

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA'DA BİR İLÇE BELEDİYESİNE BAĞLI
BAHAREVLERİNDEN YARARLANAN 65 YAŞ VE ÜZERİ
BİREYLERİN BESLENME İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI**

Dyt. Raife KOTZAOGLAN

**Beslenme ve Gıda Bilimleri Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2025**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA'DA BİR İLÇE BELEDİYESİNE BAĞLI
BAHAREVLERİNDEN YARARLANAN 65 YAŞ VE ÜZERİ
BİREYLERİN BESLENME İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN
VE DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI**

Dyt. Raife KOTZAOGLAN

**Beslenme ve Gıda Bilimleri Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Dilek ASLAN**

**ANKARA
2025**

ONAY SAYFASI

**ANKARA'DA BİR İLÇE BELEDİYESİNE BAĞLI BAHAREVLERİNDEN YARARLANAN 65
YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERİN BESLENME İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE
DAVRANIŞLARININ SAPTANMASI**

Öğrenci: Dyt. Raife KOTZAOGLAN

Danışman: Prof. Dr. Dilek ASLAN

Bu tez çalışması 29.05.2025 tarihinde jürimiz tarafından "Beslenme ve Gıda Bilimleri Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Prof. Dr. Gülsen Güneş* (imza)
Lokman Hekim ÜTF Halk Sağlığı AD.

Tez Danışmanı: *Prof. Dr. Dilek Aslan* (imza)
HÜTF Halk Sağlığı AD.

Üye: *Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer* (imza)
HÜTF Aile Hekimliği AD.

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

04 Haziran 2025

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezin/raporunun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü/fakülte yönetim kurulu kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir(1).
- Enstitü/fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ...ay ertelenmiştir (2).
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir (3).

...../...../.....

Raife KOTZAOGLAN

i

i“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” Madde 6.

- (1) Madde 6.1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6.2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7.1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi; görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Prof. Dr. Dilek ASLAN danışmanlığında üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine uygun olarak yazıldığını beyan ederim.

(imza)

Dyt. Raife KOTZAOGLAN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde bana rehberlik eden, yüksek lisans eğitimim boyunca halk sağlığı bakış açısını kazanmamı sağlayan ve bana vizyon katan değerli danışman hocam Prof. Dr. Dilek ASLAN'a;

Üniversite eğitimim süresince kişisel ve mesleki gelişimime katkı sağlayan kıymetli hocalarıma;

Araştırmamı gerçekleştirmeme olanak tanıyan Baharevlerinden sorumlu tüm yetkililere ve Çankaya Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü'ne;

Eğitim hayatım boyunca yanımda olan sevgili aileme, arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma

Teşekkür ederim.

Dyt. Raife KOTZAOGLAN

ÖZET

Kotzaoglan, R., Ankara'da Bir İlçe Belediyesine Bağlı Baharevlerinden Yararlanan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Beslenme ile İlgili Bilgi Düzeylerinin ve Davranışlarının Saptanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Gıda Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2025. Sağlıklı beslenme, her yaşta olduğu gibi yaşlılık döneminde de sağlığı belirleyen en önemli davranışlardan biridir. Dünyada ve Türkiye'de yaşlanan nüfus göz önüne alındığında, sağlıklı yaşlanmanın ve sağlıklı beslenmenin önemi giderek ön plana çıkmaktadır. Bu araştırmada, Baharevlerini ziyaret eden 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme davranışlarını ve beslenme konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek ve ilişkili olabilecek faktörleri saptamak amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır. Çalışmaya 21 Ekim 2024 -01 Mart 2025 tarihleri arasında toplamda beş Baharevini ziyaret eden 251 kişi katılmıştır. Toplam 45 sorudan oluşan bir veri toplama formu aracılığıyla yüz yüze görüşme ile veri elde edilmiştir ve analizi için IBM SPSS Statistics (23.0) programı kullanılmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilmesi için Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu izni ve kurumsal izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin ortalama beslenme bilgi puanı 9 olarak saptanmıştır. Beslenme bilgi seviyesi ile yaş, öğrenim durumu, gelir seviyesi ve beslenme konusunda başvurulmuş bilgi kaynakları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler saptanmıştır ($p<0,05$). Bilgi edinmek adına sağlık profesyonellerine başvurma davranışı ile yaş, cinsiyet ve daha önce beslenme eğitimi almış olma durumu ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). Gazete/televizyon/sosyal medyayı bilgi kaynağı olarak tercih eden kişilerin burada paylaşılan diyetleri uygulama durumunun bu kaynakları tercih etmeyenlere göre daha yaygın olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Katılımcıların sıklıkla öğlen öğününü atladığı ve günlük ortalama su tüketimlerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Hazır paketli gıda tüketimi ile öğrenim durumu ve gelir seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Yemeklerde katı yağ kullanımı ile yaş arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır ($p=0,009$). Bu davranışlar ile katılımcıların beslenme bilgi puanı arasında ilişki saptanmıştır. Sonuç olarak, yaşlı bireylere yönelik beslenme eğitimlerinin verilmesi son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: beslenme, yaşlı beslenmesi, beslenme bilgisi, sağlıklı yaşlanma

ABSTRACT

Kotzaoglan, R., Determination of Nutritional Knowledge and Behaviors of Individuals Aged 65 Years and Over Visiting Baharevleri of a Municipality in Ankara, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Nutrition and Food Sciences Program Master's Thesis, Ankara, 2025. Healthy nutrition is one of the most important behaviors that determine health in old age, as in every age. Considering the aging population in the world and in Türkiye, the importance of healthy aging and of adequate and balanced nutrition, is increasingly recognized. The aim of this study was to determine the nutritional behaviors and nutritional knowledge levels of individuals aged 65 and over who visited Baharevleri, and to identify the factors that may be associated. The study was designed as a descriptive study. A total of 251 people who visited five Baharevleri between October 21, 2024, and March 1, 2025, participated in the study. Data were obtained through face-to-face interviews using a data collection form consisting of 45 questions, and the IBM SPSS Statistics (23.0) program was used for analysis. Hacettepe University Health Sciences Research Ethics Committee and institutional permissions were obtained for the conduct of the study. The median nutritional knowledge score of the participants was determined as 9. Statistically significant relationships were found between nutritional knowledge level and age, educational status, income level, and the source of information consulted on nutrition ($p<0.05$). The behavior of seeking information from health professionals was found to be related to age, gender, and previous nutrition education ($p<0.05$). Those who prefer newspapers/television/social media as sources of information are more likely to apply the diets shared there compared to those who don't use these sources of information ($p=0.000$). It was found that the participants frequently skipped lunch and that their average daily water consumption was insufficient. A statistically significant relationship was found between the consumption of packaged food and education status and income level ($p<0.05$). A positive relationship was found between the use of solid fat in meals and age ($p=0.009$). Relationships were also found between these behaviors and the level of nutrition knowledge. As a result, it is extremely important to provide nutrition education to elderly individuals.

Keywords: Nutrition, elderly nutrition, nutritional knowledge, healthy ageing

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Kapsam	1
1.2 Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Yaşlılık ile İlgili Kavramlar	3
2.2 Yaşlanan Nüfus ve Değişimler	5
2.2.1 Dünya’da Yaşlı Nüfus	5
2.2.2 Türkiye’de Yaşlı Nüfus	7
2.3 Yaşlılık Dönemine Özgü Değişiklikler	9
2.4 Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları ve Riskler	10
2.4.1 Sağlık Sorunları	10
2.4.2 Riskler	17
2.5 Sağlıklı Yaşlanma Kavramı	19
2.5.1 Tanımlar	19
2.5.2 Ulusal ve Uluslararası Program ve Yaklaşımlar	21
2.6 Sağlıklı Yaşlanma İçin Davranışsal Önlemler	25
2.7 Yaşlılıkta Sağlıklı Beslenmenin Önemi	30
2.7.1 Yaşlılıkta Beslenmeye Etki Eden Faktörler	31
2.7.2 Yaşlılıkta Beslenme Sorunları- Malnütrisyon	32

2.7.3 Yaşlılık Döneminde Beslenme Gereksinimleri	34
2.7.4 Yaşlılık Döneminde Beslenme Önlemleri	39
2.7.5 Yaşlılık Döneminde Beslenme Konulu Araştırma Gereksinimleri	43
3. GEREÇ ve YÖNTEM	45
3.1 Araştırmanın Yeri	45
3.2 Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Araştırma Grubu	46
3.2.1 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	47
3.2.2 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	47
3.3 Araştırmanın Tipi	48
3.4 Araştırmanın İnsan Gücü	48
3.5 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Yöntemi	48
3.6 Araştırmada Kullanılan Tanımlar ve Terimler	49
3.7 Verilerin Analizi	49
3.8 Araştırmanın Ön Denemesi	50
3.9 Etik Konular ve Kurumsal İzinler	51
3.10 Araştırmanın Değişkenleri	51
3.10.1. Tanımlanan Değişkenler	51
3.10.11 Tanımlayan Değişkenler	51
3.11 Araştırmanın Kısıtlılıkları	52
3.12 Araştırmanın Bütçesi	52
3.13 Araştırmanın Zaman Çizelgesi	53
4. BULGULAR	54
4.1 Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	54
4.2 Sağlık/Hastalık Durumları ve Bazı Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular	59
4.3 Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular	64
4.4 Beslenme ile İlgili Bilgi Düzeyleri, Bilgi Kaynakları, Beslenme Eğitimi Alma ve Diyet Uygulama Davranışlarına İlişkin Bulgular	67
4.5 Beslenme ile İlgili Davranışlarına Dair Bulgular	72
4.6 Besinlerin Tüketim Sıklığı ile İlişkili Bulgular	80

4.7 Katılımcıların Beslenme Davranışları ile İlişkili Durumlar	84
4.8 Katılımcıların Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeyi ile İlişkili Durumlar	102
4.9 Beslenme Bilgisi Puanları ile Beslenme Davranışlarının İlişkisi	104
5. TARTIŞMA	106
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	118
6.1 Sonuç	118
6.2 Öneriler	121
6.2.1 Kişilere Yönelik	121
6.2.2 Kurumlara Yönelik	121
6.2.3 Sistemlere Yönelik	122
7.KAYNAKLAR	123
8. EKLER	138
EK-1: Veri Toplama Formu	138
EK-2: Etik Kurul Onayı	148
EK-3: Etik Kurul Çalışma Uzatma İzni	149
EK-4: Çankaya Belediyesi Çalışma İzni	150
EK-5: Çankaya Belediyesi Çalışma Uzatma İzni	151
EK-6: Dijital Makbuz	152
EK-7: Orjinallik Raporu	153
9. ÖZGEÇMİŞ	154

SİMGELER ve KISALTMALAR

BM	Birleşmiş Milletler
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
ÇADA	Çeyreklikler Arası Dağılım Aralığı
DALY	Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları
DNA	Deoksiriboz Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EFSA	Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi
ESPEN	Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği
HALE	Sağlıklı Yaşam Beklentisi
KG	Kilogram
KKAL	Kilokalori
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
ML	Mililitre
OECD	Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SS	Standart Sapma
TÜBER	Türkiye Beslenme Rehberi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
YADES	Yaşlı Destek Programı

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1	DSÖ bölgelerinde göre yaşlı nüfusun zaman içerisindeki değişiminin projeksiyonu.	6
2.2	Türkiye nüfus projeksiyonlarına göre gelecekte öngörülen yaşlı nüfus artışı.	8
2.3	Yaşlılık döneminde sağlık sorunları.	13
2.4	Yaşlılıkta fonksiyonel kapasite.	20
2.5	Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı sağlığına yönelik uygulanan stratejiler.	23
2.6	Yaşlılıkta beslenmeyi etkileyen faktörler.	32
3.1	Çankaya Belediyesi Ayrancı Baharevi görseli.	45
3.2	Çankaya ilçesindeki Baharevlerinin konumunun harita üzerinden gösterimi.	46

TABLOLAR

Tablo		Sayfa
2.1	50 yaş üstü bireylerin her besin grubundan tüketmesi önerilen porsiyon miktarları.	39
3.1	21 Ekim 2024 – 01 Mart 2025 tarihleri arasında Çankaya ilçesinde bulunan beş Baharevinden veri toplama sürecine ilişkin bilgiler.	48
3.2	Araştırmanın bütçesi	52
3.3	Araştırmanın zaman çizelgesi	53
4.1	Katılımcıların sosyo-demografik bazı özellikleri (Baharevleri 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	55
4.2	Katılımcıların çalışma ve gelir durumlarına ilişkin bazı özellikler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	56
4.3	Beş farklı baharevine göre katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	58
4.4	Katılımcıların algılanan sağlık durumu (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	59
4.5	Katılımcıların hastalık durumu ve ilaç kullanımına ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	60
4.6	Katılımcıların beyanlarına göre beslenme durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	61
4.7	Katılımcıların daha önce hastalık nedeniyle diyet yapma durumu, uygulanan diyet ve diyeti öneren kişiye ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	62
4.8	Katılımcıların vitamin/mineral takviyesi kullanımlarına ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	63
4.9	Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyine ilişkin bulgular (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	64
4.10	Katılımcıların uyku düzeni ve uyku süresine ilişkin bulgular (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	64
4.11	Katılımcıların tütün kullanımına ilişkin bulgular (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	66
4.12	Katılımcıların genel stres durumuna ilişkin bulgular (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	67
4.13	Katılımcıların beslenme ile ilgili yararlandıkları bilgi kaynakları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	67
4.14	Katılımcıların diyet uygulama konusundaki davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	68

4.15	Katılımcıların beslenme eğitimi alma durumu, alınan beslenme eğitimine ilişkin bazı bilgiler ve beslenme bilgilerini algılama durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	69
4.16	Katılımcıların beslenme bilgisini değerlendiren bazı görüşler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	71
4.17	Katılımcıların öğün atlama durumu, öğün atlama sıklığı, öğün atlama nedenleri, ara öğün tüketme durumu ve ara öğün olarak tercih edilen besinlere ilişkin bilgiler (Baharevleri,21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	73
4.18	Katılımcıların su tüketimine ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	74
4.19	Katılımcıların su haricindeki sıvı tüketimine ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	75
4.20	Katılımcıların gıda alışverişi yapma, evde yemek yapma ve yemek yeme durumuna ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	76
4.21	Katılımcıların beyanlarına göre gıda alışverişi yaparken gıda seçimini etkileyen faktörler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	77
4.22	Katılımcıların bazı beslenme davranışlarının sıklığına ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	79
4.23	Katılımcıların süt ve süt ürünlerini ve et, yumurta, kurubaklagil, yağlı tohum grubuna ait besinleri tüketme sıklığı (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	81
4.24	Katılımcıların ekmek ve tahıl grubuna ait besinleri ve meyve/sebzeleri tüketme sıklığı (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	83
4.25	Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre öğün atlama durumu (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025)(n=251).	85
4.26	Katılımcıların kronik hastalık durumu, ilaç kullanımı, yemek yeme ve pişirme alışkanlıklarına göre öğün atlama durumu (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	86
4.27	Katılımcıların bazı sağlık davranışlarına göre öğün atlama durumları(Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	87
4.28	Katılımcıların ara öğün tüketme durumu ile ilişkili faktörler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	89
4.29	Katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyine göre su tüketimi (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	90
4.30	Katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri ve kronik hastalık durumuna göre hazır paketli atıştırmalıklar tüketme davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	92

4.31	Katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri ve kronik hastalık durumuna göre yemeklerde katı yağ yerine sıvıyağ kullanma davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	94
4.32	Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih etme durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	96
4.33	Katılımcıların daha önce beslenme eğitimi almış olma durumları ve buna ilişkin özelliklere göre doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih etme durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	98
4.34	Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre medya’da paylaşılan diyetleri uygulama durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).	100
4.35	Katılımcıların beslenme konusunda bilgi kaynağı olarak gazete, TV veya sosyal medya kullanma durumlarına göre medya’da paylaşılan diyetleri uygulama durumu (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	101
4.36	Katılımcıların bazı özelliklerine göre beslenme ile ilgili bilgi puanları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	103
4.37	Katılımcıların beslenme bilgisi puanlarına göre yemeklerde katı yağ yerine sıvıyağ kullanma davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	104
4.38	Katılımcıların beslenme bilgisi puanlarına göre hazır paketli atıştırmalıklar tüketme davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).	105

1. GİRİŞ

1.1 Kapsam

Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Dünya genelinde 2024 yılı itibariyle 65 yaş ve üzeri kişi sayısının 830 milyona ulaştığı raporlanmıştır (1). Bu sayının giderek artarak 2050 yılında 1,6 milyara, 2070'lerin sonuna doğru ise 2,2 milyara ulaşması ve 18 yaş altı çocuk sayısını aşmış olması öngörülmektedir (2). Türkiye'de 2024 yılı itibariyle yaşlı nüfus toplam nüfusun %10,6'sını oluşturmaktadır. Dünya'daki yaşlı nüfusun artışı ile paralel olarak ülkemizde de durumun benzer şekilde gelişeceği tahmin edilmektedir (3). Nüfustaki bu değişim, geçmişten bugüne yaşam yıllarının uzamış olmasından ve doğurganlık hızının düşüşü sonucu topluma katılan yenidoğan sayısının azalmış olmasından kaynaklanmaktadır (4). Doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması olumlu bir çıktı olsa da, kişinin yalnızca uzun yaşaması değil aynı zamanda nitelikli ve sağlıklı bir hayat sürmesi hedeflenmelidir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında sağlığı yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Her bireyin, etnik köken, din, siyasi görüş, ekonomik veya sosyal durum gözetmeksizin, en yüksek sağlık standardına erişme hakkı bulunmaktadır (6). Yaşamın her evresinde olduğu gibi, yaşlılık döneminde de sağlıklı ve nitelikli yaşam temel bir haktır.

Sağlıklı bir yaşlılık için öncelikle sağlığın belirleyicileri göz önünde bulundurulmalıdır. Kişinin genetiği, sosyal ve fiziksel çevresi, öğrenim durumu, değiştirilebilir davranışları vb. etmenlerin tamamı kompleks bir etkileşim içerisindedir ve sağlığın belirleyicileri olarak kabul edilmektedir (7). Beslenme davranışı, sağlığı uzun vadede etkileyebilen en önemli faktörlerden biridir. Yaşlılık döneminde sağlıklı beslenme, mortalite ve morbidite riskini azaltarak uzun ve nitelikli bir yaşamın sürdürülmesine katkı sağlar (8). Beslenme ve sağlık arasındaki ilişki iki yöne doğru çalışır; beslenme durumu sağlığı belirler, sağlık durumu ise beslenme davranışlarını etkileyebilir. Dolayısıyla sağlığın tüm belirleyicileri aynı zamanda beslenme davranışlarının da belirleyicileri olarak kabul edilebilir. Kişinin beslenmesi ekonomik, psikolojik, sosyo-kültürel vb. faktörlerden etkilenerek benzersiz bir etkileşim içerisinde şekillenir (9).

Belirtilen bilgiler doğrultusunda, bu çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme davranışlarının ve beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.2. Amaçlar

Yakın Dönem Amaçlar

- i. Çankaya Belediyesi'ne bağlı Baharevleri'ni 1 Ekim 2024 – 1 Mart 2025 tarihleri arasında ziyaret eden yaşlıların;
 - a. Sosyodemografik bazı özelliklerinin (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, öğrenim durumu, gelir düzeyi, vb.) saptanması
 - b. Hastalık ve ilaç kullanma durumlarının belirlenmesi
 - c. Sağlığı ilgilendiren bazı davranışlarının saptanması
 - d. Beslenme bilgi düzeylerinin belirlenmesi
 - e. Beslenme ile ilgili davranışlarının saptanması
 - f. Sağlığı ilgilendiren bazı davranışlar ile beslenme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi
 - g. Beslenme konusunda bilgi düzeyleri ile beslenme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Uzak Dönem Amaçlar

- i. Benzer konuda yapılacak bilimsel araştırmalara veri kaynağı oluşturması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yaşlılık ve İlgili Kavramlar

Yaşlanma her canlının deneyimlediği, geri döndürülemeyen, doğal bir fizyolojik süreçtir. Yaşlılık döneminde çok yönlü değişimler meydana gelir. Hastalık durumu, sağlık davranışları ve genetik özellikler yaşlanma dönemini herkes için farklı ve bireysel kılan etmenlerdir. Ayrıca kişinin sosyal, ekonomik ve çevresel koşulları tüm yaşam için olduğu gibi yaşlılık dönemi için de sürecin belirleyicileridir. Dolayısıyla yaşlanma sadece kronolojik bir değişim değil, aynı zamanda çok yönlü psikososyal bir olaydır (10-12). Buna rağmen sürecin karmaşık doğasından ötürü ‘yaşlı’ bireyi tanımlamak amacıyla kronolojik yaş kullanılmaktadır.

Günümüzde yaşlılık döneminin başlangıcını belirleyen ve literatürde kabul edilen ortak bir eşik değer yoktur. Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler tarafından ortaya konulan çeşitli raporlarda 60 veya 65 yaşın ‘yaşlı’ bireyi tanımlamak için kullanıldığı gözlemlenebilir (2, 13). Türkiye’de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayımlanan resmi verilerde 65 yaşın kesim noktası olarak belirlendiği görülmektedir (14). Literatürde 60 veya 65 yaşın ilerisi için yapılan bazı sınıflamalar da mevcuttur. Örneğin yapılan çalışmalarda yaygın olarak kullanılan sınıflamaya göre 65-74 yaş grubu “genç yaşlı”, 75-84 yaş grubu “orta yaşlı” ve “85 ve üzeri yaş grubu “ileri yaşlı” olarak kabul edilmektedir (15-17). Literatürde rastlanan bir diğer sınıflamaya göre, 60-69 yaş “genç” yaşlılık dönemi, 70-79 yaş “orta” yaşlılık dönemi, 80 yaş ve üzeri ise “ileri” yaşlılık dönemi olarak ele alınmıştır. Daha geniş aralıklar halinde yapılan bir gruplandırmada; 65-84 yaşındaki bireyler genç yaşlı, 85-99 yaşındaki bireyler ileri yaşlı, 100 yaş ve üzeri olanlar için ise ‘*centenarians*’ terimi kullanılmıştır. Türkiye’de yapılan araştırmalarda sıklıkla rastlanan sınıflama türü ilk bahsedilen ile aynıdır (18, 19). Türkiye’de kullanılan ve yaşlılık döneminin 60 yaşında başladığını ifade eden bir sınıflamaya göre ise, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık, 90 ve üstü ise ihtiyarlık olarak belirlenmiştir (20, 21).

Kronolojik yaş, günlük hayatta bir standart oluşturma açısından tanımlayıcı bir özellik olsa da çoğu zaman bir sayıdan ibarettir. Aynı tarihte dünyaya gelen iki birey kronolojik olarak aynı yaşta olsa da farklı özelliklere sahip olabilirler. Yaşlı

popölasyon heterojen bir gruptur ve yaşlanma yalnızca biyolojik gerilemeden ibaret değildir. Yaşlanmanın bu çok yönlü boyutunu yansıtan bazı kavramlar şunlardır;

- (a) *Fiziksel açıdan yaşlanma*, vücutta geręekleřen fiziksel değişiklikler (beyaz sağ, ciltte kırışıklık, menopoz) ve fiziksel kapasitede azalma (kas kütlesi, kas gücü) olarak tanımlanır (22).
- (b) *Psikolojik açıdan yaşlanma*, kişinin kronolojik yaşından bağımsız olarak kendini algıladığı yaştır. Bireysel olarak değişen subjektif bir kavramdır (23).
- (c) *Sosyal açıdan yaşlanma*, toplumun algısının yaşlanma deneyimini nasıl şekillendirdiğini ifade eder. Bu kavram, toplumun yaşlıların kim olduğu ve neler yapabilecekleri hakkında beklentileri ve varsayımlarını kapsar (11).
- (d) *Davranışsal açıdan yaşlanma*, yaşlanmayla ilişkili davranışları ve bunların öncüllerini ve sonuçlarını ifade eder. Ayrıca, insanların fiziksel ve sosyal çevreleri arasındaki davranışsal etkileşimleri içerir (24).

Biyolojik veya fiziksel yaşlanma, bilimsel olarak yaşlanmanın biyolojik belirteğleri ile açıklanır. Bu belirteğlerin bazıları; genomik instabilite, telomer aşınması, epigenetik değişiklikler, kök hücre tükenmesi ve hücresel arası iletişimin değişmesi gibi olaylardır (25). Fakat bahsedildiği üzere yaşlanmanın birden fazla boyutu mevcuttur. Dolayısıyla yaşlanma, bireyin bulunduğu sosyal çevre, büyüdüğü kültürel ortam ve psikolojik durum gibi etmenlerden etkilenen ve bireye özgü şekillenen bir deneyimdir (11).

Yaşlılığı tanımlarken DSÖ'nün 'yaşam boyu yaklaşım' kavramı unutulmamalıdır. Yaşam boyu yaklaşım, bireylerin ve nesillerin sağlığı konusunda zamansal ve toplumsal bir bakış açısını yansıtır. Kişinin geğmiş ve gelecekteki deneyimlerinin ve hatta hayatındaki kişiler ile olan etkileşimlerin birbiri ile bağlantılı olduğu ve tümünün sağlığı etkilediğini savunur (26). Yaşlılık esasında hayatın süregelen bir dönemidir ve yaşam döngüsünün ayrı bir paręası olarak düşünülemez. Dolayısıyla yaşlılık ile ilgili yaklaşımlar bütüncül ve kapsayıcı olmalıdır. Bu amaca uygun olarak literatürde yıllar içerisinde yaşlanma ve yaşlı sağlığı ile ilgili bazı başlıklar oluşmuştur. Bunlar;

- (a) *Aktif yaşlanma*, bireyin sosyal yaşama ve karar verme süreçlerine katılımını kapsar. Bu tanıma göre kişinin aktif olması; sosyal, kültürel, ekonomik ve toplumsal faaliyetlere katılması anlamına gelmektedir. (27).
- (b) *Sağlıklı yaşlanma*, ileri yaşta iyi olma halinin sağlanması için fonksiyonel kapasitenin korunması ve geliştirilmesi gerektiği ilkesine dayanır. Fiziksel ve mental sağlığın korunmasının nitelikli yaşam için önemli olduğunu ifade etmektedir (28).
- (c) *Üretken yaşlanma*, kişinin yaşlılık döneminde çeşitli faaliyetler katılmaya devam ederek aktif kalmasını ifade eder. Ekonomik kazanç sağlayan bir işe devam etmek, hayat boyu öğrenmeyi sürdürmek ve gönüllülük aktivitelerine katılmak bu tanımlamaya örnek davranışlardır (29).
- (d) Başarılı yaşlanma, yukarıda bahsedilen kavramların özelliklerinin birleşimi olan daha kapsamlı bir kavram olarak tanımlanabilir. Literatürde birçok farklı şekilde tanımlanmış olsa da ana fikir; yaşlılık döneminde iyi olma haline ulaşılmasıdır. Başarılı yaşlanma; bireyin fizyolojik, sosyal ve psikolojik açıdan maksimum potansiyeline ulaşmasıdır (30).

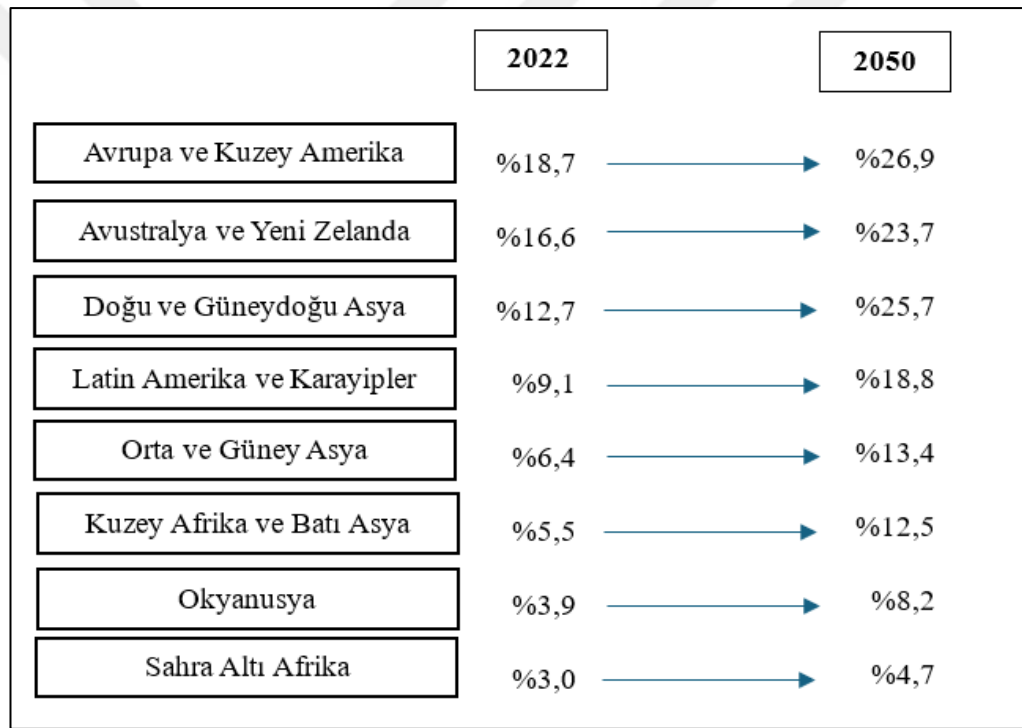
2.2. Yaşlanan Nüfus ve Değişimler

2.2.1 Dünya’da Yaşlı Nüfus

Dünya üzerindeki 65 yaş ve üzeri kişi sayısı 2024 yılında 830 milyon olarak hesaplanmıştır. Bu sayı, toplam dünya nüfusunun %10,3 oluşturmakta olup, 2074 yılında bu yüzdenin ikiye katlanarak %20,7’ye ulaşması beklenmektedir (1). Gelecek yıllarda Dünya genelinde 65 yaş ve üzeri kişi sayısının, 5 yaş altı çocuk sayısının iki katından fazla olacağı ve 12 yaş altı çocuk sayısı ile hemen hemen aynı düzeyde olacağı öngörülmektedir. Ayrıca, 2070’li yılların sonuna doğru yaşlı nüfusun 18 yaş altı çocuk sayısının üzerine çıkarak 2,2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (1, 2). Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)’ye göre, son 30 yıl içerisinde (1994-2024), yaşlı nüfusun (65 yaş üzeri) çalışan nüfusa (20-64 yaş) oranı 21’den 33’e yükselmiştir (31).

Dünya Sağlık Örgütü’nün bölgeleri incelendiğinde, 2022 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki yüzdesinin en yüksek olduğu bölgelerin Avrupa ve Kuzey

Amerika olduğu görülmektedir. Bu bölgelerde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki yüzdesi %19'dur ve 2050'de %25'e ulaşması beklenmektedir. Avustralya ve Yeni Zelanda bölgesi %16,6 ile ikinci sırada yer almaktadır ve bu bölgeleri Doğu ve Güneydoğu Asya, Latin Amerika ve Karayipler takip etmektedir. Tüm bölgeler için gelecekte yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki yüzdesinin artacağı tahmin edilmektedir (Şekil 2.2.1). En genç yaş dağılımına sahip olan Sahra Altı Afrika'nın demografik değişimi incelendiğinde, yaşlı nüfusun %3'ten %5'e çıkacağı tahmin edilmektedir. Önümüzdeki 25 yıl içerisinde Kuzey Afrika ve Batı Asya, Sahra Altı Afrika, Okyanusya (Avustralya ve Yeni Zelanda hariç) ve Orta ve Güney Asya'da yaşlı nüfusun yılda neredeyse % 3 artacağı öngörülmektedir.



Şekil 2.1 DSÖ bölgelerinde göre yaşlı nüfusun zaman içerisindeki değişiminin projeksiyonu (2).

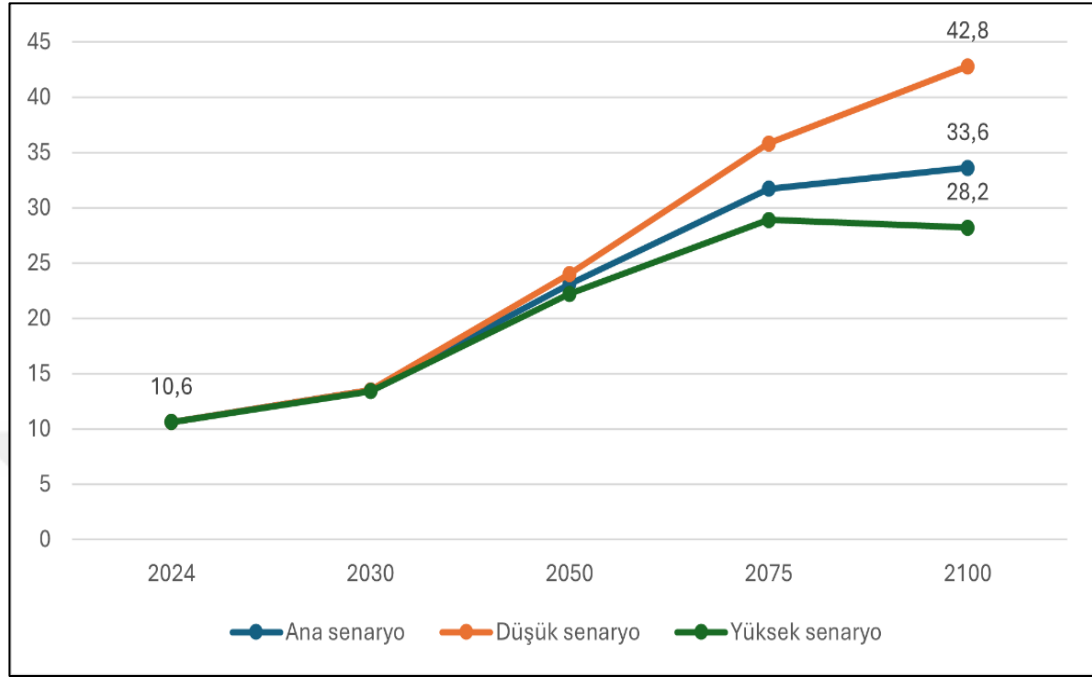
Yıllar içerisinde meydana gelen demografik dönüşüm, bu süreçte etkili olan üç ana faktör ile açıklanmaktadır. Bu faktörler; doğuşta beklenen yaşam süresinin uzaması, doğurganlık hızının düşmesi ve uluslararası göçtür (2). Geçmişten bugüne ortalama yaşam süresi giderek artmıştır. Bilinen ilk uygarlıklarda yaşam beklentisi 25 yıl iken, yıllar içerisindeki gelişmeler ile günümüzde 73,3 yıla ulaşmıştır. Özellikle son

yüz yılda bulaşıcı hastalıkların etkin kontrolü ve 5 yaş altı çocuk ölümlerinin önlenmesi sayesinde toplam ölüm hızı azalmıştır. Dolayısıyla toplumda giderek daha fazla sayıda kişi daha uzun yıllar boyunca yaşlılık dönemini deneyimlemektedir (32). Zaman içerisinde değişen bir diğer demografik gösterge doğurganlıktır hızıdır. Kadınların iş gücü ve eğitime katılımlarının artması bu değişimi sağlayan en belirgin faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğurganlığın azalması topluma katılan yenidoğan sayısının az olmasına bağlı olarak toplumun yaş ortalamasının yükselmesine sebep olmaktadır. Bir ülkede nüfusun sabit kalarak yenilenmesi için doğurganlık hızının ortalama 2,1 olması gerekir; bu da her bir kadına düşen çocuk sayısının 2,1 olduğu anlamına gelmektedir. Günümüzde dünya nüfusunun büyük dilimi doğurganlık hızının 2,1'in altında olan ülkelerde yaşamaktadır. Güncel verilere göre, en düşük doğurganlık hızına sahip olan DSÖ bölgeleri Avrupa ve Kuzey Amerika bölgesi ile Doğu ve Güneydoğu Asya bölgeleridir. Ayrıca, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile doğurganlık hızı arasında da negatif yönde doğrusal bir ilişki olduğu da bilinmektedir (2, 33). Son olarak, Dünya'nın bazı bölgeleri için, uluslararası göç nüfus yapısını değiştirebilen önemli bir faktördür. Özellikle yüksek gelirli ülkelerin göçlerden daha fazla etkilendiği raporlanmıştır. Buna rağmen göçün demografik dönüşüme olan etkisinin giderek zayıflayacağı tahmin ediliyor (2).

2.2.2 Türkiye'de Yaşlı Nüfus

Dünya'da meydana gelen demografik dönüşüm, Türkiye için de geçerlidir. Ülkemizde geçmişten bu yana doğurganlık hızında düşüş yaşanırken, doğumda beklenen yaşam süresinde artış gözlemlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 31 Aralık 2024 itibarıyla Türkiye'de 65 yaş ve üzeri bireylerin toplam nüfusun %10,6'sını oluşturduğu bilinmektedir. Yaşlı nüfus 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi 65 yaşın üzerindeyken, son beş yıl içerisinde bu sayı 9 milyon 112 bin 298'e yükselmiştir (3, 34). Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfusun 2035 yılında %15,4'e, 2050 yılında %23,1'e, 2075 yılında %31,7'ye, 2100 yılında ise %33,6'ya ulaşması beklenmektedir (Şekil 2.2.2). Bir başka ifadeyle, 2075 yılından itibaren Türkiye'de her üç kişiden birinin 65 yaşın üzerinde olması öngörülmektedir (34). Buna rağmen, diğer ülkelerle kıyaslandığında Türkiye henüz bu demografik geçişin erken

aşamalarındadır. Toplam nüfus hala artmaya devam etmektedir ve 2050 yılında zirve noktaya ulaşması beklenmektedir (14, 35).



*Ana senaryo nüfus projeksiyonlarında kullanılmış olan temel senaryodur.

**Düşük senaryo, ana senaryodan daha düşük doğurganlık ve uluslararası net göç varsayımlarına dayanmaktadır.

***Yüksek senaryo, ana senaryodan daha yüksek doğurganlık ve uluslararası net göç varsayımlarına dayanmaktadır.

Şekil 2.2 Türkiye nüfus projeksiyonlarına göre gelecekte öngörülen yaşlı nüfus artışı (35).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, çalışma çağındaki olan 15-64 yaş arası kişiler toplam nüfusun %68,4'ünü oluşturmaktadır. Bağımlı nüfus olarak değerlendirilen yaşlı nüfus ile kıyaslandığında, çalışma çağındaki olan bireyler 65 yaş ve üstü kişi sayısının neredeyse altı katıdır. Bağımlı nüfusun çalışma çağındaki olan nüfusa oranının düşük olması, ülkemiz için bir demografik fırsat penceresi yaratmaktadır. Demografik fırsat penceresi, bir ülkenin yaş yapısının toplumsal gelişim ve kalkınma için en uygun olduğu zaman dilimini ifade etmektedir. Bu dönemde düşük doğurganlık neticesinde biriken maddi olanakların, sağlık ve eğitim gibi alanlara yatırılması ilerleyen yıllarda toplum için olumlu sonuçlar doğuracaktır (1, 35).

2.3 Yaşlılık Dönemine Özgü Değişiklikler

Yaşlanma sonucu meydana gelen fizyolojik veya biyolojik değişiklikler vardır. Vücutta zamanla oluşan yapısal ve işlevsel değişiklikler biyolojik yaşlanmanın temel sebepleridir. Fizyolojik fonksiyonların gerilemesi, vücudun tüm sistemlerini etkilemektedir. Bu durum bazı organ sistemlerinde fonksiyonların azalmasına veya ileri aşamada hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Meydana gelen bazı fizyolojik değişiklikler şunlardır:

- *Kardiyovasküler sistemdeki değişiklikler:* Damar sertliği, kalp duvarlarının kalınlaşması, miyokardiyal fibrozis, kapakçıkların ve ilgili yapıların kalsifikasyonu gibi durumlar meydana gelir. Sonuç olarak aerobik kapasite azalır ve kardiyovasküler hastalık riski artar. Ayrıca, damar yapısındaki bu değişiklikler yaşlılarda hipertansiyonun sık rastlanan bir hastalık olmasının temel sebebidir (11, 36, 37).
- *Respiratuar sistemdeki değişiklikler:* Yaşla birlikte akciğerlerin elastikiyeti azalır, bronşiollerde daralma gerçekleşir ve maksimum solunum kapasitesi azalır. Aynı zamanda solunum sistemindeki kas dokuda zayıflama meydana geldiğinden, yaşlıların öksürerek nefes yollarını temizlemesi zorlaşır ve solunum yolu enfeksiyonları bu kişilerde daha ağır seyreder (11, 36).
- *Sindirim sistemindeki değişiklikler:* Yaşlılık döneminde diş kaybı ve salya sekresyonunda azalma sık rastlanan sorunlardır. Bu dönemde yaşa bağlı olarak gelişen tat ve koku alımındaki azalma ise iştahsızlığa ve buna bağlı olarak düşük besin alımına ve/veya besin ögesi eksikliklerine yol açabilmektedir. Özofagus fonksiyonlarının azalmasına bağlı olarak reflü ve aspirasyon riski artmaktadır. Gastrointestinal hareketliliğin azalması, mide boşalmasının yavaşlaması ve mide asit salgısının azalması sindirim ile ilgili çeşitli problemlere sebep olabilmektedir. Aynı zamanda kalın bağırsak hareketlerinin azalması konstipasyon şikayetine sebep olmaktadır (11, 36, 37).
- *Ürogenital sistemdeki değişiklikler:* Yaşlılıkta böbreklerin ve glomerüllerin hacmi küçülür, böbreklere giden kanın hacmi azalır ve glomerüler filtrasyon hızı düşer. Diğer yandan mesane kapasitesi azalır ve ilgili yolakların fonksiyonları

bozulur dolayısıyla idrar kaçırma sorunları yaşlılarda yaygındır. Erkeklerde ise prostat ile ilgili hastalıkların riski artmaktadır (11).

- *Kas ve iskelet sistemindeki değişiklikler:* Kemik mineral yoğunluğundaki azalmaya bağlı olarak kırılma riskinde artış görülür. Kıkırdak eklemlerin incilmesi nedeniyle boy uzunluğunda değişimler görülmektedir. Kas kütlesinin azalması ile birlikte kas gücü ve fonksiyonlarında düşüş yaşanmaktadır (11).
- *Sinir sistemindeki değişiklikler:* Beyin ve sinir sistemi dokularında yaşla meydana gelen değişikliklerden dolayı sinyalizasyonda bozukluklar görülebilir. Bu durum yaşlı bireyleri demans ve Parkinson gibi hastalıklara yatkın hale getirmektedir (11, 37).
- *Endokrin sistemdeki değişiklikler:* Yaşlılık döneminde kadınlarda menopoz sonucu kardiyovasküler hastalık ve osteoporoz riski artmaktadır. Ayrıca, yaşlılıkta iştahla ilgili olan kolesistokinin, leptin ve ghrelin hormonlarının salınımı değişmektedir. Bu durum iştahsızlığa ve düşük besin alımına sebep olabilir (36, 37).
- *Duyu organlarındaki değişiklikler:* Yaşlılık döneminde duyularda azalma meydana gelir. Görme, işitme, tat alma ve koku duyuları etkilenmektedir (36).
- *Cilt dokusunda değişiklikler:* Yaşla birlikte cilt dokusu incelik, ciltteki sinir uçlarının ve ter bezlerinin sayısı azalır. Bu durum vücudun termoregülasyonunu zorlaştırır, yara iyileşmesi gecikir (11, 36).

Tüm vücutta meydana gelen bu değişiklikler, yaşlanma sürecinin doğal bir parçasıdır. Buna rağmen hastalık riskinin artabileceği ve sağlık durumunun etkilenebileceği unutulmamalıdır.

2.4 Yaşlılık Döneminde Sık Görülen Sağlık Sorunları ve Riskler

2.4.1 Sağlık Sorunları

Yaşlılık dönemi bazı sağlık sorunlarını da beraberinde getirebilmektedir. Yaşamın bu diliminde kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabet vb. vücut sistemlerini etkileyen kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır (38). Özellikle kardiyovasküler sistem hastalıkları, 65 yaş ve üzeri bireylerde en sık rastlanan ve mortalite açısından birinci

sırada yer alan hastalıklardır. Dünya’da 75 yaşın üzerindeki bireylerde en sık görülen kardiyovasküler hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği olarak raporlanmıştır (39). Yaşla meydana gelen fizyolojik değişiklikler arasında; damarlarda esnekliğinin azalması, damar sertleşmesi ve kalp duvarlarında kalınlaşma gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu durumlar yaşlı bireyleri kalp ve damar hastalıkları açısından daha yatkın hale getirmektedir (40). Son 30 yıl içerisinde yaşlı popülasyondaki kardiyovasküler hastalık yükü azalmış olsa da hala yüksek mortalite ve morbidite riski içeren en önemli sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bu yükün ilerleyen yıllarda özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük ülkeleri daha çok etkileyeceği öngörülmektedir (41).

Yaşlı popülasyonu yaygın olarak etkileyen bir diğer kronik hastalık diyabettir. Son yıllarda yaşlı bireylerde diyabet insidansının hızla arttığı ve gelecekte de aynı hızla artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Bir derleme çalışmasına göre, 2019 yılında 70 yaş ve üzeri 110,1 milyon kişinin diyabet hastası olduğu hesaplanmıştır. Bu sayı, Dünya’daki 70 yaş ve üzeri kişilerin %23,7’sini oluşturmaktadır (42). Uluslararası Diyabet Federasyonunun resmi verilerine bakıldığında ise, 65-99 yaş arası bireylerde diyabet görülme sıklığı %19,3 olarak raporlanmıştır. Ayrıca, 2045 yılına gelindiğinde 65 yaş ve üzeri diyabet hastası sayısının 276,2 milyona yükseleceği tahmin edilmektedir (43). Diyabet, tıbbi takibi yapılmadığı takdirde böbrek yetmezliği ve kalp hastalıkları gibi ciddi kronik rahatsızlıklara sebep olabilmektedir, bu sebepten ötürü yaşlılıkta artan prevalansı ciddi bir sağlık tehdididir (44).

Aynı derecede önemli olan ve insidansı giderek katlanan bir kronik durum kanserlerdir. Yaşlanma süreci, kanser için başlı başına bir risk faktörüdür. Bunun nedeni vücutta oluşan fizyolojik gerilemeler ve bağışıklık sistemi fonksiyonlarının zayıflamasıdır. Dünya’da artan yaşlı nüfusun bir sonucu olarak yaşlılıkta kanser görülme sıklığı da artmıştır (45). Çalışmalar 2020 yılında yeni kanser teşhisi alan 19,3 milyon kişinin %64’ünün 60 yaşın üzerinde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, aynı yıl kanser ile ilişkili mortalite verileri incelendiğinde, ölümlerin %71,3’ünün bu yaş grubunu etkilediği tespit edilmiştir (46). Diğer bir çalışmanın sonuçlarına göre son 30 yılda 75 yaş ve üzeri kanser vakalarının sayısı 3 katına, kanserle ilişkili ölümler ise 4,5 katına çıkmıştır (47). Yaşlılarda en yaygın kanser türleri, genel popülasyonda olduğu

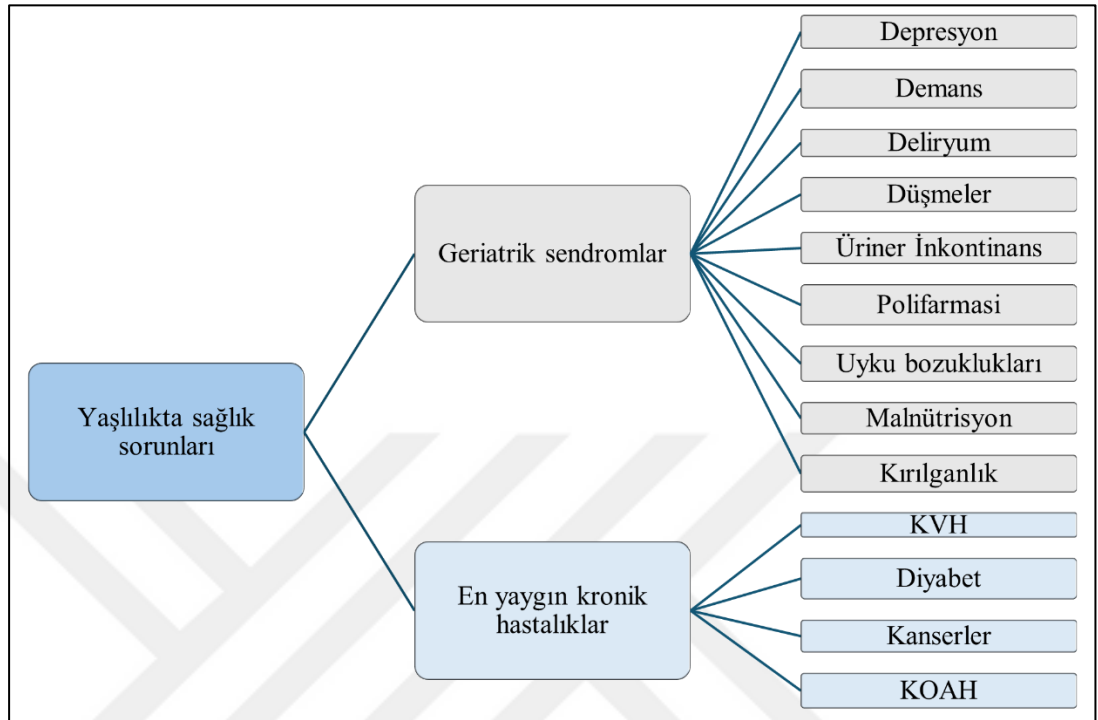
gibi sırasıyla akciğer, kolon, prostat, meme ve mide kanserleri olarak bilinmektedir (46). Yaşlılıkta kanser tedavisi birçok biyolojik mekanizmanın devreye girmesiyle oldukça zor bir prosedürdür. Yaşla değişen ilaç toleransı ve kişinin kanser dışında başka kronik hastalıklara da sahip olma durumu tedavi sürecini komplike hale getirerek mortalite riskini arttırmaktadır. Dolayısıyla yaşlı nüfusta kanserler ciddi bir sağlık sorunudur (45).

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), Dünya'daki ölüm nedenleri açısından dördüncü sırada yer almaktadır (48). Yaşlı nüfus değerlendirildiğinde ise 70 yaşın üzerinde olan bireylerin neredeyse 4'te 1'inin KOAH'dan etkilendiği düşünülmektedir. Bilinen risk faktörleri arasında hava kirliliği, sigara kullanımı ve zararlı kimyasal maddelerin solunması yer almaktadır (49). Hastalık, bahsedilen risk faktörlerine uzun süre maruz kalındıktan sonra ortaya çıktığından hastalar genellikle ileri yaştadır. Buna ilaveten yaşlanma ile gerileyen immün fonksiyonlar, kronik inflamasyon ve solunum yollarının zayıflaması yaşlı bireyleri KOAH gibi solunum yolu hastalıklarına yatkın hale getirmektedir. Dolayısıyla yaşlanma, KOAH için bir risk faktörü olarak düşünülebilir (50, 51). Yüksek mortalite ve morbidite riskine rağmen birçok KOAH hastasının teşhis edilemediği veya yanlış tanı aldığı tahmin edilmektedir. İlerleyen yıllarda artan yaşlı nüfusun bir sonucu olarak hasta sayısının da katlanarak artması beklenmektedir (52).

Türkiye'de kronik hastalıklardan etkilenen yaşlı nüfus incelendiğinde, 65 yaş üstü kişilerin %78,7'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu görülmektedir (53). Yine aynı yaş grubunda ölüm nedenleri araştırıldığında; ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları, onu takiben solunum sistemi hastalıkları ve üçüncü sırada ise kanserler almaktadır (34).

Kronik hastalık durumu kişinin hayat kalitesini ve günlük aktivitelerini kısıtlayabilen önemli bir sağlık durumudur. Özellikle yaşlılık döneminde bireyin birden fazla kronik hastalığa sahip olması oldukça yaygın bir durumdur. İki veya daha fazla kronik hastalığın aynı kişide aynı anda var olması multimorbidite olarak tanımlanır. Multimorbidite, son 20 yılda görülme sıklığı artmış olan ve yaşlı nüfusun yarısını etkilediği bilinen bir halk sağlığı sorunudur (54). Dünya'daki yaşlı nüfusun

artışına paralel olarak, multimorbidite prevalansının da 2030 yılına kadar her yıl %1'lik bir artış hızı ile yükselmesi beklenmektedir (55).



Şekil 2.3 Yaşlılık döneminde sağlık sorunları.

Kronik hastalıklar haricinde yaşlılıkta görülen, atipik semptomlarla seyreden ve hastalık tanımı ile tam olarak açıklanamayan durumlar geriatrik sendrom olarak sınıflanmaktadır. Birçok sistemin veya fonksiyonun değişmesi ile ortaya çıkan, etiyolojisi karmaşık ve tedavisi zor olan sağlık sorunlarıdır. En yaygın olarak görülen geriatrik sendromlar depresyon, demans, deliryum, düşmeler, üriner inkontinans, polifarmasi, uyku bozuklukları, malnütrisyon ve kırılganlıktır (56, 57).

Depresyon, yaşlı bireylerde görülen en yaygın sağlık sorunlarından bir tanesidir. Daha önce bahsedildiği üzere yaşlanma yalnızca fizyolojik gerileme ile karakterize olan basit bir süreç değildir. Depresyondan bahsedilirken yaşlanmanın psikolojik ve sosyal boyutu mutlaka ele alınmalıdır. Sosyal çevre ile etkileşimin azalması, yalnızlaşma, tek başına yaşama ve aile fertlerinin kaybı gibi durumlar yaşlı bireyleri mental sağlık açısından riskli hale getirmektedir. Ayrıca kronik hastalık durumu sebebiyle hayat kalitesinin düşmesi, günlük aktivitelerin sınırlandırılması ve bağımsızlığın kısıtlanması olumsuz psikolojik çıktılara neden olmaktadır (58). Yaşlılık döneminde

depresyon görülme sıklığının %28,4 ile %35,1 arasında değiştiği bilinmektedir. Buna ek olarak vakaların neredeyse yarısının tanı almadığı, dolayısıyla prevalansın gerçekte çok daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (59-61). Yaşlılıkta depresyon gibi mental sağlık problemlerinin demans ve mortalite riskini arttırdığı bilinen bir gerçektir. Bu sebepten ötürü depresyon kişilerin nitelikli yaşam yıllarını sınırlayabilen önemli bir sağlık sorunudur (62).

Demans, günümüzde 55 milyon kişiyi etkileyen ve her yıl 10 milyon yeni vakanın tanı aldığı ciddi bir hastalıktır. Demans aslında beyin ile ilgili birçok sağlık sorununu kapsayan geniş bir kavramdır, fakat toplam vakaların %60-70'inin Alzheimer hastası olduğu bilinmektedir (63). Yaşlı popülasyonu derinden etkileyen bu sağlık durumu çoğunlukla yaşlılığın doğal bir sonucu olarak algılansa da bu doğru bir yaklaşım değildir. Demans, önlenabilir ve geciktirilebilir bir hastalıktır. Buna rağmen sağlık kuruluşlarında demans teşhisi alan kişi sayısı düşüktür ve vakaların %75'inin resmi tanı almadan yaşamlarını sürdürdükleri tahmin edilmektedir (64). Demans yalnızca bireyin kendisini değil, ona bakım veren kişilerin hayat kalitesini de etkilemektedir. Kadınların demanstan daha fazla etkilendiği, mortalite ve morbidite risklerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (63). Çeyrek asır sonra vaka sayısının 152,8 milyona ulaşması beklenmektedir (65).

Delirium, ani ve anormal dikkat eksikliği ve bilinçte bulanıklık ile karakterize bir sendromdur. Hastane yatışı esnasında 65 yaş ve üzeri bireyleri en çok etkileyen akut sağlık olayıdır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, yaşlılık ve demans hastası olmak en önemli risk faktörleri olarak saptanmıştır. Delirium, akut bir olay olsa da bazı hastalarda kalıcı işlevsel ve bilişsel hasara sebep olabilmektedir. Bu durum, yaşam kalitesini kalıcı olarak düşürmektedir, dolayısıyla hastaneye yatış süresince gerekli tıbbi önlemlerin alınması önemlidir (66, 67).

Yaşlılıkta kronik hastalık sıklığının artması ve multimorbiditenin bir sonucu olarak polifarmasi riski artmaktadır. Polifarmasi, bir kişinin düzeli olarak kullandığı günlük ilaç sayısının beşin üzerinde olmasıdır (68). Günlük kullanılan ilaç sayısının beşin üzerine çıkması, ilaç yan etkilerinin görülme ihtimalini ve aynı zamanda ilaç-ilac etkileşimi riskini arttırmaktadır. Ayrıca, çok sayıda ilaç kullanan bireylerin tedaviyi aksatma olasılıkları da daha yüksektir. Polifarmasi aynı zamanda fonksiyonel

kapasitede azalma, kognitif gerileme, düşme, kırılabilirlik ve mortalite riski ile de ilişkili bulunmuştur. Polifarmasi terimi yalnızca ilaç sayısını tanımlarken, gereksiz polifarmasi kavramı hem ilaç sayısına hem de gereksiz kullanılan ilaçlara atıfta bulunmaktadır. Gereksiz polifarmasi, ilaç kullanımının şart olmadığı durumlarda reçete edilen ve sonuçta kişinin çok sayıda ilaç kullanmasına neden olan durumu tanımlamaktadır. Bu durum, yaşlı bireylerin acile başvurma ve hastaneye yatma sıklıklarını arttırmaktadır (69). Amerika’da yaşlı bireylerin ilaç yan etkileri sebebiyle acile başvurma sıklığı %5-28 arasında değişmektedir. Gereksiz kullanımından dolayı yan etkilere sebep olan en yaygın ilaç türleri sırasıyla; kalp ilaçları, antikoagülanlar, antidiyabetik ilaçlar, diüretikler ve nonsteroid antienflamatuvar ilaçlardır. Yaşlılıkta ilaç metabolizması değiştiğinden, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilac etkileşimleri böbrek yetmezliğine kadar ulaşan ağır tablolara sebep olabilir (68). Dünya’da polifarmasi prevalansı %37 olarak raporlanırken, yaşlı bireylerde bu sıklık %45’lere ulaşmaktadır (70). Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda 65 yaş ve üzeri bireylerde polifarmasi sıklığı aile sağlığı merkezlerine başvuranlarda %38 (71) ve %49,1 (72), hastane yatışı olanlarda ise %80,2 olarak saptanmıştır (73).

Polifarmasinin ve demansın da ilişkili olduğu, yaşlılık döneminde sıkça rastlanılan diğer bir geriatrik sendrom uyku bozukluklarıdır. Yaşla birlikte uyku alışkanlıklarının değişmesi toplumda sıkça rastlanan bir durumdur. Bunun en temel sebeplerinden bir tanesi fizyolojik yollarda ve sirkadiyen ritimde meydana gelen değişimlerdir. Beynin uyku sinyalizasyonlarında değişimler olur; yaşlı bireyler genç nüfusa kıyasla daha erken saatlerde uymayı tercih eder ve daha erken saatlerde uyanır. Ayrıca, yaşlılıkta derin uyku süresi kısalmış; sonuç olarak uyku sıklıkla bölünebilir ve uykuya geri dalmak uzun sürebilir. Vücutta meydana gelen bu değişimler haricinde, Alzheimer gibi bazı kronik hastalıkların varlığı uyku bozukluklarını tetikleyebilmektedir. Kronik kronik hastalık durumu ile bağlantılı olarak fazla sayıda ilaç kullanımı (polifarmasi) potansiyel yan etkilerinden dolayı uykusuzluğa veya aşırı uykuya sebep olabilmektedir (74). Uyku bozukluklarına sebep olan ve yaşlılıkta sıkça rastlanan bir diğer faktör noktürnidir. Gece sık idrara çıkma uykunu bölünmesine ve uyku kalitesinin düşmesine sebep olan bir sorundur. Gece boyunca iki veya daha fazla kez tuvalete gitmek klinik olarak önemli bir tablodur (75). Sebebi ne olursa olsun kalitesiz, yetersiz veya aşırı

uyku her yaşta sağlık risklerini arttıran ve istenmeyen bir durumdur. Literatürde 65 yaş ve üzeri bireyler için önerilen uyku süresi 7-8 saattir (76).

Yaşlı bireylerin hayat kalitesini etkileyen bir diğer geriatrik sendrom üriner inkontinanstır. İleri yaşta tüm organ fonksiyonlarında olduğu gibi mesane ve idrar yollarının işlevlerinde de gerileme meydana gelir. Sonuç olarak idrar çıkışını kontrol etmekte zorluklar yaşanabilir. Üriner inkontinans, çoğunlukla kadınlarda ve prostat ile ilgili rahatsızlığı olan erkeklerde görülmektedir. Ayrıca, hafıza faktöründen ötürü Alzheimer hastaları için ciddi bir sorun haline gelebilmektedir (77).

Düşmeler, mortalite ve morbidite açısından oldukça riskli olaylardır. Düşme riski zaman içerisinde yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır. Gittikçe azalan fonksiyonel ve bilişsel kapasite, yürüme ve denge sistemlerinin gerilemesine ve düşmelerin artmasına sebep olmaktadır (78). Amerika’da düşme nedeniyle acile başvuran kişi sayısı yıllık ortalama 3 milyondur. Düşme nedeniyle hastaneye yatışı gerçekleştirilen hasta sayısının 1 milyon olduğu raporlanmıştır. Düşmeler en iyi senaryoda akut olarak kişinin hareketlerini ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlayabilir. Fakat ciddi fiziksel hasara hatta mortaliteye sebep olma ihtimali göz ardı edilmemelidir (79).

Kırılgnalık, yaşa bağlı strese dayanıklılığın azalması olarak tanımlanan bir geriatrik sendromdur. Kırılgn yaşlının dayanıklılığı ve gücü azalmış, immün fonksiyonları gerilemiş ve fizyolojik işlevleri azalmıştır. Ayrıca bu kişiler akut enfeksiyonlar veya tıbbi girişimler gibi stres faktörlerine karşı oldukça savunmasız haldedirler (80, 81). Kırılgnlığın tek bir sebebi olmasa da literatürde tanımlanan bazı risk faktörleri mevcuttur, bunlar; malnütrisyon, sigara ve alkol kullanımı, yalnız yaşamak, yetersiz fiziksel aktivite ve polifarmasidir (82). Dünya’da 60 yaş ve üzeri bireylerde kırılgnlık prevalansı %16-51 arasında değişmektedir (83). Türkiye’de 2015’te yapılan FrailTurk projesinde prevalans %39,2 olarak saptanmıştır (84). Kırılgn bireylerde sıklıkla rastlanan klinik bulgular istemsiz ağırlık kaybı, fiziksel hareketliliğın azalması, kas gücünün azalması ve buna bağlı olarak bozulan denge ve yürüme fonksiyonlarıdır. Kırılgnlığın önlenmesi için kronik hastalıkların tıbbi takibi ve yönetimi, aynı zamanda sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi önemlidir (85).

Literatürde bazen geriatrik sendrom olarak sınıflanan, bazı kaynaklara göre ise hastalık olarak kabul edilen bir sağlık sorunu sarkopenidir. Sarkopeni, yaşla birlikte meydana gelen kas kütlesi kaybı, kas gücü kaybı ve kas fonksiyonlarında azalma olarak tanımlanır (86). Yaşlı bireyler için ciddi bir sağlık sorunu olan sarkopeni, düşme ve düşmeye bağlı yaralanma riskini ve hastaneye yatış riskini arttırmaktadır. Literatürde yaşlılıkta sarkopeni prevalansının %5-50 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Bu kadar değişken olmasının sebebi ise sarkopeni riskinin kişinin yaşı, cinsiyeti ve hastalık durumundan etkilenmesidir. Bilinen risk faktörleri arasında yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz beslenme ve oksidatif stres yer almaktadır. Sarkopeninin önlenmesine yönelik bilimsel olarak kanıtlanmış sağlık davranışları sağlıklı beslenme ve yeterli fiziksel aktivitedir (87).

2.4.2 Riskler

Yaşlılık döneminde değişen fizyolojik parametreler bazı sağlık sorunlarına ve yaşlanma ile ilgili sendromlara yol açabilmektedir. Fakat fiziksel değişimler ve hastalık durumu dışında sağlığı etkileyen sosyal, çevresel ve psikolojik değişimler de meydana gelmektedir. Bahsedildiği üzere sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Dolayısıyla hayatın bu diliminde sağlık durumunu değerlendirirken kişinin sosyal çevresini ve ruhsal durumunu ele almak önemlidir. Sosyal ve psikolojik faktörler sağlığı büyük derecede etkileyebilecek önemli risk faktörleridir.

Yaşlılıkta karşılaşılan en yaygın durumlardan bir tanesi yaş temelli ayrımcılıklardır. Aslında yaş temelli ayrımcılık tüm bireyler için geçerli olan ve her yaştaki kişileri etkileyebilen bir ayrımcılık türüdür. İnsanların birbirleri hakkında nasıl düşündüğü, hissettiği ve davrandığı karşıdaki kişinin yaşına göre değişebildiğini ifade etmektedir. Farklı kültürlerde ve toplumlarda bir işi yapmak için ‘ideal’ yaş farklı olabilmektedir. İnsanları yaşına göre değerlendirerek belirli kalıplar içerisine yerleştirmek yaş ayrımcılığının temelidir. Bu olay sadece kişiler arasında gerçekleşmez, birey kendisi hakkında ayrımcı düşünebilir veya bir kurum tarafından ayrımcılığa maruz kalabilir. Türü ne olursa olsun ayrımcılığın özellikle yaşlı bireylerin sağlığının olumsuz etkilediği ve mortaliteyi arttırdığı kanıtlanmıştır. Özellikle kişinin kendisi hakkındaki düşünce ve inançlarının sağlığı etkileyen en önemli ayrımcılık türü

olarak saptanmıştır. Örneğin yaşlı bir kişinin yaşı itibariyle yeni şeyler öğrenmeye ve sosyal aktivitelere katılmaya uygun olmadığını düşünmesi kişinin kendi kendine uyguladığı bir yaş ayrımcılığıdır. Ayrımcılığın herhangi bir formu sosyal izolasyona, yalnızlığa ve korkuya sebep olabilmektedir. Dünya’da her iki kişiden birinin yaşlı bireylere karşı ayrımcılıkta bulunduğu bilinmektedir. Yaş temelli ayrımcılığın düşünce ve hislerin ötesine geçerek davranışlara yansması sonucu yaşlılara karşı şiddet ve istismar olayları meydana gelmektedir (88, 89).

Şiddet kendini birçok formda gösterebilir. Fiziksel, mental, psikolojik, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet, ihmal ve istismar yaşlı bireylerin karşı karşıya kaldığı önemli halk sağlığı sorunlarıdır. Dünya’da 60 yaş ve üzerinde olan her 6 kişiden 1’i şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmaktadır. Şiddet sıklığının özellikle yaşlı bakım evlerinde ve huzurevlerinde daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca, fiziksel engellilik veya yatağa bağımlılık durumu olan yaşlıların şiddete maruz kalma riski daha yüksektir. Yaşlılara yönelik fiziksel şiddet ciddi fiziksel hasarlara sebep olduğu gibi, derin psikolojik ve ruhsal hasara da neden olmaktadır. Ne yazık ki yaşlı bireylere karşı şiddetin gelecekte artması ve 2050 yılında 320 milyon kişinin bu durumdan etkilenmesi ön görülmektedir (90, 91).

Sosyal izolasyon ve yalnızlık, tüm Dünya’da çok sayıda yaşlı bireyi etkileyen yaygın bir durumdur. Çok merkezli çalışmaların sonucuna göre her 3 yaşlıdan 1’inin yalnızlık yaşadığı tahmin edilmektedir (92). Türkiye’de yaşlı nüfusun 4’te 1’inin evde tek başına yaşadığı bilinmektedir (34). Yaşlılıkta sosyal hayatı olumsuz etkileyebilecek birçok etmen aynı anda ortaya çıkmaktadır; aile fertlerinin hayattan ayrılması, arkadaş çevresinin daralması ve emeklilik durumu sosyal aktivitelerin azalması ile sonuçlanır (92). Çalışmalar sosyal izolasyonun obezite ve tütün kullanımı gibi sağlık etkileri kanıtlanan risk faktörleriyle aynı derecede önemli olduğunu ve mortalite riskini artırdığını göstermektedir. Ayrıca, bu bireylerde bilişsel gerileme ve demans daha yaygındır. Sosyal izolasyon yaşlılıkta hayat kalitesini düşüren ve ölüm riskini arttıran büyük bir sorundur (93, 94).

2.5. Sağlıklı Yaşlanma Kavramı

Yaşlanma ve yaşlı sağlığı konusu literatürde her zaman bugünkü bakış açısı ile açıklanmamıştır. 1960'lı yıllara kadar yaşlılık dönemi 'ölüme hazırlık' olarak algılanmaktaydı. Yaşlı bireyler sağlık konusunda müdahale gerektirmeyen pasif bir grup olarak değerlendirilmiştir. Geçmişte 'başarılı yaşlanma' bireyin günlük aktivitelerden soyutlanarak kendisini ölüme hazırlaması olarak algılanmaktaydı. Yaşlılık ile ilgili pozitif yaklaşımlar ilk kez 1960 yıllarında hayat bulmuştur. Havighurst tarafından 1961 yılında tanımlanan başarılı yaşlanma, literatürde ilk defa yaşlanma sürecini 'ölüme hazırlık' algısından uzaklaştırıp olumlu bir yöne çekmiştir. Yıllar içerisinde gelişen literatür sonucu günümüzde DSÖ tarafından benimsenen ve amaçlanan bakış açısı ise sağlıklı yaşlanmadır (95).

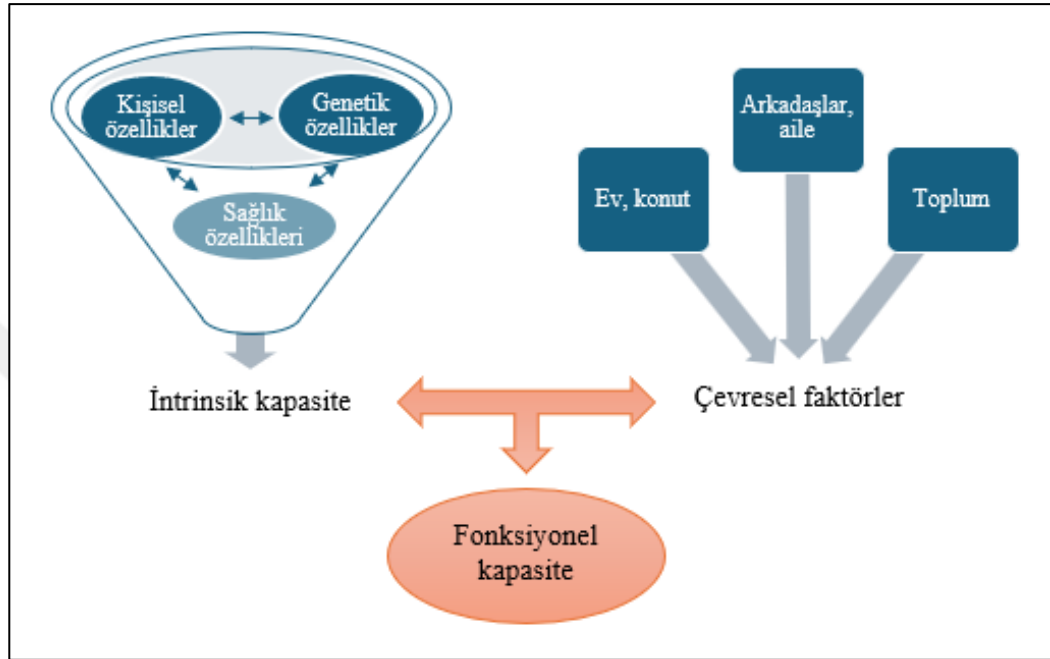
2.5.1 Tanımlar

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlıklı yaşlanma, yaşlılıkta iyi olma halini sağlayan fonksiyonel becerilerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi sürecidir (28). Tanımda bahsedilen fonksiyonel beceriler, kişilere yapmak istedikleri şeyleri gerçekleştirmek ve olmak istedikleri kişi olmak için sahip oldukları yeteneklerdir. Sağlıklı yaşlanma kavramına göre kişiler kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmeli, yeni şeyler öğrenerek gelişmeli ve karar verebilmeli, fiziksel hareket özgürlüğüne sahip olmalı, insanlarla yeni ilişkiler kurabilmeli ve sürdürebilmeli ve topluma katkı sağlamalıdır. Bu fonksiyonel beceriler esasında kişilerin intrinsik kapasitesi ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır.

- İntrinsik, yani içsel kapasite, kişinin fiziksel ve mental kapasitesini içerir. Genetik özellikler, sağlık özellikleri ve kişisel özellikler içsel kapasitenin oluşumunda yapı taşlarıdır. Kişisel özelliklerde değiştirilemeyen (yaş, cinsiyet, ırk gibi) faktörler olduğu gibi değiştirilebilen özellikler de vardır (meslek, ekonomik durum, öğrenim durumu vb.). Değiştirilebilir özellikler sosyal statüyü etkilediğinden, kişinin karşılaşılabileceği engelleri ve kolaylıkları belirleyebilir.
- Çevresel faktörler, kişinin doğup büyüdüğü ve yaşadığı evi, çalışma ortamı, içerisinde bulunduğu topluluklar ve ait olduğu toplumdur. İnsan ilişkileri,

tutumlar ve değerler, sağlık ve sosyal politikalar, politikaları destekleyen sistem ve verilen hizmetler de dahil olmak üzere hepsi birer çevresel faktördür

Fonksiyonel kapasite, çevresel faktörlerin ve her bireyin bu faktörler ile hayat boyu etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır, bu yüzden her birey için farklıdır.



Şekil 2.4 Yaşlılıkta fonksiyonel kapasite (96).

Sağlıklı yaşlanma ile ilgili DSÖ'nün vurguladığı önemli bir nokta da yaşlı popülasyondaki çeşitliliştir. Her yaşlı birey aynı değildir; fiziksel ve mental kapasite kişiden kişiye yaşadıkları ortamlara göre değişir. Bu çeşitliliği göz önünde bulundurmanın kişilerin sağlığını geliştirmek için önemli olduğu vurgulanmaktadır. Diğer bir önemli nokta ise toplumdaki eşitsizlikler ve bunun sağlığa olan etkisidir. Yaşlılık döneminde görülen çeşitliliğin büyük bir bölümü toplumdaki eşitsizlikler sonucu ortaya çıkmaktadır. Kişinin doğduğu ev, benimsenen kültür ve eğitim seviyesi gibi faktörler çevre ile olan etkileşimlerini doğrudan etkilemektedir. Sonuç olarak yıllar içerisinde bireylerin fonksiyonel becerileri şekillenmektedir (96).

Sağlıklı yaşlanmanın amacı yıllara yaşam katmaktır. Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte, sağlıklı geçirilen yaşam yıllarının önemi artmıştır. Günümüzde insanlar daha uzun yaşıyor olsa da geçirilen bu yılların niteliği her yaşta aynı değildir (88). Yıllara yaşam katmak bakış açısı ile ilişkili olan önemli bir ölçüt

sağlıklı yaşam yılları beklentisidir (HALE). HALE, bir kişinin sağlıklı bir şekilde, hastalık ya da engellilik olmadan yaşaması beklenen süreyi ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre doğumda yaşam beklentisi 2000-2019 yılları arasında 66,8 yıldan 73,1 yıla kadar yükselmiştir. Erkekler için bu değişim 64,4'ten 70,6 yıla, kadınlar için ise 69,2 yıldan 75,7 yılıdır. Bu artışa paralel olarak her iki cinsiyet için sağlıklı yaşam yılları beklentisi artmıştır. Erkekler için 57,0'dan 62,3 yıla, kadınlar için 59,3 yıldan 64,6 yıla yükselmiştir. Fakat 2019'da ortaya çıkan covid-19 pandemisinin etkisi ile bu rakamlarda sadece iki yıl içerisinde on yıllık bir gerileme kaydedilmiştir. Sonuç olarak 2021 yılında doğumda yaşam beklentisi 71,4 yıla, sağlıklı yaşam beklentisi ise 61,9 yıla gerilemiştir. Bu rakamlar cinsiyete göre bakıldığında erkekler için yaşam beklentisi 68,9 yıl, sağlıklı yaşam beklentisi ise 60,9; kadınlar için yaşam beklentisi 73,9, sağlıklı yaşam beklentisi 63 yıldır. Dolayısıyla erkekler yaşamlarının 8 yılını, kadınlar ise neredeyse 11 yılını sağlık sorunları veya engellilikle geçirdikleri anlamına gelmektedir (97). Türkiye'de de benzer şekilde doğuştan beklenen yaşam süresi ile sağlıklı geçirilen yaşam yılları arasında belirgin bir fark vardır. Erkekler yaşamlarının 10,7 yılını, kadınlar ise 15,3 yılını hastalık veya sakatlık ile geçirmektedir (98, 99). Sağlıklı yaşlanma yaklaşımı, doğuştan beklenen yaşam süresi ile sağlıklı geçirilen yıllarının arasındaki süre farkını en aza indirmeye çalışmaktadır. Bu amaca ulaşmak için yaşam kalitesini fiziksel, sosyal ve mental yönden geliştirecek öneriler sunulmuştur.

2.5.2 Ulusal ve Uluslararası Program ve Yaklaşımlar

Birleşmiş Milletler, yaşlı bireylerin sağlığını küresel sağlık ve kalkınma planlarına entegre ederek geçmişten bugüne uygulanan yaşlı sağlığı politikalarını oluşturmuştur (Şekil 2.5.2). Yaşlılık dönemi ve yaşlı sağlığı ile ilgili uluslararası program ve eylem planlarının temeli, 1982 yılında Birinci Dünya Yaşlanma Asamblesi ile atılmıştır. Bu toplantıda, yaşlıların sosyal ve ekonomik bağımsızlığını sağlamak ve ulusal kalkınmaya katkıda bulunmalarını sağlamak için bir eylem planının oluşturulması amaçlanmıştır. Sonuç olarak yaşlılara yönelik ilk kapsamlı belge olan Viyana Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı kabul edilmiştir. İçeriğinde 62 farklı öneri bulunan bu belgede; sağlık ve beslenme, yaşlı tüketicilerin korunması, konut ve çevre, aile, sosyal iyilik hali, gelir güvenliği ve istihdam alanlarına değinilmiştir. Ayrıca, ilk

yaşlanma planı olmasından dolayı veri toplama, veri analizi, eğitim ve öğretim, plan ve programların geliştirilmesi konularında yol haritası olmuştur (100). Ülkeler için yol gösterici olan bir diğer başlık 1991 yılında ortaya konulan Yaşlı Bireyler İçin Birleşmiş Milletler İlkeleri'dir. Öneriler beş temel alana dikkat çekmiştir, bunlar; bağımsızlık, topluma katılım, yaşlı bakımı, kendini gerçekleştirme ve yaşlı onurudur. Ülkelerin mümkün olduğunca bu ilkeleri ulusal programlarına dahil etmeleri teşvik edilmiştir (101). Birleşmiş Milletler Yaşlanma Bildirgesinin 1992 yılında yayınlanması, geçmiş yıllarda geliştirilen yaşlanma eylem planının ve ilkelerin ülkeler tarafından benimsenerek müdahale planlarına entegre edilmesi teşvik edilmiştir (102).

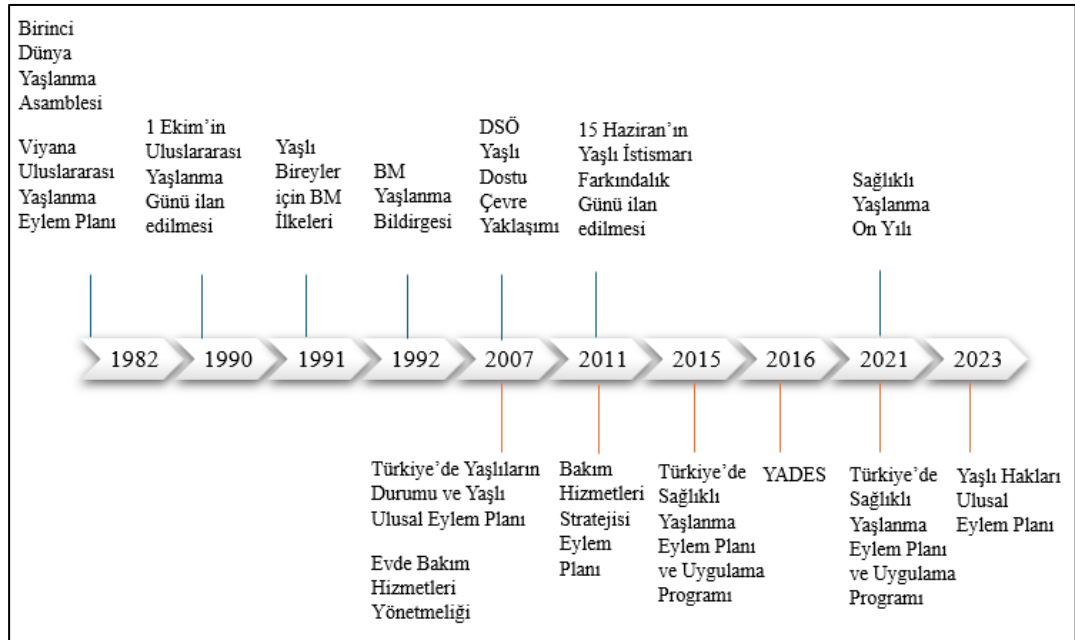
İkinci Dünya Yaşlanma Asamblesi, 2002 yılında gerçekleşmiştir ve 20 yıl önce organize edilen ilk asamblenin değerlendirilmesinin yapıldığı ve yaşlılara yönelik yeni önerilerin geliştirildiği bir toplantı olmuştur. Bu toplantı neticesinde 1982'de yayımlanan ilk yaşlanma eylem planı yapılan değişiklikler sonucunda yerini Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planına bırakmıştır (103). Bu eylem planında önceki önerilerin üzerine eklemeler yapılarak yaşlılıkla birlikte artan bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), uzun süreli bakım gereksinimleri ve sağlık eşitsizlikleri gibi konulara daha fazla vurgu yapılmıştır. Madrid Uluslararası Yaşlanma Eylem Planı ile birlikte, yaşlı dostu çevre yaklaşımı benimsenmiş ve yaşlı bireylerin bağımsız bir şekilde yaşayabilecekleri ve ihtiyaçlarını karşılayan kent ve toplum modellerinin teşvik edilmesi amaçlanmıştır (104).

Dünya Sağlık Örgütü 2007 yılında yaşlı dostu çevre yaklaşımını geliştirmiştir. Yaşlının hem sosyal hem de fiziki çevresini dikkate alan bu yaklaşım, 8 temel müdahale alanı belirlemiştir, bunlar; ulaşım, konut, dış mekanlar ve binalar, toplum desteği ve sağlık hizmetleri, iletişim ve bilgi, toplum katılımı ve çalışma, sosyal katılım, saygı ve sosyal dahil edilmedir. Buna ek olarak aynı yıl DSÖ, Yaşlı Dostu Şehirler ve Topluluklar Küresel Ağını (2007) oluşturarak, ülkelerin harekete geçmesini teşvik etmiştir (105).

Yaşlılık konusundaki farkındalığı artırmak için belirli günler küresel takvime dahil edilmiştir. Bunlardan biri, 14 Aralık 1990 tarihinde Birleşmiş Milletler tarafından Uluslararası Yaşlılar Günü olarak ilan edilen 1 Ekim tarihidir. Her yıl 1 Ekim'de yaşlılıkta ilgili o yılın gündemine uygun bir konu belirlenmekte (7). Örneğin 2024

yılında ‘insan onuruna yaraşır yaşlanmak’ konusu ele alınmıştır (106). Yaşlı sağlığı ile ilgili bir diğer önemli tarih olan 15 Haziran, Dünya Yaşlı İstismarı Farkındalık Günü olarak belirlenmiştir. Bu özel gün ilk olarak 2006 yılında Uluslararası Yaşlı İstismarını Önleme Ağı tarafından belirlenmiştir ve 2011 yılında resmi olarak Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilmiştir. Yaşlı istismarı gittikçe daha fazla önem kazanan ve güncel politikaların dikkat çektiği önemli bir başlık haline gelmiştir. ‘Acil ve afet durumlarında yaşlılar’ 2024 yılının 15 Haziran teması olarak belirlenmiş ve bu başlığa dikkat çekilmiştir (7, 107).

Yaşlı sağlığına ilişkin günümüzde benimsenen yaklaşım Sağlıklı Yaşlanma On Yılı (2021-2030) hareketidir. Bu on yıl, yaşlı bireylerin sağlıklı ve bağımsız bir yaşam sürmelerini desteklemek için ülkeler arası iş birliği, araştırma ve inovasyonun teşvik edilmesi gereken bir dönem olarak belirlenmiştir. Programın eylem alanları olarak belirlediği dört ana başlık vardır; bunlar yaş ayrımcılığı ile mücadele, yaşlı dostu çevre, yaşlılar için entegre bakım hizmetleri ve uzun süreli bakımın entegre sürekliliğidir (5). Bu yaklaşım Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile uyumlu olarak (Amaç 3 ‘Sağlıklı ve Kaliteli Yaşam’ ve Amaç 10 ‘Eşitsizliklerin Azaltılması’), yaşlı bireyin yaşam kalitesinin ve refahının artırılmasını hedeflemektedir (108).



Şekil 2.5 Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı sağlığına yönelik uygulanan stratejiler.

Türkiye’de yaşlı sağlığına yönelik ilk eylem planı 2007 yılına dayanmaktadır. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlı Ulusal Eylem Planı, yaşlı bireylerin sosyal, ekonomik ve sağlık alanlarındaki durumunu dikkate alarak, yaşlı bireylerin topluma aktif katılımı ve yaşlılara yönelik sağlık hizmetleri konularında hedefler belirlenmiştir (109). Aynı yıl yürürlüğe giren Evde Bakım Hizmetleri Yönetmeliği, yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılamak için evde bakım hizmetlerinin verilmesini resmileştirmiş ve teşvik etmiştir (110). Yaşlılara yönelik bakım hizmetleri ile ilgili 2011 yılında Bakım Hizmetleri Stratejisi Eylem Planı (2011-2013) adı altında yeni bir çerçeve oluşturulmuştur. Bu eylem planında yaşlı bireylerin uzun dönemli bakım gereksinimlerini ele alarak, kurumsal bakım, evde bakım ve toplum temelli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir (111). Sağlıklı yaşlanmaya daha kapsamlı bir yaklaşım sunan Türkiye’de Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015 yılında geliştirilmiştir ve 2020 yılına kadar sürdürülmüştür. Bu eylem planında yaşlı bireylerin sağlıklı ve aktif yaşlanmasını teşvik eden sağlık hizmetleri, kronik hastalık yönetimi, beslenme ve fiziksel aktivite gibi alanlarda stratejik hedefler belirlenmiştir (112). Eylem planına paralel olarak 2016 yılında yaşlı bakım hizmetlerini konu alan Yaşlı Destek Programı (YADES) uygulanmaya başlanmıştır. Bu girişimin amacı ise yerel dinamikleri harekete geçirerek belediyelerin yaşlı bireylere yönelik sunulan hizmetleri desteklemesi ve geliştirmesini sağlamaktır. YADES günümüzde hala devam eden bir politikadır (113).

Ülkemizde yaşlı sağlığı ile ilgili hala yürürlükte olan en güncel yaklaşım, 2021-2026 Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programıdır. Bu belgede DSÖ’nün sağlıklı yaşlanma kavramına uygun şekilde yaşlılıkla ilgili birçok alana yönelik öneriler ve hedefler bulunmaktadır. Sağlıklı yaşlanmadan bahsedilirken yaşam boyu sağlığın geliştirilmesinin önemi vurgulanmıştır ve buna yönelik kronik hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi konusunda aksiyon alanlarından bahsedilmektedir. Eylem planında yaşlı bireylerde kronik hastalık yönetimi ve sağlık hizmetlerinin niteliği ve kapsayıcılığına yönelik belirlenen müdahaleler yer almaktadır. Ayrıca, yaşlıların bilişsel sağlığını desteklemek amacıyla Alzheimer ve diğer demans hastalıklarıyla mücadeleye yönelik özel politikaların geliştirilmesi, erken teşhis ve uzun dönemli bakım hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Yaşlı bireylerin topluma katılımını arttırmak için yaşlılara yönelik hassasiyetin ve

farkındalığın artırılması gerektiği belirtilmektedir. Eylem planının en önemli bileşenlerinden biri ise, yaşlı dostu çevreler ve şehirler oluşturma hedefidir. Çevre Dostu Şehirler yaklaşımı 2007 yılında ortaya çıkmış olsa da bu eylem planında 2026 yılına kadar Türkiye’de Yaşlı Dostu Şehirler Küresel Ağına dahil olan şehirlerin sayısının artırılması ve bu şehirlerdeki destek mekanizmalarının güçlendirilmesine yönelik çağrıda bulunmaktadır (114).

Son olarak, 2023 yılında sağlıklı yaşlanmaya insan hakları bakış açısıyla yaklaşan bir eylem planı geliştirilmiştir. Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı (2023-2025), yaşlı bireylerin haklarının korunmasını, yaş ayrımcılığıyla mücadeleyi ve yaşlıların topluma katılımının artırılmasını amaçlayan kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı ile ortak hedeflere sahip olmakla birlikte, yaşlı sağlığına yönelik hak temelli kapsayıcı ve sürdürülebilir bir vizyon ortaya koymaktadır (115).

2.6. Sağlıklı Yaşlanma için Davranışsal Önlemler

Sağlıklı yaşlanma, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyi oluşunu sürdürmesini sağlayan bütüncül bir süreçtir. Yaşlanma sürecini daha sağlıklı ve aktif bir şekilde geçirmek için sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi önem taşımaktadır. Yaşlılıkta sağlıklı yaşam davranışlarını ele alırken, öncelikle Dünya’da en yüksek mortalite ve morbiditeye sebep olan bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerini incelemek gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, bulaşıcı olmayan hastalıkların sıklığını arttıran risk faktörleri üç ana grupta değerlendirilir, bunlar; değiştirilebilir davranışsal risk faktörleri, metabolik risk faktörleri ve çevresel risk faktörleridir (116). Bu risk faktörleri arasından mortalite ve morbiditeye en çok katkısı olanlar ise tütün kullanımı, alkollü içecek tüketimi, sağlıksız beslenme ve fiziksel inaktivite gibi davranışsal faktörlerdir. Dolayısıyla olumlu sağlık davranışlarını benimsemek nitelikli bir yaşam sürmek için oldukça önemlidir.

Tütünsüz Yaşam

Her yıl yaklaşık 8 milyon kişinin tütün kullanımından dolayı hayatını kaybettiği, bunların bir milyonundan fazlasının ise pasif içici olduğu bilinmektedir. Türkiye’de ise her yıl 100.000 kişi tütün kullanımı ile ilişkili durumlardan dolayı hayatını

kaybetmektedir (117). TÜİK verilerine göre ülkemizde tütün kullanma sıklığı 50 yaş ve üzeri bireyler için %21,6, 65 yaş ve üzeri bireyler için ise %11,3'tür. Tütün kullanımı konusunda cinsiyetler arası belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Türkiye'de 65 yaşın üzerinde tütün kullanan her beş kişiden birisi kadındır. Hayatında hiç tütün kullanmamış kadınlar toplam kadın nüfusunun %88'ini oluştururken, erkeklerde bu yüzde 37,6'dır (53). Sigara en sık kullanılan tütün ürünüdür ve kullanımı her yaşta ciddi sağlık çıktıları olan ve mortalite açısından oldukça riskli bir davranıştır. Yaşlı bireylerde yapılan çalışmalar sigara içen bireylerin kardiyovasküler hastalık, KOAH ve kanser riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (118). Ayrıca, yaşlılıkta sigara kullanımının bilişsel işlevleri olumsuz etkilediği, demans ve diğer nörodejeneratif hastalıkların gelişme riskini artırdığı bilinmektedir (119). Sigara içen yaşlı bireylerin solunum problemleri nedeniyle hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir (120). Sigarayı bırakmam her yaşta yaşam yıllarını uzattığı bilimsel bir gerçektir. Örneğin 65 yaşında sigarayı bırakan bir kişi ortalama 1,2 yıl, 75 yaşında sigarayı bırakan biri ise ortalama 7 aylık bir yaşam süresi kazanacaktır. Tütünsüz bir hayata ne kadar erken adım atılırsa, beklenen yaşam yılları o kadar uzamaktadır (121).

Alkol Kullanımının Önlenmesi

Alkollü içecekler birçok kültürün vazgeçilmez bir parçası olsa da içerdiği etanol bağımlılık yapıcı özelliği olan toksik, psikoaktif bir maddedir. Dünya'da her yıl 2,6 milyon kişi alkolün zararlı etkilerinden dolayı hayatını kaybetmektedir. Alkol kullanımının ve buna bağlı olarak gerçekleşen ölümlerin erkeklerde çok daha yüksek olduğu bilinmektedir (122). Yaşlı bireylerde alkol kullanımı, yaşa bağlı fizyolojik ve bilişsel gerilemeyi hızlandırarak var olan sağlık sorunlarının seyrini kötüleştirir. Alkol kullanan yaşlılarda kısa dönemde bilişsel bozulma, düşmeler, yaralanmalar ve ilaç etkileşimleri en sık görülen sağlık sorunlarıdır. Ayrıca, kronik alkol kullanımı sistematik inflamasyonu, oksidatif stresi ve DNA hasarını artırarak kanser, karaciğer hastalıkları, demans ve kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır (123, 124). Türkiye'de kişi başı alkol tüketimi diğer ülkelere kıyasla her yaşta oldukça düşüktür. Bu durum dini inanç, kültür ve sosyal baskıdan kaynaklanıyor olabilir (125). Buna rağmen miktardan bağımsız olarak alkol kullanımının sağlık riskleri taşıdığı

unutulmamalıdır. Alkol tüketiminin tüm yaşam boyu sınırlandırılması, sağlıklı yaşlanmayı destekleyen önemli bir strateji olarak kabul edilmektedir (122).

Fiziksel Aktivite

Dünya Sağlık Örgütü, fiziksel aktiviteyi ‘iskelet kasları tarafından üretilen ve enerji harcaması gerektiren herhangi bir bedensel hareket’ olarak tanımlamaktadır. Hem günlük yaşam aktiviteleri (örneğin ev işleri, temizlik yapmak, bahçe işleri, vb.) hem de her türlü egzersiz ve spor etkinliği (yürüyüş, yüzme, pilates vb.) buna dahildir. Düzenli fiziksel aktivite, yer yaşıta fiziksel ve mental sağlığı geliştirmektedir (126). Buna rağmen Dünya’da yetişkin bireylerin %31’i yetersiz harekete sahiptir ve her yıl 830 bin ölümün fiziksel inaktivite ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (127, 128). Yaşlılık döneminde fiziksel inaktivite sıkça rastlanan bir davranıştır. Özellikle 60 yaş ve üzeri olan bireylerde fiziksel inaktivitenin genç yetişkinlere göre çok daha yüksek olduğu bilinmektedir (129). Türkiye’de her gün veya hemen hemen her gün fiziksel aktivite, egzersiz veya spor yapan 65 yaş üstü kişilerin payı %18,3 olarak saptanmıştır. Yetişkin ve yaşlı bireyler için DSÖ tarafından önerilen fiziksel aktivite düzeyi haftada 150-300 dakika orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite veya haftada en az 75-150 dakika yüksek yoğunlukta aerobik fiziksel aktivitedir. Yaşlılık dönemi için bu önerilere ilaveten haftanın iki günü kas güçlendirici egzersizlerin yapılması, haftanın üç günü ise denge ve fonksiyonel kapasiteyi geliştirecek aktivitelere zaman ayrılması önerilmektedir (130). Yeterli fiziksel aktivitenin her yaşta olduğu gibi yaşlılık döneminde de sağlık üzerine olumlu etkileri vardır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar için önemli bir koruyucu faktör olduğu bilinmekle beraber; bireylerin zihinsel, duygusal ve sosyal iyilik halini de geliştirmektedir. Yaşlı bireyler için özellikle tavsiye edilen denge ve kuvvet egzersizleri, yaşla birlikte meydana gelen kas kütlesi kaybının önlenmesini amaçlamaktadır. Bu tür egzersizler kas gücünü ve denge fonksiyonlarını geliştirerek düşmelerin ve düşmeye bağlı sakatlanmaların önlenmesini sağlar (131).

Uyku

Yeterli ve kaliteli uyku sağlığı çok yönden etkileyen temel bir sağlık ihtiyacıdır. Yetersiz uykunun tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve obezite gibi kronik hastalık riskini arttırdığı bilinmektedir (132). Amerikan Ulusal Uyku Vakfı (National

Sleep Foundation) tarafından 65 yaş ve üzeri bireyler için önerilen uyku süresi 7-8 saat olarak belirlenmiştir. Bireysel farklılıklar göz önüne alındığında, 5-6 saat veya 9 saatlik uyku süresi 'kabul edilebilir' olarak değerlendirilirken, bu sürelerin altı veya üstü uygun görülmemektedir (76). Fakat uyku süresi kadar uyku kalitesi de önemlidir.

Uyku kalitesini ve süresini optimum seviyeye yükseltmek için uygulanan tekniklerin toplamına uyku hijyeni denir. Uyku hijyenine göre uyku kalitesini arttıracak müdahaleler dört ana başlık altında toplanmıştır, bunlar; gün içerisinde yapılması gerekenler, uykudan önce yapılması gerekenler, uyku düzeninin oluşturulması ve fiziki koşulların düzenlenmesidir (a) Gün içerisinde rutin haline getirilen bazı uygulamalar uyku kalitesini arttırabilir. Öncelikli gün içerisinde yeterli gün ışığına maruz kalmak ve fiziksel aktivitenin yeterli olması sirkadiyen ritmin düzenlenmesini sağlar ve akşam uykuya dalmak kolaylaştırır. Diğer yandan beyindeki uyarıcı etkilerinden dolayı kaçınılması gereken davranışlar tütün kullanımı, alkol kullanımı ve kafeinli içecek tüketimidir. Ek olarak akşam geç saatlerde sindirimi zor yiyeceklerin tüketimi önerilmemektedir. Son olarak, yatağın yalnızca uyku saati geldiğinde uyumak için kullanılması önerilmektedir. (b) Uyku öncesi rutini, beyin uyku vaktinin algılamasını kolaylaştırarak uykuya dalmayı kolaylaştırır. Uyku saatinden en az yarım saat önce evdeki ışıkları kısmak ve tüm elektronik cihazların kapatılması melatonin salgısını artırarak uykuya geçişi destekler. (c) Düzenli bir uyku rutini oluşturmak kaliteli bir uyku için önemlidir. Her gün aynı saatte uyanmak ve uykudan ödün vermemek biyolojik saatin düzenlenmesini sağlar. (d) Fiziki koşullar açısından, yatak ve yastıkların rahat olması, oda sıcaklığının uygun olması, odanın karanlık ve sessiz olması uykuya dalmayı kolaylaştıran faktörlerdir. Tüm bu öneriler düzenli bir uyku düzeninin korunmasında etkili olmaktadır.

Stres Yönetimi

Stres, hissedilen duygusal baskı ve bilişsel iritasyon olarak tanımlanabilir. Düşük seviyede stres verimliliği arttırabilen olumlu bir durum olarak görülse de, kronik olarak yaşanması sağlığı olumsuz etkilemektedir. Kontrol altına alınmadığı takdirde anksiyete ve depresyon gibi durumlara yol açabildiği gibi var olan kronik hastalıkların seyrini kötü yönde etkilemektedir. Ayrıca, bazı kişiler stresi yönetme çabası içerisinde madde kullanımı veya tütün kullanımı gibi zararlı davranışlara yönelebilmektedir

(133). Amerika’da 50-80 yaş arası bireyler ile yapılan bir çalışmada, kişilerin %28’inin son günlerde depresif veya umutsuz hissettiği, %44’ünün ise stresli hissettiği ortaya konulmuştur (134). Yaşlılık döneminde meydana gelen sosyal ve psikolojik değişiklikler yaşlı bireyleri birçok stres faktörü ile karşı karşıya bırakabilmektedir (135). Stres ile etkili başa çıkma yöntemleri herkes için farklı olabilir. Yapılan çalışmalar kişilerin farkındalığının stres yönetimini oldukça etkilediğini ortaya koymuştur. Burada farkındalık, kişinin kendinin ve yaşadığı durumun farkında olarak durumu kabul etmesi, gereksiz düşünce ve negatif duygulardan uzak durması anlamına gelmektedir (136). Diğer bir koruyucu önlem sosyal ilişkileri güçlü tutmak ve sosyal aktivitelere katılmaktır. Gün içerisinde çeşitli aktivitelerde bulunmak, bir hobi edinmek veya gönüllük çalışmalarına katılmak stresi azaltan ve psikolojik tatmin sağlayan davranışlardır (137, 138). Ayrıca, insan ilişkilerinin ötesinde, evcil hayvana sahip olmanın mutluluk hormonlarının salgısını arttırdığı ve sonuç olarak stresi azalttığı gösterilmiştir (139).

Sağlıklı Beslenme

Sağlıklı beslenme, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve genel sağlık durumunun iyileştirilmesi açısından kritik bir rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlıklı bir diyetin temel ilkeleri; enerji alımının enerji harcaması ile eşit olması, makro ve mikro besin öğelerinin yeterli alımı ve işlenmiş olan şeker, tuz, doymuş yağ ve trans yağ içeriği yüksek gıdaların sınırlandırılmasıdır (140). Sağlıksız beslenme ile ilişkili olan ölümlere bakıldığında, 2021 yılında gerçekleşen ölümlerin %10,6’sını oluşturduğu görülmektedir. Ölüm nedenleri arasında beslenmenin en çok etkili olduğu mortalite sebebi ise 3’te 1 oranla kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerdir (141). Yetişkin bireylerde diyetle mortaliteyi arttıran risk faktörleri sırasıyla yüksek sodyum tüketimi, düşük meyve, tam tahıl, sebze ve yağlı tohum tüketimi olarak saptanmıştır (142). Beslenme alışkanlıkları bireylerin metabolik göstergeleri ve kronik hastalık seyri üzerinde de etkilidir. Dolayısıyla sağlıksız beslenmenin mortaliteye olan katkısı incelenirken, metabolik risk faktörlerinden kaynaklanan ölümlerin beslenme ile de ilişkili olduğu unutulmamalıdır. Dünya’da mortaliteye olan katkısı ile ilk sırada yer alan risk faktörü yüksek kan basıncıdır; onu takip eden yüksek serum glukoz seviyesi, obezite ve yüksek kolesteroldür (143).

Beslenmenin sağlık üzerine olan etkisini anlamak için yalnızca ölüm oranların bakmak yeterli olmaz. Sağlıksız beslenmenin sebep olduğu hastalık yükünü değerlendirmek gerekmektedir. Hastalık yükü, sakatlığa ayarlanmış yaşam yılları (DALY) ölçütü ile ifade edilir. DALY, erken ölüm nedeniyle kaybedilen yaşam yılları ve hastalık veya sakatlık nedeniyle kaybedilen sağlıklı yaşam yıllarını birlikte değerlendirilen, süre ifade eden bir ölçüttür. Bir DALY, sağlık ile geçirilen bir yılın kaybını temsil eder (144). Yapılan bir ileri analiz çalışmasında, 16 Avrupa ülkesinde, kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve kolorektal kanserin hastalık yükü ile 12 besin grubunun ilişkisi incelenmiştir. Sonuç olarak, belirli besin gruplarının yetersiz veya aşırı tüketiminin, incelenen hastalıklara bağlı toplam DALY'lerin %45-59'u ile ilişkili olduğu gösterilmiş olup, en yüksek ilişki kardiyovasküler hastalıklarda saptanmıştır (%52-67). Bahsedilen 12 besin grubunun tüketim miktarlarının DALY'lere katkısı sırasıyla; düşük tam tahılların tüketimi (%10), düşük yağlı tohumların tüketimi (%7,1), yüksek işlenmiş etlerin tüketimi (%6,4), yetersiz meyve tüketimi (%4,4), yetersiz balık tüketimi (%4,2), yetersiz kurubaklagil tüketimi (%4,2) ve yüksek şekerli içecek tüketimi (%3,9) olarak belirlenmiştir. Bulgular, sağlıklı besin gruplarının yetersiz tüketiminin sağlıksız besin gruplarının aşırı tüketimine kıyasla daha büyük bir sağlık riski oluşturduğunu göstermektedir (145). Dolayısıyla optimal enerji alımı ve besin gruplarının yeterli tüketimi sağlık açısından son derece önemlidir.

2.7 Yaşlılıkta Beslenmenin Önemi

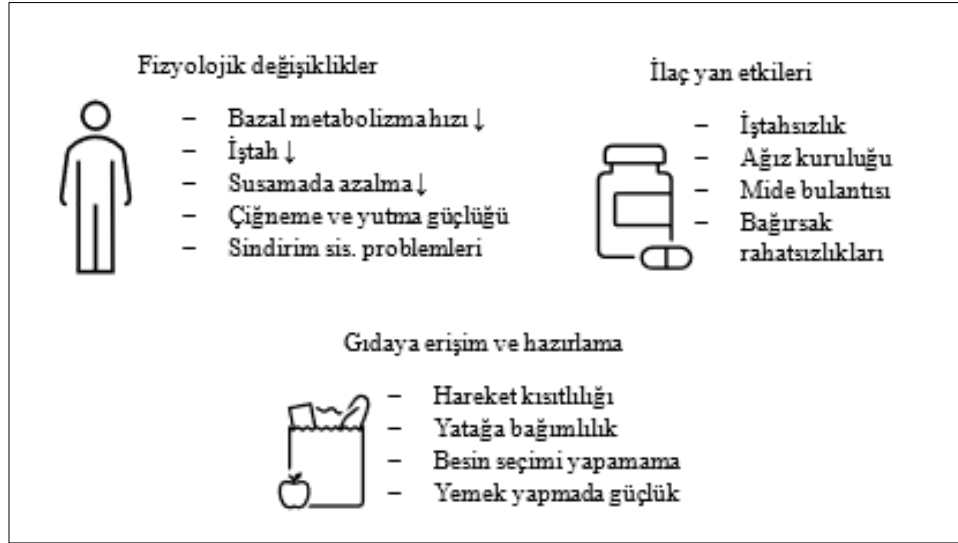
Sağlıklı beslenme, 'besleyici gıdalardan gelen besin öğeleri ve sağlığı geliştiren bileşenlerin yeterli ancak aşırıya kaçmadan alınması ve sağlığa zararlı maddelerin tüketiminden kaçınılması' olarak tanımlanır (146). Sağlıkla ilgili tüm başlıklarda olduğu gibi beslenme konusunda da yaşam boyu yaklaşım en doğru perspektiftir. Beslenmenin sağlık üzerindeki etkisi, anne karnında başlar ve yaşamın sonuna kadar devam eder. Gebelik sürecinde annenin yeterli ve dengeli beslenmesi, fetusun optimal gelişimi için hayati önem taşımaktadır. Doğum sonrası dönemde ise, ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesi, uygun zamanlamayla tamamlayıcı besinlere geçiş yapılması ve çocukluk çağı boyunca yeterli ve dengeli beslenme bireyin uzun vadeli sağlık durumu açısından temel yapı taşlarını oluşturmaktadır (140, 147). Birçok araştırma orta yaşta (40-60 yaş arası) sağlıklı bir yeme düzenine sahip olan yetişkinler

ile sağlıklı yaşlanma arasında güçlü bir korelasyon olduğunu göstermektedir (148). Orta yaştaki dönemde sağlıklı beslenme müdahaleleri sayesinde ileri yaşta görülmesi muhtemel bilişsel gerilemenin önüne geçilebileceği düşünülmektedir (149).

Sağlıklı beslenme hem hastalıkların önlenmesinde, hem de hastalık yönetiminde ve tedavisinde belirleyici bir faktördür (8). Yaşlılık döneminde sağlıklı bir diyet uygulayan bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu ve bu ilişkinin yalnızca fiziksel sağlık açısından değil, psikolojik ve sosyal iyilik yönünden de var olduğu saptanmıştır (150). Ayrıca, yaşlı bireylerde uygulanan bireysel beslenme tedavilerinin yaşam kalitesini belirgin şekilde iyileştirdiği gözlemlenmiştir (151).

2.7.1 Yaşlılıkta Beslenmeye Etki Eden Faktörler

Yaşlılık sürecinde, bireylerin beslenme davranışını ve besin alımını olumsuz yönde etkileyebilecek birçok fizyolojik değişiklik meydana gelmektedir. ‘Yaşlanma anoreksisi’ iştah kaybı ve düşük besin alımı ile karakterize bir sendromdur ve olumsuz sağlık sonuçları açısından bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bunun yanı sıra, çiğneme ve yutma güçlüğü gibi ağız sağlığı sorunları, besin çeşitliliğinin azalmasına ve yetersiz besin alımına neden olmaktadır. Sindirim sistemi problemleri, özellikle gastrik atrofi, kronik kabızlık ve malabsorbsiyon, besinlerin emilimini azaltarak birçok yetersizliğe sebep olabilmektedir. Bu duruma ek olarak var olan kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar iştahı baskılayıcı etki gösterebilmektedir. Ayrıca, ilaçların sıklıkla gösterdiği yan etkiler arasında ağız kuruluğu, mide bulantısı, halsizlik ve mide-bağırsak rahatsızlıkları besin alımının azalmasına sebep olabilmektedir. Besin alımı kadar önemli olan ve yaşlılıkta göz ardı edilen bir diğer başlık sıvı alımıdır. Yaşlılıkta susama hissi azalır ve su tüketimi genellikle istenilenin altındadır. Diüretik kullanımı ve idrar kaçırma korkusu dehidrasyon riskini daha az arttıran durumlardır (152, 153).



Şekil 2.6 Yaşlılıkta beslenmeyi etkileyen faktörler (152-154).

Fizyolojik değişiklikler haricinde, yaşlılığa özgü psikososyal ve çevresel etmenler besin alımını etkilemektedir. Yaşlılıkla birlikte azalan fonksiyonel kapasite, hareket kabiliyetinin azalmasına ve kişilerin bağımsızlıklarını yitirmesine sebep olabilir. Bu durum tek başına market alışverişi yapmayı ve yemek hazırlamayı zorlaştırarak sağlıklı gıdalara erişimi ve tüketimi güç hale getirmektedir. Diğer yandan emeklilik ile meydana gelebilen ekonomik sorunlar, özellikle sabit veya düşük gelire sahip bireylerde sağlıklı besinlere erişimi zorlaştırabilir. Fiyat kaygısı nedeniyle kişilerin düşük kaliteli ürünlere yönelmesi ve/veya belirli besin gruplarından yararlanamaması söz konusu olabilmektedir. Buna ek olarak kişinin yaşadığı ev ve sosyal çevresi de besin tercihlerini etkilemektedir. Yalnız yaşamak ve başkalarıyla yemek yeme fırsatlarının azalması gibi durumlar, yemek yapma motivasyonun kaybına ve tekrarlayan beslenme örüntüleri ile sonuçlanabilir. Tüm bu faktörlerin birleşimi, yaşlı bireylerde yetersiz beslenme ve buna bağlı sağlık sorunları riskini artırmaktadır (154).

2.7.2. Yaşlılıkta Beslenme Sorunları – Malnütrisyon

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre malnütrisyon, kişinin enerji ve/veya besin alımındaki eksiklikleri, fazlalıkları veya dengesizlikleri ifade eder. Yetersiz beslenme, aşırı beslenme (obezite dahil fazla kiloluluk) ve mikronütrient eksiklikleri malnütrisyonun üç farklı türü olarak bu kavrama dahildir (155). Literatürde özellikle

yaşlı sağlığı ile ilgili malnütrisyonun bahsedilirken genellikle yetersiz beslenme kavramı anlatılmaktadır.

Yaşlı yetişkinlerde yetersiz beslenme, sağlıklı yaşlanma sürecini olumsuz etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Literatürde, yetersiz beslenmenin bireyin genel sağlık durumu üzerinde ciddi sonuçlara yol açtığı ve mortalite riskini anlamlı düzeyde artırdığı gösterilmiştir (156, 157). Bu durumun yaygınlığı ise yaşlı bireyin yaşadığı ortama göre belirgin şekilde değişkenlik göstermektedir. Toplumda yaşayan yaşlı yetişkinlerde yetersiz beslenme prevalansı %1 ile %17 arasında değişirken, hastanelerde veya uzun süreli bakım kuruluşlarında bu sıklık %30 ile %50'ye kadar ulaşabilmektedir (157, 158). Yaşlılıkta görülen düşük besin alımı ve malabsorbsiyon makro ve mikro besin ögesi eksiklikleri için temel risk faktörleridir (159). Ayrıca, bazı hastalıklar vücudun enerji ihtiyacını artırarak, besin emilimini engelleyerek veya vücutta katabolik süreçleri hızlandırarak yetersiz beslenme tablosuna sebep olabilmektedir (160).

Yetersiz beslenmenin sonucu yalnızca ağırlık kaybı değildir. Yetersiz beslenme sonucu bağışıklık sistemi zayıflar ve vücut enfeksiyonlara yatkın hale gelir (159). Ayrıca, kas ve iskelet sisteminde yıkıcı etkiler görülmektedir. Yetersiz beslenme sarkopeni, yani kas kütlesi ve fonksiyonu kaybı ile doğrudan ilişkilidir. Kas kütlesi ve kas gücü azalması kişinin hareket kabiliyetinin azalmasına ve düşme, kırık ve yaralanma gibi olumsuz sağlık durumlarının daha sık meydana gelmesine sebep olmaktadır (160). Mikro besin öğelerinin eksikliği ve özellikle B vitaminleri, omega-3 yağ asitleri ve antioksidanların eksikliği, bilişsel gerilemeye ve nörodejeneratif hastalıklara yatkınlığı arttırmaktadır. Sonuç olarak yetersiz beslenme, tıbbi ve sosyal bakım hizmetlerine bağımlılığı arttıran ve sağlık hizmetleri maliyetlerini yükselten ciddi bir sağlık sorunudur (157).

Malnütrisyonun bir diğer formu olan obezite, yaşlılıkta sıklıkla sarkopenik obezite olarak kendini göstermektedir. Sarkopenik obezite, yaşlanma sürecinde kas kütlesi ve fonksiyon kaybı ile birlikte yağ dokusunun artmasıyla karakterize olan önemli bir sağlık sorunudur (161, 162). Güncel literatürde yaşlı bireylerde sarkopenik obezite prevalansı %11 olarak saptanmıştır, fakat Dünya'da artan obezite prevalansı göz önünde bulundurulduğunda bu sıklığın gelecekte artması beklenmektedir (163).

Sarkopenik obezitenin gelişiminde birçok mekanizma rol almaktadır. Bunların başında hormonal değişiklikler, yeteriz fiziksel aktivite, inflamasyon, oksidatif stres ve dengesiz beslenme gelir. Yaşla birlikte gelişen kas kaybı ve viseral yağ dokunun artması da sarkopenik obezitenin oluşuna katkı vermektedir (164). Sarkopenik obezite hem kas dokusunun düşük olması hem de yağ dokusunun optimalin üzerinde olması nedeniyle birçok hastalık ile ilişkilidir. Yetersiz beslenme sonucu görülen kas fonksiyonu kaybı sarkopenik obezite için de geçerlidir. Buna ek olarak artan viseral yağ dokusu tip 2 diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları riskini arttırmaktadır (162, 165).

Sarkopenik obezitenin yönetimi için erken tanı ve müdahale kritik öneme sahiptir. Günümüzde vücut kompozisyonu değerlendirmeleri, kas gücü ölçümleri ve fonksiyonel performans testleri tanı için kullanılan yöntemlerdir. Sarkopenik obezite için tedavi yaklaşımları fiziksel aktivite ve beslenme müdahalelerini içermektedir. Klinik araştırmalar, bireyselleştirilmiş diyet ve egzersiz programlarının sarkopenik obezite yönetiminde en etkili strateji olduğunu göstermektedir (161, 165).

2.7.3 Yaşlılık Döneminde Beslenme Gereksinimleri

Enerji

Yaşlanmayla birlikte oluşan fizyolojik, işlevsel ve sağlık durumuna ilişkin değişiklikler bireylerin besin gereksinimlerini etkilemektedir. Yaşlanma süreciyle birlikte günlük toplam enerji gereksinimi giderek azalmaktadır. Enerji ihtiyacındaki düşüş büyük ölçüde bazal metabolizma hızının azalması ile ilişkilidir. Enerji ihtiyacını etkileyen bir diğer faktör ise fiziksel aktivitenin azalmasıdır. Bu durum enerji harcamasını doğrudan düşürmekle kalmaz, aynı zamanda iskelet kası kaybına neden olarak bazal metabolizma hızının düşmesine yol açar (8, 166). Yapılan bir araştırmada, 65 yaş ve üzeri erkek katılımcıların sadece %27'sinin kadınların ise %34'ünün besinler ile alınması gereken günlük enerji miktarını karşıladığı gösterilmiştir (167). Diğer bir araştırmanın sonuçlarına göre, yaşlı bireylerin neredeyse 5'te 1'inin çok düşük enerji ile beslendiği (<20kcal/kg) saptanmıştır (168). Enerji gereksinimde ve iştahta gerçekleşen azalma, makro ve mikro besin öğelerinin yeterli alımını engelleyebilmektedir. Enerji gereksiniminin azalmasına rağmen, yaşlılıkta gerekli olan

besin ögesi miktarları aynıdır; hatta emilim güçlüğünden dolayı gereksinimleri artabilmektedir. Dolayısıyla yaşlı bireylerin besin değeri zengin besinleri tercih etmesi önerilmektedir (8).

Makrobesin Öğeleri

Makrobesin öğeleri, diyetteki enerjinin kaynağı olan ve vücutta yüksek miktarda vücuda alınması gereken makro moleküllerdir. Diyetle alınan temel makro besin öğeleri karbonhidratlar, proteinler ve yağlardır.

Yaşlılıkta önemi artan makro besin ögesi proteindir. Yaşlanma ile gerçekleşen kas yıkımı, sarkopeni ve kırılabilirlik riskinin artmasına sebep olmaktadır. Bu katabolik süreci en aza indirmek için yeterli protein tüketimi önemlidir. Yaşlılıkta besinlerle yeterli protein alımına engel olabilecek çeşitli durumlar görülebilmektedir. Ekonomik yetersizlik, yemek hazırlamada zorluklar, çiğneme güçlüğü ve benzeri fiziksel ve çevresel etmenler, et gibi proteinden zengin besin gruplarına erişimi ve bunların tüketimini zorlaştırmaktadır. Ancak, protein tüketiminin yeterli olduğu durumlarda dahi, yaşlı bireylerde protein sindirimi, emilimi ve vücuttaki kullanımı yetişkinlere göre daha düşüktür. Bu durum, fizyolojik olarak yüksek kas proteini yıkımı ile birleştiğinde, negatif bir kas protein dengesine yol açmaktadır. Dolayısıyla yaşlılıkta değişen fizyolojik süreçler göz önünde bulundurulduğunda, yaşlı bireylerin sağlıklı yetişkinlere kıyasla daha yüksek miktarlarda protein tüketmesi gerektiği tartışılmaktadır (8, 169). Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi tarafından belirlenen referans alım değerlerine göre genç ve yaşlı yetişkinler arasında ayırım yapılmaksızın tüm yetişkinler için vücut ağırlığının kilogramı başına günlük 0,83 g protein önerilmektedir (170). Literatürde bu öneriye karşı birçok eleştiri bulunmaktadır. Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği'nin (ESPEN) 2014'te yayımladığı raporda, sağlıklı yaşlı bireyler için günlük 1-1,2 g/kg protein, akut veya kronik kronik hastalık durumuna bağlı malnütrisyon riskine sahip kişiler için günlük 1,2-1,5 g/kg protein alımını önermektedir (171). Diğer bir görüşe göre ciddi hastalık, malnütrisyon veya kaza geçirme (yaralanma, kırıklar) durumunda protein alımı günde 2g/kg'a kadar çıkmalıdır (172). Kas kaybının önlenmesinde etkili olan strateji yalnızca protein alımının arttırılması değildir, günlük toplam alınan proteinin öğünlerdeki dağılımı da

önemlidir. Kaslarda maksimum anabolik etkinin sağlanması için her öğünde en az 25-30g proteinin tüketilmesi doğru bir strateji olarak görülmektedir (173, 174).

Karbonhidratlar, insan vücudu için temel enerji kaynağını oluşturmaktadır. Diyetle alınan karbonhidrat miktarı toplam enerjini %45-60'ını oluşturmalıdır ve bu öneri yetişkin ve yaşlı popülasyon için aynıdır. Burada önemli olan özellik, miktardan çok karbonhidratların türüdür. Kompleks karbonhidratlar (tam tahıllar, tohumlar, sebzeler, meyveler vb.) içerdikleri posa nedeniyle olumlu sağlık çıktılarına sebep olmaktadır. Günlük tüketimi önerilen posa miktarı 25-30 gramdır; ancak yapılan çalışmalar, yaşlı bireylerin posa tüketiminin bu miktarın altında kaldığını göstermektedir (169, 175).

Üçüncü makro besin ögesi olan yağlar, diyetle alınan toplam enerjinin %20-35'ine katkı vermelidir. Diyet yağlarının miktarı kadar türü de önemlidir. Doymuş yağ ve trans yağ alımının olabildiğince düşük olması, tekli ve çoklu doymamış yağların alımının tercih edilmesi önerilmektedir (176). Yaşlı popülasyonda yapılan araştırmalar doymuş yağ tüketiminin yüksek olduğunu, tekli ve çoklu doymamış yağ asitlerinin tüketiminin ise önerilenden düşük olduğunu göstermektedir (177). Ayrıca, omega-3 yağ asitlerinin bilinen olumlu sağlık etkilerine ilaveten yaşlılık döneminde nörolojik hastalıkları önlediği kanıtlanmıştır (178). Türkiye dahil birçok ülkede tüm yaş grupları için haftada en az 2 porsiyon balık tüketimi önerilmektedir (179).

Yaşlı bireylerde yeterli sıvı alımı, her yaşta olduğu gibi vücut için temel bir gerekliliktir. Ancak yaşa bağlı olarak gelişen fizyolojik (örneğin susuzluk hissinin azalması, böbrek konsantrasyon kapasitesinin düşmesi) ve bilişsel değişiklikler, bu yaş grubundaki bireylerin hidrasyon dengesini koruma yetisini azaltmakta ve dehidrasyon riskini artırmaktadır. Dehidrasyon, önemli sağlık sorunlarına yol açabilen bir malnütrisyon biçimi olarak değerlendirilir. Özellikle 85 yaş ve üzeri bireylerde ve kurumsal bakım alan kişilerde bu risk daha yüksektir. Yetersiz sıvı alımı kabızlık, idrar yolu enfeksiyonları, böbrek taşı ve böbrek fonksiyon bozuklukları gibi komplikasyonların yanı sıra; bilişsel ve fonksiyonel gerileme gibi ciddi tablolara da sebep olabilmektedir (8, 166). Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi yiyecekler gelen sıvı miktarı dahil olmak üzere, yaşlı kadınlarda günde 2 litre, erkeklerde ise günde 2.5 litre sıvı tüketimini önermektedir (180). Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği

besinlerden gelen sıvı miktarı hariç kadınlar için 1.6 L/gün ve erkekler için 2.0 L/gün sıvı alımını önermektedir (181). Tek başına su için net bir öneri olmasa da, Türkiye Beslenme Rehberi'nde (TÜBER), 8 bardak (1600mL) su tüketiminin iyi bir hedef olduğundan bahsedilmektedir (182).

Mikrobesin Öğeleri

Genel besin alımındaki azalma ve vücuttaki emilim mekanizmalarının değişmesi sonucu yaşlı bireylerde vitamin ve/veya mineral yetersizlikleri görülebilmektedir.

D vitamini, yaşla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak yetersizliği en yaygın görülen vitaminlerden bir tanesidir. Yaşla birlikte ciltte D vitamini sentezinin azalması, güneşe maruz kalmanın sınırlı olması ve böbreklerdeki aktif form üretiminin azalması yetersizliğe sebep olan temel nedenler arasındadır. Bu durum, kas zayıflığı, depresyon, kognitif gerileme, kardiyovasküler hastalık ve mortalite artışı gibi pek çok sağlık sorununa neden olabilmektedir. Yaşlılıkta önemi artan bir diğer mikronütrient kalsiyumdur. Kalsiyum kas hareketleri, sinir sistemi iletileri ve hormon salınımı gibi pek çok fizyolojik süreçte görev alır. Fakat yaşla birlikte azalan besin ögesi emiliminden kalsiyum da etkilenmektedir. Ayrıca, D vitamini yetersizliği bağırsaklardan emilimi azaltarak kalsiyum yetersizliği için bir risk faktörü haline gelmektedir (169, 183). Bu iki mikro besin ögesi, aynı zamanda kemik sağlığının korunmasını ve osteoporoz gelişimini önlenmesini için birlikte çalışmaktadır. Araştırmalar, erkeklerin %65'inin kadınların ise %73'ünün kalsiyum alımlarının önerilenin altında olduğunu; D vitamini eksikliğinin ise yaşlı nüfusun %84'ünü (erkeklerde) ve %91'ini (kadınlarda) etkilediğini göstermektedir (177).

Vitamin B₁₂, hematolojik fonksiyonların sürdürülmesi, DNA sentezi, kognitif ve nöropsikiyatrik işlevlerin desteklenmesi gibi birçok hayati süreçte görev alan bir vitamindir. Yaşla birlikte bu vitaminin vücut tarafından kullanımı ve emilimi çeşitli nedenlerle zorlaşır. Özellikle mide asidi ve pepsin üretimindeki azalma, intrinsik faktör salınımının azalması ve bazı ilaçlar (proton pompa inhibitörleri, H₂ blokörleri, metformin) vitamin B₁₂ emilimini engellemektedir. Ayrıca, et, süt, peynir gibi hayvansal gıdaların tüketiminin azalması, yaşlı bireylerde vitamin B₁₂ alımının yetersiz olmasına katkı veren durumlardır (169). Yapılan çalışmalarda, yaşlı erkeklerin %16'sının, kadınların ise %19'unun günlük vitamin B₁₂ alımının önerilen düzeylerin

altında olduğu saptanmıştır (177). Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (EFSA), yetişkinler için günlük önerilen alımı 4 µg olarak belirlemiş olsa da, bu miktar yaşlı bireyler için optimal düzeyleri sağlamada yetersiz kalabilir (184). Bu nedenle, yaşlılarda düzenli beslenme takibi, gerekli durumlarda takviye kullanımı ve vitamin B₁₂ düzeylerinin periyodik izlenmesi, sağlıklı yaşlanmanın sürdürülebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Demir, toplumda eksikliğini sık görülen ve tedavi edilmediği takdirde anemi ile sonuçlanan bir mineraldir. Yaşlı bireyler demir eksikliği anemisi için riskli olarak değerlendirilen bir gruptur (185). Bireylerin yaşadığı yer ve hastalık durumu gibi özelliklerine bağlı olarak 65 yaş ve üzeri bireylerde anemi prevalansı kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Evde yaşayan bireylerde prevalansın %10 olduğu tahmin edilirken, kurumsal bakımda kalan yaşlılarda anemi görülme sıklığı %46'ya ulaşmaktadır. Demir eksikliğine bağlı anemi, yalnızca yaşam kalitesini düşürmekle kalmaz; aynı zamanda depresyon, yorgunluk, kas gücünde azalma, düşme riski, kırılabilirlik ve kardiyovasküler olaylar gibi ciddi sağlık sorunlarına da yol açabilir. Yaşlılıkta demir eksikliğinin yaygın olmasının sebeplerinden bir tanesi, eksikliğe katkı veren birçok olayın aynı anda var olmasıdır. Demir emilimini durduran hepsidin hormonunun seviyesinin yaşla birlikte arttığı bilinmektedir. Emilimi engelleyen diğer faktörler arasında gastrit ve çölyak gibi sindirim sistemi hastalıkları ve ilaç kullanımı da yer almaktadır. Ayrıca, diğer vitamin ve minerallerde olduğu gibi belirli besin gruplarının yetersiz tüketimi diyetle demir alımını azaltarak yetersizliklere sebep olmaktadır. Bu noktada demir için önemli olan bir diğer faktör ise, besinlerdeki demirin biyoyararlılığıdır. Hayvansal kaynaklı besinlerde bulunan demirin, bitkisel kaynaklara göre daha kolay emildiği bilinmektedir. Ayrıca, çay ve kahvede bulunan tanenler ve polifenollerin demir emilimini engellediği, C vitamini içeren besinlerin ise demir emilimi kolaylaştırdığı bilinmektedir (169, 183). Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi, yaşlı bireyler için günlük 11 mg demir alımını önermektedir (186). Buna karşın, yaşlı erkeklerin %11'inin, kadınların ise %12'sinin diyetle bu miktarı karşılamadığı belirtilmektedir (177). Demir eksikliğinin önlenmesi için, yaşlı bireylerin beslenmesinde demir açısından zengin gıdaların (kırmızı et, yumurta, kuru baklagiller, koyu yeşil yapraklı sebzeler, kuru meyveler vb.) bulunması gerekmektedir.

Ek olarak düzenli tıbbi takip ve gerektiği zaman demir suplementasyonu önerilmektedir (182).

2.7.4 Yaşlılık Döneminde Beslenme Önlemleri

Yaşlılıkta malnütrisyonun önlenmesi, besin öğelerinin yeterli miktarlarda alınması, hastalıkların önlenmesi veya seyrinin iyileştirilmesi için belirlenen beslenme ilkeleri vardır. Öncelikle günlük beslenmede dört ana besin grubunun yeterli ve çeşitli şekilde tüketilmesi gerekmektedir. Tablo 2.7.4 içeriğinde her besin grubundan günlük veya haftalık olarak tüketilmesi tavsiye edilen porsiyon miktarları gösterilmiştir.

Tablo 2.1 50 yaş üstü bireylerin her besin grubundan tüketmesi önerilen porsiyon miktarları (182).

Besin grubu	50-70 yaş erkek	50-70 yaş kadın	70 yaş üstü erkek	70 yaş üstü kadın
	Önerilen miktar			
Süt/yoğurt/peynir (porsiyon/gün)	3	3	3	3
Et/tavuk (porsiyon/gün)	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$
Balık (porsiyon/hafta)	2	2	2	2
Yumurta (porsiyon/hafta)	2 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$
Kurubaklagiller (porsiyon/hafta)	3	3	3	3
Yağlı tohumlar (porsiyon/gün)	$\frac{1}{2}$ -1	$\frac{1}{2}$ -1	$\frac{1}{2}$ -1	$\frac{1}{2}$ -1
Ekmek ve tahıl (porsiyon/gün)	4- 4 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	4	3
Sebze	2 $\frac{1}{2}$ - 3	2 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{2}$
Meyve	2- 2 $\frac{1}{2}$	2	2	2

Süt ve süt ürünlerinin yeterli tüketimi her yaşta önemlidir. Özellikle yaşlı bireylerde osteoporoz gibi durumların yaygınlaşmasından dolayı, bu besinlerden sağlanacak yeterli kalsiyum tüketimi oldukça önemlidir. Kan lipid profili bozulmuş olan yaşlı bireylerin ise az yağlı veya yağsız süt ürünlerini tercih etmesi teşvik edilmektedir.

Diğer yandan et, tavuk, balık türleri diyetin kaliteli protein kaynağını oluştururlar. Bu besinler vitamin B₁₂, demir ve çinkodan zengindir ve her yaşta yeterli tüketimleri oldukça önemlidir. Kardiyovasküler hastalığı olan yaşlı bireyler için et tüketimi ile ilgili dikkat edilmesi gereken nokta ise doymuş yağ ve kolesterol içeriğinin yüksek olmasıdır. Dolayısıyla bu kişilerin etlerin yağsız kısımlarını tercih etmesi daha sağlıklı bir strateji olacaktır. Balık tüketimi, omega-3 yağ asitlerinin vücuttaki antienflamatuvar ve antioksidan etkilerinden dolayı oldukça kıymetlidir. Dikkat edilmesi gereken nokta ise balığın kızartma tekniği ile değil, fırında pişirme veya haşlama yöntemleri ile pişirilmesidir. Diyetteki en önemli protein kaynaklarından bir diğeri ise yumurtadır. Yumurta, anne sütü gibi protein içeriğinin vücut tarafından tamamen emilip değerlendirildiği bir besindir. Özellikle et tüketiminin düşük olduğu popülasyonlarda yumurta daha ucuz ve ulaşılabilir kaliteli bir protein kaynağıdır. Kalp hastası olan yaşlılarda ise yumurta tüketiminin haftada 1-2 olarak sınırlandırılması ve kolesterol emiliminin en az indirilmesi için taze sebzeler eşliğinde tüketilmesi önerilmektedir. Kurubaklagiller, iyi bir bitkisel protein ve aynı zamanda posa kaynağıdır. Et ve yumurtanın bulunmadığı diyetlerde kurubaklagil tüketimi artırılarak diyetin temel protein kaynağı haline gelmektedir. Diğer yandan yüksek posa içeriğinden dolayı, kan kolesterol ve şeker düzeylerinin dengelenmesine yardımcı olan bir besin grubudur. Yüksek posanın yanı sıra, düşük yağ içeriğinden dolayı kurubaklagillerin kalp hastalıklarını önleyici etkisi olduğu bilinmektedir. Yağlı tohumlar, içerdikleri doymamış yağ, flavonoidler ve E vitamininden ötürü diyetin sağlıklı yağ kaynağını oluşturmaktadır. Önerilen miktarlarda düzenli olarak tüketilmelerinin kalp ve damar hastalıkları ve kansere karşı koruyucu olduğu kanıtlanmıştır.

Tahıllar diyetin temel enerji kaynağını oluşturmaktadır. Bu besin grubu açısından dikkat edilmesi gereken nokta, rafine olmayan tam tahılların tercih edilmesidir. Tam tahıllar yüksek posa ve mineral içermektedir ve rafine tahılların aksine uzun süre tokluk sağlamaktadır. Ayrıca, kan şekeri regülasyonu açısından da tam tahılların tercih edilmesi doğru bir stratejidir.

Sebze ve meyve grubu, içerdiği vitamin, mineral, posa ve çeşitli fitokimyasallardan dolayı kronik hastalıkların önlenmesinde öncü rôle sahip besinlerdir. İçerdikleri biyoaktif bileşenlerden maksimum düzeyde yararlanmak adına,

taze ve pişirilmeden tüketilmeleri, aynı zamanda çeşitlilik sağlanarak diyetle birçok renkten sebze meyvenin bulunması önerilmektedir. Günlük olarak tüketilecek beş porsiyon sebze ve meyvenin en az iki porsiyonunun yeşil yapraklı sebzeler (ıspanak, pazı) veya domates veya turunçgiller olması önerilmektedir.

Yaşlı bireylerin her besin grubundan çeşitli olarak belirtilen miktarları tüketmesi tüm makro ve mikro besin öğelerinin alınmasını sağlayacaktır. Besin çeşitliliğinin ve dengenin sağlanması açısından her öğünde 4 besin grubundan da besinlere yer verilerek dengeli bir tabağın oluşturulması teşvik edilmektedir (182).

Bir diğer önemli husus günde en az 3 ana öğünün tüketilmesidir. Yaşlılıkta öğün atlama yetersiz beslenme için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Tüketilecek besinler gün içerisinde yayılarak uzun süreli açlığı önlemek gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda düzensiz yeme alışkanlığının tip 2 diyabet, obezite ve malnütrisyon riskini arttırdığı gösterilmiştir (187).

Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı bireylerin beslenme sorunlarına bakıldığında, yetişkin bireylere benzer şekilde bazı besin gruplarının eksik tüketilirken diğerlerinin aşırı tüketildiği görülmektedir. Besin gruplarına yönelik geliştirilen öneriler aşağıdaki gibidir (182).

- Sebze ve meyve tüketiminin artırılmalıdır. Her öğünde ve öğün aralarında taze sebze ve meyvelerin tüketilmesi önerilmektedir.
- Ekmek ve tahılların yeterli tüketilmesi gerekmektedir. Tam tahıl ve kepekli ürünler posa içeriği açısından sağlıklı tercihler olduğundan saflaştırılmış tahıl ürünlerine tercih edilmelidir.
- Doymuş yağ tüketimi azaltılmalıdır. Diyetle tereyağı ve kuyruk yağı gibi hayvansal yağların kullanımı azaltılmalıdır. Bitkisel sıvı yağlar tercih edilmelidir. Omega-3 açısından haftada en az 2 porsiyon balık tüketilmelidir.
- Kalsiyum içeriği yüksek olan besinlerin tüketimi önemlidir. Süt ve süt grubu besinlerin her gün gereken porsiyonlarda tüketilmesi gerekmektedir.
- Sodyum tüketimi azaltılmalıdır. Özellikle hipertansiyon hastası kişilerin tuz tüketimini sınırlaması gerekmektedir. Yemeklerde tuz yerine baharatlar ile lezzet verilmelidir.

- Şeker tüketimi azaltılmalıdır. Basit şekerlerin fazla tüketilmesi, serum trigliserit kolesterol düzeylerini arttırabilmektedir. Ayrıca, ilave şekerin vitamin ve minerallerden yoksun olması diyetin kalitesi açısından dezavantaj yaratmaktadır.

Besin gruplarının yeterli tüketimi kadar, optimal sıvı tüketimi de önemlidir. Su tüketimini kolaylaştırmak adına içerisine meyve dilimleri veya nane gibi aroma vericiler kullanılabilir. İlaçlarla birlikte mutlaka bir dolu bardak su tüketilmelidir. Su tüketiminin gereksinmeyi karşılayamadığı durumlarda sıvı tüketimini desteklemek için bitki çayları, süt, komposto suyu, taze sıkılmış meyve suyu, açık çay, cacık, çorba gibi yiyecek ve içecekler tercih edilmelidir (182, 188, 189).

Çay ve kahve tüketimi, içerdiği fenolik bileşiklerden dolayı demir emilimini engellemektedir. Dolayısıyla bu içeceklerin tüketimi yemeklerden en az 1 saat sonra olmalıdır. Diğer yandan C vitamini demir emilimini kolaylaştıran bir vitamindir. Et ve yumurta gibi demirden zengin besinlerin C vitamini kaynağı olan sebzeler ile birlikte tüketilmesi demir emilimini arttıracaktır (169).

Besin pişirme teknikleri açısından kavurma ve kızartma yerine haşlama, ızgara ve fırında pişirme yöntemlerini tercih edilmelidir. Pişirme esnasında oluşabilecek zararlı maddelerden ve kızartma yağından olabildiğince uzak durmak gerekmektedir (190).

Güvenli besin tüketimi için besin hazırlama ve saklama aşamalarına dikkat etmek gerekmektedir. Yaşlı bireyler zayıflayan bağışıklık sistemi nedeniyle besin zehirlenmelerine daha yatkın hale gelmektedirler. Gıda hazırlama aşamasında öncelikle hijyenin sağlanması gerekmektedir. Besinler ile temas etmeden önce ellerin iyice yıkanması ve tüm mutfak aletlerinin ve yüzeylerinin temiz olduğundan emin olunması gerekmektedir. Ayrıca temiz su kullanımı ve bu su ile sebze meyvelerin yıkanması önemlidir. Alışveriş esnasında taze, iyi muhafaza edilmiş ve güvenli besinlerin tercih edilmesi gerekmektedir. Hazırlık esnasında çiğ et gibi potansiyel riskli besinler diğer gıdalardan ayrı tutulmalıdır. Çiğ etlerde bulunabilecek mikroorganizmaların diğer gıdalara bulaşını önlemek adına ayrı mutfak ekipmanlarının (bıçak, kesme tahtası) kullanılması önerilmektedir. Pişirme aşamasında gıdaların sıcaklığının 70 dereceyi geçmesi sağlanmalıdır. Özellikle et, tavuk, deniz ürünleri ve yumurta gibi mikroorganizma yükü yüksek besinlerin iyice

pişirilerek tüketimi güvenli hale getirilmektedir. Pişmiş yiyeceklerin doğru koşullarda saklanması son derece önemlidir. Pişmiş yiyecekler oda sıcaklığında en fazla iki saat bekletilebilir, sonrasında buzdolabında saklanmalıdır. Buzdolabında muhafaza edilen yiyecekler sadece bir kez ısıtılmalıdır, ısıtılan yiyecekler tekrardan soğutulmamalıdır ve en geç 3 gün içerisinde tüketilmelidir (191).

2.7.5 Yaşlılık Döneminde Beslenme Konulu Araştırma Gereksinimleri

Mevcut Durum

Giderek yaşlanan toplumlarda, ihtiyaçlar ve öncelikler de dönüşmektedir. Yaşam boyu yaklaşımı ilkesine uygun olarak, yaşlılık döneminde sağlığın desteklenmesi ve tüm sistemlerin bu değişime uyum sağlayacak şekilde yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bahsedildiği üzere BM'nin ortaya koyduğu Sağlıklı Yaşlanma On yılı Dünya'da yaşlıların durumuna ve yaşlı sağlığına dikkat çekmektedir (5). Bu süreçte, tüm üye ülkelerin sağlıklı yaşlanmayı destekleyici adımlar atması ve kapsamlı eylem planlarını uygulamaları beklenmektedir. Söz konusu eylem planının alt hedefleri arasında, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile uyumlu şekilde; sağlık okuryazarlığının artırılması, bireylerin öz-yönetim kapasitelerinin geliştirilmesi, fiziksel aktivite olanaklarının iyileştirilmesi ve sağlıklı beslenmeye erişimin artırılması gibi unsurlar yer almaktadır.

Türkiye'de yaşlı sağlığına yönelik olarak yürütülmekte olan 'Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı' beslenme konusunu ayrı bir başlık olarak ele almaktadır. Bu kapsamda belirlenen hedef 'Bütün Yaşlılar İçin Gıda Maddelerine Ulaşımın ve Yeterli Beslenmenin Sağlanması' şeklindedir. Bu hedefe ulaşmak amacıyla geliştirilen alt hedefler ve öneriler mevcuttur. Öncelikle yaşlılık öncesi döneme vurgu yapılarak her yaş grubunda sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca, yaşlılıkta yeterli ve dengeli beslenmenin teşvik edilmesi ve meydana gelebilecek malnütrisyondan önlenmesi ve tedavi edilmesi hedeflenmektedir. Yaşlılıkta beslenmeyi etkileyen diş ve ağız sağlığı problemlerine de değinilerek tedavi hizmetlerine erişimin güçlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Sağlık ve bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının beslenme konusunda eğitilmesi de hedefler arasında yer almaktadır. Geleceğe yönelik en önemli hedeflerden biri ise

65 yaş üstü bireyler için Türkiye'ye özgü beslenme politikalarının geliştirilmesidir. Mevcut amaç ve hedefler ile ilgili herhangi bir ilerleme raporu yayınlanmamıştır (114).

Eksiklikler

Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı sağlığına yönelik geliştirilen program ve eylem planlarında, beslenmeye yönelik müdahalelere yer verilmiştir. Ancak bu müdahalelerin olumlu sonuç verebilmesi için yaşlı popülasyonun sorunları ile ilişkili olmalıdır. Dolayısıyla öncelikle durum saptama çalışmalarının yapılarak yaşlıların ihtiyaçlarını anlamak önemlidir. Yaşlılıkta beslenme sorunları ve sebep olan etmenler literatürde belirtiliyor olsa da her ülke kendi eksikliklerini saptayarak probleme yönelik spesifik çözümler geliştirmelidir. Ülkemizde toplumda yaşayan yaşlı bireylerin beslenme davranışlarını ve etki eden etmenleri inceleyen çalışmalar oldukça azdır. Gittikçe artan yaşlı popülasyon göz önünde bulundurulduğunda, literatürdeki bu bilgi eksikliği etkili adımların atılmasına engel olacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

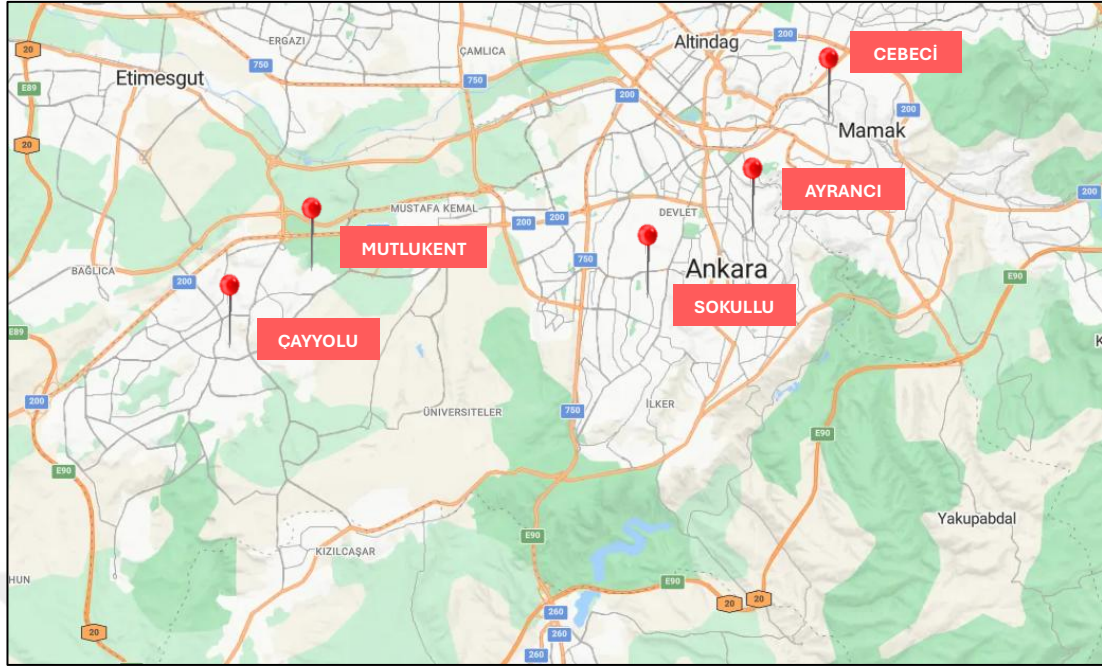
3.1 Araştırmanın Yeri

Araştırma Ankara'nın Çankaya ilçesinde bulunan ve Çankaya Belediyesi'ne bağlı Baharevleri'nde yapılmıştır. Baharevleri'nde, yaşlı bireylere yönelik olarak çeşitli sosyal ve katılımcı faaliyetler düzenlenmektedir. Baharevleri, yaşlı bireylerin zamanlarını iyi değerlendirebileceği, sosyal ve kültürel ihtiyaçlarını karşılayabileceği bir ortam sunmaktadır. Baharevlerinde çeşitli konularda (sağlıklı beslenme, aktif yaşam, iletişim vb.) eğitim ve seminerler de verilmektedir.



Şekil 3.1 Çankaya Belediyesi Ayrancı Baharevi görseli.

Baharevleri, Ankara'nın Çankaya ilçesinde Ayrancı, Cebeci, Sokullu, Mutlukent ve Çayyolu bölgelerinde bulunmaktadır (Şekil 3.1.2). Araştırma kapsamında adı geçen beş Baharevi ziyaret edilmiştir. Her bahaerevinin fiziki koşulları ve kapasitesi farklıdır. Bulunduğu bölgeye göre Baharevini ziyaret eden kişilerin sayısı ve sıklığı değişmektedir. Çankaya Belediyesi Baharevleri resmî web sitesi: <https://www.cankaya.bel.tr/pages/256/Bahar-Evi/>



Şekil 3.2 Çankaya ilçesindeki Baharevlerinin konumunun harita üzerinden gösterimi.

Araştırmanın bulguları sunulurken Baharevleri'ne numara verilmiştir. Bu amaçla; Ayrancı 1, Cebeci 2, Sokullu 3, Mutlukent 4 ve Çayyolu 5 numara ile sunulmuştur.

3.2 Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Araştırma Grubu

Çalışmanın evreni Baharevlerini ziyaret eden 65 yaş üstü bireylerin tamamıdır. Baharevinin bulunduğu bölgeye göre ziyaret eden kişi sayısı farklılık göstermektedir. Aynı zamanda, katılımcı faaliyet ve etkinliklerin düzenlendiği günlerde ziyaretçi sayısında artış yaşanmaktadır. Baharevleri ziyaret eden bireylerin sayısı bilinmediğinden ve bu sayı sürekli değişiklik gösterdiğinden, çalışma evreninin büyüklüğü bilinmeyen durumlar için örneklem hesabı yapılmıştır. %95 güven aralığı, %5 hata payı ve toplumdaki olası oran bilinmediğinden $p=0.5$ varsayımı ile aşağıdaki hesaplama yapılmıştır (192).

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2} = \frac{(1,96^2) 0,5 \times 0,5}{0,05^2} = 384$$

Bu doğrultuda, çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum birey sayısı 384 olarak hesaplanmıştır. Ancak, bu sayıya ulaşmak zaman ve kaynak açısından mümkün olmadığından ve Baharevlerini ziyaret eden kişi sayısı sınırlı olduğundan, uygunluk

(*convenience*) nedeniyle örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem, araştırmacının ulaşılabilirliğine göre örneklerin seçildiği, rastlantısal olmayan bir örnekleme türüdür. Bu yöntem, özellikle evrenin tam olarak bilinmediği veya sınırlı zaman, kaynak ve erişim olanakları nedeniyle rastgele örnekleme yapılmasının mümkün olmadığı durumlarda tercih edilmektedir (193). Baharevleri'ni ziyaret eden bireylerin sayısının net olarak bilinmemesi, ziyaretçi sayısının değişkenlik göstermesi ve çalışma süresince tüm evrene ulaşmanın pratik olarak mümkün olmaması sebebiyle, uygunluk nedeniyle örnekleme yöntemi tercih edilmiştir.

3.2.1 Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- ✓ Baharevini ziyaret ediyor olmak
- ✓ 65 yaş ve üzerinde olmak
- ✓ Okuryazar olmak
- ✓ Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- ✓ İletişimde sorun yaşamamak

3.2.2 Araştırmadan dışlanma kriterleri

- ✓ 65 yaşın altında olmak
- ✓ Okur yazar olmamak
- ✓ İletişim kurulamamış olmak

21 Ekim 2024 - 01 Mart 2025 tarihleri arasında, beş Baharevinde yüz yüze gerçekleştirilen veri toplama formları ile toplamda 251 kişiden veri toplanmıştır (Tablo 3.2.).

Tablo 3.1 21 Ekim 2024 – 01 Mart 2025 tarihleri arasında Çankaya ilçesinde bulunan beş Baharevinden veri toplama sürecine ilişkin bilgiler.

Baharevi	Günlük ziyaret eden ortalama kişi sayısı	Ulaşılan kişi sayısı	Ziyaret edilen tarihler*	Ziyaret edilen saat dilimi
Ayrancı	40	50	21/10-22/11	13.00-17.00
Cebeci	25	48	25/11-09/12	13.00-17.00
Sokullu	70	85	10/12- 06/01	12.00-16.00
Mutlukent	25	53	08/01- 17/01	13.00-16.00
Çayyolu	20	15	20/01- 01/03	13.00-16.00

*Haftasonu ve resmî tatiller hariç

Araştırmanın planlandığı aşamada veri toplama tarihleri 01 Ekim – 01 Aralık 2024 olarak belirlenmiş olsa da, idari izin süreçleri dolayısıyla 21 Ekim 2024 tarihinde veri toplanmaya başlamıştır. Ek olarak; belirli sebeplerden dolayı veri toplama süreci 01 Mart 2025'e kadar uzatılmıştır. Tarihin uzama gerekçeleri; idari iznin alınması sürecinin uzun sürmesi, Baharevlerini ziyaret eden mükerrer kişilerin olması, Baharevlerinin günün belirli saatlerinde ziyaret edilmesi ve etkinlik yapılan saatlerde eş zamanda veri toplamanın mümkün olmayışı olmuştur. Çalışmanın 01 Mart 2025'e kadar uzatılması amacıyla gerekli etik kurul izni ve idari izin alınmıştır.

3.3 Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

3.4 Araştırmanın İnsan Gücü

Araştırmanın insan gücünü; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Beslenme ve Gıda Bilimleri yüksek lisans programında eğitim alan bir diyetisyen ve araştırmanın akademik danışmanı bir öğretim üyesi oluşturmaktadır.

3.5 Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Baharevini ziyaret eden kişiler çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü olan bireyler çalışmaya katılmışlardır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formu Çankaya Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü tarafından uygun bulunmuş, araştırmada kullanılması onaylanmıştır. Veri toplama aşaması yüz yüze araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Amaç, 65 yaş üstü bireylerin beslenme konusundaki bilgilerini,

davranışlarını ve bunları etkileyen faktörleri saptamaktır. Bu amaca yönelik olarak oluşturulan veri toplama formu altı bölümde 45 soru içermektedir. Veri toplama formunun birinci bölümü katılımcıların sosyo-demografik bazı özelliklerine ilişkin dokuz sorudan, ikinci bölümü sağlık ve hastalık durumuna ilişkin beş sorudan, üçüncü bölümü yaşam tarzı ve riskli davranışlara ilişkin altı sorudan, dördüncü bölümü beslenme ile ilgili bilgi düzeyine ilişkin iki seçmeli soru ve 11 “doğru/yanlış” sorusundan, beşinci bölümü beslenme davranışları ile ilişkili 11 sorudan, altıncı bölümü ise besin tüketim sıklığı formundan oluşmaktadır. Bölüm 6’da bulunan besin tüketim sıklığı formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formun amacı, katılımcıların dört ana besin grubuna (a. Süt ve süt ürünleri, b. Et ve kurubaklagiller, c. Tahıl ürünleri, d. Sebze ve meyveler) ait her bir besinin tüketme sıklığını saptamaktır (Ek-1).

3.6 Araştırmada kullanılan tanımlar ve terimler

Yaşlı: Kronolojik olarak 65 yaş ve üzerinde olan bir bireydir (14).

Beslenme davranışları: Bireylerin yiyecek temin etme, hazırlama ve tüketme ile ilgili planlı, spontane veya alışkanlık haline gelmiş eylemlerinin toplamıdır (194).

Beslenme bilgisi: Gıdalar ve besin öğeleri hakkında temel bir fikre sahip olmak ve bunların kişinin sağlığı üzerindeki etkilerini tanımlayabilme yeteneğine sahip olmaktır (195).

3.7 Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi için IBM SPSS v23.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri sayısal veriler için ortalama ve standart sapma, kategorik veriler için sayı ve yüzde ile ifade edilmiştir. Tanımlayan değişkenin grup sayısının iki olduğu ($k=2$) ve tanımlanan verinin nitel olduğu durumlarda 2×2 çapraz tablolar için ki-kare testi uygulanmıştır. Bölüm 4’te yer alan beslenme bilgi düzeyini ölçen 11 doğru/yanlış sorusu için puanlama yapılmıştır. Katılımcı bu bölümde doğru yanıtladığı her soru için 1 puan almıştır. Bu bölümden alınabilecek en fazla puan 11 ve en az puan 0 olmuştur. Verinin normal dağılım göstermediği ve kesikli nicel veri olduğu göz önünde bulundurularak gruplar arası

farkı test etmek adına Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Bölüm 3'te yer alan fiziksel aktivite sorusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün önerileri temel alınmıştır (130). Analiz için 'Çok nadiren fiziksel aktivite yaparım veya hiç yapmam' ve 'Fiziksel aktivite yaparım fakat her hafta değil' yanıtları *yetersiz fiziksel aktivite*; 'Düzenli fiziksel aktivite yaparım' yanıtı ise *yeterli fiziksel aktivite* olarak sınıflandırılmıştır. Uyku süresi ise Amerikan Ulusal Uyku Vakfı'nın önerilerine göre gruplandırılmıştır (76). Buna göre önerilen uyku süresi 7-8 saat; ideal olarak kabul edilebilecek süre 5-6 saat veya 9 saat; önerilmeyen süre ise 5 saatin altında veya 9 saatin üzerinde olarak belirtilmiştir. Bu doğrultuda çapraz tablolarda 'yeterli' uyku süresi 5-9 saat, 'yetersiz' uyku süresi ise 5 saatin altında veya 9 saatin üzerinde olarak değerlendirilmiştir.

3.8 Araştırmanın Ön Denemesi

Araştırmanın veri toplama formunun ön denemesi 17-18 Ekim 2024 tarihleri arasında Ayrancı Baharevini ziyaret eden 10 kişi ile yapılmıştır. Ön denemeye dahil edilen kişiler çalışmanın dışında bırakılmıştır. Deneme esnasında bir kişiden veri toplamak yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Alınan geri bildirimlere göre veri toplama formunda bazı düzenlemeler yapılmıştır.

- Beslenme bilgi düzeyini ölçmeye yönelik tasarlanan soruların sayısı azaltılmış, türü değiştirilmiştir. Örneğin; çoktan seçmeli 13 soru yerine, 11 doğru-yanlış sorusu tercih edilmiştir.
- Beslenme bilgi düzeyini ölçmeye yönelik tasarlanan sorular kişilerin mevcut hastalıklarını ve bu konudaki beslenme ilkelerine dikkate alarak değiştirilmiştir.
- Beslenme bilgi düzeyini ölçmeye yönelik tasarlanan sorulara gıda güvenliği ile ilgili beş soru da eklenmiştir.
- Veri toplama formunun bölümleri yeniden düzenlenmiş ve sorular niteliklerine göre tekrar sıralanmıştır.

Yapılan düzenlemeler sonrası veri toplama formunun yanıtlanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.9 Etik Konular ve Kurumsal İzinler

- ✓ Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu Başkanlığı'ndan izin alınmıştır (Ek-2, Ek-3).
- ✓ Çankaya Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü'nden Baharevlerinin ziyaret edilmesi ve veri toplanması için izin alınmıştır (Ek-4, Ek-5).
- ✓ Araştırmaya katılımda gönüllülük esas olup katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır.
- ✓ Araştırmaya katılan kişilerin ad, soyad ve iletişim bilgeleri alınmamıştır.
- ✓ Araştırmanın sonunda katılımcılara sağlıklı ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirici bir konuşma yapılmıştır.
- ✓ Araştırmanın sonuçları Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu Başkanlığı ile paylaşılacaktır.

3.10 Araştırmanın Değişkenleri

3.10.1. Tanımlanan Değişkenler

Çalışmanın tanımlanan değişkenleri;

- ✓ Katılımcıların beslenme bilgisi düzeyi
- ✓ Beslenme konusunda başvurulmuş bilgi kaynakları
- ✓ Beslenme davranışları
- ✓ Gıda alışverişinde dikkat ettikleri unsurlar
- ✓ Dört ana besin grubunu tüketme sıklıkları

3.10.11 Tanımlayan Değişkenler

Çalışmanın tanımlayan değişkenleri;

- ✓ Sosyodemografik özellikler (gelir düzeyi, öğrenim durumu, öğrenim durumu, medeni durum)
- ✓ Sağlık, hastalık durumu ve kullanılan ilaçlar
- ✓ Daha önce diyet yapmış olmak
- ✓ Daha önce beslenme eğitimi almış olmak
- ✓ Yaşam tarzı ve riskli davranışların olması

- ✓ Beslenme konusunda başvurulacak bilgi kaynakları

3.11 Araştırmanın Kısıtlılıkları

- ✓ Araştırmaya sadece gönüllü kişilerin katılmış olması
- ✓ Araştırmanın tasarımı gereği sonuçların genellenebilir olmaması
- ✓ Sadece belirli tarihlerde Baharevlerini ziyaret eden kişilere ulaşılmış olması
- ✓ Demans hastası veya evinden çıkamayan yaşlıların çalışmaya dahil edilememesi
- ✓ Beyana dayalı veri toplanması
- ✓ Hafıza faktörünün verilen cevapları etkileyebilmesi

3.12 Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçe kalemleri ve harcanan tutarlar aşağıda gösterilmiştir. Tüm masraflar araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

Tablo 3.2 Araştırmanın bütçesi

Kırtasiye giderleri	TL
Veri toplama formu basımı	1775
Rapor basımı	4000
Ulaşım giderleri	
4 aylık abonman (Kasım-Aralık-Ocak-Şubat)	1200
Toplam	6975

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları veri toplama formu ile uyumlu olarak sosyodemografik bulgular, sağlık/hastalık ve beslenme alışkanlıkları, sağlık davranışları, beslenme konusunda alınan eğitim bilgileri ve beslenme konusunda bilgi düzeyleri, beslenme davranışları, besin tüketim sıklıkları, beslenme davranışları ile ilişkili durumlar, beslenme konusundaki bilgi düzeyi ile ilişkili durumlar ve beslenme konusunda bilgi düzeyi ile beslenme davranışları arasındaki ilişki olmak üzere dokuz temel başlıkta sunulmuştur.

4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4.1 içeriğinde katılımcıların sosyodemografik özellikleri sunulmuştur. Araştırmaya katılan 251 kişinin 161'i erkek (%64,4) ve 90'ı kadındır (%35,9). Katılımcıların yaş ortalaması $72,79 \pm 7,043$ yıl, ortancası 72 yıldır. En genç katılımcı 65 yaşında, en yaşlı katılımcı ise 93 yaşındadır. Katılımcılardan 174 kişi (%69,3) evli, 64 kişi eşinden ayrılmış veya eşi vefat etmiş (%25,5) ve 13 kişi (%5,2) evli değildir. Kişilerin %44,2'si (n=111) üniversite mezunu, %19,9'u (n=50) lise mezunu, %9,6'sı (n=24) ortaokul mezunu, %21,5'i (n=54) ilkokul mezunu, %4,8'i okur yazar olduğunu beyan etmiştir. Araştırmaya katılan 109 kişi (%43,4) eşiyle yaşamaktadır, 64 kişi (%25,5) eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır, 48 kişi (%19,1) ise tek başına yaşamaktadır.

Tablo 4.1 Katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	161	64,1
Kadın	90	35,9
Yaş grubu		
65-69	107	42,6
70-74	47	18,7
75-79	50	19,9
80-84	24	9,6
85-89	17	6,8
90-94	6	2,4
Ortalama $\pm$ SS	72,79 $\pm$ 7,043	
Ortanca	72,0	
Alt ve üst değerler	min = 65, maks= 93	
Medeni durum		
Evli	174	69,3
Eşinden ayrılmış/ Eşi vefat etmiş	64	25,5
Evli değil	13	5,2
Öğrenim durumu		
Okur yazar	12	4,8
İlkokul	54	21,5
Ortaokul	24	9,6
Lise	50	19,9
Üniversite	111	44,2
Kiminle birlikte yaşadığı		
Eşiyle	109	43,4
Eşi ve çocuklarıyla	64	25,5
Tek başına	48	19,1
Kızı/oğlu ile	25	10,0
Anne/baba ile	4	1,6
Kardeşiyle	1	0,4
Toplam	251	100,0

Tablo 4.2’de katılımcıların çalışma ve gelir durumları gösterilmiştir. Bireylerin %5,2’si (n=13) çalıştığını beyan etmiştir. Çalışanların 7’si profesyonel meslek mensubudur. Araştırmaya katılan 246 kişinin (%98,0) sosyal güvencesi vardır. Sigorta türü açısından katılımcıların yarısı (%51,2, n=126) SGK’dan, %42,7’si (n=105) emekli sandığından, %6,1’i (n=15) Bağ-Kur’dan yararlanmaktadır. Özel sağlık sigortasına sahip olan kişi sayısı ise 6’dır (%2,4). Çalışmaya katılan 151 kişi (%60,2) gelirinin gideri ile eşit olduğunu, 84 kişi (%33,5) gelirinin giderinden fazla olduğunu, 16 kişi (%6,4) gelirinin giderinden az olduğunu beyan etmiştir.

Tablo 4.2 Katılımcıların çalışma ve gelir durumlarına ilişkin bazı özellikler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Sayı	Yüzde
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	238	94,8
Çalışıyor	13	5,2
Yaptığı iş		
<i>Profesyonel meslek mensubu</i>	7	
<i>Hizmet ve satış elemanı</i>	2	
<i>Nitelikli tarım, ormancılık veya su ürünleri çalışanı</i>	2	
<i>Nitelik gerektirmeyen meslek</i>	2	
Sosyal güvence varlığı		
Yok	5	2,0
Var	246	98,0
Sigorta türü*		
<i>SGK (4A)</i>	126	51,2
<i>Emekli Sandığı (4C)</i>	105	42,7
<i>Bağ-Kur (4B)</i>	15	6,1
Özel sağlık sigortası		
Yok	245	97,6
Var	6	2,4
Gelir düzeyi		
Geliri giderine eşit	151	60,2
Geliri giderinden fazla	84	33,5
Geliri giderinden az	16	6,4
Toplam	251	100,0

* Yüzdelere n=246 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3'te araştırmaya katılan kişilerin sosyodemografik özellikleri karşılaştırmalı olarak sunulmuştur. Tüm Baharevleri için kadın sayısının erkek sayısından daha düşük olduğu görülmektedir. Kadın katılımcı sayısının en düşük olduğu yer 3 No'lu Baharevi'dir (%17,4). Yaş grupları açısından 2 No'lu (%51,1), 4 No'lu (%67,9) ve 5 No'lu (%73,3) baharevlerinde araştırmaya katılan bireylerin çoğunlukla 65-69 yaş arası olduğu saptanmıştır. Medeni durum açısından katılımcıların büyük çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir; bu yüzde 4 No'lu Baharevi'nde %86,8'e kadar çıkmaktadır. Eğitim durumu verilerine göre, üniversite mezunu katılımcı yüzdesi 5 No'lu (%73,3) ve 4 No'lu (%86,8) Baharevleri'nde diğerlerine göre yüksektir. Tüm Baharevlerinde "geliri giderinden az" olduğunu belirtenlerin yüzdesi düşüktür; buna karşın "geliri giderinden fazla" diyenlerin sayısı özellikle 4 No'lu (%49,1) ve 1 No'lu (%36,0) Baharevleri'nde daha yüksektir.

Tablo 4.3 Beş farklı baharevine göre katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Baharevi no									
	1 (n=50)		2 (n=47)		3 (n=86)		4 (n=53)		5 (n=15)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet										
Erkek	27	54,0	30	63,8	71	82,6	26	49,1	7	46,7
Kadın	23	46,0	17	36,2	15	17,4	27	50,9	8	53,3
Yaş grupları										
65-69	13	26,0	24	51,1	23	26,7	36	67,9	11	73,3
70-74	9	18,0	8	17,0	24	27,9	6	11,3	-	-
75-79	8	16,0	10	21,3	22	25,6	7	13,2	3	20,0
80-84	12	24,0	3	6,4	7	8,1	1	1,9	1	6,7
85-89	3	6,0	2	4,3	9	10,5	3	5,7	-	-
90-94	5	10,0	24	51,1	1	1,2	-	-	-	-
Medeni durum										
Evli değil	7	14,0	4	8,5	2	2,3	-	-	-	-
Evli	29	58,0	29	61,7	58	67,4	46	86,8	12	80,0
Eşinden ayrılmış/vefat etmiş	14	28,0	14	29,8	26	30,2	7	13,2	3	20,0
Öğrenim durumu										
Okur yazar	-	-	-	-	12	14,0	-	-	-	-
İlkokul	8	16,0	13	27,7	31	36,0	1	1,9	1	6,7
Ortaokul	4	8,0	6	12,8	13	15,1	1	1,9	-	-
Lise	10	20,0	13	27,7	19	22,1	5	9,4	3	20,0
Üniversite	28	56,0	15	31,9	11	12,8	46	86,8	11	73,3
Gelir düzeyi										
Geliri giderinden az	3	6,0	3	6,4	2	2,3	5	9,4	3	20,0
Geliri giderine eşit	29	58,0	31	66,0	60	69,8	22	41,5	9	60,0
Geliri giderinden fazla	18	36,0	13	27,7	24	27,9	26	49,1	3	20,0

4.2 Sağlık/Hastalık Durumları ve Bazı Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların algıladıkları sağlık durumlarına ilişkin bilgiler Tablo 4.4’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan 72 kişi (%28,7) çok sağlıklı, 120 kişi (%47,8) sağlıklı, 38 kişi (%15,1) kararsız, 17 kişi (%6,8) sağlıksız, 4 kişi (%1,6) çok sağlıksız olduğunu beyan etmiştir.

Tablo 4.4 Katılımcıların algılanan sağlık durumu (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Algılanan sağlık durumu	Sayı	Yüzde
Çok sağlıklı	72	28,7
Sağlıklı	120	47,8
Kararsız	38	15,1
Sağlıksız	17	6,8
Çok sağlıksız	4	1,6
Toplam	251	100,0

Tablo 4.5 içeriğinde katılımcıların hastalık durumu ve ilaç kullanımına ilişkin bilgiler sunulmuştur. Araştırmaya katılan 204 kişi (%81,3) tanı almış bir hastalığa sahiptir. Katılımcılarda en sık rastlanan kronik hastalıklar sırasıyla dolaşım sistemi hastalıkları (n=159, %77,9), diyabet (n=60, %29,4), diğer endokrin sistem hastalıkları (n=28, %13,7) ve ürogenital sistem hastalıkları (n=26, %12,9) olmuştur. En sık kullanılan ilaçlar sırasıyla tansiyon ilacı (n=124, %61,7), kalp ilacı/kan sulandırıcı (n=84, %41,8), antidiyabetik ajan (n=55, %27,4), tiroid hormonu (n=27, %13,9), prostat ilacı (n=25, %12,4) olmuştur.

Tablo 4.5 Katılımcıların hastalık durumu ve ilaç kullanımına ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Sayı	Yüzde
Kronik hastalık durumu		
Yok	47	18,7
Var	204	81,3
Tanı almış hastalıklar*		
<i>Dolaşım sistemi hastalıkları</i>	159	77,9
<i>Diyabet</i>	60	29,4
<i>Diğer endokrin sistem hastalıkları</i>	28	13,7
<i>Ürogenital sistem hastalıkları</i>	26	12,9
<i>Solunum sistemi hastalıkları</i>	17	8,3
<i>Sinir sistemi hastalıkları</i>	9	4,4
<i>Sindirim sistemi hastalıkları</i>	9	4,4
<i>Kas-iskelet sistemi hastalıkları</i>	9	4,4
<i>Neoplazmalar</i>	6	2,9
<i>Ruhsal hastalıkları</i>	2	1,0
<i>Kalitsal hastalıklar</i>	2	1,0
İlaç kullanımı		
Yok	50	19,9
Var	201	80,1
Kullanılan ilaçlar**		
<i>Hipertansiyon ilacı</i>	124	61,7
<i>Kalp ilacı/ kan sulandırıcı</i>	84	41,8
<i>Antidiyabetik ilaç</i>	55	27,4
<i>Tiroid hormonu</i>	28	13,9
<i>Prostat ilacı</i>	25	12,4
<i>Psikiyatrik ilaç</i>	15	7,5
<i>Solunum ilacı</i>	13	6,5
<i>Sindirim ile ilgili ilaç/ mide koruyucu</i>	9	4,5
<i>İnsülin</i>	8	4,0
<i>Parkinson ilacı</i>	5	2,5
<i>Romatizma ilacı</i>	5	2,5
<i>Diğer ilaç</i>	5	2,5
<i>Demans ilacı</i>	3	1,5
<i>Uyku ilacı</i>	3	1,5
<i>Kanser ilacı</i>	2	1,0
Toplam	251	100,0

*Yüzdeler n=204 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

** Yüzdeler n=201 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.6 içeriğinde katılımcıların beyanlarına göre beslenme durumları sunulmuştur. Araştırmaya katılan 50 kişi (%19,9) çok sağlıklı beslendiğini, 128 kişi (%51,0) sağlıklı beslendiğini, 34 kişi (%13,5) kararsız olduğunu, 32 kişi (%12,7) sağlıksız beslendiğini, 7 kişi (%2,8) çok sağlıksız beslendiğini beyan etmiştir.

Tablo 4.6 Katılımcıların beyanlarına göre beslenme durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Algılanan beslenme durumu	Sayı	Yüzde
Çok sağlıklı	50	19,9
Sağlıklı	128	51,0
Kararsızım	34	13,5
Sağlıksız	32	12,7
Çok sağlıksız	7	2,8
Toplam	251	100,0

Tablo 4.7’de katılımcıların hastalık nedeniyle diyet yapma durumu ve buna ilişkin bazı bilgiler gösterilmiştir. Hastalık nedeniyle daha önce diyet yapan kişi sayısı 30’dur (%12,0). Daha önce diyet yapan 13 kişi (%43,3) diyabete uygun, 3 kişi (%10) diyabete uygun tuzsuz, 3 kişi (%10) tuzsuz, 3 kişi (%10) kolesterolden fakir, 2 kişi (%6,7) karaciğer yağlanmasına uygun, 1 kişi (%3,3) tuzsuz ve kolesterolden fakir, 1 kişi (%3,3) ülseratif kolite uygun, 1 kişi (%3,3) mide fistülüne uygun ve kolesterolden fakir, 1 kişi (%3,3) kansere uygun, 1 kişi (%3,3) diyabete uygun kolesterolden fakir ve 1 kişi (%3,3) buğday alerjisine uygun diyet uygulamıştır. Diyet uygulayan kişilerin %53,3’ü (n=16) diyet önerisini doktordan, %46,7’si (n=14) diyetisyenden almıştır.

Tablo 4.7 Katılımcıların daha önce hastalık nedeniyle diyet yapma durumu, uygulanan diyet ve diyeti öneren kişiye ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Sayı	Yüzde
Daha önce hastalık nedeniyle diyet uygulama durumu		
Hayır	221	88,0
Evet	30	12,0
Uygulanan diyet*		
<i>Diyabete uygun</i>	13	43,3
<i>Diyabete uygun tuzsuz</i>	3	10,0
<i>Tuzsuz</i>	3	10,0
<i>Kolesterolden fakir</i>	3	10,0
<i>Karaciğer yağlanmasına uygun</i>	2	6,7
<i>Tuzsuz ve kolesterolden fakir</i>	1	3,3
<i>Ülseratif kolite uygun</i>	1	3,3
<i>Mide fistülüne uygun ve kolesterolden fakir</i>	1	3,3
<i>Kanser</i>	1	3,3
<i>Diyabete uygun kolesterolden fakir</i>	1	3,3
<i>Buğday alerjisine uygun</i>	1	3,3
Öneren kişi*		
<i>Doktor</i>	16	53,3
<i>Diyetisyen</i>	14	46,7
Toplam	251	100,0

*Yüzdeler n=30 üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.8 içeriğinde katılımcıların vitamin/mineral takviyesi kullanımlarına ilişkin bilgiler sunulmuştur. Araştırmaya katılan 159 kişi (%64,1) takviye kullanmazken, 90 kişi (%35,9) takviye kullandığını beyan etmiştir. En sık kullanılan takviyeler arasında B₁₂ (n=45, %50,0), D vitamini (n=38, %42,2), magnezyum (n=21, %23,3), iyot (n=10, %11,1), multivitamin (n=10, %11,1) yer almaktadır. Vitamin/mineral takviyesi kullanan 76 kişi (%84,4) doktor önerisiyle, 2 kişi (%2,2) eczacı önerisiyle, 1 kişi (%1,1) diyetisyen önerisiyle takviye kullandığını; 11 (%12,2) kişi ise herhangi bir sağlık personelinin önerisi olmadan takviye kullandığını belirtmiştir.

Tablo 4.8 Katılımcıların vitamin/mineral takviyesi kullanımlarına ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Sayı	Yüzde
Takviye kullanma durumu		
Hayır	161	64,1
Evet	90	35,9
<i>Vitamin/Mineral takviyesi*</i>		
<i>B₁₂</i>	45	50,0
<i>D vitamini</i>	38	42,2
<i>Magnezyum</i>	21	23,3
<i>İyot</i>	10	11,1
<i>Multivitamin</i>	10	11,1
<i>Demir</i>	8	8,9
<i>Omega-3</i>	8	8,9
<i>Çinko</i>	7	7,8
<i>Kollajen</i>	6	6,7
<i>Kalsiyum</i>	6	6,7
<i>A vitamini</i>	1	1,1
<i>E vitamini</i>	1	1,1
<i>Folik Asit</i>	1	1,1
<i>Öneren Kişi**</i>		
<i>Doktor</i>	76	84,4
<i>Eczacı</i>	2	2,2
<i>Diyetisyen</i>	1	1,1
<i>Hiç kimse</i>	11	12,2
Toplam	251	100,0

*Yüzdeler her bir satır için n= 90 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

** Yüzdeler n= 90 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

4.3. Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.9’da katılımcıların fiziksel aktivite düzeyine ilişkin bilgiler sunulmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapan 134 kişi (%53,4), her hafta olmasa da fiziksel aktivite yapan 72 kişi (%28,7), çok nadiren fiziksel aktivite yapan veya hiç yapmayan 45 kişi (%17,9) bulunmaktadır.

Tablo 4.9 Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyine ilişkin bulgular (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Fiziksel aktivite düzeyi	Sayı	Yüzde
Düzenli fiziksel aktivite yapar	134	53,4
Fiziksel aktivite yapar fakat her hafta değil	72	28,7
Çok nadiren fiziksel aktivite yapar veya hiç yapmaz	45	17,9
Toplam	251	100,0

Tablo 4.10’da katılımcıların uyku düzeni ve uyku süresine ilişkin bilgiler sunulmuştur. Uyku düzenli olan 162 kişi (%64,5), düzensiz olan 68 kişi (%27,1) ve bu konuda kararsız olan 21 kişi (%8,4) bulunmaktadır. Uyku süresi 5 saatin altında olan 15 kişi (%6,0), 5-6 saat arasında olan 63 kişi (%25,1), 7-8 saat arasında olan 131 kişi (%52,2), 9 saat olan 24 kişi (%9,6) ve 9 saatin üzerinde olan 18 kişi (%7,2) bulunmaktadır.

Tablo 4.10 Katılımcıların uyku düzeni ve uyku süresine ilişkin bulgular (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Sayı	Yüzde
Uyku düzeni		
Düzenli	162	64,5
Düzensiz	68	27,1
Kararsız	21	8,4
Uyku süresi (saat)		
5<	15	6,0
5-6	63	25,1
7-8	131	52,2
9	24	9,6
>9	18	7,2
Toplam	251	100,0

Tablo 4.11 içeriğinde katılımcıların tütün kullanımına ilişkin bilgiler sunulmuştur. Hiç tütün kullanmamış 115 kişi (%45,8), daha önce tütün kullanmış ama bırakmış 101 kişi (%40,2) ve halen tütün kullanan 35 kişi (%13,9) bulunmaktadır. Tütün kullanıp bırakan 16 kişi (%15,4) 0-9 yıl boyunca, 18 kişi (%17,3) 10-19 yıl boyunca, 29 kişi (%27,9) 20-29 yıl boyunca, 18 kişi (%17,3) 30-39 yıl boyunca, 13 kişi (%12,5) 40-49 yıl boyunca, 10 kişi (%9,6) 50 yıl ve üzeri süre boyunca sigara içmiştir. Bir günde içilen sigara sayısı 30 kişi (%28,8) için 0-10 arası, 58 kişi için (%55,8) 11-20 arası, 16 kişi için (%15,4) 20'den fazla olarak saptanmıştır. Hala tütün kullanan 3 kişi (%8,6) 0-9 yıl boyunca, 2 kişi (%5,7) 10-19 yıl boyunca, 3 kişi (%8,6) 20-29 yıl boyunca, 9 kişi (%25,7) 30-39 yıl boyunca, 8 kişi (%22,9) 40-49 yıl boyunca, 10 kişi (%28,6) 50 yıl ve üzeri süre boyunca sigara içtiğini beyan etmiştir. Bir günde içilen sigara sayısı 16 kişi (%45,7) için 0-10 arası, 14 kişi için (%40,0) 11-20 arası, 5 kişi için (%14,3) 20'den fazla olarak saptanmıştır.

Tablo 4.11 Katılımcıların tütün kullanımına ilişkin bulgular (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Sayı	Yüzde
Tütün kullanımı		
Hiç kullanmamış	115	45,8
Sigara içmiş ama bırakmış	101	40,2
<i>Süre (yıl) *</i>		
0-9	16	15,4
10-19	18	17,3
20-29	29	27,9
30-39	18	17,3
40-49	13	12,5
50 ve üzeri	10	9,6
<i>Bir günde içilen miktar*</i>		
0-10	30	28,8
11-20	58	55,8
20'den fazla	16	15,4
Halen sigara içiyor	35	13,9
<i>Süre (yıl) **</i>		
0-9	3	8,6
10-19	2	5,7
20-29	3	8,6
30-39	9	25,7
40-49	8	22,9
50 ve üzeri	10	28,6
<i>Bir günde içilen miktar**</i>		
0-10	16	45,7
11-20	14	40,0
20'den fazla	5	14,3
Toplam	251	100,0

Tablo 4.12 katılımcıların genel stres durumuna ilişkin algılanan durumlarını sunmaktadır. Araştırmaya katılan kişilerin %47,4'ü (n=119) genel olarak stressiz olduğunu, %37,1'i (n=93) stresli olduğunu beyan etmiştir; %15,5'lik bir kesin ise (n=39) kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4.12 Katılımcıların genel stres durumuna ilişkin bulgular (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Genel stres durumu	Sayı	Yüzde
Stressiz	119	47,4
Stresli	93	37,1
Kararsız	39	15,5
Toplam	251	100,0

4.4. Beslenme ile ilgili bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları, besleme eğitimi alma ve diyet uygulama davranışlarına ilişkin bulgular

Tablo 4.13'de kişilerin beslenme konusunda yararlandıkları bilgi kaynakları gösterilmiştir. Gazete/televizyon/sosyal medya, en çok sayıda kişinin (n=127, %50,6) tercih ettiği bilgi kaynağı olarak saptanmıştır. Doktor görüşmesi 65 kişi tarafından (%25,9) bilgi kaynağı olarak tercih edilen ikinci en yaygın bilgi kaynağı olarak saptanmıştır. Arkadaşlar/sosyal çevre üçüncü sırada yer almaktadır (n=61, %24,3) onu takiben diyetisyen görüşmesi (n=35, %13,9) ve kitaplar (n=24, %9,6) yer almaktadır.

Tablo 4.13 Katılımcıların beslenme ile ilgili yararlandıkları bilgi kaynakları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Beslenme konusunda kullanılan bilgi kaynakları	Sayı	Yüzde*
Gazete/televizyon/sosyal medya	127	50,6
Doktor görüşmesi	65	25,9
Arkadaşlar/sosyal çevre	61	24,3
Aile fertleri	46	18,3
Diyetisyen görüşmesi	35	13,9
Kitaplar	24	9,6

*Yüzde her bir satır için n=251 üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.14’de kişilerin gazete, televizyon veya sosyal medyada paylaşılan diyet veya kürleri uygulama davranışları gösterilmiştir. Hiçbir zaman uygulamayan 192 kişi bulunurken (%76,5); 47 kişi (%18,7) bazen, 11 kişi (%4,4), 1 kişi (%0,4) her zaman uyguladığını belirtmiştir.

Tablo 4.14 Katılımcıların diyet uygulama konusundaki davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Gazete/Televizyon/Sosyal medyada paylaşılan diyetleri/kürleri uygulama durumu	Sayı	Yüzde
Hiçbir zaman	192	76,5
Bazen	47	18,7
Sıklıkla	11	4,4
Her zaman	1	0,4
Toplam	251	100,0

Tablo 4.15 içeriğinde beslenme eğitimi alma durumu, bu eğitime ilişkin bazı bilgiler ve beslenme bilgi düzeylerini algılama durumları gösterilmiştir. Daha önce beslenme eğitimi almış olan 77 kişi (%30,7) bulunmaktadır. Eğitim üzerinden geçen süre çoğunlukla 1-5 yıl arasındadır ve bu grup %41,6'lık bir dilimi oluşturmaktadır. Beslenme eğitimi alanların %61'i diyetisyenden, %39'u ise doktordan eğitim almıştır. Algılanan beslenme bilgisi düzeyi 1 ile 5 arasında puanlanmıştır. Katılımcıların algılanan beslenme bilgisinin ortalama puanı $3,58 \pm 1,090$, ortancası ise 4 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.15 Katılımcıların beslenme eğitimi alma durumu, alınan beslenme eğitimine ilişkin bazı bilgiler ve beslenme bilgilerinin algılama durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Sayı	Yüzde
Daha önce beslenme eğitimi almış olma durumu		
Hayır	166	66,1
Hatırlamıyor	8	3,2
Evet	77	30,7
Beslenme eğitimini veren kişi*		
Diyetisyen	47	61,0
Doktor	30	39,0
Beslenme eğitimden sonra geçen süre*		
0-6 ay	18	23,4
1-5 yıl	32	41,6
6-10 yıl	10	13,0
10 yıldan fazla	17	22,1
Beslenme ile ilgili bilgi düzeyinin 1 ile 5 arasında puanlanması		
1	16	6,4
2	15	6,4
3	82	32,7
4	83	33,1
5	55	21,9
Ortalama $\pm$ SS	$3,58 \pm 1,090$	
Ortanca	4	

*Yüzdeler n=77 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.16’da katılımcıların beslenme bilgisini değerlendiren bazı görüşler sunulmuştur. Kişiler bu görüşlere çoğunlukla doğru yanıtlamıştır. Toplam doğru cevap sayısının medyanı 9 (ÇADA: 8–10) olarak bulunmuştur. Belirli cümleler için fikir ayrılıkları daha belirgin olmuştur. ‘Meyveler iyice yıkandıktan sonra kabuğu ile birlikte tüketilmelidir.’ cümlesine ‘doğru’ olarak yanıt veren 200 kişi (%79,7) ‘yanlış’ olarak yanıt veren 34 kişi (%13,5), ‘fikrim yok’ olarak yanıt veren 17 kişi (%6,8) bulunmaktadır. ‘Tereyağ tüketiminin artması kalp ve damar sağlığını olumsuz etkiler.’ cümlesine ‘doğru’ olarak yanıt veren 133 kişi (%53) ‘yanlış’ olarak yanıt veren 73 kişi (%29,1), ‘fikrim yok’ olarak yanıt veren 45 kişi (%17,9) bulunmaktadır. ‘Diyabetli bireylerin pirinç pilavı yerine bulgur pilavı tüketmesi tercih edilir.’ cümlesine ‘doğru’ olarak yanıt veren 178 kişi (%70,9) ‘yanlış’ olarak yanıt veren 22 kişi (%8,8), ‘fikrim yok’ olarak yanıt veren 51 kişi (%20,3) bulunmaktadır. ‘Çay tüketiminin yemek ile birlikte veya yemekten hemen sonra olmasının bir sakıncası yoktur’ cümlesine ‘doğru’ olarak yanıt veren 47 kişi (%18,7) ‘yanlış’ olarak yanıt veren 139 kişi (%55,4), ‘fikrim yok’ olarak yanıt veren 65 kişi (%25,9) bulunmaktadır.

Tablo 4.16 Katılımcıların beslenme bilgisini değerlendiren bazı görüşler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Görüş	Yanıt					
	‘Doğru’		‘Yanlış’		‘Fikrim yok’	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yemek yapmaya başlamadan önce el hijyenine ve kullanılacak aletlerin temiz olmasına dikkat edilmelidir.	240	95,6	-	-	11	4,4
Pişmiş ve çiğ gıdalar ayrı tutulmalıdır.	227	90,4	3	1,2	21	8,4
Özellikle et, tavuk, balık, yumurta gibi yiyecekler iyice pişirilmelidir.	220	87,6	9	3,6	22	8,8
Pişmiş yemekler oda sıcaklığında en fazla 2 saat bekletilebilir, sonrasında buzdolabında saklanmalıdır.	220	87,6	9	3,6	22	8,8
Temiz su kullanımı ve sebze meyvelerin iyice yıkanması önemlidir.	242	96,4	-	-	9	3,6
Meyveler iyice yıkandıktan sonra kabuğu ile birlikte tüketilmelidir.	200	79,7	34	13,5	17	6,8
Hipertansiyon hastalığı olan kişiler tuzlu yiyecekleri tüketebilir.	18	7,2	218	86,9	15	6,0
Balık omega-3 yağ asitleri açısından zengindir.	223	88,8	6	2,4	22	8,8
Tereyağ tüketiminin artması kalp ve damar sağlığını olumsuz etkiler.	133	53,0	73	29,1	45	17,9
Diyabetli bireylerin pirinç pilavı yerine bulgur pilavı tüketmesi tercih edilir.	178	70,9	22	8,8	51	20,3
Çay tüketiminin yemek ile birlikte veya yemekten hemen sonra olmasının bir sakıncası yoktur.	47	18,7	139	55,4	65	25,9

4.5. Beslenme ile İlgili Davranışlarına Dair Bulgular

Tablo 4.17’de katılımcıların ana ve ara öğün tüketim alışkanlıklarına ilişkin veriler yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin 180’i (%71,7) öğün atladığını bildirmiştir. Bu bireylerin %92,2’si (n=166) her gün, %2,8’i (n=5) haftada 5–6 kez, %4,4’ü (n=8) haftada 2–4 kez ve %0,6’sı (n=1) haftada bir kez öğün atladığını ifade etmiştir. En sık atlanan öğün ise %92,8 ile öğle yemeği olmuştur. Öğün atlama nedenleri arasında katılımcıların %47,2’si (n=85) öğün tüketme alışkanlığına sahip olmadığını, %32,8’i (n=59) iştahının olmadığını, %20,6’sı (n=37) ise geç kahvaltı yaptığını belirtmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların %94,5’i (n=237) ara öğün tükettiğini ifade etmiştir. Ara öğün tercihleri incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun taze veya kuru meyveleri tercih ettiği görülmektedir (n=189, %79,7). Bunu sırasıyla kuruyemişler (n=94, %39,7), simit/poğaç/börek gibi unlu mamuller (n=40, %16,9), tuzlu kraker veya tuzlu bisküviler (n=39, %16,5) ve gofret/çikolata/tatlı bisküvi gibi atıştırmalıklar (n=33, %13,9) izlemektedir.

Tablo 4.17 Katılımcıların öğün atlama durumu, öğün atlama sıklığı, öğün atlama nedenleri, ara öğün tüketme durumu ve ara öğün olarak tercih edilen besinlere ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Sayı	Yüzde
Öğün atlama durumu		
Hayır	71	28,3
Evet	180	71,7
Öğün atlama sıklığı*		
<i>Her gün</i>	166	92,2
<i>Haftada 5-6 kez</i>	5	2,8
<i>Haftada 2-4 kez</i>	8	4,4
<i>Haftada 1 kez</i>	1	0,6
En sık atlanan öğün*		
<i>Öğle</i>	167	92,8
<i>Akşam</i>	11	6,1
<i>Kahvaltı</i>	2	1,1
Öğün atlama sebebi**		
<i>Alışkanlığı yok</i>	85	47,2
<i>İştahı yok</i>	59	32,8
<i>Geç kahvaltı yapıyor</i>	37	20,6
<i>Sağlıklı olduğunu düşünüyor</i>	19	10,6
<i>Evde değil</i>	9	5,0
<i>Kilo kontrolü sağlıyor</i>	7	3,9
<i>Hazırlamakta zorluk çekiyor</i>	5	2,8
<i>Zamanı yok</i>	3	1,7
Ara öğün tüketimi		
Hayır	14	5,6
Bazen	87	34,7
Evet	150	59,8
Ara öğün olarak sıklıkla tercih edilen besinler***		
<i>Taze meyveler / kuru meyve</i>	189	79,7
<i>Kuruyemişler</i>	94	39,7
<i>Simit/poğaç/börek</i>	40	16,9
<i>Tuzlu kraker/ tuzlu bisküvi</i>	39	16,5
<i>Gofret/Çikolata/tatlı bisküvi</i>	33	13,9
<i>Sandviç/tost</i>	21	8,9
<i>Yoğurt/süt</i>	18	7,6
<i>Sütlü/Şerbetli Tatlılar</i>	10	4,2
<i>Taze sebzeler</i>	10	4,2
<i>Çorba</i>	3	1,3
<i>Mısır gevreği/ granola bar</i>	2	0,8

*Yüzdeler n=180 için hesaplanmıştır.

**Yüzdeler her bir satır için n=180 üzerinden hesaplanmıştır.

*** Yüzdeler her bir satır için n=237 üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.18 içeriğinde katılımcıların su tüketim durumlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Bireylerin %39,8'inin (n=100) günlük su tüketiminin yeterli düzeyde (≥ 1600 mL) olduğu, %60,2'sinin (n=151) ise yetersiz düzeyde (≤ 1600 mL) su tükettiği belirlenmiştir. Katılımcıların günlük su tüketimine ilişkin ortalama değer $1501 \pm 642,58$ mL, ortanca değer 1500 mL ve alt-üst sınırlar 200 mL ile 3000 mL arasında değişmektedir.

Tablo 4.18 Katılımcıların su tüketimine ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Su tüketimi	Sayı	Yüzde
Yeterli (1600 mL ve üzeri)	100	39,8
Yetersiz (< 1600 mL)	151	60,2
Toplam	251	100,0
Ortalama $\pm$ SS	1501 $\pm$ 642,58	
Ortanca	1500	
Alt ve üst değer	200 - 3000	

Katılımcıların su dışındaki sıvı tüketim alışkanlıkları Tablo 4.19 içeriğinde gösterilmiştir. En sık tüketilen sıvının çay olduğu görülmektedir; katılımcıların %93,6'sı (n=235) her gün çay içtiğini belirtmiştir. Türk kahvesi her gün tüketenlerin sıklığı %27,9 (n=70) iken, %46,6'sı (n=117) nadiren veya hiç tüketmediğini bildirmiştir. Neskafe tüketiminde katılımcıların yalnızca %10,4'ü (n=26) her gün tükettiğini belirtmiş, büyük bir çoğunluk olan %72,9'u (n=183) nadiren veya hiç tükettiğini ifade etmiştir. Maden suyu katılımcıların %78,9'u (n=198) tarafından nadiren veya hiç tüketilmemektedir. Gazsız şekerli içecekleri her gün tüketenlerin oranı %0,8 (n=2) iken, %79,7'si (n=200) bu tür içecekleri nadiren veya hiç tükettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %1,6'sı (n=4) gazlı şekerli içecekleri her gün tükettiğini, %86,1'i (n=216) ise nadiren veya hiç tükettiğini ifade etmiştir.

Tablo 4.19 Katılımcıların su haricindeki sıvı tüketimine ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Sıvı tipi	Tüketim Sıklığı									
	Her gün		Haftada 5-6		Haftada 2-4		Haftada 1		Nadiren/Hiçbir zaman	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çay	235	93,6	3	1,2	4	1,6	1	0,4	8	3,2
Türk kahvesi	70	27,9	3	1,2	25	10,0	36	14,3	117	46,6
Neskafe	26	10,4	1	0,4	17	6,8	24	9,6	183	72,9
Maden suyu	27	10,8	3	1,2	37	14,7	54	21,5	130	51,8
Gazsız şekerli içecekler	5	2,0	1	0,4	18	7,2	29	11,6	198	78,9
Gazlı şekerli içecekler	4	1,6	1	0,4	7	2,8	23	9,2	216	86,1

Katılımcıların gıda alışverişi yapma, yemek hazırlama ve yemek yeme alışkanlıklarına ilişkin bulgular Tablo 4.20’de sunulmuştur. ‘Gıda alışverişi yapar mısınız?’ sorusuna katılımcıların %61,8’i (n=155) ‘evet’, %17,1’i (n=43) ‘bazen’ ve %21,1’i (n=53) ‘hayır’ yanıtını vermiştir. Katılımcıların %45,4’ü (n=114) yemekleri kendisinin yaptığını, %54,6’sı (n=137) ise başkalarının yaptığını bildirmiştir. Yemeği hazırlayan kişiler arasında en yüksek oran %84,7 (n=116) ile ‘eşim’ seçeneğine aittir. Katılımcıların, %21,5’i (n=54) yemeklerini tek başına yediğini, %78,5’i (n=197) ise başkalarıyla birlikte yediğini belirtmiştir. Birlikte yemek yedikleri kişiler arasında en sık belirtilenler sırasıyla eş (%68,5, n= 135), eş ve çocuklar (%20,3, n=40), çocuklar (%9,1, n=18) olmuştur.

Tablo 4.20 Katılımcıların gıda alışverişi yapma, evde yemek yapma ve yemek yeme durumuna ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Sayı	Yüzde
Gıda alışverişi yapma durumu		
Hayır	53	21,1
Bazen	43	17,1
Evet	155	61,8
Yemekleri kimin yaptığı		
Kendisi	114	45,4
Başkası	137	54,6
Yemeği pişiren kişi*		
Eşi	116	84,7
Kızı/oğlu	7	5,1
Bakıcı	6	4,4
Dışarıdan alıyor	3	2,2
Belediye yemek yardımı	2	1,5
Annesi/Babası	3	2,2
Yemek yeme alışkanlığı		
Tek başına	54	21,5
Başkalarıyla	197	78,5
Yemeği birlikte yediği kişi**		
Eşiyle	135	68,5
Eşi ve çocuklarıyla	40	20,3
Çocuklarıyla	18	9,1
Anne/baba ile	2	1,0
Arkadaş ile	1	0,5
Kardeşi ile	1	0,5

*Yüzdeler n=137 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

**Yüzdeler n=197 kişi üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.21 içeriğinde katılımcıların gıda alışverişi sırasında seçimlerini etkileyen etmenlere dair veriler sunulmuştur. Katılımcıların %43,4'ü (n=86) fiyatı 'çok' etkili bulurken, %46,0'ı (n=91) 'orta' düzeyde, %10,6'sı (n= 21) ise 'hiç' etkili bulmadığını belirtmiştir. Marka faktörünün etkisi katılımcıların %36,9'u (n=74) tarafından 'çok', %32,8'i (n=65) tarafından 'orta' ve %30,3'ü (n=60) tarafından 'hiç' olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %2,5'i (n=5) ürünün reklamını görmüş olmayı 'çok' etkili bulurken, %23,2'si (n=46) 'orta' düzeyde, %74,2'si (n=147) ise 'hiç' etkili bulmadığını belirtmiştir. İçindekiler bilgileri katılımcıların %29,8'i tarafından (n=59) çok etkili, %28,8'i tarafından (n=57) orta etkili ve %41,4'ü tarafından (n=82) etkisiz olarak değerlendirilmiştir. Ön yüz etiket beyanı ise %34,8 sıklığında (n=69) çok etkili, %28,3 sıklığında (n= 56) orta etkili ve %36,9 sıklığında (n=82) etkisiz bulunmuştur.

Tablo 4.21 Katılımcıların beyanlarına göre gıda alışverişi yaparken gıda seçimini etkileyen faktörler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Gıda seçimlerini etkileyen etmenler	Çok		Orta		Hiç	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Fiyat	86	43,4	91	46,0	21	10,6
Marka	74	36,9	65	32,8	60	30,3
Ürünün reklamını görmüş olmak	5	2,5	46	23,2	147	74,2
İçindekiler bilgileri	59	29,8	57	28,8	82	41,4
Ön yüz etiket beyanı	69	34,8	56	28,3	82	36,9

Tablo 4.22’de katılımcıların bazı beslenme davranışlarının sıklığına ilişkin veriler sunulmuştur. Katılımcıların %29,9’u her öğünde taze sebze/salata tükettiklerini belirtirken, %31,9’u sıklıkla, %28,7’si bazen, %9,6’sı nadiren tükettiğini belirtmiştir. ‘Hiçbir zaman’ diyen katılımcı bulunmamaktadır. Taze meyve ve/veya sebzeleri ara öğün olarak tercih eden katılımcıların %42,2’si bu davranışı her zaman gerçekleştirdiğini, %22,3’ü sıklıkla, %20,3’ü bazen, %13,5’i nadiren ve %1,6’sı hiçbir zaman gerçekleştirmedini ifade etmiştir. Sebze/meyveleri mevsiminde ve çeşitli tükettiğini belirten katılımcıların %65,7’si her zaman, %17,7’si sıklıkla, %10,4’ü bazen, %5,0’ı nadiren ve %1,2’si hiçbir zaman bu davranışı sergilemediğini belirtmiştir. Yemeklerde katı yağ yerine sıvı yağ tercih ettiğini ifade eden katılımcıların %47,0’si her zaman, %29,6’sı sıklıkla, %18,3’ü bazen, %4,0’ı nadiren ve %1,2’si hiçbir zaman tercih etmediğini belirtmiştir. Kızartma yerine haşlama tercih edenlerin %47,4’ü bu davranışı her zaman uyguladığını belirtirken, %25,1’i sıklıkla, %16,9’u bazen, %7,4’ü nadiren ve %3,1’i hiçbir zaman uygulamadığını belirtmiştir. Kek, poğaç, pasta gibi pastane ürünlerini tüketme davranışı açısından katılımcıların %9,6’sı bu ürünleri her zaman, %30,4’ü sıklıkla, %31,6’sı bazen, %19,2’si nadiren, %9,2’si ise hiçbir zaman tüketmediğini ifade etmiştir. Hazır paketli atıştırmalıkları tüketme davranışında ise katılımcıların %10,0’ı her zaman, %14,6’sı sıklıkla, %27,5’i bazen, %29,5’i nadiren ve %18,4’ü hiçbir zaman tüketmediğini belirtmiştir. Yemeklerin tadına bakmadan tuz ekleyen katılımcıların %2,8’i bu davranışı her zaman yaptığını, %2,8’i sıklıkla, %3,2’si bazen, %0,4’ü nadiren, %90,8’i ise hiçbir zaman bu davranışı gerçekleştirmedini ifade etmiştir.

Tablo 4.22 Katılımcıların bazı beslenme davranışlarının sıklığına ilişkin bilgiler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

	Sıklık									
	Her zaman		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir zaman	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Beslenme davranışları										
Her öğünde taze sebze/salata tüketirim.	75	29,9	80	31,9	72	28,7	24	9,6	-	-
Taze meyve ve/veya sebzeleri ara öğün olarak tercih ederim.	106	42,2	56	22,3	51	20,3	34	13,5	4	1,6
Sebze/meyveleri mevsiminde ve çeşitli tüketirim.	165	65,7	44	17,5	27	10,8	14	5,6	1	0,4
Yemeklerde katı yağ yerine sıvı yağ tercih ederim.	118	47,0	74	29,5	46	18,3	12	4,8	1	0,4
Kızartma yerine haşlama tercih ederim.	119	47,4	63	25,1	46	18,3	20	8,0	3	1,2
Kek, poğaç, pasta gibi pastane ürünlerini tüketirim.	9	3,6	26	10,4	81	32,3	102	40,6	33	13,1
Hazır paketli atıştırmalıklar tüketirim.	10	4,0	36	14,3	55	21,9	74	29,5	76	30,3
Yemeklerin tadına bakmadan tuz eklerim.	6	2,4	3	1,2	7	2,8	7	2,8	228	90,8

4.6. Besinlerin Tüketim Sıklığı ile İlişkili Bulgular

Besin tüketim sıklığı formu ile dört ana besin grubundan ait (süt ve süt ürünleri, et grubu, ekmek ve tahıl grubu ve meyve/sebze grubu) besinlerin tüketim sıklığı saptanmıştır Tablo 4.23'te katılımcıların süt ve süt ürünlerini grubu ve et, yumurta, kurubaklagil ve yağlı tohum grubu besinleri tüketme sıklıkları yer almaktadır.

Katılımcıların %43,8'i her gün yoğurt, %75,7'si ise her gün beyaz peynir tükettiklerini ifade etmiştir. Kaşar peynirini her gün tüketenler ise %39,6'lık bir kesimdir (n=97). Katılımcıların %46,2'si sütü, %77,3'ü ise kefirini hiçbir zaman tüketmediğini belirtmiştir. Ayrar tüketim sıklığı genellikle 'haftada 2-4 kez' (%25,9) ve 'haftada 1 kez' (%23,1) olarak belirtilmiştir.

Katılımcıların %52,6'sı her gün, %34,3'ü ise haftada 2-4 kez yumurta tükettiğini belirtmiştir. Toplam yüzde açısından haftada en az 2-4 kez yumurta tüketenler %94,1'lik bir bölümü oluşturmaktadır. Et grubundan kırmızı et tüketiminin beyaz ete göre daha yüksek olduğu, katılımcıların %42,6'sının haftada 2-4 kez kırmızı et tükettiği %23,9'unun haftada 1 kez kırmızı et tükettiği saptanmıştır. Diğer yandan kişilerin %35,1'i için beyaz et tüketim sıklığı haftada 1 iken, %32,7'si için haftada 2-4 kez'dir. En az tüketilen et türü ise balık olarak saptanmıştır, haftada en az 2-4 kez balık tüketenlerin yüzdesi %13,5 iken haftada 1 kez tüketenlerin yüzdesi %38,6'dır. Katılımcıların %48,2'sinin haftada 2-4 kez kurubaklagil tükettiği saptanmıştır. Katılımcılar arasında yağlı tohumu en az haftada 2-4 kez tüketenlerin yüzdesinin %57,4 olduğu görülmektedir.

Tablo 4.23 Katılımcıların süt ve süt ürünlerini ve et, yumurta, kurubaklagil, yağlı tohum grubuna ait besinleri tüketme sıklığı (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Süt ve süt ürünleri	Günde 4-5 kez		Günde 2-3 kez		Günde 1 kez		Haftada 5-6 kez		Haftada 2-4 kez		Haftada 1 kez		Ayda 2-3 kez		Ayda 1 veya daha az		Hiçbir zaman	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Süt	-	-	1	0,4	21	8,4	2	0,8	35	13,9	40	15,9	15	6,0	21	8,4	116	46,2
Kefir	-	-	-	-	9	3,6	3	1,2	8	3,2	5	2,0	10	4,0	22	8,8	194	77,3
Ayran	-	-	3	1,2	30	12,0	17	6,8	65	25,9	58	23,1	32	12,7	30	12,0	16	6,4
Yoğurt	-	-	8	3,2	110	43,8	28	11,2	77	30,7	18	7,2	4	1,6	3	1,2	3	1,2
Beyaz peynir	2	0,8	37	14,7	190	75,7	6	2,4	6	2,4	4	1,6	-	-	1	0,4	5	2,0
Kaşar	-	-	14	5,6	97	39,6	13	5,2	35	13,9	43	17,1	14	5,6	22	8,8	13	5,2
Et, yumurta, kurubaklagil, yağlı tohum grubu																		
Yumurta	-	-	6	2,4	132	52,6	12	4,8	86	34,3	10	4,0	2	0,8	-	-	3	1,2
Kırmızı et	-	-	-	-	17	6,8	28	11,2	107	42,6	60	23,9	26	10,4	10	4,0	3	1,2
Beyaz et	-	-	-	-	7	2,8	4	1,6	82	32,7	88	35,1	38	15,1	21	8,4	11	4,4
Balık	-	-	-	-	2	0,8	1	0,4	31	12,4	97	38,6	54	21,5	42	16,7	24	9,6
Kurubaklagil	-	-	-	-	4	1,6	5	2,0	121	48,2	83	33,1	24	9,6	8	3,2	6	2,4
Yağlı tohum	-	-	3	1,2	44	17,5	31	12,4	66	26,3	50	19,9	14	5,6	17	6,8	26	10,4

Tablo 4.24’de ekmek ve tahıl grubu besinlerin ve sebze/meyvelerin tüketim sıklığı gösterilmiştir.

Tahıl grubundan sıklıkla tüketilen besin ekmek olarak saptanmıştır. Günde bir kez veya daha fazla ekmek tüketenler %96,4’lük bir dilimi oluşturmaktadır. Diğer yandan bulgur veya pirinç gibi tahıllar ekmekten sonra en sık tüketilen tahıl ürünleri olmuştur; haftada en az 1 kez tüketenler %91,2’lik bir kısmı oluşturmaktadır. Simit/poğaç gibi unlu mamuller katılımcıların %29,9’u tarafından ‘haftada 2–4 kez’ tüketilmektedir. Makarna/erişte tüketiminde en yaygın sıklık %26,7 ile ‘haftada 2–4 kez’ iken, çorba katılımcıların %35,1’i tarafından her gün tüketilmektedir. Katılımcıların %82,1’i hiçbir zaman yulaf tüketmediğini belirtmiştir.

Katılımcıların %37,1’i günde 1 kez, %22,7’si günde 2-3 kez söğüş sebze veya salata tükettiğini beyan etmiştir. Katılımcıların %57,4’ü haftada en fazla 2-4 kez sebze yemeği tükettiğini beyan etmiştir. Katılımcıların %46,6’sının günde 1 kez taze meyve tükettiği, %12’sinin ise günde 2-3 kez taze meyve tükettiği saptanmıştır. Günde en az 1 kez meyve tüketmeyenlerin toplam yüzdesi %41 olarak hesaplanmıştır. Kişilerin en az %61’inin haftada en az 1 kez kuru meyve tükettiği görülmektedir.

Tablo 4.24 Katılımcıların ekmek ve tahıl grubuna ait besinleri ve meyve/sebzeleri tüketme sıklığı (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Ekmek ve tahıl grubu	Günde 4-5 kez			Günde 2-3 kez			Günde 1 kez			Haftada 5-6 kez			Haftada 2-4 kez			Haftada 1 kez			Ayda 2-3 kez			Ayda 1 veya daha az			Hiçbir zaman		
	Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde	
Ekmek	17	6,8		173	68,9		52	20,7		1	0,4		3	1,2		1	0,4		-	-		-	-		4	1,6	
Simit/Poğaç	-	-		-	-		9	3,6		12	4,8		34	13,5		75	29,9		44	17,5		49	19,5		28	11,2	
Bulgur/Pirinç pilavı	-	-		-	-		7	2,8		12	4,8		145	57,8		65	25,9		17	6,8		4	1,6		1	0,4	
Makarna/Erişte	-	-		-	-		1	0,4		5	2,0		67	26,7		93	37,1		48	19,1		25	10,0		12	4,8	
Çorba	-	-		3	1,2		88	35,1		45	17,9		89	35,5		16	6,4		6	2,4		2	0,8		2	0,8	
Yulaf	-	-		1	0,4		6	2,4		2	0,8		7	2,8		11	4,4		4	1,6		14	5,6		206	82,1	
Meyve ve sebze grubu																											
Salata	1	0,4		57	22,7		93	37,1		23	9,2		58	23,1		9	3,6		7	2,8		1	0,4		2	0,8	
Sebze yemeği	-	-		5	2,0		23	9,2		41	16,3		144	57,4		29	11,6		7	2,8		2	0,8		-	-	
Taze meyve	1	0,4		30	12,0		117	46,6		39	15,5		42	16,7		16	6,4		3	1,2		2	0,8		1	0,4	
Kuru meyve	-	-		4	1,6		24	9,6		18	7,2		51	20,3		56	22,3		24	9,6		25	10,0		49	19,5	

4.7. Katılımcıların Beslenme Davranışları ile İlişkili Durumlar

Tablo 4.25’de katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre öğün atlama durumları incelenmiştir.

Erkek katılımcıların %71,4’ü, kadın katılımcıların ise %72,2’si öğün atladıklarını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,893$).

65–79 yaş grubundaki bireylerin %73,5’i, 80 yaş ve üzeri grubun %63,8’i öğün atladığını ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,183$).

Evli olan katılımcıların %74,5’inin, evli olmayanların ise %71,1’inin öğün atladığını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,642$).

Okuryazar ve ilkokul/ortaokul mezunlarının 73,3’ü, lise ve üzeri eğitim alanların %70,8’i öğün atladığını belirtmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,670$).

Geliri giderine eşit ya da az olan bireylerin %70,1’i, geliri giderinden fazla olanların ise %75,0’i öğün atladıklarını ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,412$).

Tek başına yaşayan bireylerin %62,5’i, başkalarıyla yaşayanların ise %73,9’u öğün atladıklarını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,115$).

Tablo 4.25 Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre öğün atlama durumu (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Öğün atlama durumu				Ki-kare	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet						
Erkek	115	71,4	46	28,6	0,018	0,893
Kadın	65	72,2	25	27,8		
Yaş grubu						
65-79	150	73,5	54	26,5	1,772	0,183
80 ve üzeri	30	63,8	17	36,2		
Medeni durum						
Evli	35	74,5	12	25,5	0,216	0,642
Eşinden ayrılmış/ Eşi vefat etmiş/evli değil	145	71,1	59	28,9		
Öğrenim durumu						
Okur yazar/ilkokul/ortaokul	66	73,3	24	26,7	0,182	0,670
Lise ve üzeri	114	70,8	47	29,2		
Gelir düzeyi						
Geliri giderine eşit veya az	117	70,1	50	29,9	0,672	0,412
Geliri giderinden fazla	63	75,0	21	25,0		
Kiminle birlikte yaşadığı						
Tek başına	30	62,5	18	37,5	2,483	0,115
Başkalarıyla	150	73,9	53	26,1		

Tablo 4.26’da katılımcıların kronik hastalık durumu, ilaç kullanımı, yemek yeme ve pişirme alışkanlıklarına göre öğün atlama durumu incelenmiştir.

Hastalığı olan bireylerin %70,1’i, hastalığı olmayanların ise %78,7’si öğün atladıklarını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,237$).

İlaç kullanan bireylerin %71,1’i, kullanmayanların %74,0’ü öğün atladığını ifade etmiştir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,688$).

Yemeğini kendisi yapanların %77,2’si, başkasının yaptığı yemekleri tüketenlerin %67,2’si öğün atladığını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,079$).

Yemeğini tek başına yiyenlerin %66,7’si, başkalarıyla yiyenlerin ise %73,1’i öğün atladıklarını ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,353$).

Tablo 4.26 Katılımcıların kronik hastalık durumu, ilaç kullanımı, yemek yeme ve pişirme alışkanlıklarına göre öğün atlama durumu (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Öğün atlama durumu				Ki-kare	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Kronik hastalık durumu						
Var	143	70,1	61	29,9	1,401	0,237
Yok	37	78,7	10	21,3		
İlaç kullanımı						
Var	143	71,1	58	28,9	0,161	0,688
Yok	37	74,0	13	26,0		
Yemeği kimin yaptığı						
Kendisi	88	77,2	26	22,8	3,092	0,079
Başkası	92	67,2	45	32,8		
Yemeği kiminle yediği						
Tek başına	36	66,7	18	33,3	0,864	0,353
Başkalarıyla	144	73,1	53	26,9		

Tablo 4.27’de katılımcıların bazı sağlık davranışlarına göre öğün atlama durumları incelenmiştir. Tütün kullanmayan bireylerin %70,8’i öğün atlarken, tütün kullanan bireylerin %77,1’i öğün atladığını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0,591$; $p=0,442$).

Yeterli uyuyan bireylerin %70,6’sı, yetersiz uyuyanların ise %78,8’i öğün atlarken, gruplar arası fark anlamlı değildir ($\chi^2=0,937$; $p=0,333$).

Stres durumu ile öğün atlama arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2=10,765$; $p=0,001$). Stresli bireylerin %83,9’u öğün atladığını belirtirken, stresiz bireylerde bu oran %64,6’dır. Bu sonuç, stresli bireylerin öğün atlama eğiliminin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Yetersiz fiziksel aktiviteye sahip bireylerin %72,5’i öğün atladığını, yeterli fiziksel aktiviteye sahip olanların ise %68,7’sinin öğün atlattığını bildirmiştir; bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi^2=1,321$; $p=0,250$).

Tablo 4.27 Katılımcıların bazı sağlık davranışlarına göre öğün atlama durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Öğün atlama durumu				Ki-kare	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Tütün kullanımı						
Kullanmıyor	153	70,8	64	29,2	0,591	0,442
Kullanıyor	27	77,1	8	22,9		
Uyku süresi						
Yeterli	154	70,6	64	29,4	0,937	0,333
Yetersiz	26	78,8	7	21,2		
Stres durumu						
Stresli	78	83,9	15	16,1	10,765	0,001
Stressiz	102	64,6	56	35,4		
Fiziksel aktivite düzeyi						
Yetersiz	88	75,2	29	24,8	1,324	0,250
Yeterli	92	68,7	42	31,1		

Tablo 4.28’de katılımcıların ara öğün tüketme durumu ile ilişkili faktörler incelenmiştir.

Erkek katılımcıların %95,0’i, kadın katılımcıların ise %93,3’ü ara öğün tükettiğini (her zaman veya bazen) belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,574$).

65–79 yaş grubundaki bireylerin %94,6’sı, 80 yaş ve üzeri grubun %93,6’sı ara öğün tükettiğini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,790$).

Evli olan katılımcıların %91,5’i, evli olmayanların %95,1’i ara öğün tükettiğini ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,331$).

Okuryazar ve ilkokul/ortaokul mezunlarının %95,6’sı, lise ve üzeri eğitim alanların %93,8’i ara öğün tükettiğini belirtmiştir. Gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,559$).

Geliri giderine eşit ya da az olan bireylerin %94,6’sı, geliri giderinden fazla olanların ise %94,0’ü ara öğün tükettiğini ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,854$).

Tek başına yaşayan bireylerin %89,6’sı, başkalarıyla yaşayanların ise %95,6’sı ara öğün tükettiğini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,104$).

Tablo 4.28 Katılımcıların ara öğün tüketme durumu ile ilişkili faktörler (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Ara öğün tüketme durumu				Ki-kare	p
	Hayır		Evet/Bazen			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet						
Erkek	8	5,0	153	95,0	0,316	0,574
Kadın	6	6,7	84	93,3		
Yaş grubu						
65-79	11	5,4	193	94,6	0,071	0,790
80 ve üzeri	3	6,4	44	93,6		
Medeni durum						
Evli	4	8,5	43	91,5	0,945	0,331
Eşinden ayrılmış/ Eşi vefat etmiş/evli değil	10	4,9	194	95,1		
Öğrenim durumu						
Okur yazar/ilkokul/ortaokul	4	4,4	86	95,6	0,342	0,559
Lise ve üzeri	10	6,2	151	93,8		
Gelir düzeyi						
Geliri giderine eşit veya az	9	5,4	158	94,6	0,034	0,854
Geliri giderinden fazla	5	6,0	79	94,0		
Kiminle birlikte yaşadığı						
Tek başına	5	10,4	43	89,6	2,639	0,104
Başkalarıyla	9	4,4	194	95,6		

Tablo 4.29’da katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyine göre su tüketimi durumları incelenmiştir.

Erkek katılımcıların %41,0’ı, kadın katılımcıların ise %37,8’i yeterli su tükettiğini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,618$).

65–79 yaş grubundaki bireylerin %40,2’si, 80 yaş ve üzeri bireylerin ise %38,3’ü yeterli su tükettiğini ifade etmiştir. Yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,811$).

Okuryazar ve ilkokul/ortaokul mezunlarının %35,6’sı, lise ve üzeri eğitim almış olanların ise %42,2’si su tüketimini yeterli olarak değerlendirmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,300$).

Tek başına yaşayan bireylerin %33,3’ü, başkalarıyla birlikte yaşayanların ise %41,1’i yeterli miktarda su tükettiğini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,306$).

Fiziksel olarak yeterli düzeyde aktif olmayan bireylerin %36,8’i, fiziksel olarak yeterli düzeyde aktif olan bireylerin ise %42,5’si su tüketimini yeterli olarak değerlendirmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,350$).

Tablo 4.29 Katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri ve fiziksel aktivite düzeyine göre su tüketimi (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) ($n=251$).

Özellik	Su tüketimi				Ki-kare	<i>p</i>
	Yetersiz		Yeterli			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet						
Erkek	95	59,0	66	41,0	0,249	0,618
Kadın	56	62,2	34	37,8		
Yaş grubu						
65-79	122	59,8	82	40,2	0,057	0,811
80 ve üzeri	29	61,7	18	38,3		
Öğrenim durumu						
Okur yazar/ilkokul/ortaokul	58	64,4	32	35,6	1,075	0,300
Lise ve üzeri	93	57,8	68	42,2		
Kiminle birlikte yaşadığı						
Tek başına	32	66,7	16	33,3	1,049	0,306
Başkalarıyla	119	58,6	84	41,1		
Fiziksel aktivite düzeyi						
Yetersiz	74	63,2	43	36,8	0,872	0,350
Yeterli	77	57,5	57	42,5		

Tablo 4.30’da katılımcıların hazır paketli atıştırmalıklar tüketme davranışları ile bazı sosyodemografik özellikler ve kronik hastalık durumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Erkek katılımcıların %39,8’i, kadın katılımcıların %41,1’i hazır paketli atıştırmalıkları her zaman, sıklıkla veya bazen tükettiklerini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,833$).

65–79 yaş grubundaki bireylerin %38,7’si, 80 yaş ve üzeri grubun %46,8’i bu ürünleri her zaman, sıklıkla veya bazen tükettiklerini ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,308$).

Okuryazar ve ilkokul/ortaokul mezunlarının %53,3’ü, lise ve üzeri eğitim alanların %32,9’u hazır paketli atıştırmalıkları her zaman, sıklıkla veya bazen tükettiklerini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,002$).

Geliri giderine eşit ya da az olan bireylerin %45,5’i, geliri giderinden fazla olanların ise %29,8’i bu ürünleri tükettiklerini ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,016$).

Tek başına yaşayan bireylerin %47,9’u, başkalarıyla birlikte yaşayanların ise %38,4’ü hazır paketli atıştırmalıkları tükettiklerini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,228$).

Hastalığı olan bireylerin %40,2’si, hastalığı olmayanların ise %40,4’ü hazır paketli atıştırmalıkları her zaman, sıklıkla veya bazen tükettiklerini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,097$).

Tablo 4.30 Katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri ve kronik hastalık durumuna göre hazır paketli atıştırmalıklar tüketme davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Hazır paketli atıştırmalıklar tüketme davranışı				Ki-kare	p
	Her zaman/Sıklıkla/Bazen		Nadiren/Hiçbir zaman			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet						
Erkek	64	39,8	97	60,2	0,044	0,833
Kadın	37	41,1	53	58,9		
Yaş grubu						
65-79	79	38,7	125	61,3	1,038	0,308
80 ve üzeri	22	46,8	25	53,2		
Öğrenim durumu						
Okur yazar/ilkokul/ortaokul	48	53,3	42	46,7	10,004	0,002
Lise ve üzeri	53	32,9	108	67,1		
Gelir düzeyi						
Geliri giderine eşit veya az	76	45,5	91	54,5	5,763	0,016
Geliri giderinden fazla	25	29,8	59	70,2		
Kiminle birlikte yaşadığı						
Tek başına	23	47,9	25	52,1	1,455	0,228
Başkalarıyla	78	38,4	125	61,6		
Kronik hastalık durumu						
Var	82	40,2	122	59,8	0,001	0,977
Yok	19	40,4	28	59,6		

Tablo 4.31’de katılımcıların yemeklerde katı yağ yerine sıvı yağ kullanma davranışları ile bazı sosyodemografik özellikleri ve kronik hastalık durumu arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Erkek katılımcıların %93,2’si, kadın katılımcıların ise %97,8’i yemeklerde her zaman, sıklıkla veya bazen sıvı yağ kullandıklarını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,114$).

65–79 yaş grubundaki bireylerin %96,6’sı, 80 yaş ve üzeri bireylerin ise %87,2’si sıvı yağ kullandıklarını ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,009$).

Okuryazar ve ilkokul/ortaokul mezunlarının %93,3’ü, lise ve üzeri eğitim alanların %95,7’si yemeklerinde sıvı yağ tercih ettiklerini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,427$).

Geliri giderine eşit ya da az olan bireylerin %94,6’sı, geliri giderinden fazla olanların ise %95,2’si her zaman/sıklıkla/bazen sıvı yağ kullandıklarını ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,832$).

Tek başına yaşayan bireylerin %93,8’i, başkalarıyla birlikte yaşayanların ise %95,1’si sıvı yağ kullandıklarını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,710$).

Hastalığı olan bireylerin %95,1’i, hastalığı olmayanların ise %93,6’sı yemeklerinde sıvı yağ kullandıklarını belirtmiştir. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,680$).

Tablo 4.31 Katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri ve kronik hastalık durumuna göre yemeklerde katı yağ yerine sıvıyağ kullanma davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Yemeklerde katı yağ yerine sıvıyağ kullanma davranışı				Ki-kare	p
	Her zaman/Sıklıkla/Bazen		Nadiren/Hiçbir zaman			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet						
Erkek	150	93,2	11	6,8	2,498	0,114
Kadın	88	97,8	2	2,2		
Yaş grubu						
65-79	197	96,6	7	3,4	6,778	0,009
80 ve üzeri	41	87,2	6	12,8		
Öğrenim durumu						
Okur yazar/ilkokul/ortaokul	84	93,3	6	6,7	0,632	0,427
Lise ve üzeri	154	95,7	7	4,3		
Gelir düzeyi						
Geliri giderine eşit veya az	158	94,6	9	5,4	0,045	0,832
Geliri giderinden fazla	80	95,2	4	4,8		
Kiminle birlikte yaşadığı						
Tek başına	45	93,8	3	6,3	0,139	0,710
Başkalarıyla	193	95,1	10	4,9		
Kronik hastalık durumu						
Var	194	95,1	10	4,9	0,171	0,680
Yok	44	93,6	3	6,4		

Tablo 4.32’de katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih etme durumları incelenmiştir.

Erkek katılımcıların %24,2’si, kadın katılımcıların ise %48,9’u doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih ettiklerini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

65-79 yaş grubundaki katılımcıların %36,3’ü, 80 yaş ve üzeri bireylerin %19,1’i bu görüşmeleri bilgi kaynağı olarak tercih ettiğini ifade etmiştir. Yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,024$).

Evli olanların %34,0’u, evli olmayanların %32,8’i doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih ettiğini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,875$).

Okuryazar ve ilkokul/ortaokul mezunlarının %30,0’u, lise ve üzeri eğitim alanların %34,8’i bu görüşmeleri bilgi kaynağı olarak tercih ettiğini belirtmiştir. Gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,440$).

Geliri giderinden az veya eşit olanların %30,5’inin, geliri giderinden fazla olanların %38,1’inin bu görüşmeleri bilgi kaynağı olarak tercih ettiğini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,230$).

Tek başına yaşayan bireylerin %39,6’sının, başkalarıyla yaşayanların ise %31,5’i doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih ettiğini ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,286$).

Tablo 4.32 Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih etme durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Doktor veya diyetisyen görüşmesinin bilgi kaynağı olarak tercih edilmesi				Ki-kare	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Cinsiyet						
Erkek	39	24,2	122	75,8	15,868	<0,001
Kadın	44	48,9	46	51,1		
Yaş grubu						
65-79	74	36,3	130	63,7	5,062	0,024
80 ve üzeri	9	19,1	38	80,9		
Medeni durum						
Evli	16	34,0	31	66,0	0,025	0,875
Eşinden ayrılmış/ Eşi vefat etmiş/evli değil	67	32,8	137	67,2		
Öğrenim durumu						
Okur yazar/ilkokul/ortaokul	27	30,0	63	70,0	0,597	0,440
Lise ve üzeri	56	34,8	105	65,2		
Gelir düzeyi						
Geliri giderine eşit veya az	51	30,5	116	69,5	1,442	0,230
Geliri giderinden fazla	32	38,1	52	61,9		
Kiminle birlikte yaşadığı						
Tek başına	19	39,6	29	60,4	1,138	0,286
Başkalarıyla	64	31,5	139	68,5		

Tablo 4.33’de katılımcıların daha önce beslenme eğitimi almış olma durumları ve ilişkili bazı özelliklere göre doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih etme durumları incelenmiştir.

Daha önce eğitim almadığını ya da hatırlamadığını belirten bireylerin %20,7’si, eğitim aldığını belirtenlerin ise %61,0’ı doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih ettiklerini ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Eğitimi diyetisyenden alanların %68,1’i, doktordan alanların ise %50,0’si bu görüşmeleri bilgi kaynağı olarak tercih ettiklerini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,113$).

Beslenme eğitiminden sonra 5 yıldan daha az süre geçmiş olanların %68,0’i, 5 yıldan fazla süre geçmiş olanların %48,1’i bu görüşmeleri bilgi kaynağı olarak tercih ettiklerini ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,088$).

Tablo 4.33 Katılımcıların daha önce beslenme eğitimi almış olma durumları ve buna ilişkin özelliklere göre doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih etme durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	Doktor veya diyetisyen görüşmesinin bilgi kaynağı olarak tercih edilmesi				Ki-kare	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Daha önce beslenme eğitimi almış olma durumu (n=251)					39,264	<0,001
Hayır/Hatırlamıyor	36	20,7	138	79,3		
Evet	47	61,0	30	39,0		
Beslenme eğitimini veren kişi (n=77)						
Diyetisyen	32	68,1	15	31,9	2,518	0,113
Doktor	15	50,0	15	50,0		
Beslenme eğitimden sonra geçen süre (n=77)						
5 yıl veya daha az	34	68,0	16	32,0	2,905	0,088
5 yıldan fazla	13	48,1	14	51,9		

Tablo 4.34'te katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre medyada paylaşılan diyetleri uygulama durumları incelenmiştir.

Erkek katılımcıların %20,5'i, kadın katılımcıların ise %28,9'u medyada paylaşılan diyetleri uyguladığını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,133$).

65–79 yaş grubundaki bireylerin %25,5'i, 80 yaş ve üzeri grubun %14,9'u bu tür diyetleri uyguladığını ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,122$).

Evli olan katılımcıların %19,1'i, evli olmayanların ise %24,5'i medyada paylaşılan diyetleri uyguladığını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır değildir ($p=0,435$).

Okuryazar ve ilköğretim/ortaokul mezunlarının %13,3'ü, lise ve üzeri eğitim alanların ise %29,2'si bu diyetleri uyguladığını belirtmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,004$).

Geliri giderine eşit ya da az olan bireylerin %21,6'sı, geliri giderinden fazla olanların ise %27,4'ü medyada paylaşılan diyetleri uyguladıklarını ifade etmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,305$).

Tek başına yaşayan bireylerin %8,3'ü, başkalarıyla yaşayanların ise %27,1'i medyada paylaşılan diyetleri uyguladıklarını belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,006$).

Tablo 4.34 Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre medya’da paylaşılan diyetleri uygulama durumları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025) (n=251).

Özellik	Medya’da paylaşılan diyetleri uygulama durumu					
	Evet		Hayır			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Ki-kare	<i>p</i>
Cinsiyet						
Erkek	33	20,5	128	79,5	2,261	0,133
Kadın	26	28,9	64	71,1		
Yaş grubu						
65-79	52	25,5	152	74,5	2,386	0,122
80 ve üzeri	7	14,9	40	85,1		
Medeni durum						
Evli	9	19,1	38	80,9	0,611	0,435
Eşinden ayrılmış/ Eşi vefat etmiş/evli değil	50	24,5	154	75,5		
Öğrenim durumu						
Okur yazar/ilkokul/ortaokul	12	13,3	78	86,7	8,075	0,004
Lise ve üzeri	47	29,2	114	70,8		
Gelir düzeyi						
Geliri giderine eşit veya az	36	21,6	131	78,4	1,054	0,305
Geliri giderinden fazla	23	27,4	61	72,6		
Kiminle birlikte yaşadığı						
Tek başına	4	8,3	44	91,7	7,599	0,006
Başkalarıyla	55	27,1	148	72,9		

Tablo 4.35’de katılımcıların beslenme konusunda bilgi kaynağı olarak gazete, televizyon veya sosyal medya kullanma durumlarına göre medyada paylaşılan diyetleri uygulama durumu sunulmuştur. Bu kaynaklardan bilgi alan bireylerin %33,9’u medyada paylaşılan diyetleri uyguladığını, %66,1’i ise uygulamadığını belirtmiştir. Bu kaynakları kullanmayan bireylerin ise %12,9’u uyguladığını, %87,1’i uygulamadığını bildirmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=15,322$; $p<0,001$).

Tablo 4.35 Katılımcıların beslenme konusunda bilgi kaynağı olarak gazete, TV veya sosyal medya kullanma durumlarına göre medya’da paylaşılan diyetleri uygulama durumu (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Bilgi kaynağı gazete/televizyon/ sosyal medya	Medya’da paylaşılan diyetleri uygulama durumu						Ki-kare	<i>p</i>
	Evet		Hayır		Toplam			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Evet	43	33,9	84	66,1	127	50,6	15,322	<0,001
Hayır	16	12,9	108	87,1	124	49,4		
Toplam	59	23,5	192	23,5	251	100,0		

4.8 Katılımcıların Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeyi ile İlişkili Durumlar

Tablo 4.36’da katılımcıların beslenme ile ilgili sorulardan elde ettikleri puan, çeşitli sosyodemografik ve bireysel özelliklere göre incelenmiştir.

Erkek katılımcıların beslenme bilgi düzeyi medyanı 9 (ÇADA: 8-10), kadınların ise 9 (ÇADA: 8-10) olarak bulunmuştur. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,270$).

65-79 yaş grubunun medyanı 10 (ÇADA: 8-10), 80 yaş ve üzeri grubun ise 9 (ÇADA: 7-10) olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Evli olan katılımcıların bilgi düzeyi medyanı 9 (ÇADA: 9-10), evli olmayanların ise yine 9 (ÇADA: 8-10) olarak belirlenmiştir ($p=0,231$).

Okuryazar/ilkokul/ortaokul mezunlarının medyanı 9 (ÇADA: 7-10), lise ve üzeri eğitim alanların 10 (ÇADA: 8-10), olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,012$).

Geliri giderine eşit ya da az olanların medyanı 9 (ÇADA: 8-10), geliri giderinden fazla olanların da 10 (ÇADA: 9-10) bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,049$).

Hastalığı olmayan bireylerin bilgi düzeyi medyanı 9 (ÇADA: 8-10), hastalığı olanların ise 9 (ÇADA: 8-10) olarak belirlenmiştir ($p=0,904$).

Daha önce diyet uygulamış olan bireylerin medyanı 10 (ÇADA: 8-11), uygulamayanların medyanı ise 9 (ÇADA: 8-10) olarak bulunmuştur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,188$).

Daha önce beslenme eğitimi almış olan bireylerin medyan bilgi düzeyi 9 (ÇADA: 8-10), almayanlarınki ise 9 (ÇADA: 8-10) olarak saptanmış ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih eden bireylerin bilgi düzeyi medyanı 10 (ÇADA: 8-11), etmeyenlerin ise 9 (ÇADA: 8-10) olarak belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,006$).

Tablo 4.36 Katılımcıların bazı özelliklerine göre beslenme ile ilgili bilgi puanları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Özellik	n	Ort. Sıra	Ortanca (ÇADA)	U	Z	p
Cinsiyet						
Erkek	161	122,30	9 (8-10)	6649,5	-1,103	0,270
Kadın	90	132,62	10 (8-10)			
Yaş						
65-79	204	133,62	10 (8-10)	3239,0	-3,542	<0,001
80 ve üzeri	47	92,91	9 (7-10)			
Medeni durum						
Evli	47	137,18	9 (9-10)	4268,5	-1,197	0,231
Eşinden ayrılmış/ Eşi vefat etmiş/ Evli değil	204	123,42	9 (8-10)			
Öğrenim durumu						
Okur yazar/ilkokul/ortaokul	90	110,96	9 (7-10)	5891,5	-2,508	0,012
Lise ve üzeri	161	134,41	10 (8-10)			
Gelir düzeyi						
Geliri giderine eşit veya az	167	119,73	9 (8-10)	5967,0	-1,972	0,049
Geliri giderinden fazla	84	138,46	10 (9-10)			
Kronik hastalık durumu						
Var	204	125,74	9 (8-10)	4741,0	-0,121	0,904
Yok	47	127,13	9 (8-10)			
Daha önce diyet uygulamış olmak						
Evet	30	142,03	10 (8-11)	2834,0	-1,318	0,188
Hayır	221	123,82	9 (8-10)			
Daha önce beslenme eğitimi almış olma durumu						
Hayır/Hatırlamıyor	174	124,20	9 (8-10)	6386,5	-0,602	0,547
Evet	77	130,06	9 (8-10)			
Doktor veya diyetisyen görüşmesinin bilgi kaynağı olarak tercih edilmesi						
Evet	83	143,41	10 (8-11)	5527,0	-2,729	0,006
Hayır	168	117,40	9 (8-10)			

4.9 Beslenme Bilgisi Puanları ile Beslenme Davranışlarının İlişkisi

Tablo 4.37'de katılımcıların bilgi düzeylerine göre yemeklerde katı yağ yerine sıvı yağ kullanma davranışları incelenmiştir. Doğru cevap sayısı ortancanın altında olan bireylerin %88,9'u yemeklerde her zaman, sıklıkla veya bazen katı yağ yerine sıvı yağ kullandığını belirtirken, %11,1'i nadiren ya da hiçbir zaman bu tercihte bulunmadığını ifade etmiştir. Buna karşılık, doğru cevap sayısı ortanca ve üzerinde olan katılımcıların %97,6'sı yemeklerinde sıvı yağ tercih ettiğini belirtmiş, %2,4'ü bu tercihi nadiren ya da hiç yapmadığını bildirmiştir. Gruplar arası farkın istatistiksel anlamlılığını test etmek amacıyla yapılan Ki-kare testi sonucunda ($\chi^2=8,569$; $p=0,003$), elde edilen p değeri 0,05'ten küçük olduğu için bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.37 Katılımcıların beslenme bilgisi puanlarına göre yemeklerde katı yağ yerine sıvıyağ kullanma davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Bilgi puanı	Yemeklerde katı yağ yerine sıvıyağ kullanma davranışı							
	Her zaman/sıklıkla/bazen		Nadiren/Hiçbir zaman		Toplam		Ki-kare	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Ortancanın altında (<9)	72	88,9	9	11,1	81	32,3	8,569	0,003
Ortanca ve üzeri (≥9)	166	97,6	4	2,4	170	67,7		
Toplam	238	94,8	13	5,2	251	100,0		

Tablo 4.38’de katılımcıların bilgi düzeylerine göre hazır paketli atıştırmalık tüketme davranışları incelenmiştir. Doğru cevap sayısı ortancanın altında olan bireylerin %49,4’ü her zaman, sıklıkla veya bazen hazır paketli atıştırmalık tükettiklerini belirtirken, %50,6’sı bu ürünleri nadiren ya da hiç tüketmediğini ifade etmiştir. Doğru cevap sayısı ortanca ve üzerinde olan bireylerin ise %35,9’u bu ürünleri sıklıkla tükettiğini, %64,1’i ise nadiren ya da hiç tüketmediğini belirtmiştir. Ki-kare testi sonucunda elde edilen p değeri ($\chi^2=4,158$; $p=0,041$), gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ($p<0,05$).

Tablo 4.38 Katılımcıların beslenme bilgisi puanlarına göre hazır paketli atıştırmalıklar tüketme davranışları (Baharevleri, 21 Ekim 2024-1 Mart 2025).

Bilgi puanı	Hazır paketli atıştırmalıklar tüketme davranışı							
	Her zaman/sıklıkla/bazen		Nadiren/Hiçbir zaman		Toplam		Ki-kare	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Ortancanın altında (<9)	40	49,4	41	50,6	81	32,3	4,158	0,041
Ortanca ve üzeri (≥9)	61	35,9	109	64,1	170	67,7		
Toplam	101	40,2	150	59,8	251	100,0		

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Baharevleri'ni ziyaret eden 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme ile ilgili bilgi düzeyleri ve davranışları belirlenmiş; bunlarla ilişkili faktörler incelenmiştir. Katılımcıların beslenme bilgi puanı medyanı 9 (ÇADA: 8–10) olarak saptanmış ve bilgi düzeyleri yüksek olarak değerlendirilmiştir. Öğün atlama davranışının yaygınlığı olumsuz bir beslenme davranışı olarak görülmektedir. Ara öğün tüketme sıklığının yüksek olması ve tercihler arasında çoğunlukla taze/kuru meyve ile kuruyemişlerin bulunması ise olumlu bir beslenme davranışına işaret etmektedir. Katılımcıların günlük ortalama su tüketimi yetersiz bulunmuştur. Su dışındaki sıvı alımında çayın en çok tercih edilen içecek olduğu belirlenmiş; gazlı ve gazsız şekerli içeceklerin sık tüketilmemesi olumlu bir davranış olarak değerlendirilmiştir. Tablo 4.22'de gösterilen beslenme davranışlarının sıklığı tüm katılımcılar için ideal düzeyde olmamakla birlikte, çoğunluk açısından arzu edilen seviyeye yakınlık göstermektedir. Katılımcıların yumurta, yağlı tohumlar ve kurubaklagillerin tüketim sıklığı genellikle yeterli bulunmuştur. Buna karşın, meyve ve sebze tüketim sıklığı yetersiz olarak değerlendirilmiş; süt ve süt ürünleri tüketiminin ise yetersiz olabileceği öngörülmektedir. Kırmızı etin beyaz et ve balığa kıyasla daha sık tercih edilmesi, olumsuz bir beslenme davranışı olarak değerlendirilmektedir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin beslenme bilgi düzeyini ve beslenme davranışlarını etkilediği saptanmıştır. Ayrıca, beslenme bilgi düzeyi ile beslenme davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Çalışmaya katılan 251 kişiden 180 kişi (%71,7) öğün atladığını belirtmiştir. Öğün atlama sıklığının 166 kişi (%92,2) için her gün olduğu, en sık atlanan öğünün ise 167 kişi (%92,8) için öğle yemeği olarak saptanmıştır. Öğün atlamaya sebep olan en yaygın nedenler arasında alışkanlığının olmaması, iştahın olmaması ve geç kahvaltı yapma durumu yer almıştır. Ankara'da bir sağlık ocağına başvuran 65 yaş ve üzeri bireyler ile yapılan bir araştırmada benzer sonuçlara rastlanmıştır. Katılımcıların %64,5'i öğün atladığını, en sık atlanan öğünün ise öğle yemeği olduğu (%81,7) saptanmıştır. En yaygın iki neden iştahın olmaması ve geç kahvaltı yapma olarak raporlanmıştır (196).

Öğün atlama durumu ile cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık durumu, tek başına yaşama, yemekleri kendi yapma ve tek başına yemek yeme değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buna karşılık, stres düzeyi ile öğün atlama arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2=10,765$; $p=0,001$). Stresli bireylerin %83,9'u öğün atladığını belirtirken, stresli olmayan bireylerin %64,6'sı bu davranışı sergilemektedir. Literatürde psikolojik sağlık ile beslenme davranışları arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. Wild ve ark. toplumdaki yaşlı bireylerin öğün atlama davranışının psikolojik iyilik hali ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (197). Benzer şekilde, Anderson ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylerde öğün atlama davranışı ile depresyon ve anksiyete semptomları ilişkili bulunmuştur (198).

Katılımcıların %59,8'i 'ara öğün tüketir misiniz?' sorusuna 'evet' yanıtı vermiştir; 'bazen' yanıtı verenler ise %34,7'lik bir kısmı oluşturmaktadır. Bu bulgu, Yardımcı ve ark. tarafından yapılan çalışmadaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Söz konusu çalışmada, yaşlı bireylerin %58,2'sinin öğün aralarında her zaman yiyecek tükettikleri, %30,0'unun ise bazen tükettiği bildirilmiştir.

Bu araştırmada, yaşlı bireylerin ara öğün olarak en sık tercih ettikleri besinlerin taze/kuru meyveler (%79,7) ve kuruyemişler (%39,7) olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Song ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada bildirilen taze meyve (%80,1) tercihi ile örtüşmektedir (199). Diğer yandan Krok-Schoen ve ark. analizlerinde, yaşlı bireylerin ara öğün tüketiminin gençlere kıyasla daha az sıklıkta olduğu, ancak tüketilen atıştırmalıkların önemli bir bölümünün enerji yoğun ve besin değeri düşük ürünlerden oluştuğu vurgulanmıştır (200). Bu durum, araştırma örnekleminin sosyokültürel yapısı ve bölgesel beslenme alışkanlıkları ile ilişkili olabilir.

Katılımcıların ortalama günlük su tüketimi $1501 \pm 642,58$ olarak saptanmıştır. Yeterli su tüketiminin 1600mL (8 bardak) olduğunu kabul ederek, katılımcıların %60,2'sinin su alımının yetersiz olduğu değerlendirilmiştir. Literatürde, evde yaşayan yaşlı bireylerde dehidrasyon prevalansının %1-60 arasında değiştiği raporlanmıştır (201). Türkiye'de yapılan bir çalışmada evde yaşayan yaşlı bireylerin %72,7'sinin günde dört bardaktan az su içtiğini ortaya koymuştur (202). Su tüketimi ile ilişkili olabilecek faktörler arasında cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, fiziksel aktivite düzeyi ve

tek başına yaşama değişkenleri incelenmiştir. Bu faktörler ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde bu değişkenler ile hidrasyon durumu arasında ilişki bulunmuştur. İspanya'da yapılan çok merkezli bir çalışmada, 55-88 yaş arası 433 yaşlı bireyin su tüketimi ve fiziksel aktivite düzeyleri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada, fiziksel olarak aktif bireylerin daha yüksek sıvı alımına sahip olduğu, ayrıca kadınların erkeklere göre daha düşük sıvı alımına sahip olduğu ve yaşın ilerlemesiyle sıvı tüketiminin azaldığı belirtilmiştir (203). Bu farklılıklar, örneklem büyüklüğü, katılımcıların sosyokültürel özellikleri veya veri toplama yöntemlerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Besin gruplarının tüketim sıklığı Tablo 4.23 ve Tablo 4.24'de sunulmuştur. Süt ve süt ürünleri, diyetin kalsiyum ve protein kaynaklarındandır. Çalışmada günlük olarak en fazla tüketilen süt ürünleri %43,8 ile yoğurt ve %75,7 ile beyaz peynir olmuştur. En az tercih edilen süt ürünleri ise süt ve kefir olarak tespit edilmiştir. Bu bulgular, literatürdeki bazı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Yabancı ve arkadaşlarının Ankara'da bir yaşlı hizmet merkezinde yürüttüğü araştırmada, 65 yaş ve üzeri bireylerin %57,7'sinin her gün yoğurt, %56,6'sının ise her gün peynir tükettiği bildirilmiştir (204). Yardımcı ve arkadaşları tarafından Ankara'da bir hastaneye başvuran 65 yaş üstü bireylerle yapılan çalışmada, her gün peynir tüketen bireylerin oranı %89,1, yoğurt tüketenlerin oranı ise %50,9 olarak bulunmuştur (196). Postmenopozal kadınlarla gerçekleştirilen bir diğer araştırmada ise günlük yoğurt tüketim oranı %69,4, peynir tüketimi ise %77,8 olarak saptanmıştır (205). Bu veriler ışığında, yaşlı bireyler için süt ve süt ürünleri tüketiminde yoğurt ve peynirin başlıca kaynaklar olduğu söylenebilir. Yaşlı bireyler için önerilen günlük süt ve süt ürünleri tüketimi üç porsiyondur; bu nedenle, peynir ve yoğurt gibi sık tüketilen ürünlerin miktarının bir porsiyondan fazla olması, yeterli alımı sağlamada önem taşımaktadır. Ancak mevcut tüketim çeşitliliğinin düşük olması, bu gereksinimi karşılamada yetersiz kalılabileceğini düşündürmektedir.

Et, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar, diyetin temel kaliteli protein kaynaklarını oluşturmaktadır. Bu çalışmada, katılımcıların %94'ünün haftada en az 2–4 kez yumurta tükettiği belirlenmiştir. Yaşlı bireyler için önerilen haftalık yumurta tüketimi genellikle 5 adet civarındadır; bu bağlamda elde edilen sonuçlar, önerilen tüketim miktarına oldukça yakın bir düzeye işaret etmektedir. Yumurta, yüksek

biyoyararlanıma sahip protein içeriği, kolay hazırlanması ve ekonomik erişilebilirliği sayesinde yaşlı bireyler için önemli bir besin ögesi olarak öne çıkmaktadır (182). Ancak, Yabancı ve ark. tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada yumurta tüketiminin büyük oranda haftada 1–2 gün (%54,5) ile sınırlı kaldığı; benzer şekilde bir diğer çalışmada da katılımcıların %47,3'ünün haftada 1-2 kez yumurta tükettiği saptanmıştır (194, 204). Bu farkın, önceki çalışmaların 2011–2012 yıllarında yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. O dönemde yumurta tüketimi, kolesterol içeriği nedeniyle sınırlı önerilmekteydi. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalar ve güncellenen beslenme rehberleri, sağlıklı bireylerde yumurta tüketiminin kan kolesterolü üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu ortaya koymuş, bu da tüketim sıklığında artışa neden olmuştur (206).

Bu çalışmada, yaşlı bireylerin kırmızı et tüketim sıklığının beyaz etten daha yüksek olduğu, en az tercih edilen et türünün ise balık olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı beslenme rehberleri, özellikle yaşlı bireylerde doymuş yağ ve kolesterol alımının sınırlandırılması amacıyla kırmızı et tüketiminin azaltılmasını, bunun yerine beyaz et ve balık gibi daha sağlıklı protein kaynaklarının tercih edilmesini önermektedir. Bu doğrultuda, çalışmamızda kırmızı etin beyaz et ve balığa kıyasla daha sık tüketiliyor olması, mevcut öneriler ile örtüşmemektedir (182). Ankara'da 65 yaş üstü bireyleri değerlendiren diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yaşlı hizmet merkezlerine başvuran bireylerin %45,5'i haftada 3-5 kez kırmızı et tüketirken, beyaz et için bu oran %26,3'tür (204). Yardımcı ve ark. ise kişilerin %30,0'unun ayda 2'den az, %16,4'ünün ise hiç balık tüketmediğini raporlamıştır. Kırmızı et tüketiminin diğer türlere göre yüksek olması, Türk mutfak kültürünün bir yansıması olabilir.

Katılımcıların neredeyse yarısının (%48,2) haftada 2–4 kez kurubaklagil tükettiği belirlenmiştir. Türkiye'ye özgü beslenme rehberine göre, 50 yaş ve üzeri bireylerin haftada en az 3 porsiyon kurubaklagil tüketmeleri önerilmektedir. Bu doğrultuda değerlendirildiğinde, çalışmaya katılan bireylerin yaklaşık yarısının bu öneriyi karşıladığı görülmektedir. Kurubaklagillerin posa, bitkisel protein, B vitaminleri ve mineraller açısından zengin oluşu, yaşlı bireylerde kardiyovasküler ve metabolik sağlık açısından önemli bir avantaj sağlamaktadır (182). Ancak tüketimi önerilen düzeyin altında kalan bireylerde, çiğneme güçlüğü, gaz şikâyeti ya da sindirim sistemi rahatsızlıkları gibi bireysel kısıtlılıklar etkili olabilir.

Yağlı tohum tüketimine bakıldığında, en az haftada 2-4 kez tüketenlerin yüzdesinin %57,4 olduğu görülmektedir. Türkiye'ye özgü beslenme rehberlerinde, sağlıklı yağ kaynağı olarak değerlendirilen yağlı tohumlara günlük beslenmede ½-1 porsiyon yer verilmesi önerilmektedir. Çalışmada katılımcıların %57,4'lük kısmı için saptanan tüketim düzeyi önerilen miktar ile örtüşmektedir (182).

Çalışmada, tahıl grubundan en sık tüketilen besin türünün ekmek olduğu ve katılımcıların %96,4'ünün günde en az bir kez ekmek tükettiği belirlenmiştir. Bu sonuç, Türkiye'de ekmeğin geleneksel olarak temel bir besin ögesi olma özelliğini koruduğunu ve yaşlı bireylerin günlük enerji ihtiyaçlarını büyük ölçüde bu kaynaktan sağladığını göstermektedir (207). Ekmekten sonra en sık tercih edilen tahıl ürünlerinin bulgur ve pirinç gibi geleneksel seçenekler olması (%91,2) da bu eğilimi desteklemektedir. Benzer bir araştırma her gün ekmek tüketen 65 yaş üstü bireylerin %97,0'lik bir kısmı oluşturduğunu ortaya koymuştur ve ekmekten sonra en sık tüketilen tahıl ürününün haftada 1-2 kez pirinç-bulgur-makarna olduğu gösterilmiştir (204). Buna karşılık, yulaf gibi daha modern ve fonksiyonel besinlerin neredeyse hiç tüketilmemesi (%82,1), yaşlı bireylerin beslenme alışkanlıklarında yenilikçi ürünlere uyumunun sınırlı olabileceğini göstermektedir. Spoesser ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada, yaşlı bireylerin uzun süreli gıda tercihlerinin büyük ölçüde yaşam boyu edinilen alışkanlıklara dayandığı, yeni besin gruplarını benimseme eğilimlerinin düşük olduğu belirtilmiştir (208).

Meyve ve sebze grubu, diyetin vitamin, mineral ve posa içeriği açısından temel besin kaynakları arasında yer almaktadır. Genel beslenme önerilerine göre, günlük toplam 5 porsiyon sebze-meyve tüketilmesi; bunun yaklaşık 2 porsiyonunun meyve, 3 porsiyonunun ise sebzelerden karşılanması önerilmektedir (182). Bu çalışmanın bulgularına göre, katılımcıların %37,1'i günde 1 kez, %22,7'si ise günde 2-3 kez söğüş sebze veya salata tükettiğini belirtmiştir. Ancak sebze tüketimi pişmiş formlarda sorgulandığında bu sıklığın belirgin şekilde azaldığı ve katılımcıların %57,4'ünün yalnızca haftada 2-4 kez sebze yemeği tükettiği görülmektedir. Bu veriler, çalışmaya katılan bireylerin yaklaşık üçte birinin önerilen günlük sebze alımını karşıladığını göstermektedir. Meyve tüketimine ilişkin veriler incelendiğinde, katılımcıların %46,6'sının günde 1 kez, yalnızca %12'sinin ise günde 2-3 kez meyve tükettiği saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, yeterli meyve tüketen kişi sayısının oldukça

düşük olduğu dikkat çekmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, yaşlı bireylerin sebze ve meyve tüketim düzeylerinin önerilen miktarların altında kaldığı görülmektedir. Bu durum, uluslararası veriler de benzer bir tabloyu ortaya koymaktadır. Amerika’da yapılan bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri erkek bireylerin yalnızca %21–37’sinin ve kadınların %29–45’inin önerilen günlük meyve-sebze alımını karşıladığı bildirilmektedir (209). Bir başka çalışmada ise bu oranın yalnızca %12,9 (95% CI: 11.5–14.3), olduğu saptanmıştır bu da meyve ve sebze tüketiminin dünya genelinde yaşlı bireylerde yetersiz kaldığını göstermektedir (210).

Hazır paketli atıştırma malikarın tüketimi ve bununla ilişkili faktörler Tablo 4.30’da gösterilmiştir. Katılımcıların yaklaşık %40’ı hazır paketli atıştırma malikarını her zaman, sıklıkla veya bazen tükettiklerini bildirmiştir. Bu tüketim davranışı cinsiyet, yaş grubu, kiminle birlikte yaşadığı ve kronik hastalık durumu açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Ancak eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile hazır paketli gıda tüketimi arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Özellikle eğitim seviyesi düşük olan bireylerin (%53,3), lise ve üzeri eğitim almış bireylere (%32,9) göre bu ürünleri daha fazla tükettiği görülmüştür ($p=0,002$). Bu durum, öğrenim durumunun gıda seçimlerinde belirleyici rol oynayabileceğini göstermektedir (211). Benzer şekilde, geliri giderine eşit ya da az olan bireylerin bu ürünleri daha fazla tükettiği (%45,5) ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,016$). Bu bulgu, ekonomik kısıtlılıkların daha ucuz ve pratik olduğu düşünülen paketli gıdalara yönelimi artırabileceğini düşündürmektedir. Japonya’da yapılan bir çalışmada, yaşlı bireyler arasında öğrenim seviyesi ve ekonomik durum ile sağlıklı beslenme alışkanlıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlar, daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin sağlıklı yeme alışkanlıklarına daha yatkın olduğunu ve bu ilişkinin, özellikle düşük gelir gruplarında daha belirgin olduğunu göstermiştir (212).

Bu çalışmada, yaşlı bireylerin büyük çoğunluğunun yemeklerde sıvı yağ tercih ettiği saptanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle sıvı yağ kullanımı arasında genel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken, sadece yaş grubu değişkeni anlamlı bulunmuştur. Sıvı yağ tercih etme durumu 65–79 yaş grubundaki bireylerde %96,6 iken, 80 yaş ve üzeri bireylerde %87,2’ye düşmektedir ($p=0,009$). Bu durum, ileri yaş grubundaki bireylerin daha geleneksel yağ kullanım alışkanlıklarını sürdürme eğiliminde olduklarını düşündürmektedir. Bu durumu açıklayan örnek bir çalışma

Finlandiya’da gerçekleştirilmiştir. Diyet yağlarıyla ilgili uzun süreli kamuoyu tartışmalarını inceleyen bu araştırmada, özellikle yaşlı bireylerin tüketici tercihlerini doğallık ve lezzet gibi unsurlar üzerinden şekillendirme eğiliminde oldukları görülmüştür. Bu nedenle hayvansal yağları bırakmakta zorlandıkları belirtilmiştir (213).

Tablo 4.13’de katılımcıların beslenme bilgisi edinirken yararlandıkları kaynaklar gösterilmektedir. En sık tercih edilen bilgi kaynağı, 127 kişinin belirttiği gazete, televizyon ve sosyal medya olmuştur. Bunu sırasıyla doktor görüşmesi (n=65), arkadaş ve sosyal çevre (n=61), aile fertleri (n=46), diyetisyen görüşmesi (n=35) ve kitaplar (n=24) takip etmiştir. Bu konuda beş Avrupa ülkesinde gerçekleştirilen çok merkezli bir çalışmada, 65-79 yaş arası 1144 bireyin katılımıyla yapılan değerlendirmede, en yaygın beslenme bilgi kaynaklarının gıda etiketleri, sağlıkla ilgili kitaplar ve dergiler ile sağlık profesyonelleri (diyetisyen ve doktorlar) olduğu belirlenmiştir (214).

Katılımcıların bilgi kaynağı olarak doktor veya diyetisyenle görüşmeyi tercih etme durumları, çeşitli sosyodemografik değişkenler ve beslenme eğitimi alma durumu çerçevesinde incelenmiştir. Bulgular, bazı değişkenlerin bu tercihte belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Kadın bireylerin (%48,9), erkek bireylere (%24,2) göre doktor veya diyetisyen görüşmesini daha fazla tercih ettiği saptanmıştır ($p<0,001$). Ayrıca, 65–79 yaş grubundaki bireylerin (%36,3), 80 yaş ve üzerinelere (%19,1) göre bu görüşmeleri daha fazla tercih ettikleri görülmüştür ($p=0,024$). Evli olma durumu, eğitim seviyesi, gelir düzeyi ve yalnız yaşama gibi değişkenlerle doktor/diyetisyen görüşmesini tercih etme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcıların daha önce beslenme eğitimi alıp almamaları, doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih etme üzerinde önemli bir etkidir. Beslenme eğitimi aldığını belirten bireylerin %61,0’ı bu görüşmeleri tercih ettiğini belirtirken, hiç eğitim almayan ya da hatırlamayan bireylerde bu oran yalnızca %20,7’dir ($p<0,001$). Eğitim kaynağına göre değerlendirildiğinde, eğitimi diyetisyenden alan bireylerin (%68,1), doktordan alanlara (%50,0) kıyasla bu görüşmeleri daha fazla tercih ettiği görülsede bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,113$). Aynı şekilde, eğitim üzerinden geçen süreye göre yapılan analizde, eğitim üzerinden 5 yıldan az süre geçen bireylerde tercih oranı daha yüksek

olsa da (%68,0 vs. %48,1), fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,088$). Bu sonuçlar, eğitimin etkisinin zamanla azalabileceğini, ancak yine de profesyonel kaynaklara yönelimi olumlu etkilediğine işaret edebilir. Literatürde çeşitli bilgi kaynaklarının tercih edilme oranı incelenmiştir. Heuberger ve Ivanitskaya'nın araştırmasında, bilgi kaynağı tercihlerinin cinsiyete göre farklılaşmadığını fakat öğrenim durumunun belirleyici bir faktör olduğunu vurgulamıştır. Eğitim yılları ve sağlık profesyonellerinin bilgi kaynağı olarak tercih edilmesi arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (214). Cinsiyetler arası farklılıklar Oliveira ve ark. tarafından ortaya konulmuştur. Kadınların yemek pişirme kursları/eğitimi aracılığıyla beslenme konusunda bilgi edinmeyi tercih ettikleri raporlanmıştır (215). Farklı bir çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olan bireylerin beslenme konusundaki bilgi kaynaklarının çoğunlukla doktor görüşmesi, televizyon ve komşular olduğu ve bu kişilerin daha çeşitli kaynaklardan yararlandığı saptanmıştır (216). Çalışma kapsamında elde edilen veriler, yaşlı bireylerin medyada paylaşılan diyetleri uygulama eğilimlerinin çeşitli sosyodemografik faktörlere göre anlamlı farklılıklar gösterebildiğini ortaya koymaktadır. Özellikle eğitim almış bireylerin sağlık profesyonellerine yönelme eğilimi, güvenilir bilgiye erişimde eğitimin rolünü vurgulamaktadır.

Tablo 4.14'de katılımcıların medyada paylaşılan diyetleri uygulama davranışları sunulmuştur. Katılımcıların önemli bir çoğunluğu (%76,5) medya organlarında paylaşılan diyet veya kürleri hiçbir zaman uygulamadığını ifade etmiştir. Uygulayan kişiler için ise bu davranışın hangi faktörlerden etkilendiği incelenmiştir. Cinsiyet, yaş, medeni durum ve gelir düzeyi gibi değişkenlerdeki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da eğitim düzeyi ve kişinin başkalarıyla yaşaması medyadaki diyetlerin uygulanması ile ilişkili bulunmuştur. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin %29,2'si bu tür diyetleri uyguladığını belirtmişken, daha düşük eğitim seviyesine sahip bireylerde bu oran %13,3'tür ($p=0,004$). Bu durum, daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin medyada sunulan sağlık ve beslenme içeriklerine daha fazla erişim sağladıkları düşündürülebilir. Benzer şekilde, biriyle birlikte yaşayan bireylerin %27,1'inin, yalnız yaşayan bireylerin ise yalnızca %8,3'ünün medya diyetlerini uyguladığı görülmektedir ($p=0,006$). Bu sonuç, sosyal etkileşimlerin ve çevresel etkilerin beslenme kararlarında rol oynayabileceğini

göstermektedir. Özellikle dikkat çeken bir diğer bulgu, bilgi kaynağı olarak medya kullanan bireylerin medya diyetlerini uygulama oranının belirgin şekilde yüksek olmasıdır (%33,9 vs. %12,9; $p<0,001$). Bu durum, medyada sunulan beslenme bilgilerinin, bireylerin davranışlarını etkileyebilecek kadar güçlü bir etki yarattığını göstermektedir. Literatürde özellikle televizyon ve magazin medya kaynaklarının kişilerin beslenme davranışlarını etkileyebileceği gösterilmiştir (217). Ancak çevrimiçi ortamlarda sunulan beslenme bilgileri genellikle güvenilirlikten uzak ve düşük bilimsel nitelikte olduğundan, bireylerin yanlış yönlendirilme olasılığı oldukça yüksektir (218). COVID-19 döneminde Shanghai’da yapılan bir çalışmada, yaşlı bireylerin medyadaki beslenme bilgilerinden olumsuz etkilendiğini ve sağlıklı beslenme ihtimalinin arttığı gösterilmiştir (219).

Katılımcıların beslenme bilgi seviyesini ölçen bölüm toplam 11 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu bu sorulara doğru yanıt vermiştir. Toplam doğru cevap sayısının medyanı 9 (ÇADA: 8–10) olarak bulunmuştur. Bu sonuç, genel olarak yaşlı bireylerin beslenme konusunda temel bilgi düzeylerinin yeterli olduğunu göstermektedir. Türkiye’deki yaşlı bireylerin beslenme bilgisini ölçen bir örnek çalışma Denizli’de yapılmıştır. Araştırmaya 50-84 yaş arası kişiler dahil edilmiştir ve katılımcıların %75,1’inin beslenme bilgi seviyesi yeterli olarak değerlendirilmiştir (220).

Katılımcıların bazı sosyodemografik ve bireysel değişkenlere göre bilgi düzeylerinde anlamlı farklar saptanmıştır. Cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık durumu, daha önce diyet yapmış olma ve beslenme eğitimi alma durumu gibi faktörler bilgi düzeyinde anlamlı bir farklılık yaratmazken; yaş, eğitim seviyesi, gelir düzeyi ve bilgi kaynağı olarak sağlık profesyonellerini tercih etme değişkenleri bilgi düzeyini istatistiksel olarak anlamlı biçimde etkilemiştir. Özellikle 65–79 yaş grubundaki bireylerin medyan puanının 10 olması (ÇADA: 8–10), 80 yaş ve üzerindeki bireylerde bu değerin 9’a düşmesi (ÇADA: 7–10) ($p<0,001$), yaşla birlikte bilişsel işlevlerde yaşanan gerilemenin bilgi düzeyini etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu sonuçlar ile uyumlu olarak Çekal’ın çalışmasında 50-64 yaş ve 65-84 yaş arasındaki iki grubun beslenme bilgi düzeylerin anlamlı olarak farklı olduğu belirtilmiştir (220).

Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin daha yüksek beslenme bilgisine sahip olması ($p=0,012$), eğitim düzeyinin beslenme bilgisini artırıcı rolünü desteklemektedir. Ankara'daki yetişkin bireyler ile yapılan bir çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin beslenme bilgisinin de daha yüksek olduğu gösterilmiştir (221). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada da lisans ya da lisansüstü derecesi olan çalışanların bilgi düzeyinin ilkökul ya da lise mezunu olan kişilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (222).

Geliri giderinden fazla olan bireylerin daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu ($p=0,049$) saptanmıştır. Yapılan çeşitli araştırmalar, bireylerin beslenme bilgi düzeylerinin sosyoekonomik durumla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Yunanistan'da yürütülen bir çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin hem sağlık okuryazarlığı hem de beslenme okuryazarlığı puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (223). Benzer şekilde, İran'da gerçekleştirilen başka bir araştırma, düşük gelirli hanelerde beslenme bilgi, tutum ve uygulamalarının daha zayıf olduğunu ve bu grupların hedeflenerek beslenme eğitimi verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur (224). Ayrıca başka çalışmada, yüksek sosyoekonomik düzeye sahip bireylerin genel beslenme bilgisi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve bunun daha sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (225). Bu bulgular, sosyoekonomik eşitsizliklerin yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda bilgiye erişim ve sağlık davranışları üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir.

Doktor veya diyetisyen görüşmesini bilgi kaynağı olarak tercih eden bireylerin daha yüksek bilgi düzeyine sahip olması (medyan=10, ÇADA: 8–11; $p=0,006$), sağlık profesyonellerinin güvenilir ve etkili bilgi kaynakları olduğuna dair ipucu vermektedir. Literatürde bu konu ile ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan bir pilot çalışmada, beslenme konusunda sağlık personeline başvuran kişilerin beslenme okuryazarlığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (226). Öğretmenler ile yapılan bir diğer çalışmada, beslenme konusunda sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin beslenme okuryazarlığının daha yüksek olduğu raporlanmıştır (227). Bu bulgular, sağlık profesyonellerine başvurmanın bireylerin beslenme bilgi düzeyini artırabileceğini ve beslenme okuryazarlığını destekleyebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, özellikle yaşlı bireylerin sağlık profesyonellerine yönlendirilmesi, doğru ve güvenilir bilgiye erişim açısından önemli bir strateji olabilir.

Beslenme bilgi düzeyi ile bazı beslenme davranışları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Araştırma bulguları, katılımcıların bilgi düzeylerinin sağlıklı yağ kullanımı davranışlarıyla anlamlı biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. Beslenme bilgisi puanı ortancanın altında olan bireylerin %88,9'u yemeklerinde katı yağ yerine sıvı yağ kullandığını belirtirken, bu değer puanı ortanca ve üzerinde olan grupta %97,6'ya yükselmiştir ($p=0,003$). Benzer şekilde, beslenme bilgi düzeyinin hazır paketli atıştırmalık tüketimi üzerinde de anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır. Bilgi düzeyi düşük olan bireylerin %49,4'ü bu ürünleri her zaman, sıklıkla veya bazen tükettiklerini ifade ederken; bu değer bilgi düzeyi yüksek bireylerde %35,9'dur. Buna karşılık, yüksek bilgi düzeyine sahip katılımcıların %64,1'i bu ürünleri nadiren ya da hiç tüketmediğini belirtmiştir ($p=0,041$). Bu bulgular, beslenme bilgi düzeyi yüksek olan bireylerin, beslenme açısından düşük kaliteli, enerji yoğun ve işlenmiş gıdalardan kaçınma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde de beslenme bilgi düzeyinin yüksek olmasıyla olumlu beslenme davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Örneğin, Taylor ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, yetişkin bireylerin beslenme okuryazarlığı puanlarının diyet modelleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Düşük puanlar Batı tipi beslenme ile, yüksek puanlar ise Akdeniz tipi beslenme ile ilişkilendirilmiştir (228). Bir başka çalışmada, kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylerde yüksek beslenme bilgisinin, sebze ve balık gibi sağlıklı besin gruplarının daha fazla tüketilmesiyle ilişkili olduğu saptanmıştır (229).

Bu çalışma, yaşlı bireylerin beslenme bilgi düzeyleri ile beslenme davranışları arasındaki ilişkiyi ortaya koyarak, literatüre önemli katkılar sağlamıştır. Bulgular, bilgi düzeyinin beslenme alışkanlıkları üzerinde belirleyici bir rol oynadığını ve sosyoekonomik faktörlerin bu süreçte etkili olduğunu göstermektedir. Elde edilen sonuçlar, yaşlı bireylerde beslenme eğitiminin artırılmasının ve sağlık profesyonellerine yönlendirmenin, sağlıklı beslenme davranışlarının benimsenmesinde kritik bir strateji olabileceğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, çalışmanın sınırlılıkları arasında kesitsel tasarım nedeniyle nedensellik ilişkisi kurulamaması ve örneklemin yalnızca belirli bir bölgeyi kapsaması yer almaktadır. Gelecek araştırmalarda, farklı bölgeleri kapsayan daha geniş örnekleme sahip çalışmaların yapılması, yaşlı bireylerin beslenme bilgisini ve davranışlarını etkileyen

faktörlerin daha kapsamlı şekilde anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Ayrıca, müdahale temelli çalışmalarla beslenme eğitimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Sonuç olarak, yaşlı bireylerin sağlıklı ve dengeli beslenmelerinin desteklenmesi için sürdürülebilir ve erişilebilir eğitim programları geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Bu araştırmanın öne çıkan sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Katılımcıların;

- %64,4'ü erkektir.
- Yaş ortalaması $72,79 \pm 7,043$ yıldır.
- %69,3'ü evlidir.
- %44,2'si üniversite mezunudur, %19,9'ü lise mezunudur, %35,9'u ortaokul veya altında bir öğrenim durumuna sahiptir.
- %80,9'u evde başkalarıyla, %19,1'i tek başına yaşamaktadır.
- %5,2'i çalışmaktadır ve bunların %53,8'i profesyonel meslek mensubudur.
- %98,0'inin sosyal güvencesi vardır; sigorta türü SGK'dır (%51,2).
- %97,6'sının özel sigortası yoktur.
- %60,2'sinin geliri giderine eşit, %33,5'inin geliri giderinden fazla, %6,4'ünün geliri giderinden azdır.
- %76,5'i çok sağlıklı veya sağlıklı olduğunu, %15,1'i kararsız olduğunu, %8,4'ü sağlıksız veya çok sağlıksız olduğunu düşünmektedir.
- %81,3'ü kronik bir hastalığa sahiptir; ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır (%77,9).
- %80,1'i düzenli olarak ilaç kullanmaktadır; en sık kullanılan ilaç hipertansiyon ilacıdır (%61,7).
- %70,9'u çok sağlıklı veya sağlıklı beslendiğini, %13,5'i kararsız olduğunu, %15,5'i sağlıksız veya çok sağlıksız beslendiğini beyan etmiştir.
- %12,0'si daha önce hastalık nedeniyle diyet uygulamıştır; en sık uygulanan diyet diyabete uygun diyetdir (%43,3).
- %53,3'ü diyet önerisini doktordan, %46,7'si diyetisyenden almıştır.
- %35,9'u vitamin/mineral takviyesi kullanmaktadır; en sık kullanılanlar B₁₂ (%50,0) ve D vitamini (%42,2).
- %84,4'ü takviye önerisini doktordan, %2,2'si eczacıdan, %1,1'i diyetisyenden almıştır; %12,2'si ise kimseden öneri almadan takviye kullanmaktadır.
- %53,4'ü düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır

- %64,5'inin uyku düzeni iyidir ve %52,2'sinin ortalama uyku süresi 7-8 saattir.
- %45,8'i hiç tütün kullanmamış, %40,2'si sigara içmiş ama bırakmış, %13,9'u halen sigara içiyor.
- %47,4'ü genel olarak stressiz olduğunu beyan etmiştir.
- %50,6'sı beslenme konusunda bilgi kaynağı olarak gazete/tv/sosyal medyayı kullanmaktadır
- %76,5'i medyada paylaşılan diyetleri hiçbir zaman uygulamadığını beyan etmiştir.
- %30,7'si daha önce beslenme eğitimi almıştır.
- Algılanan beslenme bilgisi 5 üzerinden $3,58 \pm 1,090$ puandır.
- Beslenme bilgisi puanı 11 üzerinden 9 (ÇADA: 8-10)'dur.
- %71,7'si öğün atlamaktadır; en sık atlanan öğün öğlendir (%92,2)
- Öğün atlama sebebi %47,2 ile alışkanlığın olmamasıdır
- %94,5'i her gün veya bazen ara öğün tüketmektedir; en çok tercih edilen besinler taze/kuru meyveler (%79,7) ve kuruyemişlerdir (%39,7).
- Ortalama su tüketimi $1501 \pm 642,58$ litredir ve %60,2'sinin su tüketimi yetersizdir.
- Su haricinde en sık tüketilen sıvı çaydır (%93,6).
- 78,9'u her zaman veya bazen gıda alışverişi yapmaktadır.
- %45,4'ü yemeği kendisi yapmaktadır.
- %21,5'i tek başına yemek yemektedir.
- Gıda tercihlerinin fiyatlardan etkilenme derecesi orta düzeydedir.
- Gıda tercihlerinin markadan etkilenme derecesi yüksektir.
- Gıda tercihlerinin reklamdan etkilenme derecesi düşüktür.
- Gıda tercihlerinin gıdanın içindekiler bilgilerinden etkilenme derecesi düşüktür.
- Gıda tercihlerinin ön yüz etiket beyanından etkilenme derecesi düşüktür.
- %31,9'u 'her öğünde taze sebze/salata tüketirim' cümlesine 'sıklıkla' yanıtını vermiştir.
- %42,2'si 'taze meyve/sebzeleri ara öğün olarak tercih ederim' cümlesine 'her zaman' yanıtını vermiştir.

- %65,7'si 'Sebze/meyveleri mevsiminde ve çeşitli tüketirim' cümlesine 'her zaman' yanıtını vermiştir.
- %47,0'si 'Yemeklerde katı yağ yerine sıvıyağ tüketirim' cümlesine 'her zaman' yanıtını vermiştir.
- %47,4'ü 'Kızartma yerine haşlama tercih ederim' cümlesine 'her zaman' yanıtını vermiştir.
- %40,6'sı 'Kek, poğaç, pasta gibi pastane ürünleri tüketirim' cümlesine 'nadiren' yanıtını vermiştir.
- %30,3'ü 'Hazır paketli atıştırmalıklar tüketirim' cümlesine 'hiçbir zaman' yanıtını vermiştir.
- %90,8'i 'Yemeklerin tadına bakmadan tuz eklerim' cümlesine 'hiçbir zaman' yanıtını vermiştir.
- %46,2'si hiçbir zaman süt tüketmediğini, %77,3'ü hiçbir zaman kefir tüketmediğini beyan etmiştir.
- %75,7'si her gün peynir tükettiğini, %43,8'i her gün yoğurt tükettiğini beyan etmiştir.
- %94,1'i haftada en az 2-4 kez yumurta tükettiğini, %57,4'ü haftada en az 2-4 kez yağlı tohum tükettiğini, %51,8'i haftada en az 2-4 kez kurubaklagil tükettiğini beyan etmiştir.
- %84,5'ı kırmızı eti haftada en az 1 kez tüketirken, %72,2'si beyaz eti haftada en az 1 kez, %52,2'si balığı haftada en az 1 kez tüketmektedir.
- %96,4'ü günde en az 1 kez ekmek tüketmektedir.
- %23,1'i günde en az 2-3 kez sebze tüketmektedir.
- %12,4'ü günde en az 2-3 kez meyve tüketmektedir.

Ayrıca, istatistiksel olarak anlamlı bulunan ($p<0,05$) ilişkiler aşağıda sunulmuştur;

Yaşın küçük olması, öğrenim durumunun yüksek olması, gelir düzeyinin yüksek olması ve sağlık profesyonellerinin beslenme bilgi kaynağı olarak görülmesi ile beslenme bilgi puanlarının yüksek olması arasında ilişki bulunmuştur.

Kadın olmak ve yaşın küçük olması ile beslenme bilgisi konusunda sağlık uzmanlarına başvurma davranışı arasında ilişki bulunmuştur.

Daha önce doktor veya diyetisyenden beslenme eğitimi almış olmak ile beslenme bilgisi konusunda sağlık uzmanlarına başvurma davranışı arasında ilişki bulunmuştur.

Öğrenim durumunun yüksek olması, evde başkalarıyla yaşamak ve beslenme bilgi kaynağı olarak gazete/TV/sosyal medyadan yararlanmak ile medyada paylaşılan diyetleri uygulama davranışı arasında ilişki bulunmuştur.

Öğün atlama davranışı ile stresli olma durumu arasında ilişki bulunmuştur.

Öğrenim durumunun düşük olması, gelir düzeyinin düşük olması ve beslenme bilgi puanının ortalamasının altında olması ile hazır paketli atıştırmalıkların sık tüketilmesi arasında ilişki bulunmuştur.

Yaşın küçük olması ve beslenme bilgi puanının ortancanın üzerinde olması ile yemeklerde katı yağ yerine sıvı yağ kullanma davranışı arasında ilişki bulunmuştur.

6.2 Öneriler

6.2.1 Kişilere Yönelik

65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme bilgi düzeylerini artırmak amacıyla düzenli ve erişilebilir beslenme eğitimlerine katılmaları teşvik edilmelidir. Özellikle su tüketimi, sebze ve meyve alımı gibi temel beslenme alışkanlıklarının önemine dikkat çekilmelidir. Ayrıca medya okuryazarlığının geliştirilmesi için yaşlı bireylerin medya üzerinden edindikleri bilgileri eleştirel değerlendirebilmeleri sağlanmalı, doğru bilgiye ulaşmaları konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Sağlıklı yağ kullanımı ve işlenmiş gıda tüketiminden kaçınma davranışları bireysel olarak desteklenmeli; alışverişte etiket okuma alışkanlıklarının kazandırılması hedeflenmelidir.

6.2.2 Kurumlara Yönelik

Sağlık profesyonelleri (doktorlar, diyetisyenler, hemşireler), yaşlı bireyler için güvenilir bilgi kaynakları olarak daha aktif bir rol üstlenmelidir. Huzurevleri ve yaşlılara hizmet veren toplum merkezlerinde sağlıklı beslenme ve yaşam seminerleri düzenlenmeli, katılımın artırılması için çeşitli teşvikler geliştirilmelidir. Medya

kuruluşları da yaşlı bireylere yönelik sağlık ve beslenme içeriklerinde bilimsel doğruluğu yüksek bilgiler sunmalı ve bilgi kirliliğinin önlenmesi için sorumluluk almalıdır.

6.2.3 Sistemlere Yönelik

Kamu spotları, toplu beslenme hizmetlerinde sağlıklı seçeneklerin teşvik edilmesi gibi uygulamalarla sağlıklı beslenme alışkanlıkları desteklenmelidir. Sebze ve meyve tüketimini artırmak için taze ürünlerin uygun fiyatlı ve erişilebilir olması sağlanmalı; üretim ve dağıtım süreçleri tarımsal teşviklerle güçlendirilmelidir. Ayrıca, 80 yaş ve üzeri bireyler için kişiselleştirilmiş eğitim ve beslenme müdahale programları geliştirilmeli; sosyodemografik faktörlerle beslenme davranışlarını ilişkilendiren daha kapsamlı ve karşılaştırmalı araştırmalar yapılmalıdır. Niteliksel çalışmalarla yaşlı bireylerin bilgiye erişim yolları ve beslenme kararlarını nasıl verdikleri daha ayrıntılı olarak incelenmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. United Nations (2024). World Population Prospects 2024: Summary of Results. UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9. New York: United Nations.
2. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 3.
3. TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 4 Mart 2025] Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2024-53783&dil=1>.
4. World Health Organization, Ageing and Health [Internet] 2022 [Erişim tarihi: 31 Mayıs 2025] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
5. World Health Organization, Decade of healthy ageing: baseline report, Geneva: Constitution of The World Health Organization; 2020. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Constitution of The World Health Organization. WHO; 1946.
7. Aslan D. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Yaşlılık. Ankara: Hipokrat Yayıncılık; 2023.
8. Bernstein M, Munoz N. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: food and nutrition for older adults: promoting health and wellness. J Acad Nutr Diet. 2012;112(8):1255-77.
9. Aslan D. Halk Sağlığı ve Beslenme. Ankara: Hipokrat Yayıncılık; 2021.
10. Gilbert SF. *Developmental Biology*. 6th ed. Sunderland (MA): Sinauer Associates; 2000.
11. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. Ann Agric Environ Med. 2014;21(4):835-8.
12. World Health Organization, Determinants of health, [Internet] 2017 [Erişim tarihi: 20 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>.
13. United Nations, Ageing, , [Internet] [Erişim tarihi: 5 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>.
14. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, [Internet] 2023 [Erişim tarihi: 31 Mayıs 2025] Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2023-53710>.
15. Zizza CA, Ellison KJ, Wernette CM. Total water intakes of community-living middle-old and oldest-old adults. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009;64(4):481-6.
16. Min SH, Topaz M, Lee C, Schnall R. Understanding changes in mental health symptoms from young-old to old-old adults by sex using multiple-group latent transition analysis. Geroscience. 2023;45(3):1791-801.

17. Pilati M. Psych 40: Lifespan Development. Los Angeles (CA): Pierce College Press; 2023.
18. Bilir N. Yaşlılık tanımı, yaşlılık kavramı, epidemiyolojik özellikler. In: Ertürk A, Bahadır A, Koşar F, editors. Yaşlılık ve Solunum Hastalıkları. İstanbul: TÜSAD; 2018. p. 13–31.
19. Sinav A. Genç-yaşlı, orta-yaşlı ve ileri-yaşlı bireylerin sosyal medya kullanım davranışlarının karşılaştırmalı analizi: Eskişehir ili örneği. Etkileşim. 2020(5):116-45.
20. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2012.
21. Kutsal YG. Yaşlanan dünyanın yaşlanan insanları. In: Geriatri: Yaşlı sağlığına multidisipliner yaklaşım. Ankara: Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi; 2009. p. 13-31.
22. Morgan LA, Kunkel SR. Aging, society and the life course. New York: Springer Publishing Company; 2007.
23. Mitina M, Young S, Zhavoronkov A. Psychological aging, depression, and well-being. Aging (Albany NY). 2020;12(18):18765–77.
24. Gellert P, Alonso-Perez E. Psychosocial and biological pathways to aging : The role(s) of the behavioral and social sciences in geroscience. Z Gerontol Geriatr. 2024;57(5):365-70.
25. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The hallmarks of aging. Cell. 2013;153(6):1194-217.
26. World Health Organization. The life-course approach: from theory to practice: case stories from two small countries in Europe. Geneva: World Health Organization; 2018.
27. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002. WHO/NMH/NPH/02.8.
28. World Health Organization, Healthy ageing and functional ability [Internet] 2020 [Erişim tarihi: 24 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing-and-functional-ability>
29. Dommaraju P, Wong S. The concept of productive aging. Assessments, treatments and modeling in aging and neurological disease: Elsevier; 2021. p. 3-11.
30. Urtamo A, Jyväkorpi SK, Strandberg TE. Definitions of successful ageing: a brief review of a multidimensional concept. Acta Biomed. 2019;90(2):359-63.
31. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Ageing [Internet] [Erişim tarihi 25 Mart]. Erişim adresi: <https://www.oecd.org/en/topics/policy-issues/ageing.html>
32. A. ŞH. Lifespan Changes: From Lower Paleolithic Humans To Anatomically Modern Human. Amisos. 2020(5/9):503-12.

33. Roser M. Our World in Data; The global decline of the fertility rate [Internet] 2014 [Erişim tarihi 4 Mart] Erişim adresi: <https://ourworldindata.org/global-decline-fertility-rate>
34. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 31 Mayıs 2025] Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2024>.
35. TÜİK, Nüfus Projeksiyonları 2023-2100, [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 29 Mayıs 2025] Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-Projeksiyonlari-2023-2100-53699>.
36. Flint B, Tadi P. Physiology, aging [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [Erişim tarihi: 5 Mart]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555922/> PMID: 32310566
37. Preston J, Biddell B. The physiology of ageing and how these changes affect older people. *Medicine*. 2021;49(1):1-5.
38. Khan HT, Addo KM, Findlay H. Public health challenges and responses to the growing ageing populations. *Public Health Challenges*. 2024;3(3):e213.
39. American College of Cardiology, Older Adults and Heart Disease, [Internet] 2018 [Erişim tarihi: 4 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.cardiosmart.org/topics/older-adults-and-heart-disease>.
40. National Institute on Aging. Heart health and aging [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 4 Mayıs 2025] Erişim adresi: <https://www.nia.nih.gov/health/heart-health-and-aging>
41. Qu C, Liao S, Zhang J, Cao H, Zhang H, Zhang N, et al. Burden of cardiovascular disease among elderly: based on the Global Burden of Disease Study 2019. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. 2024;10(2):143-53.
42. Jiang S, Yu T, Di D, Wang Y, Li W. Worldwide burden and trends of diabetes among people aged 70 years and older, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;40(3):e3745.
43. Sinclair A, Saeedi P, Kaundal A, Karuranga S, Malanda B, Williams R. Diabetes and global ageing among 65-99-year-old adults: Findings from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9(th) edition. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020;162:108078.
44. World Health Organization, Diabetes [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 4 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
45. Berben L, Floris G, Wildiers H, Hatse S. Cancer and Aging: Two Tightly Interconnected Biological Processes. *Cancers (Basel)*. 2021;13(6).
46. Li L, Shan T, Zhang D, Ma F. Nowcasting and forecasting global aging and cancer burden: analysis of data from the GLOBOCAN and Global Burden of Disease Study. *J Natl Cancer Cent*. 2024;4(3):223-32.
47. Xiang D, Hu S, Mai T, Zhang X, Zhang L, Wang S, et al. Worldwide cancer statistics of adults over 75 years old in 2019: a systematic analysis of the global burden of disease study 2019. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1979.

48. World Health Organization, Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 4 Mart 2025] Erişim adresi: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
49. Joshi PR. Pulmonary Diseases in Older Patients: Understanding and Addressing the Challenges. *Geriatrics (Basel)*. 2024;9(2).
50. Kukrety SP, Parekh JD, Bailey KL. Chronic obstructive pulmonary disease and the hallmarks of aging. *Lung India*. 2018;35(4):321-7.
51. Easter M, Bollenbecker S, Barnes JW, Krick S. Targeting Aging Pathways in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Int J Mol Sci*. 2020;21(18).
52. Agustí A, Celli BR, Criner GJ, Halpin D, Anzueto A, Barnes P, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease 2023 Report: GOLD Executive Summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2023;207(7):819-37.
53. TÜİK, Türkiye Yaşlı Profili Araştırması, 2023 [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 5 Mart 2025] Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809>.
54. Chowdhury SR, Chandra Das D, Sunna TC, Beyene J, Hossain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2023;57:101860.
55. Chen Y, Shi L, Zheng X, Yang J, Xue Y, Xiao S, et al. Patterns and Determinants of Multimorbidity in Older Adults: Study in Health-Ecological Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24).
56. Jia S, Zhao W, Zhang Y, Hou L, Xia X, Qiao R, et al. Multiple Physical Symptoms of Community-Dwelling Older People in Western China: Prevalence and Its Association with Frailty. *Gerontology*. 2021;67(3):290-8.
57. Magnuson A, Sattar S, Nightingale G, Saracino R, Skonecki E, Trevino KM. A Practical Guide to Geriatric Syndromes in Older Adults With Cancer: A Focus on Falls, Cognition, Polypharmacy, and Depression. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2019;39:e96-e109.
58. World Health Organization, Mental Health of Older Adults [Internet] 2023 [Erişim tarihi: 5 Mart 2025] Erişim adresi: [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>].
59. Zenebe Y, Akele B, M WS, Necho M. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry*. 2021;20(1):55.
60. Hu T, Zhao X, Wu M, Li Z, Luo L, Yang C, et al. Prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2022;311:114511.
61. Cai H, Jin Y, Liu R, Zhang Q, Su Z, Ungvari GS, et al. Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian J Psychiatr*. 2023;80:103417.

62. Maier A, Riedel-Heller SG, Pabst A, Lupp M. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. PLoS One. 2021;16(5):e0251326.
63. World Health Organization, Dementia [Internet] 2025 [Erişim tarihi: 5 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
64. Alzheimer's Disease International. Dementia statistics [Internet] 2025 [Erişim tarihi: 5 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics>
65. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health. 2022;7(2):e105-e25.
66. Hshieh TT, Inouye SK, Oh ES. Delirium in the Elderly. Clin Geriatr Med. 2020;36(2):183-99.
67. Iglseder B, Fröhwald T, Jagsch C. Delirium in geriatric patients. Wien Med Wochenschr. 2022;172(5-6):114-21.
68. Varghese D, Ishida C, Patel P, Haseer Koya H. Polypharmacy [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL) [Erişim tarihi: 5 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532953/>
69. Hung A, Kim YH, Pavon JM. Deprescribing in older adults with polypharmacy. Bmj. 2024;385:e074892.
70. Kim S, Lee H, Park J, Kang J, Rahmati M, Rhee SY, et al. Global and regional prevalence of polypharmacy and related factors, 1997-2022: An umbrella review. Arch Gerontol Geriatr. 2024;124:105465.
71. Öztürk Z, Uğraş KG. Yaşlı hastalarda ilaç kullanımı ve polifarmasi. 2017.
72. Arslan M, Keskin Arslan E, Koç EM, Sözman MK, Kaplan YC. Altmış beş yaş ve üzeri kişilerde kırılğanlık ile ilaç kullanımı ve polifarmasi arasındaki ilişki. Med Bull Haseki. 2020;58(1):33-41.
73. Bozkurt E, Parlar A, Arslan SO. Yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının incelenmesi ve polifarmasi varlığı. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;5(1):1254-66.
74. Pappas JA, Miner B. Sleep Deficiency in the Elderly. Sleep Med Clin. 2024;19(4):593-606.
75. Vaughan CP, Bliwise DL. Sleep and Nocturia in Older Adults. Sleep Med Clin. 2018;13(1):107-16.
76. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep Health. 2015;1(1):40-3.
77. National Institute on Aging. Urinary incontinence in older adults [Internet] 2022 [Erişim tarihi: 8 Mart 2025]. Erişim tarihi: <https://www.nia.nih.gov/health/bladder-health-and-incontinence/urinary-incontinence-older-adults>.

78. Appeadu MK, Bordoni B. Falls and fall prevention in older adults [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [Erişim tarihi: 8 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560761/>
79. Centers for Disease Control and Prevention. Facts about falls [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 8 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/falls/data-research/facts-stats/index.html>
80. Doğan AB, Canbolat Ö. Yaşlılarda Kırılğanlığın Önlenebilirliği ve Yönetiminde Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. Sağlık Bilimlerinde Değer. 2023;13(3):501-7.
81. Alkan řB, Rakıcıoğlu N. Kırılğan yaşlılarda beslenme. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;10(2):184-9.
82. Wang X, Hu J, Wu D. Risk factors for frailty in older adults. Medicine (Baltimore). 2022;101(34):e30169.
83. O'Caoimh R, Sezgin D, O'Donovan MR, Molloy DW, Clegg A, Rockwood K, et al. Prevalence of frailty in 62 countries across the world: a systematic review and meta-analysis of population-level studies. Age Ageing. 2021;50(1):96-104.
84. Eyigor S, Kutsal YG, Duran E, Huner B, Paker N, Durmus B, et al. Frailty prevalence and related factors in the older adult-FrailTURK Project. Age (Dordr). 2015;37(3):9791.
85. Kayhan Koçak Ö, şahin ř, Akçiçek F. Kırılğanlık el kitabı. İzmir: İzmir Büyükşehir Belediyesi; 2017. 36 p.
86. Makizako H. Frailty and Sarcopenia as a Geriatric Syndrome in Community-Dwelling Older Adults. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(20).
87. Papadopoulou SK. Sarcopenia: A Contemporary Health Problem among Older Adult Populations. Nutrients. 2020;12(5).
88. World Health Organization, Global report on ageism, Geneva: World Health Organization; 2021. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
89. World Health Organization, Ageism, [Internet] 2025 [Erişim tarihi 8 Mart]. Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/ageism#tab=tab_1
90. National Institute on Aging, Elder Abuse, [Internet] 2023 [Erişim tarihi 8 Mart] Erişim adresi: <https://www.nia.nih.gov/health/elder-abuse/elder-abuse>.
91. World Health Organization, Abuse of older people, [Internet] 2025 [Erişim tarihi 8 Mart] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>.
92. World Health Organization, Reducing social isolation and loneliness among older people, [Internet] 2024 [Erişim tarihi 8 Mart] Erişim adresi: <https://www.who.int/activities/reducing-social-isolation-and-loneliness-among-older-people>.
93. Moreno-Tamayo K, Manrique-Espinoza B, Ramírez-García E, Sánchez-García S. Social isolation undermines quality of life in older adults. Int Psychogeriatr. 2020;32(11):1283-92.

94. Donovan NJ, Blazer D. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(12):1233-44.
95. Behr LC, Simm A, Kluttig A, Grosskopf A. 60 years of healthy aging: On definitions, biomarkers, scores and challenges. *Ageing Res Rev*. 2023;88:101934.
96. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
97. World Health Organization. World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2024.
98. World Health Organization. Healthy life expectancy (HALE) at birth (years) [Internet] 2025 [Erişim tarihi: 10 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth>
99. World Health Organization. Life expectancy (LE) at birth (years) [Internet] 2025 [Erişim tarihi: 10 Mart 2025] Erişim adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years)).
100. United Nations. First World Assembly on Ageing, 26 July–6 August 1982, Vienna [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 10 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.un.org/en/conferences/ageing/vienna1982#>
101. United Nations. United Nations Principles for Older Persons [Internet] 2025 [Erişim tarihi: 10 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons>
102. United Nations, Proclamation on Ageing : resolution / adopted by the General Assembly. United Nations; 11 Nov. 1992.
103. United Nations. Second World Assembly on Ageing, 8–12 April 2002, Madrid [Internet] 2025 [Erişim tarihi: 19 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.un.org/en/conferences/ageing/madrid2002>
104. United Nations. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. New York: United Nations; 2002.
105. World Health Organization. Global age-friendly cities: a guide. Geneva: World Health Organization; 2007.
106. United Nations, 2024 Theme: Ageing with Dignity: The Importance of Strengthening Care and Support Systems for Older Persons Worldwide [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 19 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>.
107. United Nations, 2024 Theme: Spotlight on Older Persons in Emergencies [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 19 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.un.org/en/observances/elder-abuse-awareness-day>.
108. United Nations, Sustainable development goals [Internet] 2025 [Erişim tarihi: 19 Mart 2025] Erişim adresi: <https://sdgs.un.org/goals>.

109. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlı ulusal eylem planı. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2007.
110. T.C. Resmî Gazete. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. Mevzuat [Internet] 2005 [Erişim tarihi: 19 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=8683&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
111. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı 2011–2013. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2011.
112. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Türkiye'de Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı (2015–2020). Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2015.
113. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Yaşlı Destek Programı (YADES): Uygulama usul ve esasları. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2016.
114. T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021–2026. Ankara: T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2021.
115. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Yaşlı Hakları Ulusal Eylem Planı 2023–2025. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı; 2023.
116. World Health Organization, Noncommunicable diseases, [Internet] 2023 [Erişim tarihi: 19 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
117. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2018–2023 Tütün Kontrolü Stratejik Belgesi ve Eylem Planı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2018.
118. Gellert C, Schöttker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. Arch Intern Med. 2012;172(11):837-44.
119. Peters R, Poulter R, Warner J, Beckett N, Burch L, Bulpitt C. Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. BMC Geriatr. 2008;8:36.
120. Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A, Prince M, Prina AM. Associations of smoking and alcohol consumption with healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. BMJ Open. 2018;8(4):e019540.
121. Le TT, Mendez D, Warner KE. The benefits of quitting smoking at different ages. American Journal of Preventive Medicine. 2024;67(5):684-8.
122. World Health Organization, Alcohol, [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 19 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
123. White AM, Orosz A, Powell PA, Koob GF. Alcohol and aging - An area of increasing concern. Alcohol. 2023;107:19-27.
124. Ortolá R, Sotos-Prieto M, García-Esquinas E, Galán I, Rodríguez-Artalejo F. Alcohol Consumption Patterns and Mortality Among Older Adults With Health-Related or Socioeconomic Risk Factors. JAMA Netw Open. 2024;7(8):e2424495.

125. Buzrul S. Türkiye’de alkollü içki tüketimi. *Journal of Food and Health Science*. 2016;2(3):112-22.
126. World Health Organization, Physical Activity, [Internet] 2024 [Erişim tarihi: 19 Mart 2025] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
127. World Health Organization. Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them. Geneva: World Health Organization; 2022.
128. Santos AC, Willumsen J, Meheus F, Ilbawi A, Bull FC. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health*. 2023;11(1):e32-e9.
129. World Health Organization. Global levels of physical inactivity in adults: off track for 2030. Geneva: World Health Organization; 2024.
130. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*. 2020;54(24):1451-62.
131. Langhammer B, Bergland A, Rydwick E. The Importance of Physical Activity Exercise among Older People. *Biomed Res Int*. 2018;2018:7856823.
132. Centers for Disease Control and Prevention. About sleep [Internet] 2025 [Erişim tarihi 19 Mart] Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/sleep/about/index.html>
133. World Health Organization, Stress, [Internet] 2023 [Erişim tarihi 20 Mart] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>.
134. The American Institute of Stress. Stress in seniors [Internet] 2024 [Erişim tarihi 20 Mart] Erişim adresi: <https://www.stress.org/who-gets-stressed/adults/>
135. Seangpraw K, Auttama N, Kumar R, Somrongthong R, Tonchoy P, Panta P. Stress and associated risk factors among the elderly: a cross-sectional study from rural area of Thailand. *F1000Res*. 2019;8:655.
136. de Frias CM, Whyne E. Stress on health-related quality of life in older adults: the protective nature of mindfulness. *Aging Ment Health*. 2015;19(3):201-6.
137. Harvard Health Publishing. Stress relief tips for older adults [Internet] 2023 [Erişim tarihi 20 Mart] Erişim adresi: <https://www.health.harvard.edu/stress/stress-relief-tips-for-older-adults>
138. Zawadzki MJ, Smyth JM, Costigan HJ. Real-Time Associations Between Engaging in Leisure and Daily Health and Well-Being. *Ann Behav Med*. 2015;49(4):605-15.
139. Hui Gan GZ, Hill AM, Yeung P, Keesing S, Netto JA. Pet ownership and its influence on mental health in older adults. *Aging Ment Health*. 2020;24(10):1605-12.
140. World Health Organization, Healthy Diet, [Internet] 2024 [Erişim tarihi 20 Mart] Erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/healthy-diet#tab=tab_1.

141. World Health Organization. Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2023.
142. Institute for Health Metrics and Evaluation, Diet, [Internet] 2024 [Erişim tarihi 20 Mart] Erişim adresi: <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-risks-issues/diet>.
143. Our World in Data. Deaths by risk factor, world, 2021 [Internet]. Oxford: Global Change Data Lab; 2024 [Erişim tarihi 21 Mart] Erişim adresi: <https://ourworldindata.org/grapher/number-of-deaths-by-risk-factor?time=latest>
144. World Health Organization. Disability-adjusted life years (DALYs) [Internet] 2025 [Erişim tarihi 21 Mart] Erişim adresi: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>
145. Schwingshackl L, Knüppel S, Michels N, Schwedhelm C, Hoffmann G, Iqbal K, et al. Intake of 12 food groups and disability-adjusted life years from coronary heart disease, stroke, type 2 diabetes, and colorectal cancer in 16 European countries. *Eur J Epidemiol*. 2019;34(8):765-75.
146. Neufeld LM, Hendriks S, Hugas M. Healthy Diet: A Definition for the United Nations Food Systems Summit 2021. In: von Braun J, Afsana K, Fresco LO, Hassan MHA, editors. *Science and Innovations for Food Systems Transformation*. Cham (CH): Springer
Copyright 2023, The Author(s). 2023. p. 21-30.
147. Wickramasinghe K, Mathers JC, Wopereis S, Marsman DS, Griffiths JC. From lifespan to healthspan: the role of nutrition in healthy ageing. *J Nutr Sci*. 2020;9:e33.
148. Zhou YF, Song XY, Pan A, Koh WP. Nutrition and Healthy Ageing in Asia: A Systematic Review. *Nutrients*. 2023;15(14).
149. Puri S, Shaheen M, Grover B. Nutrition and cognitive health: A life course approach. *Front Public Health*. 2023;11:1023907.
150. Govindaraju T, Sahle BW, McCaffrey TA, McNeil JJ, Owen AJ. Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients*. 2018;10(8).
151. Tucker E, Luscombe-Marsh N, Ambrosi C, Lushington K. Nutritional status and quality-of-life of older adults in aged care: A systematic review and meta-analysis. *Exp Gerontol*. 2022;162:111764.
152. Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Saveria G, et al. Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients*. 2016;8(2):69.
153. Shlisky J, Bloom DE, Beaudreault AR, Tucker KL, Keller HH, Freund-Levi Y, et al. Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. *Adv Nutr*. 2017;8(1):17-26.
154. Govindaraju T, Owen AJ, McCaffrey TA. Past, present and future influences of diet among older adults - A scoping review. *Ageing Res Rev*. 2022;77:101600.

155. World Health Organization, Malnutrition, [Internet] 2024 [Erişim tarihi 22 Mart] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.
156. O'Keeffe M, Kelly M, O'Herlihy E, O'Toole PW, Kearney PM, Timmons S, et al. Potentially modifiable determinants of malnutrition in older adults: A systematic review. *Clin Nutr*. 2019;38(6):2477-98.
157. Roberts S, Collins P, Rattray M. Identifying and Managing Malnutrition, Frailty and Sarcopenia in the Community: A Narrative Review. *Nutrients*. 2021;13(7).
158. Salari N, Darvishi N, Bartina Y, Keshavarzi F, Hosseinian-Far M, Mohammadi M. Global prevalence of malnutrition in older adults: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Public Health Pract (Oxf)*. 2025;9:100583.
159. Norman K, Haß U, Pirlich M. Malnutrition in Older Adults-Recent Advances and Remaining Challenges. *Nutrients*. 2021;13(8).
160. Dent E, Wright ORL, Woo J, Hoogendijk EO. Malnutrition in older adults. *Lancet*. 2023;401(10380):951-66.
161. Colleluori G, Villareal DT. Aging, obesity, sarcopenia and the effect of diet and exercise intervention. *Exp Gerontol*. 2021;155:111561.
162. Prado CM, Batsis JA, Donini LM, Gonzalez MC, Siervo M. Sarcopenic obesity in older adults: a clinical overview. *Nat Rev Endocrinol*. 2024;20(5):261-77.
163. Gao Q, Mei F, Shang Y, Hu K, Chen F, Zhao L, et al. Global prevalence of sarcopenic obesity in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Clin Nutr*. 2021;40(7):4633-41.
164. Malenfant JH, Batsis JA. Obesity in the geriatric population - a global health perspective. *J Glob Health Rep*. 2019;3.
165. Khaleghi AA, Salari N, Darvishi N, Bokaei S, Jafari S, Hemmati M, et al. Global prevalence of obesity in the older adults: A meta-analysis. *Public Health Pract (Oxf)*. 2025;9:100585.
166. Fekete M, Szarvas Z, Fazekas-Pongor V, Feher A, Csipo T, Forrai J, et al. Nutrition Strategies Promoting Healthy Aging: From Improvement of Cardiovascular and Brain Health to Prevention of Age-Associated Diseases. *Nutrients*. 2022;15(1).
167. Deer RR, Hosein E, Mera A, Howe K, Goodlett S, Robertson N, et al. Dietary Intake Patterns of Community-Dwelling Older Adults After Acute Hospitalization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2022;77(1):140-7.
168. Engelheart S, Akner G. Dietary intake of energy, nutrients and water in elderly people living at home or in nursing home. *J Nutr Health Aging*. 2015;19(3):265-72.
169. Yannakoulia M, Mamalaki E, Anastasiou CA, Mourtzi N, Lambrinoudaki I, Scarmeas N. Eating habits and behaviors of older people: Where are we now and where should we go? *Maturitas*. 2018;114:14-21.
170. European Food Safety Authority (EFSA). Dietary reference values for nutrients: summary report. Parma: EFSA; 2017.

171. Deutz NE, Bauer JM, Barazzoni R, Biolo G, Boirie Y, Bosy-Westphal A, et al. Protein intake and exercise for optimal muscle function with aging: recommendations from the ESPEN Expert Group. *Clin Nutr.* 2014;33(6):929-36.
172. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(8):542-59.
173. Deer RR, Volpi E. Protein intake and muscle function in older adults. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2015;18(3):248-53.
174. Murphy CH, Oikawa SY, Phillips SM. Dietary Protein to Maintain Muscle Mass in Aging: A Case for Per-meal Protein Recommendations. *J Frailty Aging.* 2016;5(1):49-58.
175. EFSA Panel on Dietetic Products N, Allergies. Scientific opinion on dietary reference values for carbohydrates and dietary fibre. *EFSA Journal.* 2010;8(3):1462.
176. EFSA Panel on Dietetic Products N, Allergies. Scientific Opinion on Dietary Reference Values for fats, including saturated fatty acids, polyunsaturated fatty acids, monounsaturated fatty acids, trans fatty acids, and cholesterol. *Efsa Journal.* 2010;8(3):1461.
177. Ter Borg S, Verlaan S, Mijnaerends DM, Schols J, de Groot L, Luiking YC. Macronutrient Intake and Inadequacies of Community-Dwelling Older Adults, a Systematic Review. *Ann Nutr Metab.* 2015;66(4):242-55.
178. Joffre C, Dinel AL, Chataigner M, Pallet V, Layé S. n-3 Polyunsaturated Fatty Acids and Their Derivates Reduce Neuroinflammation during Aging. *Nutrients.* 2020;12(3).
179. European Commission. Food-based dietary guidelines recommendations for fish [Internet] 2025 [Erişim tarihi 25 Mart] Erişim adresi: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/food-based-dietary-guidelines-europe-table-9_en
180. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific opinion on dietary reference values for water. *EFSA J.* 2010;8(3):1459.
181. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2019;38(1):10-47.
182. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi 2022 (TÜBER). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2022.
183. Kaur D, Rasane P, Singh J, Kaur S, Kumar V, Mahato DK, et al. Nutritional Interventions for Elderly and Considerations for the Development of Geriatric Foods. *Curr Aging Sci.* 2019;12(1):15-27.
184. EFSA Panel on Dietetic Products N, Allergies. Scientific opinion on Dietary Reference Values for cobalamin (vitamin B12). *EFSA Journal.* 2015;13(7):4150.
185. World Health Organization, Anaemia, [Internet] 2023 [Erişim tarihi 25 Mart] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anaemia>.

186. EFSA Panel on Dietetic Products N, Allergies. Scientific opinion on dietary reference values for iron. *EFSA Journal*. 2015;13(10):4254.
187. St-Onge MP, Ard J, Baskin ML, Chiuve SE, Johnson HM, Kris-Etherton P, et al. Meal Timing and Frequency: Implications for Cardiovascular Disease Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(9):e96-e121.
188. British Dietetic Association. Guide to good nutrition and hydration in older age. London: British Dietetic Association; 2020.
189. National Institute on Aging. Healthy meal planning: tips for older adults [Internet] 2021 [Erişim tarihi 25 Mart] Erişim adresi: <https://www.nia.nih.gov/health/healthy-eating-nutrition-and-diet/healthy-meal-planning-tips-older-adults>
190. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı, Yaşlılıkta beslenme, [Internet] 2022 [Erişim tarihi 25 Mart] Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/beslenme/yaslilikta-beslenme.html>
191. World Health Organization. Five keys to safer food manual. Geneva: World Health Organization; 2006.
192. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization; 1991.
193. Battaglia M. Convenience sampling. In: Lavrakas PJ, editor. *Encyclopedia of survey research methods*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2008. p. 149.
194. Hummel E, Hoffmann I. Complexity of nutritional behavior: Capturing and depicting its interrelated factors in a cause-effect model. *Ecol Food Nutr*. 2016;55(3):241-57.
195. Vrkić A, Grujić M, Jović-Bata J, Novaković B. Nutritional Knowledge, Confidence, Attitudes towards Nutritional Care and Nutrition Counselling Practice among General Practitioners. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(11).
196. Yardımcı H, Ayse ÖÖ, Metin SS. Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(2):17-36.
197. Wild H, Baek Y, Shah S, Gasevic D, Owen A. The socioecological correlates of meal skipping in community-dwelling older adults: a systematic review. *Nutr Rev*. 2023;81(2):168-79.
198. Anderson L. Skipping meals is associated with symptoms of anxiety and depression in US Older adults. *Innovation in Aging*. 2020;4(Suppl 1):515.
199. Song HJ, Simon JR, Patel DU. Food preferences of older adults in senior nutrition programs. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2014;33(1):55-67.
200. Krok-Schoen JL, Jonnalagadda SS, Luo M, Kelly OJ, Taylor CA. Nutrient Intakes from Meals and Snacks Differ with Age in Middle-Aged and Older Americans. *Nutrients*. 2019;11(6).
201. Li S, Xiao X, Zhang X. Hydration Status in Older Adults: Current Knowledge and Future Challenges. *Nutrients*. 2023;15(11).

202. Muz G, Özdil K, Erdoğan G, Sezer F. Huzurevi ve evde kalan yaşlılarda su tüketimi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*. 2017;74(EK-1):143-50.
203. Aparicio-Ugarriza R, Luzardo-Socorro R, Palacios G, Bibiloni Mdel M, Julibert A, Tur JA, et al. Impact of physical activity and sedentarism on hydration status and liquid intake in Spanish older adults. The PHYSMED study. *Nutr Hosp*. 2016;33(Suppl 3):309.
204. Yabancı N, Akdevelioğlu Y, Rakıcıoğlu N. Yaşlı bireylerin sağlık ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2012;40(2):128-35.
205. İslamoğlu AH, Garipağaoğlu M, İlktaç HY, Güneş FE. Postmenopozal yaşlıların beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Geriatik Bilimler Dergisi*. 2019;2(1):20-6.
206. Kritz-Silverstein D, Bettencourt R. Egg Consumption: Trends Over 48 Years, Patterns Across the Lifespan, and Predictors of Intake. *Nutrients*. 2025;17(3).
207. Taşcı R, Karabak S, Bolat M, Acar O, Şanal T, Pehlivan A, et al. Ankara ilinde ekmekte tüketici tercihleri. *Tarla Bitkileri Merkez Araştırma Enstitüsü Dergisi*. 2017;26(1):75-85.
208. Sproesser G, Bhangaokar R, Ruby MB, Fischler C, Rozin P, Schupp HT, et al. Traditional and modern eating in older adults: a comparison between an urban and rural sample from Gujarat, Western India. *Health Psychol Behav Med*. 2022;10(1):818-36.
209. Nicklett EJ, Kadell AR. Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. *Maturitas*. 2013;75(4):305-12.
210. Bolbinski P, Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Consumption of fruits and vegetables among older adults: findings from the ELSI-Brazil study. *Cad Saude Publica*. 2023;39(6):e00158122.
211. Biesbroek S, Kneepkens MC, van den Berg SW, Fransen HP, Beulens JW, Peeters PHM, et al. Dietary patterns within educational groups and their association with CHD and stroke in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Netherlands cohort. *Br J Nutr*. 2018;119(8):949-56.
212. Nishinakagawa M, Sakurai R, Nemoto Y, Matsunaga H, Takebayashi T, Fujiwara Y. Influence of education and subjective financial status on dietary habits among young, middle-aged, and older adults in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1230.
213. Jallinoja P, Jauho M, Mäkelä J. Newspaper debates on milk fats and vegetable oils in Finland, 1978-2013: An analysis of conflicts over risks, expertise, evidence and pleasure. *Appetite*. 2016;105:274-82.
214. Heuberger RA, Ivanitskaya L. Preferred sources of nutrition information: contrasts between younger and older adults. *Journal of Intergenerational Relationships*. 2011;9(2):176-90.
215. Oliveira L, Póinhos R, Afonso C, Vaz Almeida MD. Information Sources on Healthy Eating Among Community Living Older Adults. *International quarterly of community health education*. 2021;41(2):153-8.

216. McKay DL, Houser RF, Blumberg JB, Goldberg JP. Nutrition information sources vary with education level in a population of older adults. *Journal of the American dietetic association*. 2006;106(7):1108-11.
217. McClinchy J, Dickinson A, Barnes E, Ibitoye T, Jackson J, Wellings A. Sources of nutrition information used and preferred by older people: A scoping review. *medRxiv*. 2025:2025.02. 02.25321554.
218. Denniss E, Lindberg R, McNaughton SA. Quality and accuracy of online nutrition-related information: a systematic review of content analysis studies. *Public Health Nutr*. 2023;26(7):1345-57.
219. Jiao W. Older Adults' Exposure to Food Media Induced Unhealthy Eating during the COVID-19 Omicron Lockdown? Exploring Negative Emotions and Associated Literacy and Efficacy on Shanghainese. *Foods*. 2024;13(12).
220. Çekal N. Orta yaşlı ve yaşlı bireylerin beslenme bilgi düzeyleri. *Yaşlı sorunları araştırma dergisi*. 2008;1(1):14-28.
221. Sanlier N, Kocaay F, Kocabas S, Ayyildiz P. The effect of sociodemographic and anthropometric variables on nutritional knowledge and nutrition literacy. *Foods*. 2024;13(2):346.
222. Alsaffar AA. Exploring the level of nutrition knowledge and influencing factors in a Turkish community sample. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*. 2014.
223. Michou M, Panagiotakos DB, Lionis C, Costarelli V. Socioeconomic inequalities in relation to health and nutrition literacy in Greece. *Int J Food Sci Nutr*. 2019;70(8):1007-13.
224. Heshmat R, Salehi F, Qorbani M, Rostami M, Shafiee G, Ahadi Z, et al. Economic inequality in nutritional knowledge, attitude and practice of Iranian households: The NUTRI-KAP study. *Med J Islam Repub Iran*. 2016;30:426.
225. Koch F, Hoffmann I, Claupein E. Types of Nutrition Knowledge, Their Socio-Demographic Determinants and Their Association With Food Consumption: Results of the NEMONIT Study. *Front Nutr*. 2021;8:630014.
226. Oral EA, Kiziltan G. Factors affecting nutrition literacy: a pilot study among Turkish adults. *Revista de Nutrição*. 2024;37:e230074.
227. Çetin AK. Evaluation of Nutrition Knowledge, Sources of Nutrition Information and Digital Healthy Diet Literacy of Schoolteachers: A Cross-Sectional Study. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 12(3):967-76.
228. Taylor MK, Sullivan DK, Ellerbeck EF, Gajewski BJ, Gibbs HD. Nutrition literacy predicts adherence to healthy/unhealthy diet patterns in adults with a nutrition-related chronic condition. *Public Health Nutr*. 2019;22(12):2157-69.
229. Xu C, Yu J, Chen P, Meng L, Gao Y, Chen G, et al. Associations between nutritional literacy and dietary diversity in elderly Chinese individuals with chronic diseases: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing*. 2025;62:253-8.

8. EKLER

EK-1: Veri Toplama Formu

Ankara'da Bir İlçe Belediyesine Bağlı Baharevlerinden Yararlanan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Beslenme ile İlgili Bilgi Düzeylerinin ve Davranışlarının Saptanması

Aydınlatılmış Onam Formu

Değerli katılımcı,

'Ankara'da Bir İlçe Belediyesine Bağlı Baharevlerinden Yararlanan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Beslenme ile İlgili Bilgi Düzeylerinin ve Davranışlarının Saptanması' başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma 65 yaş ve üzeri bireylerin beslenme bilgi durumunu ve beslenme davranışlarını saptamak amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla sağlıklı yaşlanmanın bireysel ve toplumsal düzeyde geliştirilmesine katkı sağlayabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz önemlidir.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Bu form için adınızı ve soyadınızı almayacağız. Sadece size hitap edebilmek için dilerseniz bize isminizi söyleyebilirsiniz.

Veri toplama formu altı bölümden oluşmaktadır. Formda toplam 35 soru ve araştırmacılar tarafından geliştirilmiş besin tüketim sıklığı yer almıştır. Formun doldurulması yaklaşık 20 dakikalık zaman almaktadır. Sorular size araştırmacı tarafından sorulacak, yanıtlarınız veri toplama formuna araştırmacı tarafından kaydedilecektir. Size en uygun seçeneği söylediğinizde forma kaydı yapılacaktır. Verdiğiniz yanıtlar araştırmanın amaçları dışında kullanılmayacaktır.

Sorularımızı yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Prof. Dr. Dilek Aslan (Sorumlu Araştırmacı)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Telefon:

Dyt. Raife Kotzoğlu

Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı ABD Beslenme ve Gıda Bilimleri Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

Telefon:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐

Kabul ediyorum.

VERİ TOPLAMA FORMU

Form no:

Tarih:

Saat:

Veri toplayan kişi:

Baharevi adı:

BÖLÜM 1 – Sosyodemografik Bazı Bilgiler

1. Cinsiyetinizi söyleyiniz.
 - a. Erkek
 - b. Kadın
2. Yaşınızı söyleyiniz.....
3. Medeni durumunuz nedir?
 - a. Evli değil/bekar
 - b. Evli
 - c. Eşinden ayrılmış/eşi vefat etmiş
4. Öğrenim durumunuz nedir?
 - a. Okumaz yazmaz
 - b. Okur yazar
 - c. İlkokul
 - d. Ortaokul
 - e. Lise
 - f. Üniversite
5. Halen çalışıyor musunuz?
 - a. Çalışmıyorum
 - b. Çalışıyorum (ne iş yaptığınızı yazınız.....)
6. Sosyal güvenceniz var mı?
 - a. Yok
 - b. Var, SGK (4A)
 - c. Var, Bağ-Kur (4B)
 - d. Var, Emekli Sandığı (4C)
7. Özel sağlık sigortanız var mı?
 - a. Yok
 - b. Var, söyleyiniz

8. Gelir durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

- a. Gelirim giderimden az
- b. Gelirim giderime eşit
- c. Gelirim giderimden fazla

9. Kiminle yaşadığınızı söyleyiniz.

- a. Evde, tek başıma
- b. Evde, eşimle
- c. Evde, eşimle ve çocuklarımla
- d. Evde, arkadaşlarımla
- e. Bir kurumda (nerede yaşadığınızı söyleyiniz.....)
- f. Diğer (söyleyiniz.....)

BÖLÜM 2 – Sağlık ve hastalık durumuna ilişki sorular

1. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

- a. Hayır
- b. Evet..... (belirtiniz)

2. Doktor önerisiyle düzenli olarak kullandığınız ilaç var mı?

- a. Hayır
- b. Evet.....(belirtiniz)

3. Genel olarak sağlık durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

- a. Çok sağlıklı
- b. Sağlıklı
- c. Kararsızım
- d. Sağlıksız
- e. Çok sağlıksız

4. Şimdiye kadar herhangi bir hastalığınız nedeniyle herhangi bir diyet uyguladınız mı?

- a. Hayır
- b. Evet
 - a. Hangi diyeti uyguladığınızı söyleyiniz.....
 - b. Kimin önerdiğini söyleyiniz.....

5. Vitamin-mineral takviyesi kullanıyor musunuz?

- a. Hayır
- b. Evet
 - a. Ne kullandığınızı söyleyiniz.....
 - b. Kimin önerdiğini söyleyiniz.....

BÖLÜM 3 – Yaşam Tarzı ve Riskli Davranışlarla İlgili Sorular

1. Genel olarak beslenme durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?
 - a. Çok sağlıklı
 - b. Sağlıklı
 - c. Kararsızım
 - d. Sağlıksız
 - e. Çok sağlıksız
2. Dünya Sağlık Örgütü haftada en az 150-300 dakika orta şiddette veya 75-150 dk yüksek şiddetli fiziksel aktivite yapılması gerektiğini belirtmektedir. Buna göre sizin fiziksel aktiviteniz aşağıdakilerden hangisiyle uyumludur?
 - a. Çok nadiren fiziksel aktivite yaparım veya hiç yapmam
 - b. Fiziksel aktivite yaparım fakat her hafta değil
 - c. Düzenli fiziksel aktivite yaparım
3. Size göre uyku düzeniniz aşağıdakilerden hangisiyle uyumlu?
 - a. Düzenli
 - b. Kararsızım
 - c. Düzensiz
4. Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?
5. Herhangi bir tütün ürünü kullandınız mı ya da halen kullanıyor musunuz?
 - a. Hayır hiç kullanmadım
 - b. Evet kullandım ama bıraktım
 - i. Sigara içtim
 1. Ne kadar süre içtiniz? ay yıl
 2. Ne sıklıkta içtiniz? adet/gün
 - ii. Nargile içtim
 - iii. E-sigara içtim
 - iv. Diğer ürün kullandım (ne olduğunu yazınız.....)
 - c. Evet halen kullanıyorum
 - i. Sigara içiyorum
 1. Ne kadar süredir içiyorsunuz? ay yıl
 2. Günde kaç adet içiyorsunuz?
 - ii. Nargile içiyorum
 - iii. E-sigara içiyorum
 - iv. Diğer ürün kullanıyorum (ne olduğunu yazınız.....)
6. Genel olarak stres durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?
 - a. Stresli
 - b. Kararsızım
 - c. Stresiz

BÖLÜM 4 – Beslenme ile İlgili Bilgi Düzeyine İlişkin Sorular

1. Beslenme ile ilgili daha önce bir sağlık profesyonelinin herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a. Hayır
- b. Hatırlamıyorum
- c. Evet
 - i. En son kimden aldığınızı söyleyiniz.
 - ii. En son ne zaman aldığınızı söyleyiniz.

2. Beslenme ile ilgili bilgi düzeyinizi 1 ile 5 arasında nasıl puanlırsınız? Söyleyiniz.

1 2 3 4 5

3. Beslenme ile ilgili aşağıdaki soruları doğru veya yanlış olarak yanıtlayınız.

SORU	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
Yemek yapmaya başlamadan önce el hijyenine ve kullanılacak aletlerin temiz olmasına dikkat edilmelidir.			
Pişmiş ve çiğ gıdalar ayrı tutulmalıdır.			
Özellikle et, tavuk, balık, yumurta gibi yiyecekler iyice pişirilmelidir.			
Pişmiş yemekler oda sıcaklığında en fazla 2 saat bekletilebilir, sonrasında buzdolabında saklanmalıdır.			
Temiz su kullanımı ve sebze meyvelerin iyice yıkanması önemlidir.			
Meyveler iyice yıkandıktan sonra kabuğu ile birlikte tüketilmelidir.			
Hipertansiyon hastalığı olan kişiler tuzlu yiyecekleri tüketebilir.			
Balık omega-3 yağ asitleri açısından zengindir.			
Terayag tüketiminin artması kalp ve damar sağlığını olumsuz etkiler.			
Diabetli bireylerin pirinç pilavı yerine bulgur pilavı tüketmesi tercih edilir.			
Çay tüketiminin yemek ile birlikte veya yemekten hemen sonra olmasının bir sakıncası yoktur.			

BÖLÜM 5 – Beslenme ile İlgili Davranışlara İlişkin Sorular

1. Günlük su tüketiminiz ne kadar? (söyleyiniz).....
2. Öğün atlar mısınız?
 - a. Hayır
 - b. Evet
 - i. Ne sıklıkta öğün atlarsınız?
 - ii. En sık hangi öğünü atlarsınız?
 - iii. Neden öğün atlarsınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
 1. Zamanım yok
 2. Alışkanlığım yok
 3. Hazırlamakta zorluk çekiyorum
 4. İştahım yok
 5. Diğer (yazınız.....)
3. Ara öğün tüketiyor musunuz?
 - a. Hayır
 - b. Bazen
 - c. Evet
 - i. Hangi besinleri tercih ettiğinizi işaretleyiniz (birden fazla seçenek işaretlenebilir)
 1. Simit/poğaç/börek
 2. Tuzlu kraker/ tuzlu bisküvi
 3. Gofret/Çikolata/tatlı bisküvi
 4. Sırlı/Şerbetli Tatlılar
 5. Taze meyveler / Kuru meyve
 6. Kuruyemiş
 7. Diğer (söyleyiniz)

4. Aşağıdaki içecekleri ne sıklıkla ne ve miktarda tüketiyorsunuz?

İçecek	Sıklık	Miktar
Çay (bardak)		
Türk Kahvesi (Fincan)		
Neskafe/Filtre kahve (Kupa)		
Maden suyu (şişe)		
Gazsız şekerli içecekler (hazır meyve suyu, limonata, soğuk çay) (Su bardağı)		
Gazlı şekerli içecekler (Su bardağı)		

5. Gıda alışverişi yapar mısınız? (Hayır ise 7. Soruya geçiniz)

- a. Hayır
- b. Bazen
- c. Evet

6. Şimdi size okuyacaklarım gıda seçiminizi nasıl etkiler? Bana söyleyiniz.

	Düzey		
	Çok	Orta	Hiç
Fiyat			
Marka			
Ürünün reklamını görmüş olmam			
İçindekiler bilgileri			
Ön yüz etiket beyanı			

7. Yemekleri genellikle kim pişiriyor?

- a. Kendim
- b. Aile ferdi
- c. Bakıcı
- d. Dışarıdan söylüyorum
- e. Diğer....

8. Yemekleri genellikle kiminle yiyorsunuz?

- a. Tek başıma
- b. Başkalarıyla (belirtiniz).....

9. Şimdi size bazı cümleler okuyacağım. Size en uygun geleni söyleyiniz.

Kategori	Sıklık				
	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Her öğünde taze sebze/salata tüketirim					
Taze meyve ve/veya sebzeleri ara öğün olarak tercih ederim					
Sebze/meyveleri mevsiminde ve çeşitli tüketirim					
Yemeklerde katı yağ yerine sıvı yağ tercih ederim					
Kızartma yerine haşlama tercih ederim					
Kek, poğaça, pasta gibi pastane ürünlerini tüketirim					
Hazır paketli atıştırmalıklar tüketirim					
Yemeklerin tadına bakmadan tuz eklerim					

10. Beslenme ile ilgili bilgileri hangi kaynaktan alırsınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- Diyetisyen görüşmesi
- Doktor görüşmesi
- Gazete/Televizyon/Sosyal Medya
- Aile fertleri
- Arkadaşlar /Sosyal çevre
- Diğer.....

11. Gazete/Televizyon/Sosyal medyada paylaşılan diyetleri/kürleri uyguluyor musunuz?

- Hayır, hiçbir zaman
- Evet, bazen
- Evet, sıklıkla
- Evet, her zaman

BÖLÜM 6- Besin Tüketim Sıklığı Formu

[illegible]

Besinler	Günde 6 veya daha fazla kez	Günde 4-5 kez	Günde 2-3 kez	Günde 1 kez	Haftada 5-6 kez	Haftada 2-4 kez	Haftada 1 kez.	Ayda 2-3 kez	Ayda 1 veya daha az	Hiçbir zaman
Ekme� ve tah�llar										
Ekme� (1 ince dilim)										
Simit (1 adet)										
Bulgur/pirin� p�lav� (1 silme orta ke��e)										
Makarna (1 silme orta ke��e)										
�orba (1 k���k kase)										
Yula� (�evrek kupa)										
Sebze, meyve										
S���� sebze/salata (1 b����k kase)										
Sebze yemekleri (5-6 yemek ka����)										
Taze meyve (1 k����k kase/ 1 orta boy)										
Kuru meyve (3-4 adet)										

Form tamamlanma tır.
Verdiğimiz yanıtlar için teşekkür ederiz.

EK-3: Etik Kurul Çalışma Uzatma İzni

	T.C. HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu	Tarih: 19/12/2024 19:24 Sayı: E-16969557-050.04-00003943061  00003943061
Sayı : E-16969557-050.04-00003943061 Konu : Kurul Kararı (SBA 24/730)		19/12/2024
Sayın Prof. Dr. Dilek ASLAN		
Kurulumuzun 23.07.2024 tarihli toplantısında SBA 24/730 kayıt numarası ile onaylanmış olan ve “Ankara’da Bir İlçe Belediyesine Bağlı Baharevlerinden Yararlanan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Beslenme ile İlgili Bilgi Düzeylerinin ve Davranışlarının Saptanması” başlıklı projeniz için vermiş olduğunuz 29.11.2024 tarihli süre uzatma dilekçeniz Kurulumuzun 10.12.2024 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur. Çalışmanın yeni sonlanma tarihi 01 Mart 2025 olarak belirlenmiş ve kayıtlarımıza eklenmiştir.		
Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.		
Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.		
		Prof. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR Kurul Başkanı
Ek _____ : 1. Katılım Tutanağı		
<i>Bu belge güvendi elektronik imza ile imzalanmıştır.</i>		
Belge Doğrulama Kodu: F3C57A38-11DE-4547-BC0B-C9CE8F5AF39E Adres: Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulları ve Komisyonları 06100 Sıhhiye/Ankara E-posta: etik@hacettepe.edu.tr Elektronik Ağ: www.hacettepe.edu.tr Telefon: 0 (312) 305 1062 Faks: 0 (312) 310 0580 Kpç:		Belge Doğrulama Adresi: https://www.turkiye.gov.tr/ku-ebys Bilgi için: Tuğba YILMAZ Mersis Telefon: 3123051062 

EK-4: Çankaya Belediyesi Çalışma İzni

	T.C. ÇANKAYA BELEDİYE BAŞKANLIĞI Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü	Tarih: 09/10/2024 10:09 Sayı: E-52706240-819-1156897  0000383632
Sayı : E-52706240-819-1156897 Konu : Rarfe KOTZAOĞLAN Çalışma İzni	09.10.2024	
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE		
İlgi : 07.10.2024 tarihli ve E-1156123 sayılı yazı		
İlgide kayıtlı yazınıza istinaden Üniversiteniz Beslenme ve Gıda Bilimleri Tezli Yüksek Lisans Programında eğitim gören Rarfe KOTZAOĞLAN'ın, "Ankara'da Bir İlçe Belediyesine Bağlı Baharevlerinden Yararlanan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeylerinin ve Davranışlarının Saptanması" konulu araştırma kapsamında, 01 Ekim – 01 Aralık 2024 tarihleri arasında Belediyemize bağlı Baharevinde uygulama yapması için gerekli iznin verilmesini talep etmekteyiz. Adı geçen öğrencinizin Müdürlüğümüze bağlı hizmet veren Ayrancı Baharevimizde çalışma yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.		
Dr. Nilay OĞULTÜRK Sosyal Yardım İşleri Müdür V.		
<i>Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.</i>		
Belge Doğrulama Kodu : BSM8BUUE481 Pin Kodu : 68662 Adres: Ziya Gökalp Cad. No:11 A-1 Blok Kat:5 Kızılay/ANKARA Telefon:03124389000 Faks:03124343765 Web:www.cankaya.bel.tr Kop Adres: cankayabeldiyesi@ta01.ksp.tr	Belge Takip Adresi : https://www.turkiye.gov.tr/cankaya-belidiyesi-ebys	Bilgi için: Ebru İPEK Uzman İdari İşler 

EK-5: Çankaya Belediyesi Çalışma Uzatma İzni

08.01.2025-1234649



T.C.
ÇANKAYA BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü



Sayı : E-52706240-819-1234649
Konu : Raife KOTZAOĞLAN Çalışma İzni

08.01.2025

HACETTEPE ÜNİVERSİTE REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 07.10.2024 tarihli ve E-1156123 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden Üniversiteniz Beslenme ve Gıda Bilimleri Tezli Yüksek Lisans Programında eğitim gören Raife KOTZAOĞLAN'ın, "Ankara'da Bir İlçe Belediyesine Bağlı Baharevlerinden Yararlanan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerin Beslenme İle İlgili Bilgi Düzeylerinin ve Davranışlarının Saptanması" konulu araştırma kapsamında 01 Mart 2025 tarihine kadar Belediyemize bağlı Baharevlerimizde uygulama yapması için gerekli iznin verilmesini talep etmekteyiz.

Adı geçen öğrencinizin Müdürlüğümüze bağlı olarak hizmet veren Baharevlerimizde çalışma yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Nuran DUMAN
Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü Öst
Sorumlusu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 5850083180 Pın Kodu: 74162

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ankaya-belediyesi-ehys>

Adres: Ziya Gökalp Cad. No:31 A-1 Blok Kat:5 Kızılay-ANKARA

Telefon:03124588001 Faks:03124345765

Web:www.cankaya.bel.tr

E-posta Adresi: cankayabediyem@b01.ksp.tr

Bilgi için: Ebru İPEK
Unvanı: İdari İşler



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK-6: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Dilek Aslan
 Ödev başlığı: ANKARA'DA BİR İLÇE BELEDİYESİNE BAĞLI BAHAREVLERİNDEN ...
 Gönderi Başlığı: TEZ_RK_04.06 TURNITIN_kaynaksız.docx
 Dosya adı: TEZ_RK_04.06_TURNITIN_kaynaksız.docx
 Dosya boyutu: 3.09M
 Sayfa sayısı: 158
 Kelime sayısı: 27,875
 Karakter sayısı: 186,442
 Gönderim Tarihi: 04-Haz-2025 02:52ÖS (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 2670052746



EK-7: Orjinallik Raporu

TEZ_RK_04.06 TURNITIN_kaynaksiz.docx			
ORJİNALLİK RAPORU			
%8	%7	%6	%2
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%1	
2	openaccess.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	%1	
3	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1	
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1	
5	halksagligiokulu.org İnternet Kaynağı	<%1	
6	Çetinkaya Demir, Betül. "Sağlıklı Yetişkin Bireylerin Bağırsak Mikrobiyota Farkındalığı ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin Araştırılması.", Necmettin Erbakan University (Turkey), 2024 Yayın	<%1	
7	abis-files.aybu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1	
8	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1	

9.ÖZGEÇMİŞ

