



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLI BİREYLERİN BESLENME DURUMLARI VE YEME
FARKINDALIKLARININ SAPTANMASI; MUĞLA ÖRNEĞİ**

Dilek SİVRİ

MUĞLA-2022

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI
BESLENME VE DİYETETİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLI BİREYLERİN BESLENME DURUMLARI VE YEME
FARKINDALIKLARININ SAPTANMASI; MUĞLA ÖRNEĞİ**

Dilek SİVRİ

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Fatmagül YUR**

MUĞLA-2022

TEZ ONAYI

Dilek SİVRİ tarafından hazırlanan “Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Farkındalıklarının Saptanması; Muğla Örneği” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Muammer TUNA	(İmza)
	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	

Tez Danışmanı	Prof. Dr. Fatmagül YUR	(İmza)
	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	

Üye	Doç. Dr. Mehmet AKMAN	(İmza)
	İstanbul Aydın Üniversitesi	

Tez savunma tarihi: 18.03.2022

Bu tez Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programında, Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Banu BAYAR
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

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

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

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

☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

☐ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

09.05.2022

(İmza)

Dilek SİVRİ

ETİK BEYAN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Farkındalıklarının Saptanması; Muğla Örneği” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezimin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

09.05.2022

(İmza)

Dilek SİVRİ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana değerli vaktini ayıran, sevgisini ve desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Prof. Dr. Fatmagül YUR'a,

Katılımcılarla iletişime geçmemi sağlayan ve veri toplama sürecinde desteğini benden esirgemeyen Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tazelenme Üniversitesi Kampüsü yürütücüsü sayın Prof. Dr. Muammer TUNA ve Fethiye Tazelenme Üniversitesi Kampüsü yürütücüsü Öğr. Gör. Dr. Cemil Yavuz'a,

Tezin istatistiksel analiz sürecinde sorduğum her soruya bıkmadan cevap verip verdiği katkıları için Dr. Öğr. Üyesi Özcan AYGÜN'e,

Tüm hayatım boyunca bana destek veren ve sevgilerini hiçbir zaman esirgemeyen anneme, babama ve kardeşlerime,

Bu zorlu süreçte, dertlerimi dinledikleri için sevgili arkadaşlarıma,

Yüksek lisans eğitimim boyunca 2210-A burs programıyla maddi destek veren TÜBİTAK'a en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunarım.

YAŞLI BİREYLERİN BESLENME DURUMLARI VE YEME FARKINDALIKLARININ SAPTANMASI; MUĞLA ÖRNEĞİ

ÖZET

Bu araştırma yaşlı bireylerde beslenme durumu ve yeme farkındalığı düzeylerini tanımlamak ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı araştırma olarak planlanıp yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Muğla il merkezi ve ilçelerinde Tazelenme Üniversitesine kayıtlı 60 yaş ve üstü bireyler oluşturmuştur. Bu çalışma toplam 234 (80'i erkek, 154'si kadın) birey üzerinde yürütülmüştür. Çalışma verileri bireylerin sosyo-demografik bilgilerine yönelik sorular ile Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi-Kısa Formu ve Yeme Farkındalığı Ölçeğinin yer aldığı bir form aracılığıyla online olarak elde edilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilen veriler Windows ortamında Statistical Package for the Social Sciences 22.0 paket programı ile değerlendirilmiş ve tüm hesaplamalarda $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Çalışma sonucunda erkeklerin %41.3'ü, kadınların %41.6'sı beden kütle indeksi sınıflamasına göre normal aralıkta bulunmuştur. Beden kütle indeksi sınıflamasına göre zayıf bireylerin hepsinin malnütrisyonlu olduğu, normal bireylerin %9.3'ünde ve II. derece obez olanların %27.3'ünde malnütrisyon riski olduğu bulunmuştur. Bireylerin (%97.9) yeme farkındalığının yüksek olduğu saptanmıştır. Yeme farkındalığı ile yaş arasında bir ilişki yokken, yaş ile Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi-Kısa Formu toplam puanı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Beden kütle indeksi ile Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi-Kısa Formu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, beden kütle indeksi ile yeme farkındalığı arasında negattif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi-Kısa Formu puanı ile Yeme Farkındalığı Ölçeği puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r = -0.12$; $p = 0.07$). Toplumda yaşayan yaşlı bireylerde malnütrisyon ve malnütrisyon riskini önlemek amacıyla belirli aralıklarla beslenme taraması yapılması ve yaşlı bireylerde pek çok faktörden etkilenen beslenme durumuna etki eden faktörü her yönüyle incelenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca yaşlı bireylerde obezite tedavilerine alternatif olabilecek, yeme farkındalığı eğitimlerinin dâhil edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, Beslenme durumu, Yeme farkındalığı

DETERMINING THE NUTRITION STATUS AND MINDFUL EATING IN ELDER; MUĞLA CITY CASE

ABSTRACT

This research was planned and carried out as a descriptive research in order to define nutrition status and mindful eating levels in elderly and to examine the relationship between them. The sample of the study consisted of individuals aged 60 and over who were enrolled in Refreshment University in Muğla city center and its districts. This study was conducted on a total of 234 (80 males, 154 female) individuals. The study data were obtained online through a form that included questions about the socio-demographic information of the individuals, the Mini Nutritional Assessment Test-Short Form and the Mindful Eating Questionnaire. The data obtained as a result of the study were evaluated with the Statistical Package for the Social Sciences 22.0 package program in the Windows environment and $p < 0.05$ was considered significant. As a result of the study, 41.3% of men, 41.6% of women were found in the normal range according to the body mass index classification. According to body mass index classification, all of the weak individuals are malnourished, 9.3% of normal individuals and it was found that 27.3% of those who were extremely obese had a risk of malnutrition. It was determined that individuals' mindful eating score was high (97.9%). While there was no relationship between mindful eating and age, there is negative relationship with Mini Nutritional Assessment Test-Short Form total score. While there was a positive significant relationship between body mass index and Mini Nutritional Assessment Test-Short Form, a negative significant relationship was found between body mass index and awareness of mindful eating. There was no significant correlation between individuals' Mini Nutritional Assessment Test-Short Form score and Mindful Eating Questionnaire-30 score ($r = -0.12$; $p = 0.07$). It has been concluded that in order to prevent malnutrition and the risk of malnutrition in elderly individuals living in the community, nutritional screening should be done at regular and the factor affecting the nutritional status, which is affected by many factors, should be examined in all aspects. In addition, it is recommended to include mindful eating trainings, which can be an alternative to obesity treatments in elderly individuals.

Keywords: Elderly, Nutrition status, Mindful eating

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Yaşlılığın Tanımı, Sınıflandırılması, Dünyada ve Ülkemizde Yaşlanan Nüfus ...	4
2.2. Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler	5
2.2.1. Yaşlanmayla Ciltte Meydana Gelen Değişiklikler.....	5
2.2.2. Yaşlanmayla Kas İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler	5
2.2.3. Yaşlanmayla Organlarda Meydana Gelen Değişiklikler.....	6
2.2.4. Yaşlanmayla Vücut Kompozisyonunda Meydana Gelen Değişiklikler.....	7
2.2.5. Yaşlanmayla Gastrointestinal Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler.....	7
2.2.6. Yaşlanmayla Endokrin Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler	11
2.2.7. Yaşlanmayla İmmün Foksiyonda Meydana Değişiklikler	12
2.3. Yaşlılık Döneminde Görülen Hastalıklar	13
2.3.1. Obezite	13
2.3.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus.....	14
2.3.3. Demans	15
2.3.4. Alzheimer Hastalığı	15
2.3.5. Parkinson Hastalığı	15
2.3.6. Kanser	15
2.4. Yaşlı Bireylerde Beslenme Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi	16
2.4.1. Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA).....	16
2.5. Malnütrisyon	17
2.5.1. Yaşlanma anoreksisi	18
2.5.2. Malnütrisyonla ilgili sağlık sorunları.....	19

2.6. Yeme Farkındalığı.....	22
3. YÖNTEM	25
3.1. Araştırma Modeli	25
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi	25
3.2.1 Tazelenme Üniversiteleri	26
3.3. Veri Toplama Araçları	26
3.3.1. Sosyo-Demografik Veri Formu	26
3.3.2. Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi-Kısa Form (MNA-SF).....	27
3.3.3. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30).....	27
3.4. Veri Toplama Süreci	28
3.5. Deneysel Kurgu.....	29
3.6. İstatistiksel Analiz.....	29
3.7. Etik Onay	30
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	31
4.2. Bireylerin Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	35
4.3. Bireylerin Yeme Farkındalıkları Durumunun Değerlendirilmesi	40
4.4. Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Farkındalıkları Arasındaki İlişki	43
5. TARTIŞMA.....	44
5.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	44
5.2. Bireylerin Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi.....	46
5.2. Bireylerin Yeme Farkındalıklarının Değerlendirilmesi	50
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	53
6.1. Sonuçlar	53
6.2. Öneriler	54
KAYNAKLAR	55
EKLER	68
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	68
Ek 2: KURUM İZİN ONAYI	69
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)	70
Ek 4: ÖLÇEK İZİN	74
Ek 5: ÖZ GEÇMİŞ.....	75

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BH: Büyüme Hormonu

BM: Birleşmiş Milletler

DMH: Dinlenme Metabolizma Hızı

FFM: Yağsız Vücut Dokusu

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Max.: Maximum

Min.: Minimum

MNA: Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi

MNA-SF: Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi-Kısa Form

N: Sayı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

Ss: Standart sapma

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

$\bar{X}$: Aritmetik ortalama

YFÖ-30: Yeme Farkındalığı Ölçeği-30

%: Yüzde

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Çalışmada ilişki değerlendirme.....	29
--	----



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Cinsiyete göre bireylerin yaş ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri	31
Tablo 4.2. Cinsiyete göre bireylerin yaş sınıflandırmasının sayı (n) ve yüzde (%) değerleri	31
Tablo 4.3. Bireylerin cinsiyetlerine göre sosyodemografik özellikleri	32
Tablo 4.4. Bireylerin cinsiyetlerine göre sigara kullanma, alkol kullanma ve kronik hastalık varlığı durumlarının dağılımı	33
Tablo 4.5. Bireylerin cinsiyetlerine göre Tazelenme Üniversitesinde beslenme eğitimi alma, özel diyet yapma, bu diyeti uygulama ve öğün atlama durumlarının dağılımı	34
Tablo 4.6. Bireylerin cinsiyetlerine göre MNA-SF'ye verdikleri cevaplar	35
Tablo 4.7. Bireylerin cinsiyete göre BKİ sınıflamasının sayı (n) ve yüzde (%) değerleri	36
Tablo 4.8. Bireylerin cinsiyete göre BKİ ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (Ss), minimum (min.) ve maximum (max.) değerleri	36
Tablo 4.9. Bireylerin cinsiyete göre MNA-SF puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri	37
Tablo 4.10. Bireylerin cinsiyete göre MNA-SF puanları ile beslenme durumunun değerlendirilmesi	37
Tablo 4.11. Bireylerin yaş sınıflandırmasına göre MNA-SF toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri	38
Tablo 4.12. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre MNA-SF toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri	38
Tablo 4.13. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre MNA-SF toplam puanlar ile beslenme durumlarının değerlendirilmesi	39
Tablo 4.14. Bireylerin MNA-SF sınıflandırmasına göre BKİ değerlerinin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri	39
Tablo 4.15. Bireylerin cinsiyete göre yeme farkındalığı alt ölçeği ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri	40
Tablo 4.16. Bireylerin cinsiyete göre Yeme Farkındalığı ortalama puanına göre sınıflandırılması	41
Tablo 4.17. Bireylerin yaş sınıflandırmasına göre Yeme Farkındalığı alt boyutları ve Yeme Farkındalığı toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri	41
Tablo 4.18. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre Yeme Farkındalığı alt boyutları ve Yeme Farkındalığı toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri	42
Tablo 4.19. Bireylerin beslenme durumu ve Yeme Farkındalığı arasındaki ilişki	43

Tablo 4.20. Bireylerin çeşitli değişkenlerle MNA-SF toplam ve Yeme Farkındalığı ortalama puanları arasındaki ilişki.....	43
---	-----------



1. GİRİŞ

Yaşlanma, vücutta geri dönüşü olmayan fizyolojik ve fonksiyonel değişikliklere yol açan kaçınılmaz ve ilerleyici biyolojik süreçlerden biridir. Yaşlanma, vücut durumunun yıllar içinde bozulmasıyla ilişkilidir. Birçok organ ve sistemin işlevi azalır, vücudun fizyolojik yüklerle dayanma, enfeksiyonla savaşıma ve homeostazı sürdürme yeteneği azalır, sinir sisteminde ve beyinde dolayısıyla bilişsel işlevlerde de değişiklikler meydana gelir (Acar Tek ve Ağagündüz, 2021).

Ortalama yaşam süresinin artmasıyla birlikte artan metabolik değişiklikler beslenme durumu bozukluğuna ve vücut ağırlığı kaybına neden olur (Arslan ve Çakıroğlu, 2019). Yaş ilerledikçe tat ve koku duyusu, tükürük salgısı azalır, yutma refleksleri zorlaşır, bazı organların işlevleri azalır (Yabancı ve ark., 2012). Yaşlılarda organ yetmezliği, kronik hastalıklar ve buna bağlı ilaç kullanımının ağırlık kaybı ve protein enerji malnütrisyonuna neden olduğu bilinmektedir (Rakıcıoğlu, 2009).

Yaşlanma sürecini ve yaşlı bireylerin sağlık durumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri beslenmedir. Yaşlı bireylerde beslenme durumunu değerlendirmek amacıyla besim tüketiminin saptanması, antropometrik ölçümler, sağlık öyküsü, biyokimyasal testler ve psikososyal veriler kullanılmaktadır. Bunların yanında yaşlı bireylerde beslenme durumlarını saptamak ve değerlendirmek amacıyla Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi (MNA) kullanılmaktadır. MNA toplumda ve huzurevinde yaşayan, ayakta takip edilen, hastanede yatan yaşlıların beslenme durumlarını hızlı bir şekilde taranması ve değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir (Ongan, 2012).

Şişmanlık, karbonhidrat ağırlıklı beslenmek, fiziksel aktivitede yetersizlik, metabolik hızdaki azalma ve sigara içmek; obezite, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom ve tip 2 diyabete neden olmaktadır (Yılmaz ve Rakıcıoğlu, 2012). Aşırı yeme ve duygusal yeme gibi beslenme davranışları da obezite ile ilişkilidir (Warren ve ark., 2017). Yeme farkındalığı, çevresel etmenlerden ziyade açlık ve tokluk sinyallerini dinleme durumudur. Besin seçimi, besinlerin tüketim miktarı ve bu tüketim miktarını etkileyen içsel ve dışsal faktörleri yargılamadan farkına varılmasıdır (Kidd ve

ark., 2013). Bu farkındalık besin aşermelerini, yeme hızını, düzensiz beslenme davranışlarını azaltmakta ve ağırlık kontrolünü sağlamada etkin rol oynamaktadır (Alberts ve ark., 2012).

Yetersiz beslenme riski en yüksek risk gruplarından biri olan yaşlı bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi, yeme farkındalıkları yaşam kalitelerini ve bazı hastalıkların önlenmesinde etkili olduğu için yaşlılarda beslenme durumları ve yeme farkındalıkları belirli periyotlarda değerlendirilmelidir. Bu nedenle bu çalışma 60 yaş ve üstü bireylerin beslenme durumu ve yeme farkındalıklarını ölçmek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yürütülmüştür. Bu bağlamda önerilen tezin özgün niteliklerini aşağıdaki gibi sıralayabilir:

1. Önerilen tez öncelikle literatürde bu güncel konudaki eksikliği gidermesi yönünden önem kazanmaktadır.
2. Literatürde yaşlı bireylerde yeme farkındalığı çalışmaları sınırlıdır ve yaşlı bireylerde beslenme durumu ve yeme farkındalığı düzeyini saptayan, arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma yoktur.
3. Yaşlılarda beslenme durumunu saptamaya yönelik yapılan çalışmalar huzurevi, yaşlı bakım evi ve geriatri servislerinde bulunan hastalarda yapılmıştır, bu çalışmada ise bir üniversiteye devam eden yaşlı bireylerde beslenme durumu saptanmıştır.

Yetersiz beslenme ve obezite ile ilişkili yeme sorunları tedavi etmek için farkındalık temelli uygulamalar giderek yaygınlaşmaktadır. Yeme farkındalığı besin ile bedenimiz, duygularımız, aklımız arasındaki bağlantılara yönelik farkındalık geliştirmeye yöneliktir. Az sayıda çalışma, yaşlı bireylerde yemeye yönelik dikkatli bir yaklaşımı incelemiştir (Coleman, 2020; Framson ve ark., 2009). Mevcut çalışmayla, yaşlı bireylerde beslenme durumu ve yeme farkındalığı düzeylerini tanımlamak ve arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır. Önerilen bu araştırma tezinde alt amaçlar şu şekildedir: Tazelenme üniversitesine kayıtlı 60 yaş ve üstü bireylerde;

1. Beslenme durumunu saptamak ve malnütrisyon riskini değerlendirmek.
2. Yeme farkındalıkları düzeyini saptamak ve değerlendirmek.
3. Sosyo-demografik verileriyle beslenme durumu ve yeme farkındalığı arasındaki ilişkiyi incelemek.

4. Yeme farkındalığı düzeyi ile Beden Kütle İndeksi (BKİ) arasındaki ilişkiyi incelemek.

Tezdeki anket çalışması sonucu elde edilen verilerin, yaşlı bireylerde beslenme durumunu ve yeme farkındalığını saptayarak mortalite ve morbidite riski gösteren protein enerji malnütrisyonu, obezite gibi hastalıkların önlenmesi ve gelişiminin önüne geçilmesi adına farkındalık sağlayacağı beklenmektedir. Tezin amaçları doğrultusunda hipotezleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

1. Yaşlı bireylerin beslenme durumları ve yeme farkındalıkları arasında ilişki var mıdır?
2. BKİ sınıflamasına göre obez olan yaşlı bireylerde yeme farkındalığı ortalama genel skoru zayıf olan yaşlı bireylere göre farklılık gösterir mi?
3. Yaş ile MNA-SF ve Yeme Farkındalığı puanları arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılığın Tanımı, Sınıflandırılması, Dünyada ve Ülkemizde Yaşlanan Nüfus

Yaşlanma bütün canlılarda görülen intrauterin dönmede başlayıp ölüme kadar devam eden hücresel, fizyolojik ve psikolojik değişimleri içeren evrensel bir süreçtir. Yaşlılık canlılar için biyolojik işlevler yönünden erişkin konuma geldikten sonra ölüme kadar geçen süre zarfında doğurganlığın azalması, mortalitenin artması gibi değişim ve dönüşümleri içeren bir süreçtir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Birleşmiş Milletler (BM) (2018) 60 yaş ve üzerindeki bireyleri yaşlı olarak tanımlarken Dünya Sağlık Örgütü (1984) 65 yaş ve üzerindeki bireyleri yaşlı olarak tanımlamaktadır. Yaşlılık dönemi üçe ayrılmaktadır. Buna göre 65-74 yaş “genç yaşlılık”, 75-84 yaş “orta yaşlılık” ve 85 yaş ve üzeri yaş dönemi “ileri yaşlılık” olarak sınıflandırılmıştır (Beğer ve Yavuzer, 2012).

Küreselleşen dünya ile birlikte yaşam şartlarının iyileşmesi, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, doğum oranındaki düşüş ve ölüm oranındaki azalmadan dolayı yaşlı nüfusu artmaktadır (Arslan ve Çakıroğlu, 2019; Beğer ve Yavuzer, 2012).

Günümüzde her 11 kişiden 1’inin 65 yaş ve üstü olduğu, bu oranın 2050 yılında her 6 kişiden 1’ine karşılık geleceği tahmin edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 2015 ve 2050 yılları arasında 60 yaş üstü yaşlı bireylerin dünya nüfusuna oranının %12’den %22’ye çıkacağını öngörmektedir (Acar Tek ve Ağagündüz, 2021). Türkiye İstatistik Kurumunun 2020 yılında yayınladığı “İstatistiklerle Yaşlılar” raporuna göre dünya yaşlı nüfusunun 729 milyon 887 bin 660 kişi olduğu ve en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ilk üç ülkenin sırasıyla %33.5 ile Monako, %28.5 ile Japonya ve %22.9 ile Almanya olduğu belirlenmiştir. Türkiye, 167 ülke arasında 66. sırada yer almıştır (TÜİK, 2021).

Dünya nüfusu içinde yaşlı nüfusu oranı her yıl yaklaşık olarak %3 artış göstermektedir. Yapılan öngörülere göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11.0, 2030 yılında %12.9, 2040 yılında %16.3, 2060 yılında %22.6 ve 2080 yılında %25.6 olacağı tahmin edilmektedir. Türkiye dünyanın hızlı yaşlanan ülkeleri arasında ilk sıralarda yer

almaktadır. Ülkemizde yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı, 2050 yılında %20.6'ya yükseleceği tahmin edilmektedir (Kurtkapan, 2019).

2.2. Yaşlılıkta Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte hücre, doku, organ ve sistemlerin işlevinde azalma meydana gelmektedir. Bu değişikliklerin boyutu genetik, beslenme, yaşam tarzı gibi birçok faktörlerden etkilenmektedir. Yaşlılıkta meydana gelen değişiklikler genetik ve çevresel faktörler, yaşam tarzı ve psikolojik durum gibi faktörler nedeniyle bireyden bireye farklılık gösterir. Yaşlanmayla birlikte beden yapısında ve organların işlevlerinde fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler bireylerin besin alımını, besinlerin vücutta kullanımını dolayısıyla da beslenme durumunu etkiler (Demirel, 2018; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

2.2.1. Yaşlanmayla Ciltte Meydana Gelen Değişiklikler

Artan yaşla birlikte yaşlı bireyler, cilt kuruluğu (kserozis) ve irritan dermatite karşı hassas hale gelir, epidermiste bulunan hücrelerin yenilenme hızı %30-50 azalır, yeniden epitelizasyon süresi uzar bu da yara iyileşmelerini geciktirir (Akdeniz ve ark., 2019; Tobin, 2017). Deri altındaki sinirlerin sonlanma sayılarının azalması ağrı ve dokunma duyusunun azalmasına neden olur. Bu yaşlı bireylerde fark edilmeyen yaralara neden olabilmektedir (Tobin, 2017).

2.2.2. Yaşlanmayla Kas İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlılığa bağlı kas iskelet sisteminde birçok morfolojik değişiklikler görülmektedir. Kas lifleri sayı ve boyut olarak azalır, kas kitlesi azalır. Kas kitlesinin azalmasının nedeni testosteron ve büyüme hormonlarının seviyesinde meydana gelen azalmadır. Azalan fiziksel aktivite de kas kitlesinin azalmasına neden olur. Bu yüzden yaşlı bireyler günlük aktivitelerinde zorlanır, yürümede zorluk yaşarlar (Akdeniz ve ark., 2019; Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Kemik kütlesi ve mineral içeriği azalır, kemiğin yapısı değişir, kemiklerde kırık riski artar, iyileşme süreci gecikir ve vücut postürü bozulur (Akdeniz ve ark., 2019; Pehlivan ve Karadakovan, 2013). Kemikte kalsiyum ve fosfor depoları azalmakta,

kalsitonin ve parat hormonlarının üretiminde dengesizlikler oluşmaktadır (Akdeniz ve ark., 2019).

Yaşlılıkla birlikte osteoblastların sayısı azalırken osteoklastların sayısı artmaktadır, bu durum artan kemik rezorbsiyonuyla birlikte osteopeni ve osteoporoz ile sonuçlanmaktadır. Osteoporoz kemik ağrılarına ve kırıklarına neden olabilmektedir. Bu kırıklar en çok kalçada görülmekle birlikte yaşlı bireyleri bakıma muhtaç hale getirmektedir ve yaşlı bireylerin besinlere ulaşmada sıkıntılar yaşamasına neden olabilmektedir (Akdeniz ve ark., 2019; Demirel, 2018).

Yaşlanmayla birlikte eklem kıkırdaklarındaki hücre yoğunluğu azalır, eklem kıkırdak yüzeyi yıpranır, yumuşar ve yaralanmalara karşı hassas hale gelir. Bu dejenerasyonlar osteoartrit ile sonuçlanır. Yaşlanmayla kemik, kas ve eklemlerde oluşan bütün bu değişiklikler yaşlı bireylerde boy kısalmasına, kemiklerde kırılmalara, diş kayıplarına ve postür bozukluğuna neden olabilmektedir (Akdeniz ve ark., 2019).

Serum D vitamini miktarının azalması sonucu kalsiyum emilimi azalması kemiklerde bulunan kalsiyum miktarında azalma ile sonuçlanır. Yaşlılık döneminde kadınlar, iskelette bulunan toplam kalsiyumun %40'ını kaybetmektedirler. Bu kaybın yarısı menopozdan sonraki ilk yıllarda meydana gelir ve menopozdan sonra kemik kaybı hızlanmaktadır (Demirel, 2018).

Ayrıca artan yaşla birlikte kemik iliğinde kan hücrelerinin üretiminde azalma olur. Eklemlerde kıkırdak dokuda azalma olduğundan eklemlerin hareket yeteneğindeki azalma travmalara karşı yaşlı bireyleri daha hassas hale getirir. Eklem bölgelerinde düzenli olarak meydana gelen travmalar osteoartrit için risk oluşturur (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

2.2.3. Yaşlanmayla Organlarda Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanmayla böbrek kütleğinde, glomerüler filtrasyon hızında, renin ve aldosteron düzeylerindeki azalma sodyum geri emilimini azaltmakta, böylece diyetle sodyum alımı ve idrarla sodyum kaybı arasında dengesizlikler ortaya çıkmaktadır. Total vücut suyunda meydana gelen azalma dehidratasyona yatkınlığı arttırmaktadır (Dede, 2017). Böbrek

fonksiyonlarında meydana gelen azalma eritropoetin yapımında ve kalsiyum metabolizmasında bozulmaya bağlı olarak kemik yoğunluğunda azalmayla sonuçlanabilir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşlanmayla hepatik hücre rejenerasyon yeteneğinin azalmasıyla karaciğer boyutunda bir azalma meydana gelir. Bu durum karaciğere kan akımının ve bazı enzimlerin etkinliğinin azalmasıyla sonuçlanır. Bu yüzden yaşlı bireylerin ilaç kullanımı konusunda dikkatli olmaları gerekmektedir (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Beyinde bulunan hücre sayısı ve çalışma etkinliği yaş artıktıkça azalmaya başlar. Kelimeleri hatırlama, kelime hazinesi, bilgi toplama, kısa süreli hafıza, öğrenme fonksiyonlarında azalma görülür. Spinal kordda hücre sayısının azalmasına bağlı olarak darbelere ve ısıya karşı tepki azalmaktadır. Yaşlı bireylerde nörodejeneratif değişiklikler uyku sorunları yaşamalarına neden olmaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşlanmayla birlikte akciğerde bronşiollerdeki elastik liflerin oranı azalır, göğüs duvarı sertliği artar, akciğer parankiminde kollajen miktarı artar (elastin kollajen dengesi bozulur). Bu değişiklikler sigarayla birlikte hızlanırken pnömoni, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), fibrozis gibi akut ve kronik solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığını arttırmaktadır (Akdeniz ve ark., 2019).

2.2.4. Yaşlanmayla Vücut Kompozisyonunda Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanma, vücut kompozisyonundaki belirgin değişikliklerle ilişkilidir. Hücre içi sıvı ve yağsız vücut kütlelerinde azalma ve yağ depolarının miktarında ve dağılımında artış meydana gelmektedir. Bu da su depolanması için hücresel kapasitede azalma, güç, denge ve kas kütlelerinde azalma ve abdominal obeziteyle sonuçlanır. Ayrıca yaşlı bireylerde azalan susama hissi sıvı alımını da azaltmaktadır. Klinik olarak bu değişiklikler yaşlı bireyleri dehidratasyona, düşük bazal metabolizma hızına, düşmelere, yaralanmalara ve abdominal obeziteye yatkın hale getirmektedir (Brownie, 2006).

2.2.5. Yaşlanmayla Gastrointestinal Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanmayla birlikte bireylerin beslenme düzeyini etkileyen birçok değişiklik oluşmaktadır. Bireylerin besin alımını, tükettikleri besinlerin vücutta kullanımının

yetersiz olması gibi beslenme durumunu etkileyen en önemli değişiklikler gastrointestinal sistemde meydana gelmektedir (Akdeniz ve ark., 2019; Ongan, 2012). Yaşlı bireylerin sindirim sistemi sorunları yaşarken yetersiz beslenme riskinin %85 daha fazla olduğu gösterilmiştir (Siddique ve ark., 2017).

Gastrointestinal motilite ve fonksiyondaki değişiklikler; bozulmuş özofagus peristalsisi, azalmış trans pilorik akışlar, gecikmiş mide boşalması, kolon içi geçiş sürelerinde artış ve ağırlıklı olarak yaşlı kadınlarda görülen erken doyma, gıda tüketiminde azalma, kilo kaybı ve besin ögesi eksiklikleridir (Bhutto ve Morley, 2008).

Yaşlanmayla tükürük salgısı, tat ve koku duyusu, çene ve dil kaslarının gücü azalır, diş kaybı meydana gelir. Bu değişiklikler yaşlı bireylerin besin alımını etkileyebilir (Essed ve ark., 2007). Yaşlı bireylerin %70'inde görülen ağız kuruluğu ve tükürük salgısındaki azalma besin alımını etkilemektedir (Grassi ve ark., 2011). Yaşlıların yaklaşık %40'ı ağız kuruluğundan şikâyetçidir. Bunun nedeni tıbbi durumlar, ilaçlar, yetersiz sıvı alımı ve/veya dehidrasyon olabilir. Yapılan bir çalışmaya göre yaşlılar tarafından en sık kullanılan ilaçların %80'inin tükürük salgısını azalttığı görülmüştür (Brownie, 2006). Diş sayısında meydana gelen azalmalar ve takma diş kullanımı besinlerin çiğnenmesini ve parçalanmasını olumsuz etkiler (Brownie, 2006). Bu durum tüketilen besin ve besin çeşidinde azalmaya neden olarak bazı besin öğelerinin eksikliğiyle sonuçlanabilmektedir (Degens, 2007).

İştahsızlık, yaşlı bireylerde önemli bir sorundur ve toplumda yaşayan yaşlı bireylerde yaygınlık oranı %11 ile %15 arasında değişmektedir. İştahsızlık, yaşlı bireylerde düşük diyet kalitesi ve tüketilen besin çeşidinde azalma ile ilişkili olarak azalmış enerji alımının önemli bir belirleyicisidir. Sonuç olarak, toplumda yaşayan yaşlı kişilerde iştahsızlık, yetersiz beslenme için bir risk faktörüdür. Yetersiz beslenme, olumsuz klinik sonuçlar, düşük yaşam kalitesi ve sağkalım ile ilişkili olduğundan, yaşlı kişilerde besin alımını arttırmak için etkili stratejilere ihtiyaç vardır (Van der Meij ve ark., 2017).

Yaşlanmayla ortaya çıkan tat ve koku alma duyusundaki azalma besin alımını, besin çeşitliliğini ve yemekten zevk almayı olumsuz etkilemektedir. Tat ve koku duyusundaki azalma 60 yaşlarında başlamakta, 70 yaşın üzerinde ise şiddetli hale

gelmektedir (Essed ve ark. 2007). Koku alma duyusu yaşam boyunca eşit olarak azalırken, tat algısında farklı bozulmalar vardır, önce tatlı ve tuzlu tatlar azalır, böylece yiyeceklerin tadı ekşi veya acı olmaya başlar (Brownie, 2006). Tuzlu ve tatlı tatların algılanmasının azalması yaşlı bireylerin yemeklerine daha çok tuz eklemelerine ve şekerli besinleri daha çok tüketmelerine neden olmaktadır (Rakıcıoğlu, 2009). Tat kaybının, dil üzerindeki papilla başına giderek azalan tat tomurcuğu sayısından kaynaklanabileceği düşünülürken, koku alma duyusundaki bozulmanın olfaktör epitelyum, reseptörler ve sinir yollarındaki değişikliklerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Parkinson tedavisinde kullanılan ilaçlar ve antidepresanlar da dahil olmak üzere bazı ilaçların da tadı olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Corcoran ve ark., 2019). Tat ve koku alma duyularında kemosenör kayıpların ortaya çıkması ve ardından yiyeceklere karşı ilgisizlik, yaşlılarda malnütrisyonun başlıca belirleyicilerinden biridir (Brownie, 2006).

Yaşlı bireylerde yutma refleksi, özefagus peristaltik hareketlerinin yavaşlamasından dolayı azalır. Bu durum yutma güçlüğüne neden olur. Toplumda yaşlıların %15'i kadarında yutma sorunları vardır ve yarısında disfaji yaşam kalitelerini önemli ölçüde azaltır (Chen ve ark., 2009). 65 yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık üçte birinin tükürük üretiminin azaldığı ve bununla peristaltizmi yavaşlattığını ve kabızlık riskini artırdığı gösterilmiştir. Daha yavaş peristaltizm, özofagus boşalmasını geciktirerek erken doymaya katkıda bulunabileceği bununla gıda alımında azalmasına neden olabileceği belirtilmiştir (Corcoran ve ark., 2019). Tat alma duyusundaki bozulmanın yetersiz beslenme riskini 2.5 kat artırdığı, yutma güçlüğüne ise bireyin yetersiz beslenme riskini beş kat daha fazla olmasına neden olduğu gösterilmiştir (Siddique ve ark., 2017).

Midede mukus hücrelerinde, mukus salgılamada, mide asit salgısında ve pepsin salgılamada azalmayla birlikte koruyucu mekanizmaların yetersiz olması mide hastalıklarına zemin hazırlar. Gastrik asit yetersizliği ve mide rahatsızlıklarında kullanılan antiasit kullanımı başta B₁₂ vitamini olmak üzere demir ve kalsiyum gibi minerallerin ve proteinin emilimini azaltmaktadır (Akdeniz ve ark., 2019; Corcoran ve ark., 2019). Mide boşalmasındaki gecikme iştah ve besin tüketiminde azalmaya neden olarak uzun süreli tokluk hissi oluşturur (Ongan, 2012).

Yaşlanmayla birlikte ince bağırsaklarda sindirim enzimlerinin aktivitesinin azalması (özellikle laktaz), sindirim sistemi hareketlerinin ve emilim işlevlerinin yavaşlaması enerji ve besin öğelerinin emiliminde azalmaya neden olmaktadır (Brownie, 2006; Ongan, 2012).

Kolondaki mukozal değişiklikler, kas yapısının zayıflaması, motilitenin azalması gaitanın depolanma kapasitesini ve geçiş süresini uzatmaktadır. Bu durum yaşlı bireylerde kronik ve tekrarlayan kabızlığa neden olur. Yaşlı bireylerde kabızlık, besin ve sıvı alımındaki azalma ve azalmış fiziksel aktivite ile ilişkilidir (Morley, 2007). Artan yaşla birlikte laktaz üretimi azalır. Süt tüketen yaşlı bireylerde ishal görülebilir. Laktoz malabsorpsiyonunun yaşlanma ile daha yaygın olduğu bulunmuştur (Pehlivan ve Karadakovan, 2013; Di Stefano ve ark., 2001).

Yaşlanmayla pankreasta bikorbonat, kimotripsin, amilaz ve lipaz salgılamasında, beta hücre fonksiyonunda ve insülin sekresyonunda azalma meydana gelmektedir (Ongan, 2012). İnsülin direnci yaşlı bireylerde glukoz intoleransına yol açar (Bhutto ve Morley, 2008). Glukoz intoleransı ve insülin direnci Diabetes Mellitus riskini arttırmaktadır (Akdeniz ve ark., 2019).

Yaşlanma ile birlikte gastrointestinal sistemde mukozal immün yanıtın işlev düzeyinde bir düşüş vardır. Bu durum yaşlı bireyleri gastrointestinal sistem enfeksiyonlarına karşı daha fazla risk altına sokmaktadır (Brownie, 2006).

Gastrointestinal sistemde meydana gelen bu yapısal ve işlevsel değişiklikler yaşlı bireylerin beslenme durumunu etkileyerek beslenme yetersizliklerine daha duyarlı hale getirdiği için önemlidir (Brownie, 2006).

Yaşlılarda kötü beslenme, kalsiyumun bağırsakta emiliminin azalması, böbrekte geri emilimin bozulması hipokalsemiye neden olabilir. D vitamini eksikliği; diyetten yetersiz D vitamini alımı, deride D vitamini öncüsünün sentezinin azalması, böbrek fonksiyonlarındaki bozulmadan kaynaklanır (Jonas ve ark., 2015). Yaşlı bireylerde D vitamini emilimi de azalmaktadır. Bu azalmayla deride kolekalsiferol sentezinin azalması ve aktif 1,25 dihidroksivitamin D ve bağırsak epitelindeki D vitamini reseptörlerinin oluşumunun azalması kalsiyum emiliminde azalmaya neden olur (Bhutto ve Morley, 2008).

Yaşlılarda D vitamini eksikliği osteoporoza, kırık ve düşmelere neden olur. D vitamini eksikliği metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalık, kas gücünde azalma ve sarkopeni ile ilişkilidir. Yaşlanma ile birlikte takviye alan çoğu kişide bile 25-hidroksi D vitamini seviyesinde düşüşler görülür. Yaşlı bireyler hastalandıkça ve güneş ışığına çıkmadıkça D vitamini seviyesinde belirgin bir azalma meydana gelir (Bhutto ve Morley, 2008). Bu nedenle yaşlı bireylerde D vitamini eksikliği/yetersizliği varsa takviye almaları önerilir.

2.2.6. Yaşlanmayla Endokrin Sistemde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlanma endokrin organların yapısını ve fonksiyonunu etkiler. Hedef dokuların hormonlara ve nörotransmitterlere karşı tepkisini değiştirebilen reseptörlerin sayısı ve duyarlılığındaki değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşlanmayla büyüme hormonu (BH) salgılanmasında kademeli bir bozulma ve insülin benzeri büyüme faktörü serum seviyelerinde paralel bir azalma olur. BH eksiliğinde yağsız vücut dokusunun (FFM) ve mineral dansitesinde azalma, adipoz doku kütlesinde artma (özellikle karın bölgesinde) meydana gelir. Yaşlanmayla tiroid hormonlarının boyutunda önemli değişiklikler oluşmaz ancak tiroid bezinin yoğunluğu artar. Tiroid uyarıcı hormon salgılanması ve serum konsantrasyonu artar, triiyodotironin konsantrasyonunda azalma görülür. Tiroksin sentezi yaşla birlikte azalır ancak dolaşımdaki yarılanma ömrü arttığı için tiroksin seviyesi değişmeden kalır. Hem subklinik hem de aşikâr hipertiroidizmin 65 yaş üstü hastalarda kardiyovasküler mortalite riskinde artışa yol açabileceği ve bu nedenle her durumda tedavi edilmesi gerektiği gösterilmiştir (Jonas ve ark., 2015). Kadınlarda östrojenin azalması, paratiroid hormonunun artışı osteoporoz riskini arttırmaktadır (Pehlivan ve Karadakovan, 2013).

Yaşlanma sırasında meydana gelen hormonal değişiklikler yağ depolanmasını, FFM'nin azalmasını ve enerji dengesini bozabilir. Yaşlanma, büyüme hormonu salgılanmasında azalma, tiroid hormonuna yanıtta azalma, serum testosteronunda düşüş ve leptine direnç ile ilişkilidir. Artan yaşla birlikte büyüme hormonu ve testosteron üretimindeki düşüş, FFM'yi azaltır ve yağ kütlesini artırır. Leptine direnç, iştahı düzenleme yeteneğinin azalmasına neden olabilir (Villareal ve ark., 2005).

2.2.7. Yaşlanmayla İmmün Foksiyonda Meydana Değişiklikler

Yaşlılık, bağışıklık sistemini derinden etkileyen hem fiziksel hem de fizyolojik zayıflık ile karakterizedir. Bu nedenle yaşlı bireyler inflamasyon, enfeksiyon ve kronik hastalıklar açısından risk altındadır. Yaşlılıkta T hücrelerinin işlevinde azalma ve makrofajlar tarafından proinflamatuvar sitokinlerin üretimindeki artış yaşlı bireylerde enfeksiyon hastalıkları ve kansere yatkınlığı arttırmaktadır (Fuentes ve ark., 2017; Weiskopf ve ark., 2009).

Bağırsakta, bağırsak epitel hücreleri, istilacı mikro organizmalara karşı ilk bariyeri temsil eder. Müsin gibi antimikrobiyal madde salgırlar ve patojenleri algılayabilirler (Miron ve Cristea, 2012). Ancak hem insan hem de hayvan modellerinde yapılan birçok çalışmada yaşlanmayla birlikte bağırsak bağışıklık tepkilerinde önemli değişiklikler olduğunu bildirilmiştir (Biagi ve ark., 2013; Dicarlo ve ark., 2009; Larbi ve ark., 2008). Örneğin, yaşlı bireylerde bağırsak epitel hücreleri tarafından müsin salgılanmasında bir azalmanın olduğu ve mukozal membranların geçirgenliği daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (Tran ve Greenwood-Van Meerveld, 2013). Bu durum mikroorganizmaların ortama girişini kolaylaştırır, lipopolisakaritler salınımı artırır bu da proinflamatuvar sinyallemeğe yol açar, (Cani ve ark., 2008; Mehal, 2013) Tümör nekrozis faktör alfa ve diğer sitokinlerin üretimine neden olur (Stadlbauer ve ark., 2008). Bu daha sonra anoreksiya, sarkopeni ve immün disfonksiyon ile sonuçlanır (Morley ve ark., 2005).

İnsanlarda bağırsak mikrobiyomunda faydalı bakteriler ve fırsatçı bakteriler arasındaki dengenin bozulmasının (disbiyozis) yaşa bağlı patolojik durumların oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, insülin direnci, azalmış motor aktivite ve hepatik steatoz gibi birçok patolojik durum, bağırsak disbiyozu ile ilişkilendirilmiştir (Nicholson ve ark., 2012).

Ayrıca, bağırsak mikrobiyotasında yaşa bağlı değişiklikler insanlarda bağırsak-beyin eksenini etkilediği ve anksiyete gibi merkezi sinir sistemi hastalıkları, multiple skleroz, depresyon, nörodejenerasyon ve Alzheimer gibi hastalıklara neden olduğu da gösterilmiştir (Collins ve., 2012; Luna ve Foster, 2015).

2.3. Yaşlılık Döneminde Görülen Hastalıklar

İnme, bunama, depresyon, kanser, artrit, osteoporoz ve görme bozuklukları gibi durumlar yaşlıların işlevsel bağımsızlığını ve sağlıklı beslenme uygulamalarını sürdürme kapasitelerini tehlikeye atmaktadır (Brownie, 2006).

Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerde morbidite, mortalite ve engellilik durumunun en sık nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Yaşlılarda en sık görülen hastalıkları fiziksel ve ruhsal sağlık ile ilgili bozuklular olarak adlandırılır. Yaşlılarda fiziksel sağlıkla ilgili en sık hipertansiyon görülürken ruhsal sağlık ile ilgili olarak demans, depresyon, alkol kullanımı ve intihar girişimi görülmektedir. Son açıklanan Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2019 yılında ölen yaşlıların %41.5'i dolaşım sistemi hastalıkları, %15.3'ü ile solunum sistemi hastalıkları, %5.3'ü sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Cinsiyete göre ölüm nedenleri incelendiğinde, cinsiyetler arası en önemli farkın solunum sistemi hastalılarında olduğu ve bu hastalıktan hayatını kaybeden yaşlı erkeklerin oranının (%20.0) yaşlı kadınların oranının (%10.7) yaklaşık iki katı olduğu görülmüştür (TÜİK, 2021).

2.3.1. Obezite

Obezite Dünya Sağlık Örgütü tarafından sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Yaşlanma, vücut kompozisyonunda önemli değişikliklerle ilişkilidir. FFM giderek azalırken, yağ kütlesi artar. FFM 20 ila 70 yaş arasında %40'a kadar azalır. Maksimal FFM'ye genellikle 20 yaşında ve maksimum yağ kütlesine genellikle 60-70 yaşında ulaşılır. İnsülin direnci ve metabolik hastalıklar için risk faktörleri olan visceral yağ (omental ve mezenterik yağ dokusu), subkutan karın yağı, kas içi yağ ve intrahepatik yağ yaşlanma ile birlikte artmaktadır (Villareal ve ark., 2005). Yaşla beraber vücut kompozisyonunda meydana gelen değişimlerle birlikte boy uzunluğunda meydana gelen kısalma BKİ ve vücut yağı arasındaki ilişkiyi azaltmaktadır (Yılmaz ve Rakıcıoğlu, 2012).

Yaşlanma, dinlenme metabolizma hızı (DMH), besinlerin termik etkisi ve fiziksel aktivitenin azalmasıyla ilişkilidir. Normalde DMH 20 yaşından sonra her on yılda bir % 2-3 oranında azalır. Besinlerin termik etkisi, yaşlı erkeklerde genç erkeklere göre yaklaşık %20 daha düşüktür. Vücut kompozisyonunda meydana gelen değişimler, DMH,

besinlerin termik etkisi ve fiziksel aktivitenin azalmasıyla birlikte artan besin alımı sonucunda obezite meydana gelmektedir (Villareal ve ark., 2005).

Obezite; diyabet, hiperlidemi, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, osteoartrit ve birçok kanser türü için risk faktörüdür ve bu tıbbi komplikasyonun prevalansının yaşla birlikte arttığı bilinmektedir. Obezite, morbiditeye, bozulmuş yaşam kalitesine ve erken ölümlere de yol açmaktadır. Obezite bazı risk faktörlerinin (fazla vücut ağırlığı, fiziksel aktive eksikliği, fazla yeme vb.) kontrol edilmesiyle, vücut ağırlığı yönetimi, stresi azaltma, yeterli ve dengeli beslenmeyle kontrol edilebilir (Inelmen ve ark., 2003; Villareal ve ark., 2005).

Türkiye sağlık araştırması sonuçlarına göre boy ve kilo değerleri kullanılarak hesaplanan beden kütle indeksi incelendiğinde, 2010 yılında 65 ve üstündeki nüfusta obezite oranı %22.9 iken bu oran 2019 yılında %29.0 olmuştur. Yaşlı nüfusun obezite oranı cinsiyete göre incelendiğinde, yaşlı erkeklerde 2010 yılında %15.2 iken bu oran 2019 yılında %19.9 yaşlı kadınlarda 2010 yılında %30.5 iken 2019 yılında %36.2 olmuştur (TÜİK, 2021).

2.3.2. Tip 2 Diyabetes Mellitus

Yaşlı bireylerde kronik yaşlanmayla birlikte vücut bileşiminde meydana gelen değişimler, fiziksel aktivitedeki azalma, genetik yapı, kullanılan ilaçlar ve kronik hastalık varlığı insülin direncine neden olmaktadır. Yaşlı bireylerde insülin salınımındaki azalma, karaciğerde insülin üretimindeki artış, insülin reseptörlerindeki bozulmalar ve leptin üretimindeki artış hiperglisemiye neden olmaktadır. Diyabet yaşlı bireyler için önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması II 2010 verilerine göre 65 yaş üstü diyabetli bireylerin tüm diyabetlilerin yaklaşık %40'ını oluşturduğu saptanmıştır (Mercanlıgil, 2019).

Uluslararası Diyabet federasyonunun yaptığı tahminlere göre Türkiye’de 2045 yılına kadar 20-79 yaş diyabetli birey sayısının 11.2 milyona ulaşacağı ve yaşlı diyabetli nüfusa sahip 8. ülke olacağı öngörülmektedir (Satman, 2018).

2.3.3. Demans

Demans yaşlı bireylerde görülen davranış, düşünce, hafıza ve günlük aktiviteleri olumsuz yönde etkileyen nörodejeneratif bir hastalıktır. Dünya da 50 milyon demanslı bireyin olduğu ve bu sayının 2050’de 152 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Hipertansiyon, obezite, depresyon, hiperlipidemi, sigara, uyku bozuklukları demans için risk faktörü iken; fiziksel aktivite, Akdeniz diyeti, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazanılması ve sürdürülmesi, çoklu doymamış yağ asitleri, vitaminler ve polifenoller demans gelişimini azaltmaktır. Alzheimer ve parkinson hastalığı nedeniyle demans görülebilmektedir (Alkan ve Rakıcıoğlu, 2020).

2.3.4. Alzheimer Hastalığı

Demansın en sık görülen bir tipi olan Alzheimer hastalığı; yavaş ilerleyen, kişilik ve davranışsal değişiklikler ile karakterize, yeme davranış bozuklukları, ağırlık kaybı ve koordinasyon bozukluğunun eşlik ettiği nörodejeneratif bir hastalıktır. Bu hastalıkta en önemli risk faktörü yaştır. Yapılan çalışmalara göre Türkiye’de 300 bin civarında Alzheimer hastası bulunmaktadır (Saka ve Köşeler Beyaz, 2021).

Türkiye İstatistik Kurumu (2021) verilerine göre ise 2019 yılında Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı %4.3 (kadınlarda %5.4, erkeklerde %3.2) olduğu rapor edilmiştir. Antioksidanların, polifenollerin, çoklu doymamış yağ asitlerinin Alzheimer hastalığı riskini azalttığı bulunmuştur (Saka ve Köşeler Beyaz, 2021).

2.3.5. Parkinson Hastalığı

Kronik ve ilerleyici hareket bozukluğu olarak görülen, dopamin azalması, koku duyusu azalması veya kaybı, kabızlık, uyku bozuklukları, titreme, koordinasyonda bozukluk gibi semptomların görüldüğü nörodejeneratif bir hastalıktır. 65 yaş üstü bireylerde görülme oranı yaklaşık olarak %1’dir. Yüksek yağlı diyet risk faktörü iken D, E, C, B₁₂, B₆ ve folik asit gibi vitaminlerin yeterli alımının koruyucu olduğu saptanmıştır (Saka ve Köşeler Beyaz, 2021).

2.3.6. Kanser

Kronik hastalıklar içerisinde kanser vakalarının büyük çoğunluğunu yaşlı bireylerin oluşturduğu ve 65 yaş üzeri bireylerde kanserin ikinci sırada ölüm nedeni olduğu

bilinmektedir (Karadağ, 2018). Yaşlı bireylerde kansere bağlı beslenme durumu etkileyen birçok değişiklik görülmektedir ve bu değişiklikler malnütrisyonla neden olabilmektedir (Blasiak, ve ark., 2020). Kemoterapi ve radyoterapi tedavisi öncesinde, sırasında ve sonrasında kanser hastaları arasında gıda alımlarının azalması, tat ve koku ayırt etme ve tanımlama yeteneğinde azalma sık görülen şikayetlerdir. Araştırmalar, kanser hastalarının ≥ 50 'sinin hastalıklarının ve tedavilerinin seyri sırasında bir noktada tat ve koku fonksiyonlarının bozulduğunu göstermektedir (Brownie, 2006).

2.4. Yaşlı Bireylerde Beslenme Durumunun Saptanması ve Değerlendirilmesi

Artan morbidite, hastaneye yatış ihtiyacı ve mortalite dâhil olmak üzere yetersiz beslenmenin olumsuz etkisi göz önüne alındığında, zamanında ve etkili beslenme müdahale tedavisinin başlayabilmesi için durumu mümkün olduğunca erken teşhis etmek önemlidir. Yaşlanma süreciyle ilişkili doğal fizyolojik değişiklikler nedeniyle malnütrisyonun teşhis edilmesi zor olabildiği için düzenli kontrollerin bir parçası olarak beslenme taraması yapma ihtiyacı giderek daha önemli hale gelmektedir (Corcoran ve ark., 2019).

Yaşlı bireylerde beslenme durumunu saptamak için öykü alma (anamnez), besin tüketiminin saptanması, klinik değerlendirme, kognitif ve fizyolojik fonksiyonlar, fiziksel yetenekler, antropometrik ölçümler, biyokimyasal ve biyofizik testler kullanılmaktadır (Özdemir, 2021). Beslenme durumunu saptamak ve değerlendirmek amacıyla Malnütrisyon Risk Skalas, Subjektif Global Değerlendirme, MNA, Malnütrisyon Universal Tarama Aracı, Geriatrik Beslenme Risk İndeksi, Kısa Nütrisyonel Değerlendirme Formu gibi tarama araçları kullanılmaktadır (Ongan, 2021).

2.4.1. Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA)

Yaşlılarda beslenme durumunu saptamak için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. MNA uzmanlar tarafından en çok kullanılan ve önerilenlerden tarama araçlarından biridir. Malnütrisyon riskinin klinik değişiklikler başlamadan önce belirlenmesi ve bu nedenle laboratuvar testleri gerektirmemesi başlıca avantajlarından. 1994 yılından bu yana ve 20 yıllık geliştirme ve kullanımdan sonra, MNA ölçeği, nerede yaşadıklarına bakılmaksızın, yaşlıların birinci düzey beslenme durumunun değerlendirilmesi için araştırmacılar tarafından en yaygın kullanılan araçlardan biri haline gelmiştir. Kullanımı

kolay, ucuz ve güvenilir olduğu için sağlık çalışanlarının klinik uygulamalarının bir parçası ve kapsamlı geriatrik değerlendirmede geçerli ve temel bir unsur haline gelmiştir (Lozoya ve ark., 2017). Son zamanlarda, MNA ölçeği, serbest yaşayan yaşlılar için diğer kısa beslenme değerlendirme anketlerini geliştirmek için altın standart olarak kullanılmıştır (Gutiérrez-Gomez ve ark., 2015; Mahdavi ve ark., 2015).

Uluslararası geçerliliği olan ve kullanılan bu ölçeğin kısa/tarama versiyonu olan Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) 2001 yılında geliştirilmiş ve onaylanmıştır (Lozoya ve ark., 2017). MNA-SF, yürütülmesi daha hızlı ve daha kolay olduğu için tam MNA'dan daha yaygın olarak tarama için kullanılır. MNA-SF kilo kaybı, iştah, hareketlilik, psikolojik stres, nöro-psikolojik problemler ve BKİ dâhil 6 bileşenden oluşurken, tam MNA 18 sorudan oluşur. Listelenen parametrelerin her biri 0 ile 2 arasında veya 0 ile 3 arasında puan verilerek 0 ile 14 arasında bir genel puan verilir. MNA-SF'nin uygulanmasından elde edilen sonuçlardan, bir bireyin iyi beslendiğini (12 ila 14 puan), malnütrisyon riski altında olduğu (8 ila 11 puan) ve malnütrisyonlu (0 ila 7 puan) olduğu belirlenir. Yaşlılarda malnütrisyon taraması ve değerlendirmesi için yaygın olarak en iyi seçenek olarak kabul edilmekle birlikte, bireyin kendisi hakkında güvenilir bilgi sağlayamadığı veya nazogastrik sonda ile beslenme desteği aldığı durumlarda MNA kullanımı uygun değildir (Corcoran ve ark., 2019).

2.5. Malnütrisyon

Beslenme, yaşlanma sürecinde önemli bir faktördür ve sağlığın sürdürülmesinde, kronik hastalık riskinin azaltılmasında çok önemlidir. Yaşlanma süreci boyunca meydana gelen psikolojik, fizyolojik, sosyal ve ekonomik değişiklikler yaşlı bireylerin beslenme durumunu etkileyerek besin alımında azalmayla sonuçlanabilir. Besin tüketimindeki bu değişim vücut ağırlığındaki azalmasıyla ilişkili olarak malnütrisyon riskini artırır (De Boer ve ark., 2013; Corcoran ve ark., 2019).

Avrupa Klinik Nutrisyon ve Metabolizma Derneği tarafından yetersiz besin alımından kaynaklanan, vücut kompozisyonunda değişikliklere neden olan fiziksel ve mental işlevlerin azalması olarak tanımlanmaktadır (Cederholm, ve ark., 2017).

Yaşlılarda malnütrisyon, bireyin doğal olarak genel sağlık durumunun kötüleşmesi, sarkopeni, kaşeksi, kırılgenlik, obezite, bazı besin öğelerinin eksikliğini içine almaktadır. Yaşlanma anoreksiyası, bireyler yaşlandıkça meydana gelen, azalmış enerji alımları ve iştah kaybı ile karakterize olup yetersiz beslenme olasılığını artıran yaşa bağlı değışiklikleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Cederholm ve ark., 2017; Corcoran ve ark., 2019). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında yaşlı bireylerin gençlere göre %16-20 oranında daha az enerji aldığı bulunmuştur (Giezenaar ve ark., 2016). Yaşlı bireylerde malnütrisyonun tanımlanmasında en önemli klinik yaklaşım vücut ağırlığı kaybının izlenmesidir. Sahip olunan vücut ağırlığının 1 ayda $\geq$ %5 veya 6 ayda $\geq$ %10 oranında kaybı malnütrisyon olarak tanımlanmaktadır (Ongan, 2021).

Yetersiz beslenme durumu, sağlık hizmetlerine talepleri artırır, hastanede kalış süresini uzatır ve immün fonksiyonu bozar. Ayrıca morbidite ve mortalitenin önemli bir belirleyicisi olarak da kabul edilmektedir (Brownie, 2006). Yapılan bir meta analiz çalışmasında toplumda yaşayan yaşlı bireylerde malnütriyon prevalansı %3, polikliniklere başvuran yaşlılarda %6, evde bakım hizmeti alan yaşlılarda ise %8.7 olduğu bulunmuştur (Ongan, 2021).

2.5.1. Yaşlanma anoreksisi

“Yaşlanma anoreksiyası”, bireyler yaşlandıkça meydana gelen, enerji alımlarını azaltan ve yetersiz beslenme olasılığını artıran yaşa bağlı değışiklikleri tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Yaşlanma anoreksiyası, yaşlanmanın kendisine özgü hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı ve fizyolojik faktörlerin yanı sıra yeme alışkanlıklarını ve beslenme durumunu daha fazla etkileyebilen, malnütriyon ve kilo kaybına yol açan sosyal, psikolojik, çevresel ve yaşam tarzı faktörlerine bağlı çoklu nedensel bir sendromdur (Corcoran ve ark., 2019).

Oldukça yaygın görülen yaşlanma anoreksiyası, protein-enerji malnütrisyonu, sarkopeni, kırılgenlik, fonksiyon bozukluğu, morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Yaşlıların ana öğünleri az ve daha yavaş yedikleri düşünüldüğünde, yaş ile enerji alımının azalması arasındaki ilişki, sağlıklı bir yaşlanma sürecini olumsuz etkileyebilir. Ek olarak, yaşlılar tüm besin gruplarını daha az tüketirler ve besin ögesi eksikliklerine yol açabilecek diyetlere daha fazla eğilim gösterirler (Hara ve ark., 2019).

Hara ve arkadaşları (2019) yaptığı bir çalışmada yaş ortalaması 78.2 olan 130 bireyde yaşlanma anoreksisi prevalansını %27.7 olarak bulurken yaşlanma anoreksisi olan bireylerin daha düşük enerji, protein, lipid, lif, demir ve çinko aldıklarını bulmuşlardır.

Yaşlı bireylerde tat ve koku duyusunda meydana gelen azalma iştah kaybına neden olabilmektedir. Gastrointestinal motilite ve hormon salınımındaki değişiklikler, yaşlanma anoreksisinin temelini oluşturmaktadır. Anoreksinin patogeneğinde duysal değişikliklerin rolünün farkına varmakla birlikte, gastrointestinal sistemin üst kısmının gıdaya değişen tepkisinden kaynaklandığını ve bunun gastrointestinal hormonların salınımı başta olmak üzere bazı değişikliklere yol açtığını belirtilmiştir (Silver, Flood ve Morley, 1988).

Yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlardan daha fazla yaşlanma anoreksisine sahip olduğu görülmüştür (Rolland ve ark., 2006). Bu durum tokluk hormonu olan leptin (Morley ve ark., 1999) düzeylerinde artışa neden olan testosteron seviyesindeki azalmayla ilgili olabileceği belirtilmiştir (Morley, 2001).

2.5.2. Malnütrisyonla ilgili sağlık sorunları

Yaşlılarda artan malnütrisyon prevalansı, besin eksikliği ile ilgili semptomlar, osteoporoza yol açan kemik kütlelerinde azalma, immün disfonksiyon ve iyileşmede gecikme gibi çeşitli sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir (Corcoran ve ark., 2019).

Besin ögesi eksiklikleri

Yaşlı popülasyonda besin alımının ve emiliminin azalması, vücutta çeşitli olumsuz etkilere yol açabilen vitamin eksikliklerine neden olabilir. B₁₂ vitamini eksikliği, yaşlı nüfus arasında yaygındır ve intrinsik faktörün yaşa bağlı azalmasıyla, makrositik anemi, bilişsel bozukluk ve yüksek homosistein seviyeleri ile ilişkilidir (Corcoran ve ark., 2019).

Folat eksikliği, B₁₂ vitamini eksikliğine benzer sonuçlara sahiptir. Yaşlı nüfusun %50'ye varan bir kısmında folat eksikliği görülmektedir. Anemi, kognitif bozukluk,

kardiyovasküler hastalık riskinde artışa ek olarak, folat eksikliği kolorektal kanser, demans ve depresyon riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir (Corcoran ve ark., 2019).

Yetersiz beslenme ve gastrointestinal sistemdeki değişiklikler, yetersiz D vitamini seviyelerine yol açabilir. D vitamini eksikliği kemik yoğunluğunda azalma, hareketliliğin azalması ve düşme riskinin artmasıyla ilişkilidir. Yaşlı bireylerin, özellikle iştah azalması veya malnütrisyonu olanların, ciltlerinde D vitamini üretiminin azalması, cildinin incilmesi ve daha az güneş ışığına maruz kalmaları artan D vitamini gereksinimlerini yalnızca diyet yoluyla karşılamaları giderek zorlaştırmaktadır. D vitamini ve kalsiyum eksiklikleri yaşlılarda osteoporoz gelişme riskini artırabilir, bu nedenle kalça kırığı riskini azaltmak için 65 yaş üstü bireylere her ikisinin de takviyesi önerilir (Corcoran ve ark., 2019).

Osteoporoz

Yaşlı bireylerde, yetersiz D vitamini ve kalsiyum seviyelerinin yanı sıra, yaşlanma süreci boyunca kemiklerin maruz kaldığı genel aşınma ve yıpranma nedeniyle osteoporoz riski daha yüksektir (Corcoran ve ark., 2019). Yapılan bir çalışmada, yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski altındaki yaşlıların %29'unda osteoporoz görülürken, yeterince beslenmiş yaşlıların sadece %11'inde bu durumla karşılaşılmıştır (De Vries ve ark., 2013). Artan kemik kırığı riski, osteoporoz ile ilişkilidir. Bu tür kırıklar, yetersiz beslenme ile birlikte gelen gecikmiş iyileşme ve iyileşme süresi nedeniyle daha da kötüleşebilir. Bu nedenle, mümkünse diyet değişiklikleri ve takviye yardımıyla osteoporoz gelişimini önlemek önemlidir (Corcoran ve ark., 2019).

Bağışıklık disfonksiyonu

Yetersiz beslenme 65 yaş üstü bireylerin bağışıklık sistemini olumsuz etkileyerek sepsis gelişme riskinin artmasına neden olur. Yaşlanmaya bağlı olarak bağışıklık sisteminin zayıflaması bağışıklık fonksiyonunun ve aşı yanıtının ilerleyici bir şekilde bozulmasına, kanser, kronik ve otoimmün hastalık riskinin artmasına neden olur. Yetersiz beslenmenin bir sonucu olarak E vitamini ve çinko gibi vitamin ve mineral eksiklikleri, bozulmuş T hücresi yanıtı, azalmış lenfosit proliferasyonu dâhil olmak üzere bağışıklık fonksiyonunda genel bir düşüşe neden olarak bu sorunu daha da artırabilir. Optimum mikro besin seviyelerini korumaya ek olarak, omega-3 yağ asitlerinin immünomodülatör

etkileri olduğu, tüketilen probiyotiklerin bağırsak mikrobiyotasının çeşitliliğini ve kalitesini iyileştirebileceği ve bağışıklık fonksiyonunu güçlendirebileceği düşünülmektedir (Corcoran ve ark., 2019).

Sarkopeni

Yaşlı bireylerde yaşa bağlı en büyük fizyolojik değişiklik, sarkopeni olarak bilinen yaşa bağlı ilerleyici, iskelet kası kütlesi ve fonksiyonu kaybı olarak tanımlanmıştır (Agarwal ve ark., 2013; Cederholm ve ark., 2017). Yağsız vücut kütlesi yetişkin yaşamı boyunca giderek azalır ve performansta azalma, güç kaybı, protein rezervlerinde azalma, sakatlık, düşme ve yaralanma riskinde artış ile ilişkilidir (Brownie, 2006). Kas kütlesinde 40-70 yaşları arasında yaklaşık %8'lik bir düşüş vardır ve bundan sonraki her on yılda bir bu kayıp %15 artar. Avrupa'da 60-70 yaş arasındaki bireylerin %5-13'ü, 80 yaşın üzerindeki bireylerin %11-50'si sarkopeniktir (Corcoran ve ark., 2019).

Fiziksel hareketsizlik, diyetle yetersiz protein alımı ve/veya bozulmuş protein kullanımı sarkopeninin ilerlemesine dolaylı olarak katkıda bulunan faktörler olarak gösterilmiştir (Brownie, 2006; Corcoran ve ark., 2019).

Yaşlı yetişkinlerde yetersiz beslenme için kritik bir risk faktörü, yağsız vücut kütlesindeki azalma ve hareketsiz yaşam tarzı nedeniyle azalan enerji ihtiyacıdır. Bu, 80 yaşına kadar makro ve mikro besin alımında yaklaşık %30 oranında bir azalmaya yol açar (Brownie, 2006).

Yaşlı bireyler tarafından seçilen gıdanın kalitesi hayati önem taşır ve gıda seçimleri optimal sağlığın önemli bir belirleyicisidir. Bu nedenle, yaşlanan bireylerin beslenme ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan diyet kılavuzları, özellikle kas kütlesinin korunmasına odaklanarak, yüksek kaliteli, besleyici yoğun gıdaların değerini vurgulamalıdır (Brownie, 2006). Sarkopenik obezite vücut ağırlığında kayıp olmaksızın kas kütlesi ve gücünde azalmaya ek olarak yağ kütlesinde kayıp olmaması veya artış ile karakterizedir (Doğan ve Köksal, 2020).

Bazı araştırmalar, D vitamini takviyesinin kas kaybıyla ilgili metabolik yolların düzenlenmesine yardımcı olabileceğini, kas hacmini ve gücünü arttırmak için omega-3

çoklu doymamış yağ asitlerinin alımını artırmanın sarkopeninin etkisini önlemede veya azaltmada etkili olabileceğini belirtmiştir (Corcoran ve ark., 2019).

Kaşeksi

Kaşeksi, istemsiz kas ve vücut ağırlığı kaybı ile birlikte inflamasyon, insülin direnci, anoreksiya ve kas proteinlerindeki yıkımla ilişki olan metabolik sendromdur. Kaşeksi, hormon üretimi ve metabolizmasını değiştiren proinflamatuvar sitokinleri salgılanmasına ve dinlenme enerji harcamasında artışa yol açan akut bir bağışıklık tepkisine neden olabilir. Akut faz proteinleri negatif nitrojen dengesine ve kas kütlesi kaybına neden olur. Amino asitlerin kastan karaciğere hareketi ve artan glukoneogenez de bu negatif nitrojen dengesine katkıda bulunur. Kaşeksi genellikle kanser, KOAH, kalp yetmezliği ve romatoid artrit gibi çeşitli kronik hastalıklarla ilişkilidir. Bununla birlikte, yaşlanmayla birlikte görülen malnütrisyon, hareketsizlik ve sarkopeninin artan prevalansı da yaşlı popülasyonda kaşeksi geliştirme riskini arttırmaktadır. Kaşeksi için önerilen tedavi seçenekleri, optimize edilmiş bir diyet, iştah uyarıcılar, farmakolojik tedavi kombinasyonları ve egzersizi içerir (Corcoran ve ark., 2019).

Kırılğanlık

Kırılğanlık yaşa bağlı olarak organizmada homostatik dengenin bozulması, istemsiz ağırlık kaybı, düşük fiziksel aktivite, yavaş yürüyüş hızı, el kavrama gücünün azalmasıyla karakterize geriatrik bir sendromdur (Alkan ve Rakıcıoğlu, 2019; Doğan ve Köksal, 2020). Toplumda yaşayan yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada en sık ölüm nedeninin kırılğanlık (%27.9) olduğu görülmüştür (Ongan, 2021).

2.6. Yeme Farkındalığı

Yeme farkındalığı, “Ne yenildiğinden çok, nasıl ve neden yeme davranışının oluştuğunu fark ederek, fiziksel açlık-tokluk kavramını içselleştirip duygu ve düşüncelerin etkisinin farkında olarak, çevresel etmenlerden etkilenmeden, besin seçimlerini yargılamadan burada ve şu anda tüketilecek olan besine odaklanarak yeme” olarak tanımlanmıştır (Baer ve ark., 2005). Bu farkındalıkla yeme hızı yavaşlarken besin aşermeleri azalır ve daha sağlıklı besin tercihleri yapılır. Amaç, kilo yönetimine yardımcı olabilecek daha hızlı tokluk ve porsiyon azaltma yoluyla obezitenin önlenmesine yardımcı olan yemek için tam mevcudiyet hissederek yemeğin tadını çıkarmaktır.

Diyetetikte yeme farkındalığı stratejileri çoğunlukla obezite ve yeme bozuklukları yönetiminde uygulanmaktadır. Yeme farkındalığı, kronik hastalık yönetiminde başarılı olduğu kanıtlanmış bir metodolojidir (Alberts ve ark., 2012).

Yeme farkındalığı;

Yeme hızını yavaşlatmayı (örneğin, ısırık sırasında ara vermek, daha yavaş çiğnemek, nefes almak ve doygunluğu değerlendirmek için ara vermek),

Yemek yerken televizyon veya bilgisayar gibi dikkat dağıtıcı şeylerden veya arabada yemek yemekten uzaklaşmayı,

Vücudun açlık ve tokluk ipuçlarının farkına varmayı ve düzenli bir diyet planı izlemek yerine yemeye başlama ve bitirme kararına rehberlik etmek için bu ipuçlarını kullanmak, Yiyeceğe verilen tepkileri (beğenilenler, hoşlanmayanlar, tarafsız) yargılamadan kabul etmek,

Yemek yerken tüm duyularını kullanarak hem doyurucu hem de besleyici yiyecekler yemeyi seçmek,

Dikkatsiz yemenin neden olduğu etkilerin farkında olmak ve üzerinde düşünmek (örneğin, can sıkıntısından veya üzüntüden yemek yemek, rahatsız hissedecek kadar aşırı yemek) gibi bazı maddeler içermektedir (Mathieu, 2009).

Ağırlık yönetimi için yaygın olarak kullanılan yemek planlanması, besin tüketim kaydı tutma ve porsiyon kontrolü yeme farkındalığında yer almaz (Mathieu, 2009). Yapılan bir çalışmada diyet kısıtlama öncesi, hemen sonrası ve 4 yıl içerisinde belirli aralıklarla ağırlık ölçümlerini kaydeden katılımcılarda diyet kısıtlaması sonrasındaki ölçümde ağırlık kaybı gözlenmiş ancak yapılan son tartımda katılımcıların vücut ağırlıklarının başlangıca göre yaklaşık olarak %40 geri kazandıkları görülmüştür (Mann ve ark., 2007).

2.6.1. Yeme Farkındalığının Sağlık Üzerine Etkileri

Yeme farkındalığı, bireyin yemeğin tadını hissederek yemesine yardımcı olmak için kullanılan bir tekniktir. Yeme farkındalığı, obeziteyi önlemesinin yanı sıra diyet davranış değişikliği ve ağırlık kaybı programları için kullanılır. Daha hızlı tokluk ve porsiyon azaltma yoluyla ağırlık kaybı yönetiminde kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda yeme farkındalığının depresyonu yönetmede, meyve ve sebze tüketimini arttırmada ve daha az kalori ve yağ alımında etkili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar yeme

farkındalığının yaşlı bireylerde ağırlık yönetimi ve obeziteyi önlemede kullanılabileceğini göstermektedir (Chung ve ark., 2016; Mason ve ark., 2016a).

Mason ve arkadaşlarının (2016b) yaptığı bir çalışmada yeme farkındalığı davranışıyla vücut ağırlığı kaybı, tatlı yiyecek tüketimi ve açlık kan şekeri düzeyinde azalma meydana gelmiştir. Mason ve arkadaşlarının (2016a) yaptığı diğer bir çalışmada ise yeme farkındalığının fiziksel açlık, mide doluluğu, tat memnuniyeti gibi duyguları kontrol etmede etkili olduğunu gösterilmiştir.

Yapılan bir çalışmada meme kanseri tedavisi alan 33-75 yaş arası kadınlarda yeme farkındalığının vücut ağırlığı yönetiminde etkili olabileceği gösterilmiştir (Chung ve ark., 2016). Tip 2 diyabetli yetişkinlerde yeme farkındalığının kilo kaybı, diyabetle ilgili tedavinin takibi, diyabet hakkında bilgi sahibi olma, yeme kontrolü, depresyon yönetimi, meyve ve sebze tüketiminde belirgin artış ve sağlıklı besin tercih etme üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Araştırmacılar hastalık süresince yeme farkındalığının yeme davranışı ve vücut ağırlığı kontrolünde etkili olduğu sonucuna varmışlardır (Miller ve ark., 2014).

Yeme farkındalığı ve BKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan birinde yeme farkındalığı ile BKİ arasında cinsiyete göre anlamlı ilişki saptanmamıştır (Anderson, 2016). Erkek bireylerde 4 ay sürecinde uygulanan yeme farkındalığı müdahale çalışmasında, katılımcılara yoga ve meditasyon içeren farkındalık eğitimi sonrasında yeme farkındalığı düzeylerinin anlamlı olarak arttığı ancak BKİ değerlerinin eğitim sonucunda arttığı görülmüştür (Kearney ve ark., 2012).

Yaşlı bireyler, yetersiz beslenme riski en yüksek risk gruplarından biridir ve yaşlı bireylerin yeterli ve dengeli beslenmesi, yeme farkındalıkları yaşam kalitelerini ve bazı hastalıkların önlenmesinde etkilidir. Bu yüzden yaşlılarda beslenme durumları ve yeme farkındalıkları belirli periyotlarda değerlendirilmelidir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma, yaşlı bireylerde beslenme durumu ve yeme farkındalığı düzeyini saptamak ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla analitik kesitsel tipte tasarlanmıştır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Muğla il merkezi ve ilçelerinde Tazelenme Üniversitesine kayıtlı 60 yaş ve üstü, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, okuma yazması olan ve Muğla il ve ilçelerinde Tazelenme Üniversitesinin kapalı WhatsApp gruplarına kayıtlı bireyler oluşturmaktadır. Bu kritere uyan 700 kişi araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

G*Power 3.1.9 software programı kullanılarak orta etki büyüklüğünde 0.05 örneklem hatası ve %95 güven aralığında %80 gücünü yansıtabilmesi için 200 katılımcıya gereksinim olduğu hesaplanmıştır. Çalışmadan ayrılanlar ve soru formuna eksik yanıt verenler olabileceği göz önüne alınarak örneklemin %20 oranında arttırılarak 240 kişinin çalışmaya dâhil edilmesine karar verilmiştir.

Çalışma, 13.09.2021 tarihli Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Kararı onayıyla 15.09.2021-30.11.2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

1. Muğla il merkezi ve ilçelerinde Tazelenme Üniversitesine kayıtlı 60 yaş ve üstü bireyler
2. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler
3. Okuma yazması olan bireyler
4. Muğla il merkezi ve ilçelerinde Tazelenme Üniversitesi kapalı WhatsApp gruplarında ekli bireyler

Katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri:

1. Anket formu uygulansa bile çalışmadan ayrılmak isteyenler.
2. Anket formuna eksik yanıt verenler.

3.2.1 Tazelenme Üniversiteleri

Tazelenme Üniversitelerinin ilki olan Antalya Akdeniz Üniversitesi Prof. Dr. İsmail Tufan'ın önderliğinde kurulmuş bir sosyal sorumluluk projesidir. Akdeniz kampüsünün yanı sıra Ege Üniversitesi Kampüsü, Mehmet Akif Ersoy Kampüsü, İstanbul Nişantaşı Üniversitesi Kampüsü, Anadolu Üniversitesi Kampüsü, Kıbrıs Girne Üniversitesi Kampüsü, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Kampüsü ve buraya bağlı Fethiye, Bodrum, Köyceğiz, Milas, Kampüsleri bulunmaktadır. Bütün kampüslerde hem teorik hem de uygulamalı dersler verilmekte olup öğretim elemanları gönüllük esasıyla görev almaktadır (Oğlak ve Çanatan, 2021).

Türkiye'de 65 yaş ve üstü nüfus oranı %9.5 iken Muğla ilinde bu oran %12 civarındadır. Muğla ili coğrafik ve iklim koşullarının yanı sıra gelişmiş turizmi sayesinde yerli ve yabancı çok sayıda yaşlı bireye ev sahipliği yapmaktadır. Prof. Dr. Muammer Tuna Muğla Sıtkı Koçman Tazelenme Üniversitesinin kurmuştur. Muğla Sıtkı Koçman Tazelenme Üniversitesi ve kampüsleri Sağlık Bilimleri, Sosyal Bilimler ve Temel Bilimler alanlarında güçlü bir eğitim-öğretim kadrosuna ve yeterli derslik, laboratuvar ve spor salonlarına sahiptir (Tuna, 2018).

3.3. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak 3 bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Veri toplama aracının ilk bölümünde sosyo-demografik veriler, ikinci bölümünde MNA-SF formu son bölümde ise Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) ölçeği bulunmaktadır.

3.3.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni hal, evinde kimlerle birlikte yaşadığını, tanı konulmuş kronik hastalığının varlığı, ilaç kullanımı, sigara içme durumu, öğün atlama gibi soruları içeren kısımdan oluşmaktadır. “Tazelenme Üniversitesinde kaçınıcı yılınız?” sorusu sorumlu araştırmacı tarafından eklenmiş olup “Eğitim durumunuz nedir?” sorusunu destekler nitelikte bir sorudur (Ek 3).

3.3.2. Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi-Kısa Form (MNA-SF)

Yaşlı bireylerde beslenme durumlarını saptamak ve değerlendirmek amacıyla birçok tarama aracı kullanılmaktadır. MNA bu tarama araçlarının içinde en kullanışlı olanıdır. MNA toplumda ve huzurevinde yaşayan, ayakta takip edilen, hastanede yatan yaşlıların beslenme durumlarını hızlı bir şekilde taranması ve değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir (Ongan, 2012). Yaşlılarda malnütrisyon taraması ve değerlendirmesi için yaygın olarak en iyi seçenek olarak kabul edilmekle birlikte, bireyin kendisi hakkında güvenilir bilgi sağlayamadığı veya nazogastrik sonda ile beslenme desteği aldığı durumlarda MNA kullanımı uygun değildir (Corcoran ve ark., 2019).

Rubenstein ve arkadaşları MNA-SF geliştirilerek valide edilmiştir. Sarıkaya (2013) MNA'nın kısa ve uzun formunun Türkiye'de yaşlıların beslenme durumlarını taramasında geçerli bir yöntem olduğunu göstermiştir. MNA-SF'de, bireyin besin alımındaki değişiklik, son 3 ayda kilo kaybı olup olmadığı, mobilitesi, son 3 ayda psikolojik stres veya akut hastalık geçirip geçirmediği, nöropsikolojik problem varlığı ve beden kütle indeksi hesaplanarak puanlama yapılır (Sarıkaya, 2013). Listelenen parametrelerin her biri 0 ile 2 arasında veya 0 ile 3 arasında puan verilerek 0 ile 14 arasında bir genel puan verilir. MNA-SF'nin uygulanmasında 12 ve üstü puan normal nütrisyonel durum, 8-11 puan malnütrisyon riski altında, 0-7 puan malnütrisyonlu olduğunu belirler (Corcoran ve ark., 2019).

Toplumdaki yaşlı bireylerde malnütrisyonun belirlenmesi için en uygun beslenme tarama aracı MNA-SF'dir (Phillips ve ark., 2010). Kullanım kolaylığı ve hızlı tarama özelliğiyle sağlık personeli arasında yüksek kabul görmektedir. Bu yüzden MNA-SF 5 dakikadan daha kısa sürede tamamlanabildiği için en pratik araç olarak tercih edilir (Bauer ve ark., 2010). Bu form açık erişimlidir.

3.3.3. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Yeme farkındalığı; duygusal yemeyi engelleme, aşırı yemeyi durdurulabilme, porsiyon kontrolü sağlamak ve obeziteyle ilişkili yeme davranışlarını kontrol etmede etkili olup aynı zamanda anoreksiya ve bulimia gibi birçok yeme bozuklukları tedavisinde etkili olabilecek bir davranıştır. Yeme farkındalığını değerlendirmek için 2009 yılında Framson ve arkadaşları tarafından geliştirilen Yeme Farkındalığı Ölçeği (Mindful Eating

Questionnaire) kullanılmaktadır. Bu ölçeğin Türkçeye uyarlanma çalışması Köse ve arkadaşları (2016) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek toplamda yedi alt boyuttan ve 30 maddeden oluşmaktadır;

Düşünmeden Yeme (zaman ve miktar kontrolü, kendini tutma) (soru numaraları: 4, 14, 17, 20, 26)

Duygusal yeme (tatmin, duygusal açlık ve iyi hissetme için yeme) (soru numaraları: 21, 22, 23, 28, 30)

Yeme kontrolü (yemek yeme hızını ve yeme işlevini kontrol etme) (soru numaraları: 3, 6, 27, 29)

Farkındalık (yemek yerken başka şeylere odaklanmamak, yemeğin kendisine ve tadına odaklanma) (soru numaraları: 8, 9, 12, 13, 15)

Yeme disiplini (düzen, saat, planlama, dengeleme, hazırlama, bulundurma) (soru numaraları: 1, 18, 24, 25)

Bilinçli Beslenme (fizyolojik ve psikolojik deneyimlerin farkındalığı, yiyeceklerin nasıl görüldüğünün, tadı ve kokusunun farkındalığı) (soru numaraları: 2, 7, 11, 16, 19)

Enterferans (Dış etmenlerden etkilenme) (soru numaraları: 5, 10)

Bu ölçekte 5'li likert skalası (1: hiç, 2:nadiren, 3:bazen, 4:sık sık, 5:her zaman) kullanılmıştır. Ölçek puanlanırken alt boyutların ve toplam puanın aritmetik ortalaması alınmaktadır. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan 3 ve üzeri puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek ayrıca toplam yeme farkındalığı puanı vermektedir (Köse ve Çıplak, 2019).

Ölçekte 20 ters madde bulunmaktadır. 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27.sorular düz puanlandırılmaktadır. Geriye kalan sorular ters puanlandırılmaktadır. (Ters Puanlama (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)) (Köse ve ark., 2016). Bu çalışmada YFÖ cronbach α katsayısı 0.77 bulunmuştur. Ölçeği kullanmak amacıyla gerekli yazışmalar yapılmıştır (Ek 4).

3.4. Veri Toplama Süreci

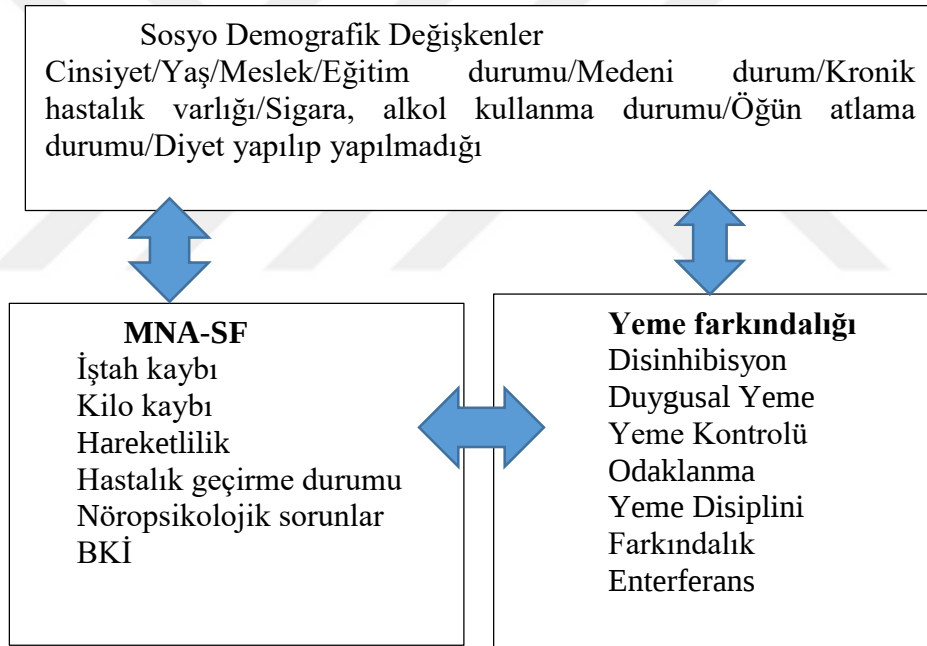
Bireye ait sosyo-demografik verilerin, MNA-SF formunun ve yeme farkındalığı ölçeğinin bulunduğu anket formu “Google forms” ile oluşturulduktan sonra bireylere Muğla il merkezi ve ilçelerindeki Tazelenme Üniversitesi kampüs sorumluları tarafından

kapalı WhatsApp gruplarına ulaştırılmıştır. Çalışmanın anket soruları yalnızca son sorudan önce her seçenek tamamlandığında devam edecek şekilde ayarlanmıştır.

Katılımcılara anket formu üzerinde araştırmanın hangi amaçla yapıldığı, verilerin bilimsel amaçla kullanılacağı ayrıca anket formunun ilk sorusu çalışmaya katılmaya gönüllü olup olmadığı şeklinde sorulmuştur. Anketi doldurmanın katılmaya onay verildiği anlamına geldiği bilgisi verilmiştir.

3.5. Deneysel Kurgu

Araştırmada sosyodemografik değişkenler ile MNA-SF maddeleri; sosyodemografik değişkenler ile yeme farkındalığı ve yeme farkındalığı alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. MNA-SF maddeleri ile yeme farkındalığı ve yeme farkındalığı alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir.



Şekil 3.1. Çalışmada ilişki değerlendirme.

3.6. İstatistiksel Analiz

Çalışma sonucunda elde edilen veriler Windows ortamında SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Elde edilen kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edildi. Nicel değişkenlerin aritmetik ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (Ss) minimum (min.) ve maximum (max.) değerleri bulunmuştur. Veriler normal dağılım göstermediği için analizlerinde non

parametrik testler kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde ki kare testi kullanılmıştır. İki ilişkisiz örneklemden elde edilen ölçüm değerlerinin birbirinden farklılık gösterip göstermediği “MannWhitney U” test (Z-tablo değeri) yöntemi, ikiden fazla grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında ise “Kruskal-Wallis H testi” kullanılmıştır. Kruskal-Wallis H testinden anlamlı fark ($p < 0.05$) çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Independent-Sample Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Ölçek ortalamaları arası ilişkilerin değerlendirilmesinde korelasyon (Spearman) analizi kullanılmıştır ve tüm hesaplamalarda $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Etik Onay

Çalışma için 13/09/2021 tarih ve 199 karar no ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır (Ek 1). Çalışmanın yürütülebilmesi için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Rektörlüğü Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü’nden de çalışma izni alınmıştır (Ek 2).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın birçok sınırlılıkları mevcuttur. Öncelikle çalışma pandemi sürecinde yapıldığından katılımcıların beyanlarına yönelik cevaplar alındı ve değerlendirildi. Özellikle vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ölçümü farklı ölçüm araçları, mekân, ölçüm yapan kişi gibi birçok faktörden etkilendiği için standardizasyon yapılamadı. Anket formu online yapıldığından kısa tutulmak zorunda kalındı, bu yüzden beslenme durumu ölçmek için besin tüketim kaydı veya besin tüketim sıklığı eklenmedi.

Yeme farkındalığı durumlarının saptandığı çalışmalarda genellikle cinsiyetler arası farklılıklar görülmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda bireylerin genellikle çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bu çalışmada da erkek katılımcı sayısı sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu çalışma, Muğla ilinde bulunan Tazelenme Üniversitesine kayıtlı 60 yaş ve üzeri 240 yaşlı gönüllü birey üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya katılan 6 birey 60 yaş altında olduğu için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışma 234 kişiyle tamamlanmıştır.

4.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Cinsiyete göre bireylerin yaş ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Cinsiyete göre bireylerin yaş ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri

Değişkenler	Erkek (80) $\bar{X} \pm Ss$	Kadın (154) $\bar{X} \pm Ss$	Toplam (234) $\bar{X} \pm Ss$
Yaş	67.29±5.76	66.17±4.75	66.49±5.14
	Z*=-1.09	p=0.27	

*Z Mann-Whitney U test istatistik değeri, iki ilişkisiz örneklemden elde edilen ölçüm değerlerinin birbirinden farklılık gösterip göstermediğini gösterir.

Tabloya göre Tazelenme Üniversitesine devam eden yaşlıların, %34.2’si erkek, %65.8’i kadındır. Erkeklerin yaş ortalaması 67.29±5.76 yıl, kadınların yaş ortalaması ise 66.17±4.75 yıldır. Bireylerin yaş ortalamaları bakımından cinsiyetler arasında bir farklılık bulunmamıştır (p>0.05).

Bireylerin cinsiyete göre yaş dağılımı Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Cinsiyete göre bireylerin yaş sınıflandırmasının sayı (n) ve yüzde (%) değerleri

Değişkenler	Erkek (80)		Kadın (154)		Toplam (234)	
	n	%	n	%	n	%
Yaş						
60-64 yaş	33	41.30	66	42.90	99	42.30
65-74 yaş	36	45.00	75	48.70	111	47.40
75-84 yaş	11	13.80	13	8.40	24	10.30
	p=0.44*					

*Ki kare testi, kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde kullanılmıştır.

Tablo incelendiğinde erkeklerin %41.3'ünün 60-64 yaş, %45'inin 65-74 yaş, %13.8'inin 75-84 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Kadınlarda ise bu değerler sırasıyla %42.9, %48.7 ve %8.4 şeklinde olduğu görülmüştür. Erkek ve kadınların yaş dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin cinsiyetlerine göre sosyodemografik özellikleri Tablo 4.3'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Bireylerin cinsiyetlerine göre sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Erkek (80)		Kadın (154)		Toplam (234)	
	n	%	n	%	n	%
Medeni durumu						
Bekar	4	5.00	28	18.20	32	13.70
Evli	72	90.00	84	54.50	156	66.70
Boşanmış	4	5.00	42	27.30	46	19.70
p=0.00*						
Kiminle yaşadığı						
Aile	72	90.00	97	63.00	169	72.20
Yalnız	8	10.00	55	35.70	63	26.90
Ev arkadaşı	0	0.00	2	1.30	2	0.90
Meslek						
Emekli	46	57.50	113	73.40	159	67.90
Diğer	34	42.50	41	26.60	75	32.10
p=0.28*						
Eğitim durumu						
İlkokul-ortaokul	0	0.00	2	1.30	2	0.90
Lise	7	8.80	23	14.90	30	12.80
Ön lisans- lisans	51	63.70	64	41.60	115	49.10
Lisansüstü	8	10.00	15	9.70	23	9.80
Tazelenme Üniversitesi	14	17.50	50	32.50	64	27.40
p=0.02*						
Tazelenme Üniversitesine devam						
0-1 yıl arası	15	18.80	40	26.00	55	23.50
1 yıldan fazla	65	81.20	114	74.00	179	76.50
p=0.26*						

*Ki kare testi, kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde kullanılmıştır.

Bireylerin %13.7'si bekâr, %66.7'si evli, %19.7'si boşanmıştır. Kadınlarla erkeklerin medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.00$). Erkek bireylerde evli olma oranı kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Bireylerin %72.2'si ailesiyle, %26.9'u yalnız, % 0.9'u ev arkadaşıyla yaşamaktadır. Bireylerin % 67.9'u emekli iken %32.1'i diğer meslekleri yapmaktadır.

Yaşlı bireylerin %0.9'sı ilkokul-ortaokul, %12.8'i lise, %49.1'i ön lisans- lisans, %9.8'i lisansüstü mezunu iken %27.4'ü Tazelenme Üniversitesine devam etmektedir. Cinsiyetler arasında eğitim durumları arasında farklılık bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.02$). Yaşlıların %23.5'i tazelenme üniversitesine 0-1 yıl devam ederken %76.5'i 1 yıldan fazla süredir devam etmektedir.

Bireylerin cinsiyetlerine göre sigara kullanma, alkol kullanma ve kronik hastalık varlığı durumlarının dağılımı Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Bireylerin cinsiyetlerine göre sigara kullanma, alkol kullanma ve kronik hastalık varlığı durumlarının dağılımı

Değişkenler	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Sigara kullanma durumu						
Hiç kullanmamış	31	38.80	50	32.50	81	34.60
Kullanıp/bırakmış	34	42.50	80	51.90	114	48.70
Günde en az 1 sigara içiyor	15	18.80	24	15.60	39	16.70
p=0.39*						
Alkol içme durumu						
Hiç içmemiş	6	7.50	26	16.90	32	13.70
Sosyal içici	60	75.00	119	77.30	179	76.50
İlımlı içici	11	13.80	9	5.80	20	8.50
Aşırı içici	3	3.80	0	0.00	3	1.30
p=0.01*						
Kronik hastalık						
Evet	38	47.50	96	62.30	134	57.30
Hayır	42	52.50	58	37.70	100	42.70
p=0.03*						

*Ki kare testi, kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin %34.6'sı hiç sigara kullanmadığını, %48.7'si kullanıp bıraktığını, %16.7'si ise günde en az 1 sigara içtiğini belirtmiştir. Erkekler ve kadınların sigara içme alışkanlığı arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yaşlı bireylerin %13.7'si hiç alkol içmediğini, %76.5'i sosyal içici olduğunu, %8.5'i ılımlı içici olduğunu ve %1.3'ü aşırı içici olduğunu belirtmiştir. Erkek ve kadınların alkol kullanma alışkanlıkları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.01$). Çalışmaya katılan bireylerde kronik bir hastalığı bulunanların oranı %57.3 iken kronik bir hastalığı bulunmayanların oranı %42.7'dir. Erkek ve kadınlarda kronik bir hastalığın bulunma durumu ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak önemli fark

bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.03$). Kadınlarda kronik hastalık bulunma sıklığı erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bireylerin cinsiyetlerine göre Tazelenme Üniversitesinde beslenme eğitimi alma, özel diyet yapma, bu diyeti uygulama ve öğün atlama durumlarının dağılımı Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5. Bireylerin cinsiyetlerine göre Tazelenme Üniversitesinde beslenme eğitimi alma, özel diyet yapma, bu diyeti uygulama ve öğün atlama durumlarının dağılımı

Değişkenler	Erkek (80)		Kadın (154)		Toplam (234)	
	n	%	n	%	n	%
Tazelenme Üniversitesinde beslenme eğitimi						
Evet	64	80.00	93	60.40	157	67.10
Hayır	16	20.00	61	39.60	77	32.90
		p=0.00*				
Özel diyet yapma						
Evet	2	2.50	29	18.80	31	13.20
Hayır	78	97.50	125	81.20	203	86.80
		p=0.00*				
Bu diyeti uygulama						
Evet	2	2.50	24	15.60	26	11.10
Hayır	78	97.50	130	84.40	208	88.90
		p=0.00*				
Öğün atlama						
Evet	59	73.80	87	56.50	146	62.40
Hayır	21	26.30	67	43.50	88	37.60
		p=0.01*				

*Ki kare testi, kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde kullanılmıştır.

Yaşlı bireylerin %67.5’i Tazelenme Üniversitesinde beslenmeye yönelik bir eğitim alırken % 32.5’i beslenmeye yönelik herhangi bir eğitim almamaktadır. Erkekler ve kadınlar arasında Tazelenme Üniversitesinde beslenme eğitimi alma durumları arasında önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.00$). Çalışmaya katılan bireylerin %13.2’si doktor veya diyetisyen tarafından önerilen bir diyetinin olduğu, %86.8’i ise herhangi bir diyet önerilmediğini belirtmiştir. Bu diyeti uygulama durumlarına bakıldığında erkeklerin %2.5’i, kadınların %15.6’sı diyet uygulamaktadır. Diyet uygulamada cinsiyetler arası fark bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.00$).

Bireylerin %62.4'ünün öğün atladığı %37.6'sının ise öğün atlamadığı bulunmuştur. Erkekler ve kadınların öğün atlama alışkanlığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.01$). Erkeklerde öğün atlama alışkanlığı oranı kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

4.2. Bireylerin Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

MNA-SF tarama testine göre verilen cevaplar Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Bireylerin cinsiyetlerine göre MNA-SF'ye verdikleri cevaplar

Değişkenler	Erkek (80)		Kadın (154)		Toplam (234)	
	n	%	n	%	n	%
İştah kaybı						
Şiddetli iştah kaybı	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Orta derecede iştah kaybı	0	0.00	15	9.70	15	6.40
İştah kaybı yok	80	100.00	139	90.30	219	93.60
Kilo kaybı						
3 kg'dan daha fazla kilo kaybı	0	0.00	21	13.60	21	9.00
Bilmiyor	0	0.00	2	1.30	2	0.90
1 ile 3 kg arası kilo kaybı	6	7.50	19	12.30	25	10.70
kilo kaybı yok	74	92.50	112	72.70	186	79.50
Hareketlilik						
Yatağa veya sandalyeye bağımlı	0	0.00	2	1.30	2	0.90
Kendi başına yataktan/sandalyeden kalkabiliyor ancak dışarıya çıkamıyor	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Kendi başına dışarıya çıkabiliyor	80	100.00	152	98.70	232	99.10
Psikolojik stress/ciddi hastalık durumu						
Evet	5	6.30	12	7.80	17	7.30
Hayır	75	93.80	142	92.20	217	92.70
Nöropsikolojik sorunlar						
Ciddi demans veya depresyon	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Hafif demans veya depresyon	3	3.80	9	5.80	12	5.10
Herhangi bir psikolojik rahatsızlığı yok	77	96.30	145	94.20	222	94.90
BKİ						
19'dan düşük	0	0.00	2	1.30	2	0.90
19 ile 21 arasında	5	6.30	9	5.80	14	6.00
21 ile 23 arasında	11	13.80	18	11.70	29	12.40
	64	80.00	125	81.20	189	80.80

Tabloya göre erkeklerin hiçbirinde iştah kaybı olmadığı, %92.5'inde kilo kaybı olmadığı, hepsinin kendi başına dışarıya çıkabildiği, %93.8'sinin son 3 ay içerisinde herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmadığı ve %80'nin BKİ'sinin 23 kg/m²'den fazla olduğu tespit edilmiştir. Kadınların %90.3'ünde iştah kaybı olmadığı, %72.7'sinde kilo kaybı olmadığı, %98.7'sinin kendi başına dışarıya çıkabildiği, %92.2'sinin son 3 ay içerisinde herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmadığı ve %80.8'inin BKİ'sinin 23 kg/m²'den fazla arasında olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin cinsiyete göre BKİ sınıflamasının sayı (n) ve yüzde (%) değerleri Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Bireylerin cinsiyete göre BKİ sınıflamasının sayı (n) ve yüzde (%) değerleri

Değişkenler	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Zayıf	0	0.00	2	1.30	2	0.90
Normal	33	41.30	64	41.60	97	41.50
Hafif şişman	38	47.50	55	35.70	93	39.70
I.derece obez	9	11.30	22	14.30	31	13.20
II.derece obez	0	0.00	11	7.10	11	4.70
p=0.09*						

*Ki kare testi, kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde kullanılmıştır.

BKİ sınıflamasına göre normal olan bireylerin oranı %41.5 iken hafif şişmanların oranı %39.7'dir. Erkeklerle kadınların BKİ sınıflaması arasında fark saptanmamıştır (p>0.05).

Bireylerin cinsiyete göre BKİ ortalama ($\bar{X}$) standart sapma (Ss) minimum (min.) ve maximum (max.) değerleri Tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Bireylerin cinsiyete göre BKİ ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (Ss), minimum (min.) ve maximum (max.) değerleri

Değişkenler	Erkek		Kadın		Toplam	
	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max.	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max.	$\bar{X} \pm Ss$	Min-Max.
BKİ	26.04 $\pm$ 3.35	20-33	26.79 $\pm$ 4.46	18-38	26.54 $\pm$ 4.12	18-38
Z= -0.17* p=0.87						

*Z Mann-Whitney U test istatistik değeri, iki ilişkisiz örneklemden elde edilen ölçüm değerlerinin birbirinden farklılık gösterip göstermediğini gösterir.

Bireylerin BKİ ortalaması 26.54 $\pm$ 4.12'dir. Erkeklerle kadınların BKİ ortalaması arasında fark saptanmamıştır (p>0.05).

Bireylerin cinsiyete göre MNA-SF puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.9’da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Bireylerin cinsiyete göre MNA-SF puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri

Değişkenler	Erkek (80) $\bar{X} \pm Ss$	Kadın (154) $\bar{X} \pm Ss$	Toplam (234) $\bar{X} \pm Ss$
MNA-SF toplam puan	13.50±0.75 Z= -3.46*	12.83±1.44 p=0.00	13.06±1.29

*Z Mann-Whitney U test istatistik değeri, iki ilişkisiz örneklemden elde edilen ölçüm değerlerinin birbirinden farklılık gösterip göstermediğini gösterir.

Tabloya göre erkeklerin MNA-SF toplam puanı 13.50±0.75 iken kadınların puanı 12.83±1.44’tür. Erkeklerin MNA-SF toplam puanı, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05; p=0.00).

Bireylerin cinsiyete göre MNA-SF puanları ile beslenme durumunun değerlendirilmesi Tablo 4.10’da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Bireylerin cinsiyete göre MNA-SF puanları ile beslenme durumunun değerlendirilmesi

Değişkenler	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
MNA-SF puan						
Malnütrisyonlu	0	0.00	2	1.30	2	0.90
Malnütrisyon riski var	0	0.00	30	19.50	30	12.80
Beslenme sorunu yok	80	100.00	122	79.20	202	86.30

Erkeklerin %100’ünün, kadınların %79.2’sinin beslenme sorunu olmadığı, kadınların %19.5’inin malnütrisyon riski altında olduğu ve %1.32’ünün malnütrisyonlu olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin yaş sınıflandırmasına göre MNA-SF toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Bireylerin yaş sınıflandırmasına göre MNA-SF toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri

Değişkenler	Genç yaşlı (210) $\bar{X} \pm Ss$	Orta yaşlı (24) $\bar{X} \pm Ss$
MNA-SF toplam puan	13.08 $\pm$ 1.22 Z=-0.01	13.00 $\pm$ 1.50 p= 0.99

*Z Mann-Whitney U test istatistik değeri, iki ilişkisiz örneklemden elde edilen ölçüm değerlerinin birbirinden farklılık gösterip göstermediğini gösterir.

Genç yaşlı bireylerin MNA-SF toplam puanı 13.08 $\pm$ 1.22 iken orta yaşlı bireylerin 13.00 $\pm$ 1.50 olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak bakıldığında yaş sınıfları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre MNA-SF toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri Tablo 4.12’de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre MNA-SF toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri

Değişkenler	Zayıf (2) $\bar{X} \pm Ss$	Normal (97) $\bar{X} \pm Ss$	Hafif şişman (93) $\bar{X} \pm Ss$	I.derece obez (31) $\bar{X} \pm Ss$	II.derece obez (11) $\bar{X} \pm Ss$	İkili karşılaştırma**
MNA-SF toplam puan	8.00 $\pm$ 0.00	12.91 $\pm$ 1.16	13.29 $\pm$ 1.11	13.19 $\pm$ 1.17	13.18 $\pm$ 1.40	Zayıf-normal Zayıf-hafif şişman Zayıf-I.derece obez Zayıf-II.derece obez
	p= 0.00	H=20.71*				

*H Independent-Sample Kruskal-Wallis Test değeri, Kruskal-Wallis H testinden anlamlı fark (p<0.05) çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında kullanılmıştır. **Anlamlı fark bulunan gruplar.

Zayıf bireylerin MNA-SF toplam puanı 8.00 $\pm$ 0.00 iken normal bireylerin 12.91 $\pm$ 1.16 olduğu belirlenmiştir. Zayıf bireyler ile normal, hafif şişman, I. derece obez, II. derece obez bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05; p=0.00).

Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre MNA-SF toplam puanları ile beslenme durumlarının değerlendirilmesi Tablo 4.13’de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre MNA-SF toplam puanlar ile beslenme durumlarının değerlendirilmesi

Değişkenler	Zayıf		Normal		Hafif şişman		I. derece obez		II. derece obez	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MNA-SF puan										
Malnütrisyonlu	2	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Malnütrisyon riski var	0	0.00	9	9.30	12	12.90	6	19.40	3	27.30
Beslenme sorunu yok	0	0.00	88	90.7	81	87.10	25	80.60	8	72.70
p=0.00*										

*Ki kare exact test, kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde kullanılmıştır.

BKİ sınıflamasına göre zayıf bireylerin hepsinin malnütrisyonlu olduğu, normal bireylerin %9.3'ünde ve 2. derece obez olanların %27.3'ünde malnütrisyon riski olduğu bulunmuştur. BKİ sınıflamasına göre normal olan bireylerde beslenme sorunu olmayanların oranı diğer grupları göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.00$).

Bireylerin MNA-SF sınıflandırmasına göre BKİ değerlerinin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri Tablo 4.14'de verilmiştir.

Tablo 4.14. Bireylerin MNA-SF sınıflandırmasına göre BKİ değerlerinin ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri

Değişkenler	Malnütrisyonlu (2) $\bar{X}\pm Ss$	Malnütrisyon riski var (30) $\bar{X}\pm Ss$	Beslenme sorunu yok (202) $\bar{X}\pm Ss$	İkili karşılaştırma**
BKİ	18.07 $\pm$ 0.00	28.25 $\pm$ 4.50	26.37 $\pm$ 3.94	malnütrisyonlu- malnütrisyon riski var
	p= 0.04	H=11.18*		

*H Independent-Sample Kruskal-Wallis Test değeri, Kruskal-Wallis H testinden anlamlı fark ($p<0.05$) çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında kullanılmıştır. **Anlamlı fark bulunan gruplar.

Malnütrisyonlu bireylerin BKİ ortalaması 18.07 $\pm$ 0.00 iken beslenme sorunu olmayan bireylerin BKİ ortalaması 26.37 $\pm$ 3.94'tür. MNA-SF sınıflandırılmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.04$). Bu farklılık malnütrisyonlu ve malnütrisyon riski altında olan bireyler arasındadır.

4.3. Bireylerin Yeme Farkındalıkları Durumunun Değerlendirilmesi

Bireylerin cinsiyete göre yeme farkındalığı alt ölçeği ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri Tablo 4.15’de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Bireylerin cinsiyete göre yeme farkındalığı alt ölçeği ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri

	Erkek	Kadın	Toplam	
Değişkenler	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	
Düşünmeden yeme	3.9±0.58	4.07±0.68	4.01 ±0.65	Z= -2.58* p= 0.01
Duygusal yeme	4.23±0.69	4.01±0.82	4.09±0.78	Z= -1.98* p= 0.04
Yeme kontrolü	3.98±0.55	3.87±0.77	3.91±0.70	Z= -0.27* p= 0.79
Farkındalık	3.11±0.33	3.19±0.41	3.16±0.39	Z= -1.57* p= 0.12
Yeme disiplini	3.08±1.09	3.18±0.98	3.15±1.02	Z=-0.73* p= 0.47
Bilinçli Beslenme	3.35±0.48	3.39±0.43	3.38±0.44	Z= -0.98* p= 0.33
Enterferans	4.01±0.50	4.04±0.62	4.03±0.58	Z=-0.39* p= 0.69
YFÖ toplam puan	3.67±0.33	3.68±0.37	3.68±0.35	Z= -0.18* p= 0.86 Cronbach $\alpha=0.77$

*Z Mann-Whitney U test statistik değeri, iki ilişkisiz örneklemden elde edilen ölçüm değerlerinin birbirinden farklılık gösterip göstermediğini gösterir.

Erkeklerde YFÖ ortalama puanı 3.67±0.33 iken kadınlarda bu değer 3.68±0.35’dir. Yeme farkındalığı ortalama puanı ile cinsiyetler arasında bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Yeme farkındalığı alt boyutlarından düşünmeden yeme ve duygusal yeme ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.01$, $p=0.04$).

Bireylerin cinsiyete göre yeme farkındalığı ortalama puanına göre sınıflandırılması Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16. Bireylerin cinsiyete göre Yeme Farkındalığı ortalama puanına göre sınıflandırılması

Değişkenler	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
YFÖ toplam puan						
<3 puan	2	2.50	3	1.90	5	2.10
≥3 puan	78	97.50	151	98.10	229	97.90

Bireylerin %97.9’unun yeme farkındalığına sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda bu oran %98.1 iken erkeklerde %97.5’tir.

Bireylerin yaş sınıflandırmasına göre yeme farkındalığı alt boyutları ve yeme farkındalığı toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Bireylerin yaş sınıflandırmasına göre Yeme Farkındalığı alt boyutları ve Yeme Farkındalığı toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri

Değişkenler	Genç yaşlı (210)	Orta yaşlı (24)	
	$\bar{X} \pm Ss$	$\bar{X} \pm Ss$	
Düşünmeden yeme	3.99±0.67	4.16±0.35	Z= -0.87* p= 0.38
Duygusal yeme	4.12±0.77	3.83±0.83	Z= -1.74* p= 0.08
Yeme kontrolü	3.90±0.72	3.97±0.50	Z= -0.21* p= 0.83
Farkındalık	3.17±0.39	3.07±0.38	Z= -0.87* p= 0.38
Yeme disiplini	3.18±1.03	2.89±0.93	Z= -1.29* p= 0.19
Bilinçli Beslenme	3.38±0.45	3.38±0.44	Z= -0.38* p= 0.70
Enterferans	4.03±0.56	4.04±0.76	Z= -0.94* p= 0.34
YFÖ toplam puan	3.68±0.36	3.62±0.27	Z= -0.95* p= 0.34

*Z Mann-Whitney U test istatistik değeri, iki ilişkisiz örneklemden elde edilen ölçüm değerlerinin birbirinden farklılık gösterip göstermediğini gösterir.

Genç ve orta yaşlı bireylerin yeme farkındalığı toplam puan ortalamaları sırasıyla 3.68±0.36 ve 3.62±0.27’dir. Bireylerin yaş sınıflandırmasına göre yeme farkındalığı alt

boyutları ve yeme farkındalığı ortalama puanları bakımından gruplar arası bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre yeme farkındalığı alt boyutları ve yeme farkındalığı toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri Tablo 4.18’de verilmiştir.

Tablo 4.18. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre Yeme Farkındalığı alt boyutları ve Yeme Farkındalığı toplam puanlarının ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (Ss) değerleri

Değişkenler	Zayıf (2)	Normal (97)	Hafif şişman (93)	I. derece obez (31)	II. derece obez (11)	*p	İkili karşılaştırma**
	$\bar{X}\pm Ss$	$\bar{X}\pm Ss$	$\bar{X}\pm Ss$	$\bar{X}\pm Ss$	$\bar{X}\pm Ss$		
Düşünmeden yeme	4.40±0.00	4.09±0.74	3.95±0.53	3.85±0.62	4.18±0.66	0.05	
Duygusal yeme	3.20±0.00	4.19±0.76	3.98±0.83	4.11±0.53	4.16±1.03	0.08	
Yeme kontrolü	4.25±0.00	4.06±0.66	3.93±0.68	3.22±0.60	4.20±0.31	0.00	I. derece obez-hafif şişman I. derece obez-normal I. derece obez-II. derece obez
Farkındalık	3.20±0.00	3.20±0.43	3.13±0.35	3.05±0.25	3.16±0.39	0.73	
Yeme disiplini	3.25±0.00	3.08±1.11	3.40±0.93	2.93±0.82	2.65±0.89	0.01	I. derece obez-hafif şişman
Bilinçli beslenme	3.20±0.00	3.40±0.47	3.33±0.46	3.13±0.30	3.58±0.25	0.00	I. derece obez- II. derece obez
Enterferans	3.50±0.00	4.12±0.60	3.99±0.59	4.00±0.39	3.82±0.68	0.12	
YFÖ toplam puan	3.57±0.00	3.74±0.40	3.67±0.35	3.51±0.13	3.64±0.24	0.00	I. derece obez-normal

*Independent-Sample Kruskal-Wallis Test anlamlılık değeri, **Anlamlı fark bulunan gruplar.

Zayıf, normal, hafif şişman, I. derece obez ve II. derece obez bireylerin yeme farkındalığı toplam puanı sırasıyla 3.57±0.00; 3.74±0.40; 3.67±0.35; 3.51±0.13 ve 3.64±0.24’dır. Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre normal olanların yeme farkındalığı toplam puanı I. derece obez olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.00$).

Bireylerin yeme farkındalığı alt boyutlarından olan ‘yeme kontrolü’ puanı I. derece obez bireylerde, normal, hafif şişman ve II. derece obez bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. ‘Yeme disiplini’ puanı hafif şişman

bireylerde I. derece obez bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.01$).

4.4. Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Farkındalıkları Arasındaki İlişki

Bireylerin beslenme durumu ve yeme farkındalığı ilişki tablo 4.19’da verilmiştir.

Tablo 4.19. Bireylerin beslenme durumu ve Yeme Farkındalığı arasındaki ilişki

Değişken	MNA-SF		Yeme Farkındalığı	
	r*	p	r*	p
Yeme Farkındalığı	-0.12	0.07	1	-
MNA-SF	1	-	-0.12	0.07

*r Spearman korelasyon katsayısı, iki değişken arasındaki ilişki değerlendirmek için kullanılmıştır.

Bireylerin MNA-SF puanı ile YFÖ-30 puanı arasında bir anlamlı ilişki bulunmamıştır ($r=-0.12$; $p=0.07$).

Bireylerin çeşitli değişkenlerle MNA-SF ve yeme farkındalığı toplam puanları arasındaki ilişki Tablo 4.20’de gösterilmiştir.

Tablo 4.20. Bireylerin çeşitli değişkenlerle MNA-SF toplam ve Yeme Farkındalığı ortalama puanları arasındaki ilişki

Değişken	MNA-SF		Yeme farkındalığı	
	r	p	r	p
Yaş	-0.13	0.04*	0.08	0.24
BKİ	0.25	0.00***	-0.29	0.00***

r Spearman korelasyon katsayısı iki değişken arasındaki ilişki değerlendirmek için kullanılmıştır.
** $p<0.05$ *** $p<0.001$

Yeme farkındalığı ile yaş arasında bir ilişki yokken yaş arttıkça MNA-SF toplam puanın azaldığı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Yaşlanma, yaşam boyunca meydana gelen birçok değişikliğin eşlik ettiği doğal bir süreçtir. Yaşlanmayla meydana gelen bu değişiklikler bireylerin yaşam kalitesini, yaşam süresini ve beslenme durumunu etkilemektedir (Ongan, 2021).

Bu çalışma Muğla il merkezi ve ilçelerinde bulunan Tazelenme Üniversitelerine kayıtlı 60 yaş ve üstü bireylerde beslenme durumunun ve yeme farkındalığı ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanıp yürütülmüştür. Çalışma verileri “Bireylerin Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi”, “Bireylerin Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi” ve “Bireylerin Yeme Farkındalığı Durumlarının Değerlendirilmesi” başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Doğum ve ölüm hızlarının azalması ve yaşam kalitesinin artmasıyla dünya nüfusu yaşlanmakta ve bu durum yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranın artmasıyla sonuçlanmaktadır (Acar Tek ve Ağagündüz, 2021). Bahar ve Başbüyük’ün (2019) Akdeniz Tazelenme Üniversitesinde yaptıkları bir çalışmada yaşlı kadın oranını %63.5 yaşlı erkek oranını ise %36.5 olarak saptanmıştır. Birinci’nin (2021a) Tazelenme Üniversitesi Anadolu kampüsünde yaptığı bir çalışmanın örneklemini %69.6 kadın, %30.4 erkek oluşturmuştur. Tazelenme Üniversitesi’nin Akdeniz ve Ege kampüslerinde eğitim gören 60 yaş ve üstü bireylerde yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılanların %62.9’u kadın, %37.1’i erkektir (Şeker ve Taşan, 2021). Bu çalışmanın örneklemini benzer olarak %65.8’i kadın, % 34.2’si erkek oluşturmuştur (Tablo 4.1). Bu durum yaşlı kadınların erkeklere göre daha erken iş hayatından ayrılması, ev dışı sosyal etkinlik ve ilişkilere daha çok önem vermesinden dolayı olabilir.

Ay ve arkadaşlarının (2019) Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 66.82 ± 5.30 ; İmançer ve arkadaşlarının (2019) Tazelenme Üniversitesi Ege Kampüsünde yaptığı bir çalışmada ise 66.8 ± 5.1 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ise Tazelenme Üniversitesine kayıtlı bireylerin yaş ortalaması 66.49 ± 5.14 olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). Bu durum sağlık hizmetleri ve

sosyoekonomik alandaki gelişmelerin yaşam süresini artmasıyla açıklanabilir (Acar Tek ve Ağagündüz, 2021).

Türkiye İstatistik Kurumu (2021) verilerine göre 2020 yılında 65-74 yaş arası yaşlı bireylerin oranı %61.3, 75-84 yaş aralığındakilerin oranı %30.7 ve 85 yaş ve üstündekilerin oranı ise %8.0'dır. Sri Lanka'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %48.1'i genç yaşlı, %42.3'ü orta yaşlı ve %9.5'i ileri yaşlı olduğu bulunmuştur (Damayanthi ve ark., 2018). Bir huzur evinde yapılan çalışmada 60-64 yaş arası katılımcılar 13 (%9.49), 65-74 yaş arası 62 (%44.9), 75-84 yaş arası 46 (%33.3) ve 85 yaş ve üzeri 17 kişi (%12.3) olarak saptanmıştır (Kefeli, 2020). Bu çalışmada ise 60-64 yaş arası 99 (%42.3), 65-74 yaş arası 111 (%47.4) ve 75-84 yaş arası 24 kişi (%10.3) birey saptanmıştır (Tablo 4.2).

60+Tazelenme Üniversitesinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %79'u evli, %15'i dul ve %6'sı bekardır (Tufan ve ark., 2020). Bu çalışmada ise bireylerin %66.7'sinin evli, %19.7'sinin boşanmış ve %13.7'sinin bekâr olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Şeker ve Taşan'ın (2021) Tazelenme Üniversitesi Akdeniz Kampüsünde yaptığı bir çalışmada yaşlı bireylerin %48.3'ünün üniversite mezunu, %42.1'nin lise mezunu, %3.8'nin ilkokul mezunu ve %3.8'nin lisansüstü eğitim aldığı belirlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2019 yılında yaşlı bireylerin %45.5'i ilkokul mezunu, %7.3'ü ortaokul veya okul/ilköğretim mezunu, %7.5'i lise veya dengi okul mezunu, %7.0'si yükseköğretim mezunudur (TÜİK, 2021). Bu çalışmada ise Muğla il merkezi ve ilçelerinde bulunan Tazelenme Üniversitesine kayıtlı olan yaşlıların %0.9'u İlkokul-Ortaokul %12.8'i Lise mezunu, %49.1'i Ön lisans- Lisans mezunu, %9.8'i Lisansüstü mezunu iken %27.4'ü Tazelenme Üniversitesine devam etmektedir (Tablo 4.3). Bireylerin eğitim durumları yaşadıkları toplum, kültür seviyeleri ve sosyoekonomik durumları nedeniyle farklılık gösterebilir.

Tazelenme Üniversitesi Anadolu Kampüsünde eğitim görmekte olan bireylerde yapılan bir çalışmada bireylerin %26.4'sı sigara kullanırken %73.6'sı kullanmamaktadır. Aynı çalışmada bireylerin %14.9'u alkol kullanırken %85.1'i alkol kullanmamaktadır (Birinci, 2021b). Türkiye sağlık araştırması sonuçlarına göre 2014 yılında yaşlı nüfus

içinde her gün tütün mamulü kullananların oranı %9.3 hiç tütün mamulü kullanmamış olanların oranı %58.5'tir. Bu oranlar 2019 yılında sırasıyla %10.5 ve %59.4 olmuştur (TÜİK, 2021). Bu çalışmada ise bireylerin %34.6'sı hiç sigara kullanmamışken %48.7'si kullanıp bırakmış 16.7'si günde en az 1 sigara kullanmaktadır. Yaşlı bireylerde sigara kullanma oranlarının düşük olması kronik hastalıkları nedeniyle düşük olabilir. Hiç alkol içmeyenlerin oranı %13.7, sosyal içicilerin oranı % 76.5 aşırı içicilerin oranı ise % 1.3'tür (Tablo 4.4).

Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesinde eğitim gören 65 yaş üstü bireylerde yapılan bir çalışmada bireylerin %63.4'ünde kronik bir hastalık varken %36.6'sında kronik bir hastalık yoktur (Ay ve Başbüyük, 2020). Bu çalışmada benzer şekilde bireylerin %57.3'ünde kronik bir hastalık varken %42.7'sinde kronik bir hastalık yoktur (Tablo 4.4). Kadınlarda kronik hastalık bulunma sıklığı erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Yabancı ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada yaşlıların %64.7'sinin öğün atladıkları ve bu alışkanlığın erkek yaşlılarda kadın yaşlılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada benzer şekilde yaşlı bireylerin %62.4'ünün öğün atladığı (Tablo 4.5) ve öğün atlama oranının erkek bireylerde kadın bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$; $p=0.01$).

5.2. Bireylerin Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Yaşlı bireylerin nerede yaşadığına bakılmaksızın iştahını, kilo kaybını, hareketlilik durumunu, depresyon ve demans düzeylerini ve antropometrik ölçümlerini ölçen MNA-SF beslenme durumu ve malnütriyon durumlarını tanımlamada altın standart olarak kullanılmaktadır (Lozoya ve ark., 2017; Mahdavi ve ark., 2015).

Son yıllarda obezite sıklığı diğer yaş gruplarında olduğu gibi yaşlı bireylerde de epidemik düzeye ulaşmıştır (Aksoydan, 2021). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 sonuçlarına göre 65 yaş ve üzeri bireylerin BKİ'ye göre; %1.4'ü zayıf, %20.7'si normal, %3.4'ü kilolu, %37.6'sı obez, %2.8' i morbid obez olarak saptanmıştır. 2010 yılında 65 ve üstü yaşlı nüfusta obezite oranı %22.9 iken bu oran 2019 yılında %29.0 olmuştur. Yaşlı nüfusun obezite oranı cinsiyete göre incelendiğinde, yaşlı kadınlarda

2010 yılında %30.5 iken 2019 yılında %36.2, yaşlı erkeklerde 2010 yılında %15.2 iken bu oran 2019 yılında %19.9 olmuştur (TÜİK, 2021). TBSA 2019 verilerine göre obezite prevalansı en fazla 50-59 yaş grubunda (%39.9) saptanmıştır. Bu yaş grubunda obezite görülme sıklığı erkeklerde (%27.9) iken kadınlarda (%51.4) olarak belirlenmiştir. Obezite sorununun Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu vurgulanmıştır (Şahin, 2019). Bu çalışmada benzer şekilde bireylerin %0.9'u zayıf, %41.5'i normal, %39.7'si hafif şişman, %13.2'si I. derece obez, %4.7'si II. derece obez olarak saptanmıştır (Tablo 4.7).

Yaşlı bireylerde yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, metabolik hızdaki değişimler gibi faktörler obezite görülme oranını arttırmaktadır. Yaşla birlikte vücut ağırlığında önemli değişimler meydana gelmese de vücutta yağ miktarı artmakta ve yağın dağılımı visseral bölgede yoğunlaşmaktadır (Aksoydan, 2021).

Obez bireylerde vücut ağırlığında değişim olmaması vücut bileşimindeki değişimi maskeleydiğinden sarkopenik obezite fark edilmeyebilir. Yaşlı bireylerde sarkopeni ve obezitenin aynı anda varlığı sakatlık, mortalite ve morbidite riskini, hastalık şiddetini artırır (Acar Tek ve Çıtar Dazıroğlu, 2021). Toplumda yaşayan yaşlılarda yapılan bir çalışmada $BKİ < 22 \text{ kg/m}^2$ olanlarda bir yıllık mortalitenin arttığını, $BKİ > 27 \text{ kg/m}^2$ olanlarda ise mortalitenin artmadığı gösterilmiştir (Landi ve ark., 1999). Benzer bir çalışmada zayıf veya istenmeyen vücut ağırlık kaybı olan yaşlı bireylerde mortalite riskinin, ağırlık kaybı olmayan, şişman, obez veya morbid obez yaşlılardan daha yüksek olduğunu göstermiştir (Locher ve ark., 2007).

Yapılan prospektif bir kohort çalışmasında sigara içmeyen kadınlarda $25\text{-}27 \text{ kg/m}^2$ erkeklerde $27\text{-}29 \text{ kg/m}^2$ $BKİ$ aralığında mortalite riskinin en az olduğu bulunmuştur (Dey ve ark., 2001). 65 yaş üstü bireylerde yapılan bir çalışmada $BKİ$ ortalamasına göre erkeklerin hafif şişman kadınların ise 1. derece obez olduğu saptanmıştır (Hoca ve Türker, 2017). Bu çalışmada ise hem kadınların hem de erkelerin $BKİ$ ortalamasına göre hafif şişman olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).

Yaşlı bireylerde boy kısalması, ağırlık ve vücut yağ dağılımında meydana gelen değişimler, asit ve ödem gibi faktörler nedeniyle $BKİ$ güvenilir olmayabilir. Nutrition

Screening Initiative yaşlılarda BKİ için 24 kg/m^2 'nin altında olması ve 27 kg/m^2 'nin üstünde olması halinde malnütrisyon riskinin artabileceğini belirtmiştir (Özdemir, 2021).

Yapılan çalışmalarda kadınların erkeklere göre fazla malnütriye riski altında olduğu bulunmuştur. Madeira ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin artan yaş ve kadın cinsiyette daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer çalışmalarda kadınların MNA toplam puanının erkeklerden anlamlı derece düşük olduğu bulunmuştur (Griep ve ark., 2000; Serrano-Urrea ve Garcia-Meseguer, 2013). Yapılan bazı çalışmalarda ise cinsiyet ve MNA toplam puan arasında bir ilişki bulunmamıştır (Çevik ve ark., 2014; Perkisas ve ark., 2019). Bu çalışmada da erkeklerin (13.50 ± 0.75) MNA-SF puanlarının kadınlardan (12.83 ± 1.44) anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.9).

Yaşlı bir birey hastanede veya bakım evinde kalıyorsa, toplumda yaşayan yaşlı bir bireye göre malnütrisyon riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Malnütrisyon görülme sıklığı toplumda yaşayan yaşlılarda %5.8, huzurevinde kalanlarda %13.8, hastanelerde kalanlarda ise bu oran %38.7'dir (Saka ve ark., 2012). Ülger ve arkadaşlarının 2013 yılında Türkiye'de yaşlı bakım evlerinde MNA'yı kullanarak yaptığı bir çalışmada 65-74 yaş arasında malnütrisyon prevalansı %23.2, 75-84 yaş arasında %36.9 ve 85 yaş üzerinde %63.4 olarak bulunmuştur. Huzurevlerinde yapılan çeşitli çalışmalarda ise malnütrisyon %15.9'a kadar yükselmekteyken; malnütrisyon riski %53.6'ya kadar çıkabilmektedir (Bektaş ve ark., 2017; Ülger ve ark., 2013).

Huzurevinde ve kendi evinde yaşayan yaşlıların beslenme durumunun değerlendirildiği bir çalışmada huzur evinde yaşayanların %7.7'sinin malnütrisyonlu, %50'sinin malnütrisyon riski altında olduğunu kendi evinde yaşayanlarda ise bu oranların sırasıyla %3.7 ve %26 olduğu bulunmuştur (Demir ve ark., 2019). Balcı ve arkadaşlarının (2012) yaşlı bireylerde yaptığı bir çalışmada MNA testi sonucunda bireylerin %4'ünün malnütrisyonlu, %66.3'ünün malnütrisyon riski altında olduğunu tespit edilmiştir. İtalya'da toplumda yaşayan yaşlı bireylerde MNA-SF kullanılarak yapılan çalışmada bireylerin %8'inin malnütrisyon riski altında olduğu saptanmıştır (Timpini ve ark., 2011). Çin'de yapılan bir çalışmada malnütrisyon riski daha yüksek (%70.4) olduğu belgelenirken (Ji ve ark., 2012), Fin çalışmasında yaşlı bireylerin %15'inin malnütrisyon ve malnütrisyon riski altında olduğu belirlenmiştir (Nykänen ve ark., 2013).

Yapılan başka bir çalışmada erkeklerin %6.5'inin ve kadınların %8.8'inin malnütrisyonlu olduğu tespit edilmiştir (Küçükerdönmez ve ark., 2005). Bu çalışmada ise bireylerin %12.8'i malnütrisyon riski altında iken, %0.9'unda ise malnütrisyon tespit edilmiştir Cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında kadınların %19.5'inde malnütrisyon riski var iken, erkeklerde malnütrisyon riski yoktur (Tablo 4.10). Yapılan çalışmaların sonuçları benzerlik gösterirken bu çalışmada malnütrisyon ve malnütrisyon riski altındaki bireylerin oranı daha düşüktür. Bunun sebebi, sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin yanı sıra bireylerin; Tazelenme Üniversitesinde aldıkları beslenme eğitimi, farkındalıkları, aktif yaşamları ve yaşam kalitelerinden kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Toplumda yaşayan yaşlı bireylerde yapılan çalışmalarda malnütrisyonun 75-80 yaş arasındaki bireylerde 65-74 yaş arası bireylerden iki kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum orta yaşlı ve ileri yaşlı bireylerde daha yüksek ölüm oranı (Charlton ve ark., 2012), yaşam kalitesinde azalma (Neumann ve ark., 2005), günlük aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğiyle (Izawa ve ark., 2014), ek hastalıklar ve uzun iyileşme süreleri ile ilişkilidir (Hamirudin ve ark., 2016). Madeira ve arkadaşları (2018) yaptığı bir çalışmada malnütrisyon durumu ve malnütrisyon riskinin yaşla birlikte arttığı bulunmuştur. Sri Lanka ve Ekvator'da yapılan bir çalışmada yaş grupları ve nütrisyon grupları arasında farklılık bulunmamıştır (Damayanthi ve ark., 2018; Espinosa Del Pozo ve ark., 2018). Bu çalışmada ise genç yaşlı ve orta yaşlı bireylerin MNA-SF puanları arasında bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.11).

Malnütrisyon varlığı ve BKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda normal ve normalden yüksek BKİ'ye sahip bireylerde malnütrisyon varlığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada BKİ sınıflamasına göre obez olan bireylerde malnütrisyon riskinin yüksek olabileceği vurgulanmıştır (Bahat ve ark., 2012). Bu çalışmada ise hafif şişman (12), I. derece obez (6) ve II. derece obez (3) bireylerin malnütrisyon riski altında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13).

Beslenme durumunu saptamada BKİ basit tarama aracı olarak kullanılabilir. Toplumda yaşayan yaşlı bireylerde yapılan bir çalışmada beslenme sorunu olmayan bireylerin (27.2 ± 3.8) BKİ ortalaması malnütrisyonu olan bireylerden (24.6 ± 3.3) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada malnütrisyon riski altındaki grubun yaklaşık %69.3'ünün BKİ'si 25'in üstünde bulunmuştur (Rocaspana-García ve ark., 2018). Bu

çalışmada ise malnütrisyon riski altında bulunan bireylerin (28.25 ± 4.50) BKİ ortalaması malnütrisyonlu (18.07 ± 0.00) bireylere göre anlamlı düzeyde fazladır (Tablo 4.14). Malnütrisyon riski altındaki grubun ise %70'i $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ BKİ'ye sahiptir (Tablo 4.13). Bu durum malnütrisyon riskinin normal veya normalden yüksek BKİ ile birlikte görülebileceğini göstermektedir. Literatürde bunu desteklemektedir (Bahat ve ark., 2012; Perez-Lizaur ve ark., 2013).

5.2. Bireylerin Yeme Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

Yeme farkındalığı porsiyon azaltma ve erken doygunluk aracılığıyla vücut ağırlığı yönetiminde rol oynar. Birçok çalışma yeme farkındalığının depresyon yönetiminde, sebze ve meyve tüketiminde artışta ve günlük kalori ve yağ alımında azalmada etkili olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar yeme farkındalığının yetişkinlerde obezitenin önlenmesinde etkili bir yöntem olarak kullanılabileceğini göstermektedir (Chung ve ark., 2016; Framson ve ark., 2009).

Coleman'nın (2020) 60 yaş ve üstü bireylerde yeme farkındalığını saptadığı çalışmada yeme farkındalığı ölçeği ortalama puanının kadınlarda 2.05 ± 0.32 erkeklerde 2.23 ± 0.55 toplamda ise 2.073 ± 0.359 olduğunu bulmuştur. Hamile kadınlarda yeme farkındalığını ölçen bir çalışmada yeme farkındalığı ortalama puanı 2.9 ± 0.3 olarak bulunmuştur (Apolzan ve ark., 2016). Framson ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada YFÖ ortalama puanı 2.92 ± 0.37 Apolzan ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmaya çok yakın bulunmuştur. Bu çalışmada yapılan mevcut çalışmalardan daha yüksek yeme farkındalığı ortalama puanı bulunmuştur. Bireylerin ortalama YFÖ puanı 3.68 ± 0.35 iken erkelerde bu ortalama 3.67 ± 0.33 kadınlarda ise 3.68 ± 0.37 'dir (Tablo 4.15).

Literatür incelemelerinde, yeme farkındalığının çevresel yeme ipuçlarından ziyade içsel farkındalığın artmasıyla ortaya çıktığı vurgulanmaktadır. Farkındalık ve yeme farkındalığı besin alımını kontrol etme ve yeme davranışı bozukları gibi birçok insanın karşılaştığı zorlukları ele alır. Bu durum obeziteyi önlemek için bireylere, özellikle yaşlı bireylere, yeme farkındalığını vücut ağırlığı yönetiminde dâhil edilecek olumlu bir yöntem olacağı inancını kazandırmaktadır (Coleman, 2020; Warren, ve ark., 2017).

Daubenmier ve arkadaşlarının (2011) obez kadınlarda yaptığı bir çalışmada farkındalık eğitimi alan bireylerde kortizol uyarma yanıtının düştüğü, kontrol grubunda ise bu yanıtın arttığı ve vücut ağırlığında artış olduğu gözlemlenmiştir. Yeme farkındalığının karın bölgesindeki yağlanma ve strese azalmayla ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Framson ve arkadaşları (2009) yaptığı çalışmada kadınların duygusal sıkıntılara yemek yeme ile tepki vermeleri erkeklere göre daha fazladır. Bozyel (2020) yaptığı çalışmada benzer şekilde kadınlarda yeme farkındalığı ortalama puanının erkeklerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada Akpınar (2019) yaptığı çalışmaya benzer olarak yeme farkındalığı ortalama puanı ile cinsiyetler arasında bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.15)

Bozyel (2020) yaptığı çalışmada yeme farkındalığı ölçeğinden ortalama 3 puan altı alan bireylerin oranı %34 iken 3 puan ve üstü alan bireylerin oranı %66'dır. Bu çalışmada ise yeme farkındalığı düzeyi daha yüksek olup 3 puan ve üstü alan bireylerin oranı %97.9'dur (Tablo 4.16). Bu farklılığın sebebi örneklem büyüklüğü ve yapısından kaynaklı olabilir.

Framson ve arkadaşları (2009) ve Bozyel (2020) yaptığı çalışmalarda yeme farkındalığı ölçeğinin alt boyutlarından biri olan duygusal yeme ortalama puanının erkeklerde kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada benzer şekilde duygusal yeme ile cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş ve erkek bireylerde duygusal yeme ortalama puanının kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.15). Bu durum kadınlarda duygusal strese erkeklerden farklı şekilde cevap vermesiyle açıklanabilir.

Framson ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmada 30 yaşın altındaki bireylerin yeme farkındalığı ortalama puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ise yaş grupları ve yeme farkındalığı ortalama puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.17).

Bozyel (2020) yaptığı çalışmada BKİ sınıflandırmasına göre yeme farkındalığı alt boyutları ve yeme farkındalığı toplam puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Normal

BKİ'ye sahip kadın bireylerin düşünmeden yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini ve bilinçli beslenme alt boyutları ortalama puanın obez kadın bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. BKİ gruplarında yeme farkındalığı ortalama puanı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmada ise Bireylerin BKİ sınıflandırmasına göre normal olanların yeme farkındalığı toplam puanı I. derece obez olanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bireylerin yeme farkındalığı alt boyutlarından olan “yeme kontrolü” puanı I. derece obez bireylerde, normal, hafif şişman ve II. derece obez bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. “Yeme disiplini” puanı hafif şişman bireylerde I. derece obez bireylerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.17).

Framson ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında BKİ artarken yeme farkındalığı puanının azaldığını gösterilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada BKİ ve yeme farkındalığı puanının negatif ilişkili olduğu bulunmuştur (Beshara ve ark., 2013). Yeme farkındalığı ve BKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalardan birinde yeme farkındalığı ile BKİ arasında cinsiyete göre anlamlı ilişki saptanmamıştır (Anderson, 2016). Kearney ve arkadaşları (2012) 48 yetişkin erkek bireyde 4 aylık bir farkındalık eğitiminden sonra yeme farkındalıklarının artarken BKİ değerlerinde artış olduğunu bulmuştur. Akpınar (2019) obez ve diyabetik bireylerde yaptığı çalışmada BKİ ile yeme farkındalığı puanı arasında istatistiksel açıdan bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada ise BKİ ile yeme farkındalığı arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.20).

Yapılan bazı çalışmalarda yaş artıkça yeme farkındalığının da arttığı bulunmuştur (Bozyel, 2020; Özmumcu, 2019). Bu çalışmada ise Coleman'nın (2020) yaptığı çalışmaya benzer şekilde yaş ve yeme farkındalığı ortalama puanı arasında bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.20).

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yaşlı bireylerde beslenme durumu ve yeme farkındalığı ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanıp yürütülen bu çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

Yaşlı bireylerin, BKİ sınıflamasına göre daha çok normal ve hafif şişman grubunda olduğu tespit edilmiştir. Erkek ve kadınların BKİ sınıflamasına göre hafif şişman grubunda olduğu görülmüştür. Kadınların erkeklere göre daha fazla malnütrisyon riski altında olduğu saptanmıştır. BKİ sınıflandırmasına göre zayıf olan bireylerin tamamı malnütrisyonlu iken; normal, hafif şişman, I. derece obez ve II. derece obez bireylerde malnütrisyon riski saptanmıştır. Bu durum malnütrisyonun obez bireylerde de görülebileceğini göstermektedir.

MNA-SF toplam puanı ve BKİ arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Malnütrisyonu olan bireylerin BKİ ortalaması malnütrisyon riski altındaki bireylerden ve beslenme sorunu olmayan bireylerden anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Bireylerin yeme farkındalığının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum bireylerin Tazelenme Üniversitesinde aldıkları beslenme eğitiminden kaynaklı olabilir. Yeme farkındalığı “duygusal yeme” alt boyutunda erkeklerin puanlarının kadınlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunurken “düşünmeden yeme” alt boyutunda kadınların puanlarının erkeklerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bireylerin MNA-SF ile yaş arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak genç yaşlı bireylerin MNA-SF toplam puanı ile orta yaşlı bireylerin puanı arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Bireylerin YFÖ-30 ile BKİ arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ancak BKİ sınıflandırmasına göre normal bireylerin I. derece obez olan bireylere göre yeme farkındalığı ortalama

puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu diğer gruplar arasında farklılık olmadığı bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Toplumda yaşayan yaşlı bireylerin beslenme durumu taraması ve değerlendirmesi gerekmektedir. MNA-SF kullanılarak kolay ve hızlı bir şekilde belirli aralıklarla değerlendirme yapılabilir.

Obezite tedavisinde vücut ağırlığını azaltmaya yönelik olan kalori kısıtlı diyetlere ek olarak yeme farkındalığı eğitimlerinin verilmesi önerilir.

Yeme farkındalığı alt boyutlarından olan “düşünmeden yeme” ve “duygusal yeme” puan ortalamaları cinsiyete göre farklılık gösterdiği için verilecek olan farkındalık eğitimlerinde bireyleri kendi özelliklerine göre ayrı gruplara ayırmaları önerilir.

Yaşlı bireylerde malnütrisyon taraması yapılması ve obezitenin önüne geçmek için yeme farkındalığı eğitimleri verilmesi önerilir.

Yaşlı bireylerde pek çok faktörden etkilenen beslenme durumu ile ilgili daha kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Acar Tek N, Ağagündüz D (2021). Yaşlıların Demografik Durumu ve Yaşlılıkla İlişkili Kavramlar. N Acar Tek, E Aksoydan (Editörler), Geriatriye Beslenme. (ss14-24) Ankara: Hedef yayıncılık ve Mühendislik.
- Acar Tek N, Çıtar Dazıroğlu ME (2021). Sarkopeni tanımlaması, Beslenem Tedavisi ve Yönetimi. N Acar Tek, E Aksoydan (Editörler), Geriatriye Beslenme. (ss102-112) Ankara: Hedef yayıncılık ve Mühendislik.
- Agarwal E, Miller M, Yaxley A ve Isenring E (2013). Malnutrition in the elderly: a narrative review. *Maturitas*, 76(4), 296-302. DOI: 10.1016/j.maturitas.2013.07.013.
- Akpınar B (2019). Obezite ve Diyabette Yeme Farkındalığı (Yayınlanmamış Yüksek LisansTezi). İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aksoydan E (2021). Yaşlıda Vücut Ağırlığının Yönetimi N Acar Tek, E Aksoydan (Editörler) Geriatriye Beslenme. (ss196-212) Ankara: Hedef yayıncılık ve Mühendislik.
- Akdeniz M, Kavukcu E, Teksan A (2019). Yaşlanmaya bağlı fizyolojik değişiklikler ve kliniğe yansımaları. İzbirak G, (Editör), Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Türkiye Klinikleri. 1-15.
- Alberts HJ, Thewissen R, Raes L (2012). Dealing with problematic eating behaviour The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847-851. DOI: 10.1016/j.appet.2012.01.009.
- Alkan ŞB, Rakıcıoğlu N (2020). Demans ve Polifenoller. *Sağlık ve Toplum*, 30(3), 11-20. Erişim adresi: <https://ssyv.org.tr/wp-content/uploads/2020/12/2>
- Alkan ŞB, Rakıcıoğlu N (2019). Kırılgan Yaşlılarda Beslenme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 184-189. DOI: 10.22312/sdusbed.424345.
- Anderson LM, Reilly EE, Schaumberg K, Dmochowski S ve Anderson DA (2016). Contributions of mindful eating, intuitive eating, and restraint to BMI, disordered eating, and meal consumption in college students. *Weight Disorder*, 21(1), 83-90. DOI: 10.1007/s40519-015-0210-3.
- Apolzan JW, Myers CA, Cowley AD, Brady H, Hsia DS, Stewart TM, Redman LM ve Martin CK (2016). Examination of the reliability and validity of the Mindful Eating

Questionnaire in pregnant women. *Appetite*, 100, 142–151.
DOI: 10.1016/j.appet.2016.02.025.

Arslan N, Çakıroğlu FP (2019). Yaşlılık Döneminde Beslenme. *Geriatrye Disiplinler*, 147.
Erişim adresi: <https://avesis.ankara.edu.tr/yayin/4a92faeb-f6e1-46c8-984b-b6147a993439>

Ay FY, Akkaya D, Başbüyük GÖ (2019). Yaşam Kalitesinin Yalnızlık Üzerindeki Etkisi: Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesi Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 43(2), 193-210. Erişim adresi: <http://cujos.cumhuriyet.edu.tr/tr/download/article-file/903136>

Ay F, Başbüyük GÖ (2020). Yaşlı Bireylerde Sanal Ortam Yalnızlığı, İnternet Bağımlılığı ve Yaşam Doyumu. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 13(1), 27-35. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasad/issue/55439/696356>

Baer RA, Fischer S, Huss DB (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23(4), 281-300.
DOI:10.1007/s10942-005-0015-9.

Bahar NT, Başbüyük HH (2019). Antalya 60+ Tazelenme Üniversitesi öğrencilerinin iyilik halinin değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 160-173. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/743071>

Bahat G, Tufan F, Saka B, Akin S, Ozkaya H, Yucel N, Erten N ve Karan MA (2012). Which body mass index (BMI) is better in the elderly for functional status? *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(1):78-81. DOI: 10.1016/j.archger.2011.04.019.

Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O ve Elmalı F (2012). 65 yaş ve üzeri bireylerin depresyon ve malnutrisyon durumları arasındaki ilişki. *Turkish Journal of Public Health*, 10(1), 37-43.
Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/153030>

Bauer JM, Kaiser MJ, Sieber CC (2010). Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment. *Curr. Opin Clin. Nutr. Metab. Care*, 13, 8-13.
DOI: 10.1097/MCO.0b013e32833320e3.

Beğzer T, Yavuzer H (2012). Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik gelişim*, 25(3), 1-3. Erişim adresi: http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_25_3/1.pdf

Bektaş Y, Başbüyük GÖ, Çınar Z, Ay F ve Alan A (2017). Huzurevinde kalan yaşlılarda malnutrisyon sıklığı. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 339-348. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/390047>

- Beshara M, Hutchinson AD, Wilson C (2013). Does mindfulness matter? Everyday mindfulness, mindful eating and self-reported serving size of energy dense foods among a sample of South Australian adults. *Appetite*, 67, 25-29. DOI: 10.1016/j.appet.2013.03.012.
- Bhutto A, Morley JE (2008). The clinical significance of gastrointestinal changes with aging. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 11(5), 651-660. DOI: 10.1097/MCO.0b013e32830b5d37.
- Biagi E, Candela M, Turrone S, Garagnani P, Franceschi C ve Brigidi P (2013). Ageing and gut microbes: perspectives for health maintenance and longevity. *Pharmacological research*, 69(1), 11-20. DOI: 10.1016/j.phrs.2012.10.005.
- Birinci E (2021a). 60+ Tazelenme Üniversitesi Öğrencilerinin Sosyal Medya Kullanım Durumlarının İncelenmesi. *19 Mayıs Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 137-147. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1479543>
- Birinci E (2021b). Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, (17), 119-129. DOI: 10.46218/tshd.877121.
- Blasiak J, Chojnacki J, Pawlowska E, Szczepanska J ve Chojnacki C (2020). Nutrition in Cancer Therapy in the Elderly An Epigenetic Connection? *Nutrients*, 12(11), 3366. DOI: 10.3390/nu12113366.
- Bozyel E (2020). Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Bireylerin Dikkatli Yeme Davranışı ile Antropometrik Ölçümleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Brownie S (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International journal of nursing practice*, 12(2), 110-118. DOI:10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x.
- Cani PD, Bibiloni R, Knauf C, Waget A, Neyrinck AM, Delzenne NM ve Burcelin R (2008). Changes in gut microbiota control metabolic endotoxemia-induced inflammation in high-fat diet-induced obesity and diabetes in mice. *Diabetes*, 57(6), 1470-1481. DOI: 10.2337/db07-1403.
- Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, Compher C, Correia I, Higashiguchi T, Holst M, Jensen GL, Malone A, Muscaritoli M, Nyulasi I, Pirlich M, Rothenberg E, Schindler K, Schneider SM, De van der Schueren MA, Sieber C, Valentini L, Yu JC, Van Gossum A, Singer P (2017). ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinic Nutrition*, 36(1):49-64. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.09.004.
- Charlton K, Nichols C, Bowden S, Milosavljevic M, Lambert K, Barone L, Mason M ve Batterham M (2012). Poor nutritional status of older subacute patients predicts clinical

outcomes and mortality at 18 months of follow-up. *European journal of clinical nutrition*, 66, 1224-1228. DOI: 10.1038/ejcn.2012.130.

Chen PH, Golub JS, Hapner ER ve Johns MM (2009). Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. *Dysphagia*, 24(1), 1-6. DOI: 10.1007/s00455-008-9156-1.

Chung S, Zhu S, Friedmann E, Kelleher C, Kozlovsky A, Macfarlane KW ve Griffith KA (2016). Weight loss with mindful eating in African American women following treatment for breast cancer: a longitudinal study. *Supportive Care in Cancer*, 24(4), 1875-1881. DOI: 10.1007/s00520-015-2984-2.

Coleman MB (2020). Awareness of Mindful Eating in African-American Seniors in Washington DC. Doctoral dissertation, Howard University.

Collins SM, Surette M, Bercik P (2012). The interplay between the intestinal microbiota and the brain. *Nature Reviews Microbiology*, 10(11), 735-742. DOI: 10.1038/nrmicro2876.

Corcoran C, Murphy C, Culligan EP, Walton J ve Sleator RD (2019). Malnutrition in the elderly. *Science progress*, 102(2), 171-180. DOI: 10.1177/0036850419854290.

Çevik A, Basat O, Uçak S (2014). Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri üzerine olan etkisinin irdelenmesi. *Konuralp Medical Journal*, 6(3), 31-37. DOI: 10.18521/ktd.58144.

Damayanthi HDWT, Moy FM, Abdullah KL ve Dharmaratne SD (2018). Prevalence of malnutrition and associated factors among community-dwelling older persons in Sri Lanka: a cross-sectional study. *BioMed Central geriatrics* 30;18(1):199. DOI: 10.1186/s12877-018-0892-2.

Daubenmier J, Kristeller J, Hecht FM, Maninger N, Kuwata M, Jhaveri K, Lustig RH, Kemeny M, Karan L ve Epel E (2011). Mindfulness Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of obesity*, 651936. DOI: 10.1155/2011/651936.

Dede F (2017). Yaşlı Hasta ve Böbrek. *Istanbul Medical Journal*, 18(2). DOI: 10.5152/imj.2017.26928.

De Boer A, Ter Horst GJ, Lorig MM (2013). Physiological and psychosocial age-related changes associated with reduced food intake in older persons. *Ageing research reviews*, 12(1), 316-328. DOI:10.1016/j.arr.2012.08.002.

- De Vries OJ, Danner SA, Kramer MH ve Muller M (2013). Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients. *Clinical Nutrition*, 32(100), 7e1011. DOI: 10.1016/j.clnu.2013.05.007.
- Degens H (2007). Age-related skeletal muscle dysfunction: causes and mechanisms. *Journal of musculoskeletal and neuronal interactions*, 7(3), 246-252. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17947808/>
- Demir HP, Bayram HM, Yavuzel G (2019). Huzurevinde ve Kendi Evinde Yaşayan Yaşlıların Beslenme Durumlarının ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (7), 641-655. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/704659>
- Demirel Y (2018). Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezlerinde Kalan Yaşlıların Beslenme Durumunun Saptanması ve Sunulan Menülerin Kalite Yönünden Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Dey DK, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I ve Steen B (2001). Body mass index, weight change and mortality in the elderly A 15 y longitudinal population study of 70 y olds. *European journal of clinical nutrition*, 55(6), 482-492. DOI: 10.1038/sj.ejcn.1601208.
- DiCarlo AL, Fuldner R, Kaminski J ve Hodes R (2009). Aging in the context of immunological architecture, function and disease outcomes. *Trends in immunology*, 30(7), 293-294. DOI:10.1016/j.it.2009.05.003.
- Di Stefano G, Veneto S, Malservisi A, Strocchi GR ve Corazza M (2001). Lactose malabsorption and intolerance in the elderly. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 36(12), 1274-1278. DOI: 10.1080/003655201317097119.
- Doğan G, Köksal E (2020). Yaşlıda Malnütrisyon ve Değerlendirilmesinde Antropometrik ve Laboratuvar Yöntemler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 73-84. https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd/issue/62040/795909#article_cite
- Espinosa Del Pozo PH, Espinosa PS, Donadi EA, Martinez EZ, Salazar-Urbe JC, Guerrero MA, Moriguti JC, Colcha MC, Garcia SE, Naranjo R, Altamirano WE ve Koek AY (2018). Cognitive Decline in Adults Aged 65 and Older in Cumbayá, Quito, Ecuador: Prevalence and Risk Factors. *Cureus* 7;10(9):e3269. DOI: 10.7759/cureus.3269.
- Essed NH, Staveren WA, Kok FJ ve Graaf C (2007). No effect of 16 weeks flavor enhancement on dietary intake and nutritional status of nursing home elderly. *Appetite*, 48, 29-36. DOI: 10.1016/j.appet.2006.06.002.
- Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S ve Benitez D (2009). Development and validation of the mindful eating questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1439–1444. DOI: 10.1016/j.jada.2009.05.006.

- Fuentes E, Fuentes M, Alarcón M ve Palomo I (2017). Immune System Dysfunction in the Elderly. *Immune System Dysfunction in the Elderly. Anais da Academia Brasileira de Ciencias*, 89(1):285-299. DOI: 10.1590/0001-3765201720160487.
- Giezenaar C, Chapman I, Luscombe-Marsh N, Feinle-Bisset C, Horowitz M ve Soenen S (2016). Ageing is associated with decreases in appetite and energy intake—a meta-analysis in healthy adults. *Nutrients*, 8(1), 28. DOI: 10.3390/nu8010028.
- Grassi M, Petraccia L, Mennuni G, Fontana M, Scarno A, Sabetta S ve Fraioli A (2011). Changes, functional disorders, and diseases in the gastrointestinal tract of elderly. *Nutricion hospitalaria*, 26(4), 659-668. DOI: 10.1590/S0212-16112011000400001.
- Griep MI, Mets TF, Collays K, Ponjaert-Kristoffersen I ve Massart DL (2000). Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the “mininutritionalassessment”. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* Feb;55(2):M57-63. DOI: 10.1093/gerona/55.2.m57.
- Gutiérrez-Gomez T, Cortés E, Palazón-Bru A, Peñarrieta-de Córdova I, Gil-Guillén VF ve Ferrer-Diego RM (2015). Six simple questions to detect malnutrition or malnutrition risk in elderly women. *PeerJ*, 3, e1316. DOI: 10.7717/peerj.1316.
- Hamirudin AH, Charlton K, Walton K (2016). Outcomes related to nutrition screening in community living older adults: a systematic literature review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 62, 9-25. DOI: 10.1016/j.archger.2015.09.007.
- Hara LM, Freiria CN, Silva GM, Fattori A ve Corona LP (2019). Anorexia of aging associated with nutrients intake in brazilian elderly. *The journal of nutrition, health & aging*, 23(7), 606-613. DOI: 10.1007/s12603-019-1224-8.
- Hoca M, Türker PF (2017). Kıbrıs Gazimağusa’da Yaşayan Yaşlı Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Durumları ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(1), 44-52. Erişim adresi: <https://www.beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/10/7>
- Inelmen EM, Sergi G, Coin A, Miotto F, Peruzza S ve Enzi G (2003). Can obesity be a risk factor in elderly people? *Obesity reviews*, 4(3), 147-155. DOI: 10.1046/j.1467-789x.2003.00107.x.
- Izawa S, Enoki H, Hasegawa J, Hirose T ve Kuzuya M (2014). Factors associated with deterioration of mini nutritional assessment-short form status of nursing home residents during a 2-year period. *The journal of nutrition, health & aging*, 18, 372-377. DOI: 10.1007/s12603-013-0400-5.

- İmançer ED, Keskin HŞ, Şahin S ve Baybaş BK (2019).Tazelenme Üniversitesi Ege Kampüsü'ndeki 60 Yaş ve Üzeri Bireylerde Obezite Varlığı ve İlişkili Etmenler. In 3 International 21 National Public Health Congress. DOI:10.13140/RG.2.2.27965.59364.
- Ji L, Meng H, Dong B (2012). Factors associated with poor nutritional status among the oldest-old. *Clinical Nutrition*, 31, 922-926. Erişim adresi: <https://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US201500079274>
- Jonas M, Kuryłowicz A, Puzianowska-Kuźnicka M (2015). Aging and the endocrine system. *Postępy Nauk Medycznych*. Erişim adresi: http://www.pnmedycznych.pl/wp-content/uploads/2015/07/pnm_2015_451-457.pdf
- Karadağ E (2018). Yaşlı kanser hastalarında yorgunluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(4), 328-333. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752438>
- Kearney DJ, Milton ML, Malte CA, McDermott KA, Martinez M ve Simpson TL (2012). Participation in mindfulness-based stress reduction is not associated with reductions in emotional eating or uncontrolled eating. *Nutrition Research*, 32(6), 413-420. DOI: 10.1016/j.nutres.2012.05.008.
- Kefeli D (2020). Zübeyde Hanım Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Malnutrisyon Düzeyleri, Beslenme Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Kidd LI, Graor CH, Murrock CJ (2013). A mindful eating group intervention for obese women: a mixed methods feasibility study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 211-218. DOI: 10.1016/j.apnu.2013.05.004.
- Köse G, Çıplak ME (2019). Does mindful eating have a relationship with gender, body mass index and health promoting lifestyle? *Progress in Nutrition* 2019; Vol. 22, N. 2: 00-00. DOI: 10.23751/pn.v22i2.9268.
- Köse G, Tayfur M, Birincioğlu İ ve Dönmez A (2016). Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 5(3): 125-134. DOI:10.5455/JCBPR.250644.
- Kurtkapan H (2019). Türkiye’de Demografik Dönüşümün Sosyal Yansımaları ve Yaşlılık. *Sosyal Güvence*, (15), 27-46. DOI: 10.21441/sosyalguvence.597571.
- Küçükerdönmez O, Köksal E, Rakıcıoğlu N ve Pekcan G (2005). Assessment and evaluation of the nutritional status of the elderly using 2 different instruments. *Saudi Medical Journal*, 26(10): 1611-1616. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16228066/>

- Landi F, Zuccalà G, Gambassi G, Incalzi RA, Manigrasso L, Pagano F, Carbonin P ve Bernabei R (1999). Body mass index and mortality among older people living in the community. *Journal of the American Geriatrics Society*, Sep;47(9):1072-6. DOI: 10.1111/j.1532-5415.1999.tb05229.x.
- Larbi A, Franceschi C, Mazzatti D, Solana R, Wikby A ve Pawelec G (2008). Aging of the immune system as a prognostic factor for human longevity. *Physiology*, 23(2), 64-74. DOI: 10.1152/physiol.00040.2007.
- Locher JL, Roth DL, Ritchie CS, Cox K, Sawyer P, Bodner EV ve Allman RM (2007) Body mass index, weight loss, and mortality in community-dwelling older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 62(12):1389-92. DOI: 10.1093/gerona/62.12.1389.
- Lozoya RM, Martínez-Alzamora N, Marín GC, Guirao-Goris SJ ve Ferrer-Diego RM (2017). Predictive ability of the Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) in a free-living elderly population: a cross-sectional study. *PeerJ*, 5, e3345. DOI: 10.7717/peerj.3345.
- Luna RA, Foster JA (2015). Gut brain axis: diet microbiota interactions and implications for modulation of anxiety and depression. *Current opinion in biotechnology*, 32, 35-41. DOI: 10.1016/j.copbio.2014.10.007.
- Madeira T, Peixoto-Plácido C, Sousa-Santos N, Santos O, Alarcão V, Goulão B, Mendonça N, Nicola PJ, Yngve A, Bye A, Bergland A, Amaral TF, Lopes C ve Gorjão Clara J (2018). Malnutrition among older adults living in Portuguese nursing homes: the PEN-3S study. *Public health nutrition*, Oct 15:1-12. DOI: 10.1017/S1368980018002318.
- Mahdavi AM, Mahdavi R, Lotfipour M, Jafarabadi MA ve Faramarzi E (2015). Evaluation of the Iranian mini nutritional assessment short-form in community-dwelling elderly. *Health promotion perspectives*, 5(2), 98. DOI: 10.15171/hpp.2015.012.
- Mann T, Tomiyama AJ, Westling E, Lew AM, Samuels B ve Chatman J (2007). Medicare's search for effective obesity treatments: diets are not the answer. *American Psychologist*, 62(3), 220. DOI: 10.1037/0003-066X.62.3.220.
- Mason AE, Epel ES, Aschbacher K, Lustig RH, Acree M, Kristeller J ve Daubenmier J (2016a). Reduced reward-driven eating accounts for the impact of a mindfulness-based diet and exercise intervention on weight loss: Data from the Shine randomized controlled trial. *Appetite*, 100, 86-93. DOI: 10.1016/j.appet.2016.02.009.
- Mason AE, Epel ES, Kristeller J, Moran PJ, Dallman M, Lustig RH ve Daubenmier J (2016b). Effects of a mindfulness-based intervention on mindful eating, sweets consumption, and fasting glucose levels in obese adults: data from the Shine randomized controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 39(2), 201-213. DOI: 10.1007/s10865-015-9692-8.

- Mathieu J (2009). What should you know about mindful and intuitive eating? *Journal of the American Dietetic Association*, 109(12), 1985. DOI: 10.1016/j.jada.2009.10.023.
- Mehal WZ (2013). The Gordian Knot of dysbiosis, obesity and NAFLD Nature reviews. *Gastroenterology & hepatology*, 10(11), 637-644. DOI: 10.1038/nrgastro.2013.146.
- Mercanlıgil M (2019). Yaşlı diyabetli bireylerde beslenme tedavisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 47, 60-66. Erişim adresi: <https://beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/1316>
- Miller CK, Kristeller JL, Headings A ve Nagaraja H (2014). Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Health Education & Behavior*, 41(2), 145-154. DOI: 10.1177/1090198113493092.
- Miron N, Cristea V (2012). Enterocytes: active cells in tolerance to food and microbial antigens in the gut. *Clinical & Experimental Immunology*, 167(3), 405-412. DOI: 10.1111/j.1365-2249.2011.04523.x.
- Morley JE (2001). Androgens and aging. *Maturitas*, 28;38(1):61-71. DOI: 10.1016/s0378-5122(00)00192-4.
- Morley JE (2007). Constipation and irritable bowel syndrome in the elderly. *Clinics in geriatric medicine*, 23(4), 823-832. DOI: 10.1016/j.cger.2007.06.008.
- Morley JE, Kim MJ, Haren MT, Kevorkian R ve Banks WA (2005). Frailty and the aging male. *The Aging Male*, 8(3-4), 135-140. DOI: 10.1080/13685530500277232.
- Morley JE, Perry III HM, Baumgartner RP ve Garry PJ (1999). Commentary Leptin, Adipose Tissue and Aging—Is There a Role for Testosterone? *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 54(3), B108-B109. DOI: 10.1093/gerona/54.3.b108.
- Neumann SA, Miller MD, Daniels L ve Crotty M (2005). Nutritional status and clinical outcomes of older patients in rehabilitation. *Journal of human nutrition and dietetics: the official journal of the British Dietetic Association*, 18, 129-136. DOI: 10.1111/j.1365-277X.2005.00596.x.
- Nicholson JK, Holmes E, Kinross J, Burcelin R, Gibson G, Jia W ve Pettersson S (2012). Host-gut microbiota metabolic interactions. *Science*, 336(6086), 1262-1267. DOI: 10.1126/science.1223813.

- Nykänen I, Lönnroos E, Kautiainen H, Sulkava R ve Hartikainen S (2013). Nutritional screening in a population-based cohort of communitydwelling older people. *European Journal of Public Health* 23, 405-409. DOI: 10.1093/eurpub/cks026.
- Oğlak S, Çanatan A (2020). Yaşam boyu öğrenme ve aktif yaşlanma bakış açısından Üçüncü Yaş Üniversiteleri: İyi uygulama örnekleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 13(2), 131-141. DOI: 10.46414/yasad.726075.
- Ongan D (2012). Huzurevlerin'de yaşlılara sunulan beslenme hizmetlerinin değerlendirilmesi ve yaşlıların beslenme durumlarının saptanması (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Ongan D (2021). Yaşlıda Malnütrisyon ve Kırılgnlık. Acar Tek N, Aksoydan E (Editörler) Geriatrie Beslenme (ss80-95) Ankara: Hedef yayıncılık ve Mühendislik.
- Özdemir M (2021). Yaşlılıkta beslenme durumunun saptanması. Acar Tek N, Aksoydan E (Editörler) Geriatrie Beslenme (ss60-76) Ankara: Hedef yayıncılık ve Mühendislik.
- Özmumcu SB (2019). Isparta İli Bir Üniversite Hastanesi İdari Personeli Yeme Farkındalığı ve Fiziksel Aktivitelerinin Yaşam Kalitesine Etkisi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta. Türkiye.
- Pehlivan S, Karadakovan A (2013). Yaşlı bireylerde fizyolojik değişiklikler ve hemşirelik tanılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 385-395. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/7503/98914>
- Perez-Lizaur AB, Aleman-Mateo H, Tavano-Colaizzi L (2013). Nutritional Status and Its Association with Body Composition Compartments in Physically Independent, Elderly Mexican Subjects. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113(9), A24. DOI:10.1016/j.jand.2013.06.072.
- Perkisas S, De Cock AM, Vandewoude M ve Verhoeven V (2019). Prevalence of sarcopenia and 9-year mortality in nursing home residents. *Aging clinical and experimental research*, 31(7), 951-959. DOI: 10.1007/s40520-018-1038-2.
- Phillips MB, Foley AP, Barnard RM, Isenring EP ve Miller MP (2010). Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 19, 440. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20805090/>
- Rakıcıoğlu N (2009). Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Beslenme. Erişim adresi: http://e-kutuphaneteborgtr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/20pdf
- Rocaspana-García M, Blanco-Blanco J, Arias-Pastor A, Gea-Sánchez M ve Piñol-Ripoll G (2018). Study of community-living Alzheimer's patients' adherence to the Mediterranean

diet and risks of malnutrition at different disease stages. *PeerJ*, 6, e5150. DOI: 10.7717/peerj.5150.

Rolland Y, Kim MJ, Gammack JK, Wilson MMG, Thomas DR ve Morley JE (2006). Office management of weight loss in older persons. *The American journal of medicine*, 119(12), 1019-1026. DOI: 10.1016/j.amjmed.2006.02.039.

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması Beslenme ve Sağlık Sorunları Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1132 s. 232 Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2017). Obezite. Erişim adresi: <https://hsgmsaglikgovtr/tr/obezite/obezite-nedirhtml>.

Saka B, Akın S, Tufan F, Bahat Öztürk G, Engin S, Karışık E ve Karan MA (2012). Huzurevi sakinlerinin malnütrisyon prevalansı ve sarkopeni ile ilişkisi. *İç Hastalıkları Dergisi*, 19, 39-46. Erişim adresi: http://www.ichastaliklaridergisi.org/fulltext.aspx?issue_id=93&ref_ind_id=816

Saka M, Köşeler Beyaz E (2021). Nörodejeneratif Hastalıklar. Acar Tek N, Aksoydan E (Editörler) Geriatriye Beslenme (ss118-143) Ankara: Hedef yayıncılık ve Mühendislik.

Sarıkaya D (2013). Geriatrik hastalarda mini nütrisyonel değerlendirme (MNA) testinin uzun ve kısa (MNA-SF) formunun geçerlilik çalışması (Uzmalık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara. Türkiye.

Satman İ (2018). Türkiye'de diyabetin toplumsal ve ekonomik yükü. Vakalarla Diyabet-2018, Yılmaz C., Editör, İstanbul Pelikan Tıp & Teknik Kitapçılık, İstanbul, ss.35-47.

Serrano-Urrea R, Garcia-Meseguer MJ (2013). Malnutrition in an elderly population without cognitive impairment living in nursing homes in Spain: study of prevalence using the Mini Nutritional Assessment test. *Gerontology* 59(6):490-8. DOI: 10.1159/000351763.

Siddique N, O'Donoghue M, Casey MC ve Walsh JB (2017). Malnutrition in the elderly and its effects on bone health—a review. *Clinical nutrition ESPEN*, 21, 31-39. DOI: 10.1016/j.clnesp.2017.06.001.

Silver AJ, Flood JF, Morley JE (1988). Effect of gastrointestinal peptides on ingestion in old and young mice. *Peptides*, 9(2), 221-225. DOI: 10.1016/0196-9781(88)90254-9.

Stadlbauer V, Mookerjee RP, Hodges S, Wright GA, Davies NA ve Jalan R (2008). Effect of probiotic treatment on deranged neutrophil function and cytokine responses in patients with compensated alcoholic cirrhosis. *Journal of hepatology*, 48(6), 945-951. DOI: 10.1016/j.jhep.2008.02.015.

- Şahin AN (2019). Huzurevinde yaşayan yaşlıların beslenme durumları ve beslenme durumlarına etki eden faktörler (Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, Türkiye.
- Şeker M, Taşan R (2021). Kullanımlar ve Doyumlar Yaklaşımı Perspektifinden Yaşlıların Sosyal Medya Kullanım Motivasyonları: Tazelenme Üniversitesi Örneği İnönü Üniversitesi. *İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(1), 427-443. DOI:10.47107/inifedergi.831155.
- Timipini A, Facchi E, Cossi S, Ghisla MK, Romanelli G ve Marengoni A (2011). Self-reported socio-economic status, social, physical and leisure activities and risk for malnutrition in late life: A cross-sectional population-based study. *The journal of nutrition, health & aging*, 15, 233-238. DOI: 10.1007/s12603-010-0286-4.
- Tobin DJ (2017). Introduction to skin aging. *Journal of tissue viability*, 26(1), 37-46. DOI: 10.1016/j.jtv.2016.03.002.
- Tran L, Greenwood-Van Meerveld B (2013). Age-associated remodeling of the intestinal epithelial barrier. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 68(9), 1045-1056. DOI:10.1093/gerona/glt106.
- Tufan İ, Koç O, Dere B, Gürdal FY, Ayan FS, Başbüyük GÖ ve Başbüyük HH (2020). Yaşlıların “Sokağa Çıkma Yasağı” Üzerine Görüşleri: Telefon Anketi. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 3(2), 51-59. DOI: 10.47141/geriatrik.755856.
- Tuna M (2018). Muğla Tazelenme Üniversitesi Yaşlılık Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi. Erişim adresi: <http://sosyoloji.mu.edu.tr/Newfiles/47/Content/TA%C3%9C>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2021). İstatistiklerle yaşlılar, 2020 Erişim adresi: <https://datatuikgovtr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2020-37227>
- United Nations (2018). UNHCR Emergency Handbook ‘Older persons’. Erişim adresi: <https://emergency.unhcr.org/entry/43935/older-persons-20062021>.
- Ülger Z, Halil M, Cankurtaran M, Yavuz BB, Yesil Y, Kuyumcu E ve Ariogul S (2013). Malnutrition in Turkish nursing homes: a correlate of short term mortality. *The journal of nutrition, health & aging*, 17(4), 305-309. Erişim adresi: <https://www.beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/10/7>
- Van der Meij BS, Wijnhoven HA, Lee JS, Houston DK, Hue T, Harris TB ve Visser M (2017). Poor appetite and dietary intake in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2190-2197. DOI: 10.1111/jgs.15017.
- Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF ve Klein S (2005). Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The

Obesity Society. *The American journal of clinical nutrition*, 82(5), 923-934. DOI: 10.1093/ajcn/82.5.923.

Warren JM, Smith N, Ashwell M (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviors: effectiveness and associated potential mechanisms. *Nutrition research reviews*, 30(2), 272–283. DOI: 10.1017/S0954422417000154.

Weiskopf D, Weinberger B, Grubeck-Loebenstein B (2009). The aging of the immune system. *Transplant international*, 22(11), 1041-1050. DOI: 10.1111/j.1432-2277.2009.00927.x.

World Health Organisation (1984). The uses of epidemiology in the study of the elderly (WHO Technical Report Series, No: 706) World Health Organisation. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39136>

Yabancı N, Akdevelioğlu Y, Rakıcıoğlu N (2012). Yaşlı bireylerin sağlık ve beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(2), 128-135. Erişim adresi: <https://beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/259>

Yılmaz D, Rakıcıoğlu N (2012). Yaşlılık Döneminde Obezite. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(1), 79-87. Erişim adresi: <https://beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/251>

EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI

Protokol No: 210154	Karar No: 199
Araştırma Yürütücüsü	Arş. Gör. DİLEK SİVRİ
Kurumu / Birimi	BEYKENT ÜNİVERSİTESİ / BESLENME VE DİYETETİK
Araştırmanın Başlığı	Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Farkındalıklarının Saptanması; Muğla Örneği
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	22.06.2021
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	İlk İnceleme Tarihi: 14.07.2021 1. Düzeltme Tarihi: 04.08.2021 2. Düzeltme Tarihi : 07.09.2021
Karar Tarihi	13.09.2021

KARAR: UYGUNDUR

AÇIKLAMA: Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Haşim OLGUN Başkan

Prof.Dr. KılıçhanBAYAR
Üye

Prof.Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA
Üye

Prof.Dr. Özcan SAYGIN
Üye

Doç.Dr. Ahmet Salih
SÖNMEZDAĞ Üye

Doç.Dr. Cem ŞAHİN Üye
Prof.Dr. Süleyman Cüneyt KARAKUŞ Üye

Bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama adresi <https://etikkurulbasvuru.mu.edu.tr/dogrulama/HHXF1492>



Ek 2: KURUM İZİN ONAYI



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Yaşlılık Çalışmaları Uygulama Ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : E-64794810-302.14-320518
Konu : Dilek SİVRİ/ Anket İzini

26.08.2021

Sayın Dilek SİVRİ

Koordinatörlüğü müdürlüğümüzce yapılmakta olan Muğla Tazelenme Üniversitesinde bulunan öğrencilerimiz ile anket çalışması yapmanız uygun bulunmuştur.
Gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Muammer TUNA
Merkez Müdürü

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 59BWPZ-FEERBK

Belge Doğrulama Adresi: <https://ebds.mu.edu.tr>

null

Bilgi için: Celalettin EMRE

Telefon No: null Faks No: null

e-Posta: null İnternet Adresi: null

Telefon No: null

Kep Adresi:



Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)

Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Farkındalıklarının Saptanması; Muğla Örneği adlı çalışma Prof. Dr. Fatmagül YUR danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Dilek Sivri tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma yaşlı bireylerde beslenme durumunu ve yeme farkındalığı düzeylerini saptamak ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra veri toplama formunu doldurmaya başlamış olsanız bile istemediğiniz takdirde çalışmaya katılmaktan vazgeçebilirsiniz. Formu eksiksiz doldurup araştırmacıya vermiş olmanız/göndermeniz çalışmaya katılma konusunda gönüllü olduğunuz anlamına gelmektedir.

Sizden elde edilen tüm bu bilgiler bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Araştırma sonuçları kimlik belirtecek herhangi bir isim ya da işaret içermeyecektir. Bu araştırmada sizinle ilgili tutulan tüm kayıtlar gizli kalacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır. Çalışma formu 3 bölüm/ 52 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 10-15 dk. zamanınızı alacaktır. Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıda iletişim bilgileri yer alan sorumlu araştırmacı Dilek SİVRİ ile çekinmeden iletişime geçebilirsiniz.

Çalışmamız için zaman ayırarak bilim dünyasına verdiğiniz katkı için teşekkürler...

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Araştırma Görevlisi Dilek Sivri

Telefon Numarası: [REDACTED]

Mail: [REDACTED]

Katılımınız için teşekkür ederiz.

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Cinsiyetiniz nedir?

a)Kadın b)Erkek

2. Yaşınız? (yıl) ...

3. Mesleğiniz?...

4. Eğitim durumunuz nedir?

a) İlkokul- Ortaokul

b) Lise

c) Ön lisans- Lisans

d) Lisansüstü

e) Tazelenme Üniversitesine devam ediyor

5. Tazelenme Üniversitesinde kaçınıcı yılınız?

a) 0-1 yıl b)1 yıl üstü

6. Tazelenme Üniversitesinde beslenmeye yönelik herhangi bir eğitim alıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

7. Medeni durumunuz?

a) Bekâr b) Evli c) Boşanmış

8. Kiminle yaşıyorsunuz?

a) Ailemle yaşıyorum

b) Yalnız yaşıyorum

c) Ev arkadaşım ile yaşıyorum

9. Doktor tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

10. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Hiç kullanmadım

b) Kullandım/bıraktım

c) Evet, hala kullanıyorum günde en az 1 sigara içiyorum.

11. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Hiç içmedim

b) Sosyal içiciyim (özel günlerde)

c) Ilımlı içiciyim (günde 1 bira veya 1 kadeh içki)

d) Aşırı içiciyim (her gün mutlaka 2 kadehten çok alkol tüketirim)

12. Öğün atlar mısınız?

a)Evet b)Hayır

13. Uzman (Doktor/Diyetisyen) önerisiyle özel bir diyet yapıyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

14. Bu diyeti uyguluyor musunuz?

a)Evet b)Hayır

MİNİ NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME TESTİ-KISA FORM (MNA-SF)

Vücut ağırlığı: ...kg Boy uzunluğu cm
1. Son 3 ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme ve yutma güçlüğü nedeniyle besin tüketiminde azalma oldu mu? 0 = şiddetli iştah kaybı 1 = orta derecede iştah kaybı 2 = iştah kaybı yok
2. Son aylarda kilo kaybınız oldu mu? 0 = 3 kg'dan daha fazla kilo kaybı 1 = bilmiyor 2 = 1 ile 3 kg arası kilo kaybı 3 = kilo kaybı yok
3. Hareketlilik 0 = yatağa veya sandalyeye bağımlı 1 = kendi başına yataktan/sandalyeden kalkabiliyor ancak dışarıya çıkamıyor 2 = kendi başına dışarıya çıkabiliyor
4. Geçtiğimiz son 3 ay içerisinde, psikolojik stres veya ciddi bir hastalık geçirdiniz mi? 0 = evet 2 = hayır
5. Nöropsikolojik sorunlar 0 = ciddi demans veya depresyon 1 = hafif demans veya depresyon 2 = herhangi bir psikolojik rahatsızlığı yok
6. Vücut Kitle İndeksi (BMI): (kg/m²) 0 = BMI 19'dan düşük 1 = BMI 19 ile 21 arasında 2 = BMI 21 ile 23 arasında 3 = BMI 23'ten fazla

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

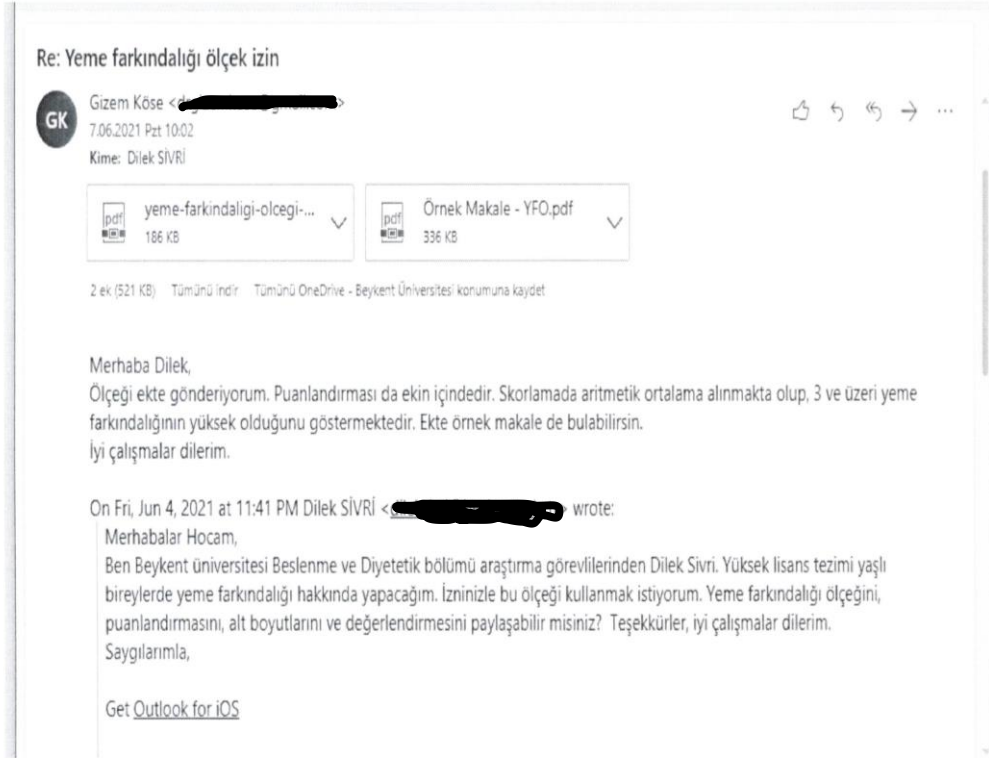
Değerli katılımcı, bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1 Hiç	2 Nadiren	3 Bazen	4 Sık sık	5 Her zaman
----------	--------------	------------	--------------	----------------

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemededen yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemekten tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

Ek 4: ÖLÇEK İZİN



Ek 5: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı :Dilek SİVRİ
Yabancı Dili : İngilizce
Lisans : Gazi Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl : Beykent Üniversitesi (2020-halen)
Yayınları (SCI ve diğer) : Sivri D ve Yur F (2020). Fukoksantin
Sağlık Üzerindeki Etkileri. Van Sağlık
Bilimleri Dergisi, 13(3), 93-102.

Sivri D ve Demirci Ü (2021). Intuitive
Eating and The Relationship Between
Intuitive Eating and Health. Beykent 3th
International Health Sciences Research
Days Congress ss 45.