ asitleri günlük aldığımız kaloringin %8-10'undan az, tekli doymamış asitleri ise enerjinin %15'ini kapsamalıdır. Sağlıklı beslenme için günlük aldığımız enerjinin kolesterol içeriği 300 mg'ın altında olmalıdır. (Saraç ve Yılmaz 2015). Günlük beslenmede trans yağ asitinin %1'in altında olması gerekmektedir. Bu yağ türlerinin fazla tüketilmesi sonucu kolesterol seviyeleri yükselir ve kalp damar hastalıklarına karşı risk faktörüdür. Yaşlanmayla ortaya çıkan birçok hastalıktan korunmak için omega-3 yağ asitleri içeren besinlerin haftanın bir iki günü tüketimi önemlidir. Yaşlılarda günlük beslenmede 1-2 gram balık yağı tüketimi sağlık için gereklidir. "Akdeniz Diyeti" olarak bilinen beslenme tipinde (yüksek miktarda zeytinyağı, balık, sebze ve meyve içeren beslenme) aldığımız enerjide tekli doymamış yağ asiti ve omega-3 yağ asiti çeşitleri artmaktadır. Bu diyet modelinin yaşlanmaya bağlı bilişsel işlev kaybını engellediği belirtilmiştir (<http://www.guvenplus.com.tr/imagesbuyuk/66f44-GERIATRIYE-DISIPLINLER.pdf#page=148> erişim tarihi 25.09.2020).

2.4.4.Karbonhidratlar

Yaşlılarda alınan enerjinin %55-60'ı karbonhidrat çeşitlerinden sağlanmalıdır. Beslenmede günlük alınan karbonhidrat miktarı 130 gramın altında tüketilmelidir (Saraç ve Yılmaz 2015).

Karbonhidratların metabolize olması ile her 1 gram karbonhidrat için 4 kkal'lik enerji meydana gelmektedir. Yaşlı bireylerde karbonhidrat tüketiminin glisemik yükü düşük olan kompleks karbonhidrat türlerinden sağlanması gerekmektedir. Yaşlanmayla insülin üretimi azalmakta ve hücrelerin insüline karşı hassasiyetinde düşüş olmaktadır. Kanın glikoz seviyesinin dengesinde hücre duyarlılığının ve insülin salınımının göz önünde bulundurulması yaşlılar için özellikle “glisemik indeksi” yüksek olan basit karbonhidrat içerikli besinlerin kısıtlılığı gerekmektedir. (<http://www.guvenplus.com.tr/imagesbuyuk/66f44-GERIATRIYE-DISIPLINLER.pdf#page=148> erişim tarihi 25.09.2020).

Basit karbonhidrat türlerinin günlük alınan karbonhidrat miktarı içerisinde miktarı %10'u geçmemelidir (Baysal 2016) Yaşlanmayla karbonhidrat toleransı azalmaktadır bu yüzden tahıllar, kuru baklagiller gibi kompleks karbonhidrat dediğimiz besin çeşitlerinden karbonhidrat gereksinimi sağlanmalıdır. Böylece alınan karbonhidratla beraber mineral, vitamin ve lif de vücudumuza alınmış olur. Yaşlılarda konstipasyon dediğimiz kabızlık önemli bir sorundur. Yeterli miktarda sıvı ve posalı besinlerin tüketiminin artmasıyla konstipasyon probleminde azalma görülmektedir (Saraç ve Yılmaz2015).

2.4.5.Vitamin ve Mineraller

Yaşlılık döneminde besin alımının azalması ve yaşlanma süreci ile vücut vitamin mineral dengesi değişmektedir (Mercangil 2008). Yaşlılık sürecinde vitamin ve mineral ihtiyacının artması vücut direncinde azalma, bağışıklık sisteminde zayıflık, kronik hastalık artışı ve hareketsizlik gibi etkenlere bağlı olmaktadır (Aksoydan 2008).

Yaşlı bireyler gençlere kıyasla güneş ışığına daha az maruz kaldığı için D vitamini yetersizliği riskinde artış olmaktadır. Kalsiyum ve D vitaminin yeterli miktarda alınması kemik yoğunluğu artışında önemlidir. Beslenmede alınması gerekli günlük kalsiyum miktarı gençlik çağında 1200 mg, 51 yaş ve üstü için 800 mg olmaktadır.

Düzenli güneşe yeteri kadar çıkamayan yaşlı bireyler için kemik sağlıklarını korumak adına günlük olarak 10 mikrogram/400IU D vitamin önerilir. Beslenmede

alınan günlük 1 kapsül veya 1 çay kaşığı balık yağı D vitamin ihtiyacını tamamlayabilir (Baysal 2016).

Kalsiyum ve fosfor mineralleri kemik diş sağlığı koruması, kemik erimesinden korunma ve önlem, kas güçlenmesi için gereklidir. Bağışıklık sisteminin güçlenmesi için çinko ve C vitamini, hastalıklara karşı direnç geliştirilmesi unutkanlık ve bunamadan korunmak için çinko minareli ve E vitamini önemlidir (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%201.pdf> erişim tarihi: 05.12.2020).

A vitamini (betakaroten), E vitamini gibi yaşlanma önleyici vitamin takviyesinin, yapılmış bir araştırmada kalp-damar hastalıkları ya da bu tür hastalıklardan ölümle sonuçlanmasında olumlu etkisi veya yan etkileri bulunmamıştır. Bu yüzden mineral ve vitaminlerin (D vitamini dışında) diyetle alınması, vücut işlevleri için daha faydalıdır (Aksoydan 2008).

Bilişsel fonksiyon azalması ile kanda B grubu vitaminlerinin B12, B6 ve B9 (folik asit) vitamin değerleri düşüklüğünün arasında ilişki bulunmaktadır. Nörolojik hastalıklarda fonksiyon işlevselliğinde B12 vitamin ihtiyacı sağlanmalıdır (Mercangil 2008).

2.4.6.Sıvı Alımı

Yaşlılarda hidrasyon önemlidir. Yetersiz su tüketimi hidrasyona neden olmaktadır. Dehidratasyon “vücudun gereksiniminden daha az miktarda sıvının alınması veya daha fazla sıvı kaybı ile görülen sıvı eksikliği sonucunda meydana gelen dengesizlik” olarak tanımlanır. Yaşlı bireylerde fizyolojik ve kognitif değişimler nedeniyle dehidratasyon oluşma riski daha fazladır (Muz ve ark.2017; Mercangil 2008) Susama mekanizmasında bozulmuş duyarlılık, böbreğin idrarı konsantere etme işlevindeki bozukluk, yaşlanma süreci ile derinin incilmesi sonucu sıvı kaybının kolay olması gibi nedenler yaşlılarda dehidrasyon riskini artırır. Dehidrasyonun sonucu besin alımı ve nutrisyonel durumu etkilemektedir. Yaşlılarda dehidrasyonun etkileri; kabızlık, ağız içi hoş olmayan tat değişimi, konfüzyon, uykululuk hali ve üriner sistemde enfeksiyon artışı gibi etkileri olmaktadır. Bunları önlemek adına vücut kilogramı başına 30 ml sıvı alımı yaşlılar için önerilmektedir. (Saraç ve Yılmaz 2015).

ABD ve Kanada ‘da uzun süreli bakım evlerinde yaşamakta olan 65 yaş ve üstü yaşlılar üzerinde yapılmış bir çalışmada, yaşlı bireylerin %79’unun arasında yeterli miktarda sıvı almadığı, ayrıca araştırmadaki yaşlıların %26,7’sinde dehidratasyonun gözlemlendiği tespit edilmiştir (Muz ve ark. 2017). Günlük su alımı her kkal için 1 ml olmalıdır. En az sıvı alımı günlük olarak 1500 ml olması gerekmektedir. Fiziksel aktivite çok arttığında, sıcak havalarda, tuzlu besinlerin fazla tüketiminde ve ishal durumunda su tüketimi artırılmalıdır. (Mercangil 2008).

Yaşlı bir erkek için günde 2000 kalorilik enerji harcadığı düşünüldüğünde 2,5-3 litre su alması gerekmektedir. Bu kişi günde 600-700 gram taze sebze –meyve tüketerek diyetinde 700-800 ml kadar su almaktadır. Besinlerin metabolizması sonucunda 250 ml kadar su sağlanır, tüm bunlara göre bireyin günde 1.5 litre kadar (yaklaşık 8 su bardağı) su içmesi gerekmektedir. Çay, kahve, kola bedenden su kaybını arttırdığından suyun yerini tutmamaktadır (Aksoydan 20016).

2.4.7.Lif

Lif tüketiminin yetersiz olması, su tüketiminde yetersizlik ve fiziksel aktivite eksikliği aşıllıkta konstipasyona neden olmaktadır. Ayrıca posalı beslenmek kan glukoz ve kolesterol seviyesinin kontrolünü sağlamaktadır.(Mercangil 2008) Bağırsakların düzenli olarak çalışmasında posa önemli olmaktadır. Posaın içindeki öğeler bağırsaklardan su çekerek hacimleri artmakta ve böylece kabızlığı önlemektedir. Yaşlı bireylerde kadınlar için 21 gram, erkekler için 29 gram lif tüketimi gereklidir. Kepekli besinlerin içeriğinde bazı minerallerin emilimlerini azaltan fitatlar yüksek miktarda bulunur. Bu nedenle kepekli besinlerin fazla tüketimi kalsiyum, bakır, demir, çinko minerallerinin emilimini azaltmakta olup kepekli besinleri tüketirken dikkatli olunmalıdır (Saraç ve Yılmaz 2015).

2.5.YAŞLILARDA FİZİKSEL AKTİVİTE

Fiziksel inaktivite, sarkopeni ve fonksiyonel yetersizlik gibi birçok kronik rahatsızlıkların önde gelen nedenlerindendir. Egzersiz, yaşa bağlı kas kütlesi kaybını azaltarak ve insülin duyarlılığını artırarak, yaşlanmanın zararlı etkilerine karşı gelir ve sağlıklı yaşlanmayı sağlamaktadır. Düzenli ev egzersiz programı, düşme riski

bulunan yaşlılarda dengeyi kontrolünü arttırmaktadır (Torlak 2018). Egzersiz yapmak osteoporoz ve kırıklardan korunmak için, tedavi ve rehabilitasyonun en önemli öğelerinden birini oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerde günlük yeterli fiziksel aktiviteyle dayanıklılık, denge, uyku, düzenli bağırsak hareketi, duygu durumu, sosyal hayat ve bilişsel işlevler üstünde pozitif etki oluşturmaktadır (Aydın 2006).

Haftanın beş günü en az 30 dakika, yaşlı bireyin sağlığı uygunsa 60 dakika süren, ılımlı aerobik egzersiz veya haftanın üç günü 20 dakika süren şiddetli aerobik egzersiz önerilmektedir (Torlak 2018). Haftanın en az 3-4 günü ve en az 20 dakika süren koşma, yüzme, yürüme, bisiklete binme gibi fiziksel aktiviteler yapılmalıdır. Kan basıncı düzenli yapılan bu egzersizler ile normal seviyede tutulmakta olup, akciğerlerin kapasitesinde artış olmaktadır. Bu oksijenin alımındaki artış yağ metabolizmasına olumlu etkiye olanak sağlar. Egzersiz ile yaşlılar kendini daha iyi hissetmekte olup, yaşamdan memnuniyetleri de artmaktadır. (Tambağ 2015).

2.6. YAŞLILARDA BESLENME İLE İLGİLİ SAĞLIK PROBLEMLERİ

2.6.1.Malnütrisyon

2.6.1.1.Malnütrisyonun tanımı ve sıklığı

Dünyamızda ve ülkemizde yaşlı popülasyonu git gide artış göstermektedir ve yaşlılarda beslenme eksikliği sık görülen bir halk sağlığı sorunu olmuştur (Demirdağ ve Demirdağ 2016). “Besinlerin yetersiz alımı veya emilimi sonucu ortaya çıkan hastalık durumu” malnütrisyon olarak tanımlanmaktadır. Her ne kadar malnütrisyon tanımı aşırı miktarlarda yeme ve yetersiz eksik beslenme durumlarının kapsasa da, günümüzde malnütrisyon ve yetersiz beslenme kavramları genellikle birbirleri yerine kullanılan ifadelerdir.(Adıgüzel ve Acar Tek 2018; Karahan ve Çiftçi 2020).

Malnütrisyon kelimesi fazla kilolu olma durumunu da içermekle birlikte, “Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (ESPEN/European Society of Clinical Nutrition and Metabolism)” klinik olarak belirgin yetersiz olan beslenmeyi önemsemekte ve malnütrisyonu kognitif ve fiziksel fonksiyonların yavaşlaması ve iyileşme sürecinin uzatmasına neden olan, beden kompozisyonunda değişimler

meydana gelmesine etki eden ve yetersiz gıda tüketiminden kaynaklı hal olarak ifade etmektedir (Lochs ve ark. 2006)

Soeters ve arkadaşlarının malnütrisyon tanımında ise; inflamatuvar reaksiyonun da olması gerektiğini belirtmiş ve farklı aşamada eksik/aşırı beslenme ve inflamatuvar reaksiyonun bütününe kapsayan, akut seyri tamamlayan veya kronik beslenme durumunun, vücudun işlevlerinde değişimlere, bozulmaya sebep olma hali olarak ifade etmiştir(Karahan ve Çiftçi 2020)

Beslenmede yetersizlik yaşlılığın tabi parçası olmamasına karşın, yaşlılar psikolojik, fizyolojik ve sosyal risk etmenlerine bağımlı olarak malnütrisyon tehlikesi altında kalmaktadır. Malnütrisyonun varlığıyla ihtiyarların hastalıklara karşı rezistansı azalmakta, kırık oluşum tehlikesi artış göstermektedir. Yaşlıların yaşam kaliteleri düşmektedir (Başbüyük ve ark. 2017).

Kuyumcu ve arkadaşlarının Hacettepe Üniversitesi'nde hastanede yatan 100 yaşlı birey üzerinde yaptığı bir çalışmada hastanede yatmakta olan yaşlıların %69'unun malnütrisyon yönünden tehlike altında olduğu, %12'sinde ise malnütrisyon varlığının tespit edildiği saptanmıştır (Kuyumcu ve ark. 2013).

Bakımevinde yaşayan ve hastanede bulunan yaşlılarda malnütrisyon riski ve malnütrisyonun daha sık saptandığı belirtilmektedir. Epidemiyolojik araştırmalara bakıldığından toplumda yaşamakta olan ihtiyarların %5-10 oranında malnütrisyon tespit edilmiştir. Akut hastalıkların varlığı durumunda hastanede yatıranlarda bu sıklık %26 olup, bakım merkezlerinde yaşayan ve uzun süreli bakım görenlerde bu oran %30-60'a çıkmaktadır (Akan ve ark. 2013).

Almeida ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada 3061 hastayı 48 saat takip edip değerlendirmişler ve yaşlı kişilerde malnütrisyon tespiti için “ Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF)]” uygulanmış MNA-SF'nin sonuçları ise şöyle bulunmuştur; hasta bireylerin %33,4'ü malnütrisyonlu; %39,3'ü malnütrisyon tehlikesi altında bulunmaktadır, normal beslenmeye sahip olan yalnızca %27,3'lük kişi saptanmıştır. Beslenmesi çok daha yetersiz olan bireylerin hastanede yatma sürelerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir(Karahan ve Çiftçi 2020).

2.6.1.2. Malnütrisyon nedenleri

Malnütrisyon varlığı üç temel başlıkta bulunan farklı nedenlere sahiptir. Bu nedenleri sıralarsak: sosyal ve psikolojik, yaşam biçimi ve tıbbi nedenler olarak ifade edebiliriz.

Tıbbi nedenler

Yaşlılarda yetersiz beslenme sorunları sıklıkla protein enerji malnütrisyonu (PEM) şeklinde görülmektedir. Yetersiz besin alımı, iştahsızlık, ağız-diş problemleri, tat ve koku alma hissinde azalış, tükürük üretiminde azalma sebebiyle çiğneme ve yutmada güçlük, duyu kayıpları, sindirim sistemi hastalıkları (malabsorbsiyon gibi), solunum sisteminde hastalıklar, nörolojik hastalıklar (SVH, Parkinson hastalığı gibi), endokrin sistemi hastalıkları (diyabet ve toksik guatr), enfeksiyonlar, fiziksel engellilik durumu, çoklu ilaç alma, kanser, ilaçların etkileşimi, malnütrisyon oluşmasına neden olan faktörlerdir (Ekici ve ark. 2019; Baz ve Ardahan 2016).

Dişle ilgili sorunlar, günlük alınması gereken kaloringin %5 oranında düşmesine etki eder. Yapılmış olan çalışmalarda, dişsiz olan yaşlı bireylerin gıdaları yeterince öğütememeleri sebebiyle önemli mikronütrientleri (demir, B, A, E, C, vitaminleri ve kalsiyum) temin edemedikleri ve günlük aldıkları kaloringin azalmış olduğu tespit edilmiştir (Adıgüzel ve Acar Tek 2018).

Sosyal nedenler

Eğitimsizlik sonucu beslenme bilgisi düzeyinde eksiklik, sosyal olarak kendini izole etmek, yoksulluk, yalnızlık, yemek pişirme becerisinde yetersizlik olmasıdır (Ekici ve ark. 2019).

Psikolojik Nedenler

Yaşlanma süreciyle görülen konfüzyon, depresyon, anksiyete ve demans malnütrisyonu sebep olan psikolojik nedenlerdendir (Ekici ve ark. 2019). Bireylerde depresyon olgusu; yeterli ve dengeli beslenmenin bozulmasına, iştahsızlığa, şiddetli

beslenme yetersizlikleri sonucu psikolojik ve nörolojik hastalıklara sebep olmaktadır (Balcı ve ark. 2012).

Rakıcıoğlu yaşlılarda görülen malnütrisyon nedenlerini tablo 2’deki gibi sınıflanmıştır (Rakıcıoğlu 2006).

Tablo 2. "Yaşlılarda Malnütrisyon Nedenleri"

Tıbbi Nedenler	Psikolojik Nedenler	Sosyal Nedenler	İlaç kullanımı
Diş sağlığının yetersiz oluşu, tat ve koku almanın azalması, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, enfeksiyon, disfaji, romatoid artrit, Parkinson hastalığı, hipermetabolizm (örn:hipertiroidizm), malabsorbsiyon sendromu, kanser, alkolizm, kardiyak yetmezlik, gastrointestinal semptomlar (kusma, diyare, konstipasyon, dispepsi, helicobakter pylori enfeksiyonu, atrofik gastrit)	Depresyon, demans/ Alzheimer hastalığı, kolesterol fobisi, alkolizm, sevdiği yakınlarını kaybetme	Fakirlik, yalnız yaşama, sosyal izolasyon, sosyal destek yoksunluğu kurumlarda yaşayan yaşlılarda etnik yiyeceklerin temin edilememesi, yiyecek satın alma ve hazırlamadaki yetersizlik, kendi kendine beslenememe	Mide bulantısı/kusma: Antibiyotikler, digoksin, teofilin, non-steroidal anti-inflamatuvar ögeler Anoreksi: antibiyotikler, digoksin Hipogenusia: Metronidazole, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin-dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEI), metformin Erken doygunluk: Antikolinerjik ilaçlar, semptomimetik ögeler Beslenme yeteneğinin azalması: Sedatifler, opiatlar, psikotropik ögeler Disfaji:Potasyum ilaçları,(NSAIDs), bisfosfanatlar, prednisol Konstipasyon: Opioid, demir ilaçları, diüretikler Hipermetabolizma: Tiroksin, efedrin

Kaynak: Rakıcıoğlu N. (2006). Malnütrisyon ve Yaşlanma Anoreksisi. Arıoğlu S. (Ed.)Geriatrı ve Gerontoloji (373-384)

Yaşlıda malnütrisyon saptandığında altta yatan pek çok neden sorumlu olabilir. Bu nedenleri John Morley yaşlılarda kilo kaybının temel sebeplerini “MEALS ON WHEELS” kısaltmasıyla özetlemiştir(Şahin 2019).

Tablo 3."Meals on Wheelse"hatırlatması (Morley 1997)

M: Medication (İlaç)
E: Emotional problems (Psikiyatrik problemler)
A: alkolizm, anoreksiya nevroza veya yaşlılara yönelik suistimal
L: geç dönem paranoya
S: disfaji (yutma problemleri)
O: Oral factors (ağızla ilgili problemler)
N: No Money (Parasızlık)
W: Wandering demansa bağlı amaçsız dolaşma
H: hipertiroidizm, hipoadrenalizm, hipotiroidizm
E: enteral problemler (malabsorpsiyon)
E: Eating problems (yeme bozuklukları)
L: Low salt, low cholesterol diet (tuz-kolesterolden fakir diyet)
S: Social problems (izolasyon, istediği yiyeceğe ulaşamama, hazırlayamama)

2.6.1.3.Malnütrisyonun sonuçları

Yaşlı bireylerde malnütrisyonun etkileri önemli sosyal, psikolojik, ekonomik ve biyolojik sonuç doğuran önemli faktörlerdir. Malnütrisyon bedende kilo kaybı ve kas yoğunluğunda azalmayla (sarkopeni) ortaya çıkmakta ve sonucunda yaşlı bireylerin dirençlerinin azalmasına, düşme ve kalça kırılması vakalarında artışa sebep oluşturmaktadır. Yara iyileşmesinin gecikmesine, enfeksiyon risksinde artmaya, yaraların geç iyileşmesine neden olabilmektedir. Vücut fonksiyon sistemi bozukluklarına, immun yanıtta yetersizliğe, mental fonksiyonlarda değişikliklere, GİS fonksiyonlarında değişikliklere neden olmaktadır. Malnütrisyon, hasta kişilerin prognozunu olumsuz etkiler, yatan hastaların hastanede kalma, sürelerini uzatır, daha fazla ilaç kullanımına ve tedavi maliyetlerinin artmasına, bakıma ihtiyacın artmasıyla bakım masraflarının artmasına neden olmaktadır. Malnütrisyon bedende birçok organı ve sistemi etkilemekte olan, en sık görülen beslenme bozukluğudur. Dünyamızda hastalıkların ve ölümlerin önde gelen sebepleri arasında yer almaktadır (Arioğul 2013; Dal 2007).

Yoğun bakım ünitesinde kalan bireylerin malnütrisyonun kötü seyri ile azalmakta olan sağ kalımlarının arasında bağlantı bulunmaktadır. Kronik kalp

yetmezliği bulunan bireylerde son altı ayda istemeden %6'nın üstünde nonödematöz kilo kayıpları mortaliteyi etkileyen tehlikeli bir etmendir(Derin ve Çiftçi 2018)

Malnütrisyonun temel risk etmenleri: yaşlanma sürecinin doğası, yoksulluk ve güçsüzlük, besin tüketimine etken oral ya da gastrointestinal sistem sorunları, hareketi veya görmeyi azaltmış olan işlevsel sağlık sorunları, iştahsızlığa neden olan ilaçlar, kronik hastalıklar, cerrahi veya travma gibi akut vakalar ve enfeksiyon şeklinde sıralanabilmektedir (Güngör ve Arslan 2013)

Yaşlıların yaşam ortamları da malnütrisyon riskini arttırabilmekte olup, 12 devlette farklı yerlerde (n=4507) yapılmış olan araştırmada, MNA'yı kullanarak malnütrisyon durumunu saptamak için çoklu bilgi tabanları kullanılmıştır. Dört farklı mekanda yapılan araştırmanın neticesinde hastanede kalan yaşlı bireylerde malnütrisyon varlığı %39, bakım evindeki yaşlılarda malnütrisyonun varlığı %53, toplumda yaşayan yaşlılarda malnütrisyon %6, rehabilitasyon merkezlerindeki yaşlılarda malnütrisyon %51 saptandığı ifade edilmiştir (Baz ve Ardahan 2016).

Malnütrisyon durumuz sessiz başlar ve çabuk fark edilmeyebilir, eksik teşhis konulduğu gibi eksik iyileştirme süreci de oluşabilmektedir. Yapılan çalışmalarda kilo kaybı olan yaşlıların % 75'inde hiçbir tedavi yönteminin kullanılmadığı tespit edilmiştir(Akan ve ark. 2013). İhtiyarlarda malnütrisyona bağlı ölüm oranı bir sene içerisinde %50 artış göstermektedir. Yetersiz ve dengesiz besin tüketen yaşlılarda sağlık ve sosyal hizmet kurumlarına daha çok gereksinim duydukları ve hastanelere daha çok gitmektedir. Bu nedenle yaşlılar içerisinde malnütrisyon olgusunun önlemek amacıyla hızlı tanı koymak ve erken müdahale gereklidir (Başbüyük ve ark. 2017).

2.6.1.4.Malnütrisyonun tanısı

“Amerikan Nütrisyon ve Diyetetik Akademisi”, ASPEN ve (ESPEN)'nin açıklamalarına göre malnütrisyon tanısı için; günlük eksik kalori alınması, kas ağırlığında azalma, kilo kayıpları, deri altı yağ dokusunda azalma, vücut işlevsel durumlardaki farklılıklar, kilo kayıplarını görmeyi engelleyecek ödem toplanması, el kavrama gücünde bozulmalar gibi hallerin iki ya da daha çok bulunması malnütrisyonu saptama kriterleri olarak ifade edilmiştir (Karahan ve Çiftçi 2020)

Yaşlı bireylerde kilo kayıpları malnütrisyon durumunun majör belirteçlerinden biri olmaktadır. Son 6-12 ay içerisinde %5'in üstündeki kilo kayıpları klinik alanda ciddi ağırlık kayıplarından sayılmaktadır (Baz ve Ardahan 2016).

Malnütrisyonun tespitinde henüz kesin ve net metot bulunmamaktadır. Kişilerin besin tüketimlerinin değerlendirilmesi için farklı parametreler kullanılmaktadır. Bunlar; fiziki muayene, antropometrik ölçümler, besin tüketim kaydı ve biyokimyasal analiz incelemesi ve bazı testlerdir. Kişilerin beslenme davranışlarını belirlemek, yalnız değerlendirme metotlarını kullanarak yeterli seçicilik ve hassasiyeti sağlamamaktadır. Bu yüzden uluslararası seviyede kabul görmüş olan, geçerliliği yüksek ve doğruyu aksettiren testlerin kullanılmasıyla daha güvenilir netice alınacağı düşünülür (Meriç ve Yabancı Ayhan 2017).

Antropometrik ölçümlerin amacı vücut yağ kompozisyonunu özellikle yağsız vücut kütlesini ve yağ depolarını değerlendirmektir. Bunlar: vücut kitle ağırlığı, boy uzunluğu, vücut kitle indeksi (VKI), vücut kompozisyonu ölçümleri dediğimiz en sık kullanılan üst orta kol çevresi ve deri kıvrım kalınlıklarının ölçümü ve laboratuvar bulguları özellikle serum albümin düzeyi riskin iyi bir göstergesi olup, prealbumin, transferrin, kreatin, retinol bağlayıcı protein, nitrojen dengesi malnütrisyonun varlığını ve derecesini belirlenmesinde kullanılan parametrelerdir (Güngör ve Arslan 2013).

Malnütrisyonun tanısında bir çok tarama metodu kullanılabilmektedir. 2002 ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) kılavuzuna göre; “hastanede kalan bireylerde malnütrisyon taraması için NRS 2002 (Nutritional Risk Screening), evde yaşayan bireylerde MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), hastane ve kurumda kalan yaşlılarda malnütrisyonun taranması için düzenlenmiş olan MNA (Mini Nutritional Assessment- Mini Nutrisyonel Değerlendirme)” kullanımı önerilmektedir (Şahin 2011).

BKİ, büyüyen obezite epidemisi sebebiyle kötü beslenen bireylerin tespitinde hatalara neden olabilmektedir. Ödem, organ kayıpları, vb. nedenlerle yanlış sonuçlar ortaya çıkabileceği için ESPEN, BKİ'nin malnütrisyon tanı kriterlerinden çıkarılmasını önermesine rağmen son olarak yine de kriterler arasında tutmaya karar verilmiştir. Vücut yağ kütlesi ve yağsız vücut kütlesi tek başına BKİ'den daha değerli bilgi vermektedir. Malnütrisyonun tanısında BKİ'nin <18,5 olması yeterli kriter olarak tanımlanmıştır. Ancak normal BKİ aralığında olsa dahi 3-6 ay içerisinde ağırlıklarının %10'undan fazlasını kaybetmeleri de ciddi katabolik durumdur

(https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/149051/mod_resource/content/0/Beslenme%20Durumunu%20Tarama%20Ara%C3%A7lar%C4%B1%20I.pdf Erişim

Tarihi: 10.01.2021)

MNA, yetersiz beslenme yönünden riskli olan bireylerin değerlendirmek amacıyla kullanılan güvenilirliği yüksek bir ölçektir. MNA testi kesin teşhis koydurmaz ancak yaşlı bireylerde sadece VKI ölçümünden daha güvenilir olmaktadır. Laboratuvar parametrelerinin değişiklikleri saptanmadan MNA ile malnütrisyon riskinin belirlendiği ifade edilmektedir.

Ülkemizde en sık kullanılan ve güvenilir test “Mini Nütrisyonel Değerlendirme testi”, “The Mini Nutritional Assessment”dir. Mini Nütrisyonel Değerlendirme testinin kısa olan bölümünde taramak için sorulmuş altı sorudan oluşur ve bu kısımdan düşük puan alan birey değerlendirme yapılması için testin diğer sorularına yanıtmayı sürdürmektedir (Karahan ve Çiftçi 2020).

2.6.2.Obezite

Günlük olarak alınan kalorinin yakılan kalorigen fazla olması ve harcanamayan fazla kalorinin vücutta yağ kitlesi şeklinde depolanmasıyla oluşan metabolik sendroma obezite denilmektedir. Erkeklerde vücut yağının %25’in üstünde, kadınlarda %30’un üstünde olması obezite olarak tanımlanmaktadır (Özütürker 2019).

Yaşlılardaki kilo artışı nedeni; fiziksel hareketlilikteki kısıtlılıkla enerji harcamasındaki azalmış, kas ağırlığındaki azalma ile beden ağırlığının korumak için ihtiyaç olan enerjinin azalmasıyla oluşabilmektedir (Yılmaz ve Rakıcıoğlu 2012).

Yaşlanma süreci ile beraber vücut bileşimi ve yağ dağılımında değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlanmayla; sarkopenik şişmanlık (kas ağırlığında azalış ile ilişkili beden yapısındaki değişim) ve abdominal bölgede yağ depolanması oluşmaktadır. Yaşlı bireylerin 60-65 yaş aralığında beden ağırlık artışı en tepe seviyededir. 65 yaş sonrasında ise kilo kayıp hızı artmaktadır. Kas ağırlığında olan kayıplar 30-40’lı yaşlarda başlamakta ve yaşlandıkça devam etmekte olup, zıttı olan beden yağ kitlesi artmaktadır. Böylece yaş ilerledikçe yağ, yağsız ağırlığın yerini tutmaktadır. Böylece VKI aynı olsa bile yaşlılarda genç bireylere kıyasla daha çok yağ kitlesine sahiptir. Yaşlanma ile vücuttaki yağın depolanması ve dağılımında farklılıklar oluşabilmektedir. Yaşlı ve genç bireylerin total yağı aynı olsa dahi yaşlı

bireylerin abdominal yağ oranı ve iç organ yağlanması (visseral beden yağı) yüksek olabilmektedir (Rakıcıoğlu 2012).

Yaşın ilerlemesiyle bireylerin fiziksel aktiviteleri azalmaktadır. Yetersiz ve sağlıksız beslenme ile hareketsizlik şişmanlığa neden olmaktadır (Özütürker 2019).

Yaşlı bireylerde şişmanlığın nedeni nadir olarak Cushing sendromu, ventromediyal hipotalamustaki tümörler veya ilaç kullanımına (steroidler vb.) veya endokrin bozukluklara (hipotroidizm) bağlı olabilmektedir. Cinsiyet de kilo artışında bir faktör olup, özellikle 50 yaş üstü kadınlar erkeklere kıyasla şişman olma yönelimleri daha çoktur (Rakıcıoğlu 2012).

Samsun’da yapılan 65 yaş üstü, 41’i huzur evinde yaşayan, 50’si kendi evinde yaşayan toplam 91 yaşlının değerlendirmesinde göre: “%39,6’sı hafif şişman ve %23,1’i birinci derece, %13,2’si de ikinci ve üçüncü derecede obez” olarak bulunmuştur. VKİ’ ne göre malnütrisyon oranı kendi evinde yaşayanlarda daha düşük, obezite sıklığı daha yüksek saptanırken; huzurevinde yaşayanlarda malnütrisyon olgusu yüksek, obezite kendi evinde yaşayanlara kıyasla düşük saptanmıştır (Sökülmez Kaya ve Şahin 2015).

1990 senesinde 60 yaş üstü bireylerde, Amerika’da toplumda obezite görülme sıklığı %23,6’ymış. 2000 senesinde yaşlı kadınlarda ise %35’e, yaşlı erkeklerde %32’ye çıkmış olup 2008 senesinde ise erkeklerde %37, kadınlarda %34 olarak saptanmıştır(Yılmaz ve Rakıcıoğlu 2012).

Obezite tespiti, en basit şekilde BKİ hesabı ve bel çevresinin ölçümüyle yapılmaktadır. Kan değerleri bulgularından açlık kan şekeri, kan basıncı ve lipit gibi bulguların analizi yardımcı veri oluşturmaktadır(Rakıcıoğlu 2012). Yaşlılarda boy uzunluğundaki kısalma olmaktadır. Bu durum vücut yağ kütlesi ile beden kitle indeksi arasındaki bağıntıyı zayıflatır.

2.6.3.Kırılganlık(Frailty)

Kırılganlık, fizyolojik fonksiyonlarda azalma, strese karşı savunmanın azalması, güçsüz durum, düşük fiziksel hareket, beden kitle endeksinde azalma, yavaşlık ve tükenmiş hissetme hali gibi negatif sağlık problemlerinin bütününe kapsayan, ömrün tükenmesi ile sonuçlanan geriatrik bir sendromdur (Kapucu ve Ünver 2017).

Kırılğanlığın oluşumunda kronik inflamasyon, çevresel faktörler (stres, malnütrisyon vb.), genetik, kronik ve akut hastalıkların varlığı gibi etmenler vardır. Güçsüzlük ve fiziksel aktivitenin azalması kırılğanlığın ana özellikleri arasında olup, sarkopeninin kırılğanlığın oluşmasında etki eden bir unsur olduğu bulunmuştur.(Alkan ve Rakıcıoğlu 2019). Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini negatif yönde etkileyen faktörlerden biri de kırılğanlık olup, kırılğanlık kavramı bütün sağlık çalışanları için takip, tedavi ve bakımda en karmaşık ve en zorlayıcı sorunları oluşturan hasta grubunu ifade ederken kullanılmaktadır (Aşiret ve Çetinkaya 2018).

Kırılğan yaşlı bireylerde düşme, engellilik, hastaneye yatış ve erken ölüm riskleri daha yüksektir. Yaşlıların ağırlık kaybı, halsiz hissetmeleri, bitkinlik, yürüyüş hızı, el kavrama gücü ve fiziksel hareketliliği değerlendirilerek kırılğanlık tespiti yapılabilmektedir. Fried Kırılğanlık Ölçeği kırılğanlık tespiti için sıklıkla kullanılan ölçeklerdendir. Ülkemizde yapılmış araştırmalarda kırılğanlık prevalansı %27,8-44,5 arasında tespit edilmiştir(Alkan ve Rakıcıoğlu 2019). Kırılğanlık yaşlanma süreciyle artmakta ve 65 yaş ve üzeri yaşlıların %4-59'unun kırılğan grupta yer aldığı tespit edilmiştir(Aşiret ve Çetinkaya 2018).

Avrupa'da bulunan 10 devlet üzerinde gerçekleştirmiş araştırmada, elli yaşın üstü 16,584 kişinin %4,1'inin kırılğan ve %37,4'ünün kırılğanlık öncesi periyotta (prefrail) oldukları tespit edilmiştir. Kayseri'de 906 yaşlının üzerinde yapılmış kesitsel bir araştırmada ise kırılğanlık sıklığı %27,8 saptanmıştır. Türkiye'de 13 farklı merkezde 2012-2013 yılları arasında, Türkiye “Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu” tarafından 1.126 birey üstünde yapılmış olan çalışmada kırılğanlığın 65 yaş üstü kadınlar için %44,5, erkeklerde ise %29,0 oranında bulunmuştur(Alkan ve Rakıcıoğlu 2019).

Yaşlı bireylerde kırılğanlığı saptamak, tanımlayabilmek; kırılğanlığı engellemek, geliştiğinde izleme ve iyileştirme yöntemi seçilmesinde sağlık personeline faydası olacaktır (Kapucu ve Ünver 2017). Korunma; tedaviden üstündür ilkesi esas alınarak kırılğanlıkla ilgili faktörlerin saptanması tedavi sürecinin kolaylığı ve ülke ekonomisi açısından önemli noktadadır. (Alkan ve Rakıcıoğlu 2019).

2.6.4.Yaşlılıkta İlaç-Besin Etkileşimi

Yaşlılarda birçok hastalığın aynı anda bulunması, metabolik fonksiyonların değişmesi ile reçeteli veya reçetesiz birçok ilacın kullanılması, karmaşık ilaç tedavisi ve diyet düzenlenmesi gibi birçok faktörden kaynaklı yaşlılar ilaç besin etkileşiminde daha duyarlı olmaktadır(Çorum ve Üney 2016).

İlaçların yan etkilerinin başında mental bozukluklar gelmekte olup, yaşlılarda ilaçlar ile ilgili problemlerin çıkmasındaki sebepleri: Birden fazla ilaç kullanımı, ilaçların tavsiye edildiği formda içilmemesi, yan etkilerin ve ilaç etkileşimlerine uygun hallerin oluşması, farmakokinetikteki değişimler ve reseptör hassasiyetinde azalmalar olabilmektedir (http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/5.pdf Erişim tarihi 1 Nisan 2020).

İlaçların emilimi, metabolizması, atılımları, vücutta yayılımı ve reseptör düzeyindeki değişimlerle etkileşimli şekilde ilaçlara verilen cevap yaşlılarda değişiklikler gösterebilmektedir (Dedeli ve Karadakovan 2011).

İlaç kullanımı besin alımının değişmesin neden olarak, yaşlılarda ağırlık artışına, ağırlık kaybına, tat algısının değişmesine bulantı ve kusmaya sebep olmaktadır. İlaçların yan etkisi olan kusma, bulantı ağız kuruluğu ve iştahsızlık besin tüketiminin düşmesinde sebep olur. Koku ve tat hissinde oluşan değişiklikler nedeniyle de gıda tüketiminde azalış görülebilmektedir. Psikoz ve şizofreni gibi hastalıklarda tedavi amaçlı verilen atipik antipsikotikler (olanzapin, klozapin) fiziki hareketin azalmasında ve metabolizma yavaşlamasında etkili olmaktadır. Bu durum kilo artışına sebep olmaktadır. Kilonun artması beden ağırlığı ve iştah üzerinde etkin reseptörlerin bloke olmasından kaynaklı oluşabilmektedir (Çorum ve Üney 2016).

Hastanede yatan yaşlıların %10'unda birden fazla ilaç kullanımından kaynaklı azalan besin tüketimi saptanmıştır. Antibiyotikler, digoksin türevleri, nöroepileptikler, sedatifler iştahın kapanmasına neden olurken, aneljezikler, antidiyabetikler, antihipertansifler ve damar genişleticiler tat alma duyu azalmasına veya tat alma değişimine neden olur. Antidepresan ve antihistaminikler ve Parkinson ilaçları ağzın kurumasına ve antihipertansif ilaçlar ise bulantıya sebep olurlar. Yapılmış olan bir araştırmada ise farklı hasta kümelerinde hem ilaç sayısının hem de ilaç çeşitlerinin malnütrisyon bağıntılı oldukları tespit edilmiştir (Derin ve Çiftçi 2018).

Huzur evinde yaşayan yaşlılarda yapılmış bir araştırmada, ilaç kullanım sıklığı %94'tür; en fazla kullanılan ilaç türleri analjezikler ve kardiyovasküler ajanların

kullanıldığı tespit edilmiştir. İlaçların beslenme ve besin öğelerinde etkisiyle besin metabolizmasında değişimler, besin emiliminde azalma, tat alma ve beden ağırlığında değişme ve mineral vitamin yetersizliklerine neden olmaktadır. Vücutta B12 ve folik asit eksikliği ilaçların enzimatik tepkimelere mâni olmasıyla oluşmaktadır(Çorum ve Üney 2016).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada, Manisa’da huzurevinde kalan yaşlıların malnütrisyon sıklığını belirlemek ve beslenme durumunu etkileyen faktörleri açıklamak amaçlanmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Manisa merkezde bulunan huzurevleri ile Manisa’nın Salihli İlçesi Sart mahallesinde bulunan huzurevinde yaşayan yaşlıların beslenme durum değerlendirmesini ve malnütrisyon sıklığını saptamak amacıyla yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.3.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, Manisa merkezde bulunan Manisa Belediyesi Muammer Cider Huzurevi, Manisa Huzurevi Vakfı ve Manisa Salihli ilçesinde bulunan Salihli Özel Lidya Sardes Bakım ve Rehabilitasyon merkezinde kalan yaşlılar üzerinde, 2019-2020 yıllarında Ekim-Ocak ayları arasında yürütülmüştür.

3.4.ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Manisa Salihli Özel Lidya Sardes Bakım ve Rehabilitasyon merkezinde kalan 68 kişi, Manisa Belediyesi Muammer Cider Huzurevinde yaşayan 32 kişi ve Manisa Huzurevi Vakfında kalan 64 kişi olmak üzere toplamda 164 yaşlı birey mevcuttur. . Araştırmada örnek seçimi yapılırken herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup, evrenin tamamına erişmek hedeflenmiştir. Fakat huzurevinde kalan 65 yaş altı kişiler, alzheimer, demans, ileri derece işitme problemi olanlar, yatalak yaşlılar, ağır psikolojik rahatsızlığı olan toplamda 76 birey örneklem dışında tutulmuştur. Dâhil edilme kriterlerine uyan 88 yaşlı birey örnekleme alınmıştır. Çalışmada 88 bireye

Çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olan katılımcılar ile çalışmaya devam edilmiştir. Altı yaşlı birey gönüllü olmamıştır. 32 kadın 50 erkek toplamda 82 yaşlı bireyle çalışma yrtlmştir. Çalışmamıza katılım oranı % 93 olarak gerçekleşmiştir.

3.5. ARAşTIRMA SORULARI

1. Araştırmaya katılanlarda malnütrisyon sıklığı nedir?
2. Araştırmaya katılan kişilerde malnütrisyon durumuyla ile sosyodemografik faktörler arasında ilişki var mıdır?
3. Araştırmaya katılan kişilerde malnütrisyon durumuyla geriatrik depresyon arasındaki ilişki var mıdır?
4. Araştırmaya katılan kişilerde malnütrisyon durumuyla günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık arasında ilişki var mıdır?
5. Araştırmaya katılan kişilerde malnütrisyon durumuyla sağık durumu arasındaki ilişki var mıdır?

3.6.ARAşTIRMANIN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri oluşturulan anket formu aracılığıyla huzur evinde kalan yaşlılara, araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra, araştırmayı kabul eden bireyler ile yüz yüze görüşme yöntemiyle ve antropometrik ölçümler alınarak toplanmıştır.

Anket formu katılımcıya tek tek okunarak alınan cevaplarla doldurulmuştur. Formda sosyo-demografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, ocuk varlığı, ocuk sayısı, eğıtim durumu, çalışma durumu, en uzun süre yapmış olduğı meslek, düzenli gelir varlığı, sağık güvencesi varlığı sorgulanmıştır. Yaşlı bireylerin düzenli kullandıkları ilaç sayısı, son 1 yıl içerisinde hastanenin acil servisine başvuru ve sayısı, son 1 yıl içerisinde hastanede yatarak tedavi görme ve sayısı, söylenen 3 kelimeyi tekrarlayabilme, hangi günde olduğunu bilme, hangi yılda olduğunu bilme ve tekrarlanan 3 kelimeyi hatırlama durumları açısından sorular sorulmuştur.

Bireyler Mini Beslenme Değerlendirme (MNA) testi, KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri lği, geriatrik depresyon lği kısa form ile değerlendirilerek veriler toplanmıştır.

MNA (Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Mini Nutritional Assessment)

Yaşlıların beslenme durumunun soru ve ölçümlerle taranmasını ve değerlendirilmesini sağlayan bir tarama testidir (Bilge ve ark.2017). Yaşlılarda kullanılması ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) tarafından önerilir. Bu tarama testi antropometrik ölçümleri, yaşamsal alışkanlıkları, ilaç kullanımı, beslenme tüketimini, sağlığın nesnel olarak değerlendirilmesine olanak sağlar. Antropometrik değerlendirme (BKI, üst orta kol çevresi, baldır çevresi, son üç aydaki kilo kaybı), genel değerlendirme, kişisel değerlendirme (son üç ay içinde geçirilen psikolojik sorun), diyet ve iştah bilgisi değerlendirmesi içeriğinde bulunmaktadır (Mercanlıgil ve Dağ 2013). MNA iki bölümden oluşmakta olup, ilk bölümden alınabilecek en yüksek puan 14'tür. On bir ve altı puan alan bireyler malnütrisyon riski altındadır ve bu bireylere uzun form uygulanması gerekmektedir. Ölçeğin uzun formunun toplam puanı 30'dur. Puanın 23,5 altında olması yaşlıların malnütrisyon riski altında olduğunu, 17 puanın altında olması ise bireylerin malnütrisyonunda olduğunu belirtmektedir (Bilge ve ark.2017).Yapılan farklı araştırmalarla toplumun içinde, bakımevlerinde veya hastanede kalan yaşlıların malnütrisyon riski açısından tanımlanmasında MNA testinin duyarlılığının %86-100, seçiciliğinin ise %70 üstünde olduğu saptanmıştır (Akan ve ark. 2013).

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Katz Indexi)

Kronik hastalıklarda ve yaşlılarda tedavi ve prognozun değerlendirilmesinde kullanmak amacıyla 1963 yılında Katz ve arkadaşları tarafından Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) İndeksi geliştirilmiştir (Gümüş ve Ünsal 2014). Bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki bağımsızlık durumunu ölçmektedir. Banyo yapma, giyinme, tuvalet, hareket etme, boşaltım ve beslenmeden oluşan 6 madde ikili puanlama (0-bağımlı, 1-bağımsız) kullanılarak derecelendirilmektedir. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 1 puan, bağımlı olarak yapıyorsa 0 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. GYA indeksinde 6 puan tam bağımsız, 0 puan tam bağımlı olarak değerlendirilmektedir (Abaoğlu ve ark. 2020).

Geriatrik Depresyon Ölçeği

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Yesavage ve ark. tarafından 1983 yılında geriatrik popülasyondaki depresyon hastalarında depresyon varlığını araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. GDÖ, yaşlı hastalar için geçerli bir tarama testidir. Skorlaması ve uygulanması kolaydır. Maddeler, yaşlı depresyonlu hastaların yaşlı olmayan depresyonlulardan ayrımını maksimum düzeyde tutacak şekilde oluşturulmuştur. Ölçek 15 sorudan oluşmaktadır. Maddeler; azalmış duygulanım, benlik algısında zayıflama, motivasyon zayıflığı, gelecek yerine geçmişe yönelim, bilişsel sorunlar, obsesif nitelikleri içermektedir. Her bir soru için evet, hayır yanıtlarına göre 1 veya 0 puan verilmektedir. Soruların yanıtlanması sonucu elde edilen toplam puan; 0-4 puan depresyon yok, 5-8 puan hafif depresyon, 9-11 puan orta düzey depresyon, 12-15 puan şiddetli depresyonu ifade etmektedir (Durmaz ve ark. 2018).

Beslenme Durum ve Alışkanlıkları

Anketin bu bölümde yaşlı bireylerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili MNA tarama ölçeğindeki beslenme durum değerlendirme sorunlarının kapsamını genişleten 12 soru literatür taranarak oluşturulmuştur.

Kırılgnlık

5 sorudan oluşan FRAİL ölçeğinin uyarlanmasıyla ölçülmüştür (Muradi 2017). Bu ölçekte hastanın yorgunluk durumu, direnci, mobilitesi, kilo kaybı ve diğer hastalıkları sorgulanarak değerlendirme yapılmaktadır. Anket formunda yer alan sürekli ilaç kullanmayı gerektiren hastalık varlığı, kronik hastalıkları (5 ve üzeri hastalık varlığı), son üç ayda kendilerini yorgun hissetmiş olma, bir kat merdiveni rahatlıkla çıkabilme, 100 metreyi rahatlıkla yürüyebilme, son bir yılda kilo kaybı soruları kırılgnlık düzeyini ölçmek için kullanılmıştır. Her bir sorunu yaşama 1 puandır ve toplamda 5 puan üzerinden 0 puan normal, 1-2 puan prefrail (kırılgnlık riski), 3-5 puan frail-kırılgnlık olarak değerlendirilmiştir.

Antropometrik Ölçümler

Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu: Vücut ağırlığı, yaşlı bireyler için protein ve yağ deposunun göstergesi olan fiziksel bir ölçüm olarak kullanılır. Bireylerin vücut ağırlığı az giysili ve ayakkabısız olarak, ölçüm öncesi kalibre edilmiş, 0,1 kilograma duyarlı, dijital göstergeli baskül ile ölçülmüştür. Bireylerin boy uzunluğu; ayakkabısız olarak, ayaklar topuklarla birlikte duvara değecek şekilde yan yana ve dik pozisyonda, birey ileriye bakarken, kulakların üst kısmı ile gözlerin dış köşesi düzleme paralel bir çizgide bulunacak şekilde (Frankfort Düzlemi) esnemeyen mezür ile ölçülmüştür (Baysal ve ark. 2011)

Bel ve kalça çevresi: Bel çevresi abdominal yağ dağılımını saptamada ve vücut yağ oranını tahmin etmede kullanılmaktadır. Bel çevresi ölçümü, rahat pozisyonda, ayakta dururken ve bireylerin üstlerinde sadece oda giysileri varken mezür (1 mm'ye hassas yumuşak plastik malzemeden) ile gerçekleştirilmiştir. En alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunduktan sonra orta noktadan geçen çevre, esnemeyen mezür ile ölçülür (Baysal ve ark. 2011). Kalça çevresi ise ölçüm sırasında ayakta duran bireyin yan tarafında durulmuş, en yüksek noktadan geçen çevre esnemeyen mezür ile ölçülmüştür.

Bel/Kalça Oranı: Bedende toplanan yağın dağılımını göstermektedir ve android (elma) veya jinoid (armut) tip şişmanlığı tanımlamaktadır. Bel çevresinin kalça çevresine bölünmesiyle çıkan sonuç “Bel/Kalça Oranı” olarak kabul edilir. Yetişkinlerde bel çevresi ve bel/kalça oranı kronik hastalıklar için risk değerlendirmesi için kullanılır (Pekcan 2008).

Üst orta kol çevresi: Ölçüm esnasında birey ayakta dik durmalıdır. Kol dirsekten 90° bükülür. Omuzda akromial çıkıntı ile dirsekte olekranon çıkıntı arası orta nokta işaretlenir, mezürle çevre ölçülür (Pekcan 2008). Ölçüm önerilen şekilde gerçekleştirilmiştir.

Baldır Çevresi (cm): Ölçüm sırasında ayak tabanı sert ve düz bir zemine bastırılarak, bacağın desteklenmesi sağlanır. Baldırın en geniş çevresi, mezür aşağı yukarı oynatılarak bulunmuş ve en geniş yerden ölçüm yapılmaktadır (Baysal ve ark. 2011). Ölçüm önerilen şekilde gerçekleştirilmiştir.

Bireylerin ölçülen boy ve kilo verilerine göre verilerine göre vücut kütle indeksi(VKİ), Ağırlık(kg) / Boy uzunluğu (m)² formülü ile hesaplanmıştır. DSÖ

sınıflaması temel alınarak; <18,5 zayıf, 18,5 - 24,99 arası normal, 25,0 - 29,99 arası kilolu, 30,0 ve üzeri obez olarak değerlendirilmektedir.

3.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız değişkenleri; Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk varlığı, sağlık durumu, sağlık güvencesi varlığı, yaşam boyunca en uzun süre yapılan iş, son üç ayda kendilerini yorgun hissetmiş olma, bir kat merdiveni rahatlıkla çıkabilme, 100 metreyi rahatlıkla yürüyebilme, son 1 yıl içerisinde acil servise başvurma, son 1 yıl içerisinde hastanede yatarak tedavi görme, söylenen 3 kelimeyi tekrarlayabilme, hangi günde olduğunu bilme, hangi yılda olduğunu bilme ve tekrarlanan 3 kelimeyi hatırlama durumları, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme (Katz İndeksi) durumu, kırılgnalık durumu ve geriatrik depresyon ölçeği değerlendirilmesi bağımsız değişkenlerdendir.

Bağımlı değişkenler; MNA (Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Mini Nutritional Assessment) değerlendirme puanına göre malnutrisyon varlığı bağımlı değişkendir.

3.8.ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler, Statistical Package for Social Science for Windows 17.0 (SPSS) paket programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma), kategorik değişkenler için ki-kare testi ve çok değişkenli analizler lojistik regresyon analizi (backward wald) kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ve evrensel ilkelere bağlı kalınmıştır.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan araştırmayla ilgili Etik Kurul Onayı (03.07.2019 tarih ve 26743 sayılı etik kurul onayı) ve araştırmanın yapılabilmesi için Manisa Büyük Şehir Belediyesi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığından izin alınmıştır. Veriler anket formu ile toplanmıştır. Araştırmanın başında yaşlılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olan yaşlılar örnekleme alınmıştır.

3.10. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada yaşlılardan; Alzheimer, demans, ileri derecede işitme problemi olanlar ve yatalak yaşlılar araştırma dışında bırakıldığı için hedeflenen veri sayısına ulaşılamamıştır.



4.BULGULAR

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $74,95 \pm 8,27$ ' idi. Çalışmaya katılanların % 61,0'nin erkek, %45,1'inin ilkokul mezunu % 47,4' nün eşinin öldüğü ve % 75,6' sının çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin % 72,0' si düzenli gelir kaynağı bulunduğunu, % 64,9 u sağlık güvencesinin SGK olduğunu ve %37,8 i esnaf, %25,6 sı ev hanımı olduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Özellik	Sayı	%
Yaş ortalama $\pm$ standart sapma (ort$\pm$ss)	$74,5 \pm 8,27$	
Cinsiyet		
Kadın	32	39,0
Erkek	50	61,0
Medeni durum		
Evli	5	6,1
Bekar	13	15,9
Eşi ölmüş	39	47,5
Eşinden ayrı	25	30,5
Çocuk varlığı		
Evet	62	75,6
Hayır	20	24,4
Çocuk sayısı (ort $\pm$ ss)	$2,74 \pm 1,51$	
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	10	12,2
Okuryazar	3	3,7
İlkokul	37	45,1
Ortaokul	12	14,6
Lise	11	13,4
Üniversite	9	11,0

Tablo 4. (Devam). Araştırma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Yaşam boyunca en uzun süre yapılan iş		
Ev hanımı	21	25,6
Çiftçi	7	8,5
Esnaf	31	37,8
İşçi	9	11,0
Memur	14	17,1
Düzenli gelir varlığı		
Evet	59	72,0
Hayır	23	28,0
Sağlık güvencesi		
SGK	53	64,9
Yeşil kart	14	17,1
Özel sigorta	4	4,9
Yok	11	13,4

Araştırma grubunun yaş ve antropometrik ölçümleri tablo 5’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması 73,94, kadınların yaş ortalaması 76,53’tür. Erkeklerde boy uzunluğu ortalaması 1,68 m, kadınların boy ortalaması 1,52 metredir. Bel ve kalça çevresi ortalama erkeklerde sırasıyla 102,13±11,80 ve 105,13±9,34’tür. Kadınlarda sırasıyla 104,45±17,78 ve 115,18±15,32 olarak belirlenmiştir. BKİ sınıflandırmasına göre yaşlıların %6,1’i (5) zayıf, %22,0’ı (18) normal, %35,4’ü (29) fazla kilolu, %36,6’sı (30) obez olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Araştırma Grubunun Yaşı ve Antropometrik Ölçümleri

	Erkek (n=50)				Kadın (n=32)			
	Min	Max	Ort.	SS.	Min	Max	Ort.	SS.
Yaş	65	90	73,94	± 8,27	65	93	76,53	± 8,15
Vücut Ağırlığı	48,10	126,00	75,32	± 16,15	42,90	120,00	73,36	± 18,59
Boy Uzunluğu(m)	1,53	1,87	1,68	± 0,07	1,41	1,66	1,52	±0,07
Bel çevresi (cm)	78,00	134,00	102,13	± 11,80	66,00	145,00	104,45	± 17,78
BKI	17,57	36,03	26,54	± 4,67	17,96	47,42	31,71	± 7,69
Kalça çevresi (cm)	84,00	129,00	105,13	± 9,34	88,00	153,00	115,18	± 15,32

Tablo 5. (Devam). Araştırma Grubunun Yaşı ve Antropometrik Ölçümleri

	Erkek (n=50)				Kadın (n=32)			
	Min	Max	Ort.	SS.	Min	Max	Ort.	SS.
Bel çevresi /kalça oranı	0,85	1,08	0,97	± 0,057	0,72	1,05	0,90	± 16,75
Bilek çevresi (cm)	16,00	22,00	18,24	± 1,36	14,00	20,00	16,75	± 1,40
					N		%	
BKİ	Zayıf (<18,50)				5		6,1	
	Normal kilolu (18,50-24,99)				18		22,0	
	Fazla kilolu (25,00-29,99)				29		35,4	
	Obez (≥30,00)				30		36,6	

Çalışmaya katılan yaşlıların %87,8'i en az bir kronik hastalığı bulunduğunu belirtmiştir. En sık gözlenen ilk 3 hastalık hipertansiyon (%43,9), diyabet (%25,6), konjestif kalp yetmezliği (KKY) (%18,3) dir. . Katılımcıların kullandığı günlük ortalama ilaç sayısı $4,7 \pm 3,58$ olarak saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık Durumu ve İlaç Kullanım Durumuna Göre Dağılımı

Özellik	Sayı	%
Kronik hastalık varlığı		
Evet	72	87,8
Hayır	10	12,2
Kronik hastalıklar		
HT	36	43,9
DM	21	25,6
KKY	15	18,3
KOAH	11	13,4
Böbrek Hastalığı	5	6,1
Angina	1	1,2
MI	2	2,4
Astım	1	1,2
Artrit	8	9,8
İnme	7	8,5
Kanser	1	1,2

Tablo 6.(Devam). Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık Durumu ve İlaç Kullanım Durumuna Göre Dağılımı

Tiroid	4	4,9
Göz	1	1,2
Nörolojik	10	12,2
Vertigo	1	1,2
SVO	1	1,2
Deri	3	3,7
Prostat	3	3,7
Mide	3	3,7
Kullandığı ilaç sayısı (ort±ss)	4,7±3,58	

Bireylerin %58,5'i son üç ayda yorgunluk hissi olduğunu söylemiştir, %56,1 inde bir kat merdiven çıkmada sıkıntı yaşamaktadır, %54,9 unda yürümede yavaşlama mevcuttur. Katılımcıların %45,1 i son bir yılda acil servise başvurmuştur, %40,2 si son bir yılda hastanede yatarak tedavi görmüştür. Bireylerin % 82,9 u bulunduğu günü, % 63,4 ü bulunduğu yılı bilmektedir. Katılımcılara yöneltilen 3 kelime testinde söylenen kelimelerinden üçünü hatırlayan %29,3 ikisini hatırlama %36,6 sı, birini hatırlama %18,3 iken %15,9 u ise hiçbir kelimeyi hatırlayamamıştır. Yorgunluk yaşama, merdiven çıkmada zorluk, yürümede yavaşlama, 5 ve üzeri kronik hastalık varlığı ve kilo kaybı değişkenleri birlikte değerlendirildiğinde yaşlıların %12,2'si kırılğan yaşlı olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırmaya Katılanların Fiziksel ve Mental Durumlarına Göre Dağılımı

Özellik	Sayı	%
Yorgunluk hissi		
Evet	48	58,5
Hayır	34	41,5
Merdiven çıkma		
Evet	46	56,1
Hayır	36	43,9
Yürümede yavaşlama		
Evet	45	54,9
Hayır	37	45,1
Acil servise başvurma		
Evet	37	45,1
Hayır	45	54,9

Tablo 8.(Devam). Araştırmaya Katılanların Fiziksel ve Mental Durumlarına Göre Dağılımı

Hastanede yatarak tedavi		
Evet	33	40,2
Hayır	49	59,8
Bulunduğu günü bilme durumu		
Biliyor	68	82,9
Bilmiyor	14	17,1
Bulunduğu Yılı bilme durumu		
Evet	52	63,4
Hayır	30	36,6
Kelimeleri hatırlama		
Üçünü tekrar etti	24	29,3
İkisini hatırladı	30	36,6
Bir tanesini hatırladı	15	18,3
Hiç birini hatırlamadı	13	15,9
Kırılganlık		
Normal	8	9,8
Prefrail	64	78,0
Frail-Kırılgan	10	12,2

Çalışmaya katılan bireylerin nütrisyonel değerlendirme ölçeği sorularına verdikleri yanıtlara göre dağılımı tablo 8’de sunulmuştur. Yaşlıların % 24,4 ü son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutmaya bağlı olarak besin alımında orta derece düşüş yaşamıştır. Son üç ayda bireylerin % 9,8 i 3 kg’dan fazla kilo, %36,6 sı 1-3 kg arasında kilo kaybetmiştir. Yaşlıların %7,3 ü yatak veya sandalyeye bağımlı olduğunu, %11 i yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamadığını belirtmiştir. Bireylerin %36,6 sı son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikâyeti yaşadığı saptanırken % 12,2 sinde ciddi bunama ve depresyon, % 25,6 sında hafif düzeyde bunama olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin % 7,3 nün VKI değeri 19 dan az, %80,5’nin ise VKI değeri 23 ve üzerinde saptanmıştır.

Tablo 9. Çalışma Grubunun MNA-Tarama Bölümü Yanıtlarına Göre Dağılımı

Özellik	Sayı	%
Son üç ayda iştahsızlık durumu		
Besin alımında şiddetli düşüş	-	-
Besin alımında orta derece düşüş	20	24,4
Besin alımında düşüş yok	62	75,6
Son üç ayda kilo kaybı durumu		
3 kg dan fazla kilo kaybı	8	9,8
Bilinmiyor	7	8,5
1-3 kg arasında kilo kaybı	15	18,3
Kilo kaybı yok	52	63,4
Hareketlilik		
Yatak veya sandalyeye bağımlı	6	7,3
Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor	9	11,0
Evden dışarı çıkabiliyor	67	81,7
Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikâyeti olma durumu		
Evet	30	36,6
Hayır	52	63,4
Nöropsikolojik problemler		
Ciddi bunama veya depresyon	10	12,2
Hafif düzeyde bunama	21	25,6
Hiçbir psikolojik problem yok	51	62,2
VKİ		
VKİ 19 dan az	6	7,3
VKİ 19 ile 21 arası	3	3,7
VKİ 21 ile 23 arası	7	8,5
VKİ 23 ve üzeri	66	80,5

Çalışmaya katılan bireylerin beslenme durum ve alışkanlıkları sorularına verdikleri yanıtlar göre dağılımı tablo 9'da sunulmuştur. Yaşlıların %20,8 öğün atladığını, öğün atlayan veya bazen öğün atladığını ifade edenlerin en çok atladıkları öğünde öğle (%50,0) olduğu saptanmıştır. Öğün atlayan yaşlıların %56,3'ü iştahsızlık nedeni ile öğün atladıklarını belirtmiştir. Yaşlıların tümü ara öğün yaptıklarını belirtmişlerdir. Yaşlıların en çok tercih ettiği ara öğün meyve (%36,6), sonrasında kek, bisküvi (%31,7) olarak saptanmıştır. Yaşlıların %72,0 ı gece kalkıp bir şey yediğini, %64,6 sı ise normal hızda yemek yediğini belirtmiştir. Yaşlıların %89,0 ı daha önce bir diyet uygulamamıştır. %54,9 u iştahlarının iyi olduğunu ifade etmiştir. Yaşlıların % 23,2' si beslenmelerini etkileyecek şekilde çiğneme yutma güçlüğü yaşadıklarını ifade etmiştir. Yaşlıların %47,6 sı eksik dişe, %34,1 i tam proteze sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 10. Araştırma Grubunun Beslenme Durumu ve Alışkanlıkları

Özellik	Sayı	%
Öğün Atlama		
Evet	9	11,0
Hayır	65	79,3
Bazen	8	9,8
Hangi Öğünü Atladığı		
Sabah	8	43,8
Öğlen	8	50,0
Öğlen-akşam	1	6,2
Öğün Atlama Nedeni		
Alışkanlığım yok	-	-
Zayıflamak /kilomu korumak için	3	18,8
Vakit yaratamıyorum	3	18,8
İştahsızlık	10	56,3
Diğer	1	6,3
Öğün aralarında besin tüketimi		
Evet	82	100,0
Hayır	-	-
Bazen	-	-
Ara Öğünlerde hangi besini tercih ettiği		
Çay-kahve	12	14,6
Kek, bisküvi, cips	26	31,7
Meyve, çiğ sebze	30	36,6
Kuruyemiş	5	6,1
Süt-yoğurt-ayran	4	4,9
Meyve suyu	4	4,9
Kola, gazoz, fanta	1	1,2
Gece kalkıp yemek yeme		
Evet	13	15,9
Hayır	59	72,0
Bazen	10	12,2
Yemek yeme hızı		
Hızlı	13	15,9
Normal	53	64,6
Yavaş	16	19,5

Tablo 11.(Devam). Araştırma Grubunun Beslenme Durumu ve Alışkanlıkları

Herhangi bir diyet uygulayıp uygulamadığı		
Evet	9	11,0
Hayır	73	89,0
İştah durumu		
İyi	45	54,9
Orta	36	43,9
Kötü	1	1,2
Çiğneme-yutma güçlüğü		
Evet	19	23,2
Hayır	63	76,8
Diş kayıpları		
Evet (eksik diş)	39	47,6
Hayır	15	18,3
Tam protez	28	34,1

Yaşlıların MNA-Değerlendirme bölümü sorularına verdikleri yanıtlara göre dağılımı tablo 10'da sunulmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin %100'ü bağımsız olduğunu, % 61'i günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç aldığını, % 4,9 'u bası yarası veya deri ülseri olduğu belirtti. Bireylerin %90,2'si günde üç öğün beslendiğini belirtmiştir. %100 'ü günde en az bir porsiyon süt ürünü, %96,3' ü haftada iki veya daha fazla porsiyon kurubaklagil veya yumurta, %69,5 her gün et, balık veya beyaz et % 89'unu her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tükettiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin %70,7 sinin günde 5 bardaktan fazla sıvı tükettiği saptanmıştır. Bireylerin %93,9'u sorunsuz bir biçimde kendi kendine yemek yiyebilmekte iken % 4,9'u güçlükle kendi kendine yemek yiyebiliyor fakat zorlanmaktadırlar. Çalışmadaki kişilerin % 7,3 'ü kötü beslendiğini, % 22' si kararsız olduğunu, %70,7 si ise beslenme ile ilgili hiçbir sorunu olmayan bir kişi olarak görmektedir. Bireyler aynı yaştaki kişilerle kendilerini karşılaştırdıklarında sağlık durumlarını % 75,6 'sı iyi, %11'i çok iyi şeklinde belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan bireylerin % 97,6'sının kol çevresi 22 cm veya daha fazla, % 90,2'sinin baldır çevresi ise 31 cm ve daha fazla olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 12. Çalışma Grubunun MNA Değerlendirme Bölümü Yanıtlarına Göre Dağılımı

Özellik	Sayı	%
Bağımsız yaşama		
Evet	82	100,0
Hayır	-	-
Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma		
Evet	50	61,0
Hayır	32	39,0
Bası yarası veya deri ülseri varlığı		
Evet	4	4,9
Hayır	78	95,1
Günde tam yenilen öğün sayısı		
1 öğün	-	-
2 öğün	8	9,8
3 öğün	74	90,2
Günde en az 1 porsiyon süt ürünü tüketme		
Evet	82	100,0
Hayır	-	-
Haftada 2 veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketme		
Evet	79	96,3
Hayır	3	3,7
Her gün et , balık veya beyaz et tüketme		
Evet	57	69,5
Hayır	25	30,5
Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketme		
Evet	73	89,0
Hayır	9	11,0
Her gün tüketilen sıvı miktarı (bardak)		
3 bardaktan az	-	-
3-5 bardak	24	29,3
5 bardaktan fazla	58	70,7
Yemek yeme şekli		
Yardımsız yemek yiyemiyor	1	1,2
Güçlkle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor	4	4,9
Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyebiliyor	77	93,9
Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi		
Kötü beslendiğini düşünüyor	6	7,3
Kararsız	18	22,0
Kendini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor	58	70,7
Aynı yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında sağlık durumunu nasıl görüyor		
İyi değil	1	1,2
Bilmiyor	10	12,2

Tablo 10.(Devam). Çalışma Grubunun MNA Değerlendirme Bölümü Yanıtlarına Göre Dağılımı

İyi	62	75,6
Çok iyi	9	11,0
Kol çevresi(cm)		
21den az	-	-
21-22	2	2,4
22 veya daha fazla	80	97,6
Baldır çevresi(cm)		
31den az	8	9,8
31 veya daha fazla	74	90,2

Çalışmaya katılanların MNA değerlendirme puanlarına göre %46,3' ünün malnütrisyon riski altında, %1,2' sinin malnütrisyonlu, %52,4' ünün ise normal nütrisyonel durumda olarak değerlendirilmiştir (Tablo 11).

Tablo 13. Araştırmaya Katılanların Malnütrisyon Durumuna Göre Dağılımları

Malnütrisyon	Sayı	Yüzde(%)
Normal nütrisyonel durum	43	52,4
Malnütrisyon riski altında	38	46,3
Malnütrisyonlu	1	1,2

Çalışmaya katılan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirip getiremedikleri KATZ indeksine göre değerlendirilmiştir. Buna göre yaşlıların % 28,0'i kendi başına banyo yapamadığını. %11,0'i giyinirken yardım aldığını belirtmiştir. Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabilen bireylerin oranı %93,6'dır. Çalışmaya katılan bireylerin % 3,7'si yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Bireylerin %75'inde defekasyon ve mesane üzerinde tam kontrolü mevcuttur. Çalışmaya katılan bireylerin %100'ü yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebilmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin % 69,5 i KATZ indeksine göre bağımsız, %30,5 'i bağımlı veya kısmen bağımlı olarak değerlendirilmiştir (Tablo 12).

Tablo 14. Araştırma Grubunun Günlük Yaşam Aktivitelerini Yerine Getirebilme Durumlarına Göre Dağılımı (Katz indexi)

Katz İndeksi	Sayı	%
Banyo Yapma		
Bağımlı	23	28,0
Bağımsız	59	72,0
Giyinme		
Bağımlı	9	11,0
Bağımsız	73	89,0
Tuvalet Yapma		
Bağımlı	5	6,1
Bağımsız	77	93,9
Transfer		
Bağımlı	3	3,7
Bağımsız	79	96,3
Kontinans		
Bağımlı	7	8,5
Bağımsız	75	91,5
Beslenme		
Bağımlı	-	-
Bağımsız	82	100,0
Katz indeksine göre		
Bağımlı-kısmen bağımlı	25	30,5
Bağımsız	57	69,5

Çalışmaya katılan bireylerin malnütrisyon durumuyla sosyo demografik faktörler arasındaki ilişki Tablo 13’de gösterilmiştir. Çalışmamızda yaş ile malnütrisyon varlığı arasındaki ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). 65-75 yaş aralığındaki bireylerin %40,9’u, 75-84 yaş arasındaki bireylerin % 47’si, 85 yaş ve üstü bireylerin %66,7’si malnütrisyon açısından riskli grupta oldukları saptanmıştır. Kadınların %46,9’u erkeklerin %48,0 ‘ı malnütrisyon açısından riskli veya malnütrisyon durumundadır. Çalışmamızda kadın ve erkeklerin malnütrisyon riskleri benzer olarak saptanmıştır ($p>0,05$). Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan bireylerin %46,9’u, ortaokul ve üstü olan bireylerin %53,1’inde malnütrisyon riski tespit edilmiştir. Eğitim durumuyla malnütrisyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Medeni durum ve sağlık güvencesi ile de malnütrisyon varlığı arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla İlişkili Sosyodemografik Faktörler

Özellik		Malnütrisyon varlığı				p
		Yok		Riskli-malnütrisyon		
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş	65-74 yaş (n=44)	26	59,1	18	40,9	0,226
	75-84 yaş (n=23)	12	52,2	11	47,8	
	85 yaş ve üstü (n=15)	5	33,3	10	66,7	
Cinsiyet	Erkek	26	52,0	24	48,0	0,921
	Kadın	17	53,1	15	46,9	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	28	56	22	44,0	0,420
	Ortaokul ve üstü	15	46,9	17	53,1	
Medeni durum	Evli	2	40,0	3	60,0	0,565
	Bekar-eşi ölmüş-eşinden ayrı	41	53,2	36	46,8	
Sağlık güvencesi	SGK	29	54,7	24	45,3	0,577
	Yeşil kart-yok	14	48,3	15	51,7	

Malnütrisyon durumuyla sağlık durumu arasındaki ilişki Tablo 14’de gösterilmiştir. Buna göre kronik hastalığı onlarda malnütrisyon riski %51,4 iken olmayanlarda % 20’dir. Kronik hastalık varlığı ile malnütrisyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Yapılan çalışmaya katılan bireylerde görülen hipertansiyon ve nörolojik hastalık varlığı malnütrisyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hipertansiyonu olan bireylerde malnütrisyon riski % 31,4 iken hipertansiyonu olmayan bireylerde % 59,6 ‘dır. Nörolojik hastalığı olan bireylerde malnütrisyon riski % 83,3 iken bu hastalık olmayan bireylerde 41,4 tür. Yapılan çalışmada bireylerin diyabet, KOAH, böbrek hastalığı, MI, astım konjestif kalp yetmezliği, artrit, inme, kanser, tiroid hastalığı, göz, MS, prostat ve mide hastalıklarının varlığı malnütrisyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Düzenli kullanılan ilaç sayısı üç ve üçten az olan bireylerde malnütrisyon riski %48,0 iken dört ve dörtten fazla ilaç kullanan bireylerde bu değer % 47,4'tür. Bu değerlere göre üç ve üçten az ilaç kullanımı ile dört ve dörtten fazla ilaç kullanımı arasında malnütrisyon riski açısından anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Çalışmaya katılan bireylerin son üç aydaki yorgunluk hisseden bireylerde malnütrisyon riski % 62,5 iken, yorgunluk hissetmeyen bireylerde ise %26,5 olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Merdiveni rahat çıkan bireylerin malnütrisyon riski %37,0 çıkamayan bireylerin ise %61,1'dir. Çalışmada merdiveni rahat çıkan ve çıkamayan bireylerde malnütrisyon riski karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Son bir yıl içerisinde acil servise başvuru sayısı ile malnütrisyon arasında anlamlı ilişki vardır. Çalışmaya katılan bireylerin yürümelerinde yavaşlama olması, hastanede yatarak tedavi görmesi, bireylerin hangi günde hangi ayda olduğunu doğru bilmesi veya bilmemesi ile söylenen kelimelerin kaç tanesini hatırladığı malnütrisyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Sağlık Durumu Arasındaki İlişki

Özellik		Malnütrisyon durumu				p
		Yok		Riskli- Malnütrisyon		
		Sayı	%	Sayı	%	
Kronik Hastalık	Evet	35	48,6	37	51,4	0,063
	Hayır	8	80,0	2	20,0	
Hipertansiyon	Evet(n=35)	24	68,6	11	31,4	0,012
	Hayır(n=47)	19	40,4	28	59,6	
Diyabet Hastalığı	Evet(n=21)	8	38,1	13	61,9	0,127
	Hayır(n=61)	35	57,4	26	42,6	
KOAİ	Evet(n=11)	5	45,5	6	54,6	0,618
	Hayır(n=71)	38	53,5	33	46,5	
Böbrek hastalığı	Evet(n=5)	2	40,0	3	60,0	0,565
	Hayır(n=)	77	53,2	36	46,8	

Tablo 14. (Devam). Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Sağlık Durumu Arasındaki İlişki

Mİ	Evet(n=2)	1	50,0	1	50,0	0,944
	Hayır(n=80)	42	52,5	38	47,5	
Astım	Evet(n=1)	-	-	1	100,0	0,291
	Hayır(n=81)	43	53,1	38	46,9	
Konjestif Kalp Yetmezliği	Evet(n=15)	6	40,6	9	60,0	0,286
	Hayır(n=67)	37	55,2	30	44,8	
Artrit	Evet(n=8)	3	37,5	5	62,5	0,373
	Hayır(n=74)	40	54,1	34	45,9	
İnme	Evet(n=7)	4	57,1	3	42,9	0,794
	Hayır(n=75)	39	52,0	36	48,0	
Kanser	Evet(n=1)	-	-	1	100,0	0,291
	Hayır(n=81)	43	53,1	38	46,9	
Tiroid	Evet(n=4)	3	75,0	1	25,0	0,354
	Hayır(n=78)	40	51,3	38	48,7	
Göz	Evet(n=1)	-	-	1	100,0	0,291
	Hayır(n=81)	43	53,1	38	46,9	
MS	Evet(n=1)	-	-	1	100,0	0,291
	Hayır(n=81)	43	53,1	38	46,9	
Nörolojik hastalık	Evet(n=12)	2	16,7	10	83,3	0,007
	Hayır(n=70)	41	58,6	29	41,4	
Deri hastalıkları	Evet(n=3)	3	100,0	-	-	0,093
	Hayır(n=79)	40	50,6	39	49,4	
Prostat	Evet(n=3)	2	66,7	1	33,3	0,615
	Hayır(n=79)	41	51,9	38	48,1	
Mide Hastalıkları	Evet(n=3)	1	33,3	2	66,7	0,500
	Hayır(n=79)	42	53,2	37	46,8	
İlaç kullanımı	Üç ve üçten az(n=25)	13	52,0	12	48,0	0,958
	Dört ve dörtten fazla(n=57)	30	52,6	27	47,4	

Tablo 14. (Devam). Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Sağlık Durumu Arasındaki İlişki

Son üç aydaki yorgunluk	Evet(n=48)	18	37,5	30	62,5	0,001
	Hayır(n=34)	25	73,5	9	26,5	
Merdiveni rahat çıkma	Evet(n=46)	29	63,0	17	37,0	0,030
	Hayır(n=36)	14	38,9	22	61,1	
Yürümede yavaşlama olması	Evet(n=45)	23	51,1	22	48,9	0,791
	Hayır(n=37)	20	54,1	17	45,9	
Acile başvurma	Evet(n=37)	15	40,5	22	59,5	0,050
	Hayır(n=45)	28	62,2	17	37,8	
Hastanede yatarak tedavi	Evet(n=33)	13	39,4	20	60,6	0,052
	Hayır(n=49)	30	61,2	19	38,8	
Hangi günde olduğumuzu bilme	Evet(n=68)	37	54,4	31	45,6	0,430
	Hayır(n=14)	6	42,9	8	57,1	
Hangi yılda olduğumuzu bilme	Evet(n=52)	28	53,8	24	46,2	0,737
	Hayır(n=30)	15	50,0	15	50,0	
Kelime hatırlama	3'nü de hatırladı (n=26)	13	50,0	13	50,0	0,763
	2'sini veya 1'ini veya hiçbirini hatırlamadı (n=56)	30	53,6	26	46,4	

Çalışmaya katılan yaşlılarda malnütrisyon varlığıyla beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişki Tablo 15'de gösterilmiştir. Hızlı yemek tüketen bireylerde malnütrisyon riski veya malnütrisyon varlığı % 69,2 iken, normal hızda yemek yiyenlerde bu oran % 35,8 olarak bulunmuştur. Yemek yeme hızı ile malnütrisyon varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$). Öğün atlama, gece kalkıp bir şeyler yeme, herhangi bir diyet uygulayıp uygulamama, iştah durumu,

beslenmelerini etkileyecek düzeyde çiğneme yutma güçlüğü varlığı, diş kayıpları varlığı ile malnütrisyon varlığı arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Araştırma Grubu Beslenme Durum ve Alışkanlıklarının Malnütrisyon ile İlişkisi

Özellik		Malnütrisyon durumu				p
		Yok		Riskli- Malnütrisyon		
		Sayı	%	Sayı	%	
Gece kalkıp yemek yeme	Evet	4	30,8	9	69,2	0,123
	Hayır	35	59,3	24	40,7	
	Bazen	4	40,0	6	60,0	
Yemek yeme hızı	Hızlı	4	30,8	9	69,2	0,016
	Normal	34	64,2	19	35,8	
	Yavaş	5	31,3	11	68,8	
Herhangi bir diyet uygulayıp uygulamadığı	Evet	3	33,3	6	66,7	0,224
	Hayır	40	54,8	33	45,2	
İştah durumu	İyi	27	60,0	18	40,0	0,217
	Orta	16	44,4	20	55,6	
	Kötü	0	0	1	100,0	
Çiğneme- yutma güçlüğü	Evet	9	47,4	10	52,6	0,614
	Hayır	34	54,0	29	46,0	
Diş kayıpları	Evet (eksik diş)	17	43,6	22	56,4	0,260
	Hayır	10	66,7	5	33,3	
	Tam protez	16	57,1	12	42,9	

Tablo 16’da çalışmaya katılan bireylerin depresyon varlığı ile malnütrisyon arasındaki ilişki gösterilmiştir. Depresyonu olan bireylerin %67,7’sinde malnütrisyon riski varken depresyonu olmayanlarda bu oran % 30,2 olarak tespit edilmiştir.

İstatistikî olarak depresyon varlığı ile malnütrisyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,05$).

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Geriatrik Depresyon Arasındaki İlişki

Özellik	Malnütrisyon varlığı				p
	Yok		Riskli-malnütrisyon		
	Sayı	%	Sayı	%	
Depresyon yok (n=43)	30	69,8	13	30,2	0,001
Depresyon var (n=39)	13	33,3	26	67,7	

Günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık ile malnütrisyon arasındaki ilişki Tablo 17’de gösterilmiştir. Buna göre günlük yaşam aktivitelerinde başkasına bağımlı veya kısmen bağımlı bireylerin %64,0’ünde malnütrisyon riski varken, bağımsız bireylerde bu oran %40,4’tür. Yapılan çalışmada bağımlı veya kısmen bağımlı bireyler ile bağımsız bireyler arasında malnütrisyon riski karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İlişkisi

Özellik		Malnütrisyon varlığı				p
		Yok		Riskli-malnütrisyon		
		Sayı	%	Sayı	%	
Katz Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımsızlık İndeksi	Bağımlı-kısmen bağımlı (n=25)	9	36,0	16	64,0	0,048
	Bağımsız (n=57)	34	59,6	23	40,4	

Çalışmamızda kırılğan yaşlı olarak belirlenenlerde malnütrisyon sıklığı (%80,0) prefrail (%46,9) ve normal (%12,5) yaşlılardan daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Kişilerde Malnütrisyon Durumuyla Kırılgenlik Arasındaki İlişki

Özellik		Malnütrisyon varlığı				p
		Yok		Riskli-malnütrisyon		
		Sayı	%	Sayı	%	
Kırılgenlik	Normal (n=8)	7	87,5	1	12,5	0,004
	Prefrail (n=64)	34	53,1	23	46,9	
	Frail- Kırılgen (n=10)	2	20,0	8	80,0	

Malnütrisyon varlığını etkileyen farklı değişkenlerin bağımsız risklerini değerlendirmek için lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Tek başına etkili bulunan değişkenler arasındaki korelasyonlar değerlendirilmiş, yüksek korelasyon gösteren değişkenlerden, malnütrisyon üzerinde daha etkili olanların modele alınmasına karar verilmiştir. Yaş, kırılgenlik, depresyon varlığı, son bir yılda acil servise başvurma, nörolojik hastalık varlığı, bağımlılık modele alınan değişkenlerdir. Modelde malnütrisyon sıklığının nörolojik hastalık varlığında 19,3 kat (% 95 GA 3,08-121,61), son bir yılda acil servise başvuruda 3,56 kat (% 95 GA 1,18-10,80) ve depresyon varlığında 5,71 kat (% 95 GA 1,81-17,98) daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 21. Lojistik Regresyon Modeli Sonucunda Malnütrisyon Varlığı ile İlişkili Bulunan Faktörler*

Değişken	Çok değişkenli analiz TRR değeri (%95 GA)	p
Yaş	1,06 (0,99-1,14)	0,072
Kırılgenlik varlığı	4,17 (0,63-27,31)	0,136
Nörolojik hastalık varlığı	19,36 (3,08-121,61)	0,001
Son bir yılda acil servise başvuru	3,56 (1,18-10,80)	0,018
Depresyon varlığı	5,71 (1,81-17,98)	0,006
Bağımlı olma	2,16 (0,65-7,09)	0,203

* Nagelkerge $R^2=0,45$

5.TARTIŞMA

Tartışma bölümü tanımlayıcı ve çözümleyici bulgular dikkate alınarak bölümlere ayrılarak sunulmuştur.

5.1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Bu çalışma, Manisa merkezde bulunan Manisa Belediyesi Muammer Cider Huzurevi, Manisa Huzurevi Vakfı ve Manisa Salihli ilçesinde bulunan Salihli Özel Lidya Sardes huzurevinde kalan toplam 82 yaşlı birey üzerinde yapılmıştır. Bu bölümde çalışmaya katılan yaşlıların sosyo demografik özellikleri ülkemizde huzurevinde kalan yaşlılarda yürütülen çalışmalardaki popülasyonla karşılaştırılacaktır. Çalışmaya katılan bireylerin % 61 erkek, % 39 'u kadın olup, çalışmaya katılan yaşlı bireylerin yaş ortalaması $74,95 \pm 8,27$ ' dir.

Özgüneş 'in İstanbul ili Sarıyer ilçesinde bulunan huzurevinde kalan 79 birey üzerinde yapmış olduğu çalışmaya katılanların %33'ü kadın, %67'si erkek saptanmıştır. Erkek bireylerin yaş ortalaması $75 \pm 8,08$ yıl iken kadınların $81 \pm 7,21$ yıl olduğu saptanmıştır (Özgüneş 2013). Dereli ve arkadaşlarının Muğla huzurevinde yapmış oldukları araştırmada katılımcıların % 58,3'ü erkek, %41,7'si kadın olarak tespit edilmiştir (Dereli ve ark. 2010). Ordu'da Bölükbaş ve arkadaşının yapmış olduğu çalışmada katıların %30'u kadın, %70'i erkektir (Bölükbaş ve Arslan 2003).

T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu adına gerçekleştirilen “Sosyal Riski Azaltma Projesi” raporuna (2006) göre; “Türkiye geneli 63 huzurevinin dahil edildiği çalışmada huzurevi sakinlerinin %57'sinin erkek ve %43'ünün kadın” olduğu belirtilmiştir.(<https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yasli-lara-yonelik-hizmetler-kurumsal-ya%C5%9Fl%C4%B1-bak%C4%B1m%C4%B1-ve-illerin-durumu2018.pdf> Erişim Tarihi: 09.11.2020).

Çalışmamızda huzurevlerinde yürütülen diğer araştırmalara paralel şekilde erkek oranı kadın oranına göre fazla saptanmıştır. Kadın yaşlıların öz bakım becerilerini erkeklere göre daha kolay sağlayabildikleri, geleneksel görüşten dolayı kadınların torun bakma, ev işleri için yardımcı olmak gibi görevler alarak huzurevinden

yaşamak yerine aileleri ile birlikte kalmasına bu durum bağlanabilir. Erkek yaşlılar ise; boşanmış, dul veya bekar oldukları için çocukları tarafından aile içerisinde istenmeyebilir veya akrabalarının yanında rahat edemedikleri, istenmedikleri için yaşlı erkekler daha rahat bakıma ulaşabilecekleri huzurevlerini tercih ederler, bu sonuçlar bu şekilde açıklanabilir.

Çalışmamızda yaşlıların %12,2'sinin okuryazar olmadığı, %45,1'inin ilkokul, lise ve üzeri eğitilmiş olanların oranı ise % 24,4 'tür.

Özgüneş yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin %3,8'inin okuma-yazma bilmediği, %31,6'sının ise ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Lise ve üzeri eğitilmiş kişilerin sıklığı ise %43,1'dir. Samancıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bireylerin % 83,9'u ilkokul, %6,5 ortaokul, %9,7 si lise ve üstü eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır (Samancıoğlu Bağlama ve ark.2019). T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nün “Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetlerin Değerlendirilmesi” raporunda Türkiye genelinde huzurevlerinde kalan kadınların %59'unun okuryazar olmadığı bildirilmiştir (Erişim tarihi: 09.01.2021 <https://www.huzurevleri.org.tr/docs/YasliLaraSunulanSosyalHizmetlerinDegerlendirilmesi.pdf>). Çalışmamızda eğitimsiz yaşlı oranı daha yüksek bulunmuştur. Diğer çalışmalarda da benzer sonuç saptanmıştır. Huzurevlerinde eğitimsiz yaşlı oranının daha yüksek olma nedeni huzurevinde yaşayanların veya huzurevinde yaşamayı tercih edenlerin sosyo demografik özelliklerinin düşük olması olabilir.

5.2.YAŞLILARIN SAĞLIK DURUMLARI

Çalışmaya katılan yaşlıların %87,8'i en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirtmiştir. En sık gözlenen ilk 3 hastalık hipertansiyon (%43,9), diyabet (%25,6) , konjestif kalp yetmezliği (KKY) (%18,3) dir. Gaziantep'te Samancıoğlu ve ark. çalışmasına göre yaşlıların %40,3'ü hipertansiyon, %27,4'ü diyabet, %14,5'i KAH (Koroner Arter Hastalığı), %12,9'u kalp yetmezliği, %12,9'u KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)'tır (Samancıoğlu Bağlama ve ark. 2019). Samsun'daki huzurevinde yaşayan 41 yaşlı ve kendi evinde yaşayan 50 yaşlı birey üzerinde yapılan bir çalışmada totalde erkeklerin %81'inin, kadınların %85,7'sinin tespit edilmiş en az bir hastalığının var olduğu saptanmıştır (Sökülmez Kaya ve Şahin 2015).

Tel ve arkadaşlarının 2006 yılında Sivas’da yapmış oldukları araştırmada kurumda yaşamakta olan yaşlı bireylerin % 63,0’nün en az bir sistemik hastalığının olduğu, (Tel ve ark. 2006), Bilge ve arkadaşlarının İzmir iline bağlı bir huzurevinde yapılmış olduğu çalışmada katılımcıların %89,3’ünün tanı almış en az bir kronik hastalığı olduğu ve kronik hastalıklar incelendiğinde (%57,4) hipertansiyon ilk sırada yer aldığı, daha sonra sırasıyla sindirim sistemi hastalıkları (%41,9), kemik-eklem hastalıkları (%36,9), KOAH (%26,2) olarak saptanmıştır (Bilge ve ark 2017).

Aksoydan’ın Ankara’da yapmış olduğu araştırmada huzurevinde yaşayan erkeklerde en sık görülen hastalıklar sırası ile kalp ve damar hastalıkları (%36,4), hipertansiyon (%31,8), sindirim sistemi hastalıkları (%31,8) ve solunum sistemi hastalıkları (%27,3) olarak bulunmuştur. (Aksoydan 2006). Çalışmamıza katılanlarda kronik hastalık varlığı ve en sık görülen kronik hastalıklar literatürdeki çalışmalarla benzer olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada katılımcıların kullandığı günlük ortalama ilaç sayısı $4,7 \pm 3,58$ olarak saptanmıştır. Kadınların erkeklere göre daha çok ilaç kullandıkları bulunmuştur. Samancıoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların günde ortalama $4,16 \pm 3,18$ adet ilaç kullandığı, erkeklerin ise günde ortalama $2,29 \pm 2,71$ adet ilaç kullandıkları saptanmıştır (Samancıoğlu Bağlama ve ark. 2019). Bu çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

5.3.YAŞLILARIN BESLENME İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

Beden Kitle İndeksi (BKİ)

Bireyin beslenmesinin değerlendirmesinde en yaygın olarak kullanılan ve en kolay metot beden kütle indeksidir (BKİ). BKİ protein enerji malnütrisyonunun (PEM) ve şişmanlığın saptanması, tanımlanması amacıyla kullanılmakta olup total beden yağı ile iyi bağlantı gösterir. (Bağcı Bosi 2003).

Çalışmaya katılan bireylerin % 7,3’nün VKİ değeri 19 dan az, %80,5’nin VKİ değeri 23 ve üzerinde %8,5 ‘nin ise %21-23 arasındadır. Çalışmamızda kadınların BKİ ortalaması $31,71 \pm 7,69$, erkeklerin BKİ ortalaması 26,54 saptanmıştır. Çalışmaya katılanları %36,6’sı obez ($BKİ \geq 30,00$), %22’si normal ($BKİ 18,50-24,99$), %6,1 zayıf ($BKİ < 18,50$)’tır. Yaşlıların % 24,4’ü son üç ay içerisinde iştahsızlığa, sindirim

problemlerine, çiğneme ya da yutmaya bağlı olarak besin tüketiminde orta derece düşüş yaşamıştır. Son üç ayda bireylerin % 9,8 i 3 kg'dan fazla kilo, %18,3'ü 1-3 kg arasında kilo kaybetmiştir. Yaşlıların %7,3'ü yatak veya sandalyeye bağımlı olduğunu, %11'i yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamadığını belirtmiştir.

Başbüyük ve arkadaşlarının Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2014 nüfus bilgilerine göre huzurevinde kalan yaşlılar üzerinde yapılmış çalışma şu şekildedir; huzurevlerinde rastgele örneklem yöntemiyle seçilen 330 yaşlı bireyde yapılmış olan araştırma incelendiğinde katılımcıların %5,8'inin VKİ değerinin 19 kg/m² nin altında, %76,4'ünün 23 kg/m² ve üzerinde olduğu, %17,9'unun ise normal sınırlar içerisinde bir VKİ değerine sahip olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %10'unun şiddetli %25,2'sinin orta derecede iştah kaybı sorunu yaşadığı, %17,6'sının 1- 3 kg arası, %12,4'ünün ise 3 kg'dan fazla kilo kaybettiği bulunmuştur. Diğer taraftan katılımcıların % 1,8'inin hareket kısıtlılığı yaşadığı, %13,9'unun ise yataktan kalkabildiği tespit edilmiştir. Başbüyük ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmanın katılımcı sayısı fazla ve rastgele örneklem yöntemi ile örneklem oluşturulduğu için yatak ve sandalyeye bağımlı yaşlı sıklığının daha düşük tespit edildiği düşünülmektedir. Bunun dışında iştah durumu ve diğer veriler bu araştırmamızla ile benzer sonuçları göstermektedir (Başbüyük ve ark. 2017).

Kıbrıs Gazimağusa'da yaşayan, 65 yaş ve üzeri bireylerde yapılmış çalışmada BKİ ortalaması erkeklerde 29,81±4,68 kg/ m² ve kadınlarda 32,39±5,85 kg/m² olarak hesaplanmıştır (Hoca ve Türker 2017).

Ankara'da huzurevinde 120 kadın, 69 erkek üzerinde yapılan çalışmada kadınların BKİ ortalaması 29,9±4,9, erkeklerin BKİ ortalaması 25,5±4,8 saptanmıştır (Rakıcıoğlu ve ark. 2005).

Literatür araştırmalarında çalışmamızla benzer şekilde kadınların BKİ ortalaması erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Kadınlar BKİ sınıflamasına göre erkeklere göre daha şişmandır. Çalışmamızda BKİ sınıflamasına göre en yüksek oran %36,6 oranı ile obez sınıflında bulunan kişilerdir. Zayıf kişiler (BKİ<18,50) katılımcıların %6,1'ni (5 kişi) oluşturmaktadır. BKİ, ödem ve yağsız kitle hesabı gibi durumları göz önüne almadığından tek başına malnütrisyonu net tanımlayamamaktadır. Buna rağmen çalışmamızda bulunan MNA sonucuna göre %1,2 (1 kişi) oranında

malnütrisyonlu birey saptanması ile BKİ hesabında saptanan zayıf kişi sayısı tespiti uyumludur.

Araştırmamızda yaşlıların %80,5'nin VKİ değerinin 23 ve üzerinde tespit edilmesi, huzurevinde düzenli öğün saatlerinin olması (3 ana öğün ve ara öğünler şeklinde) ve sağlık çalışanlarının yaşlıları yakın takip etmesinde de kaynaklı olabilir. Fakat Ankara'da yapılan bir çalışmada kendi evinde yaşayanların %14,3'ü, huzurevinde yaşayanların %14,2'si şişmandır. Huzurevinde yaşamanın iyi beslenmeye, VKİ değerinin yüksek olmasında pozitif etkisi olmadığı söylenebilir (Aksoydan 2006).

Beslenme Alışkanlıkları

Sağlık içerisinde hayat sürdürülebilmek için temel koşullar yeterli ve dengeli miktarda beslenmektir. Bu gün içerisinde düzenli öğünlerle beslenerek oluşabilmektedir(Baysal 2009). Araştırmamızda yaşlıların %79,3'ü günlük üç öğün düzenli yemek yemektedir. Yaşlı bireylerin %11'i öğün atlarken, %9,8'i bazen öğünü aksatmaktadır. Rakıcıoğlu ve arkadaşlarının Ankara'da yaptığı araştırmada %52,9'unun, Aksoydan'ın çalışmasında %75,3'ünün öğün atlamadığı bulunmuştur. (Rakıcıoğlu ve ark.2005; Aksoydan 2006). Ekici ve ark. yaptığı çalışmada ise yaşlıların %91,8'inin günde 3 ana öğün yediği, %23,3'ünün hiç ara öğün yapmadığı saptanmıştır (Ekici ve ark. 2019). Yaptığımız çalışmaya benzer sonuç Özgüneş'in çalışmasında bulunmuş olup yaşlı kişilerin %74,7'si günde üç öğün besin tükettiği tespit edilmiştir (Özgüneş 2013) Kurumlarda yaşayan yaşlılar için üç öğün yemek vaktinde ve yeterli miktarlarda hazırlandığından dolayı yaşlı bireyler düzenli olarak üç öğün yemeklerini tüketebilmektedir. Çalışmamızda üç huzurevinde diyetisyen bulunmamasına rağmen düzenli öğün saatleri ve dengeli planmış aylık menü planıyla bireylerin çoğunluluğun ana öğünleri atlamadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda öğün atlayan yaşlıların % 9,8'i sabah, %9,8'i öğle öğününü atlamaktadır.

Ankara'da Yaşlı Hizmet Merkezlerine gelen, evde yaşayan, 65 yaş ve üstü yaşlılarda yapılan çalışmada öğün atlama durumları değerlendirildiğinde, yaşlıların %64,7'sinin öğün atladıkları, erkeklerin bu alışkanlığa kadınlara göre daha fazla sahip oldukları ayrıca en sık öğlen öğününü atladıkları tespit edilmiştir (Yabancı ve ark. 2012). Özgüneş'in yaptığı kapsamlı araştırmada ise atlanılıyor olan öğün vakilerine baktığımızda, kahvaltı ve öğle yemeği aynı değerlerde (%35,0) atlanmış

olup, akşam yemeği de benzer sıklıkta (%30,0) aksatılmaktadır (Özgüneş 2013).Ankara’da Rakıcıoğlu ve ark. yaptığı çalışmada ise sürekli öğün atlayanların oranı evde yaşayan yaşlılarda huzurevinde yaşayan yaşlılara göre daha yüksek (sırasıyla % 18,8, %11,1) bulunmuştur. En sık atlanan öğün huzurevinde kalan yaşlılarda sabah kahvaltısı (% 71,4), evde yaşayanlarda ise öğle öğünü olduğu saptanmıştır (%60,5) (Rakıcıoğlu ve ark. 2005). Bu çalışmalarda yaptığımız araştırmaya benzer sonuçlar alınmıştır. Yaşlı kişilerin sabah uyanmakta güçlük yaşamaları, erken uyanıp kahvaltı için hazırlanmak ve giyinmek istemediklerinden veya uyku sorunlarından dolayı kahvaltı vaktini kaçırdıkları düşünülebilir.

Geç kahvaltı yaptıkları vakitlerde de öğle öğününü atlayabilmeleri tahmin edilmektedir. Çalışmamızda öğün atlayan yaşlı bireylere öğün atlama nedenleri en çok % 12,2 ile iştahsızlık olduğu saptanmıştır. Yaşlıların kendi ifadelerine göre iştah durumu ise %54,9 iyi, %43,9 u orta ve %1,2 si kötü olarak saptanmıştır.

Özgüneş’in çalışmasında yaşlılara öğün atlama sebepleri sorulmuş olup yanıtlar: eşit sıklıkta (%35,0) canı istemediği-iştahı olmadığı ve sabahları geç kalktığı cevabı alınmış. Yaşlı bireylerin %60,7’si iştah durumunu iyi, %34,2’si ise orta olarak ifade etmiştir (Özgüneş 2013). Sonuçlar araştırmamızla benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda yaşlıların %23,2 sinde beslenmelerini etkileyecek şekilde çiğneme ve yutma güçlüğü, %47,6 sının eksik dişe, %34,1’nin tam proteze sahip olduğu saptanmıştır. Yabancı ve ark. çalışmasında ise bireylerin %10,1’inde de yutma güçlüğü, %8,1’inde yeme güçlüğü, %89,0’unda diş kaybı ve %42,4’ünde ağız kuruluşu bulunmuştur (Yabancı ve ark. 2012). Rakıcıoğlu ve ark. çalışmasında yaşlılara iştah ile ilgili sorular sorulduğunda kötü olduğunu söyleyenlerin oranı huzurevinde kalanlarda %11,6 iken, evde yaşayan yaşlılar için %5,4 bulunmuştur. (Rakıcıoğlu ve ark. 2005). Çalışmamızda çiğneme veya yutma güçlüğü olanlar ve eksik diş veya tam proteze sahip bireylerin malnütrisyon oranı daha yüksek saptanmıştır. Yaşlı bireylerde saptanan çiğneme ve yutma güçlükleri, , protez dişler ve diş kayıpları bireylerin beslenmesi üzerinde ciddi etkisi olan faktörlerdir.

Su Tüketimi

Çalışmamızda bireylerin kendi beyanlarına göre; 3-5 bardak arası su tüketenlerin oranının %29,3 beş bardaktan fazla su tüketenlerin oranının %70,7 olduğu tespit edilmiştir.

65 yaş üstü yaşlılarda su tüketimi önemlidir, yaşlıların günlük olarak en az 1500 mL su içmeleri tavsiye edilmektedir. Hoca ve arkadaşlarının 2015 yılında Kıbrıs Gazimağusa’da yaşayan, Gazimağusa Belediyesi’ne kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri bireylerde yaptığı çalışmada yaşlıların %72,9’unun günde 1,5 litreden az su içtiği saptanmıştır. Bu çalışmaya göre erkek bireylerin günlük ortalama su tüketim miktarı 1382,86±429,18 mL, kadınların ise 1183,06±341,80 mL olarak hesaplanmıştır. Bu çalışma sonucunda bireylerin önemli bir kısmının günlük ihtiyaçlarından daha az miktarda su içtikleri ifade edilmiştir (Hoca ve Türker 2017).

Nevşehirde bir çalışmada huzurevinde yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin %71,7’sinin 4 bardaktan az su içtiği saptanmıştır.(Muz ve ark. 2017). Güngör ve arkadaşlarının ise Manisa’da huzurevinde yaşayan yaşlıların günlük su alımı ortalama 7,1 su bardağı saptamıştır. (Aksoydan 2006). Özgüneş’in çalışmasında ise ihtiyarların su içme durumları günlük ihtiyaçlarına kıyasla düşük saptanmış olup, günde su alımı miktarları ortalama erkeklerde 5-7 su bardağı, kadınlar için ise 3- 4 su bardağı olarak belirlenmiştir (Özgüneş 2013)

Yapılan çalışmalarla benzer şekilde genel anlamda yaşlıların su tüketimi gereksinimlerine göre eksiktir. Çalışmaların verilerine bakarak yaşlı bireylerde eğitim durumu ve yeterince sıvı aldığını düşünme durumu, çok sık idrara çıkmaktan rahatsız olma, susama hissinin azalması gibi etkenler su tüketiminde yetersizliğe sebep olabilir.

5.4.MALNÜTRİSYON VARLIĞI

Türkiye’de bakımevleri veya huzurevlerinde yaşamakta olan yaşlı bireylerde malnütrisyon oranı %16-85 arasındadır.(Arioğul 2013). Türkiye Geriatri Derneği sebebi tam olarak bilinmeyen nedenlerden kaynaklı malnütrisyon oranını yataklı bir tedavi kuruluşlarındaki yaşlı hastalar içinde %1-83; kendi evinde kalan “sağlam” yaşlı bireyler arasında ise %2-32 oranında değişmekte olduğunu ifade etmektedir (http://www.turkgeriatri.org/pdfgeriatriA5kitap_280308.pdf Erişim Tarihi 30.11.2020)

Kaiser ve arkadaşlarının MNA tarama testi kullanıp 12 ülke içerisinde yapmış oldukları retrospektif araştırmada, toplum içerisinde olan 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerde malnütrisyon sıklığını %5.8, huzurevlerinde kalanlarda %13.8, hastanede bulunan yaşlılarda ise %38.7 şeklinde ifade etmiştir (Kaiser ve ark. 2010).

Avustralya ve Yeni Zellanda’da 65 yaş ve üzeri 1650 hastanın katılmış olduğu subjektif global değerlendirme testiyle yapılmış araştırmada, yaşlıların % 60’ında malnütrisyon saptanmıştır (Agarwal ve ark. 2012)

Samsunda yapılan çalışmada BKİ değerlerine bakılarak yapılan malnütrisyon ile malnütrisyon riski tanımlanmasında, kendi evinde yaşayanlarda daha düşük, obezite oranı daha yüksek saptanırken; huzurevinde yaşayanlarda ise malnütrisyon yüksek obezite kendi evinde yaşayanlara kıyasla daha düşük tespit edilmiştir (Sökülmez Kaya ve Şahin 2015).

Kıray Vural ve ark. yaptığı yaşlıların yerleşim yerlerine göre NSI risk düzeyi kontrol listesi puanı incelendiğinde beslenme risk düzeyi huzurevinde %36,2 oranında yüksek, %42,0 oranında orta düzeyde, kentte yaşayanların %34,0’ı yüksek, %28,0’ı orta düzeyde, kırdı yaşayanların risk düzeyi %29,8’i yüksek, %30’u orta düzeyde saptanmıştır.(Kıray Vural ve ark. 2017) Bu çalışmada huzurevinde yaşlılara düzenli beslenme programı, öğün sayılarına ve saatlerine dikkat edilerek uygulanmasına rağmen, huzurevinde yaşayan yaşlıların beslenme sağlığı risk düzeyinin yüksek bulunmasının nedeni, kırsal alandaki yaşlıların doğal üretilmiş besinlerle beslenmesi ve geçim kaynakları (sebze-meyve üretimi ve hayvancılık) nedeni ile daha üretken olmaları daha aktif günlük yaşamlarının olması sebep olabilmektedir.

Aksoydan ’ın çalışmasına göre tam zıt bir neticeyle huzurevinde kalan yaşlı bireyler, kendi evinde kalan yaşlılarla kıyaslandığında daha programlı yeme alışkanlığına sahiptir. Huzurevinde yaşayanlar kendi evinde kalanlara göre daha disiplinli ve belirli saatlerde yemek yemekte olup huzurevlerinde düzenli üç ana öğünün zamanında ve eksiksiz olarak hazırlanıp servis edilmesiyle burada kalanların öğün sayısının daha nizami oldukları ifade edilmiştir (Aksoydan 2006).

Yaptığımız çalışma sonucu MNA puanına göre değerlendirdiğimizde yaşlıların %1,2’si malnütre, %46,3’ü malnütrisyon açısından risk altında, %52,4’ü normal nütrisyon durumunda olduğu sonucuna varılmıştır. Huzurevinde yaşayan yaşlıların değerlendirildiği başka bir çalışmada yaşlıların 185 (%53)’inde normal nütrisyon durumu, 117 (%33,5)’sinin malnütrisyon açısından riskli, 47 (%13,5)’sinde malnütrisyonun varlığı tespit edilmiştir (Saka ve ark, 2012). Bu çalışmada normal nütrisyonu sahip birey oranı çalışmamızla benzer bulunmuştur.

İstanbul Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık birimine başvuran 65 yaş üstü bireylerde yapılmış çalışmada, çalışma grubuna uygulanan MNA

sonuçlarına göre 12 kişide (%13,5) normal nütrisyon, 34 kişide (%38,2) malnütrisyon riski ve 43 kişide (%48,3) malnütrisyon tespit edilmiştir. İleri yaşta saptanan nütrisyonel durum yetersizliği %11-44 oranında değişmekte olup, hastanede yatmakta olan hastalarda ise bu oran %60'lara kadar yükselebilmektedir (Akan ve ark. 2013). Bu çalışmaya katılan kişi sayısı bizim araştırmamıza katılan kişi sayısına yakın olmasına rağmen malnütre olan kişi sayısının fazla olması evde sağlık birimine başvuran kişilerin daha sık beslenme yetersizlikleri olan bireylerin olması olası olup, bu çalışmada malnütrisyonlu insan oranı çalışmamızdan daha fazla bulunmuştur. Özel üç huzurevinde yaşayan 73 yaşlı üzerindeki araştırmada MNA' ya göre %63'ünün malnütrisyon açısından riskli olduğu ve % 9,6'sında malnütrisyon saptandığı belirtilmiştir (Ekici ve ark. 2019).

Huzurevinde kalan yaşlıların beslenmelerini kendi istediği besinlere göre yapamamalarından, kendi isteklerine göre yemekleri pişirememelerinden veya yalnızlık hissetmelerinden, dolaylı olarak daha iştahsız olabilmeleri, kendi evinde kalan yaşlılara göre daha sedanter yaşam tarzı içinde oluşlarından kaynaklı literatür çalışmaları ile de paralel olarak, huzurevlerinde öğün sayısı, beslenme planı daha düzenli olmasına rağmen malnütrisyonun huzurevinde yaşayan yaşlılarda daha sık görüldüğünü söyleyebiliriz.

5.4.1.Malnütrisyon Varlığını Etkileyen Faktörler

Malnütrisyonu etkileyen faktörleri sosyo demografik özellikler, sağlık durumu, bağımlılık ve depresyon varlığı olarak gruplara ayırabiliriz.

5.4.1.1Malnütrisyon ve sosyo demografik özellikler

Saka ve arkadaşlarının 2008 yılında Ankara'da iç hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada %16 oranında MND değerleri düşük seviyede bulunmuştur. Erken ileri yaşlarda (65–74 yaş) altı hastadan birinde, geç ileri yaşlarda (≥ 85 yaş) ise iki hastadan birinde beslenme yetersizliği mevcuttur (Saka ve Özkulluk 2008). Benzer bulgulara yaptığımız çalışmada da rastlanmıştır. Yaş ve malnütrisyon arasındaki ilişkiye baktığımızda artan yaşla birlikte malnütrisyonun da arttığı

görülmektedir. Çalışmamızda yaş ile malnütrisyon varlığı arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0,05$). Çalışmamızda malnütrisyon oranı “65-74 yaş” aralığında %40,9, “75-84 yaş” aralığında %47,8, 85 yaşın üstünde ise %66,7 olarak tespit edilmiştir. Yaş arttıkça malnütrisyon sıklığının arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda sosyo-demografik faktörlerle malnütrisyon arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmemiştir. Kadınların %46,9'u erkeklerin %48,0'i malnütrisyon açısından riskli ve malnütrisyon durumundadır. Kadın ve erkeklerin malnütrisyon riskleri benzer olarak saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda yaşlıların medeni durum ve sağlık güvencesi ile de malnütrisyon varlığı arasında ilişki saptanamamıştır.

Kıbrıs'ta yapılan 65 yaş üstü 105 erkek, 105 kadın birey üzerinde yapılan çalışmada malnütrisyonun cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; erkeklerin %4,8'inde kadınların ise %28,6'sında malnütrisyon riski bulunmuştur. ($c^2=21,429$, $p<0,05$) (Hoca ve Türker 2017).

Çalışmamızda eğitim durumu ilkököl ve altı olan bireylerin %44,0'ı, ortaokul ve üstü olan bireylerin %53,1'inde malnütrisyon riski tespit edilmiştir. Eğitim durumu ile malnütrisyon varlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanamamıştır. ($p>0,05$).

Araştırmamız benzer netice Ankara Numune Hastanesi dahiliye polikliniğine başvuran 65 yaş üstü 133 hasta bireyle yapılmış olan çalışmada bulunmuştur. Çalışmada bireylere beslenme durum değerlendirilmesi için MNA uygulanmıştır. Beslenme bozukluğu olan 38 hastanın %60,5'inin okuryazar olmadığı, beslenme bozukluğu olmayan 95 kişinin %42,1'nin okuryazarlığının olmadığı belirlenmiştir. Eğitim düzeyi yönünden istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca bu çalışmada medeni durum ile cinsiyetin beslenme bozukluğu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. (Erdoğan ve Tunca 2016).

“Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Nöroloji” polikliniğinde takip edilen yaşlılarda medeni hal, yaşanılan yer, meslek, gelir durumu ve cinsiyet ile MNA değerlendirilmesi arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki bulunmamıştır. Fakat eğitim düzeyi ile MNA ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, ilkököl ve altı eğitimlilerin %26,1'inde malnütrisyon varlığı bulunmuştur. Ortaokul ve üzeri eğitim alan kişilerde bu oranın %6,6'olduğu tespit edilmiştir. MNA ölçeğine göre, eğitim düzeyi arttıkça araştırmaya dâhil olan bireylerin beslenmelerinin daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır (Cin ve ark. 2019).

Kıray Vural ve ark. çalışmasında NSI risk düzeyine göre yaşlıların yaşadığı yer açısından beslenme sağlığı risk düzeyi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve huzurevinde yaşayan yaşlıların kırsalda veya kentte yaşayan yaşlılara göre daha fazla risk altında olduğu tespit edilmiştir.(Kıray Vural ve ark. 2017). Bizim çalışmamız sadece huzurevlerinde gerçekleştirilmiştir, huzurevinde yaşamak malnütrisyon açısından risk faktörü olmaktadır ve malnütrisyon riskinin bizim çalışmamızda huzurevinde yaşayan yaşlılarda %46,3 olduğu saptanmıştır.

5.4.1.2.Malnütrisyon ve sağlık durumu

Yaşlanma süreciyle kronik hastalıkların meydana gelme oranı artmaktadır. Bu dönemde en sık kalp-damar hastalıkları, diyabet, hipertansiyon ve böbrek hastalıkları görülmektedir. Yaşlıların kötü beslenme alışkanlıkları bu hastalıkların görülmesinde etkindir. Yaşlılık süreci ile beraber bazı besinlere yönelik negatif ilgi, sosyal çevrenin kısıtlanması, bakım merkezlerinde kalıyor olmanın verdiği psikolojik sıkıntı, yalnız yaşamak, satın alma ve pişirme imkânlarının yoksunluğu, gelir düzeyinde yetersizlik, diş ve ağız bakımında yetersizlik, tat alma hissinin düşmesi yaşlıların beslenme durumunu engellemektedir. Tüm bu faktörler yetersiz ve dengesiz beslenmeye sebebiyet vermektedir. (Aksoydan 2006).

Çalışmamıza katılan yaşlıların %87,8 inin en az bir kronik hastalığı olduğu %12,2 sinde kronik hastalık olmadığı saptanmıştır. Kronik hastalığı olanlarda malnütrisyon %51,4 iken, olmayanlarda %20'dir. Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile malnütrisyon riski arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0,05$).Saka ile arkadaşlarının 2008 yılında Ankara'da İç Hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda yaptığı çalışmada herhangi bir kronik hastalığı olan 101 hastanın 18 i, kronik hastalığı olmayan 39 hastanın 5 inde malnütrisyon saptanmıştır. İstatistiksel anlamlılık taşımadığı fakat malnütrisyon riskinin kronik hastalığı olan bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Saka ve Özkulluk 2008). Bu çalışma malnütrisyon varlığı ve kronik hastalık arasındaki ilişki yönünden çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamızda bireylerde görülen hipertansiyon ve nörolojik hastalık varlığı malnütrisyon riski açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Nörolojik hastalığı olan kişilerde malnütrisyon olma riski daha yüksek saptanmıştır.

Hipertansiyonu olan bireylerde malnütrisyon riski %31,4 iken olmayanlarda %59,6 dır. Nörolojik hastalığı olan bireylerde malnütrisyon riski %83,3 iken, olmayanlarda % 41,4 tür. Diyabet, KOAH, böbrek hastalığı, kalp yetmezliği, mide hastalıkları ile malnütrisyon riski arasında ise anlamlı bir bağlantı saptanmamıştır ($p>0,05$).

Ekici ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmada kronik hastalığı olanların %69,1'inin MNA'ya göre malnütrisyon riski olduğu saptanmış olup, kronik hastalık ile malnütrisyon riski arasındaki ilişki istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$). Diyabeti olan bireylerin %46,7'sinin malnütrisyon açısından riskli olduğu saptanmıştır. Diyabet ile malnütrisyon riski arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Diyabet hastalığı varlığının, bu çalışmada malnütrisyon riskini arttırdığı saptanmıştır (Ekici ve ark. 2019). Çalışmamızda son üç aydaki yorgun hissetme durumu ile malnütrisyon varlığı arasındaki ilişki anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$). Son 1 yılda acil servise başvuran kişilerde malnütrisyon görülme sıklığı %59,5, başvurmayanlarda % 37,8 malnütrisyon saptanmıştır. Son 1 yılda hastanede yatarak tedavi gören hastalarda malnütrisyon oranı %60,6, yatarak tedavi görmeyenlerde %38,8 bulunmuştur. Bu durum son bir yılda acil servise başvuran ve yatarak tedavi gören hastalarda malnütrisyon riskinin arttığını göstermektedir. Yatarak tedavi alan hastaların taburcu olduktan sonra evde sağlık hizmetleri tarafından destek alması malnütrisyon riskinin azalmasına yardımcı olabilir.

5.4.1.3.Malnütrisyon ve bağımlılık

Yaşlıların, birçok sağlık sorunlarıyla karşı karşıya gelmesiyle gündelik hayatlarını bağımsız bir şekilde devam ettirebilmeleri zorlaşmaktadır. Günlük hayatta rutin aktivitelerde ileri yaşla beraber başkalarına bağımlılık meydana gelmekte, yaş ilerledikçe hızlı şekilde günlük yaşam hareketlerinde yetersizlikler oluşmaktadır. Bu durumları tanımlamak amacıyla günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık ve bağımlılık durumlarına göre derecelendirilen indeksler oluşturulmuştur(Çivi ve Tanrıkulu 2000).

Başbüyük ve arkadaşlarının de Sivas'ta yaptığı çalışmaya göre yaşlı kişilerde mini nütrisyonel değerlendirme testiyle beslenme durumunu tanımlayan ve 79 çalışmayı özetleyen Guigoz (2006) “malnütrisyon riski ve malnütrisyon problemleri ile karşı karşıya olan yaşlı oranlarının sırasıyla %8-%87 ile %1-%74 arasında

değiştiğini” ifade etmiştir. Çoğunlukla işlevsel bozuklukluklar, özürllük hali ve sağlığın yitirilmesiyle anlamlandırılan malnütrisyonun, bağımsız yaşayan yaşlılar içerisindeki yaygınlığı genellikle düşük oranda bulunmuştur. Huzurevinde yaşamakta olan yaşlılarda ise bu durum çoğunlukla yardıma veya bakıma gereksinim duydukları için daha yüksek oranların bulunduğu söylenebilir (Başbüyük ve ark. 2017)

2003 yılı Nisan ayında Karaman 3 Nolu Sağlık Ocağı bölgesinde gerçekleşen çalışmada yaşlı bireyler içinde bağımlılık oranı %18,8 bulunmuştur. Çalışmada kadınların bağımlılık oranı erkeklere göre yüksek çıkmıştır. (Cingil ve Bodur 2007).

Çalışmamızda yaşlı bireylerin %69,5 i KATZ indeksine göre bağımsız,%30,5'i bağımlı veya kısmen bağımlı olarak değerlendirilmiştir. Araştırmamızda yaşlılar en çok % 28 bağımlılık oranı ile banyo yapmada, % 11 giyinmede yardım almaktadır. Çalışmamızda günlük yaşam aktivitelerinde başkasına bağımlı veya kısmen bağımlı bireylerin %64'ünde malnütrisyon riski varken, bağımsız bireylerde bu oran %40,4'tür. Yapılan çalışmada bağımlı veya kısmen bağımlı bireyler ile bağımsız bireyler arasında malnütrisyon riski açısından istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$)

Konya'da yapılan araştırmada ileri yaş gruplarına bakıldığından 70-74 ve 75 ve üzeri yaş gruplarında bağımlılık oranının ve buna bağlı yetersizliğin artmış olduğu saptanmıştır. Araştırmada ABD'de ve Türkiye'de en sık banyo yapmanın yardım gerektiren aktivitelerden olduğu ifade edilmiştir. Cinsiyet ile bağımlılık arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Çivi ve Tanrıku 2000). Uçku ve arkadaşlarının İzmir'de yaptığı bir çalışmada GYA'deki bağımlılık oranı kadınlarda daha yüksek saptanmıştır (Uçku ve ark.1993). Karaman'da Sağlık Ocağı bölgesinde gerçekleşen çalışmada yaşlı bireyler üzerindeki çalışmada istatistiksel açıdan anlamlı saptanmasa da kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda bağımlı olduğu saptanmıştır (Cingil ve Bodur 2007). Kadınların erkeklere kıyasla yüksek oranda bağımlı olması, kadınların hayat dönemlerinin ve doğası gereği özelliklerinin (doğurganlık, menopoz vb.) hem bağımlılığa hem de kronik hastalıkların oluşumuna neden olacağı tahmin edilmektedir.

Sivas'ta yapılan kurumda veya evde yaşamakta olan 60 yaş üstü 210 birey üzerinde yapılmış çalışmada evde yaşayanların %55,2'sinin GYA'lerinde bağımlı, kurumda yaşayanların %50,5'inin GYA'lerinde bağımlı olduğu saptanmıştır. Her iki kurumda bağımsızlık sıklığı ise %1,9'dur. (Tel ve ark.2006).Bu çalışmada bizim çalışmamıza göre bağımsız birey oranı daha az bulunmuştur.

Çalışmamıza benzer şekilde; Özel üç huzurevinde yaşayan 73 yaşlı üzerindeki araştırmada ise Yaşlıların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine göre % 74'nün bağımsız, %23,3'ünün kısmen bağımlı, % 2,7'sinin bağımlı olduğu saptanmıştır. MNA' ya göre beslenme sorunu olmayanların %95'inin GYA' ne göre bağımsız grupta olduğu tespit edilmiştir. MNA ile GYA arasındaki ilişki istatistiksel yönden anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$) (Ekici ve ark. 2019). Bu çalışmayla benzer sonuçlar bulunmuş olup, bu benzerliğin yaş ortalamalarının yakın olması ve çalışmaya katılan birey sayısının yakın olması ve çalışmaya sadece huzurevinde kalan yaşlıların araştırılmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza paralel şekilde, “Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği”nin Türkçe'ye uyarlandığı çalışmada yaşlı bireylerin ortalama Katz skoru $5,14\pm1,5$ bulunmuş ve yaşlıların %60'ı tamamen bağımsız, %8,7'sinde ise ağır fonksiyon bozuklukları tespit edilmiştir. Yaş ortalamaları $74,17\pm6,71$ yıl olarak saptanmış olup, çalışmamızın yaş ortalamasına çok yakındır. (Pehlivanoğlu ve ark, 2018).

Kayseri il merkezindeki bir huzurevinde 105 kişiye yapılan bir çalışmada katılımcıların %1'inin GYA yönünden bağımlı, %3,8'inin yarı bağımlı olduğu bulunmuştur. GYA bağımlı ve yarı bağımlı olanların sayısı çok az olduğu için istatistiksel analizlerde bağımlı ve yarı bağımlı olanlar bizim çalışmamızda yaptığımız gibi birleştirilip değerlendirilmiştir. Böylece GYA değerlendirilmesinde yaşlıların %95,2'sinin bağımsız olduğu saptanmıştır (Göçer 2018). Araştırmamızda yaşlıların “GYA” yapabilme düzeyleri taranan çoğu literatürle benzer olup yaşlı bireylerin çoğunluğunun temel günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabildiğini söyleyebiliriz.

5.4.1.4.Malnütrisyon ve depresyon

Huzurevindeki yaşlıların yaş ortalamasının yüksek olması, kronik sağlık sorunlarının da artmasına neden olmakta bu da psikolojik/ ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilemektedir.(Vural ve ark.2017).

Çalışmamızda depresyon ile malnütrisyon ilişkisine baktığımızda depresyonu olan bireylerin %67,7'sinde malnütrisyon riski varken depresyonu olmayanlarda bu oran % 30,2 olarak tespit edilmiştir. İstatistikî olarak depresyon varlığı ile malnütrisyon arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Balcı ve ark. yapmış olduğu çalışmada beslenme skoru ve depresyon puanı arasında negatif doğrultuda orta seviyede ($r = -0.464$, $p < 0,001$) korelasyon bulunmaktadır. Beslenme puanı azaldıkça yani malnütrisyonla yönelim arttıkça; depresyonun puanı artmaktadır. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı saptanmıştır. Depresyon durumunda oluşan iştahsızlık ve yeterli ve dengeli beslenmenin bozulmasına, ağır beslenme yetersizliklerine ve nörolojik veya psikolojik rahatsızlıklara sebep olmaktadır. Yaşlılarda depresyonun olması da malnütrisyon riskini artırmakta ve bu durum kısır döngü şeklinde birbirini tekrarlamaktadır (Balcı ve ark.2012).

İzmir’de yapılan bir çalışmada ise depresyon teşhisi konulmuş 45 hastanın 16’sında, depresyon olmadığı saptanan 95 hastanın ise 7’sinde MNA değeri düşük bulunmuştur. Depresyon teşhisi konulmuş bireylerde malnütrisyonun riski yüksek olduğu saptanmıştır ($p = 0,014$) (Saka ve Özkulluk 2008).

Adana’da huzurevinde kalmakta olan 116 yaşlı üzerinde yapılan çalışmada katılımcılara uygulanan MNA-SF ile 24 kişide (%20,7) malnütrisyon riski ve 7 kişide (%6) malnütrisyon saptandı. GDÖ ile 8 kişide (%6,9) olası depresyon ve 32 kişide (%27,6) depresyon saptanmıştır. Malnütrisyonu gösteren MNA-SF puanı azaldıkça depresyon puanının arttığı ve depresyon puanı arttıkça yaşam kalitesi puanının azaldığı bulunmuştur (Karaman ve ark. 2019). Çalışmamızda depresyon durumu ile malnütrisyon arasındaki ilişki literatürde bulunan bu çalışmalarla paraleldir. Depresyon varlığı malnütrisyon riskini arttırmaktadır.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- Çalışmamızda yaşlıların %61'ini erkek, %39'unu kadın bireyler oluşturmuştur. Katılımcıların yaşları ortalaması; $74,95 \pm 8,27$ 'dir.
- “Mini Nutrisyonel Değerlendirme”; MNA tarama testinin sonuçları şöyledir; bireylerin %52,4' ünde beslenme sorunu yoktur. %46,3'ü malnütrisyon açısından riskli, %1,2' sinde ise malnütrisyon varlığı saptanmıştır. Kadınların %46,9'u, erkeklerin %48,0'ı malnütrisyon açısından riskli veya malnütrisyonludur. Cinsiyetler arası fark yoktur ($p>0,05$).
- Yaptığımız çalışmada sosyo demografik özellikler ile malnütrisyon arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Nörolojik hastalık varlığı, son bir yılda acil servise başvurma ve depresyonun malnütrisyon ile ilişkisinde anlamlı fark saptanmıştır.
- Malnütrisyon sıklığının nörolojik hastalık varlığında 19,3 kat, son bir yılda acil servise başvuran bireylerde 3,5 kat ve depresyon varlığında 5,7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Yaşlı bireyler genç erişkinlerden ruhen ve bedenen farklı bir yapıdadır. Geniş kapsamda yaşlıların beslenmelerinin değerlendirilmesiyle malnütrisyonun sosyal, psikolojik ve fonksiyonel sistemlerde bağıntısının dikkate alınması gerekmektedir.
- Ruhsal yönden risk altında bulunan yaşlılarda bu semptomlara sebep olan risk etkenlerinin en aza düşürülmesi için bireylere sosyal dayanak sağlanması gerekmektedir
- Huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlıklarının sürdürülebilmesi ve kötü beslenme alışkanlıklarının tedavi edilmesi için düzenli takiplerle nutrisyonel değerlendirme ve tarama metotları uygulanmalıdır.
- Yaşlı bireylerin beslenme değerlendirilmesi sonucu saptanan riskli yaşlı grup, bireye özgü planlanmış beslenme desteği almalı ve beslenme desteğinin hem maddi hem fiziki açıdan kolay ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.
- Yaşlı nüfusla ve huzurevleri ile ilgili daha geniş alanlarda kapsamlı beslenme durumunu değerlendirme araştırmaları yapılmalıdır. Farklı popülasyonlarda yapılacak olan araştırmalar ile devlet politikalarının oluşturulması yönünden fayda gösterecektir.

- Yaşlılara sağlıklı beslenme davranış ve tutumunun oluşması için eğitim verilmeli, huzurevlerinde çalışan personel bu konuda bilgilendirilmelidir.
- Huzurevlerinde daha sağlıklı beslenme planı ve değerlendirme yapılması için her huzurevinin kendi diyetisyeni olmalıdır.



7.KAYNAKLAR

Abaoğlu H, Mutlu E, Ak S, Akı E, Anıl Yağcıoğlu A. E. Şizofrenide Yaşam Becerileri Eğitiminin İşlevselliğe Olan Etkisi: Şeçkisiz Kontrollü Bir Çalışma.Türk Psikiyatri Dergisi 2020;31(X):XX

Adıgüzel E, Acar Tek N. Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumlarına ilişkin bazı özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD) Elderly Issues Research Journal) YSAD-EIRJ 2018 / 11(1):19-25 ISSN 1308-5816

Agarwal E, Ferguson M, Banks M. Et Al. Nutritional Status And Dietary İntake Of Acute Care Patients; Results From The Nutrition Care Day Survey 2010. Clin Nutr 2012; 31(1): 41-47. Doi: 10.1016/J.Clnu.2011.08.002.

Akan H, Ayraller A, Hayran O. Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(3):106-112.

Akın S. Yaşlılarda Üriner İnkontinans. Kontinans Ve Nöroüroloji Bülteni 2015; 2: 49-54

Aksoydan E. Ankara’da kendi evinde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık ve beslenme durumlarının saptanması. *Türk Geriatri Dergisi*, (2006); 9(3), 150-157.

Aksoydan E.Yaşlılık ve Beslenme Birinci Basım : Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726 ISBN : 978-975-590-242-5 Baskı : Klasmat Matbaacılık Ankara,Şubat 2008.

Aktaş D, Şahin E, Terzioğlu F. Kadın Sağlığı Açısından Yaşlılık Ve Yaşam Kalitesi, Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:1

Alkan Ş. B, Rakıcıoğlu N. Kırılğan Yaşlılarda Beslenme, Sdü Sağlık Bilimleri Dergisi / Cilt 10 Sayı 2 / 2019, DOI: 10.22312/sdusbed.424345

Arioğul S. (Ed) Yaşlılarda Malnütrisyon Kılavuzu. Akademik Geriatri Derneği. Ankara, 22 Ocak 2013, s 66-71. <http://www.akademikgeriatri.org/files/thn-kitap.pdf>

Duru Aşiret G, Çetinkaya F. Hastanede Yatırılan Yaşlı Hastaların Kırılganlık ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. Fırat Tıp Dergisi 2018; 23 (4):184-188.

Aydın Z, D. Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçiminin Rolü. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13(4):43-48.

Bağcı Bosi T. Yaşlılarda Antropometri. Turkish Journal of Geriatrics – Geriatri 6 (4): 2003, s: 147-151.

Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnütrisyon Durumları Arasındaki İlişki. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012,10(1).

Başıbüyük Özgün G, Bektaş Y, Çınar Z, Ay F, Alan A. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Malnütrisyon Sıklığı. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED) Cilt 3. Sayı 2, Sayfa 339-348. 2017.

Baysal A. Beslenme Kitabı. 14. Baskı Hatiboğlu Yayınları. Ankara. 2012.

Baysal A. Yaşlılıkta Beslenme Kitabı. 2. Baskı Hatiboğlu Yayınları. Ankara. 2016.

Baz S, Ardahan M. Yaşlılarda Malnütrisyon Ve Hemşirelik Yaklaşımları. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt:5 Sayı:3 Aralık 2016

Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık Ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim. 2012; 25: 1-3 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı

Bilge A, Elbay G, Cürgül M, Kuru T, Şahin S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bedensel ve Ruhsal Sağlık Durumları ile Beslenme Durumları Arasındaki İlişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017,6(1),40-45

Bölükbaş N, Arslan H. Huzur Evinde Kalan Yaşlıların Psikososyal Yönlerinin İncelenmesi. Düşünen Adam; 2003, 16(4): 235-239

Cin A, Boyraz S, Öztürk V, Yaka E. Yaşlı inme hastalarında malnütrisyon. Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi 2019; 25 (3): 155-163. doi: 10,5505/tbdhd.2019.12599

Cingil D, Bodur S. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11: 3

Coşkun F. Yaşa Bağlı Solunum Fizyolojisinde Değişiklikler ve KOAH. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2015; 41 (3) 159-162.

Çevik A, Basat O, Uçak S. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Durumunun Laboratuvar Parametreleri Üzerine Olan Etkisinin İrdelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2014;6(3):31-37

Çivi S, Tanrıkulu M. Z. Yaşlılarda Bağımlılık Ve Fiziksel Yetersizlik Düzeyleri İle Kronik Hastalıkların Prevalansını Saptamaya Yönelik Epidemiyolojik Çalışma. Geriatri 3 (3): 85-90, 2000 Turkish Journal of Geriatrics.

Çorum D, Üney K. İlaçların Beslenme ve Besin Öğeleri üzerine Etkileri. Dicle Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi. 2016; :2(8):96-105

Dal Ü. Malnütrisyonu Olan Hastanın Hemşirelik Bakımı. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (2007) 74–81.

Dedeli Ö, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde İlaç Kullanımı, Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının İncelenmesi. Published online in ScopeMed (www.scopemed.org). Spatula DD. 2011; 1(1): 23-32.

Demirdağ F, Demirdağ H. Yaşlı Hastada Preoperatif Nutrisyonel Değerlendirme Türkiye Klinikleri Journal of Geriatrics-Special Topic 2016;2(3):39-44.

Dereli F, Koca B, Demircan S, Tor N. Bir Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Yeni Tıp Dergisi. 2010;27: 93-97

Derin Altundağ N.Z, Karahan İ, Çifci A. Hastanede Yatan Hastalarda Malnütrisyonu Etkileyen Faktörler. J Health Sci Med 2018; 1(3): 62-67.

Durmaz B, Soysal P, Ellidokuz H, Isik A. T. Validity And Reliability Of Geriatric Depression Scale-15 (Short Form) İn Turkish Older Adults. North Clin Istamb 2018.

Ekici E, Yetim Çolak M, Hasret Kozan E. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Beslenme Durumları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Belirlenmesi Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2019. Cilt 4, Sayı 4, 505-518.

Erdoğan T, Tunca H. Dâhiliye Polikliniğine Başvuran Geriatrik Hastaların Çok Yönlü Fonksiyonel Değerlendirilmesi ve Beslenme Durumunun İrdelenmesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2016;38:x-xx.

Ergin K. Yaşlanma İle İlgili Fizyolojik Değişiklikler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1992; 8: 2.

Göçer S, Günay O. Kayseri’de Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Depresif Belirti Düzeyleri. Euras J Fam Med 2018;7(3):116-24.

Güler G, N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların Sağlık Bakım Gereksinimleri. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2009; 31: 367-373

Güngör A. E, Arslan P. Nütrisyonunda Güncel Konular Kitabı. Birinci baskı. İstanbul Tıp Kitapevi Sy 261. 2013

Gümüş Babacan A, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli İle Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(1):13-21

Gümüş K, Ünsal A. Osteoartritli Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Türk Osteoporoz Dergisi.2014;20: 117-24. DOI: 10.4274/Tod.93723

Hastaoğlu F, Hastaoğlu E. Current Problems Of The Elderly: Poor Nutrition. Journal Of Current Researches On Health Sector. 2018, 8 (1), 89-94.

Hoca M, Türker P. F, Kıbrıs Gazimağusa’da Yaşayan Yaşlı Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Durumları Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Beslenme Diyet Dergisi. 2017;45(1):44-52.

İlhan N, Arpacı S, Havaoğlu D, Kalyoncuoğlu H, Sarı P. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Clinical and Experimental Health Sciences. 2016; 6(2): 56-65.

Kapucu S, Ünver G. Kırılğan Yaşlı Ve Hemşirelik Bakımı. Osmangazi Tıp Dergisi.2017; 39(122-129) : Doi: 10.20515/Otd.288967.

Karadakovan A. Yaşlılarda Sağlık Sorunları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.2005; 21 (2) : 169-179.

Karahan İ, Çıfci A. Malnütrisyonun Tanımı Ve Hastaların Yönetimi. J Medicine Palliati Care. 2020; 1(1): 5-9.

Karaman D, Topal K, Aksoy H, Gereklioğlu Ç. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Malnütrisyon, Depresyon Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. Pamukkale Tıp Dergisi. 2019; 12:545-553.

Kaiser Mj, Bauer J, Ramsch C. Et Al. Frequency Of Malnutrition İn Older Adults: A Multinational Perspective Using The Mini Nutritional Assessment. J Am Geriatr Soc 2010; 58(9): 1734-1738.

Keskin A. O, Uncu G, Tanburoğlu A, Özbabalık Adapınar D. Yaşlanma ve Yaşlılıkla İlgili Nörolojik Hastalıklar. Osmangazi Journal of Medicine. 2016;38 (Special Issue 1):75-82.

Koldaş Z. L. Yaşlılık Ve Kardiyovasküler Yaşlanma Nedir. Turk Kardiyol Dern Ars. 2017;45 Suppl 5: 1–4 Doi: 10.5543/Tkda.2017.40350.

Kuyumcu M, Yeşil Y, Öztürk Z, Halil M, Ülger Z, Yavuz B, Et Al. Challenges In Nutritional Evaluation Of Hospitalized Elderly; Always With Mini-Nutritional Assessment Eur Geriatr Med 2013;4(4):231-236.

Mercanlıgil S.M. Yaşlılıkta Beslenme Desteği. Beslenme Ve Diyet Dergisi / J Nutr And Diet 35(2):63-72/2008.

Meriç Ç. S, Yabancı Ayhan N. Yaşlılarda Evde Sağlık Hizmetleri Ve Malnütrisyonun Önemi. Beslenme ve Diyet Dergisi.2017;45(3):287-293.

Muradi B. A. H. Yaşlılarda Kırılganlığı Ölçmeye Yönelik Frail Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilimdalı Uzmanlık Tezi. Ankara 2017

Muz G, Özdil K, Erdoğan G, Sezer F. Huzurevi Ve Evde Kalan Yaşlılarda Su Tüketimi Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Turk Hij Den Biyol Derg, 2017; 74(EK-1): 143-150. DOI ID: 10.5505/TurkHijyen.2017.46503.

Özer E, Kapucu S. Yaşlılarda Görülen Yetersiz Beslenme Ve Risk Faktörleri. Akad Geriatri 2013, 5: 5-11

Özer E, Özdemir L. Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı Ve Hemşirenin Sorumlulukları. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.(2009) 42–51.

Özgüneş N. Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Beslenme Durumunun Taranması: Tarama Testleri Kıyaslaması (Tez). T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri

Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı, Yüksek Lisans Tezi. Tez Danışmanı Prof. Dr. Güliden Pekcan. Ankara; 2013.

Özütürker S. Erzincan'da Yaşayan Yaşlı Bireylerin Obezite Değerleri. Erzincan'da Yaşayan Yaşlı Bireylerin Obezite Değerleri, Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.2019; Sayı 2, ss. 393-403.

Pehlivanoğlu Özkan E. F, Özkan M. U, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması ve Güvenilirliği. Ankara Med J, 2018;(2):219-23 DOI: 1017098/amj.435264

Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması. Birinci Basım: Şubat 2008.Sağlık Bakanlığı Yayın No: 726. ISBN: 978-975-590-242-5. Ankara. 2008.

Rakıcıoğlu N.Yaşlıda Şişmanlık. İkinci Basım: 2012. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729 ISBN: 978-975-590-245-6. Ankara. 2012

Rakıcıoğlu N. Malnütrisyon ve Yaşlanma Anoreksisi. Arıoğlu S.(Ed.) Geriatri ve Gerontoloji. Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara. 2006.373-384.

Rakıcıoğlu N Çalışkan D, Özçimen S, Nakilcioğlu H, Parlak S, Kaya T. Ankara'da Huzurevi Ve Ev Koşullarında Yaşayan Yaşlılarda Beslenme Alışkanlıklarının Saptanması Ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. Beslenme Ve Diyet Dergisi / J N Utr And Diet 33(2): 19-30/2005.

Şahin S. Malnutrisyonun Önemi, Sonuçları, Tarama ve Tanı Yöntemleri. *Akademik Geriatri 2011 Kongre Kitabı*. Antalya. 2011 s 43-47.

Saka B. Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon. Klinik Gelişim 2012. 25: 82-89.

Saka B, Özkulluk H. İç Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Yaşlı Hastalarda Nütrisyonel Durumun Değerlendirilmesi Ve Malnütrisyonun Diğer Geriatrik Sendromlarla İlişkisi. Gülhane Tıp Dergisi Cilt 50. Sayı:3 Sy: 151-157. 2008.

Samancı Tekin Ç, Kara F. Dünyada Ve Türkiye’de Yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırma Dergisi. Cilt-Volume: 3 | Sayı: 1 | Sayfa: 219-229 | 2018.

Samancıoğlu Bağlama S, Bakır E, Köleoğlu Ş, Dişli E, Çırak K. Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi: Özürlülük ve İlaç Kullanımının Etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019; 10(2):277-281.

Saraç Z. F, Yılmaz M. Yaşlılık Ve Sağlıklı Beslenme. Ege Tıp Dergisi 2015; 54: Ek Sayı / Supplement 1-11.

Sökülmez Kaya P, Şahin G. Samsun’da Kendi Evinde Yaşayanlara Göre Huzurevinde Kalan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2015; 5(1): 22-27.

Tambağ H. Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Doyumu. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi Cilt 4. Sayı 16. 2013.

Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Evde Ve Kurumda Yaşayan 60 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Ve Yalnızlık Yaşama Durumu Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9 (1): 34-40.

Torlak M. S. Yaşlanma ve Egzersiz. Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi 3(1), 128-144. 2018.

Uçku R, Ergin S. Erbay P. Yaşlılarda Fiziksel Fonksiyonlar Hızla Değişiyor. Sağlık Ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi 1993; (L):20-23.

Umutlu S, Tekin Epik M, Türkiye’de Yaşlı Nüfus Ve Sosyal Politika Uygulamaları. Sosyal Ve Beşeri Bilimleri Dergisi. Cilt 11.Sayı 1. 2019. Issn: 1309 - 8012

Üçbilek E, Oğuz D, Sezgin O. Yaşlıda Gastrointestinal Sorunlar. Güncel Gastroenteroloji Dergisi 19/1. 2015.

Vural Kıray B, Zencir G, İnci F. H. Üç Farklı Yerleşim Alanında Yaşlıların Beslenme Durumunun İncelenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2018; 3(2): 1-7.

Yabancı N, Akdevelioğlu Y, Rakıcıoğlu N. Yaşlı Bireylerin Sağlık Ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi Beslenme Ve Diyet Dergisi 2012;40(2):128-135.

Yeter Güngör A. Nutrisyonda Güncel Konular Kitabı. Birinci baskı. İstanbul Tıp Kitapevi Sy 261. 2013

Yıldırım B, Özkahraman Ş, Ersoy S. Yaşlılıkta Görülen Fizyolojik Değişiklikler ve Hemşirelik Bakımı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2(2):19-23.

Yılmaz D, Rakıcıoğlu N. Yaşlılık Döneminde Obezite. Beslenme ve Diyet Dergisi 2012;40(1):79-87.

Yılmazer İ, Gürdağ M. Yaşlılık Ve Yaşlılıkta Beslenme. Beslenme ve Diyet Dergisi 1982.

World Health Organization (WHO). Active Ageing: A Policy Framework. 2002.

8. EKLER

EK 1. YÖNETİM KURULU KARARI

Evrak Tarih ve Sayısı: 29/05/2019-E.45162



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Esra KIRLI'nın Tez Konusu.

SBE HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 24.05.2019 tarih ve 16/21 sayılı Yönetim Kurulu Toplantısında, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 171343001 numaralı öğrencisi Esra KIRLI'nın tez konusunun, etik kurul onayı alınması kaydı ile "Manisa'da Huzurevinde Kalan Yaşlıların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi" olarak belirlenmesine OY BİRLİĞİ ile karar verildi.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.

EK 2. ETİK KURUL KARARI

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	03 / 07 / 2019 / 20.478.486		
ARAŞTIRMANIN ADI	Manisa'da Huzurevinde Kalan Yaşlıların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT		
ARAŞTIRMA EKİBİ	Diyetisyen Esra Kırılı		
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐	YÜKSEK ÜSANS-DOKTORA-TEZİ ☒	AKADEMİK AMAÇLI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	20 / 06 / 2019 / Tarih ve 26743 Sayılı; araştırma dosyası		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		
Ünvan/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvan /Adı /Soyadı
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	☐	☐	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	☐	☐	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	☐	☒	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül Güngör TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Prof. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	☒	☒	Mukadder YILMAZER Avukat
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	☐	☐	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim. Prof. Dr. Zeki ARI Başkan			

EK 3. İZİN YAZISI



T.C.
MANİSA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Halkla İlişkiler Şube Müdürlüğü



Sayı : 17753232-806.01.03-E.103947
Konu : Tez Çalışması

18/10/2019

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi : Enstitü Sekreterliğinin 26/09/2019 tarihli ve 28233352-302.08.01.05.01-E.24014 sayılı yazısı.

"Manisa'da Huzurevinde Kalan Yaşlıların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tezi çalışmalarının Belediyemiz İsmail Muammer CİDER Huzurevinde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgi ve Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Müge TÜRKELİ KUĞU
Belediye Başkanı a.
Daire Başkanı

Bu belge 5070 sayılı kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

Merkez Efendi Mah. 3819 Sok. No:80 Yunusenu/MANİSA

Bilgi için: Akif Aydın PIŞKIN

EK 4. ANKET FORMU

MANİSA'DA HUZUREVİNDE KALAN YAŞLILARIN BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Anket yapılan huzurevi hangisidir ?

1. Manisa Belediyesi-İsmail Muammer Cider Huzurevi

2. Manisa Huzurevi Vakfı Abdurrahim Ot Suphi Egemen Dinlenme Evi

3. Salihli Özel Lidya Sardes Bakımevi

2. Yaş:.....

3. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

4. Kilo

5. Boy:

6. BKİ

7. Bel Çevresi :...

8. Kalça Çevresi :...

9. Bel Kalça Oranı :...

10. Bilek Çevresi :...

11. Medeni durum: 1. Evli 2. Bekar 3. Eşi ölmüş 4. Eşinden ayrı

12. Çocuğunuz var mı? 1. Evet (ise toplam çocuk sayısı.....) 2. Hayır

13. Eğitim durumu: 1. Okur yazar değil 2. Okur yazar ancak ilköğretim bitirmemiş 3. ilköğretim mezunu 4. ortaokul mezunu 5. lise mezunu 6. Yüksekokul/üniversite mezunu

14. Yaşamınız boyunca en uzun süre yapmış olduğunuz iş neydi?.....yaptım.

15. Düzenli bir geliriniz var mı? 1. Evet 2. Hayır

16. Sağlık güvenceniz nedir? 1. SGK 2. Yeşil Kart 3. Özel Sigorta 4. Diğer.....

17. Sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığınız (süreğen kronik hastalık) var mı?

1. Evet

2. Hayır

18. Kronik hastalığınızı/hastalıklarınızı belirtebilir misiniz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

1. ☐ HT 2. ☐ DM 3. ☐ KOAH 4. ☐ Böbrek Hastalığı 5. ☐ Angina 6. ☐ Myokard İnfarktüs

7. ☐ Astım 8. ☐ Konjestif Kalp Yetmezliği 9. ☐ Artrit 10. ☐ İnme
11. ☐ Kanser –deri CA hariç 12. Diğer.....

19. Düzenli kullandığı ilaç sayısı?

20. Son üç ayda, kendinizi yorgun hissettiğiniz oluyor mu? 1. Evet 2. Hayır

21. Bir kat merdiveni rahatlıkla çıkabilir misiniz? 1. Evet 2. Hayır

22. Yürümenizde yavaşlama var mı? (Yorulmadan, rahatlıkla 100 metre yürüebilir misiniz?)

1. Evet 2. Hayır

23. Son 1 yıl içerisinde hastanenin acil servisine hiç başvurduğunuz mu? 1. Evet.....kez 2. Hayır

24. Son 1 yılda hiç hastanede yatarak tedavi gördünüz mü? 1. Evet.....kez 2. Hayır

25. Size söyleyeceğim kelimeleri dikkatle dinleyerek ben bitirdikten sonra tekrarlamamanızı istiyorum (masa, bayrak, elbise)

26. Hangi gündeyiz? 1. Doğru cevapladı 2. Cevaplayamadı

27. Hangi yıldayız? 1. Doğru cevapladı 2. Cevaplayamadı

28. Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? hatırladıklarınızı söyleyin.

1. 3'ünü de tekrar etti 2. İkisini hatırladı 3. Bir tanesini hatırladı 4. Hiçbirini hatırlamadı

Tamara	
A Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çığneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu?	
0 = besin alımında şiddetli düşüş	
1 = besin alımında orta derece düşüş	
2 = besin alımında düşüş yok	☐
B Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu	
0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı	
1 = Bilinmiyor	
2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı	
3 = Kilo kaybı yok	☐
C Hareketlilik	
0 = Yatak veya sandalyeye bağımlı	
1 = Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor	
2 = Evden dışarı çıkabiliyor	☐
D Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu?	
0 = Evet 2 = Hayır	☐
E Nöropsikolojik problemler	
0 = Ciddi bunama veya depresyon	
1 = Hafif düzeyde bunama	
2 = Hiçbir psikolojik problem yok	☐
F Vücut Kitle İndeksi (VKİ) = (Vücut ağırlığı-kg) / (Boy'un metre) ²	
0 = VKİ 19'dan az (19 dahil değil)	
1 = VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil)	
2 = VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil)	
3 = VKİ 23 ve üzeri	☐
Tarama puanı (tamamı en çok 14 puan)	☐ ☐
12-14 puan:	Normal nutrisyonel durum
8-11 puan:	Malnutrisyon riski altında
0-7 puan:	Malnutrisyonlu
Daha kapsamlı bir değerlendirme için G-R sorularını cevaplayınız	
Değerlendirme	
G Bağımsız yaşıyor (bakımevinde veya hastanede değil)	
1 = Evet 0 = Hayır	☐
H Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma	
0 = Evet 1 = Hayır	☐
I Bası yarası veya deri ülseri var	
0 = Evet 1 = Hayır	☐
J Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor?	
0 = 1 öğün	
1 = 2 öğün	
2 = 3 öğün	☐
K Protein alımı için seçilen besinler	
• Günde en az bir porsiyon süt ürünü (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor	Evet ☐ Hayır ☐
• Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketiyor	Evet ☐ Hayır ☐
• Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor	Evet ☐ Hayır ☐
0.0 = Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise	
0.5 = Eğer evet sayısı 2 ise	
1.0 = Eğer evet sayısı 3 ise	☐ ☐
L Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor	
0 = Hayır 1 = Evet	☐
M Her gün kaç bardak sıvı (su, meyve suyu, kahve, çay, süt, vb.) tüketiyor?	
0.0 = 3 bardaktan az	
0.5 = 3-5 bardak	
1.0 = 5 bardaktan fazla	☐ ☐
N Yemek yeme şekli nasıl?	
0 = Yardımsız yemek yiyemiyor	
1 = Güçlkle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor	
2 = Sorunsuz bir biçimde kendi kendine yiyor	☐
O Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi	
0 = Kötü beslendiğini düşünüyor	
1 = Kararsız	
2 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor	☐
P Aynı yaşta kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor?	
0.0 = İyi değil	
0.5 = Bilmiyor	
1.0 = İyi	
2.0 = Çok iyi	☐ ☐
Q Kol çevresi (cm)	
0.0 = 21'den az	
0.5 = 21-22	
1.0 = 22 veya daha fazla	☐ ☐
R Baldır çevresi (cm)	
0 = 31'den az	
1 = 31 veya daha fazla	☐
Değerlendirme (en fazla 16 puan)	☐ ☐ ☐
Tarama puanı	☐ ☐ ☐
Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan)	☐ ☐ ☐

29. Aşağıdaki aktiviteleri yapmaktaki becerinizi belirtiniz? (KATZ İNDEX)

	1. Bağımsız	0. Bağımlı
BANYO YAPMA	☐ Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor	☐ Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor
GİYİNME	☐ Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir (ayakkabısını bağlarken yardım alabilir)	☐ Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor
TUVALET YAPMA	☐ Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	☐ Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor
TRANSFER	☐ Yataktan kanapeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	☐ Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
KONTİNANS	☐ Defekasyon ve mesane üzerine tam kontrolü mevcut	☐ Kısmi veya tam mesane veya bağırsak inkontinansı mevcut
BESLENME	☐ Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor (yemeği başkası hazırlayabilir)	☐ Bir başkası tarafından yediriliyor veya parental beslenmeye muhtaç

BESLENME DURUM VE ALIŞKANLIKLARI

1. Öğün atlar mısınız? 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen
(cevabınız hayırsa 5. Soruya geçiniz)

2. Öğün atlıyorsanız hangi öğünü atlıyorsunuz ?

1) Sabah 2)Öğle 3)Akşam 4)Sabah-Akşam 5)Öğle-Akşam
6)Sabah-Öğle

3. Öğün atlamanızın nedeni nedir?

- 1) alışkanlığı yok
- 2) Zayıflamak/Kilomu korumak için yemiyorum
- 3) Vakit yaratamıyorum
- 4) İştahsızlık
- 5) Diğer (belirtiniz)...

4. Öğün aralarında besin tüketiyor musunuz?

1)Evet 2) Hayır 3) Bazen
(cevabınız hayırsa 7.soruya geçiniz)

5. Ara öğünlerde hangi besini tercih edersiniz? . Yanıtınız EVET veya BAZEN ise belirtiniz.

1) Çay-Kahve
çiğ sebze
6) Meyve suyu
7) Kola, gazoz, fanta v.b

2) Kek, bisküvi, cips v.b)
4) Kuruyemiş

3) Meyve,
5) Süt-Yogurt-Ayran

6. Gece kalkıp birşeyler yer misiniz? 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen

7. Yemek yeme hızınız nasıldır? 1) Hızlı 2) Normal 3) Yavaş

8. Herhangi bir diyet uyguladınız mı?
1) Evet 2) Hayır

9. Genelde iştah durumunuz nasıldır? a) İyi b) Orta c) Kötü

10. Beslenmenizi etkileyecek düzeyde çiğneme-yutma güçlüğü var mı?
a) Evet b) Hayır

11. Diş kayıplarınız var mı? (Eksik diş) a) Evet: () Tam protez kullanıyorum
b) Hayır

12. Günde kaç bardak su içiyorsunuz? Ölçü.....su bardağı veya
Miktar.....mL

Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form

Geçen hafta kendinizi nasıl hissettiniz? Aşağıdaki sorulara en doğru cevapları veriniz.

		Evet	Hayır
1	Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	☐ ₀	☐ ₁
2	Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	☐ ₁	☐ ₀
3	Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	☐ ₁	☐ ₀
4	Sıklıkla canınız sıkın mıdır?	☐ ₁	☐ ₀
5	Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi?	☐ ₀	☐ ₁
6	Sanki size kötü bir şey olacakmış gibi bir korku yaşıyor musunuz?	☐ ₁	☐ ₀
7	Kendinizi çoğu zaman mutlu hisseder misiniz?	☐ ₀	☐ ₁
8	Sıklıkla çaresiz hisseder misiniz?	☐ ₁	☐ ₀
9	Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz?	☐ ₁	☐ ₀
10	Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	☐ ₁	☐ ₀
11	Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	☐ ₀	☐ ₁
12	Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?	☐ ₁	☐ ₀
13	Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	☐ ₀	☐ ₁
14	Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	☐ ₁	☐ ₀
15	Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐ ₁	☐ ₀
0-4: Depresyon yok		5-8: Hafif depresyon	9-11: Orta düzey depresyon
			12-15: Şiddetli depresyon

EK 5.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Esra	Soyadı	AKDENİZ
Doğum yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E mail	@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek lisans	Celal Bayar Üniversitesi	2021
Lisans	Başkent Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik	2017
Lise	Sekine Evren Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl)
Diyetisyen	Form Diyet ve Güzellik-Karşıyaka/İZMİR	2017-2018
Kurum Diyetisyeni	Matemsan Kurumsal Yemek A.Ş /MANİSA	2017-2018
Kurum diyetisyeni	Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi (Seçsan Catreing Sorumlu Diyetisyeni) /MANİSA	2018-2019
Diyetisyen	Salihli Özel Medigüneş Hastanesi	2019-hala devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*					
İngilizce	orta	orta	orta					
Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	YÖKDİL	ÜDS	İELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	FCE	CAE	CPE
30	47,5							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES puanı	73	72	70

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanım becerisi
Microsoft office	iyi

*çok iyi, iyi,orta,zayıf olarak değerlendiriniz.

EK 6.TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı: Manisa'da Huzurevinde Kalan Yaşlıların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Tezime ilişkin 15/12/2020 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 12'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza

Adı Soyadı :Esra Kırli
Öğrenci No : 171343001
Anabilim Dalı :Halk Sağlığı
Programı :Tezli Yüksek Lisans

15.12.2020

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Prof.Dr.Beyhan CENGİZ ÖZYURT)

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TCOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneçiler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TCOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TCOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
- Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süzülmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelmeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri jüriye gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun sürecek gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekran görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekte yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin/9370.tr.html>

