

**İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon  
Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde  
Malnütrisyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin  
Belirlenmesi**

**Esmâ Güler**

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Beslenme ve  
Diyetetik Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi  
Kasım 2018  
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

---

Doç. Dr. Ali Hakan Ulusoy  
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

---

Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer  
Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkan  
Vekili

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

---

Prof. Dr. Halit Tanju Besler  
Eş-Tez Danışmanı

---

Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver Sarp  
Tez Danışmanı

---

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Seyit M. Mercanlıgil

---

2. Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer

---

3. Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver Sarp

---

## ÖZ

Bu araştırmada, İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin malnütrisyon durumunu değerlendirilmesi ve bu bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya toplamda 90 yaşlı birey katılmış olup, bunların 49'u (%54,4) kadın, 41'i (%45,6) erkek bireylerden oluşmaktadır.

Katılımcıların anket formu ile demografik özellikleri, malnütrisyon riski, yaşam kalitesi ve 3 günlük besin tüketim kayıtları sorgulanmıştır. Bireylerin malnütrisyon durumlarını ve yaşam kalitelerini saptamak amacıyla Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) ve Yaşam Kalitesi (SF-36) İndeksi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin MNA değerlendirme puanına göre %87'sinin 'normal nütrisyonel durum', %9'unun 'malnütrisyon olasılığı var' ve %4'ünün de 'malnütrisyonlu' olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel rol kısıtlılığı alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Yaş gruplarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin sosyal işlev ve mental rol alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Araştırmaya katılan evli yaşlı bireylerin, eşi ölmüş yaşlı bireylere göre sosyal işlev ve mental puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Tanısı konmuş bir kronik hastalığı olan yaşlıların ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal işlevden aldıkları puanların kronik bir hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Erkek yaşlıların vücut ağırlıkları, beden kütle indeksleri ve üst orta kol çevreleri arttıka malnütrisyon tarama puanının arttığı

gözlemlenmiştir ( $p<0,05$ ). Erkek yaşlıların enerji, karbonhidrat ve doymuş yağ asidi tüketimleri arttıkça, genel sağlık algısı puanları artmaktadır ( $p<0,05$ ).

Kadın yaşlıların enerji tüketimleri arttıkça, genel sağlık algısı puanları artmaktadır ( $p<0,05$ ). Kadın yaşlıların karbonhidrat (%) tüketimleri arttıkça, sosyal işlev puanları azalmaktadır ( $p<0,05$ ). Türkiye Özgü Beslenme Rehberi' ne göre günlük besin öğeleri alımlarının karşılama durumları erkeklerde %70,73, %60,98, %100'ü, kadınlarda ise %89,80, %67,35, %100'ü sırasıyla enerji, karbonhidrat, protein alımlarının yeterli miktarda olduğu saptanmıştır. Erkeklerin %80,49'u kadın bireylerin ise %83,67'sinin önerilen miktarın üzerinde yağ aldıkları saptanmıştır.

Sonuç olarak huzurevindeki yaşlı bireylerin tek başına besin alımlarıyla değil, hem demografik özellikleri hem de sağlık problemleri göz önüne alınarak malnütrisyon ve yaşam kaliteleri arasında ilişki kurulması gerektiği ortaya konmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Yaşlılık, Huzurevi, Beslenme, Malnütrisyon, MNA, SF-36 Yaşam Kalite Ölçeği

## ABSTRACT

In this research, it was aimed to evaluate the malnutrition status of elderly individuals living in İzmir Geriatric Care and Rehabilitation Center and to determine the quality of life of these individuals. A total of 90 elderly individuals participated in the study. 49 of them (54.4%) were female and 41(45.6%) were male.

Demographic characteristics, malnutrition risk, quality of life and 3-day food consumption records were questioned by participants' questionnaire. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and the Quality of Life (SF-36) Index were used to determine the malnutrition status and quality of life of individuals.

According to the MNA assessment score of elderly participants participating in the study, 87% had a 'normal nutritional status, 9% had 'a possibility of malnutrition', and 4% had 'malnutrition'. A statistically significant difference was found between the scores of the SF-36 Quality of Life Scale on the subscale of physical role according to the genders of the elderly participating in the study ( $p<0,05$ ). It was found that there was a statistically significant difference between the social function and mental role subscale scores of the SF-36 Quality of Life scale according to age groups ( $p<0,05$ ). Married elderly individuals who participated in the research were found to have higher social functioning and mental scores than elderly people whose partners died ( $p<0,05$ ). Aging pain, a diagnosed chronic disease, was found to be lower in patients with general health perception and social function than in those with no chronic disease ( $p<0,05$ ). As the body weights, body mass indexes and upper mid-arm circumference of male elders increased, the score of malnutrition screening increased ( $p<0,05$ ). It has been determined that, as the energy, carbonhydrate and saturated fatty

acid consumption of male elderly people increases, general health perception scores increase( $p < 0,05$ ).

As the energy consumption of the elderly women increased, the general health perception scores increased ( $p < 0.05$ ). As the consumption of carbohydrates (%) increased, women's social function scores decreased ( $p < 0.05$ ). Turkey Nutrition Guide based on what men meet daily nutrient intake status of 70.73%, 60.98%, 100%, while the women 89.80%, 67.35%, 100%, respectively, energy, carbohydrate, dietary protein consumption was found to be sufficient. It was found that 80.49% of men and 83.67% of women were overweight in RDA.

As a result, elderly people living in nursing homes have to be related to malnutrition and quality of life by taking into account not only nutrition but also demographic characteristics and health problems.

**Keywords:** Elderly, Nursing Home, Nutrition, Malnutrition, MNA, SF-36 Life Quality Scale

## TEŞEKKÜR

Tezimi hazırladığım süreçte yardımlarını esirgemeyen, kıymetli bilgi ve birikimlerini benimle paylaşan, tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup beni yönlendiren ve yol gösteren, başta değerli eş danışmanım olan Sayın Prof. Dr. Halit Tanju Besler'e ve danışmanım Sayın Yrd. Doç.Dr. Tevhide Ziver Sarp'a teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek Lisans süreci boyunca bana rehberlik yapan, disiplinli ve özverili çalışmalarını kendime örnek aldığım, Sayın Prof. Dr. Seyit Mehmet Mercanlıgil'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Ceren Gezer'e, Sayın Prof. Dr. Hülya Gökmen Özel'e, Sayın Prof. Dr. İrfan Erol'a, Sayın Doç. Dr. Emine Akal Yıldız'a, Sayın Yrd.Doç. Dr. Seray Kabaran'a, Sayın Öğr. Gör. Merve Yurt'a, Sayın Öğr. Gör. Eliz Arter'e, Sayın Öğr. Gör. Gözde Okburan'a, Sayın Öğr. Gör. Fatma Hülyam Eren'e, Sayın Öğr. Gör. Burcu Barbaros'a, Sayın Öğr. Gör. Sılay Dal'a, Sayın Öğr. Gör. Asiye Yeter Güngör'e, Sayın Öğr. Gör. Nezire İnce'ye teşekkür ederim.

Çalışmamın gerçekleşmesi için izin alım süreçlerinin hızlanmasını sağlayan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına, izin alım sürecinde beni yalnız bırakmayıp tüm sorunlarımla ilgilenen İzmir Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Yaşlı ve Engelli Hizmetleri Bölümü İnsan Kaynaklarına teşekkür ederim.

Araştırmamın istatistiksel değerlendirilmesinde bana yardımcı olan Sayın Sedat Yüce'ye, uzmanlık yaptığım süreçte başından sonuna kadar beni motive eden, destek sunan, yardımlarını esirgemeyen değerli arkadaşım Fırat Can'a, verilerimi girmemde bana yardımcı olan canım arkadaşım Merve Parmaksız'a teşekkürlerimi sunarım.

Manevi desteklerini benden esirgemeyen arkadaşlarım Gözde Demirel'e İlknur Kakıcı'ya, Betül Öztürk'e, Esmâ Kurt Güneş'e, Ceylan Alparslan'a teşekkür ederim.

Hayatımın her anında yanımda olan ve hep desteklerini sevgilerini hissettiğim başta kıymetli annem Sakine Güler olmak üzere, babam Ferhat Güler'e, abim Yunus Güler'e, kardeşlerim Bilal Güler ve Bekir Berk Güler'e ve eşim Mehmet Akçiçek'e teşekkür ederim.



# İÇİNDEKİLER

ÖZ .....	iii
ABSTRACT .....	iv
TEŞEKKÜR.....	vi
KISALTMALAR .....	xi
TABLO LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xv
1 GİRİŞ .....	1
1.1 Kuramsal Yaklaşım .....	1
1.2 Amaç .....	4
1.3 Hipotezler .....	4
2 GENEL BİLGİLER .....	5
2.1 Yaşlılık .....	5
2.1.1 Yaşlılığın Sınıflandırılması .....	5
2.1.2 Dünyada Yaşlı Nüfus Oranı .....	7
2.1.3 Türkiye’de Yaşlı Nüfus .....	10
2.2 Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler.....	14
2.3 Yaşlılık Döneminde Beslenme.....	16
2.3.1 Enerji .....	16
2.3.2 Karbonhidratlar .....	17
2.3.3 Proteinler .....	18
2.3.4 Yağlar .....	18
2.3.5 Vitaminler ve Mineraller .....	19
2.3.6 Lif .....	20

2.3.7 Su.....	20
2.4 Fiziksel Aktivite Durumu.....	21
2.5 Malnütrisyon .....	21
2.5.1 Malnütrisyon Tanı Kriterleri .....	22
2.5.2 Yaşlılarda Malnütrisyon .....	23
2.5.3 Huzurevinde Malnütrisyon.....	23
2.5.4 Malnütrisyon Nedenleri.....	24
2.5.4.1 Psikolojik – Nörolojik Değişiklikler .....	25
2.5.4.2 Sağlık Sorunları.....	26
2.5.4.3 Fonksiyonel Durum.....	27
2.5.5 Yaşlılıkta Malnütrisyon ve Beslenme .....	28
2.6 Yaşam Kalitesi .....	28
2.6.1 Yaşlılarda Yaşam Kalitesi .....	30
2.6.1.1 Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi .....	31
2.6.2 Yaşam Kalite Ölçekleri .....	31
3 MATERYAL VE METOD .....	34
3.1 Araştırma Yeri ve Zamanı.....	34
3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	34
3.3 Veri Toplama Yöntem ve Teknikleri .....	35
3.3.1 Yaşlı Tanıtım Formu .....	35
3.3.2 Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) .....	35
3.3.3 Short Form 36 (SF-36) Ölçeği.....	36
3.3.4 Üç Günlük Besin Tüketim Kaydı .....	38
3.4 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	38
4 BULGULAR .....	40

4.1 Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular .....	40
4.2 Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular .....	43
4.3 Katılımcıların Enerji ve Besin Ögesi Alım Miktarlarına İlişkin Bulgular .....	46
4.4 Katılımcıların Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarına Ait Bulgular.....	50
5 TARTIŞMA .....	69
5.1 Yaşlı Bireylerin Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi.....	69
5.2 Yaşlı Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi .....	73
5.3 Yaşlı Bireylerin Enerji ve Besin Ögeleri Alım Miktarlarının Değerlendirmesi	75
5.4 Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalite Ölçeği Skorlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi .....	78
6 SONUÇ .....	85
7 ÖNERİLER.....	88
KAYNAKLAR .....	90
EKLER.....	109
Ek A: Doğu Akdeniz Üniversitesi Etik Kurul Onay Formu .....	110
Ek B: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı Onay Formu.....	110
Ek C: Anket Formu .....	113
Ek D: RDA'ya Göre 65+ Bireylerin Günlük Önerilen Besin Ögeleri Alım Düzeyleri .....	124

## KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BEBİS	Beslenme Bilgi Sisitemi
BKİ	Beden Kütle İndeksi
BM	Birleşmiş Milletler
BMH	Bazal Metabolizma Hızı
CARES	Kanser Rehabilitasyon Değerlendirme Sistemi (Cancer Rehabilitation Evaluation System)
cm	Santimetre
DKK	Deri Kıvrım Kalınlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EORTC QLQ	Kanser Tedavisi ve Araştırması Avrupa Organizasyonu (The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ)
FLIC	Foksiyonel Yaşam İndeksi (Functional living index-cancer)
g	Gram
GS	Geriatrik Sendrom
KATZ	Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi
kg	Kilogram
kkal	Kilo kalori
m <sup>2</sup>	Metre Kare
mg	Miligram
MNA	Mini Nutrisyonel Değerlendirme (Mini Nutritional Assessment)
N	Toplam Kişi Sayısı

n	Grup Kişi Sayısı
NHP	Nothingam Sağlık Profili (Nottingham Health Profile)
NI	Beslenme İndeksi (Nutrition Index)
NRS	Beslenme Risk Skoru (Nutrition Risk Score)
NRS-2002	Nutrisyonel Risk Tarama-2002 (Nutritional Risk Screening)
RDA	Önerilen Diyet Toleransı (Recommended Dietary Allowance)
S	Frekans (sayı)
SD	Standart sapma
SF-36	Kısa Form 36 (Short Form 36)
SHÇEK	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
SIP	Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile)
SPSS	Statistical Package for Social Science
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
ÜOKÇ	Üst Orta Kol Çevresi
WHO-QOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
X	Aritmetik Ortalama
YY	Yüz Yıl
QL	(Spitzer Quality of Life Index)

## TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. SF-36 Alt Ölçeklerinin Düşük ve Yüksek Puanlanmaları .....	38
Tablo 4.1. Yaşlıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=90) .....	41
Tablo 4.2. Yaşlıların sağlık durumlarına ve sigara içme durumlarına göre dağılımı (n=90).....	43
Tablo 4.3. Yaşlıların yaş ve antropometrik ölçümlerine ait tanımlayıcı istatistikler (n=90).....	44
Tablo 4.4. Yaşlıların cinsiyetlerine göre enerji ve besin ögesi tüketimlerine ait tanımlayıcı istatistikler (n=90) .....	47
Tablo 4.5. Katılımcıların enerji ve besin ögesi tüketimlerinin RDA'ya göre karşılanma oranı.....	49
Tablo 4.6. Yaşlıların Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikler (n=90) .....	51
Tablo 4.7. Malnütrisyonlu ve malnütrisyon riski altındaki yaşlıların bazı özelliklerine göre dağılımı (n=12) .....	53
Tablo 4.8. Yaşlıların yaş gruplarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90).....	55
Tablo 4.9. Yaşlıların eğitim durumlarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90).....	57
Tablo 4.10. Yaşlıların huzurevinde kalma sürelerine göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90) .....	58

Tablo 4.11. Yaşlıların tanısı konmuş kronik hastalık durumlarına göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90) .....	60
Tablo 4.12. Yaşlıların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90) .....	61
Tablo 4.13. Yaşlıların tıbbi beslenme tedavisi önerilen ve bu öneriyi uygulama durumlarına göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90) .....	62
Tablo 4.14. Yaşlıların sigara kullanma durumlarına göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90) .....	63
Tablo 4.15. Erkek yaşlıların enerji ve besin ögesi alımları ile Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar (n=41) .....	65
Tablo 4.16. Kadın yaşlıların enerji ve besin ögesi alımları ile Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar (n=49) .....	67
Tablo 4.17. Erkek ve kadın yaşlıların Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar (n=90) .....	68

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Dünya Nüfus Piramidi: 2000 ve 2050.....	7
Şekil 2.2. Dünyada Çocuklar ve Yaşlıların Nüfus İçindeki Oranlarının Değişimi: 1950-2050.....	8
Şekil 2.3. 60 Yaş Ve Üzeri Kişilerin Nüfus İçindeki Oranı: 1950-2050.....	9
Şekil 2.4. 2012 ve 2016'daki Yaş Grubuna Göre Yaşlı Nüfus Oranı.....	10
Şekil 2.5. Türkiye'de Şehirlere Göre Nüfus İncelemesi.....	11
Şekil 2.6. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2075.....	12
Şekil 2.7. Nüfus Piramidi De Facto Hanehalkı Nüfusuna Göre Nüfus Piramidi, Türkiye.....	12
Şekil 2.8. Yaş Piramitleri Türkiye 2000, 2020, 2050.....	13
Şekil 2.9. Yaşlıların Gelecekte Huzurevini Bir Yaşam Tercihi Olarak Düşünme Nedenleri.....	14
Şekil 4.1. Yaşlıların Huzurevinde Kalma Sürelerine Göre Dağılımı .....	42
Şekil 4.2. Yaşlıların BKİ Sınıflamalarına Göre Dağılımı.....	45
Şekil 4.3. Yaşlıların Malnütrisyon Tarama Puanlarına Göre Dağılım.....	52



# Bölüm 1

## GİRİŞ

### 1.1 Kuramsal Yaklaşım

İnsanoğlu yaşının ilerlemesiyle birlikte, farklı dönem ve evrelerden geçmektedir. Yaşlılık dönemi ise yaşamın en son evresi olarak tanımlanmaktadır (1). Yaşlılık sözcüğü kelime anlamı olarak incelendiğinde, yaşlı olma ve ilerlemiş olan yaşın etkilerinin görülme biçimi şeklinde tanımlanmaktadır (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılık kavramını, 65-74 yaş arasında olan bireyleri “genç yaşlı”, 75-84 yaş arasında olan bireyleri “yaşlı” ve 85 yaş ve üzeri olan bireyleride ‘ileri yaşlı’ olarak tanımlamaktadır (3). Birleşmiş Milletler’in (BM) tanımında ise 60 yaş ve üzeri bireyler yaşlı olarak tanımlanmaktadır (4).

Tüm dünya nüfusunda 60 yaş ve üzeri bireyler yaşlıpopülasyon olarak değerlendirildiğinde, bu grupta bulunan bireylerin hızla büyüdüğü ve nüfusun büyük bir bölümünü oluşturduğu görülmektedir. Dünya nüfusunun %8’i 2010 yılındaki verilere göre yaşlı iken, 2050 yılında ise bu oranın yaklaşık %16’ya ulaşacağı öngörülmektedir (5).

Dünyada artış gösterildiği gibi ülkemizde de yaşlı popülasyon nüfusu artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri incelendiğinde yaşlı nüfus 2012 yılında 5 milyon 682 bin 3 kişi iken, son beş yılda bu oran %17,1 oranında artış göstermektedir. Yaşlı nüfusunun artışı ile birlikte teknoloji, bilim ve sağlık alanları da gelişmektedir. Bu gelişme ile birlikte insanların yaşamı ve yaşam kalite standartları yükselmeye başlamış, barınma, yerleşik düzen, sağlık, beslenme ve hijyen koşullarının da eski

yaşam şartlarına göre daha da iyi düzeye gelmesi sağlanmıştır. İnsanoğlunun yaşam kalitesinde meydana gelen artış, yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur. Ortalama insanların ömrü 20.yy. döneminde '40-45 yıl' aralığında iken, 2015 yılı TÜİK sonuçlarına göre, ortalama yaşam süresinin, 78 yıla kadar çıktığı belirlenmiştir (6).

Yirminci y.y.'dan itibaren gelişen teknoloji ile kırsal alanlarda yaşayan insanlar kentlere göç etmekte, bunun sonucunda da kentlere göç eden ailelerin yapılarında değişiklikler meydana gelmektedir. Geniş ve büyük ailelerin yerlerini daha küçük çekirdek aileler almaktadır. Eğitim, evlilik, herhangi bir kaza sonucu ölen veya aile bireyleriyle anlaşılmasına bağlı olarak çocukların ailelerinin yanından erken ayrılması gibi nedenlerden ötürü ebeveynler yalnız kalmaktadır. Ebeveynlerin yalnız kalmaları sonucunda ortaya çıkabilecek sorunları birçok kişi tek başına yardım almadan çözmeye odaklanmaktadır. Fakat yaşın ilerlemesiyle birlikte birçok kişinin bakıma muhtaç, hasta veya hasta olma riski ve fiziksel yetersizliği olabildiği görülmektedir. Gelişen bu süreçte yaşlı bireylerin bakımları ya kendi aile bireylerinin yanında yada devlet tarafından yaşlı bireyler için kurulan huzurevleri veya özel kuruluşlar tarafından kurulan merkezlerde gerçekleştirilmektedir.

Huzurevleri bakıma gereksinimi olan yaşlı bireylerin huzurlu, sakin bir ortam içerisinde hayatlarını devam ettirmesi ve sağlık, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla ile yatılı olarak kurulan sosyal hizmet kuruluşları olup yaşlılara hizmet vermektedir. Yaşlanma ile oluşan fizyolojik değişiklikler farklı kronik hastalıkları ortaya çıkarmaktadır. Bazı kronik rahatsızlıklar, besinlerin kısıtlanmasına, fonksiyonların azalmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (7).

Yaşın ilerlemesiyle birlikte beslenme alışkanlıkları değişmekte ve yaşlı bireylerde malnütrisyon görülmektedir. Malnütrisyon; 'doku/vücut gereksinimi için

elzem olan makro ve mikro besin öğlerinin miktar veya içeriğinin yetersiz tüketilmesi ile ortaya çıkan klinik bir durum” olarak tanımlanmaktadır (8,9). Yaşlılar toplum içerisinde yetersiz besin tüketilmesi açısından yüksek ve en riskli gruplar içerisinde oldukları için yaşlılıkda malnütrisyon, ölüm hızı ve ölüm oranları ile yakından ilişkilidir (10,11,12).

Erken dönemde malnütrisyon tanısı konulabilmesi için yapılması gerekli olan 4 önemli farklı basamak vardır. Bunlar: Yaşlının kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini içeren öykü, antropometrik ölçümlerin yapıldığı fiziki muayene, geriye yönelik beslenme öyküsü ve laboratuvar tetkik ölçümleridir. Bu nedenle malnütrisyonun taranmasında pratik bir yöntemin geliştirilmesine gerek duyulmuştur. Bu nedenle birçok tarama testi geliştirilmiştir. Klinikte sıklıkla tercih edilen tarama testleri: "Nütrisyonel Risk Taraması-2002 (NRS-2002)", "Subjektif Global Değerlendirme (SGA)" ve "Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA)" dir. Bu tarama yöntemlerinden yaşlı bireylerin beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılan MNA'nın SGA'ya göre daha uygun bir değerlendirme olduğu ve malnütrisyonun derecesini daha iyi tanımlayabileceği belirtilmiştir (8).

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde malnütrisyon sıklıkla görülebilen bir durumdur. Günümüzde Türkiye'de ve yurt dışında yapılan çok sayıda araştırma, beslenme davranışlarının yaşam kalitesi ve malnütrisyon üzerindeki etkisini gösterir niteliktedir (9,10). Diğer taraftan ülkemizde de beslenme, besin tüketimi, yaşam kalitesi ve malnütrisyon arasındaki ilişkiyi araştıran daha fazla çalışmalara gerek duyulmaktadır.

## 1.2 Amaç

Bu araştırmada, İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi ve bu bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 1.3 Hipotezler

**Ho Hipotezi:** Araştırmaya katılan İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri düşük olanlarda malnütrisyon riski daha yüksektir.

**H<sub>1</sub> Hipotezi:** Araştırmaya katılan İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kaliteleri yüksek olanlarda malnütrisyon riski daha düşüktür.

## Bölüm 2

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Yaşlılık

Yaşlılık, genel anlamıyla ilerleyen yaştın etkilerinin görüldüğü durum olarak tanımlanmaktadır (1). Buna benzer bir tanıma göre yaşlanma, insan yaşamının doğumdan itibaren çocukluk, gençlik, yetişkinlik şeklinde gelişim göstermesini ifade eden fizyolojik bir süreçtir (2). Yaşlılık kavramı fizyolojik, biyolojik, sosyal, kronolojik, hukuksal ve psikolojik boyutlara sahip bir kavram olmakla birlikte her canlıda görülmektedir. Yaşlılık süreci fizyolojik olarak normal bir süreç olup, bireyin fiziki güçlerini yavaş yavaş ve geri dönüşümsüz bir biçimde yitirmesidir (3).

Daha kapsamlı bir yaklaşımla yaşlanma; zaman sürecine bağlı olarak bireylerin değişen çevre koşullarına uyum sağlayamama ile organizmanın iç ve dış faktörler arasında denge sağlama potansiyelinin azaldığı dönem olarak tanımlanmaktadır. Yaşlanma olgusu; bu potansiyelin azaldığı dönemdeki bireylerin kişisel özelliklerine, fizyolojik ve psikolojik yetersizliklerinin düzeylerine, içinde buldukları mikro ve makro düzeydeki toplumsal çevre ve ülke özelliklerine bağlı olarak farklılıklar göstermektedir (4).

##### 2.1.1 Yaşlılığın Sınıflandırılması

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), nüfusta bulunan 65 yaş ve üzeri kişileri yaşlı olarak tanımlamaktadır. DSÖ yaş aralığına göre yaşlılığı 3 döneme ayırmaktadır. 65-74 yaş aralığındaki dönemi erken/genç yaşlılık dönemi, 75-84 yaş aralığındaki dönemi orta yaşlılık/yaşlılık dönemi ve  $\geq 85$  yaş aralığını ise ileri yaşlılık dönemi olarak

tanımlamaktadır. Yaşlılık kavramı farklı yönleriyle de incelenerek sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflamalar incelendiğinde, yaşlılığın 7 farklı şekilde sınıflandırıldığı görülmektedir (14).

**Normal yaşlılık:** Zamanın geçişine bağlı olarak, belirli bir hastalık olmaksızın yaşın ilerlemesiyle birlikte ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik olarak gerçekleşen işlem değişikliği olarak tanımlanmaktadır.

**Patolojik yaşlılık:** Sağlık sorunları ve yaşın ilerlemesine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar ile etkileşen patolojik olayların tümü olarak ifade edilmektedir.

**Sosyal yaşlılık:** Sosyal yaşlanma, zamanın akış süreci içinde edinilebilen sosyal özellikler, sosyal konum, sosyal ilişkilerin ve sosyal yönlerin değişmesi olarak ifade edilmektedir.

**Psikolojik yaşlılık:** Bireyin kişisel, mental ve davranışsal yeteneğindeki değişimler olarak tanımlanmaktadır.

**Ekonomik yaşlılık:** Yaşın ilerlemesiyle birlikte emeklilik sürecinin başlangıcının etkisiyle değişim gösteren gelir düzeyi ile bireyin yaşam biçiminde meydana gelen değişikliklerdir. Ekonomik yaşlanma, bireyin çalışma hayatını sonlandırdıktan sonra yaşadığı yaşam sürecinin belirlenmesidir.

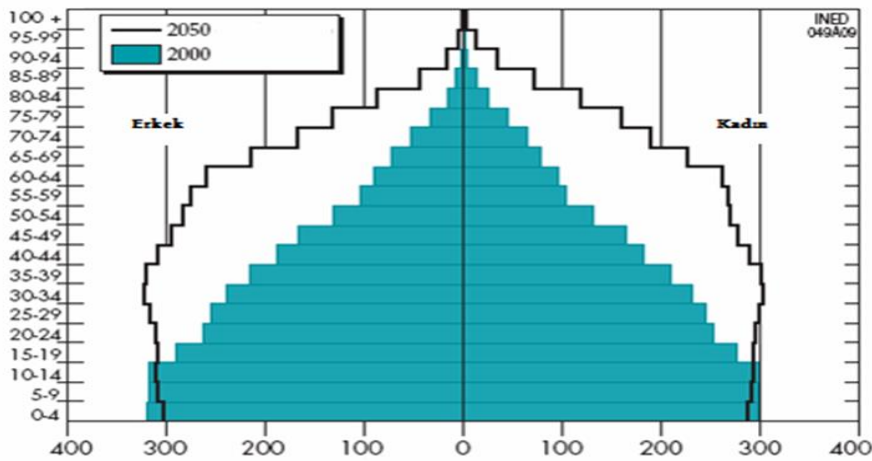
**Kronolojik yaşlılık:** İnsanın doğduğu andan itibaren geçmiş olan yaşını tanımlamaktadır. Geçmiş olan zamana göre, bir yıllık zaman birimleri esas alınarak yapılan yaşlılık tanımı olarak da ifade edilmektedir.

**Biyolojik yaşlılık:** İlk yumurtanın döllenişmesiyle birlikte başlayan ve devam eden, tüm yaşam boyu da süregelen doğal bir süreçtir. Zaman ile birlikte bireyde gerçekleşen anatomik, fizyolojik ve morfolojik değişimler olarak ifade edilmektedir (13,15,16).

### 2.1.2 Dünyada Yaşlı Nüfus Oranı

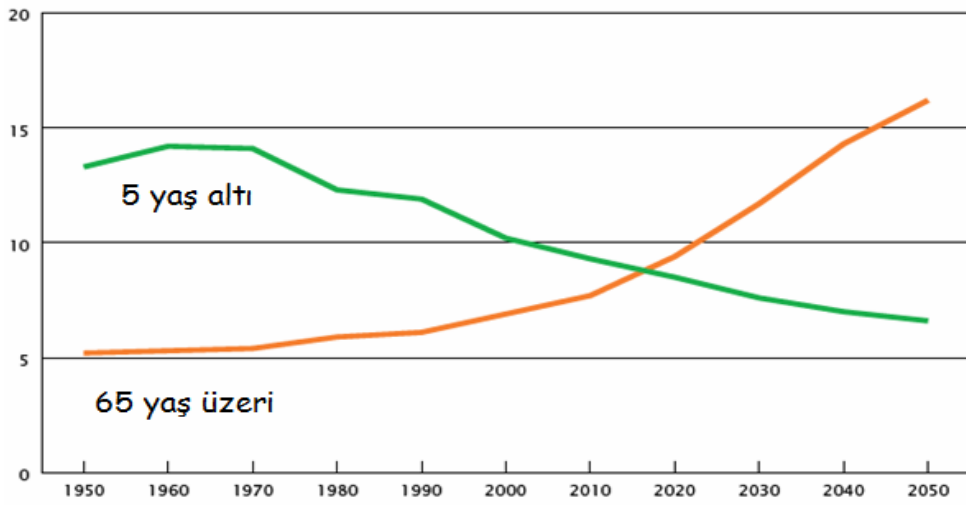
Dünyada toplumsal yapıda gelişen değişikliklere, kalkınma ve gelişme politikalarının ilerlemesine ve tıp alanında elde edilen yeniliklerin sonucunda yaşam yılının uzamasına paralel yaşlı popülasyonda hızla artış göstermektedir. Yaşlı popülasyonu yayınlanan verilere göre her yıl dünyada %5 artış gösterdiği bildirilmektedir. Dünyadaki genel nüfus artışı ile yaşlı nüfus artışı kıyaslandığında yaşlı nüfus artışının daha hızlı olduğu görülmektedir. Gözlenen artış hızına dayanarak dünyadaki yaşlı nüfus yüzdesinin 50 yılda iki katından daha fazla artacağı tahmin edilmektedir. Bu sayılar yaş gruplarına ve bölgelere göre farklılık göstermektedir. Günümüzde en fazla yaşlı nüfusun bulunduğu ülkeler gelişmişlik düzeyinin ileri olduğu ülkelerdir (17, 18).

Birleşmiş Milletler'in (BM) ortaya koyduğu güncel veriler incelendiğinde 2000 ve 2050 yılları arasındaki dünya nüfus değişimleri Şekil 2.1'de gösterilmektedir (19).



Şekil 2.1. Dünya nüfus piramidi: 2000 ve 2050 (19)

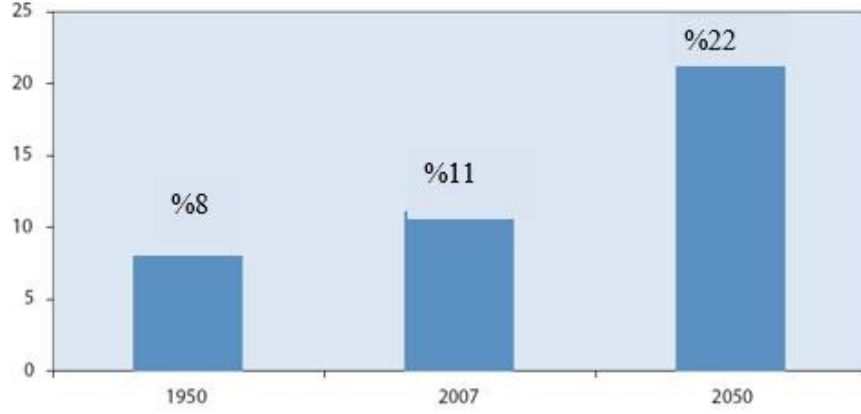
BM'nin açıklamalarına göre dünyada 60 yaş ve üzeri yaşlı birey sayısı 2013 yılında 841 milyon iken, 2050 yılında 2 milyar'a ulaşacağı tahmin edilmektedir. 2013'ün verileri ile karşılaştırma yapıldığında bu artışın 2050 yılına dek iki katından daha fazla olabileceği beklenmektedir. 2047 yılı için ön görülen istatistiksel değerler 5 yaş altı çocuk sayısının azalacağı, 65 yaş yaşlı birey sayısında ise artış olacağı Şekil 2.2.'de gösterildiği gibi beklenmektedir (19).



Şekil 2.2. Dünyada çocuklar ve yaşlıların nüfus içindeki oranlarının değişimi:1950-2050 (19)

BM'nin 1950 ve 2050 yılları arasındaki yaşlı nüfusu ile toplam nüfus içindeki oranlarına ilişkin belirttiği tahminler Şekil 2.3.'de gösterilmektedir (20, 21).





Şekil 2.3. 60 yaş ve üzeri kişilerin nüfus içindeki oranı: 1950-2050 (20,21).

Günümüzde Avrupa Birliği (AB), yaşlı nüfus oranının en yoğun olduğu bölge olup, yeni ülkelerin katılımı ile birlikte yarım milyar civarı nüfusa sahip olacağı ön görülmektedir. Avrupa Birliği'nde yaşayan yaşlı nüfus oranının önümüzdeki 50 yıl içinde iki katından daha da fazla artış göstereceği tahmin edilmektedir.

Avrupa'da 2000 yılında nüfus oranlarının incelendiği araştırmada, toplam nüfusun %20'si 60 yaş ve üzeri, %15'i ise 65 yaş üzeri bireylerden oluştuğu gözlemlenmiştir. Bu oranların 2050 yılında sırasıyla %35 ve %30'a yükseleceği tahmin edilmektedir (11).

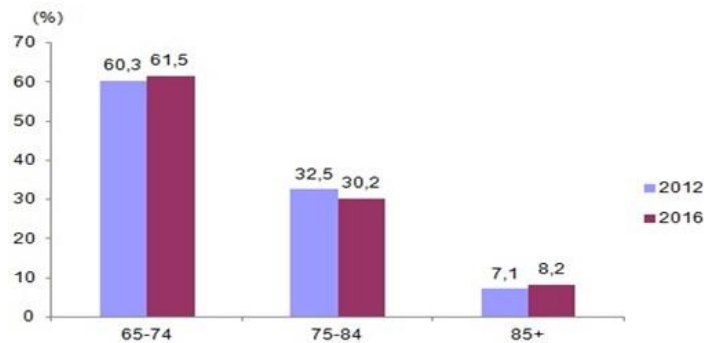
Yirminci yüzyıl, ortalama yaşam süresinin uzaması açısından bir devrime tanıklık etmiştir. Ortalama yaşam süresi, 1950-2000 yılları arasında 20 yıldan 66 yıla yükselirken, 2050 yılına kadar 10 yıl daha artması beklenmektedir (20).

Dünyada 2000 yılında 600 milyon olan 60 yaş üzeri nüfusun, 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı ve 1998 yılında %10 olan yaşlı nüfus oranının, 2025 yılında %15'e çıkacağı tahmin edilmektedir. Gelecek 50 yıl içinde, yaşlı nüfusun dört kat artması ve bu artışın gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmesi öngörülmektedir. Asya ve Latin Amerika'da, yaşlı oranının 1998-2025 yılları arasında %8'den %15'e, Afrika'da ise %5'den %6'ya, Avrupa'da %20'den %28'e, Kuzey Amerika'da %16'dan %26'ya

yükseleceği iddia edilmektedir. HIV/AIDS pandemisi ve sosyo-ekonomik zorluklarla mücadelenin devam ettiği Sahra Altı Afriyfa ülkelerinde, artış oranının Asya ve diğer Afrika ülkelerindeki artışın yarısı kadar olabileceği tahmin edilmektedir (23).

### 2.1.3 Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Türkiye’nin nüfus yapısı geçmiş yıllara göre oldukça değişim göstermiştir. Son 20 yılda, doğurganlık hızı ve ölüm hızı düşmüş, doğumda beklenen yaşam süresi ve ortalama yaş artmıştır. Bu değişiklikler sonucunda, 65 yaş ve üzeri kişilerin toplam nüfus içindeki payı artış göstermiştir. 1990 yılında %4,3 olan yaşlı nüfus oranı 2000 yılında %6’ya yükselmiştir. Bu oranların 2025 yılında %9,1’e, 2050 yılında ise %18,2’ye yükselmesi beklenmektedir. TÜİK’in yayınladığı verilere göre Türkiye’deki yaşlı nüfus 2012 yılında 5,682,003 iken, 2016 yılında bu nüfus 6,651,503’e yükselmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2012 yılında %7,5 iken, 2016 yılında %8,3’e yükselmiştir. TÜİK verilerine göre; 2012 yılında yaşlı nüfusun %60,3’ü 65-74 yaş grubunda, %32,5’i 75-84 yaş grubunda ve %7,1’i  $\geq$  85 yaş grubunda bulunurken 2016 yılındaki verilere bakıldığında ise sırasıyla %61,5, %30,2 ve %8,2 olduğu belirtilmektedir. Bu veriler Şekil 2.4’de gösterilmiştir (24).

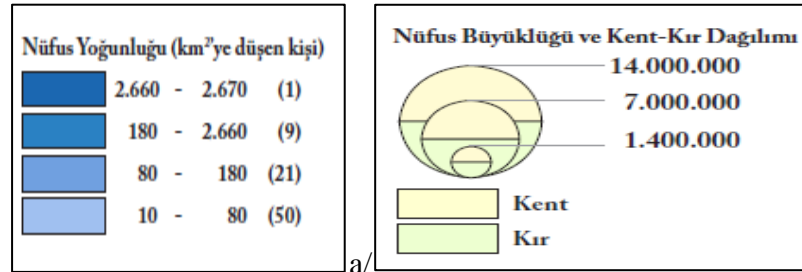
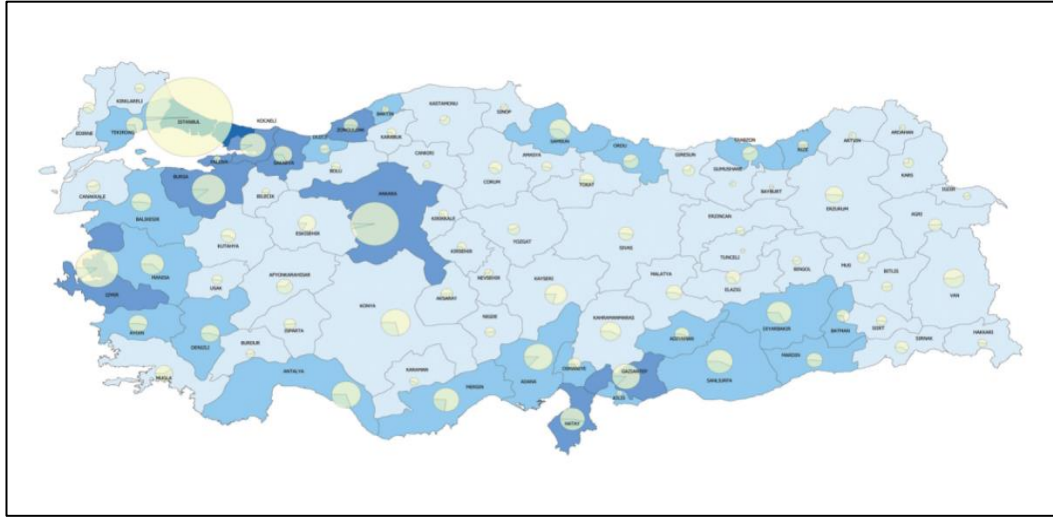


Şekil 2.4. 2012 ve 2016’daki yaş grubuna göre yaşlı nüfus oranı (24)

Dünya ile paralel olarak Türkiye’de de yaşlı nüfusta artış gözlenmektedir. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) raporu incelendiğinde, 2008 yılına kadar

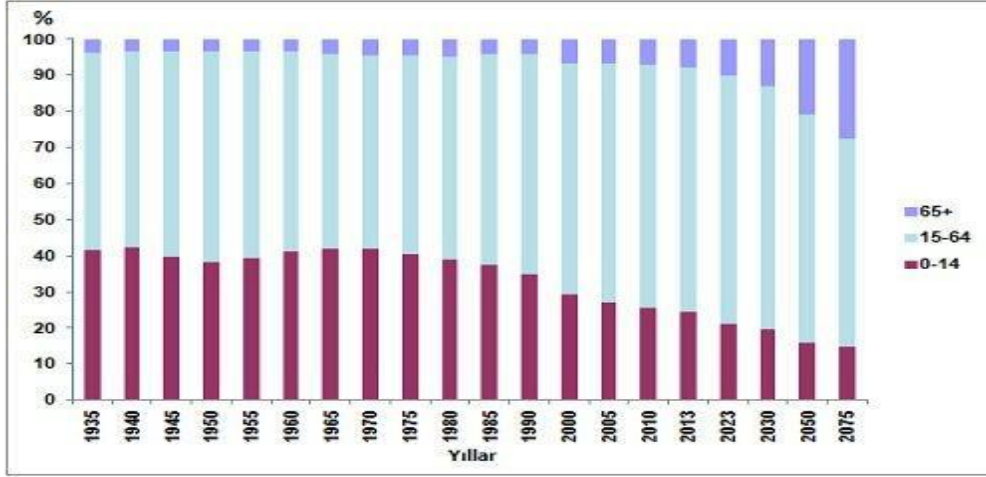
yükselen ve %7'ye ulaşan yaşlı popülasyonun, 2050 yılında toplam popülasyonun %15-16'sını oluşturarak 12 milyona ulaşacaktır (25).

Türkiye nüfus incelemesi yapıldığında yoğunlaşma eğiliminin büyük şehirler de olduğu Şekil 2.5'de gösterilmektedir (7).



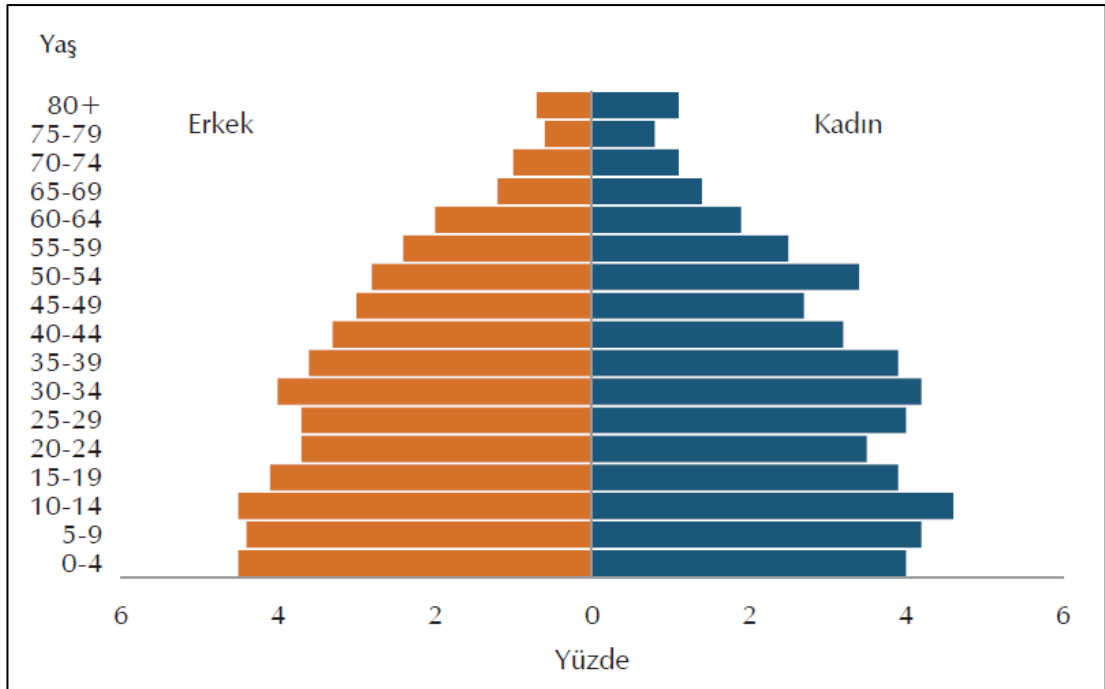
Şekil 2.5. Türkiye'de şehirlere göre nüfus incelemesi (7).

Türkiye'de yapılan araştırmalara göre, yaş grupları incelendiğinde 1935-2075 yılları arasındaki nüfus oranı Şekil 2.6'da gösterildiği şekilde olacağı tahmin edilmektedir.



Şekil 2.6. Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı, 1935-2075 (26).

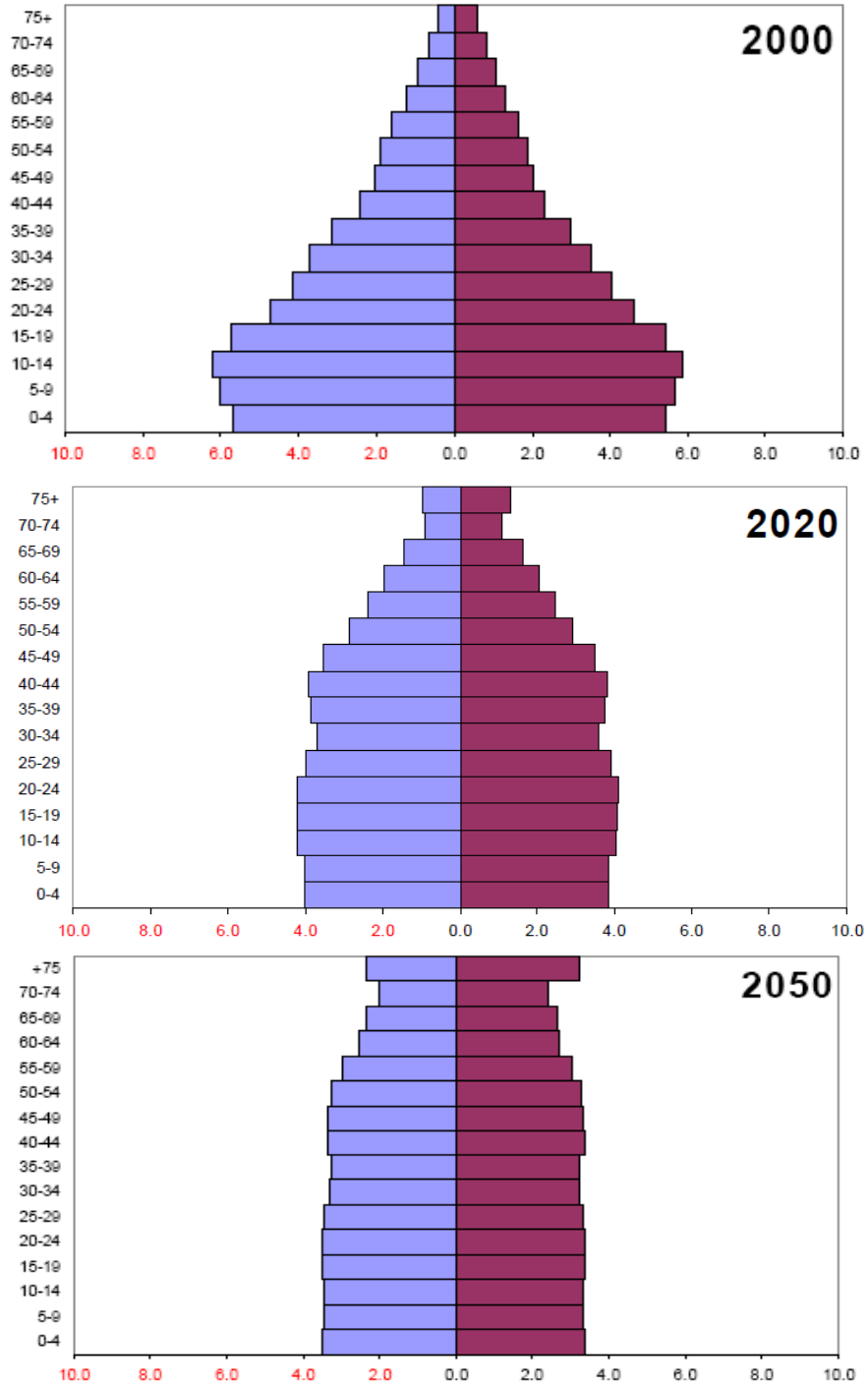
2013'te Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) rapor sonucuna göre ortaya çıkan veriler ise Şekil 2.7'de verilmiştir (22).



Şekil 2.7. De facto hane halkının nüfusuna göre olan nüfus piramidi, Türkiye 2013 (22).

Yaş piramitleri, genel olarak ülke nüfusunun yaş yapısını görsel olarak gösteren yöntemlerden biridir. Türkiye nüfusunun, yaş gruplarının yıllara göre

öngörülen ortalama değerleri Şekil 2.8.'de gösterilmiştir. Şekilde 2000, 2020 ve 2050 olarak seçilmiş yıllar için oluşturulan yaş piramitleri yer almaktadır (27).



Şekil 2.8. Yaş piramitleri Türkiye 2000, 2020, 2050 (27).

Aile yapısı araştırma sonuçları incelendiğinde 2016 yılında yaşlı bireylerin kendilerine bakamayacak kadar yaşlandıklarında huzurevinde kalmayı tercih ettikleri ve onlara sunulan haklar ve hizmetlere sahip olmak istedikleri sonucuna ulaşılmıştır (27).



Şekil 2.9. Yaşlıların gelecekte huzurevini bir yaşam tercihi olarak düşünme nedenleri, 2016 (27).

## 2.2 Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler

Sosyal hizmetler, yaşlılara özel hizmetler sunan kurumlardır. BM tarafından hazırlanıp sunulan yaşlı ilkelerinde, yaşlı bireylerin ailesi ve çevresindeki toplum tarafından desteklenmesi, yaşlı bireyler de gereksinimi olanlara ise uygun bakım hizmetlerinin sağlanması ve bunların yanında yaşlıya yönelik gerçekleşecek olan hizmetlerin çoğunun devlet tarafından destek verilip ihtiyaçlarının sağlanması gerektiği bildirilmektedir (28). Gelişmiş ülkelerde yaşlılar için devlet tarafından kurulan yaşlı bakım merkezleri kendi aralarında kurum olarak ayrı hizmet vermektedir. Örneğin, yaşlı bireyin sağlık durumuna, gelir düzeyine ve bağımsız yaşayıp-yaşayamama durumuna göre farklı kurumlar bulunmaktadır. Belediyeler,

yaşlıların ikamet edebilmesi için huzurevi, ücretsiz muayene, ilaç yardımı, besin ve yakacak desteği yapmakta ve belediye otobüslerinden ücretsiz veya indirimli yararlanmalarını sağlamaktadır. Belediyelerin yanı sıra Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı da yaşlılara sosyal hizmetler sağlamaktadır. Bunlar, huzurevi, özel huzurevi, yaşlı bakım hizmet merkezleri, alzheimer hastası yaşlılar için gündüzlü bakım merkezi, kurum bakım hizmeti, evde bakım hizmeti ve yaşlılık aylığıdır (29).

Gelişmekte olan Türkiye, yaşlı nüfusa çeşitli sosyal hizmetler sunmaktadır. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması 2011 yılı verilerine göre, Türkiye’de yaşlıların en önemli gelir kaynağının sosyal transferler olduğu belirtilmektedir. Sosyal transferler, hanelerde yaşanan maddi yetersizliklerden veya hanede yaşayan bireylerin gereksinimlerini karşılayamamalarından dolayı devlet veya bazı kurum ve kuruluşlar tarafından karşılıksız olarak yapılan sağlık hizmeti, ürün-hizmet ve nakdi yardımlardır (30).

Türkiye’de yaşlılara verilen hizmetler 1963 yılında ilk defa Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı’na bağlı olarak kurulan “Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü” kamu hizmetleri kapsamın da yer almıştır. 1982 yılında Anayasanın 61. maddesinde yaşlıların devlet tarafından korunacağı belirtilmiş ve yaşlılara yapılacak olan yardımlar yasalar ile belirlenmiştir (31).

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın kurulması ile 633 sayılı Kanun Hükmünde olan Kararname ile 08/06/2011 tarihinde, Özürlüler İdaresi Başkanlığı ile Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğüne (SHÇEK) bağlı olan Özürlü Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı ile Yaşlı Bakım Hizmetleri Dairesi Başkanlığı birleştirilmiştir. Bu iki kurumun birleşmesiyle ‘Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ isimli kurum kurulmuş ve 3/5/2013 tarihinde 28636 sayılı olan Resmi Gazete’de yayımlanması ile yürürlüğe girmiş olduğu duyurulmuştur. 6462

sayılı kanunla genel müdürlüğün adı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak değiştirilmiştir (32). Bugün Türkiye’de yaşlılarla ilgili hizmetler bu kurum tarafından yönetilmektedir.

### **2.3 Yaşlılık Döneminde Beslenme**

Yeterli ve dengeli beslenme olarak bilinen sağlıklı beslenme her yaş grubu bireyler için önemlidir. Fakat yaşın ilerlemesi ile bireylerin yemek yeme alışkanlıklarında değişiklikler ve farklılaşmalar meydana gelmekle birlikte besinlere olan gereksinimler de değişiklik göstermektedir (7). Yaşla birlikte bireylerin bağışıklık sistemleri zayıflamaktadır. Yaşlanma ile vücudun besinlerle bulaşan ve diğer bulaş riski olan enfeksiyon etkenlerine karşı savunma mekanizması eskisi kadar etkinlik gösterememektedir. Bu nedenle yaşlı bireylerde enerjiye, proteine, B<sub>12</sub> vitaminine, folata, D vitaminine, riboflavine, çinkoya, kalsiyuma, demire ve daha birçok besin öğelerinin alımına özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir (33).

Yaşlılık döneminde bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması; yaşlı bireylerde sağlığın devamlı olarak korunması, iyileştirilmesi, geliştirilmesi, yaşam yılındaki sürenin ve bu yıllardaki kalitenin artırılmasında büyük önem taşımaktadır (33,34).

#### **2.3.1 Enerji**

İnsan vücudu solunumdan sindirime her aktivite için enerjiye gerektirmektedir. Protein, karbonhidrat ve yağın vücutta kullanılması sonucu gerektirilen enerji ortaya çıkmaktadır. İhtiyaç duyulan enerji kişilere göre farklılık göstermektedir (35).

Yaşlılarda; vücudun çalışma hızının ve fiziksel aktivitenin azalmasından dolayı genellikle enerji ihtiyacı da azalmaktadır. Bu azalma elli yaşından sonraki her on yılda bir ortalama %5 olarak hesaplanmaktadır. Bazal metabolik hız (BMH), bireyin enerji



harcamasında dikkat edilen bileşenlerinden biridir. Yetmiş yaşında olan bir bireydeki BMH 18-30 yaş aralığındaki bireylere göre yaklaşık olarak %9-12 daha düşüktür. Yaşlılar günlük almaları gereken enerji gereksinmesinin belirlenmesinde, olması gereken ideal vücut ağırlığının yanı sıra yaşam şekli de önem taşımaktadır (35,36).

Yaşlılar genellikle sedanter yaşam sürdürdüklerinden dolayı fiziksel aktivite düzeyleri hafif aktif olarak kabul edilmektedir. İdeal vücut ağırlıklarının kilogram başına günlük olarak 30-35 kilokalori (kcal)/gün enerji almaları önerilmektedir. Ayrıca, farklı fiziksel aktivite düzeyi olan bireylerin, ideal vücut ağırlıklarının korunması için BMH hesaplanırken 1.4-1.8 katı alınarak da günlük alması gereken enerji gereksinmesi kısaca hesaplanabilmektedir. Yaşlılıkta günlük alınan enerjinin 1500 kkal'in altına düşmemesine özen gösterilmelidir (36). Yaşlılarda günlük alınması gereken enerji miktarı hesaplanırken bireylerin varsa kronik hastalıkları da göz önünde bulundurulmalıdır (33).

### **2.3.2 Karbonhidratlar**

Karbonhidratlar insan vücudunun enerji ihtiyaçlarının büyük bir kısmını karşılayan besin öğeleridir. Günlük enerji gereksinimlerinin karbonhidratlardan karşılanma oranı yaşlı bireylerde ortalama %50-60 civarındadır (36). Karbonhidrat alımı daha çok "kompleks" yapıdaki kaynaklardan sağlanmalıdır. Kompleks karbonhidratlar, temel olarak tahıl, tahıl ürünleri ve kurubaklağillerdir.

Karbonhidratların yaşlı bireylerdeki önemi incelendiğinde, kalın barsakların düzenli çalışmasını ve hızının artmasına neden olur bununla birlikte kabızlığı önlemeye yardımcı ve beyindeki fonksiyonel işlevlerin yerine getirilmesini sağlar (37,38).

### 2.3.3 Proteinler

Yaşlı bireylerin vücutlarının fonksiyonel bütünlüğünü sürdürebilmesi için optimal önerilen günlük protein ihtiyacı 1,5 gr/kg/gün'dür. Enerjinin proteinden gelen oranı yaşlılar için %15-20 civarındadır (39,40). Travma ve cerrahi operasyon geçirmiş olup hastaneye yatışı yapılmış yaşlı bireylerde ise protein ihtiyacı normal yaşlı bireylere göre daha fazladır (41). Böbrek, karaciğer vb. organ yetersizliklerinde ise protein alımına dikkat edilip kısıtlanması gerekir. Yaşlı bireylerde beslenmeye bağlı olarak protein tüketimi azalmaktadır. Protein alımının azalması yaşlı bireyin fiziksel fonksiyonlarını ve genel sağlığını önemli derecede etkileyebilmektedir (40).

Yaşlı bireylerde protein alımının önemi, hücrelerin yenilenmesi, bağışıklık sisteminin güçlenmesi, kas, doku yapısının korunması, güçlendirilmesi, kırık ve incinmelerin daha hızlı iyileşme süreci için önemlidir (38).

### 2.3.4 Yağlar

Yaşlılar günlük beslenmelerinde almaları gereken toplam enerjinin %25-30'unu yağdan sağlarlar. Sağlıklı beslenmede besinlerin yağ içeriği önemli olduğu kadar yağ asit örüntüsünün de oranları önemlidir. Doymuş ve çoklu doymamış yağ asitlerinin enerjileri %8-10'dan az, tekli doymamış yağ asitleri için ise toplam enerjinin %15'i kadar olmalıdır (42,43). Diyet kolesterol içeriği günlük olarak 300 mg'ın altında tutulması gerekmektedir. Beslenme ile hayvansal yağ alımı yüksek olan bireylerdekan kolesterol yüksekliği, hipertansiyon, kanser, şişmanlık ve kalp damar vb. hastalıklar yaygın olarak görülebilmektedir. Bu hastalıklardan korunmak amacıyla margarin, kuyruk yağı, tereyağı vb. gibi katı olan yağların tüketilmemesine özen gösterilmelidir (38,42). Yağlar; yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E ve K) vücuda alınmasını, kullanılmasını ve çalışmasını sağlayan bazı hormonların yapımı için gereklidir. İhtiyaç durumundan daha fazla alındığında ise vücutta depolanır ve

yetersizlik durumunda vücuda enerji sağlar. Vücutta yapımı olmayan dışarıdan alımı gerçekleşen elzem yağ asitleri (omega-3 omega-6) vücutta bağışıklılığın güçlenmesine, depresyondan korunmaya, kalp damar hastalığı riskini azaltmaya ve birçok mekanizmaların da etkisiyle kemik sağlığını etkilediği ve güçlendirdiği bildirilmiştir (42).

### **2.3.5 Vitaminler ve Mineraller**

Bireylerin yaşlılık döneminde enerji gereksinimi azaldığından dolayı enerji metabolizmasında görevli olan ve vücut için gerekli olan vitamin ve minerallerin alımında da azalmalar meydana gelmektedir. Vitaminler insan vücudunda minerallerin yardımı ile fonksiyon ve özelliklerini gösterirler. Mineral eksikliği insanlara vitamin eksikliğinden daha fazla zarar vermektedir. Gerekli miktarlarda vitamin ve minerallerin alımı besinler aracılığı ile sağlanmalıdır (43).

Vitamin ve mineraller yaşlılık döneminde, bağışıklık sistemini güçlendirerek bireylerin hastalıklara karşı direnç oluşturmaya, kemik ve diş, göz ve deri sağlığının korunmasına, kasların güçlenmesine, kolesterolün düşürülmesine, kalp damar hastalıklarından korunmasına ve beyin fonksiyonlarının güçlendirilmesine, unutkanlık, bunama, depresyon gibi sorunları önlemeye yardımcı olurlar (37).

Günümüzde sağlıklı erişkinler günlük önerilen ölçülerde sebze ve meyve, süt ve süt ürünleri, et ürünleri ve tahıl ürünlerini tüketmeleri gerekmektedir. Bunların tüketilmemesi durumunda vücutta bazı vitamin ve mineral eksiklikleri görülmektedir. Özellikle yaşlı bireylerde vitaminlerden C, B<sub>12</sub>, B<sub>1</sub> ve folik asit vitaminleri, minerallerden ise; kalsiyum, magnezyum ve çinkonun eksikliklerine sık rastlanmaktadır. Bu eksikliklerin görülmesinden dolayı genellikle yaşlıların diyetine ilave ek olarak vitamin/mineral takviyeleri verilmesi önerilmektedir (44)

### **2.3.6 Lif**

Yaşlı bireylerde günlük lif ihtiyacı 25-30gr'dır. Çözünmeyen lif sindirilemez ve yaşlı bireylerde sık karşılaşılan konstipasyon durumunu önlemede dışkı hacminin artmasında yardımcı olur (45,46). Lif tüketimini arttırmak için günlük beslenmede tüketilecek olan besinlerin yanı sıra sebze, meyve ve taneli olan besinlerin alınması önerilmektedir. Her gün düzenli olarak 3-4 porsiyon sebze, 2-3 porsiyon meyve tüketilmesi U.S. Department of Agriculture (USDA) tarafından önerilmektedir (46). Lif, bağırsak hareketlerinin hızlanmasına ve böylelikle kabızlığın önlenmesine yardımcı olur ve yaşlı bireylerde, birçok hastalıktan korunmada etkilidirler (37). Kan şekeri düzeyinin dengelenmesi ve şeker hastalığından korunmada, kan kolesterol düzeyinin düşürülmesinde, şişmanlığın önlenmesinde, bağırsak kanserinden korunmada da etkileri vardır (47,48). Lif, safra asitinin günlük emilimini azaltıp, LDL-kolesterol ve total kolesterol seviyelerini de düşürmektedir (38).

### **2.3.7 Su**

Yetişkin bireylerde vücudun ortalama %60'ı su iken yaşın ilerlemesiyle birlikte bu oran ortalama olarak %50'ye kadar düşebilmektedir. Suyun vücutta bu oranların altına düşmesi risk oluşturmaktadır. Susuzluk hissi yaşın ilerlemesine bağlı olarak azalmakta ve susama hissinin kaybı sonucu da vücuda yeterli miktarda su alınamamaktadır. Böyle durumda vücuttaki su oranı %50'nin altına düşebilmekte ve hayati fonksiyonlarda riskler gelişebilmektedir (44).

Gün boyu insan vücudundan ortalama 2.5 lt su atılımı gerçekleşmektedir. İdrar, solunum, dışkı vb. gibi yollarla su atımı meydana gelmektedir. Sağlıklı yaşlı bireyler için günlük tüketilmesi gereken su miktarı kilogram başına 30 mL olarak önerilirken pratik olarak incelendiğinde 1,5-2 lt arası tüketilmesi gerekmektedir (35,44).

Su, tüketilen besinlerin midede sindirimine, emilimine, taşınmasına, organların ve dokuların çalışmasına, vücuttaki zararlı atıkların vücuttan uzaklaştırılmasına, eklemlerin kayganlığına yardım etmektedir (37).

## **2.4 Fiziksel Aktivite Durumu**

Yaşlı bireylerin sağlığı korumak için sağlıklı ve dengeli beslenmenin yanında fiziksel aktivite yapması gerekmektedir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireyler enerji gereksinimi azaldığından dolayı ideal vücut ağırlığını korumak için fiziksel hareketliliği arttırmaları gerekmektedir (49).

Kas gelişimi ve kemik güç kuvvetinin devamlılığı fiziksel aktivite ile sağlanmaktadır. Düzenli olarak yapılan fiziksel aktivite ile kalp ve akciğer sağlığının devamı, kan basınç düzeyinin azalması, kan kolesterol düzeyinin normal sınıra gelmesi, insüline karşı olan duyarlılığın artırılması ve birçok parametrenin normal düzeyde olmasına yardımcı olmaktadır. Fiziksel aktivitenin düzenli olarak yapılması bireyin kas gücünü arttırmaktadır. Artan kas gücü, yaşlı bireyin düşme ve kemik kırıklığı riskini de azaltmaktadır (53,50).

Şişman olan veya kronik hastalıkları olan bireylere, MNA testi ve üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) ölçümü uygulanmalı ve çıkan sonuçlara göre malnütrisyon olan veya riskini taşıyan yaşlı bireyler için bireye özgü uygulanabilecek özel bir diyet programı ile fiziksel aktivite programı hazırlanmalıdır. Diyetisyen ve fizyoterapist tarafından kişiye özel olarak hazırlanan diyet ve egzersiz programları huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin de artırılmasına yardımcı olmaktadır (25).

## **2.5 Malnütrisyon**

Malnütrisyon vücudun ihtiyacı olan besin ile, alınan besin miktarı arasında meydana gelen dengesizlik sonucu oluşan beslenme eksikliği veya fazlalığı olarak tanımlanmaktadır (51). Malnütrisyon, dokuların gerek duyduğu makro ya da mikro

besin ögelerinden vücudun eksik kalması sonucunda oluşan yapısal yetersizlikler ve organ fonksiyon bozukluklarının ortaya çıkması olarak da ifade edilmektedir. Malnütrisyon, yaşlı popülasyonda yüksek prevalansta görülürken, morbidite ve mortaliteyi de artıran önemli bir etkidir (18).

Malnütrisyon durumu, yaşlılarda ve çocuklarda sıklıkla gözlenen bir durumdur. İnsanlar, yaşlandıkça besin tüketiminde değişimler olmaktadır. Öncelikli olarak besin tüketiminin azalması ile ilgili değişiklikler görülmekte, yetersiz besin tüketimi yağlı ve yağsız vücut dokularında oluşan kayıplarla birlikte malnütrisyon gelişmektedir (20).

### **2.5.1 Malnütrisyon Tanı Kriterleri**

Yaşlı bireylerde malnütrisyon oluşmasına neden olan veya malnütrisyonun şiddetlenmesini sağlayan birçok etken vardır. Akut ve kronik hastalıkların sonucunda ortaya çıkan beslenme sorunları yaşlılarda malnütrisyon oluşumunu tetiklemektedir (25).

Malnütrisyon göstergesi olarak yaşlılarda ilk bakılması gereken vücut ağırlığıdır. Altı aydan kısa bir sürede yaşlı bireyde kendi arzusu dışında 4.5 kg'lık ağırlık artışı veya azalması bireyin kötü beslendiğinin göstergesidir. Farklı bir ölçüm kriteri ile 1 ayda sahip olunan vücut ağırlığının  $\geq\%5$  veya 6 ay içinde  $\geq\%10$  oranında kaybolması malnütrisyon olarak değerlendirilebilmektedir (45).

Bir ayda sahip olunan ağırlığın  $\geq\%10$  oranında kaybedilmesi veya 1 aydan daha az sürede  $\geq\%15$  oranında kaybın olması şiddetli malnütrisyon olarak değerlendirilmektedir (25). Malnütrisyon tanısını koymak için ilk olarak genel beslenme durumunun saptaması, bireyin tıbbi geçmiş öyküsü, gün içerisinde tüketilen yiyeceklerin diyet hikayesi, antropometrik tüm ölçümleri, fiziksel olarak yapılan

testleri ve laboratuvar verileri alınmalıdır. Malnütrisyon tanı testi bunlarla birlikte değerlendirilmelidir (52).

### **2.5.2 Yaşlılarda Malnütrisyon**

Malnütrisyon fizyolojik etkisini başlıca vücut bileşimindeki zararlı değişiklikler oluşturarak göstermektedir. Yağ dokusunda ve yağsız vücut kütleindeki azalma malnütrisyonundaki ilk değişikliktir. Beslenme yetersizliği sonucunda immün yanıtın değiştiği, enfeksiyonun sıklığı ve şiddetinde artış olduğu gözlemlenmektedir. Yaşlı bireylerde malnütrisyonun biyokimyasal tanımlayıcıları, 24 saatlik idrarda kreatinin düzeyi, albümin, prealbümin, transferrin, retinol bağlayan protein, lenfosit sayısı, demir, çinko ve serum kolesterol düzeyi olarak kabul edilmektedir (25). Yaşlı bireylerde malnütrisyonu saptarken besin tüketimleri ve klinik belirtilerin yanında vücut ağırlıkları da baz alınarak değerlendirme yapılmalı ve izlem gerçekleştirilmelidir (45).

### **2.5.3 Huzurevinde Malnütrisyon**

Huzurevi, belirli bir yaşa ulaşmış olan insanların, belirli bir bağış veya ücret karşılığında yaşadıkları bakım evleridir. Ülkemizde de huzurevlerinin sayısında sürekli artış görülmektedir. Malnütrisyon oranları huzurevleri veya bakımevleri gibi kurumlarda kalan yaşlı bireylerde %60'lara kadar yükselmektedir (53). Bu artış beslenme yetersizliğine bağlı olarak gerçekleşebilmektedir. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların beslenmelerine ilişkin beslenme programı hazırlanıp uygulanması, hastalığı olan yaşlı bireyler için hastalığına özel uygun diyet programının hazırlanması ve her öğünde çıkan yemeklerin kalitelerinin korunması malnütrisyon açısından önemlidir (54). Kurumlarda çıkan menü listeleri, yaşlıların yaşadıkları kültürel özelliklere ve beslenme alışkanlıklarına uygun olmalıdır (55). Kişiye uygun beslenme ve kişiye özel

olarak yapılan bakım hizmetinin sağlanmasıyla huzurevinde yaşayan kişilerin yaşam kalitelerinin artması sağlanmalıdır (56,57).

Akademik Geriatri Derneği tarafından 2013 yılında gerçekleştirilen ‘Türkiye huzurevleri ve bakımevleri nutrisyonel durum değerlendirme projesi (THN-Malnütrisyon)’ sonuçlarına göre yaşlı bireylerdeki malnütrisyon riski ortalama %38.3 iken, malnütrisyon oranı ise %11.9 saptanmıştır. Bireylerde yetersiz beslenme prevalansı evde yaşayan yaşlılarda ortalama %5-10 iken, kurumda yaşayan yaşlılarda ortalama %30-60, hastanede kalan yaşlılarda ise bu oran %35-65 olarak saptanmıştır (58).

Avrupa’da yapılan çalışmalarda malnütrisyon durumu incelendiğinde, evde bakım hizmetinden yararlanan yaşlı kişilerde malnütrisyon görülme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Serbest yaşayan yaşlı bireylerin %8-13’ün de, toplum içinde yaşayıp işlevsel bağımlı olan yaşlı kişilerin %25’in de, bakımevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin ise, malnütrisyon oranları ortalama %19-38 olarak saptanmıştır (59).

#### **2.5.4 Malnütrisyon Nedenleri**

Yaşlı bireylerin besin alım düzeylerini etkileyen birçok etken bulunmaktadır. Yaşlı bireylerde yetersiz beslenmeye neden olabilecek etkenlerin bilinmesi, malnütrisyon için koruyucu önlemlerin alınmasına ve uygun tedavi için planın oluşturulmasına olanak sağlamaktadır (60). Yaşlı bireylerde yetersiz beslenmeye neden olabilecek etkenler, fizyolojik değişimler, akut ve kronik hastalıklar, diş ve ağız problemleri, polifarmasi, maddi sıkıntılar, alışverişi tek başına yapamama, yemek hazırlayamama ve yeyememe gibi çevresel etmenler malnütrisyonun gerçekleşmesinde oldukça önemli rol oynamaktadır (61).

Malnütrisyon nedenleri:

- İlaçlar (digoksin, teofilin, fluoksetin vb.)



- Emosyonel sorunlar (Örnek; depresyon)
- Anoreksiya, alkolizm
- İlerleyen yaş paranoyası
- Yutma bozuklukları, disfaji
- Oral etmenler
- Yoksulluk
- Konuşma bozukluğu, demans
- Hipertiroidi, hipotiroidi, hiperparatiroidi, hipoadrenalizm
- Enterik sorunlar (Örnek: Malabsorpsiyon)
- Yeme sorunları, beslenememe
- Düşük tuzlu, düşük kolesterolü diyetler
- Sosyal sorunlar (Örnek: İzolasyon, güçsüzlük, engeller) (60).

Malnütrisyon nedenlerini genel olarak 4 başlık altında toplamak mümkündür.

1. Psikolojik/nörolojik değişimler
2. Sağlık sorunları
3. Fonksiyonel durum
4. Sosyo-ekonomik durum (58).

#### **2.5.4.1 Psikolojik Nörolojik Değişiklikler**

Yaşın ilerlemesi ile psikolojik ve nörolojik fonksiyonlarda değişiklik belirtileri görülmektedir (58). İlk olarak yavaş yavaş telefon numaraları, kişi isimleri, günlük gerçekleşen olayları yarım hatırlayıp tam olarak birleştirip hatırlayamama, dikkat dağınıklığı, çevreyle iletişim bozukluğu gerçekleşmektedir. Sosyal alanla ilişkiler azaldıkça yalnızlık düşüncesi derinleşmekte, bireyler huzursuz ve negatif kederli düşüncelere dalmaktadırlar. Eskiye göre daha çok öfkeli, kırılgan ve şüpheli olabilirler (62). Bireyin korku duyması, depresyona girmesi, eşini kaybetmesi, yalnız

hissetmesi, stres yaşaması gibi psikolojik durumlarda iştahında azalma olabilmektedir. Alkolizm ve demans da bunların yanı sıra malnütrisyonu tetikleyen nedenler arasında yer almaktadır (58).

Yaşlı bireylerin psikolojik durumlarının daha da iyi olabilmesi için, sosyal ortamlar ayarlamak ve günlük yaşamın içinde olduklarını onlara hissettirmek gerekmektedir. Yaşlı bireylere arkadaşlarıyla konuşabilecekleri yerler, kendilerine yakın hissettikleri ve becerilerini yapabilecekleri yada yeni hobiler edinebilecekleri ortamlar sağlanması dahilinde bireylerin aldıkları sorumluluk bedensel ve zihinsel sağlıklarına olumlu katkı sağlamaktadır (58).

Yaşlıların psikolojik değerlendirilmelerinin yapılmasında, çeşitli ölçüm araçları kullanılarak durum saptaması yapılabilmektedir. Yesavage Geriatrik Depresyon Skalası, Folstein Mini Mental Durum Değerlendirmesi, Neugarten Yaşam Doyumu Ölçeği, Lawton Philadelphia Geriatri Merkezi Moral Skalası gibi özel ölçekler yaşlı bireylerin değerlendirilmesinde kullanılan özel ölçeklerdir (63,64).

#### **2.5.4.2 Sağlık Sorunları**

Yaşlılık döneminde oluşan sağlık sorunları diğer dönemlerden farklı özelliklere sahiptir. Yaşın ilerlemesiyle birlikte birden fazla kronik hastalık ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda en çok karşılaşılan sağlık sorunlarının başında kalp hastalıkları, solunum sistem hastalıkları, böbrek, diyabet, kanser, serebrovasküler rahatsızlıklar, osteoartrozlar, dermatolojik hastalıklar, geçirilebilecek kazalar, enfeksiyonlar, çiğneme ve yutma sorunları, görme, gastrointestinal sorunlar, idrar tutamama, guatr, eklem ağrısı, yüksek tansiyon, işitme kaybı, romatizma, polifarmasi, duyu kayıpları vb. rahatsızlıklar görülebilmektedir. Görülen sağlık sorunları içerisinde ölüm oranı en yüksek olan hastalıklar; kalp-damar, serebrovasküler ve kanser gelmektedir (65,66). Bu hastalıklar yetersiz ve dengesiz beslenmeye neden

olabilmekte ve besin tüketimini azaltmaktadır. Hastalıklara ek olarak protein enerji malnütrisyonu (PEM) da yaşlı bireylerde görülebilmekte ve kronik hastalıklarla ilişkili olabilmektedir (67,68).

Protein Enerji Malnütrisyonu; beslenme yetersizliği olan ve besin alımında farklı miktarlarda alınan protein ve enerji eksikliğinin sonucunda oluşan bir durumdur. PEM'e genellikle vitamin ve mineral yetersizlikleri eşlik etmektedir. Minerallerden; demir, kalsiyum, selenyum ve çinko vitaminlerden ise; tiamin (B<sub>1</sub>), pridoksin (B<sub>6</sub>), kobalamin (B<sub>12</sub>), folat (B<sub>9</sub>) ve D vitamini yetersizlikleri görülmektedir (69,70). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan yaşlı bireylerde malnütrisyon görülme sıklığı daha fazladır. Malnütrisyonun böbrek yetmezliği ile de ilişkili olduğu bilinmektedir. Bireyin yaşlanması ile kullandığı ilaçların artması da besin öğelerinin vücutta kullanımını ve emilimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (71).

#### **2.5.4.3 Fonksiyonel Durum**

Yaşlı bireyler, genetik yapılarına eklenen çevresel etmenler ve sahip olduğu kronik değişikliklerin etkisi ile yetişkin bireye göre fizyolojik olarak farklı bir yapıya sahiptir. Bu nedenle farklı rahatsızlık nedenleri ile doktora gidebilmektedirler. Yaşlı bireylerde genellikle tipik şikayetler gözlenmektedir. Bu semptomlar ile görülen ve hastalık tanımı olarak tam ifade edilemeyen klinik durumların tanımlanabilmesi için geriatric sendrom (GS) terimi kullanılmaktadır. Bir başka ifade ile GS, yaşlı bireylerde sıklıkla gözlenen, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen klinik durumlar olarak tanımlanmaktadır (72).

Malnütrisyon, geriatric popülasyonda yüksek prevalansta görülen ciddi morbidite ve mortalite nedeni olan önemli bir geriatric sendromdur. Geriatric sendromların literatürde uzlaşmış kriterleri bulunmamaktadır. Bundan dolayı tedavi

esnasında bu duruma neden olabilecek durumlar araştırılmalı ve ona göre tedavi yolu izlenmelidir (57,68).

Yaşlı bireylerde malnütrisyon durumunun erken tanımlanması, bu durumun ortadan kaldırılması için uygulanan tedavinin daha etkili olmasını sağlamaktadır. Erken tanı sayesinde yaşlı bireyler sağlıklı olarak bağımsız bir hayat sürdürebilmektedir (73).

### **2.5.5 Yaşlılıkta Malnütrisyon ve Beslenme**

Beslenmede temel amaç gerek duyulan enerji, protein ve sıvının karşılanması, yaşlı bireyin uygun vücut ağırlığını koruması, vitamin ve mineral eksikliklerinin de birlikte giderilmesidir (74). Tarama yöntemi ve testlerin sonucu doğrultusunda malnütrisyon olan veya malnütrisyon gelişme riski olduğuna karar verilen hastalara, beslenmelerini arttırmak için ek destek tedavi verilmelidir. Destek tedavi iki farklı şekilde yapılabilmektedir.

1. Yaşlı bireyin ağızdan beslenmesinde problem yoksabir diyetisyen ile birlikte ağızdan besin alımının desteklenmesi sağlanmalıdır. Daha fazla enerji alımlarını arttırmak için destek ürünler önerilmelidir.
2. Ağızdan beslenemeyen kişilere enteral ve parenteral beslenme destek ürünleri, ile besleme yapılmaktadır (75).

### **2.6 Yaşam Kalitesi**

ABD’de 1960’lı yıllarda siyaset ortamındaki tartışmalardan kaynağını alan yaşam kalitesi, o senelerden sonra yaygın kullanılan bir kavram haline gelmiş ve kendi yaşamına bakış açısı olarak değerlendirilmekte ve yaşam memnuniyeti, yaşam doyumu ve mutluluk ile aynı anlamda kullanılmaktadır. ABD’de o senelerde yaşam kalitesinin düzeltilmesi, hükümetin ilk hedefi olmuş ve yaşam kalitesini olumlu yönde

etkilemek amacıyla gelir/kazanç, sağlık, eğitim ve barınmayı içeren objektif yaşam durumlarının daha iyi hale getirilmesi gibi çalışmalar yapılmıştır (76).

Yaşam kalitesi kavramı, bireylerin sosyal, psikolojik ve ekonomik gibi yönlerden refah düzeylerinin artış göstermesi şeklinde ifade edilebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartları ve ilgilerini algılamaları olarak tanımlamaktadır (76).

Yaşam kalitesi fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat veya manevi boyutla ilgili endişeler olmak üzere altı alanı içermektedir (76,77).

Yaşam kalitesi kavramı ile yaşamı her açıdan tüm yönleri ile değerlendirmek amaçlanmaktadır. Bundan dolayı neredeyse her bilimsel disiplinin, yaşam pratiğinin ve toplumdaki her faaliyetin ilgi alanına girmektedir (78). Örneğin, tıp biliminde çalışma yapanlar psikolojik, biyolojik ve klinik sonuçlar yönünden değerlendirme yaparken sosyal bilimler alanında çalışanlar ise psikolojik ve sosyal iyi olma hali yönünden değerlendirme yapmaktadır. Yaşamın birçok alanı ve kişiden kişiye değişkenlik gösteren değerler yaşam alanı çerçevesinde bulunmaktadır. Fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılımı sağlayan aktivitelerde tatmin olma durumu, boş zaman aktiviteleri, psikolojik durum, fonksiyonel yetenek, emosyonel, manevi ve cinsiyet yönünden iyi olma hali, aile ve arkadaşlarla ilişkilerde tatmin olma durumu, gelecek ile ilgili oryantasyon gibi yaşam kalitesi göstergeleri, bireyin karakterine, yaşamı algılayış biçimine, sosyo-kültürel alışkanlıklarına bağlı olarak değişmektedir. Yaşam kalitesinin bulunduğu düzeyden daha yükseğe çıkarılması toplum psikolojisinin esas hedeflerindedir. Yaşam kalitesi hem objektif hem de sübjektif boyutları bulunan, birey ve çevre arasındaki ilişkilerin kalitesidir (32).

## 2.6.1 Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Bireylerin yaşlanması ile hayatlarında değişimler meydana gelmekte ve bu değişimler sahip oldukları yaşam kalitesini de etkilemektedir. Bununla birlikte yaşlanma ile meydana gelen sorunlar, yaşam kalitesinde belirleyicidir. Bireyin ve toplumların yaşlanması göz önünde bulundurulursa yaşlılık durumu, hem bireysel hem de toplumsal anlamda yaşam kalitesini belirleyen öncelikli olgudur.

Yaşlı bireylerin yaşam kalitesi bir çok etmene bağlıdır. Bunlar;

- Ekonomik gelir ve sosyal güvencelerinin olması
- Güven duydukları ortamda yaşamaları
- Belirli bir düzen ve konfora sahip olan yerlerde olmaları
- Aktif ve sosyal bir yaşantılarının olması
- Olumlu düşünce içinde olması
- Eğlenebileceği ve zevk alıp mutlu olduğu aktivitelerinin olması
- Kişiler tarafından itibar görmesi ve değer verilmesi
- Otonomisinin olması
- Mahremiyetlerine saygı gösterilmesi
- Bireysel olan özel alanına saygı gösterilmesi
- Huzur ve refah içinde olması, dini inanç ve düşünce değerlerine değer verilmesi
- Evde sağlık ve evde bakım hizmetlerini kullanabilmesi
- Bireysel kendi bakımını yapabileceği eğitim alması
- Bütüncül yaklaşımlarla bireyin değerlendirilmesi
- Öğrenme ve üretme haklarının karşılanması (14,76).

Yaşlılarda sağlıklı ve dengeli bir yaşam tarzının oluşturulması, denge ve hareket bozukluklarının önlenmesi, sık görülebilen hastalıkların daha erken saptanıp ilaçla

önlenmesi, çoklu ilaç tedavilerinden mümkün olduğunca uzak durulması ve bunlar gibi birçok müdahaleler ile hastalıkların kontrol altında tutulması ile yaşlı bireylerin yaşam kalite düzeyleri artırılabilir (78,79).

### **2.6.1.1 Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi**

Huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireyler aynı çatı altında yaşadıkları halde hayatları ve yaşam kaliteleri farklılık göstermektedir. Huzurevlerinde çalışma hayatlarına devam eden, huzurevinde bulunan sosyal aktivite kurslarına giden veya hiçbirşeyle ilgilenmeyen kişiler de bulunmaktadır (80). Huzurevlerinde yaşlı bireylere özel olarak, dinlenme salonu, televizyon salonu, el işi atölyeleri ve oyun salonu gibi sosyal olanaklar sunulmaktadır. Kurumda yaşayan yaşlılar sosyal çevreden ve aileden uzaklaştırıldığı için sosyal çöküntü içine girmektedir. Yaşlı birey çevreyi tanıma ve denetleme olanakları ile kendini kabul etmekte ve kendisine saygı duymaktadır. Bu olanaklar elinden alındığı zaman birey soyutlanmakta ve kendini değersiz hissetmeye başlamaktadır. Bundan dolayı kendi iç dünyalarında sorunlar yaşamakta ve kendini izole ederek toplumdan geri çekilmektedir. Bu sebeple kurumlarda yaşayan yaşlılar için sosyal destek önemli bir olgudur. Yaşlı bireyin yakın arkadaşlarından ve oda arkadaşlarından sosyal destek alması yaşam kalitesini olumlu yönde ve önemli bir oranda etkilemektedir (29).

### **2.6.2 Yaşam Kalite Ölçekleri**

Yaşam kalitesi ölçümü, bireyin rolü, ruh hali, hastalık ve benzer durumlarda kişinin deneyimleri, genel psikolojik durumu, mutluluk ve yaşamdan duyduğu tatmin gibi kavramları esas alarak nitel ölçüleri, nicel ve uygulama araçları ile bir araya getirmektedir. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçülürken belirtiler, semptomlar ve ortalama yaşam uzunluğu dikkate alınmaktadır. Sağlığa bağlı yaşam ölçümleri için klinik araştırmalarda genelde mortalite ve morbidite ön plandadır. Morbidite

ölçümünde biyokimyasal test sonuçları, semptomlar ve hasta bireyin işlevlerini yerine getiremediği günler baz alınmaktadır (77).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, “Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonları algılaması” olarak tanımlamaktadır. DSÖ bu kaliteyi ölçmek için bir modül geliştirmiştir. Bu modülün yaşlılara yönelik geliştirilen WHOQOL-OLD isimli farklı bir formatı bulunmaktadır. WHOQOL-OLD modülünün, “özerklik”, “geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri”, “sosyal katılım”, “ölüm ve ölmek” ve “yakınlık” olmak üzere 5 boyutu bulunmaktadır (69).

Türkiye’de yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş birçok farklı ölçek bulunmaktadır. Bu ölçekler genellikle uluslararası alanda kullanılan ölçeklerin Türkçe’ye uyarlanmış formlardır. Yetişkinleri değerlendirmek için hazırlanmış olan yaşam kalitesi ölçekleri genel ve hastalıklara özgü olmak üzere farklı alanlarda kullanılmaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda gerçekleştirilen genel ölçekler;

- Kısa Form 36 (Short Form 36; SF-36)
- DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHO-QOL)
- Hastalık Etki Profili (SIP): Nothingam Sağlık Profili (NHP)
- KATZ Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi
- Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ)
- EuroQol
- Mc Master Sağlık İndeksi

Hastalığa özgü ölçekler:

- FLIC Foksiyonel Yaşam İndeksi - Kanser
- EORTC QLQ (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu)



- CARES (Kanser Rehabilitasyon Değerlendirme Sistemi)
- BACT (Kanser Tedavisinin Fonksiyonel Olarak Değerlendirilmesi)
- QL (Spitzer Yaşam Kalitesi Dizini) (82, 83).

## **Bölüm 3**

### **MATERYAL VE METOD**

#### **3.1 Araştırma Yeri ve Zamanı**

Bu araştırma, Ağustos – Ekim 2017 tarihleri arasında İzmir ilinde bulunan İzmir Huzur Evi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 90 yaşlı birey ile yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 10.07.2017 tarihli ve ETK00-2017-0216 sayılı kararı doğrultusunda “Etik Kurul Onayı” alınmıştır (EK-A). Ayrıca bu çalışmanın İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yapılabilmesi için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'ndan 23.08.2017 tarihli ve 73595336-605.01-E.91070 sayılı kararı ile onay alınmıştır (EK-B).

#### **3.2 Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde yaşayan 120 yaşlı birey araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Sağlık durumları ve gönüllülük esasları dikkate alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden 90 yaşlı birey çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılmak için gönüllü olmayan, kurumda sürekli yaşamayanlar, konuşabilecek düzeyde olmayanlar, demansı ve alzheimer hastası olanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

### **3.3 Veri Toplama Yöntem ve Teknikleri**

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırma konusu doğrultusunda literatür bilgileri taranarak ve uzman görüşleri alınarak araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu kullanılmıştır (Ek-C).

Yaşlı bireylere uygulanan anket formu; demografik özelliklerin alındığı yaşlı tanıtım formu, mini nutrisyonel değerlendirme (MNA) ölçeği, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve 3 günlük besin tüketim kaydı olmak üzere 4 ayrı bölümden oluşmaktadır.

#### **3.3.1 Yaşlı Tanıtım Formu**

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylere yapılan anketin birinci bölümünde yaşlıların demografik verileri sorgulanmaktadır. Bu formda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve var olan hastalıkları sorgulayan 11 soru yer almaktadır.

#### **3.3.2 Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA)**

Anketin ikinci bölümünde yaşlı bireylerin malnütrisyon skorlarını belirlemek amacıyla Mini Nutrisyonel Değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. MNA, 1994 yılında Toulouse Üniversitesi, New Mexico Tıp Fakültesi ile İsviçre Nestle Araştırma Merkezi arasındaki işbirliği ile geliştirilmiş bir ölçektir. MNA ilk kez 600'den fazla yaşlı bireyin katıldığı üç çalışma ile birlikte test edilmiştir ve 1994 yılında Guigoz ve ark. tarafından yayınlanmıştır (84). Türkiye'de en son Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarıkaya (85) tarafından 2013 yılında yapılmış olup Cronbah  $\alpha$  katsayısı (güvenilirlik) 0,61 olarak bulmuştur. Yayınlandığından itibaren birçok dile çevrilmiş olan MNA, birçok bilimsel-akademik yayında nutrisyonel durum değerlendirmesi amacıyla kullanılan bir değerlendirme ölçeğidir. Birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (74, 84, 86). Bu ölçekte 15 tanesi sözel sorgulama, 3 tanesi antropometrik ölçümlere dayalı olmak üzere 18 soru yer almaktadır.

MNA iki aşamalı bir ölçektir. İlk aşamada tarama soruları bulunmaktadır. Bu bölüm 14 puan üzerinden değerlendirilmektedir. İkinci kısımda değerlendirme bölümü bulunmaktadır. Değerlendirme bölümü de 16 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçeğin sonunda alınan puanlar toplanarak çıkan değere göre malnütrisyon durumu değerlendirilmektedir: “24-30 puan” alan bireylerde malnütrisyon riski yok, “23.5 - 17 puan” alanlarda malnütrisyon risk olasılığı var, “<17 puan” aşağı alanlarda ise malnütrisyon var şeklinde sonuçlar değerlendirilmektedir (85, 86).

### 3.3.2.1 Antropometrik Ölçümler

MNA testinde yer alan antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baldır çevresi, bel çevresi, üst orta kol çevresi ve kalça çevresi) esnemeyen mezura, duvara monteli boy ölçer ve dijital tartı ile birlikte ölçülmüştür.

**Vücut ağırlığı** : 100 gr'a hassas dijital tartı aleti ile ölçülmüştür.

**Boy uzunluğu** : Yerden uzunluğunun doğruluğu teyit edilen boy ölçer ile birlikte ayakta ve ayakkabız ölçüm yapılarak gerçekleştirilmiştir.

**Üst orta kol çevresi** : Bisepsin en geniş kısmından bireyin sol tarafından esnemeyen mezura ile birlikte ölçülmüştür.

**Beden kütle indeksi (BKİ)** : Ölçülen vücut ağırlığının kg cinsinden boy uzunlununun ise metre cinsinden karesine alınıp bölünmesi ( $\text{kg/m}^2$ ) ile elde edilir (69). BKİ <18.50  $\text{kg/m}^2$  bulunan yaşlı bireyler düşük kilolu, 18.50–24.99  $\text{kg/m}^2$  olanlar normal kilolu, 25.00–29.99  $\text{kg/m}^2$  olanlar hafif şişman ve  $\geq 30.00$   $\text{kg/m}^2$  olanlar ise obez kabul edilmiştir (87).

### 3.3.3 Short Form 36 (SF-36) Ölçeği

Anketin üçüncü bölümünde yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini değerlendirmek için Ware ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilen (81) ve Türkiye’de R. Pınar ve ark. tarafından 1995 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış SF-36

ölçeği kullanılmıştır (88). Bu ölçekte 36 soru yer almaktadır. Bu 36 soru 8 boyutu ölçmektedir. Bunlar; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emasyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel alđılanmasıdır. SF-36 ölçeğinin her bir bölümü farklı şekilde değerlendirilmektedir (88). SF-36ölçeğinde toplam puan hesaplaması söz konusu değildir. Boyutların puanlarının hesaplanması; alınan ham puandan en düşük ham puanın çıkarılması, çıkan sonuç ile olası ham puanun bölünüp yüz ile çarpılması sonucu alt ölçeklerin boyut skoru sonucu ortaya çıkmaktadır (88, 89). Fiziksel fonksiyon alt ölçek puanının yüksekliği fiziksel aktivitelerinde herhangi bir sorun olmadan yerine getirildiğini, fiziksel rol kısıtlılığı alt ölçek puanının yüksekliği fiziksel sağlık olarak işte yada kurumda günlük aktivitelerin sorunsuz devam ettiğini, sosyal fonksiyon alt ölçeğinin yüksekliği fiziksel yada duygusal sorunlar olmadan toplumsal etkinliklere katılım göstermede sorun olmadan katılım gösterildiği, ağrı alt ölçeğinin yüksekliği bireyin ağrısının ya da ağrıya bağlı kısıtlılıklarının olmadığını, ruhsal sağlık alt ölçek puanının yüksekliği bireyin sürekli sakin, mutlu ve rahat oldukları, emasyonel rol kısıtlılığı alt ölçek puanının yüksekliği , duygusal sorunlara bağlı günlük etkinliklerde sorun olmaması, canlılık alt ölçeği puanının yüksekliği bireyin sürekli canlı ve enerjik olduğunu, genel sağlık algısı alt ölçeği puanının yüksekliği sağlığın daha iyi olduğunu göstermektedir (89). Tablo 3.1'de SF-36 ölçeğinin düşük puan ve yüksek puan alımlarının değerlendirilmesi gösterilmiştir (89).

Tablo 3.1. SF-36 Alt Ölçeklerinin Düşük ve Yüksek Puanlanmaları (89)

ALT ÖLÇEKLER	DÜŞÜK PUAN	YÜKSEK PUAN
<b>Fiziksel fonksiyon</b>	Yıkama ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
<b>Rol kısıtlılıkları-fiziksel</b>	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
<b>Sosyal Fonksiyon</b>	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
<b>Ağrı</b>	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
<b>Ruhsal sağlık</b>	Sürekli sinirlilik, endişe ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
<b>Rol kısıtlılıkları-emosyonel</b>	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
<b>Canlılık</b>	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
<b>Sağlığın genel algılanması</b>	Sağlığının kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığının mükemmel olduğuna inanma

$$Boyut Skoru = \frac{\text{alınan ham puan} - \text{en düşük ham puan}}{\text{Olası ham puan aralığı}} \times 100$$

### 3.3.4 Üç Günlük Besin Tüketim Kaydı

Anketin bu kısmında yaşlı bireylerdenardarda3 günlük (2'si hafta içi, 1'i hafta sonu olmak koşulu ile) besin tüketim kaydı alınmıştır (Ek-C). Alınan enerji ve besin öğeleri BEBİS program kullanılarak analiz edilmiştir. Enerji ve besin öğelerinin hesaplanan değerleri “Diyette Referans Alım Düzeyine” göre değerlendirilmiştir (Ek-D).

### 3.4 Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmada yaşlılardan elde edilen anket sonuçlarının istatistiksel analizinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 veri analizi paket programı kullanılmıştır.Araştırmaya katılan yaşlıların tanıtıcı özelliklerine, sağlık durumlarına ve sigara içme durumlarına göre dağılımının belirlenmesinde frekans analizi kullanılmıştır.Yaşlıların yaş ve antropometrik ölçümlerine, Malnütrisyon Risk puanı

ve SF-36 ölçeğinden aldıkları puanlara ait standart sapma, ortalama, alt ve üst değer gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir.

Araştırmada veri setinin normal dağılıma uyumu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelenmiş ve normal dağılıma uymadığı saptanmıştır. Bu sebeple araştırmada non-parametrik hipotez testleri kullanılmıştır. Yaşlıların cinsiyetlerine göre enerji ve besin ögesi tüketimlerine ait tanımlayıcı istatistikler verilmiş ve Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Yaşlıların cinsiyetlerine, tanısı konmuş kronik rahatsızlıkları olma durumuna, düzenli ilaç kullanma durumuna, tıbbi belenme tedavisi uygulama durumuna ve sigara kullanma durumuna göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan test Mann-Whitney U testidir. Yaşlıların yaş gruplarına, medeni durumlarına, eğitim durumlarına ve huzur evinde kalma sürelerine göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlarının karşılaştırılmasında kullanılan test Kruskal-Wallis testidir

Yaşlıların yaş ve antropometrik ölçümleri ve enerji ve besin ögesi tüketimleri ile Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonları Spearman korelasyon analiz yöntemi ile incelenmiştir.

## **Bölüm 4**

### **BULGULAR**

#### **4.1 Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde araştırmaya katılan yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri, sağlık durumları, sigara içme özelliklerine ait bilgiler verilmiştir

Tablo 4.1.'de araştırmaya katılan yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiş ve yaşlı bireylerin %54,44'ünün kadın, %45,56'sının erkek olduğu görülmüştür.

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların %46,67'si 65-74 yaş arası genç yaşlı grubunu, %42,22'si 75-84 yaş arası orta yaşlı grubunu ve %11,11'i 85 yaş üzeri ileri yaşlı grubunu oluşturmaktadır. Yaşlı bireylerin medeni durumlarına bakıldığında %55,56'sının eşinin ölmüş olduğu, %28,89'unun boşanmış olduğu saptanmıştır. %41,11'i ilkokul mezunu iken, %33,33'ü bir okul bitirmemiştir. Sosyal güvence olarak yaşlıların %50'si SSK'lı, %28,89'u emekli sandığı/bağ-kur/özel güvencelidir. Araştırmaya dahil edilen yaşlıların %38,89'u ev hanımı, %23,33'ü işçi ve %18,89'u esnaftır.



Tablo 4.1. Yaşlıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=90)

Tanıtıcı özellikler	Erkek (n=41)		Kadın (n=49)		Toplam(n=90)	
	N	%	n	%	n	%
<b>Yaş grubu</b>						
Genç yaşlı 65-74	16	39,02	26	53,06	42	46,67
Orta yaşlı 75-84	22	53,66	16	32,65	38	42,22
İleri yaşlı 85>	3	7,32	7	14,29	10	11,11
<b>Medeni durum</b>						
Evli	7	17,07	7	14,29	14	15,56
Boşanmış	15	36,59	11	22,45	26	28,89
Eşi ölmüş	19	46,34	31	63,27	50	55,56
<b>Eğitim durumu</b>						
Bir okul bitirmemiş	16	39,02	14	28,57	30	33,33
İlkokul mezunu	15	36,59	22	44,90	37	41,11
Ortaokul mezunu	4	9,76	6	12,24	10	11,11
Lise	3	7,31	6	12,24	9	10,00
Lisans mezunu	3	7,31	1	2,05	4	4,45
<b>Sosyal güvence</b>						
Emekli sandığı/Bağkur/Özel	10	24,39	16	32,65	26	28,89
SSK	21	51,22	24	48,98	45	50,00
65yaş/yaşlılık/Yeşil kart	10	24,39	9	18,37	19	21,11
<b>Meslek</b>						
Memur	3	7,32	5	10,20	8	8,89
İşçi	14	34,15	7	14,29	21	23,33
Serbest	9	21,95	0	0,00	9	10,00
Esnaf	14	34,15	3	6,12	17	18,89
Ev hanımı	1	2,44	34	69,39	35	38,89

Şekil 4.1.'de araştırmaya dahil edilen yaşlı bireylerin huzurevinde kalma süresi verilmiştir. Buna göre yaşlıların %36'sı 7 yıl ve üzeri, %32'si 1-3 yıl arası ve yine %32'si 4-6 yıl arası huzurevinde kalmaktadır.



Şekil 4.1. Yaşlıların huzurevinde kalma sürelerine göre dağılımı

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların sağlık durumlarına ve sigara içme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Tablo 4.2.'ye göre, araştırmadaki yaşlı bireylerin %66,67'si tanısı konmuş kronik hastalığa sahiptir ve bu hastalıkların %40'u hipertansiyon, %33,33'ü diyabet, %33,33'ü kalp ve damar hastalıkları, %16,67'si diğer hastalıklardır (osteoporoz, akdeniz anemisi, demir eksikliği). Yaşlıların %86,67'sinin ilaç kullandığı, %46,67'sinin tıbbi beslenme tedavisi uyguladığı ve bu tedaviyi uygulayanların %45,24'ünün tuzsuz, %33,33'ünün az yağlı az kolestrollü, %19,05'inin diyabetik beslendiği saptanmıştır. Katılımcıların sadece %30'u sigara kullanmakta ve kullanıcıların %55,56'si günde 10-20 adet arası, %22,22'si 10 adet ve altında, yine %22,22'si günde 21 adet ve üzerinde sigara kullanmaktadır.

Tablo 4.2. Yaşlıların sağlık durumlarına ve sigara içme durumlarına göre dağılımı (n=90)

	Erkek (n=41)		Kadın (n=49)		Toplam(n=90)	
	N	%	n	%	N	%
<b>Tanısı konmuş kronik hastalık</b>						
Yok	14	34,15	16	32,65	30	33,33
Var	27	65,85	33	67,35	60	66,67
<b>Kronik hastalık*</b>						
Hipertansiyon	9	33,33	15	53,57	24	40,00
Diyabet	4	14,81	16	57,14	20	33,33
Kalp ve Damar Hast.	15	55,55	5	17,85	20	33,33
Böbrek Hast.	0	0,00	5	17,86	5	8,33
Diğer(osteoporoz, akdeniz anemisi, demir eksikliği)	4	14,81	6	21,43	10	16,67
<b>İlaç kullanma durumu</b>						
Kullanmıyor	6	14,63	6	12,24	12	13,33
Kullanıyor	35	85,37	43	87,76	78	86,67
<b>Önerilen tıbbi beslenme tedavisi uygulama durumu</b>						
Uygulamıyor	25	60,98	23	46,94	48	53,33
Uyguluyor	16	39,02	26	53,06	42	46,67
<b>Önerilen tıbbi beslenme tedavisinin türü</b>						
Az yağlı az kolesterollü	8	50,00	6	23,08	14	33,33
Tuzsuz	6	37,50	13	50,00	19	45,24
Diyabetik	0	0,00	1	3,85	8	19,05
KBY uyumlu	2	12,50	6	23,08	1	2,38
<b>Sigara kullanma durumu</b>						
Kullanmıyor	26	63,41	37	75,51	63	70,00
Kullanıyor	15	36,59	12	24,49	27	30,00
<b>Tüketilen sigara Miktarı</b>						
10 adet altı	1	6,67	5	41,67	6	22,22
10-20 adet arası	9	60,00	6	50,00	15	55,56
21 adet ve üzeri	5	33,33	1	8,33	6	22,22

\*Kronik hastalıklar birden fazla hastalığı olanları da içermektedir.

## 4.2 Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre, yaş ve antropometrik ölçümlerine ait ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değer gibi tanımlayıcı istatistiksel değerler verilmiştir. Tablo 4.3.'te araştırma kapsamındaki yaşlıların yaş ve antropometrik ölçümlerine ait tanımlayıcı istatistikler görülmektedir.

Erkek katılımcıların yaş ortalamasının  $76,10 \pm 6,42$  yıl olduğu, vücut ağırlığı ortalamasının  $74,85 \pm 12,15$  kg, boy uzunluğu ortalamasının  $167,05 \pm 5,71$  cm, beden kütle indeksi ortalamasının  $26,80 \pm 3,70$  kg/m<sup>2</sup>, üst kol çevresi ortalamasının  $28,05 \pm 4,07$  cm olduğu saptanmıştır.

Araştırmadaki kadınların yaş ortalamasının  $74,98 \pm 6,21$ , vücut ağırlığı ortalamasının  $75,16 \pm 11,30$  kg, boy uzunluğu ortalamasının  $160,61 \pm 5,63$  cm, beden kütle indeksi ortalamasının  $29,35 \pm 4,09$  kg/ m<sup>2</sup> ve üst kol çevresi ortalamasının  $29,93 \pm 4,04$  olduğu saptanmıştır.

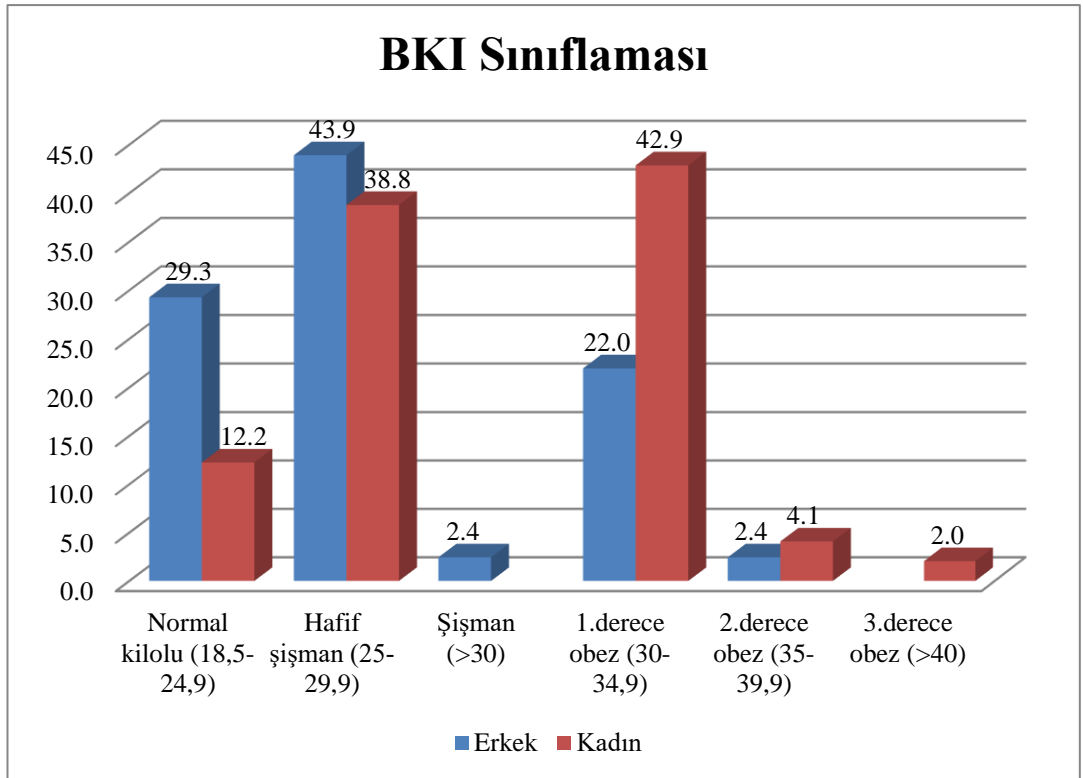
Tablo 4.3. Yaşlıların yaş ve antropometrik ölçümlerine ait tanımlayıcı istatistikler (n=90)

	n	$\bar{x}$	s	Medyan	Min	Max
<b>Erkek</b>						
Yaş	41	76,10	6,42	76	65	92
Vücut ağırlığı (kg)	41	74,85	12,15	77	50	100
Boy uzunluğu (cm)	41	167,05	5,71	168	155	181
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	41	26,80	3,70	27	20	35,5
Üst orta kol çevresi	41	28,05	4,07	28	21	36
<b>Kadın</b>						
Yaş	49	74,98	6,21	73	66	88
Vücut ağırlığı (kg)	49	75,16	11,30	76	47	103
Boy uzunluğu (cm)	49	160,61	5,63	160	150	181
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	49	29,35	4,09	29	19,3	41
Üst orta kol çevresi	49	29,93	4,04	29	21	36
<b>Toplam</b>						
Yaş	90	75,49	6,30	75	65	92
Vücut ağırlığı (kg)	90	75,02	11,63	76	47	103
Boy uzunluğu (cm)	90	163,54	6,49	162	150	181
BKİ (kg/m <sup>2</sup> )	90	28,19	4,10	28	19,3	41
Üst orta kol çevresi	90	29,07	4,14	28	21	36

Şekil 4.2.'de araştırma dahilindeki yaşlı bireylerin beden kütle indeksi sınıflamalarına göre dağılımı verilmiştir.

Dağılım incelendiğinde erkek katılımcıların %29,26'sının normal kilolu (18,5-24,9), %43,90'ının hafif şişman (25-29,9), %21,95'inin 1. derece obez (30-34,9) olduğu anlaşılmıştır.

Kadın katılımcıların ise %12,24'ünün normal kilolu (18,5-24,9), %38,77'sinin hafif şişman (25-29,9), %42,85'inin 1. derece obez (30-34,9) olduğu ve %4,08'inin 2. derece obez olduğu saptanmıştır.



Şekil 4.2. Yaşlıların BKI sınıflamalarına göre dağılımı

### 4.3 Katılımcıların Enerji ve Besin Ögesi Alım Miktarlarına İlişkin

#### Bulgular

Araştırma konusu olan yaşlıların enerji ve besin ögesi alımlarına ait ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler ve katılımcıların cinsiyetlerine göre enerji ve besin ögesi alım miktarlarının karşılaştırılması Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Erkek yaşlıların enerji alım ortalaması  $1606,35 \pm 334,10$  kkal, protein alım ortalaması  $\%17,88 \pm 1,95$ , yağ alım ortalaması  $\%39,93 \pm 3,95$  ve karbonhidrat alım ortalaması  $\%42,20 \pm 4,24$  olduğu saptanmıştır.

Erkek katılımcıların lif alım ortalaması  $14,48 \pm 4,58$  g, kalsiyum alım ortalaması  $930,42 \pm 189,48$  mg, kolesterol alım ortalaması  $286,08 \pm 98,87$  mg, omega-6/ omega-3 alım ortalaması  $7,38 \pm 4,36$  ve çoklu doymamış yağ asitleri alım ortalaması  $13,8 \pm 4,45$  g olduğu saptanmıştır.

Kadın yaşlıların enerji tüketimlerinin ortalamasının  $1626,88 \pm 285,22$  kkal, protein alım ortalaması  $\%17,51 \pm 2,36$ , yağ alım ortalaması  $\%41,18 \pm 4,90$  ve karbonhidrat alım ortalaması  $\%41,37 \pm 4,85$  olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların lif alım ortalaması  $14,66 \pm 4,81$  g, kalsiyum alım ortalaması  $1002,12 \pm 257,35$  mg, kolesterol alım ortalaması  $266,87 \pm 93,24$  mg, omega-6/omega-3 alım ortalaması  $9,84 \pm 6,08$  ve çoklu doymamış yağ asitleri alım ortalaması  $16,02 \pm 4,58$  g olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Yaşlıların cinsiyetlerine göre enerji ve besin ögesi tüketimlerine ait tanımlayıcı istatistikler (n=90)

	<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>s</b>	<b>M</b>
Enerji (kcal)	Erkek	41	1606,35	334,10	1597,29
	Kadın	49	1626,88	285,22	1667,56
Protein (%)	Erkek	41	17,88	1,95	18,00
	Kadın	49	17,51	2,36	17,00
Yağ (%)	Erkek	41	39,93	3,95	40,00
	Kadın	49	41,18	4,90	42,00
Karbonhidrat (%)	Erkek	41	42,20	4,24	43,00
	Kadın	49	41,37	4,85	41,00
Lif (g)	Erkek	41	14,48	4,58	13,44
	Kadın	49	14,66	4,81	13,93
Vit. A (µg)	Erkek	41	850,53	313,41	781,58
	Kadın	49	871,18	267,76	838,76
Vit. B6 (mg)	Erkek	41	1,08	0,32	1,11
	Kadın	49	1,06	0,28	1,06
Vit. B12 (µg)	Erkek	41	4,86	2,30	4,11
	Kadın	49	4,30	2,09	3,88
Topl.fol.as. (µg)	Erkek	41	269,06	71,95	275,92
	Kadın	49	280,54	73,36	285,08
Vit. C (mg)	Erkek	41	62,86	43,27	50,31
	Kadın	49	64,10	29,14	60,55
Kalsiyum (mg)	Erkek	41	930,42	189,48	912,58
	Kadın	49	1002,12	257,35	1048,82
Demir (mg)	Erkek	41	9,00	2,37	8,58
	Kadın	49	8,97	2,19	9,05
Kolesterol (mg)	Erkek	41	286,08	98,87	280,53
	Kadın	49	266,87	93,24	276,44
Doymuş yağ as. (g)	Erkek	41	28,10	7,59	27,14
	Kadın	49	29,09	7,78	28,13
Omega 6 / Omega 3	Erkek	41	7,38	4,36	6,77
	Kadın	49	9,84	6,08	8,98
Tekli Doymamış yağ as. (g)	Erkek	41	25,15	7,29	24,53
	Kadın	49	25,20	7,06	24,22
Çoklu Doymamış yağ as. (g)	Erkek	41	13,88	4,45	14,67
	Kadın	49	16,02	4,58	15,92

\* $p < 0,05$ , Mann-Whitney U Testi

Tablo 4.5. incelendiğinde erkek bireylerin %70,73'ünün enerjisi, %100'ünün proteini, %75,61'inin karbonhidratı, %60,98'inin A vitaminini, %51,22'sinin folik asidi, %70,73'ünün kalsiyumu, %63,41'inin kolestrolü ve %68,29'unun omega 6'yı RDA'ya göre yeterli düzeyde tükettiği görülmüştür. Erkek bireylerin 80,49'u yağı, %70,73'ü B<sub>12</sub> vitaminini fazla, %85,37'si lifi, %56,10'u B<sub>6</sub> vitaminini, %65,85'i C vitaminini yetersiz tüketmektedir.

Kadın bireylerin %89,80'inin enerjisi, %100'ünün proteini, %67,35'inin karbonhidratı, %51,02'sinin A vitaminini, %59,18'inin B<sub>6</sub> vitaminini, %55,10'unun folik asidi, %77,55'inin kalsiyumu, %65,31'inin kolesterolü ve %55,10'unun omega 6'yı RDA'ya göre yeterli düzeyde tükettiği görülmüştür. Kadınların %83,67'si yağ, %61,22'si B<sub>12</sub> vitaminini fazla, %51,02'si lifi, %51,02'si C vitaminin yetersiz tüketmektedir.

Katılımcıların %81,11'inin enerjisi, %100'ünün proteini, %71,11'inin karbonhidratı, %55,56'sının A vitaminini, %52,22'sinin B<sub>6</sub> vitaminini, %53,33'ünün folik asidi, %74,44'ünün kalsiyumu, %64,44'ünün kolesterolü ve %61,11'inin omega 6'yı RDA'ya göre yeterli düzeyde tükettiği görülmüştür. Katılımcıların %82,22'si yağ, %65,56'sı B<sub>12</sub> vitaminini fazla, %66,67'si lifi, %57,78'i C vitaminin yetersiz tüketmektedir.



Tablo 4.5. Katılımcıların enerji ve besin ögesi tüketimlerinin RDA'ya göre karşılanma oranı (1: Yetersiz (<%67), 2: Yeterli (%67-133), 3: Fazla (>%133)) (119).

	Erkek(n:41)						Kadın(n:49)						Toplam(n:90)					
	Yetersiz		Yeterli		Fazla		Yetersiz		Yeterli		Fazla		Yetersiz		Yeterli		Fazla	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enerji	12	29,27	29	70,73	0	0,00	5	10,20	44	89,80	0	0,00	17	18,89	73	81,11	0	0,00
Protein	0	0,00	41	100,00	0	0,00	0	0,00	49	100,00	0	0,00	0	0,00	90	100,00	0	0,00
Yağ	0	0,00	8	19,51	33	80,49	0	0,00	8	16,33	41	83,67	0	0,00	16	17,78	74	82,22
Karbonhidrat	10	24,39	31	75,61	0	0,00	16	32,65	33	67,35	0	0,00	26	28,89	64	71,11	0	0,00
Lif	35	85,37	6	14,63	0	0,00	25	51,02	23	46,94	1	2,04	60	66,67	29	32,22	1	1,11
Vitamin A	10	24,39	25	60,98	6	14,63	4	8,16	25	51,02	20	40,82	14	15,56	50	55,56	26	28,89
Vitamin B6	23	56,10	18	43,90	0	0,00	20	40,82	29	59,18	0	0,00	43	47,78	47	52,22	0	0,00
Vitamin B12	1	2,44	11	26,83	29	70,73	3	6,12	16	32,65	30	61,22	4	4,44	27	30,00	59	65,56
Folik Asit	20	48,78	21	51,22	0	0,00	22	44,90	27	55,10	0	0,00	42	46,67	48	53,33	0	0,00
Vitamin C	27	65,85	11	26,83	3	7,32	25	51,02	23	46,94	1	2,04	52	57,78	34	37,78	4	4,44
Kalsiyum	12	29,27	29	70,73	0	0,00	11	22,45	38	77,55	0	0,00	23	25,56	67	74,44	0	0,00
Kolesterol	9	21,95	26	63,41	6	14,63	13	26,53	32	65,31	4	8,16	22	24,44	58	64,44	10	11,11
Omega 3	13	31,71	13	31,71	15	36,59	4	8,16	23	46,94	22	44,90	17	18,89	36	40,00	37	41,11
Omega 6	13	31,71	28	68,29	0	0,00	5	10,20	27	55,10	17	34,69	18	20,00	55	61,11	17	18,89

#### **4.4 Katılımcıların Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarına Ait Bulgular**

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalite Ölçeğinden alınan istatistiksel verilere Tablo 4.6.'te yer verilmiştir.

Katılımcıların malnütrisyon tarama puanı ortalamasının  $12,92 \pm 1,97$  olduğu ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt ölçekleri olan fiziksel işlev  $67,50 \pm 28,22$ , fiziksel rol kısıtlılığı  $39,17 \pm 48,29$ , ağrı  $64,56 \pm 20,40$ , genel sağlık algısı  $62,56 \pm 20,35$ , yaşamsallık  $58,00 \pm 11,94$ , sosyal işlev  $75,97 \pm 21,47$ , mental rol  $44,07 \pm 49,42$  ve mental sağlıktan aldıkları puan  $63,42 \pm 16,47$  olduğu saptanmıştır.

Yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre malnütrisyon tarama ölçeğinden ve SF-36'nın alt ölçekleri olan fiziksel işlev, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal işlev, mental rol ve mental sağlıktan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

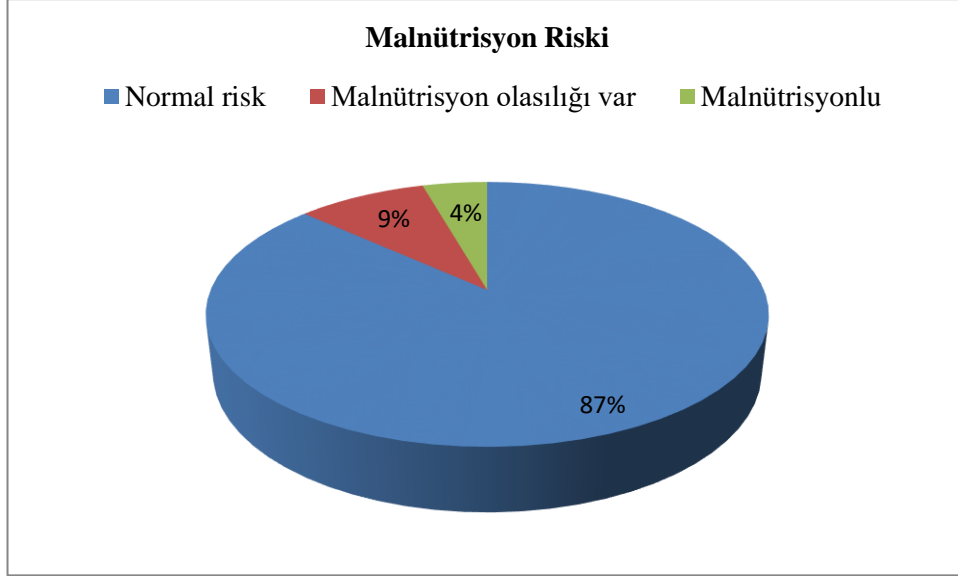
Yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre SF 36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel rol kısıtlılığı alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Erkek yaşlıların fiziksel rol kısıtlılığı puanları kadın yaşlılara göre anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 4.6. Yaşlıların Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikler (n=90)

Ölçekler	cinsiyet	N	$\bar{x}$	S	Sıra Ort.	Z	P
<b>Malnütrisyon tarama puanı</b>	Erkek	41	12,54	2,36	41,46	-1,532	0,126
	Kadın	49	13,24	1,52	48,88		
	Toplam	90	12,92	1,97			
<b>Fiziksel İşlev</b>	Erkek	41	62,07	30,90	40,84	-1,553	0,121
	Kadın	49	72,04	25,19	49,40		
	Toplam	90	67,50	28,22			
<b>Fiziksel rol Kısıtlılığı</b>	Erkek	41	50,61	49,53	51,04	-2,135	<b>0,033*</b>
	Kadın	49	29,59	45,55	40,87		
	Toplam	90	39,17	48,29			
<b>Ağrı</b>	Erkek	41	63,17	21,50	43,44	-0,702	0,483
	Kadın	49	65,71	19,58	47,22		
	Toplam	90	64,56	20,40			
<b>Genel sağlık Algısı</b>	Erkek	41	64,76	19,27	47,89	-0,799	0,424
	Kadın	49	60,71	21,24	43,50		
	Toplam	90	62,56	20,35			
<b>Yaşamsallık</b>	Erkek	41	55,98	13,14	40,62	-1,639	0,101
	Kadın	49	59,69	10,68	49,58		
	Toplam	90	58,00	11,94			
<b>Sosyal işlev</b>	Erkek	41	75,61	21,09	44,91	-0,200	0,841
	Kadın	49	76,28	21,99	45,99		
	Toplam	90	75,97	21,47			
<b>Mental rol</b>	Erkek	41	39,02	49,39	42,95	-0,973	0,331
	Kadın	49	48,30	49,56	47,63		
	Toplam	90	44,07	49,42			
<b>Mental sağlık</b>	Erkek	41	61,37	18,65	42,60	-0,975	0,330
	Kadın	49	65,14	14,38	47,93		
	Toplam	90	63,42	16,47			

\* $p < 0,05$  Kruskal Wallis

Şekil 4.3.'te araştırmaya katılan yaşlıların malnütrisyon tarama puan durumlarının dağılımı verilmiş ve yaşlı bireylerin %87'sinin normal risk grubunda olduğu, %9'unun malnütrisyon riski taşıdığı ve %4'ünün malnütrisyonlu olduğu saptanmıştır.



Şekil 4.3. Yaşlıların malnütrisyon tarama puanlarına göre dağılımı

#### **4.5 Araştırma Kapsamındaki Malnütrisyonlu ve Malnütrisyon Riski Taşıyan Yaşlıların Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı**

Tablo 4.7. incelendiğinde malnütrisyonlu ve malnütrisyon riski altındaki yaşlıların %66,67'si günde 3 ve üzeri ilaç almakta, %41,67'si günde 3 ana öğün yemektedir. Malnütrisyonlu ve malnütrisyon riski altındaki yaşlıların % 100'ü günde en az 1 porsiyon süt ve süt ürünü tüketmekte, her gün 2 ya da daha fazla sebze-meyve tüketen yaşlı bireylerin oranı %91,67'dir. %66,67'sinin ise beslenme sorunu olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.7. Malnütrisyonlu ve malnütrisyon riski altındaki yaşlıların bazı özelliklerine göre dağılımı (n=12)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Bağımsız yaşayabilme durumu</b>		
Hayır	4	33,33
Evet	8	66,67
<b>Günde 3 ve üzeri ilaç alma durumu</b>		
Evet	8	66,67
Hayır	4	33,33
<b>Baş veya deride yaralar olması durumu</b>		
Evet	2	16,67
Hayır	10	83,33
<b>Günlük ana öğün sayısı</b>		
1 öğün	2	16,67
2 öğün	5	41,67
3 öğün	5	41,67
<b>Günlük en az 1 porsiyon süt ve süt ürünü tüketimi</b>		
Evet	12	100,00
<b>Haftada 2 porsiyon kurubaklagil veya yumurta tüketimi</b>		
Evet	12	100,00
<b>Her gün et veya balık tüketimi</b>		
Evet	12	100,00
<b>Her gün 2 yada daha fazla sebze meyve tüketimi</b>		
Hayır	1	8,33
Evet	11	91,67
<b>Günlük su tüketimi</b>		
3 bardak	1	8,33
3-5 bardak	3	25,00
6 bardak ve üzeri	8	66,67
<b>Yemek yeme şekli</b>		
Güçlkle kendi kendine yeme	1	8,33
Hiç sorunsuz kendi kendine yeme	11	91,67
<b>Beslenme sorunu</b>		
Kötü beslendiğini düşünüyor	2	16,67
Bilmiyor	2	16,67
Beslenme sorunu yok	8	66,67
<b>Aynı yaştakilere göre kendi sağlığını değerlendirme</b>		
İyi değil	1	8,33
İyi	6	50,00
Çok iyi	4	33,33
Bilmiyor	1	8,33

Araştırma kapsamında alınan yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.8.'de verilmiştir.

Tablo 4.8. incelendiğinde yaşlıların yaş gruplarına göre malnütrisyon taramadan aldıkları puanlar ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel işlev, fiziksel

rol kısıtlılığı, ağrı, yaşamsallık, genel sağlık algısı ve mental sağlık alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Seksen beş yaş üzeri ileri yaşlıların sosyal işlev puanları, 75-84 yaş arası orta yaşlı bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Yine yaş gruplarına göre mental rol alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüş ( $p<0,05$ ) ve farkın 85 yaş üzeri ileri yaşlı grubundan kaynaklandığı anlaşılmıştır. Seksen beş yaş üzeri ileri yaşlıların mental rol puanları diğer yaş gruplarından anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,05$ ).

Tablo 4.8. Yaşlıların yaş gruplarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90)

	Yaş grubu	n	$\bar{x}$	S	Z	P	Fark
<b>MNA puanı</b>	Genç yaşlı 65-74	42	12,98	2,01	0,397	0,820	
	Orta yaşlı 75-84	38	12,89	1,93			
	İleri yaşlı 85>	10	12,80	2,15			
<b>SF-36</b>							
<b>Fiziksel işlev</b>	Genç yaşlı 65-74	42	66,67	29,75	0,459	0,795	
	Orta yaşlı 75-84	38	70,00	25,15			
	İleri yaşlı 85>	10	61,50	34,24			
<b>Fiziksel rol kısıtlılığı</b>	Genç yaşlı 65-74	42	34,52	47,48	1,214	0,545	
	Orta yaşlı 75-84	38	46,05	49,84			
	İleri yaşlı 85>	10	32,50	47,21			
<b>Ağrı</b>	Genç yaşlı 65-74	42	63,57	20,82	3,688	0,158	
	Orta yaşlı 75-84	38	62,63	19,82			
	İleri yaşlı 85>	10	76,00	18,97			
<b>Genel sağlık Algısı</b>	Genç yaşlı 65-74	42	63,45	21,54	3,776	0,151	
	Orta yaşlı 75-84	38	59,08	20,73			
	İleri yaşlı 85>	10	72,00	7,89			
<b>Yaşamsallık</b>	Genç yaşlı 65-74	42	58,57	12,31	0,230	0,891	
	Orta yaşlı 75-84	38	56,97	11,54			
	İleri yaşlı 85>	10	59,50	12,79			
<b>Sosyal işlev</b>	Genç yaşlı 65-74	42	78,57	21,96	6,310	<b>0,043*</b>	b-c
	Orta yaşlı 75-84	38	70,72	19,12			
	İleri yaşlı 85>	10	85,00	24,86			
<b>Mental rol</b>	Genç yaşlı 65-74	42	45,24	50,38	8,949	<b>0,011*</b>	a-c
	Orta yaşlı 75-84	38	32,46	46,81			b-c
	İleri yaşlı 85>	10	83,33	36,00			
<b>Mental Sağlık</b>	Genç yaşlı 65-74	42	64,76	16,70	4,973	0,083	
	Orta yaşlı 75-84	38	59,58	15,97			
	İleri yaşlı 85>	10	72,40	14,29			

\* $p < 0,05$  (Kruskal Wallis) a: Genç yaşlı 65-74, b: Orta yaşlı 75-84, c: İleri yaşlı 85>

Tablo 4.9.'da araştırmaya dahil edilen yaşlıların eğitim durumlarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

MNA ve SF-36 ölçeğinden alınan puanların Kruskal Wallis ile karşılaştırılabilmesi için lise ve lisans mezunları sayısal olarak birleştirilmiştir.

Yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre malnütrisyon taramadan ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel işlev, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık algısı

ve sosyal işlev alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan yaşlıların eğitim durumlarına göre yaşamsallık alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış olup ( $p<0,05$ ), Lise/Lisans mezunu yaşlıların bir okul bitirmemiş olanlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.

Eğitim durumlarına göre araştırmaya katılan yaşlıların mental rol ve mental sağlıktan aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna göre, bir okul bitirmemiş yaşlı bireylerin mental rol puanları ortaokul mezunu ve lise/lisans mezunu olan yaşlılara göre daha düşüktür. Ayrıca bir okul bitirmemiş yaşlıların mental sağlık puanları da lise/lisans mezunu yaşlılara göre anlamlı derecede düşüktür.



Tablo 4.9. Yaşlıların eğitim durumlarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90)

	Eğitim Durumu	N	$\bar{x}$	S	X <sup>2</sup>	P	Fark
<b>Malnütrisyon Tarama Puanı</b>	Bir okul bitirmemiş	30	13,10	1,75	0,610	0,894	
	İlkokul mezunu	37	12,70	2,13			
	Ortaokul mezunu	10	12,70	2,75			
	Lise/Lisans mezunu	13	13,31	1,25			
<b>SF-36</b>							
<b>Fiziksel İşlev</b>	Bir okul bitirmemiş	30	61,67	28,87	3,187	0,364	
	İlkokul mezunu	37	70,14	29,17			
	Ortaokul mezunu	10	66,00	27,67			
	Lise/Lisans mezunu	13	74,62	24,53			
<b>Fiziksel rol kısıtlılığı</b>	Bir okul bitirmemiş	30	53,33	50,74	4,410	0,220	
	İlkokul mezunu	37	28,38	44,94			
	Ortaokul mezunu	10	35,00	47,43			
	Lise/Lisans mezunu	13	40,38	49,52			
<b>Ağrı</b>	Bir okul bitirmemiş	30	59,67	18,10	7,480	0,058	
	İlkokul mezunu	37	62,43	21,40			
	Ortaokul mezunu	10	74,00	21,19			
	Lise/Lisans mezunu	13	74,62	18,08			
<b>Genel sağlık algısı</b>	Bir okul bitirmemiş	30	56,83	21,60	4,824	0,185	
	İlkokul mezunu	37	63,51	18,52			
	Ortaokul mezunu	10	69,50	15,17			
	Lise/Lisans mezunu	13	67,69	24,29			
<b>Yaşamsallık</b>	Bir okul bitirmemiş	30	54,17	12,25	9,047	<b>0,029*</b>	a-d
	İlkokul mezunu	37	58,65	11,71			
	Ortaokul mezunu	10	57,00	11,11			
	Lise/Lisans mezunu	13	65,77	9,32			
<b>Sosyal işlev</b>	Bir okul bitirmemiş	30	73,33	17,60	5,185	0,159	
	İlkokul mezunu	37	72,97	24,03			
	Ortaokul mezunu	10	82,50	25,82			
	Lise/Lisans mezunu	13	85,58	16,01			
<b>Mental rol</b>	Bir okul bitirmemiş	30	22,22	40,43	9,815	<b>0,020*</b>	a-c
	İlkokul mezunu	37	48,65	50,67			
	Ortaokul mezunu	10	60,00	51,64			a-d
	Lise/Lisans mezunu	13	69,23	48,04			
<b>Mental sağlık</b>	Bir okul bitirmemiş	30	56,13	15,88	8,485	<b>0,037*</b>	a-d
	İlkokul mezunu	37	67,14	14,85			
	Ortaokul mezunu	10	62,80	15,44			
	Lise/Lisans mezunu	13	70,15	18,38			

\* $p < 0,05$  (Kruskal Wallis).

a: Bir okul bitirmemiş, b: İlkokul mezunu, c: Ortaokul mezunu, d: Lise/Lisans mezunu

Tablo 4.10.'de araştırmaya katılan yaşlıların huzurevinde kalma sürelerine göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiş ve yaşlıların huzurevinde kalma süresine göre aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.10. Yaşlıların huzurevinde kalma sürelerine göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90)

	Huzurevinde kalma süresi	n	$\bar{x}$	S	X <sup>2</sup>	P
<b>Malnütrisyon Tarama Puanı</b>	1-3 yıl arası	29	12,59	2,43	1,400	0,497
	4-6 yıl arası	29	13,34	1,14		
	7 yıl ve üzeri	32	12,84	2,08		
<b>SF-36</b>						
<b>Fiziksel işlev</b>	1-3 yıl arası	29	64,48	29,86	0,536	0,765
	4-6 yıl arası	29	70,34	26,05		
	7 yıl ve üzeri	32	67,66	29,18		
<b>Fiziksel rol kısıtlılığı</b>	1-3 yıl arası	29	43,10	49,50	1,404	0,496
	4-6 yıl arası	29	31,03	47,08		
	7 yıl ve üzeri	32	42,97	48,87		
<b>Ağrı</b>	1-3 yıl arası	29	66,55	21,26	1,079	0,583
	4-6 yıl arası	29	65,17	19,02		
	7 yıl ve üzeri	32	62,19	21,21		
<b>Genel sağlık algısı</b>	1-3 yıl arası	29	63,45	19,14	2,603	0,272
	4-6 yıl arası	29	59,14	20,09		
	7 yıl ve üzeri	32	64,84	21,83		
<b>Yaşamsallık</b>	1-3 yıl arası	29	56,38	11,72	1,591	0,451
	4-6 yıl arası	29	60,52	10,47		
	7 yıl ve üzeri	32	57,19	13,32		
<b>Sosyal işlev</b>	1-3 yıl arası	29	75,43	22,03	0,408	0,816
	4-6 yıl arası	29	78,45	18,87		
	7 yıl ve üzeri	32	74,22	23,53		
<b>Mental rol</b>	1-3 yıl arası	29	44,83	50,61	0,853	0,653
	4-6 yıl arası	29	36,78	47,43		
	7 yıl ve üzeri	32	50,00	50,80		
<b>Mental sağlık</b>	1-3 yıl arası	29	59,17	14,16	2,762	0,251
	4-6 yıl arası	29	64,14	14,64		
	7 yıl ve üzeri	32	66,63	19,40		

(Kruskal Wallis)

Araştırma kapsamına alınan yaşlı bireylerin tanısı konmuş kronik hastalık durumlarına göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.11.'de verilmiştir.

Yaşlıların tanısı konmuş kronik hastalık durumlarına göre malnütrisyon tarama ölçeği ve SF-36 alt ölçekleri olan fiziksel işlev, fiziksel rol kısıtlılığı, yaşamsallık, mental rol ve mental sağlıktan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan yaşlıların SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal işlev alt ölçeklerinden aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur( $p<0,05$ ). Tanısı konmuş kronik hastalığı olmayanların ağrılarının az olduğu, genel sağlıklarının daha iyi olduğu, sosyal işlevlerinde ise toplumsal etkinliklere katılımlarının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Tanısı konmuş bir kronik hastalığı olan yaşlıların ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal işlevden aldıkları puanların kronik bir hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 4.11. Yaşlıların tanısı konmuş kronik hastalık durumlarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90)

	Hastalık	n	$\bar{x}$	S	Z	P
<b>Malnütrisyon Tarama Puanı</b>	Yok	30	13,27	1,64	-1,051	0,293
	Var	60	12,75	2,10		
<b>SF-36</b>						
<b>Fiziksel işlev</b>	Yok	30	75,33	21,89	-1,537	0,124
	Var	60	63,58	30,31		
<b>Fiziksel rol kısıtlılığı</b>	Yok	30	41,67	49,28	-0,313	0,754
	Var	60	37,92	48,16		
<b>Ağrı</b>	Yok	30	71,33	19,95	-2,281	<b>0,023*</b>
	Var	60	61,17	19,92		
<b>Genel sağlık algısı</b>	Yok	30	69,33	16,07	-2,109	<b>0,035*</b>
	Var	60	59,17	21,51		
<b>Yaşamsallık</b>	Yok	30	60,50	12,06	-1,575	0,115
	Var	60	56,75	11,78		
<b>Sosyal işlev</b>	Yok	30	83,75	17,72	-2,406	<b>0,016*</b>
	Var	60	72,08	22,24		
<b>Mental rol</b>	Yok	30	57,78	49,47	-1,893	0,058
	Var	60	37,22	48,36		
<b>Mental sağlık</b>	Yok	30	64,80	18,21	-0,519	0,604
	Var	60	62,73	15,65		

\* $p < 0,05$  (Mann-whitney U)

Tablo 4.12.'te araştırmaya dâhil edilen yaşlı bireylerin düzenli ilaç kullanma durumlarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiştir.

Düzenli ilaç kullanma durumlarına göre araştırma kapsamındaki yaşlıların malnütrisyon tarama ölçeği ve SF-36 alt ölçekleri olan fiziksel işlev, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, mental rol ve mental sağlık boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ). Yaşlı bireylerin düzenli ilaç kullanma durumlarına göre sosyal işlev boyutundan aldıkları puanlara bakıldığında, ilaç kullanmayan yaşlıların sosyal işlevden aldıkları puanlar kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0,05$ ).

Tablo 4.12. Yaşlıların düzenli ilaç kullanma durumlarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90)

İlaç Kullanma		n	$\bar{x}$	S	Z	P
<b>Malnütrisyon tarama puanı</b>	Kullanmayan	12	12,25	3,25	-0,081	0,935
	Kullanan	78	13,03	1,70		
<b>SF-36</b>						
<b>Fiziksel işlev</b>	Kullanmayan	12	74,58	28,16	-1,048	0,295
	Kullanan	78	66,41	28,25		
<b>Fiziksel rol kısıtlılığı</b>	Kullanmayan	12	41,67	51,49	-0,145	0,885
	Kullanan	78	38,78	48,12		
<b>Ağrı</b>	Kullanmayan	12	70,00	18,09	-0,839	0,401
	Kullanan	78	63,72	20,71		
<b>Genel sağlık algısı</b>	Kullanmayan	12	70,00	13,31	-1,057	0,291
	Kullanan	78	61,41	21,06		
<b>Yaşamsallık</b>	Kullanmayan	12	62,92	11,57	-1,404	0,160
	Kullanan	78	57,24	11,89		
<b>Sosyal işlev</b>	Kullanmayan	12	88,54	12,45	-2,127	<b>0,033*</b>
	Kullanan	78	74,04	21,95		
<b>Mental rol</b>	Kullanmayan	12	58,33	51,49	-1,037	0,300
	Kullanan	78	41,88	49,07		
<b>Mental sağlık</b>	Kullanmayan	12	67,00	16,90	-0,576	0,565
	Kullanan	78	62,87	16,45		

\* $p < 0,05$  (Mann-whitney U)

Tablo 4.13.'te araştırmaya katılan yaşlı bireylerin önerilen tıbbi beslenme tedavisini uygulama durumlarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar verilmiş olup, alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > 0,05$ ).

Tablo 4.13. Yaşlıların tıbbi beslenme tedavisi önerilen ve bu öneriyi uygulama durumlarına göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90)

<b>Önerilen tıbbi bes. ted.</b>		<b>n</b>	$\bar{x}$	<b>S</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>Malnütrisyon tarama puanı</b>	Uygulamayan	48	12,75	2,24	-0,125	0,901
	Uygulayan	42	13,12	1,61		
<b>SF-36</b>						
<b>Fiziksel işlev</b>	Uygulamayan	48	61,67	31,44	-1,765	0,078
	Uygulayan	42	74,17	22,58		
<b>Fiziksel rol kısıtlılığı</b>	Uygulamayan	48	44,27	48,72	-1,183	0,237
	Uygulayan	42	33,33	47,71		
<b>Ağrı</b>	Uygulamayan	48	63,13	21,25	-0,510	0,610
	Uygulayan	42	66,19	19,50		
<b>Genel sağlık algısı</b>	Uygulamayan	48	64,06	17,43	-0,411	0,681
	Uygulayan	42	60,83	23,35		
<b>Yaşamsallık</b>	Uygulamayan	48	57,92	11,71	-0,082	0,935
	Uygulayan	42	58,10	12,34		
<b>Sosyal işlev</b>	Uygulamayan	48	75,26	22,25	-0,212	0,832
	Uygulayan	42	76,79	20,76		
<b>Mental rol</b>	Uygulamayan	48	38,19	48,62	-1,213	0,225
	Uygulayan	42	50,79	50,06		
<b>Mental sağlık</b>	Uygulamayan	48	62,83	16,08	-0,356	0,722
	Uygulayan	42	64,10	17,07		

(Mann-whitney U)

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların sigara kullanma durumlarına göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.14.'te verilmiş ve yaşlı bireylerin sigara kullanma durumlarına göre Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0,05$ ).

Tablo 4.14. Yaşlıların sigara kullanma durumlarına göre Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (n=90)

Sigara		n	$\bar{x}$	S	Z	P
<b>Malnütrisyon tarama puanı</b>	Kullanmayan	63	13,16	1,67	-1,483	0,138
	Kullanan	27	12,37	2,48		
<b>SF-36</b>						
<b>Fiziksel işlev</b>	Kullanmayan	63	68,02	26,96	-0,004	0,996
	Kullanan	27	66,30	31,46		
<b>Fiziksel rol kısıtlılığı</b>	Kullanmayan	63	38,89	48,73	-0,215	0,830
	Kullanan	27	39,81	48,17		
<b>Ağrı</b>	Kullanmayan	63	62,86	20,90	-1,232	0,218
	Kullanan	27	68,52	18,95		
<b>Genel sağlık algısı</b>	Kullanmayan	63	60,79	22,35	-0,961	0,337
	Kullanan	27	66,67	14,21		
<b>Yaşamsallık</b>	Kullanmayan	63	58,41	11,60	-0,174	0,862
	Kullanan	27	57,04	12,88		
<b>Sosyal işlev</b>	Kullanmayan	63	74,40	22,72	-0,816	0,414
	Kullanan	27	79,63	18,06		
<b>Mental rol</b>	Kullanmayan	63	39,15	48,47	-1,381	0,167
	Kullanan	27	55,56	50,64		
<b>Mental sağlık</b>	Kullanmayan	63	63,24	16,32	-0,441	0,659
	Kullanan	27	63,85	17,13		

(Mann-whitney U)

Araştırmaya katılan erkek yaşlıların enerji ve besin ögesi alımları ile Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar Tablo 4.15.'de verilmiştir.

Erkek katılımcıların B<sub>12</sub> vitamini alımı ile malnütrisyon tarama arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır (p<0,05). B<sub>12</sub> vitamini alımı arttıkça malnütrisyon tarama puanının arttığı görülmüştür.

Erkek yaşlıların karbonhidrat (%) ve karbonhidrat (g) alımları ile fiziksel işlevleri arasında pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Erkek yaşlıların karbonhidrat (%) ve karbonhidrat (g) alımları arttıka, fiziksel işlevleri de artmaktadır.

Erkek yaşlıların enerji, yağ (g), karbonhidrat (g), kalsiyum ve doymuş yağ asidi alımları arttıka, ağrı puanları da artmaktadır ( $p<0,05$ ). Bu korelasyonlar pozitif yönlü olup, erkek yaşlıların enerji, yağ, karbonhidrat, kalsiyum ve doymuş yağ asidi tüketimleri arttıka, ağrıları da azalmaktadır.

Araştırmaya katılan erkek yaşlıların enerji, karbonhidrat (g), ve doymuş yağ asidi alımları arttıka, genel sağlık algısı puanları artmaktadır ( $p<0,05$ ).

Araştırmaya katılan erkek bireylerin tekli doymamış yağ asitleri arttıka yaşamsallık ve mental sağlık puanları da artmaktadır ( $p<0,05$ ).



Tablo 4.15. Erkek yaşlıların enerji ve besin ögesi alımları ile Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar (n=41)

		Malnütrisyon Tarama	Fiziksel işlev	Fiziksel rol kısıtlılığı	Ağrı	Genel sağlık algısı	Yaşamsallık	Sosyal işlev	Mental rol	Mental sağlık
Enerji (kcal)	r	0,19	0,18	0,02	0,39	0,33	0,25	0,16	0,13	0,23
	p	0,23	0,26	0,89	<b>0,01*</b>	<b>0,04*</b>	0,12	0,32	0,41	0,15
Protein (%)	r	0,20	-0,15	-0,17	-0,20	-0,03	-0,08	-0,02	-0,08	-0,15
	p	0,21	0,35	0,28	0,22	0,85	0,63	0,91	0,61	0,36
Protein (g)	r	0,25	0,16	0,00	0,28	0,27	0,15	0,13	0,11	0,13
	p	0,12	0,32	0,99	0,08	0,09	0,36	0,41	0,48	0,43
Yağ (%)	r	0,09	-0,28	-0,03	0,10	-0,12	0,30	0,06	-0,13	0,14
	p	0,58	0,08	0,86	0,52	0,45	0,06	0,72	0,40	0,39
Yağ (g)	r	0,19	0,04	0,03	0,36	0,20	0,33	0,17	0,06	0,25
	p	0,24	0,79	0,86	<b>0,02*</b>	0,21	<b>0,03*</b>	0,29	0,71	0,11
Karbonhidrat (%)	r	-0,15	0,32	0,04	-0,03	0,18	-0,27	-0,05	0,14	-0,09
	p	0,34	<b>0,04*</b>	0,79	0,87	0,26	0,08	0,77	0,40	0,59
Karbonhidrat (g)	r	0,07	0,32	0,08	0,37	0,35	0,11	0,09	0,23	0,20
	p	0,67	<b>0,04*</b>	0,64	<b>0,02*</b>	<b>0,02*</b>	0,48	0,59	0,15	0,22
Lif (g)	r	-0,14	0,10	0,08	0,10	0,14	0,09	-0,18	-0,07	-0,04
	p	0,38	0,51	0,62	0,53	0,37	0,57	0,25	0,68	0,83
K vit. (µg)	r	0,13	-0,07	0,06	0,14	0,17	-0,03	0,00	-0,14	-0,13
	p	0,40	0,66	0,73	0,39	0,28	0,87	0,98	0,38	0,42
B <sub>6</sub> vit. (mg)	r	0,20	0,24	0,05	0,22	0,28	-0,01	0,04	0,00	-0,04
	p	0,22	0,13	0,78	0,17	0,07	0,93	0,79	0,98	0,80
B <sub>12</sub> vit. (µg)	r	0,39	-0,04	-0,18	0,25	0,18	0,13	0,09	0,02	0,13
	p	<b>0,01*</b>	0,82	0,25	0,11	0,26	0,43	0,56	0,92	0,41
Topl.fol.as. (µg)	r	-0,20	0,02	0,08	0,04	0,15	-0,09	-0,10	-0,05	-0,12
	p	0,20	0,91	0,61	0,81	0,35	0,56	0,52	0,73	0,44
C vit (mg)	r	-0,06	0,02	0,24	-0,08	0,02	0,03	-0,18	-0,21	-0,08
	p	0,69	0,90	0,12	0,64	0,90	0,84	0,26	0,19	0,62
Kalsiyum (mg)	r	0,12	0,14	0,11	0,34	0,26	0,00	0,26	0,16	0,09
	p	0,47	0,39	0,51	<b>0,03*</b>	0,09	0,99	0,10	0,33	0,59
Demir (mg)	r	-0,03	0,07	0,00	0,10	0,13	0,09	-0,17	-0,09	-0,02
	p	0,87	0,66	0,98	0,52	0,41	0,57	0,28	0,56	0,91
Kolesterol (mg)	r	0,14	0,01	-0,21	0,04	0,09	0,10	0,05	-0,10	-0,05
	p	0,38	0,95	0,19	0,83	0,56	0,55	0,77	0,53	0,78
Doymuş yağ as. (g)	r	0,18	0,06	0,03	0,47	0,31	0,23	0,27	0,12	0,18
	p	0,27	0,72	0,83	<b>0,00*</b>	<b>0,05*</b>	0,15	0,08	0,46	0,26
Omega 6 / Omega 3	r	-0,02	-0,04	0,08	0,25	0,24	0,26	0,09	0,02	0,18
	p	0,88	0,80	0,62	0,11	0,12	0,10	0,56	0,92	0,27
Tekli doymamış yağ as. (g)	r	0,26	0,18	-0,01	0,27	0,17	0,39	0,07	0,03	0,38
	p	0,10	0,26	0,94	0,09	0,29	<b>0,01*</b>	0,66	0,85	<b>0,01*</b>
Çoklu doymamış yağ as. (g)	r	-0,16	0,07	0,10	-0,19	-0,17	0,17	-0,14	-0,07	0,13
	p	0,31	0,68	0,53	0,23	0,30	0,28	0,40	0,67	0,43

\* $p < 0,05$  (Spearman Korelasyon Testi)

Araştırmaya katılan kadın yaşlıların enerji ve besin ögesi alımları ile Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar Tablo 4.16.'de verilmiştir.

Tablo 4.16. incelendiğinde kadın yaşlıların lif, K vitamini, B<sub>6</sub> vitamini, toplam folik asit ve C vitamini alımları arttıķça, fiziksel işlevler puanları azalmaktadır (p<0,05).

Araştırmaya katılan kadın yaşlıların C vitamini alımları arttıķça, ağrı puanları da azalmakta, enerji alımları arttıķça, genel sağlık algısı puanları artmaktadır (p<0,05).

Kadın yaşlıların yağ (%) ve doymuş yağ asidi alımları arttıķça, sosyal işlev puanları artarken (p<0,05), karbonhidrat alımları arttıķça sosyal işlev puanları azalmaktadır (p<0,05).

Kadın yaşlıların yağ (g), yağ (%) tüketimleri ile mental sağlık puanları arasında pozitif, karbonhidrat(g) tüketimleri ile mental sağlık puanları arasında negatif yönlü bir korelasyon olduğu saptanmıştır (p<0,05). Kadın yaşlıların yağ (g), yağ (%) tüketimleri arttıķça mental sağlık puanları artmakta, karbonhidrat(g) tüketimleri arttıķça mental sağlık puanları azalmaktadır.

Tablo 4.16. Kadın yaşlıların enerji ve besin ögesi alımları ile Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar (n=49)

		Malnütrisyon Riski	Fiziksel işlev	Fiziksel rol kısıtlılığı	Ağrı	Genel sağlık algısı	Yaşamsallık	Sosyal işlev	Mental rol	Mental sağlık
Enerji (kcal)	R	-0,19	0,08	0,07	0,13	0,28	0,20	0,14	0,19	0,28
	P	0,19	0,59	0,63	0,37	<b>0,05*</b>	0,16	0,32	0,20	0,05
Protein (%)	R	-0,25	-0,17	0,03	0,04	-0,05	-0,13	0,06	-0,26	-0,13
	P	0,08	0,25	0,84	0,78	0,75	0,36	0,68	0,07	0,38
Protein (g)	R	-0,32	-0,07	0,10	0,11	0,13	0,05	0,12	-0,02	0,06
	P	<b>0,03*</b>	0,64	0,50	0,46	0,36	0,71	0,40	0,91	0,68
Yağ (%)	R	-0,04	0,25	-0,07	0,19	0,25	0,28	0,35	0,22	0,34
	P	0,78	0,08	0,65	0,20	0,09	0,05	<b>0,01*</b>	0,13	<b>0,02*</b>
Yağ (g)	R	-0,14	0,12	-0,03	0,11	0,27	0,22	0,23	0,19	0,31
	P	0,33	0,43	0,86	0,45	0,06	0,13	0,11	0,19	<b>0,03*</b>
Karbonhidrat (%)	R	0,14	-0,19	0,08	-0,19	-0,24	-0,21	-0,38	-0,12	-0,31
	P	0,34	0,19	0,58	0,18	0,10	0,15	<b>0,01*</b>	0,42	<b>0,03*</b>
Karbonhidrat (g)	R	-0,12	-0,19	0,15	-0,11	0,07	0,00	-0,22	0,00	0,04
	P	0,40	0,20	0,31	0,45	0,62	0,99	0,14	0,97	0,79
Lif (g)	R	-0,15	-0,33	0,12	-0,05	-0,21	0,14	-0,21	0,00	0,06
	P	0,31	<b>0,02*</b>	0,40	0,73	0,14	0,33	0,15	0,99	0,66
K vit.(µg)	R	-0,02	-0,34	-0,01	-0,04	-0,23	0,02	-0,09	-0,08	-0,05
	P	0,87	<b>0,02*</b>	0,93	0,77	0,11	0,87	0,55	0,57	0,76
B6 vit. (mg)	R	-0,25	-0,30	0,11	0,03	-0,06	0,15	-0,03	-0,10	0,05
	P	0,08	<b>0,04*</b>	0,44	0,86	0,69	0,29	0,83	0,51	0,71
B12 vit.(µg)	R	-0,23	-0,11	0,00	-0,05	0,11	0,07	0,10	-0,12	0,12
	P	0,12	0,47	0,97	0,75	0,46	0,63	0,48	0,41	0,41
Topl.fol.as. (µg)	R	-0,24	-0,38	0,09	-0,14	-0,17	0,08	-0,17	-0,17	-0,04
	P	0,10	<b>0,01*</b>	0,52	0,35	0,25	0,58	0,24	0,24	0,78
C vit (mg)	R	0,08	-0,31	0,20	-0,28	-0,20	0,04	-0,22	-0,22	0,00
	P	0,61	<b>0,03*</b>	0,18	<b>0,05*</b>	0,17	0,80	0,13	0,12	0,98
Kalsiyum (mg)	R	-0,17	-0,06	-0,02	0,06	0,13	0,00	0,22	0,04	0,06
	P	0,24	0,69	0,87	0,66	0,37	0,98	0,12	0,76	0,70
Demir (mg)	R	-0,25	-0,23	0,23	0,05	-0,07	0,17	-0,02	-0,04	0,18
	P	0,08	0,11	0,10	0,75	0,64	0,24	0,91	0,79	0,23
Kolesterol (mg)	R	-0,21	-0,05	0,09	0,07	0,21	0,26	0,22	-0,10	0,19
	P	0,14	0,71	0,53	0,66	0,15	0,07	0,13	0,51	0,19
Doymuş yağ as. (g)	R	-0,18	0,03	0,04	0,07	0,28	0,21	0,30	0,11	0,25
	P	0,20	0,86	0,80	0,65	0,06	0,15	<b>0,04*</b>	0,44	0,09
Omega 6 / Omega 3	R	-0,06	0,22	0,01	0,13	0,31	0,33	0,23	0,14	0,32
	P	0,69	0,13	0,96	0,36	0,03	0,02	0,12	0,35	0,02
Tekli doymamış yağ as. (g)	R	-0,12	0,27	-0,03	0,11	0,13	0,02	-0,08	0,25	0,14
	P	0,41	0,06	0,86	0,45	0,38	0,91	0,61	0,08	0,34
Çoklu doymamış yağ as. (g)	R	0,25	0,24	-0,02	0,25	0,02	0,11	0,03	0,26	-0,06
	P	0,08	0,09	0,87	0,08	0,88	0,45	0,84	0,07	0,67

\* $p < 0,05$  (Spearman Korelasyon Testi)

Araştırma kapsamındaki erkek ve kadın yaşlıların Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar Tablo 4.18.'de verilmiştir.

Erkek ve kadın yaşlıların fiziksel işlev ve genel sağlık algısı ile malnütrisyon tarama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Erkek ve kadın yaşlı bireylerin fiziksel işlev ve genel sağlık algısı puanları arttıkça malnütrisyon tarama puanları artmaktadır.

Tablo 4.17. Erkek ve kadın yaşlıların Mini Nutrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar (n=90)

		<b>Malnütrisyon Tarama Puanı</b>	
		<b>Erkek(n=41)</b>	<b>Kadın(n=49)</b>
<b>Fiziksel işlev</b>	R	0,433	0,225
	P	<b>0,005*</b>	0,120
<b>Fiziksel rol kısıtlılığı</b>	R	-0,158	-0,130
	P	0,324	0,374
<b>Ağrı</b>	R	0,273	-0,145
	P	0,085	0,320
<b>Genel sağlık algısı</b>	R	0,340	-0,106
	P	<b>0,029*</b>	0,470
<b>Yaşamsallık</b>	R	0,063	0,011
	P	0,694	0,942
<b>Sosyal işlev</b>	R	0,169	-0,205
	P	0,291	0,158
<b>Mental rol</b>	R	0,051	-0,114
	P	0,753	0,434
<b>Mental sağlık</b>	R	0,152	-0,099
	P	0,343	0,497

\* $p < 0,05$  (Spearman Korelasyon Testi)

## Bölüm 5

### TARTIŞMA

#### 5.1 Yaşlı Bireylerin Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma, İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan yaşlı bireylerin malnütrisyon durumunu değerlendirmek ve bu bireylerin yaşam kalitelerinin ve beslenme durumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır

Bu araştırmaya 49'u (%54,4) kadın, 41'i (%45,6) erkek olmak üzere toplam 90 yaşlı birey katılmıştır. Yaşlı bireylerin %46.67'si genç yaşlı (65-74 yaş), %42.22'si orta yaşlı (75-84) grupta yer almaktadır. Ergün ve ark. (74) huzurevlerinde yaşayan bireylerle yaptığı çalışmalar incelendiğinde huzurevinde yaşayan erkek yaşlı sayısının kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Kara'nın (90) huzurevinde yaptığı çalışmada huzur evinde yaşayan bireylerin %57,3'ü kadın %42,7'si erkek olarak saptanırken, Akın'ın (91) huzurevlerinde yaşayan bireylerle yaptığı çalışmalar incelendiğinde huzurevinde yaşayan sakinlerinin %52,5'i kadın, %47,5'i erkek olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları Ergün ve ark. ile farklılık gösterirken, Kara ve Akın'ın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada yaşlı bireylerin %15,6'sının evli, %28,9'unun boşanmış, %55,6'sının eşinin ölmüş olduğu saptanmıştır. Kişioğlu ve ark. (92) huzurevinde yapmış olduğu çalışmada yaşlı bireylerin %85'inin bekar veya eşinin olmuş olduğu saptanmıştır. Işıklı ve ark. (93) yapmış olduğu çalışmada ise huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %88,9'unun bekâr, dul veya boşanmış olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın

sonuçları Kişioğlu ve ark. ve Işıklı ve arkadaşlarının sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Türkiye’de huzurevinde yaşayan bireylerle ilgili yapılan çalışmalarda 65 yaş ve üzerindeki bireylerin evlilik oranının % 4,7–16,6 arasında olduğu saptanmıştır (77,78). Bu oranlar yapılan çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir. Çalışma sonuçlarına göre yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun bekar olduğu saptanmıştır. Bu durum evli olmayan, eşi ölmüş olan yaşlı bireylerin bir aileye sahip olmadıklarını hissetmelerinden dolayı yalnız kalmamak için huzurevini tercih ettikleri şeklinde değerlendirilmiştir.

Yapılan bu çalışmada yaşlı bireylerin %41,1’inin ilkokul mezunu, %33,3’ünün okuryazar olmadığı, %11,1’inin ortaokul, %14,4’ünün de lise veya lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Rakıcıoğlu’nun (70) yaptığı çalışmada huzurevinde bulunan yaşlı bireylerin %31’inin okur-yazar olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bostancı ve Yılmaz’ın (94), Berberoğlu ve ark. (95), Işıklı ve arkadaşlarının (93) huzur evinde yapmış olduğu çalışmalar incelendiğinde okur-yazar olmayanların oranları sırasıyla, %50,6, %29,9, %42,2 bulunmuştur. Yapılan çalışmanın sonuçları okuryazar olmayan oranları açısından Rakıcıoğlu ve Berberoğlu ve ark. yaptığı çalışmaların sonuçları ile paralellik gösterirken, Bostancı ve Yılmaz’ın ve Işıklı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaların sonuçlarına göre ise daha düşük bulunmuştur. Huzurevinde çalışmaya alınan yaşlı bireylerin eğitim durumlarının genellikle ilkokul seviyesinde olmasının nedenleri o yaş döneminde sosyo ekonomik durumlarının düşük olmasından dolayı eğitime önem verilmemesi ve ailelerin kız çocuklarının okula göndermemesinden dolayı kaynaklanabilir.

Yapılan bu çalışmada yaşlı bireylerin %50’sinin SSK’lı, %28,9’unun emekli sandığı/bağkurlu, %21,1’inin yeşil kartlı olduğu saptanmıştır. Huzurevinde ikamet

eden ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden yaşlılar arasında sosyal güvencesi olmayan birey bulunmamaktadır. Uncu ve arkadaşlarının (96) yapmış oldukları çalışmada huzurevinde kalan yaşlı bireylerin % 35,2'sinin, Bahar ve arkadaşlarının (28) yapmış oldukları çalışmada ise huzurevinde kalan yaşlı bireylerin %49,3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Çalışkan'ın (97) bir huzurevinde yaptığı çalışmada yaşlıların %61,4'ü Genel Sağlık Sigortalı, %38,6'sı SSK'lı olduğu saptanmıştır. Ercan'ın (98) huzurevinde yaptığı çalışmaya göre yaşlıların sosyal güvenceleri incelendiğinde, %26,4'sinin emekli sandığı, %27,9'nun SSK, %16,9'nun yeşil kartı olduğu saptanmıştır. Yapılan bu çalışmanın verileri Uncu ve ark. ve Bahar'ın yapmış oldukları çalışma ile farklılık gösterirken, Çalışkan ve Ercan'ın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yaşlı bireylerin yüksek oranda SSK sosyal güvencesine bağlı olmalarının nedeni 2011 yılında çıkan yeni kanun ile, sosyal güvencesi olmayan 65 yaş ve üstü tüm yaşlılar Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil edilmesindedir (99).

Yapılan bu çalışmada yaşlı bireylerin %40'ının hipertansiyonu, %33,33'ünün diyabeti, %33,33'ünün de kalp damar hastalıkları olduğu saptanmıştır. Vural ve ark.'nın (100) yapmış olduğu çalışma incelendiğinde yaşlıların %52,8'nin hipertansiyon, %49'unun romatizmal hastalıkları olduğu saptanmıştır. Altay ve Avcı'nın (101) Samsun'da huzurevinde yaşayan yaşlılara yapmış olduğu çalışma incelendiğinde %70,2'sinin en az bir tane kronik hastalığı olduğu, %39,3'ünün hipertansiyon %17,9'unun diyabeti olduğu saptanmıştır. İstanbul'da 25 huzurevinin dahil olduğu Kaya ve ark.'nın (102) çalışmasında ise yaşlıların %18,2'sinde diyabet, %38,5'inde hipertansiyon, %23,5'inde romatizmal hastalıklar ve %33,6'sında kalp-damar hastalığı olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçları Altay ve Avcı'nın ve Kaya ve arkadaşlarının sonuçları ile benzerlik gösterirken, Vural ve arkadaşlarının

sonuçları ile farklılık göstermektedir. Ülkemizde yaşayan yaşlılarda da en sık görülen kronik hastalıkların başında bu çalışmada da görüldüğü gibi hipertansiyon, kalp-damar hastalıkları ve DM görülmektedir (2, 35) .

Yapılan bu araştırmada yaşlı bireylerin %86,7'sinin ilaç kullandığı saptanmıştır. Seçkin ve ark.'nın (103) Ankara'da bir huzurevinde 207 yaşlı bireyle yaptıkları çalışmada yaşlıların ilaç kullanım oranı %84 olarak saptanmıştır. Esengen ve ark.'nın (104) yaptıkları çalışmada farklı ülkelerdeki yaşlı kadınların %94.4'ü, yaşlı erkeklerin %80,4'ünün gün içerisinde en az bir tane ilaç aldıklarını belirtmiştir. Ercan'ın (98) yaptığı çalışmada yaşlıların ilaç tüketim durumları incelendiğinde %81,6'sının ilaç tükettiği, %18,4'ünün ilaç tüketmediği saptanmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçları, Seçkin ve ark., Esengen ve ark. ve Ercan'ın yaptıkları çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yaşlı bireylerdeyaşın ilerlemesi ile birlikte ortaya çıkan kronik hastalıklarından dolayı ilaç kullanım oranları yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylere hastalıklarına göre diyetisyen tarafından önerilen herhangi bir diyet uygulayıp uygulamadıkları sorulmuştur. Yaşlı bireylerin %46,7'sinin önerilen özel tıbbi beslenme tedavisi uyguladığı, %53,3'ünün ise uygulamadığı saptanmıştır. Öğüt ve ark.'nın (105) Burdur ve Isparta'da yaptığı çalışmada yaşlıların %77,8'inin önerilen diyeti uygulamadıkları saptanmıştır. Çakıroğlu ve Çayır'ın (106) Ankara ilinde huzurevinde kalan yaşlı bireylerle yaptıkları çalışmada yaşlıların %45'inin tıbbi beslenme tedavisi uyguladığı sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçları Çakıroğlu ve Çayır'ın çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmaya göre önerilen diyeti uygulama oranlarının düşük olması, yaşlıların yemek masalarında bulunmamasına rağmen odalarından ekstra tuz ve yağ getirerek yemeklerine ilave etmeleri ve yine yanlarında ekmek getirerek



önerilen miktarların üzerinde tüketim sağlamalarından ötürü kaynaklandığı düşünölmektedir.

Yapılan bu çalışmada yaşlı bireylerin %30' unun sigara tüketirken, %70'inin sigara tüketmediğı sonucuna varılmıştır. Akyıldızlar'ın (107) yapmış olduğı çalışmada erkeklerin %55,4'ü, kadınların ise %85,7'sinin sigara içmediğini saptanırken, Rakıcıoğlunun (108) yapmış olduğı çalışma incelendiğinde sigara içmeyenlerin oranı %49,3 olarak bulunmuştur. Benzer çalışma Ersoy ve Akbulut (109) tarafından yapılmış ve yaşlı bireylerin sigara tüketmeme oranı %58,8 olarak saptanmıştır. Özgüneş'in (7) yapmış olduğı çalışmada yaşlı bireylerin %19'unun sigara içtiğı sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışma sonuçları Rakıcıoğlu ve Ersoy ve Akbulut'un çalışma sonuçları ile farklılık gösterirken, Akyıldızlar ve Özgüneş'in çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yaşlı bireylerin %70'inin sigara kullanmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni yaşlıların birçoğunda kronik hastalık bulunması ve sağlıkları için sigarayı bırakmış olabilir.

## **5.2 Yaşlı Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi**

Antropometrik ölçüm yöntemleri yağ ve protein depolarının göstergesi olduklarından dolayı yaşlı bireylerde önem taşımaktadır (110).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte yağsız vücut ağırlığı ve yağ dağılımında önemli oranda değişiklikler olmaktadır. Yaşlı bireylerin kol ve bacak gibi uzuvlarında olan derialtı yağ dokusunda azalma, karın içi derialtı yağ dokusunda artma ile vücuttaki yağın dağılımında değişimler meydana gelmektedir. Bu değişimler erkek ve kadın bireylerde farklılık göstermektedir. Erkek bireylerde 40-45 yaşlarında %25 oranında olan vücut yağ oranı, yaşın ilerlemesiyle birlikte %38'e ulaştığı ve bu aralıkta sabit kaldığı, kadın bireylerde ise 40-49 yaş aralığında ortalama vücut yağ oranı %30 iken, yaşın ilerlemesiyle birlikte %43'e eriştiğı bilinmektedir (111).

Yapılan bu araştırmada yaşlı bireylerin BKİ değerlerine göre erkeklerin %43,9'unun hafif şişman, %22'si 1. derecede obez, kadınların ise %38,8'i hafif şişman, %42,9'unun 1. derece obez olduğu saptanmıştır. TÜİK 2012 (112) raporuna göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri erkeklerin %42,7'si fazla kilolu, %16,2'sinin obez olduğu, kadınların %34,7'sinin fazla kilolu, %33,1'inin obez olduğu belirtilmiştir. TÜİK 2016 (113) raporuna göre, 2008 yılında obez olan yaşlıların oranı %23,1 iken 2014 yılında bu oranın %26,2'ye yükseldiği saptanmıştır. Cinsiyetlere göre TÜİK 2014 yılı verileri incelendiğinde obezite oranı yaşlı erkeklerde %17,7 iken yaşlı kadınlarda %32,8 olarak saptanmıştır. Çalışma verilerine göre cinsiyete göre obezlik oranı incelendiğinde, kadın yaşlıların erkek yaşlılardan daha obez olduğu sonucu saptanmıştır. Yapılan alışma sonuçları obezlik oranı yönünden TÜİK 2016 verileri ile benzerlik gösterse de, çalışma oranları daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan bu çalışmada erkek bireylerin ortalama BKİ değerleri  $26,80 \pm 3,70$   $\text{kg/m}^2$  iken kadın bireylerin ortalama BKİ değerleri  $29,35 \pm 4,09$   $\text{kg/m}^2$  olduğu saptanmıştır. Yağcı ve ark.'nın (114) huzurevinde yaşayan yaşlılarla yaptığı çalışmada yaşlılarda BKİ'nin  $23,9 \pm 3,6$   $\text{kg/m}^2$  olduğunu bildirmişlerdir. Oturak'ın (115) 2008 yılında Ankara'da bir huzurevinde yaptığı çalışmada ortalama BKİ 60 yaş üstü yaşlı kadınlarda  $28,7 \pm 2,6$   $\text{kg/m}^2$ , erkeklerde  $24,9 \pm 3,7$   $\text{kg/m}^2$  bulunmuştur. Kıray ve ark.'nın (116) Denizli'de bir huzurevinde yaptığı çalışmada yaşlıların BKİ ortalaması  $27,37 \pm 4,84$   $\text{kg/m}^2$  olarak saptanmıştır. İşpanya'da 7 farklı huzurevlerinde yaşlılarla ilgili yapılan çalışmada yaşlı erkek ve kadınların beden kitle indeksi değerleri sırasıyla;  $26,8 \pm 4,4$   $\text{kg/m}^2$  ve  $29,2 \pm 6,5$   $\text{kg/m}^2$  olarak saptanmıştır (117). Yapılan bu çalışmanın sonuçları Yağcı ve ark.ve Kıray ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalar ile farklılık gösterirken, Oturak'ın ve İşpanya'da yapılan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmada kadın bireylerin erkek bireylere göre daha stabil ve

hareketsiz yaşam sürdürdükleri gözlenmiştir. Kurs ve etkinliklerde erkek bireyler daha fazla aktif bulunurken, kadın bireyler oturdukları yerden el işi (lif, patik, atkı) öreerek hayatlarını sürdürdükleri gözlemlenmiştir. Bir başka açıdan gözlemlendiğinde kadınlar kurumda çıkan yemekten ayrı olarak odalarındaki mutfakta istedikleri şekilde yemek yaptıkları (özellikle köfte, patates, patlıcan, ve biber kızartması) gözlemlenmiştir. Kadın bireylerdeki BKİ yüksekliği huzurevinde yapılan gözlem sonucunu doğrulamaktadır.

### **5.3 Yaşlı Bireylerin Enerji ve Besin Öğeleri Alım Miktarlarının**

#### **Değerlendirmesi**

Huzurevlerinde ve diğer yaşlı bakım merkezlerinde kalan yaşlı bireylerde, protein enerji malnütrisyonu, yetersiz besin alımı ve besin ögesi yetersizliklerine sık rastlanmaktadır (17).

Yapılan bu çalışmada erkek yaşlı bireylerin enerji alım ortalaması 1606,35±334,10 kkal, kadın bireylerin ise 1626,88±285,22 kkal olarak bulunmuştur. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberine (119) göre yaşlı bireylerin günlük enerji gereksinimleri erkeklerde 2100 kkal, kadınlarda 1790 kkal olmalıdır. Özgüneş'in (7) Ankara da bir huzurevinde yapmış olduğu çalışmada üç günlük besin alım kayıtlarının ortalama enerji alımları erkek yaşlılarda 2037,5±384,7 kkal, kadın yaşlılarda 1735,6±341,8 kkal sonucu saptanmıştır. Ongan'ın (25) Ankara'da bir huzurevinde yapmış olduğu çalışmada bir günlük ortalama enerji miktarları erkek yaşlılar da 1621±504 kkal, kadın yaşlılarda 1362±427 kkal olduğu saptanmıştır. Akyıldızların (107) 2007 yılında Kocaeli'nde üç farklı huzurevinde yürüttüğü çalışmada bireylerin günlük enerji alımları ortalama erkek yaşlılarda 1634,7±240,6 kkal, kadın yaşlılarda 1537,3±273,6 kkal sonucu tespit edilmiştir. Yapılan bu çalışmanın sonuçları Özgüneş,

Ongan ve TÜİK verilerine göre farklılık gösterirken, Akyıldızlar'ın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada erkeklerin protein alımortalaması %17,88, yağalım ortalaması %39,93, karbonhidrat alım ortalaması %42,20 bulunurken, kadınların protein alım ortalaması %17,51, yağalım ortalaması %41,18 ve karbonhidrat alım ortalaması %41,37 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada günlük lif alımı ortalama 14,57 gramdır. Özgüneş'in (7) Ankara da bir huzurevinde yapmış olduğu çalışmada üç günlük besin alım kayıtlarının ortalama erkek yaşlılarda %17,0±2,5 proteinden, %38,0±5,8'i yağlardan %45,0±5,8'i karbonhidratlardan, kadın yaşlılarda ise sırasıyla %17,5±1,9'si protein, %38,6±3,7'si yağ %43,9±3,5'i karbonhidrat olduğu saptanmıştır. Tayvan'da Chen ve Huang'ın (118) yaptığı çalışmada bir günlük besin alımları incelenen 313 yaşlı bireyin günlük enerjinin %54.5'i karbonhidratlardan, %12.2'si proteinden, %33.3'ü yağlardan sağlanmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçları Chen ve Huang ve Özgüneş'in yaptıkları çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışma sonuçları incelendiğinde bireylerin günlük enerji gereksinimleri erkeklerde %70,73, kadınlarda %89,80 oranında yeterli miktarda karşılanmaktadır. Erkeklerin %60,98'i kadınların ise %67,35' RDA'ya göre karbonhidrat alımları yeterli miktarda olduğu saptanmıştır. Protein alımları kadın ve erkeklerin %100'ündeyeterli miktarda olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların %83,67'si, erkeklerin %80,49'u RDA'de önerilen miktarın üzerinde yağ tükettiği saptanmıştır. Erkek bireylerin %60,98'inin A vitaminini %51,22'sinin folik asidi, %70,73'ünün kalsiyumu, %63,41'inin kolesterolü ve %68,29'unun omega 6'yı RDA'ya göre yeterli düzeyde tükettiği, %56,10'u B<sub>6</sub> vitaminini, %85,37'si lifi ve %65,85'i C vitaminin yetersiz tükettiği saptanmıştır. Kadınların ise, %51,02'sinin A

vitaminini, %59,18'inin B<sub>6</sub> vitaminini, %55,10'unun folik asidi, %77,55'inin kalsiyumu, %65,31'inin kolesterolü ve %55,10'unun omega 6'yı RDA'ya göre yeterli düzeyde tükettiği, %51,02'si lifi ve %51,02'si ise C vitaminin yetersiz tükettiği saptanmıştır. Her iki cinsiyette de C vitamini alımı yetersiz olduğu görülmüştür. Eker'in (120) 2006 yılında Edirne ilinde yaptığı çalışmasında 65 yaş üstü ortalama günlük protein, yağ, karbonhidrat, alımı kadın yaşlılarda sırasıyla 44,1 g, 32,8 g, 118,8 g erkek yaşlılarda ise sırasıyla 45,6 g, 38,9 g, 140,6 g olarak saptanmış ve %74,6'sının RDA değerlerine göre yetersiz düzeyde enerji aldıkları saptanmıştır. Rakıcıoğlu'nun yazdığı derlemede (108) üç ayrı il ve altı farklı kurumda yaşayan 203 yaşlı birey ile yapılan çalışmada yaşlı bireylerin enerji, yağ ve protein tüketimlerinin önerilenden fazla, A vitamini tüketiminin ise önerilenin altında olduğu gösterilmiştir. Ersoy ve Akbulut (109) yaptığı çalışmada bireylerin A, B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, C ve E vitaminlerini RDA'nın altında (<%67) tüketildiği sonucu saptanmıştır. Özgüneş'in yaptığı çalışmada yaşlı kadınların %46,2'si, erkeklerin %26,4'ü RDA'ya göre önerilen miktarın üzerinde yağ tükettikleri saptanmıştır. Aksoydan'ın (121) Türkiye ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde yaşayan yaşlı bireylerin sağlık ve beslenme durumlarını karşılaştırarak yaptığı çalışmada bireylerin günlük enerji, karbonhidrat, posa, E vitamini ve kalsiyum alımları incelenmiştir. Ülkelerin çoğunda alım oranları önerilen düzeylere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçlarına göre yağ alım oranları RDA'ya göre önerilenin üstünde olması bireylerin çok yağlı besin tüketimlerinden kaynaklanabilir. C vitamini ve lif alımlarının RDA'ya göre önerilenin altında olması yaşlı bireylerin sebze ve meyve tüketimlerinin az veya hiç olmamasından kaynaklanabilir.

## 5.4 Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalite Ölçeği Skorlarına İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Mini Nütrisyonel Değerlendirme daha çok yaşlı popülasyon grubu ve ayakta izlenen hastalar için hazırlanmış bir testtir. Bu tarama ve değerlendirme sonucuna göre yaşlı bireyler “malnütrisyon olasılığı var”, “malnütrisyonlu” veya “normal” olarak tanımlanmaktadır (58).

Yapılan araştırmada huzur evinde yaşayan yaşlı bireylere uygulanan MNA testine göre yaşlı bireylerin ortalama malnütrisyon tarama puanı  $12,92 \pm 1,97$  olarak saptanmıştır. Buna göre huzurevinde kalan yaşlı bireylerin malnütrisyon tarama puanlarına bakılarak %87’sinin malnütrisyon riskinin normal olduğu, %9’unun malnütrisyon olasılığının olduğu ve %4’ünün de malnütrisyonlu olduğu bulunmuştur.

Balcı ve ark. (122) yaptığı çalışmaya göre MNA tarama puanına göre yaşlıların %4’ü “malnütrisyonlu”, %66,3’ü “malnütrisyon riskli” ve %29,7’si “normal nütrisyonel durumda” olarak saptanmıştır. Özgüneş’in (7) bir huzurevinde yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin %90’ı malnütrisyon açısından risk taşımaz iken, %72,2’sinin malnütrisyon riskinin normal olduğu saptanmıştır. Otuziki farklı huzurevinde yapılan çalışmanın sonuçlarını inceleyen Guigoz (123), 6821 yaşlı bireyde %5 oranında malnütrisyon, %71 oranında malnütrisyon riski saptamıştır. İzmir ilinde Bilge ve ark. (124) huzurevinde yaşayan 122 yaşlı birey ile yürüttükleri çalışmada yaşlı bireylerin %3,3’ünün malnütrisyonlu, %20,5’inin malnütrisyon riskli olduğunu tespit etmişlerdir. Brezilya’da bir huzurevinde yapılan çalışmada Mini Nütrisyonel Değerlendirme ölçeğine göre malnütrisyon oranı %8,3 iken %55,6 oranında malnütrisyon riskinin olduğu saptanmıştır (125). Şanlıer ve Yabancı (126)’nın yaptığı çalışmada huzurevlerindeki yaşlı bireylerin %45,7’sinde malnütrisyon riski olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışma sonucu Balcı ve ark., Guigoz,

Şanlıer ve Yabancı'nın yaptıkları çalışma ile farklılık gösterirken, Bilge ve ark. ve Özgüneş'in çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, huzurevindeki bireylerin malnütrisyon riski diğer çalışmalara göre daha düşük saptanmıştır. Bu durumun huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yaş ortalamasının diğer çalışmalara göre daha düşük olması ayrıca huzurevinde yaşayan bireylerin dışarıdan besin temin etmelerine sınırlama getirilmemesinden ötürü olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada SF-36 yaşam kalite ölçeğinden fiziksel rol kısıtlılığı ortalaması 39,17 puan, sosyal işlev skor ortalaması 75,97 puan, ağrı algısı ortalama 64,56 puan, genel sağlık algısı ortalama 62,56 puan, yaşamsallık skor ortalaması 58 puan ve mental sağlık skoru ortalaması ise 63,42 olarak saptanmıştır. Kılıçoğlu ve Yenilmez'in (127) bir huzurevinde yaptığı çalışmada fiziksel rol  $52,2 \pm 27,0$ , fiziksel rol kısıtlılığı  $66,6 \pm 46,0$  sosyal fonksiyon  $73,9 \pm 23,5$ , ağrı  $67,5 \pm 24,5$ , ruh sağlığı  $63,9 \pm 18,9$ , rol kısıtlılığı  $74,4 \pm 39,3$ , canlılık  $56,5 \pm 21,6$ , sağlığın genel algılanışı  $60,5 \pm 21,1$  puanları saptanmıştır. Sucaklı ve ark. (128) huzurevinde yaşam kalitesi ile ilgili yaptığı çalışmada fiziksel fonksiyon için  $42,37 \pm 12,87$ , fiziksel rol kısıtlılığı için  $46,80 \pm 13,45$ , sosyal fonksiyon için  $42,14 \pm 11,67$ , bedensel ağrı için  $43,17 \pm 15,71$ , ruh sağlığı için  $63,9 \pm 18,9$ , rol kısıtlılığı için  $42,51 \pm 15,70$ , canlılık için  $50,36 \pm 9,82$ , genel sağlık için  $41,77 \pm 9,83$ , mental sağlık için  $43,15 \pm 9,52$  puanları saptanmıştır. Adıgüzel ve Acar Tek'in (129) yaptığı çalışmada fiziksel fonksiyon 8,3 puan, fiziksel rol kısıtlılığı 3,2 puan, sosyal fonksiyon 16,8 puan, bedensel ağrı 50,9 puan, mental sağlık 65,6 puan, canlılık 11,8 puan, genel sağlık 14,5 puan, mental rol 25,3 puan olarak saptanmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçları incelenen literatur çalışmalarının belirli skor puanları ile benzerlik gösterirken belirli alt ölçek skorlarında farklılık göstermektedir. Yapılan çalışma sonuçlarından en düşük puan fiziksel rol kısıtlılığı alt ölçeği olarak saptanmıştır. Fiziksel rol kısıtlılığı puanının literature verilerine göre

daha düşük saptanması, kurumdaki yaşlı bireylerin yıkanma, soyunma ve giyinmelerini yaşlı bakım birimi ile birlikte yaptıklarından dolayı kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Sosyal işlev puanının diğer alt ölçeklere göre daha yüksek puanda olması ise gidilen kurumda yaşlı bireylere özel olarak sunulan resim kursu, ahşap boyama kursu, dikiş nakış, türk sanat müzik korosu vb. birçok kurs hizmetlerinin verilmesi ile yaşlı bireylerin o kurslara katılımlarından dolayı olduğu tahmin edilmektedir. Ağrı algısı skoru yükseldikçe yaşlı bireylerin günlük aktivitelerini kısıtlayıcı ağrının az olduğu düşünülmektedir. Huzur evinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşamsallık skoru ortalama 50 puan üzeri olduğundan dolayı yaşlıların genel olarak dinç olduğu sonucuna varılmıştır.

Yapılan çalışmada cinsiyetlere göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin fiziksel rol kısıtlılığı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Kılıçoğlu ve Yenilmez'in (127) ve Adıgüzel ve Acar Tek'in (129) yaptıkları çalışmada SF-36 ölçeğinin cinsiyetlerle arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmanın sonucu Kılıçoğlu ve Yenilmez'in ve Adıgüzel ve Acar Tek'in yaptığı çalışmalar ile farklılık göstermektedir.

Yapılan çalışmada yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre SF-36 Ölçeğinin sosyal işlev alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış ve buna göre 85 yaş üzeri ileri yaşlıların sosyal işlev puanları, 75-84 yaş arası orta yaşlı bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Yaş gruplarına göre mental rol alt ölçeğinden alınan puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmış ( $p<0,05$ ) ve farkın 85 yaş üzeri ileri yaşlı grubundan kaynaklandığı anlaşılmıştır. 85 yaş üzeri ileri yaşlıların mental rol puanları diğer yaş gruplarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Sucaklı ve ark. (128) yaptığı çalışmaya göre 80 yaş ve üzeri olan bireylerin fiziksel fonksiyon puanları, bedensel ağrı puanları, fiziksel



sağlık puanları 70-79 yaş arası bireylere göre anlamlı derece düşük çıktığı, mental rol ve sosyal işlev ile aralarında anlamlı derecede fark olmadığı saptanmıştır. Kılıçoğlu ve Yenilmez'in (127) yaptığı çalışmada yaş ile sadece SF-36 ölçeğinden fiziksel fonksiyon alt ölçeği ile arasında anlamlı ilişki bulunduğu saptanmış, yaşın ilerlemesi yaşlı bireylerde fiziksel açıdan yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu saptanmıştır. Bilir ve ark. (130) yaptığı çalışmada erkeklerin SF-36 ölçeğinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi incelendiğinde genel ruh sağlığı bölümü dışındaki diğer 7 alt ölçekte, artan yaşla birlikte alınan skorların düştüğü ve bu düşmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmanın sonuçları anlamlılık yönünden kıyaslandığında Sucaklı ve ark., Kılıçoğlu ve Yenilmez ve Bilir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalar ile farklılık göstermektedir.

Bu çalışmada yaşlı bireylerin eğitim seviyelerine göre SF-36 alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ve lise/lisans mezunu yaşlıların bir okul bitirmemiş olanlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Sucaklı ve ark. (128) yaptığı çalışmada SF-36 ölçeği ile okur-yazar olmayanların arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel rol kısıtlaması puanları ve bedensel ağrı puanları anlamlı derecede düşük olduğu saptanırken, Kılıçoğlu ve Yenilmez'in (127) yaptığı çalışmada eğitim süresinin daha fazla olmasıyla ağrının azaldığı saptanmıştır. Şahin'in (9) yaptığı çalışmada SF-36'nın tüm alt ölçekleri için en yüksek puan yüksek okul mezunu olan bireylerde, en düşük puan ise okur-yazar olan bireylerde görüldüğü saptanmıştır. Eğitim düzeyi arttıkça elde edilecek gelir ve sahip olunan hayat şartlarının daha iyi olması beklendiğinden ötürü, çalışmamızda bireylerin eğitim düzeyi arttıkça SF-36 alt ölçeklerinden alınan puanların artması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada araştırmaya katılan yaşlı bireylerin tanısı konmuş kronik hastalık durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeğinin ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal

işlev alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Tanısı konmuş bir kronik hastalığı olan yaşlıların ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal işlevden aldıkları puanların kronik bir hastalığı olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Sucaklı ve ark. (128) yaptığı çalışmada kronik hastalıkların varlığı ile yaşam kalitesinin tüm alt ölçeklerinden alınan puanların düştüğü belirlenmiştir. Bilir ve ark. (130) yaptığı çalışmada kronik hastalıkların artması ile SF-36'nın tüm alt ölçeklerinden alınan puanların azaldığı görülmüştür. Kronik hastalıkların varlığı yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğundan ötürü yapılan bu çalışma ve diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada yaşlı bireylerin düzenli ilaç kullanma durumlarına göre sosyal işlev alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. İlaç kullanmayan yaşlıların sosyal işlevden aldıkları puanlar kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bağlama ve ark. (131) yaptığı çalışmada tüketilen ilacın sayısı arttıkça, bedensel alan alt boyutu ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Taşkiran ve Demirel'in (132) yaptığı çalışma sonucuna göre SF-36 ölçeğinin sürekli ilaç kullanımı ile arasındaki ilişki incelendiğinde, ilaç tüketimi arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt ölçeklerinden alınan puanların düştüğü tespit edilmiştir.

Yapılan bu çalışmada erkek yaşlıların vücut ağırlıkları, beden kütle indeksleri ve üst orta kol çevreleri ile malnütrisyon tarama puanı arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmış, buna göre erkek yaşlıların vücut ağırlıkları, beden kütle indeksleri ve üst kol çevreleri arttıkça malnütrisyon tarama puanı da artmaktadır. Kadın yaşlıların vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları ile malnütrisyon tarama puanı arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu saptanmış, buna göre kadın yaşlıların vücut ağırlıkları ve boy uzunlukları arttıkça malnütrisyon

tarama puanının arttığı saptanmıştır. Özgüneş'in (7) bir huzurevinde yaptığı çalışmada erkek yaşlılarda MNA ölçeği ile vücut ağırlığı, ÜOKÇ, BKİ ve baldır çevresi arasında istatistiksel olarak ilişki olduğu saptanmıştır. Kadın yaşlılarda ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Akın'ın (53) bir huzurevinde yaptığı çalışmada cinsiyet ayrımı yapılmaksızın 'normal nütrisyon durumu' olanlar ile 'malnütrisyon riski' taşıyanlar veya 'malnütrisyon' tespit edilen yaşlıların BKİ değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Ongan'ın (25) bir huzurevinde yaptığı çalışmada her iki cinsiyette de üst orta kol çevresi ölçümleri olması gereken persentil değerleri ile karşılaştırıldığında; erkek yaşlıların malnütrisyonlu yahut malnütrisyon riski altında olduğu saptanmıştır. Saka'nın (133) bir huzurevinde yaptığı çalışmada cinsiyetlere göre malnütrisyon değerleri ile BKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde malnütrisyon olan yaşlılarla malnütrisyon olmayan yaşlıların BKİ değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yapılan çalışmanın sonucu Özgüneş, Akın ve Saka'nın çalışmaları ile benzerlik gösterirken, Ongan'ın çalışması ile farklılık göstermektedir.

Yapılan çalışma sonuçları besin alımı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak her iki cinsiyet içinde anlamlı derece ilişki olduğunu göstermektedir. Yaşlı bireylerde beslenme problemleri; kas güçsüzlüğü, kas fonksiyonunda bozulma, kemik kırıkları, kemik kütlelerinde azalma, immün fonksiyonda azalma gibi rahatsızlıklara neden olduğu bilinmektedir (134). Çalışma sonucumuz da bu verilerle paralellik göstermektedir. Adıgüzel ve Acar Tek'in (129) yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin düşüklüğü ile beslenme durumunun benzer seyrettiği sonucuna varılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucu Adıgüzel ve Tek'inin yaptıkları çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmaya göre erkek ve kadın yaşlıların Mini Nütrisyonel Değerlendirme ve SF-36 Yaşam Kalitesi leğinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar incelendiğinde fiziksel işlev ve genel sağlık algısı ile malnütrisyon tarama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır. Erkek ve kadın yaşlı bireylerin fiziksel işlev ve genel sağlık algısı puanları arttıkça malnütrisyon tarama puanları artmaktadır.

## Bölüm 6

### SONUÇ

Bu çalışmada, İzmir Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 90 yaşlı bireyin beslenme durumlarını, yaşam kalitesini ve malnütrisyon durumlarını saptayarak bunların karşılaştırılması amacı ile yapılan çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenmiştir.

- Çalışmaya 49'u kadın ve 41'i erkek olmak üzere toplam 90 yaşlı birey katılmıştır.
- Çalışmaya katılan huzurevindeki yaşlıların %46,7'si 'genç yaşlı (65-74 yaş), %42,2'si orta yaşlı (75-84 yaş) ve %11,1'i ileri yaşlı (>85 yaş) olduğu saptanmıştır.
- Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin antropometrik ölçümleri incelendiğinde, BKİ değeri erkek bireylerde ortalama  $26,80 \pm 4,70 \text{ kg/m}^2$  iken kadın bireyler de ortalama  $29,35 \pm 4,09 \text{ kg/m}^2$  olduğu saptanmıştır.
- BKİ değerlendirilmesi incelendiğinde erkek katılımcıların %29,26'sının normal kilolu (18,5-24,9), %43,90'ının hafif şişman (25-29,9), %21,95'inin 1. derece obez (30-34,9) olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların ise %12,24'ünün normal kilolu (18,5-24,9), %38,77'sinin hafif şişman (25-29,9), %42,85'inin 1. derece obez (30-34,9) olduğu ve %4,08'inin 2. derece obez olduğu tespit edilmiştir.
- MNA değerlendirme puanına göre huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %87'sinin 'normal nütrisyonel durum', %9'unun 'malnütrisyon olasılığı var', %4'ünün de 'malnütrisyonlu' olduğu saptanmıştır.

- Erkek yaşlı bireylerin enerji alım ortalaması 1606,35±334,10 kkal, kadın bireylerin ise 1626,88±285,22 kkal olarak bulunmuştur.
- Erkeklerin protein alım ortalaması %17,88, yağ alım ortalaması %39,93, karbonhidrat alım ortalaması %42,20 olarak saptanmıştır.
- Kadınların protein alım ortalaması %17,51, yağ alım ortalaması %41,18 ve karbonhidrat alım ortalaması %41,37 olduğu saptanmıştır.
- Erkek bireylerin kolesterol alım ortalaması 286,08 mg, kadın bireylerin ise 266,87 mg olduğu saptanmıştır.
- Erkek bireylerin lif alım ortalaması 14,48 g, kadın bireylerin ise 14,66 g olduğu saptanmıştır.
- Erkek bireylerin kalsiyum alım ortalaması 930,42 mg, kadın bireylerin ise 1002,12 mg olduğu saptanmıştır.
- Erkek bireylerin %70,73'ünün enerjiyi, %100'ünün proteini, %75,61'inin karbonhidratı, %60,98'inin A vitaminini, %51,22'sinin folik asidi, %70,73'ünün kalsiyumu, %63,41'inin kolestrolü ve %68,29'unun omega 6'yı RDA'ya göre yeterli düzeyde tükettiği saptanmıştır.
- Erkek bireylerin 80,49'u yağı, %70,73'ü B<sub>12</sub> vitaminini RDA'ya göre fazla düzeyde tükettikleri saptanmıştır.
- Erkek bireylerin %85,37'si lifi, %56,10'u B<sub>6</sub> vitaminini, %65,85'i C vitamini RDA'ya göre yetersiz tükettiği saptanmıştır.
- Kadın bireylerin %89,80'inin enerjiyi, %100'ünün proteini, %67,35'inin karbonhidratı, %51,02'sinin A vitaminini, %59,18'inin B<sub>6</sub> vitaminini, %55,10'unun folik asidi, %77,55'inin kalsiyumu, %65,31'inin kolestrolü ve %55,10'unun omega 6'yı RDA'ya göre yeterli düzeyde tükettiği saptanmıştır.

- Kadınların %83,67'si yağı, %61,22'si B<sub>12</sub> vitaminini RDA'ya göre fazla tükettiği saptanmıştır.
- Kadınların %51,02'si lifi, %51,02'si C vitamini RDA'ya göre yetersiz tükettiği saptanmıştır.
- Malnütrisyonlu ve malnütrisyon riskli yaşlıların %66,67'sinin bağımsız yaşayabildiği, %66,67'sinin günde 3 ve üzeri ilaç aldığı ve %83,33'ünün baş veya deride yarası olmadığı saptanmıştır.
- Yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinden sosyal işlev ve mental rol arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).
- Yaşlı bireylerin eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinden yaşamsallık, mental rol ve mental sağlık alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).
- Yaşlı bireylerin tanısı konmuş kronik hastalık durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinden ağrı, genel sağlık algısı ve sosyal işlev alt ölçekleri arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).
- Yaşlı bireylerin düzenli ilaç kullanma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinden sosyal işlev alt ölçeği ile anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05).
- Araştırmaya katılan erkek yaşlıların MNA ve SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği arasında fiziksel işlev ve genel sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyonlar mevcuttur (p<0,05, sırasıyla r=0,433, 0,340).

## Bölüm 7

### ÖNERİLER

Araştırmada ulaşılan verilerin sonucu doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlayabilmek ve beslenme konusunda bilinçlerini artırabilmek için huzurevi içinde beslenme eğitimi verilmelidir.
- Huzurevinde hastalığa özel olarak beslenme eğitimleri verilerek huzurevi sakinlerinin bilinçlenmesi sağlanmalıdır.
- Huzurevi sakinleriyle bire bir görüşülerek mevcut kronik hastalıklara göre kişiye özel beslenme planı hazırlanmalıdır.
- Malnütrisyon tarama testleri yaşlı bireylere düzenli aralıklarla yapılarak malnütrisyon gelişimi önlenmeye çalışılmalıdır.
- Araştırmaya katılan huzurevindeki yaşlılarda MNA'ya göre malnütrisyon riski yüksek olan yaşlılara beslenme ve fiziksel aktivite programları düzenlenmelidir.
- Araştırmaya katılan yaşlılardan vücut yağ oranları yüksek çıkanlara yağ tüketim kısıtlaması getirilmelidir.
- Günlük lif tüketim oranı yetersiz tespit edilen yaşlılara beyaz undan yapılan ürünler yerine tam tahıllı, kepekli veya çavdar unundan yapılmış ürünler önerilmelidir.
- C vitamini düzeyi yetersiz tespit edilen yaşlılara ara öğünlerde meyve tüketimi önerilmelidir.



- BKİ değeri yüksek tespit edilen yaşlı bireylere özel beslenme ve fiziksel aktivite programları uygulanmalıdır.
- Günde 10 adet ve üzeri sigara tüketen yaşlı bireylere sigaranın zararları hakkında bilgi verilmelidir.
- Malnütrisyonlu ve malnütrisyon riski altında olduğu tespit edilen yaşlılar düzenli aralıklarla takip edilmelidir.
- Tıbbi beslenme tedavisi önerildiği halde uygulamayan yaşlı bireylere yeniden beslenme tedavisinin önemi anlatılmalıdır.
- Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin malnütrisyon durumlarının tespit edilebilmesi için daha fazla kişiye ulaşabilen, daha kapsamlı, özel-devlet karşılaştırması yapılabilen yeni ve geniş kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

## KAYNAKLAR

- [1] Beğer, T., Yavuzer, H. (2012). *Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi*. Klinik Gelişim, 25, 1-3.
- [2] Öz Gül, Ö., Şahin, S., Cander, S., Gül, B., Ünal, O.K., Akçalı, Ü., ve diğerleri. (2011). *Endokrinoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tiroid Fonksiyonlarının Yaş ile Olan İlişkinin İncelenmesi*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 37 (2), 67-70.
- [3] Demir Çelebi, Ç., Yukay Yüksel, M. (2014). *Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uygulamalarına Bir Bakış*. Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi, 4(2), 175-202.
- [4] Akan, E. (2017). *Yaşlılık Kurumlarında Yaşlı Mekansal Davranış ve Bilişiminin Mekansal Dizim Bağlamında İrdelenmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [5] *U.S. National Institute on Aging* (2011). Available from: <http://www.nia.nih.gov/>.
- [6] Lancaster, J., Stanhope, M. (2017). *Community Health Nursing Promoting Health of Aggerates Families and Individuals*. Fourth Edition, Mosby Year Book, 581-600.

- [7] Özgüneş, N. (2013). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Beslenme Durumunun Taranması: Tarama Testleri Kıyaslaması*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- [8] Rakıcıoğlu, N. (2005). *Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Beslenme*. Aksoydan, E., Fakültesi, B. Ü. S. B. Yaşlılık ve Beslenme.
- [9] Şahin, M. A. (2014). *Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- [10] Cuervo, M., Ansorena, D., Garcia, A., Astiasaran, I. ve Martinez, J. A. (2008). *Food Consumption Analysis in Spanish Elderly Based Upon Mini Nutritional Assessment Test*. *Annals of Nutrition and Metabolism*,52, 299-307.
- [11] *Türk Toplumunda Yaşlılık*. (2012). T.C. Aile ve Sosyal Politikalar BakanlığıSosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu. Yaşlılığa Genel Bakış.
- [12] *Kalkınma Bakanlığı*. (2013). Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara.
- [13] Arpacı, F. (2005). *Farklı Boyutlarda Yaşlılık*. Türkiye İşçi Emekliler Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara.
- [14] Bakar, N., Aşılar, R. H. (2012). *Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi, Erzincan.

- [15] Bozcuk, A. N., Demirsoy A. (1997). *Yaşlanma Biyolojisi*. Geriatri 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- [16] Zincir, H., Taşçı, S., Erten Z. K., Başer, M. (2008). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler*. Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3) 168-174.
- [17] Mandıracıoğlu, A. (2010). *Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri*. Ege Journal of Medicine, 49(Suppl 3), 39-45.
- [18] Keskinler, M.V., Tufan, F., Oğuz, A. (2013). *Geriatrik Sendromlar*. Okmeydanı Tıp Dergisi, 29(Ek sayı 2):41-48.
- [19] *United National. World Population Ageing* (2013). <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- [20] Özpulat F., Taşdelen Baş M., Sivri Bilgen B. (2013). *Birinci Basamak Hizmetleri ve Yaşlı Sağlığı*. Akademik Geiratri Derneği, s.169.
- [21] *United National World Population Ageing*. (2009). <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2009.pdf>
- [22] (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye

- [23] GEBAM, (2002). *Yaşlanma Uluslararası Eylem Planı*.  
[Www.gebam.hacettepe.edu.tr](http://www.gebam.hacettepe.edu.tr).
- [24] TÜİK, (2012,2016). *Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi*.
- [25] Ongan, D. (2012). *Huzurevlerinde Yaşlılara Sunulan Beslenme Hizmetlerinin Değerlendirilmesi ve Yaşlıların Beslenme Durumlarınının Saptanması*. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- [26] TÜİK. *Yaş Grubuna Göre Nüfus Oranı*. (1935-2075)  
[.http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1047](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1047) (Erişim: 18. 07.2018).
- [27] TÜİK, (2016). *Aile Yapısı Araştırması*.
- [28] Bahar, G., Bahar, A., Savaş, H.A. (2009). *Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12), 85-98.
- [29] Erkan, Ö. (2015). *İstanbul İli Sınırlarında Hizmet Veren Özel Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon, Anksiyete, Somatizasyon, Yaşam Kalitesi ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Huzurevinde Kalmayan Bir Grup Yaşlı İle Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri, İzmir.
- [30] Devlet Planlama Teşkilatı (DPT). (2007). *Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Eylem Planı*. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları, No: 2741

- [31] Aközer, M., Nuhurat, C., Say, Ş. (2011). *Türkiye'de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması*. Aile ve Toplum Yılı: 12 Cilt: 7 Sayı: 27 Ekim-Kasım-Aralık 2011, ISSN: 1303-0256
- [32] TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. (2014). <http://www.eyh.gov.tr/kurumsal/kurum-hakkinda>
- [33] Rakıcıoğlu N. (2007). *Yaşlı Beslenmesi Mevcut Durum Tespiti*. Beslenme ve Diyet Dergisi, 35(1):47-52.
- [34] A Healthy Life Style. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle>.
- [35] Besler T. (2005). *Beslenme Destek Tedavisi: Genel İlkeler e Malnutrisyonun Değerlendirilmesi*. 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 14-16 Eylül 2005. Antalya, Türkiye.
- [36] Çiçek Sütçü H. (2013). *Sağlıklı ve Aktif Yaşlanma: Bireysel Sorumluluklar*. 6. Akademik Geriatri Kongresi, s.36
- [37] Aksoydan, E., (2005). *Yaşlılık ve Beslenme*. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü.
- [38] Baysal, A. (2014). *Beslenme*. 15. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi.

- [39] Tüfekçi A., M. E. (2017). *Hastalıklarda Beslenme ve Tedavisi*.2. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi.
- [40] Aslan D., Şengelen M., Bilir N. (2003). *Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar*. Geriatri Derneği.
- [41] Volpi, E., Campbell, W. W., Dwyer, J. T., Johnson, M. A., Jensen, G. L., Morley, J. E., Wolfe, R. R. (2013). *Is The Optimal Level of Protein Intake For Older Adults Greater Than The Recommended Dietary Allowance?*. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 68(6), 677-681.
- [42] Turan, H., Erkoyuncu, İ., Kocatepe, D. (2012). *Omega-6, Omega-3 Yağ Asitleri ve Balık*.
- [43] T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2004). *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*. Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- [44] Akdemir, N., Akyar, İ. (2009). *Geriatri Hemşireliği*.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Akademik Geriatri Dergisi 1:73-81. Ankara.
- [45] Rakıcıoğlu, N. (2009). *Yaşlılık Döneminde Malnütrisyonun Saptanması*. Geriatri Dergisi, 21, 115-120.

- [46] U.S. Department of Agriculture and U.S. *Department of Health and Human Services*. Dietary Guidelines for Americans 2010. 7th Edition, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, December 2010. <http://www.dietaryguidelines.gov>
- [47] Rakıcıoğlu, N. (2013). *Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Beslenme, Sağlığımız Önceliğimizdir Yaşlanırken Sağlıklı Kalalım*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, GEBAM, s.125-135, Ankara
- [48] Samur Eroğlu, G., Mercanlıgil, S. M. (2012). *Diyet Posası ve Beslenme*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- [49] Akdemir, N., Birol, L. (2004). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara.
- [50] Baysal, A. (1994). *Yaşlılık ve Beslenme*. Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını, 7, Ankara.
- [51] Rakıcıoğlu, N. (2007). *Yaşlılara Verilen Beslenmeye Yönelik Hizmetler*. Kutsal, Y.G. (Ed.). Temel Geriatri (s. 151-164). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
- [52] Tezcan, S., Esin Ertan, A., Aslan, D. (2003). *Beş Yaş Altı Çocuklarda Malnütrisyon Durumunun Değerlendirmesi*. Tıp Bilimleri, 23, 420-429.



- [53] Akın, S. (2012). *Huzur Evinde Kalan Sakinlerin Malnütrisyon ve Malnütrisyon Riski İle Mortalite Arasındaki İlişki*. Yan Dal Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- [54] Ülger, Z., Halil, M., Işlay, K., et al. (2010). *Comprehensive Assessment of Malnutrition Risk and Related Factors in A Large Group of Community-Dwelling Older Adults*. *Clinical Nutrition* 29; 507-511
- [55] T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, (2001). *Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği*. Tarih: 21.02.2001, Sayı: 24325 RG.
- [56] American Dietetic Association, (2010). *Practice Paper of The American Dietetic Association: Individualized Nutrition Approaches for Older Adults in Health Care Communities*. (No: 110). *Journal of the American Dietetic Association*, October, 110, ABD: American Dietetic Association.
- [57] Carrier, N., West, G. E., Ouellet, D. (2009). *Dining Experience, Foodservices and Staffing Are Associated With Quality of Life In Elderly Nursing Home Residents*. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(6), 565-570.
- [58] Arıoğul, S. (2013). *Yaşlılarda Malnütrisyon Kılavuzu*. Ankara: Akademik Geriatri Derneği.

- [59] Raynaud-Simon, A. (2009). *Virtual Clinical Nutrition University: Malnutrition in The Elderly, Epidemiology and Consequences*. e-SPEN, European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism, 4(2), 86-89.
- [60] Sacks, GS., Dearman, K., Replogle, WH., Cora, VL., Meeks, M. (2000). *Canada T. Use of Subjective Global Assessment to Identify Nutrition-Associated Complications and Death in Geriatric Long-Term Care Facility Residents*. Journal of the American College of Nutrition. 2000;19(5):570-7. Epub 2000/10/07.
- [61] Şahin, S., Cankurtaran, M. (2010). *Geriatrik Sendromlar*. Ege Tıp Dergisi, 49(3), s. 13-17, 31-37.
- [62] Chapman DP, Perry GS. *Depression As A Major Component of Public Health For Older Adults*. Prev Chronic Dis 2008;5(1):1-9.
- [63] <http://www.yaslibakicisi.net/yaslibakimi-10048-Yaslilikta-Psikolojik-Hastaliklar.html>
- [64] Özdemir, L., Akdemir, N., Akyar, İ. (2005). *Hemşireler İçin Geliştirilen Yaşlı Değerlendirme Formu*. Türk Geriatri Dergisi 8(2): 94-100.
- [65] Esen, A. (1992). *Yaşlılıkta Görülen Sağlık Sorunları*. E.Ü. H.Y.O. Dergisi 8:3, s.97-105.

- [66] Khorshid, L. K., Dereli, N. (1991). *Yaşlılık Dönemi Sorunları ve Gereksinimleri*. E.Ü.H.Y.O. Karşıyaka Belediyesi, İzmir.
- [67] Seviğ, Ü. (1992). *Sağlıklı Yaşlanma İçin Temel Sağlık Alışkanlıklarının Kazandırılması*, Sağlıklı Yaşlanma Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 Teması Sempozyum Kitabı, Ankara, s.149-151.
- [68] Kaçan Softa, H. (2015). *Evde ve Huzurevinde Kalan Yaşlıların Fizyolojik, Psikolojik ve Sosyal Yönden İncelenmesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2, 63-76.
- [69] World Health Organisation. (1984). *The Uses of Epidemiology in The Study of The Elderly* (WHO Technical Report Series, No: 706).
- [70] Rakıcıoğlu, N. (2006). *Malnutrisyon ve Yaşlanma Anoreksisi*. Arıoğlu S.ed. Geriatri ve Gerontoloji. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 373-384.
- [71] Feldblum, I., German, L., Castel, H., Boehm, IH., Bilenkon, N., Eisinger, M., et al. (2007). *Characteristics of Undernourished Older Medical Patients and The Identification of Predictors for Under Nutrition Status*. Nutr J. 6: 37. <http://www.nutritionj.com/content/6/1/37>
- [72] Sönmez, S. (2014). *Yaşlılarda Polifarmasi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- [73] Saka, B. (2012). *Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon*. Klinik Gelişim. 25(3):82-89.

- [74] Ergün, A., Erol, S., Yıldız, A. (2012). *Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testine Göre Evde ve Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlılarda Malnütrisyon Riski*. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 21(1):10-18.
- [75] Bauer, JM., (Cev.: Demirağ, K.). (2010). *Yaşlılarda Nutrisyon. Nutrisyonel Tarama ve Değerlendirme-Oral "Refeeding"*. KEPAN Temel Eğitim Kursları. ESPEN Life Long Learning Programme Modul-36.3. s:18-27. 11 İstanbul.
- [76] Rakıcıoğlu, N. (2009). *Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Beslenme*. 2.Geriatri ve Gerontoloji Kursu, 24-31 Ankara.
- [77] Arslan, Ş., Gökçe-Kutsal, Y. (1999). *Geriatride Yaşam Kalitesinin Değerlendirmesi*. Geriatri, 2(4), 173-178.
- [78] Bektaş, E. (2008). *Huzurevinde ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesi*. Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.
- [79] Sönmez, S. (2014). *Yaşlılarda polifarmasi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- [80] Rasheed, S., Woods, R. T. (2013). *Malnutrition and Quality of Life in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Ageing Research Reviews, 12(2), 561-566.
- [81] Ware, J.E, Sherbourne, D.C. (1992). *The MOS 36 İtem Short Form Health Survey (SF 36)*. Medical Care. 30: 473-83.

- [82] Arpacı, F. (2008). *Ankara'da Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1, 1-13
- [83] Şahin, H., Çiçek, B., Yılmaz, M., Ongan, D., Kaya, N. ve İnanç, N. (2013). *Kayseri İlinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Beslenme Durumu ve Yaşam Kalitesinin Saptanması*. Geriatric, 16(3), 322-329.
- [84] Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. (1994). *Mini Nutritional Assessment: A Practical Assessment Tool for Grading The Nutritional Status of Elderly Patients*. Facts Res Gerontol;4(suppl 2):15.
- [85] Sarıkaya, D. (2013). *Geriatrik Hastalarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun Ve Kısa (MNA-SF) Formunun Geçerlilik Çalışması*. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları
- [86] Marion Secher MES, Hélène Villars, Gabor Abellan van Kan and Bruno Vellas, (2007). *The Mini Nutritional Assessment (MNA) After 20 Years of Research and Clinical Practice*. Clinical Gerontology. 17:293310.
- [87] Madden A.M, Smith S. (2016). *Body Composition and Morphological Assessment of Nutritional Status in Adults: A Review of Anthropometric Variables*. J Hum Nutr Diet. 29:7-25.
- [88] Pınar R. (1995). *Sağlık Araştırmalarında Yeni Bir Kavram: Yaşam Kalitesi, Bir Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Kronik Hastalarda Geçerlik ve Güvenirliğinin Sınanması*. Hemşirelik Bülteni 9: 85-95.

- [89] Demiral Y, Ergör. G, Ünal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvırcık B, Alptekin K. *Normative Data and Discriminative Properties of Short Form 36 (SF-36) İn Turkish Urban Population.* BMC Public Health 2006; 9:247.)
- [90] Kara, H. (2011). *Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Ağrının Değerlendirilmesi Ve Ağrıyı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.* Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara.
- [91] Akın, S. (2012). *Huzur Evinde Kalan Sakinlerin Malnütrisyon ve Malnütrisyon Riski İle Mortalite Arasındaki İlişki.* İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul.
- [92] Kışioğlu, A. N., Öztürk M, Kırbıyık S, Demirel R. (2001). *Isparta'da Huzurevlerinde Kalanların Sosyo-Ekonomik ve Sağlık Durumları ile Huzurevlerinin İmkânları Hakkında Düşünceleri.* 7. Halk Sağlığı Günleri Program ve Bildiri Özetleri Kitabı. Eskişehir.
- [93] Işıklı, B., Kalyoncu, C., Arslantaş, D. (2007). *Eskişehir Mahmudiye'de 35 Yaş Ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi.* Toplum Hekimliği Bülteni, 26(3): P. 7-12.
- [94] Bostancı, M., Yılmaz, B. (2002). *Denizli Huzurevi Sürekli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezindeki Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlık Sorunları.* 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. Diyarbakır.

- [95] Berberoğlu, U., Gül, H., Eskiocak, M., Ekuklu, G., Saltık, A. (2002). *Edirne Huzurevi'nde Kalan Yaşlıların Kimi Sosyo-Demografik Özellikleri ve Katz İndeksine Göre Günlük Yaşam Etkinlikleri*. Türk Geriatri Dergisi. 5 (4): 144-149.
- [96] Uncu, Y., Özçakır, A., Sadıkoğlu, G., Alper, Z., Özdemir, H., Bilgel, N. (2002). *Bursa Huzurevi Yaşlılarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Sağlık Taraması Sonuçları*. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 28 (3): 65-69.
- [97] Çalışkan, M.B. (2014). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon ve Günlük Yaşam İşlevlerinin Değerlendirilmesi*. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, İstanbul.
- [98] Ercan, N. (2010). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- [99] 28.12.2011 Tarih, 28156 Sayı ile Resmi Gazete'de Yayımlanan Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve izleme Sürecine ilişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Erişim Tarihi: 20.07.2018
- [100] Vural, B.K., Zencir, G., İnci, F.H. (2012). *Üç Farklı Yerleşim Alanında Yaşlıların Beslenme Durumunun Karşılaştırılması*. HASUDER 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.
- [101] Altay, B., Avcı, İ. A. (2009). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Özbakım Gücü ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki*. Dicle Tıp Dergisi,36 (4).

- [102] Kaya, Ç. A., Kırımlı, E., Kalaça, Ç., Çifçili, S., Ünalın, P. C., Kalaça, S., Sağlığı, M. Ü. T. F. H. (2012). *Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Düşme İnsidansı ve İlişkili Faktörler*. Türk Geriatri Dergisi, 15 (1).
- [103] Seçkin, Ü., Bodur, H., Kutsal, Y.G. (1998). Yaşlıda İlaç Tüketimi. Türk Geriatri Dergisi, 1(1), 37.
- [104] Esengen, Ş., Seçkin, Ü., Borman, H. (2000). *Huzurevinde Yaşayan Bir Grup Yaşlıda Fonksiyonel Kognitif Değerlendirme ve İlaç Kullanımı*. Türk Geriatri Dergisi, 3:1, 6-10.
- [105] Öğüt, S., Polat, M., Orhan, H., Küçüköner, E. Isparta ve Burdur Huzurevlerinde Kalan Yaşlıların Sosyo-Demografik Durumları ve Beslenme Tercihleri.
- [106] Çakıroğlu, F. R., Çayır, S. A. (2002). *Huzurevlerinde Kalan Yaşlıların Beslenme Servis Örgütü Hizmetlerine İlişkin Memnuniyet Durumları*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 3(1): 15-2.8.
- [107] Akyıldızlar, E. (2007). *Kocaeli'nde Bulunan Üç Farklı Huzurevindeki Yaşlıların Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara
- [108] Rakıcıoğlu, N. (2007). *Yaşlı Beslenmesi Mevcut Durum Tespiti*. Beslenme Ve Diyetetik Dergisi, 35(1), 47-52.



- [109] Ersoy, G., Akbulut, G.Ç. (2006). *Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeylerde Yaşayan 65 Yaş Üstü Bireylerin Beslenme ve Fiziksel Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi*. Beslenme Ve Diyet Dergisi, 34(1), 41- 51
- [110] Pekcan, G. (2011). *Beslenme Durumunun Saptanması*. Diyet El Kitabı. S. 67-142. Hatiboğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti. Ankara.
- [111] Bosi, T.B. (2003). *Yaşlılarda Antropometri*. Türk Geriatri Dergisi, 6(4), 147-151.
- [112] TÜİK. (2012). *İstatistiklerle Yaşlılar*. Erişim:18 Temmuz 2018, [www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab\\_id=265](http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=265)
- [113] TÜİK. (2015). *İstatistiklerle Yaşlılar*. Sayı:21520, 17 Mart 2016, Erişim:18 Temmuz 2018
- [114] Yağcı, N., Gürsoy, S., Cavlak, U., Er, S. Ve Koçaker, A. (2003). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda 6 Haftalık Yürüme Programının Fiziksel Performansa Etkileri*. Fizyoterapi Rehabilitasyon, 14(3), 121-125.
- [115] Oturak, A. (2008). *Ankara Sıhhiye Orduevi'nde Yemek Yiyen 60 Yaş Üstü bireylerin Genel Sağlık Ve Beslenme Durumlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [116] Kıray Vural, B., Zencir, G. Ve İnci, F. H. (Ekim 2012). *Üç Farklı Yerleşim Alanında Yaşlıların Beslenme Durumunun Karşılaştırılması*. [Poster]. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bursa.

- [117] Lopez-Contreras, M. J., Torralba, C., Zamora, S., Perez-Llamas, F. (2012). *Nutrition and Prevalence of Undernutrition Assessed by Different Diagnostic Criteria Innursing Homes for Elderly People*. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 25,239-246.
- [118] Chen, H. L., Huang, Y. C. (2003). *Fiber İntake and Food Selection of The Elderly İn Taiwan*. Nutrition, 19(4), 332-336.
- [119] Türkiye İçin Önerilen Günlük Enerji ve Besin Ögeleri Güvenilir Alım Düzeyleri. (2015). (s. 58-60, Ek-1/Tablo 1) *Enerji ve Besin Ögelerini Karşılacak Günlük Besinlerin Yaklaşık Miktarları* (s. 63, Ek-2/Tablo 3), Ankara.
- [120] Eker, E. (2006). *Edirne İli Kentsel Alanında Yaşayan Erişkinlerde Beslenme Durum Değerlendirilmesi*.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne.
- [121] Aksoydan, E. (2010). *Türkiye ve Diğer Doğu Avrupa Ülke Yaşlılarının Sağlık ve Beslenme Durumları*. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 30(2), 674-83.
- [122] Balcı, E., Şenol, V., Eşel, E., Günay, O., Elmalı, F. (2012). *65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnutrisyon Durumları Arasındaki İlişki*. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;10(1).

- [123] Guigoz, Y. (2006). *The Mini Nutritional Assessment (MNA) Review of The Literature: What Does It Tell Us?*. The Journal of Nutrition Health and Aging, 10, 466-487.
- [124] Bilge, A., Elbay, G., Cürgül, M., Koru, T., Şahin, S. (2017). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bedensel ve Ruhsal Sağlık Durumları Ile Beslenme Durumları Arasındaki İlişki*. GUSBD 6(1): 40-45.
- [125] Pereira Machado, R. S., Santa Cruz Coelho, M. A. (2011). *Risk of Malnutritionamong Brazilian Institutionalized Elderly: A Study With The Mini Nutritionalassessment (MNA) Questionnaire*. The Journal of Nutrition Health and Aging, 15(7),532-535.
- [126] Şanlıer, N., Yabancı, N. (2006). *Mini Nutritional Assessment in The Elderly: Living Alone, With Family, A Nursing Home in Turkey*. Nutrition & Food Science,36(1), 50-58.
- [127] Kılıçoğlu, A., Yenilmez, Ç. (2005). *Huzurevindeki Yaşlı Bireylerde Yaşam Kalitesi ve Bireye Özgü Etkenler ile İlişkisi*. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 18(4):187-195,
- [128] Sucaklı, H., M., Bakan, B., Çelik, M. (2013). *Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitelerini ve Etkileyen Faktörler*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Türk Aile Hekim Dergisi, 17(3):96-100

- [129] Adıgüzel, E., Acar Tek, N. (2018). *Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD) 11(1): 19-25.
- [130] Bilir, N., Özcebe, H., Vaizoğlu, SA., Aslan, D., Subaşı, N., Telatar, TG. (2005). *Van İlinde 15 Yaşlı Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi; 25:663-8.
- [131] Bağlama, S., S., Bakır, E., Köleoğlu, Ş., Dişli, E., Çırak, K. (2017). *Huzurevinde Kalan Yaşlıların Yaşam Kalitesi: Özürlülük ve İlaç Kullanımının Etkisi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, ACU Sağlık Bilimleri Dergisi.
- [132] Taşkıran, N., Demirel, F. (2017). *Türkiye’de Yaşlıların Yaşam Kalitesi: Sistematik İnceleme*. Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 4. Geriatri Hemşireliği Sempozyumu, Aydın.
- [133] Saka, B., Akın, S., Tufan, F., Bahat Öztürk, G., Engin, S., Karışık, E., Özkaya, H., Yücel, N., Karan, M.A., *Huzurevi Sakinlerinin Malnütrisyon Prevalansı ve Sarkopeni ile İlişkisi*. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- [134] Baz, S. & Ardahan, M. (2016). *Yaşlılarda Malnütrisyon ve Hemşirelik Yaklaşımları*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 147-153.

## **EKLER**

## Ek A: Doğu Akdeniz Üniversitesi Etik Kurul Onay Formu

	<b>Doğu Akdeniz Üniversitesi</b> "Uluslararası Kariyer İçin"	<b>Eastern Mediterranean University</b> "For Your International Career"	P.K.: 99628 Gazimağusa, KUZZEY KIBRIS / Famagusta, North Cyprus, via Mersin-10 TURKEY Tel: (+90) 392 630 1995 Faks/Fax: (+90) 392 630 2919 bayek@emu.edu.tr
Etik Kurulu / Ethics Committee			
Sayı: ETK00-2017-0216		10.07.2017	
Sayın Esmâ Güler Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi			
Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun <b>15.06.2017</b> tarih ve <b>2017/46-03</b> sayılı kararı doğrultusunda, <b>İzmir Konak İlçesi'nde İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Malnütrisyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi</b> adlı tez çalışmanızı, Yrd. Doç. Dr. Tevhide Ziver ve Prof. Dr. H. Tanju Besler'in danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.			
Bilginize rica ederim.			
			
Doç. Dr. Sükrü Tüzmen Etik Kurulu Başkanı			
ŞT/sky.			
www.emu.edu.tr			

## Ek B: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı Onay Formu



T.C.  
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI  
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01-E.91700  
Konu : Esmâ GÜLER

24/08/2017

### İZMİR VALİLİĞİNE (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü)

Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünün 19/07/2017 tarihli yazısı ile Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi Esmâ GÜLER'in İzmir Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezinde "İzmir Konak ilçesinde İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Malnütrisyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ilişkin anketleri Ağustos-Aralık 2017 tarihleri arasında uygulayabilme talebi olumlu değerlendirilmiştir. Söz konusu talebe ilişkin alınan Makam Onayı ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ali Nazmi UZUN  
Bakan a.  
Daire Başkan V.

EK :  
1- 1 Sayfa

#### DAĞITIM :

Gereği: İzmir Valiliğine (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü)  
Bilgi: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (Gazimağosa /KUZEY KIBRIS)

\*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://bys.aile.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek {1vxQ7M-5G6+a4-Y7q26z-Hj}qrE6-dN.PV8D6K kodunu yazınız.

Eskişehir Yolu Söğütözü Mah. 2177. Sok. No: 10/ A Kat: 27 Posta Kodu: 06510 Çankaya/ Ankara Bilgi için:  
Seval ÇETİN  
Telefon No: (312)705 57 00 Faks: (312)705 57 57 Sosyal Çalışmacı  
e-Posta: [gsulb@bile.gov.tr](mailto:gsulb@bile.gov.tr) İnternet Adresi: <http://eydb.aile.gov.tr/iletisim> Telefon No: (312)705 57 22



T.C.  
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI  
Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığı

Sayı : 73595336-605.01-E.91070  
Konu : Esmâ GÜLER

23/08/2017

MÜSTEŞARLIK MAKAMINA

Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 14/08/2017 tarih ve 86230 sayılı yazısı ile Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi Esmâ GÜLER'in İzmir Huzurevi ve Yaşlı Bakım Rehabilitasyon Merkezinde "İzmir Konak İlçesinde İzmir Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Malnütrisyon Durumu ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ilişkin anketleri Ağustos-Aralık 2017 tarihleri arasında uygulayabilme talebi olumlu değerlendirilmiştir.

Söz konusu araştırmanın İl Müdürlüğü koordinesinde, kuruluş müdürlüğü denetiminde, kuruluşumuz da bakılmakta olan yaşlılarımızın günlük yaşantılarını aksatmayacak şekilde gönüllülük esasına dayalı olarak, ses-görüntü kaydı alınmaksızın, araştırma sonuçlarının herhangi bir yerde yayımlanmadan önce kurum izni alınması ve araştırma bitiminde bir örneğinin Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Eğitim ve Yayın Dairesi Başkanlığına gönderilmesi koşulları ile uygulanabilmesi hususunu;

Olurlarınızı arz ederim,

Ali Nazmi UZUN  
Daire Başkanı V.

OLUR  
23/08/2017

Ayşe KARDAŞ  
Müsteşar Yardımcısı V.

EK :  
1- 1 Sayfa

\*Bu belge elektronik formdadır. İmza alanının adresi görebek için <https://yysaik.gov.tr/EvrakDegerlari> adresine girerek (mq2x0c-e4618f-8Lq808-KxQjTL-B82V5jVx) kodunu yazınız.



## Ek C: Anket Formu

### YAŞLI TANITIM FORMU

Aşağıda verilen sorular neticesinde hazırlanan bu tanıtım formu .../.../..... Tarihinde İzmir huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde ki kurum sakiniyle yüz yüze görüşülerek yapılmıştır.

#### Demografik Özellikler:

1. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

#### 2. Yaş:

#### 3. Medeni Durumu:

1. Evli 2. Bekar 3. Eşi Ölmüş

#### 4. Eğitim Durumu:

1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul Mezunu  
4. Ortaokul Mezunu 5. Lise Mezunu 6. Üniversite Mezunu  
7. Yüksek Lisans/Doktora

#### 5. Sosyal Güvencesi:

1. Emekli Sandığı 2. SSK 3. Bağkur  
4. Yeşil kart 5. Özel Sigorta 6. 65 Yaş/Yaşlılık Güvencesi  
7. Yok/henüz Başlamamış 8. Engellilere/Gazilere Özel Güvence

#### 6. Önceki Meslek:

1. Memur 2. İşçi 3. Serbest 4. Esnaf 5. Çiftçi  
6. Ev Hanımı 7. Yok 8. Diğer

7. Huzurevinde kalma süresi: .....yıl □ / ay □

#### 8. Hekim tarafından tanı alınmış hastalığınız var mı :

1. Yok 2. Sindirim sistemi hast. 3. Kalpve damar Hast.  
4. Hipertansiyon 5. Solunum yolu hast. 6. Romatizmal  
7. Böbrek hast. 8. Diyabet 9. Osteoporoz  
10. Sinir sistemi hast. 11. Kanser 12. Diğer  
(.....)

#### 9. Hastalığına göre ilaç kullanma durumu:

1. Kullanmıyor  
2. Kullanıyor (Hangi hastalık/hastalıkları için.....)

#### 10. Hastalığına göre tıbbi beslenme tedavisi uygulama durumu:

1. Uygulamıyor  
2. Uyguluyor 1) Az yağlı az kolesterolü 2) Tuzsuz 3) KBY uyumlu 4) Diyabetik

#### 11. Sigara kullanma durumu:

1. Kullanmıyor
2. Kullanıyor (Adet: .....adet/gün)

## **MİNİ NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME (MNA)**

**Cinsiyeti:**.....

**Yaşı:**.....

**Ağırlık (kg):** .....

**Boy (cm):** .....

### **TARAMA**

A. Son 3 ay içinde iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme veya yutma güçlüğü nedeniyle besin tüketiminde azalma oldu mu?

0= şiddetli iştah kaybı      1= orta derecede iştah kaybı      2= iştah

kayı yok      Puan:

B. Son aylarda ağırlık kaybınız oldu mu?

0= 3 kg'dan fazla      1= bilinmiyor      2= 1-3 kg      3= ağırlık kayıp

yok

Puan:

C. Hareketlilik

0= yatak veya sandalyeye bağımlı

1= yatak veya sandalyeden kalkıyor ama ev dışına çıkamıyor

2= ev dışına çıkabiliyor

Puan:

D. Son üç ayda, hastanın psikolojik stres veya akut hastalık yakınması oldu mu?

0 puan= Evet

2 puan= Hayır

Puan:

E. Nöropsikolojik sorunlar

0= Ciddi demans veya depresyon      1= Hafif demans veya depresyon

2= Psikolojik sorun yok

Puan:

F. Beden Kütle indeksi (BKİ) (ağırlık/boy<sup>2</sup>, kg/m<sup>2</sup>)

0= 19'dan az

1= 19-21

2= 21-23

3= 23'ten fazla

Puan:

**TARAMA ARA TOPLAM (En çok 14 puan)      Toplam Puan:.....**

12-14 puan arası: Normal risk

8-11 puan ve altı: Malnütrisyon olasılığı var

0-7 puan arası : Malnütrisyonlu

**NOT:** Eğer Tarama puanı 11 veya altında ise Malnütrisyon Gösterge Puanı'nı elde etmek için değerlendirmeye devam e

### DEĞERLENDİRME

G. Bağımsız yaşama (bakımevi ve hastane dışında)

0= Hayır 1= Evet Puan:

H. Günde 3 veya üzerinde ilaç alıyor mu?

0= Evet 1= Hayır Puan:

I. Bası veya deri yaraları var mı?

0= Evet 1= Hayır Puan:

J. Birey günde kaç ana oğun yemek yiyor?

0= 1 oğun 1= 2 oğun 2= 3 oğun Puan:

K. Protein alımı için seçilmiş besinlerin tüketimleri nasıl?

- Günde en az 1 porsiyon süt ve ürünü (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor mu?

Evet  Hayır

- Haftada 2 porsiyon veya daha fazla kurubaklagil veya yumurta tüketiyor mu?

Evet  Hayır

- Her gün et, balık veya tavuk tüketiyor mu?

Evet  Hayır

Toplam

0.0= 0 veya 1 evet 0.5= 2 evet 1.0= 3 evet

Puan:

L. Her gün 2 veya daha fazla porsiyon taze sebze veya meyve tüketiyor mu?

0= Hayır 1= Evet Puan:

M. Hasta günde kaç bardak içecek (su, meyve suyu, çay, kahve, süt, ...) içiyor?

0.0= 3 su bardağının altı

0.5= 3-5 bardağı

1.0= 5 su bardağının üzeri Puan:

N. Yemek yeme şekli?

0= Yardımcı ile

1= Güçlkle kendi kendine yeme

2= Hiç sorunsuz kendi kendine yeme Puan:

O. Hastanın beslenme sorunu var mı? (kendi görüşü)

0= Kötü beslendiğini düşünüyor

1= Bilmiyor

2= Beslenme sorunu yok

Puan:

P. Aynı yaştaki insanlarla karşılaştırıldığında kendi sağlığı konusunda ne düşünüyor?

0.0= İyi değil

0.5= Bilmiyor

1.0= İyi

2.0= Çok iyi

Puan:

R. Üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) (..... cm)

0.0= 21 cm'den az

0.5= 21-22 cm

1.0= 22 cm'den fazla

Puan:

S. Baldır çevresi (BÇ) (..... cm)

0= 31 cm'den az

1= 31 cm ve üzeri

Puan:

**Değerlendirme Sonucu Puan (en çok 16 puan): .....**

**Tarama Sonucu Puan (en çok 14 puan): .....**

**TOPLAM PUAN (tarama + değerlendirme puanı) (en çok 30 puan):.....**

**Malnütrisyon Belirleme Skoru**

**24-30 puan Beslenme Sorunu Yok**

**23.5-17 puan Malnütrisyon Riski Var**

**17 puandan aşağı Malnütrisyonlu**

## SF-36 YAŞAM KALİTESİ FORMU

**Tarih:**

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5



## BİRİNCİ GÜN BESİN TÜKETİM KAYDI

ÖĞÜNLER	YEMEK/BESİN ADI	MİKTAR/ PORSİYON	İÇİNDEKİLER
SABAHA			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

## İKİNCİ GÜN BESİN TÜKETİM KAYDI

ÖĞÜNLER	YEMEK/BESİN ADI	MİKTAR/ PORSİYON	İÇİNDEKİLER
SABAH			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

## ÜÇÜNCÜ GÜN BESİN TÜKETİM KAYDI

ÖĞÜNLER	YEMEK/BESİN ADI	MİKTAR/ PORSİYON	İÇİNDEKİLER
SABAHA			
KUŞLUK			
ÖĞLE			
İKİNDİ			
AKŞAM			
GECE			

## Ek D: RDA'ya Göre 65+ Bireylerin Günlük Önerilen Besin Öğeleri

### Alım Düzeyleri

65 +	Erkek	Kadın
Lif (g)	29	21
A vit. (mcg)	900	700
D vit. (mcg)	10	10
E vit. (mg)	15	15
K vit (mcg)	120	90
Kalsiyum (mg)	1200	1200
Fosfor (mg)	700	700
Demir (mg)	10	10
Çinko (mg)	11	10
İyot (mcg)	150	150
n-3 Yağ Asidi	1,6	1,1
n-6 Yağ Asidi	14	11
C vit (mg)	90	90
Tiamin (mg)	1,2	1,1
Riboflavin (mg)	1,3	1,1
Niasin (mg)	16	14
B6 vit. (mg)	1,7	1,5
Folat (mcg)	400	400
B12 vit. (mcg)	2,4	2,4
Pantotenik Asit(mg)	5	5
Biotin (mcg)	30	30
Kolin (mg)	550	425