



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

EVDE SAğLIK HİZMETİ ALAN YAşLI HASTALARIN
DEPRESYON DÜZEYLERİ VE NÜTRİSYONEL DURUMLARI
ARASINDAKİ İLİşKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Gizem etinyol

İZMİR - 2024



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

EVDE SAğLIK HİZMETİ ALAN YAşLI HASTALARIN
DEPRESYON DÜZEYLERİ VE NÜTRİSYONEL DURUMLARI
ARASINDAKİ İLİşKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Gizem etinyol

Tez Danışmanı

Başasistan Uzm. Dr. Özge Tuncer

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR - 2024

TEŞEKKÜR

Asistanlığa başladığım andan beri desteğini, anlayışını ve ilgisini benden hiç esirgemediği, deneyimleri ve bilgisiyle bana yol gösterdiği, ama en çok başasistanlıktan fazla ablalık yaptığı için sayın tez danışmanım Uzm. Dr. Özge Tuncer'e,

Engin deneyim, bilgi ve özverisiyle yolumu aydınlattığı, uzmandan çok “mon grand frère francophone” olduğu için sayın Uzm. Dr. Ahmet Murat Işıl'a,

Engin palyatif bilgisi ve deneyimleri ile yoluma ışık tuttuğu ve hayat görüşleri ile ablalık yaptığı için sayın Doç. Dr. Aslı Bayındır'a,

Asistanlık sürem boyunca, özellikle de tez yazım dönemimde bana çok destek olan, başta Ast. Dr. A. Mustafa Tonbak ve Ast. Dr. İbrahim Eryılmaz olmak üzere tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımda çok önemli yerleri olan ve gerek asistanlık gerekse tez yazım sürecinde desteklerini ve anlayışlarını benden esirgemeyen Dr. Burak Anıl Yıldız, Ast. Dr. Sebahat Tunçer ve Uzm. Dr. Hilal Işık'a,

Beni çok sevdiklerini bildiğim ve onları çok sevdiğimi bilen canım ailem; annem Rukiye Akgün, babam Ali Çetinyol, ablam Neşe Acar, abim Mustafa Çetinyol, eniştem Sertaç Acar ve biricik yeğenlerin Eylül ve Ekin'e,

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla.

Dr. Gizem ÇETİNYOL

İzmir, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE YAŞLI BİREYLER İÇİN ÖNEMİ	3
2.2. YAŞLI BİREYLERDE MALNÜTRİSYON VE ÖNEMİ	4
2.3. DEPRESYON VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDAKİ YAŞLI HASTALARDA ÖNEMİ	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	12
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE YAPILDIĞI YER	12
3.3. ETİK KURUL İZNİ	12
3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	12
3.5. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ.....	13
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE ÇALIŞMANIN YAPILMASI.....	13
3.6.1. Anket Formu	13
3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	15
4. BULGULAR.....	17
4.1. KATILIMCILARA AİT BULGULARIN BETİMSSEL ANALİZ SONUÇLARI	17
4.2. BULGULARA YÖNELİK Kİ-KARE KARŞILAŞTIRMA ANALİZ VE SONUÇLARI	26

4.3. BULGULARIN ORTALAMALARINDAKİ FARKLILIKLARA YÖNELİK BAĞIMSIZ ÖRNEKLEMLER T TESTİ VE TEK YÖNLÜ VARYANS (ANOVA) ANALİZLERİ VE SONUÇLARI.....	38
4.4. UYGULANAN ÖLÇEK BULGULARINA YÖNELİK KORELASYON ANALİZİ VE SONUÇLARI.....	44
4.5. KATILIMCILARIN NÜTRİSYONEL DURUMLARIYLA İLİŞKİLİ ETMENLERE YÖNELİK ORDİNAL LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ VE SONUÇLARI.....	46
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR	59

KISALTMALAR

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)

ANOVA: Analysis of Variance (Varyans Analizi)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

BT: Bilgisayarlı Tomografi

DEXA: Dual-Energy X-ray Absorptiometry (Çift Enerjili X-ışını Absorpsiyometri)

DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı, Metin Revizyonu)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESPEN: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği)

GA: Güven Aralığı

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

GLIM: Global Leadership Initiative on Malnutrition (Malnütrisyon Küresel Liderlik Girişimi)

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

IBM SPSS: International Business Machines Statistical Package for the Social Sciences

MNA: Mini Nutritional Assessment (Mini Nütrisyonel Değerlendirme)

MR: Manyetik Rezonans

OR: Odds Ratio (Odds Oranı – Olasılık Oranı)

PEG: Perkutan Endoskopik Gastrostomi

SBÜ: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SD: Standard Deviation (Standart Sapma)

SS: Standart Sapma

Tukey HSD: Tukey's Honestly Significant Difference Test (Tukey'in Gerçekten Anlamlı Farklılık Testi)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

USG: Ultrasonografi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Malnütrisyon Tanısında Kullanılan “Malnütrisyon Küresel Liderlik Girişimi (GLIM)” Kriterleri	6
Tablo 2: Majör Depresif Bozukluk DSM-5-TR Tanı Kriterleri (3).....	10
Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	17
Tablo 4: Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği Tarama Dağılımı	18
Tablo 5: Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği Değerlendirme Dağılımı	19
Tablo 6: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Dağılımı	21
Tablo 7: Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği Dağılımı	22
Tablo 8: Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği Dağılımı	23
Tablo 9: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri ile Mini Nutrisyonel Değerlendirme Puanı Gruplamasına Göre Yapılan Ki Kare Analiz Tablosu	28
Tablo 10: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Bilgileri ile Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Arasında Yapılan Ki Kare Analiz Tablosu.....	30
Tablo 11: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri ile Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği Arasında Yapılan Ki Kare Analiz Tablosu.....	33
Tablo 12: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Bilgileri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanına Göre Yapılan Ki Kare Analiz Tablosu	35
Tablo 13: GDÖ ile MNA Ölçeği Arası Yapılan Ki-Kare Analiz Sonuçları.....	37
Tablo 14: Çalışmadaki Bağımlı Değişkenlerin (MNA, Barthel, Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği, GDÖ) Normal Dağılım Analizi.....	38
Tablo 15: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri ile Ölçekler Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analiz Tablosu.....	39
Tablo 16: Katılımcıların MNA, Barthel, Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği ve GDÖ Puanları Arasında Yapılan Korelasyon Analizi	45
Tablo 17: Ordinal Lojistik Regresyon Analizinin Parametre Tahminleri Tablosu	48

ÖZET

EVDE SAĞLIK HİZMETİ ALAN YAŞLI HASTALARIN DEPRESYON DÜZEYLERİ VE NÜTRİSYONEL DURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Amaç: Bu çalışmada, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastaların nütrisyonel durumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlerin, özellikle depresyon düzeylerinin, işlevsel bağımlılıklarının, mevcut komorbiditelerinin ve sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı, ulusal, tek merkezli planlanan bu çalışmanın evrenini SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı hastalar oluşturmaktadır. Evreni belli olmayan örneklem hesabı ile geriatri hastalarında malnütrisyon sıklığı %40 alınarak 0,05 hata payı ve %95 güven aralığında çalışmamızda 368 kişiye ulaşılması planlanmış ve hedef kişi sayısına ulaşılmıştır. Katılımcılara uygulanacak anket için sosyodemografik bilgiler oluşturulmuş; nütrisyonel durum için MNA Ölçeği Uzun Formu, işlevsel bağımlılığı için Barthel GYA Ölçeği, komorbidite için Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği ve depresyon düzeyleri için Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği anket formuna eklenmiştir. Elde edilen verilerin analizleri IBM SPSS 26.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %60,6'sı kadındır (n=223). Tüm grubun yaş ortalaması $81,35 \pm 7,95$ yıldır (min. 65- max. 99). %84,8'inin eğitim durumu ilköğretim mezunu veya altı (n=312), %79,4'ünün bakım vereni ailesidir (n=292). Grubun BKİ ortalaması $25,41 \pm 4,24$ kg/m² (min. 16,51–max. 48,97 kg/m²)'dir. %29,6'sı malnütrisyonlu, %44'ü malnütrisyon riski altındadır. Günlük yaşam aktivitelerinde %16,8'i tamamen bağımlı, %47,3'ü ileri derecede bağımlıdır. Komorbidite ölçeğine göre mortalite açısından %89,1'i çok yüksek riskli gruptadır. %62,5'i kesin depresyonda, %10,3'ü depresyon riski altındadır. Cinsiyet, bakım veren kişi, implant-takma dış kullanma

durumu, diş temizliği ve BKİ ile nştrisyonel durum arasında ilişki saptanmıştır. Erkeklerin malnştrisyonlu olma olasılığı, kadınlara gşe yaklaşık 2,41 kat daha yşksek bulunmuştur. Beslenme durumunun; işlevsel bağımsızlık ile arasında pozitif, komorbidite ve depresyon ile arasında negatif korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Katılımcıların yarısından fazlasında depresyon tespit edilmiştir. alışma sonuçları, depresyon dşzeyleri ile beslenme durumu arasında negatif yşnde gşlş bir ilişki olduğunu gşstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım hizmetleri, Malnştrisyon, Depresif bozukluk, Yaşlı

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION LEVELS AND NUTRITIONAL STATUS IN ELDERLY PATIENTS RECEIVING HOME HEALTH CARE SERVICES

Objective: This study aims to investigate the factors that may affect the nutritional status of patients aged 65 and over who are registered for home health services, with a particular focus on their levels of depression, functional dependency, existing comorbidities, and sociodemographic characteristics.

Materials and Methods: This cross-sectional, descriptive, prospective, national, single-center study population consists of patients registered with the Home Health Services at SBÜ Izmir Bozyaka Training and Research Hospital. The sample size for the study was calculated without a defined population, assuming a 40% prevalence of malnutrition among geriatric patients, with a 0.05 margin of error and a 95% confidence interval. Consequently, the target sample size was set at 368 individuals, and this target was achieved. Sociodemographic information was collected for the survey to be administered to the participants; the MNA Long Form was used for assessing nutritional status, the Barthel Index for functional dependency, the Modified Charlson Comorbidity Index for comorbidities, and the Yesavage Geriatric Depression Scale for depression levels. The data obtained were analyzed using IBM SPSS 26.0 software.

Results: Of the participants, 60.6% were women (n=223). The mean age of the entire group was 81.35 ± 7.95 years (min. 65–max. 99). Regarding education, 84.8% had a primary school education or less (n=312), and 79.4% were cared for by family members (n=292). The group's mean BMI was 25.41 ± 4.24 kg/m² (min. 16.51–max. 48.97 kg/m²). In terms of nutritional status, 29.6% were malnourished, and 44% were at risk of malnutrition. For daily living activities, 16.8% were completely dependent, and 47.3% were severely dependent. According to the comorbidity index, 89.1% were

in the very high-risk group concerning mortality. Additionally, 62.5% were definitively depressed, and 10.3% were probably depressed. There was a significant relationship between nutritional status and variables such as gender, primary caregiver, use of implants or dentures, dental cleanliness, and BMI. Men were found to be approximately 2.41 times more likely to be malnourished compared to women. Nutritional status was positively correlated with functional independence and negatively correlated with comorbidity and depression.

Conclusion: Depression was detected in more than half of the participants. The study results indicate a strong negative relationship between levels of depression and nutritional status.

Keywords: Home care services, Malnutrition, Depressive disorder, Aged

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Ülkemizde yaşlı nüfus oranı zaman geçtikçe artmakta, nüfusumuzun yaş ortalaması yükselmektedir. Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfus, 2018 yılında 7.186.204 kişi iken beş yılda %21,4 artarak 2023 yılında 8.722.806 kişiye ulaşmıştır; öngörülen şudur ki 2030 yılında yaşlı nüfus oranı %12,9 ve 2060 yılında ise %22,6 olacaktır. Ayrıca veriler incelendiğinde görülmektedir ki, Türkiye nüfusunun ortanca yaşı 2018 yılında 32 iken 2023 yılında 34'e yükselmiştir; projeksiyona bakıldığında 2060 yılında 42,3 ve 2080 yılında 45 olacağı öngörülmektedir (1). Tüm bu veriler, “yaşlanan bir ülke” olma yolunda ilerlediğimizi göstermektedir. İnsan ömrünün artmasının yanında, artan ömrün kalitesinin de artması gerekmektedir. Ayrıca bu durum, yaşlı bireylerde görülen akut veya kronik hastalıkların artması, bunun sonucu olarak hastalıklar için tetkik ve tedavi maliyetlerinin artması demektir (2).

Günümüzde bilinir ki “en iyi tedavi, hastalığa hiç yakalanmamaktır”; bu anlayış, organik hastalıklarda olduğu gibi ruhsal hastalıklarda, dolayısıyla da en yaygın ruhsal hastalıklardan biri olan depresyonda da geçerlidir. Zira depresyona yakalanan bireyler, günlük faaliyetlerini yerine getirmekte zorlanmakta, ağır formlarında ise özbakımlarını bile yerine getirmekte güçlük çekmektedir (3). Bu bakımdan zaten günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanan yaşlı bireylerin depresyona yakalanması, hayatlarını iyice zorlaştırmaktadır. Özellikle evde sağlık hastaları açısından düşünüldüğünde, artan komorbiditeleri ve azalan fonksiyonel bağımsızlıkları da hem beslenme durumlarını direkt olarak etkilemekte, hem de onları depresyona itip iştahlarında dengesizliklere sebep olarak indirekt yoldan beslenme durumlarının değişmesine sebep olabilmektedir (3-5).

Canlıların yaşamak için önde gelen temel ihtiyaçlarından biri -belki de en önemlisi- beslenmedir. Beslenme, Maslow'un beş ana basamakta incelenen “İhtiyaçlar Piramidi” teorisinde de ilk basamağı oluşturmaktadır; insanların aklımıza gelebilecek diğer bütün ihtiyaçlarının da temelini oluşturur ve onların yaşam kalitesini etkiler (6). Bu sebeptendir ki beslenme durumunun etkilendiği depresyon gibi etmenleri araştırmak ve sonrasında bu etmenlere olabildiğince koruyucu ve tedavi edici müdahalelerde

bulunmak, “insanın” yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemede değerli bir amaç olmaktadır.

Biz de bu çalışmamızda İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri 368 kişinin depresyon düzeylerini ve nütrisyonel durumlarını inceledik. Amacımız, bu kişilerde depresyon ile beslenme durumu arasındaki ilişkiyi tespit etmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ VE YAŞLI BİREYLER İÇİN ÖNEMİ

Evde sağlık hizmetleri, profesyonel ve multidisipliner bir ekip iş birliğiyle çalışan kapsamlı bir hizmet modelidir. Kişinin hayatını etkileyen hastalıkların, kişinin tek başına karşılayamadığı tıbbi ihtiyaç veya bakımının karşılanmasını ve hayat kalitesinin artırılmasını amaçlamaktadır. Hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık ve bakım hizmetlerini hekim ve sağlık personeli kontrolü altında hastane ortamı dışında, evde verilmesini sağlamaktadır (4). Ayrıca hastaların olası hastane enfeksiyonlarından uzakta, yaşadığı ve bildiği, kendini daha rahat hissettiği yerde, ailesi veya tanıdıklarıyla beraber daha az stresli bir şekilde sağlık ve bakım hizmeti almasının, hastanede yatmaktan daha az maliyet sağladığı yapılan çalışmalarda gözlenmiştir (7-10).

Dünyada ilk evde bakım birimi 1947 tarihinde New York'ta Montefiore Hastanesi'nde kurulmuş ve hastaneden taburcu olan hastalara evlerinde tıbbi destek sağlamak amaçlanmıştır (11). 1982 yılında Ulusal Evde Bakım Birliği Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulmuş olup evde bakım hizmeti kapsamı 1990-97 yılları arasında genişletilince (laboratuvar testleri, dış tedavisi vs.) evlerinde bakım alan hastaların sayısında artış olmuştur. Birliğin amacı ise evde bakım kalitesini arttırmak ve bu hizmeti sunanların haklarını gözetmektir (4).

Ülkemizde ise, ihtiyacı olan bireylerin zorlaşan yaşam koşullarını biraz olsun kolaylaştırmak ve onlara daha kaliteli yaşam olanağı sunabilmek amacıyla 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile evde sağlık hizmetleri ilk kez yürürlüğe girmiş olup 1 Şubat 2010 tarihi itibarı ile de "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile "evde bakım" yerine "evde sağlık" ifadesi kullanılmış ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık kuruluşları tarafından hizmet vermeye başlanmıştır (12, 13). Kişi merkezli bakım özelliği ile sosyal ve ekonomik yönden hastane gibi diğer kurumsal hizmetlere göre daha iyi birçok yönünün olması, evde sağlık hizmetlerinin bireyler ve hükümet açısından tercih edilmesini sağlamaktadır (14).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 65 yaş ve üzeri kişileri “yaşlı” olarak tanımlamaktadır, ama bu tanımlama kronolojiktir ve bu tanım dışında, kişide fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan gerilemeye sebep olabilen doğal bir süreç şeklinde de tanımlanmaktadır (15). Yaşlı nüfus arttıkça kronik hastalıklar, morbidite ve mortalite oranı da artmaktadır; nitekim bu kişilere yönelik sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara yapılan başvuru sayılarında da artış olmaktadır. Hem artan talebi karşılama, hem de yaşlı bireylerin mümkün olduğunca hastanede kalmanın olumsuz etkilerinden uzak tutma ve yaşadığı ortamdan ayrılmadan bakım alabilmesi açısından evde sağlık hizmetleri, sağlık sistemi için önemli bir yere sahiptir (4).

Çağımızda, yaşam süresi ortalamasının yükselmiş olması ve yaşlı insanların hastane veya bakımevleri gibi ev ortamı dışındaki yerleri tercih etmek istememeleri ile birlikte erişim sağlanabilen tıbbi destek uygulamalarının ve imkanlarının artmış olması, tıptaki ve teknolojiadaki gelişmelerin birçok sağlık hizmetinin evde uygulanmasını kolaylaştırması gibi etkenler evde sağlık hizmetlerinin öneminin artmasını sağlamıştır (16).

2.2. YAŞLI BİREYLERDE MALNÜTRİSYON VE ÖNEMİ

Malnütrisyon, vücuda alınan besin öğeleriyle vücudun yaşamsal faaliyetler için harcadığı enerji arasındaki dengesizliğin sürekli olması halidir (17). Besin öğelerinin yetersiz alındığı ya da düzensiz beslenildiği durumlarda insan bedeninde birtakım fiziksel ve katabolik değişiklikler olmakta; bu durum yaşlı bireylerde kırılganlık ve bağımlılık durumlarında artışa yol açmaktadır (18, 19). Açlık, hastalık, ileri evre yaşlılık veya bunların kombinasyonları nedeniyle malnütrisyon durumu ortaya çıkabilmektedir (20).

Evde sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan, bakım ihtiyaçlarını kendi yerine getiremeyen, bilişsel işlevlerinde azalma olan, komorbiditesi bulunan yaşlı hastalar; bakım ihtiyaçları için genellikle başkasına bağımlı bireyler olup, yaşlı bireylerdeki bu özellikler beslenmeyle doğrudan ilişkilidir. Bu durumlar sıkça karşılaşılan malnütrisyon için risk etmenidir (21). Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (ESPEN/ European Society of Clinical Nutrition and Metabolism)

malnütrisyon terimini; fiziksel ve bilişsel işlevlerin azalması ve iyileşme sürecinin uzamasına, vücut bileşiminde değişiklikler meydana gelmesine neden olan ve yetersiz besin tüketiminden kaynaklanan bir durum olarak açıklamaktadır (22).

Yapılmış çalışmalarda malnütrisyon ile ileri yaş, komorbid hastalıklar, entelektüel kapasitede düşüş, işlevsel bağımlılık, tek başına yaşama, kullandığı ilaçlar, psikolojik durum ve düşük eğitim düzeyi arasında bağlantı gösterilmiştir (23-31). Ayrıca yine yapılmış bazı çalışmalarda hastane yatış sürecinde uzama, kırık iyileşmesinde gecikme, düşmeler, sık sık ve ciddi enfeksiyon hastalıkları geçirme ile malnütrisyon arasında ilişki olduğu saptanmıştır (32). Bu nedenle malnütrisyonun erken teşhis ve tedavisinin önemi vardır.

Malnütrisyon prevalansının yaşlı kişilerde %1 ile %24,6 arasında olduğu yapılan araştırmalarda görülmektedir (33). Yaşlanmanın kendisi de malnütrisyon için risk oluşturabilmektedir. Vücut fonksiyonlarının işlevi azalır, immünolojik sistemi zayıflar, tükürük salgısı ve gastrik hidroklorik asit salgısı azalır, intestinal mukozal atrofi gelişir. Mide boşalması yavaşlar, açlık hissi azalır, tokluk hissi artar. Demir ve B12 vitamininin emilimi de yaşla birlikte azalır. Tat tomurcukları sayı ve işlevsel olarak azalır. Olfaktör disfonksiyon oluşur, koku alma duyuları azalır (17, 34-36). Yaşın ilerlemesiyle beraber gelişen diğ problemleri de besin alımını azaltır (37).

Malnütrisyon sürecinin uzamasına bağlı olarak periferik dolaşımda bozulmalar meydana gelir. Kişide protein kaybı %20'den fazla olursa diyafram başta olmak üzere solunum kaslarının yapısı etkilenir. Akciğerlerin parankim yapısı değişir. Kalpte kas kaybı sonucu kardiyak debide azalma olur; kişide bradikardi, hipotansiyon, aritmiler görülür. Glomerüler filtrasyon hızı azalır, sıvı hacmi artar ve ödem görülür. Uzun süren açlıkta ise villusların boyutunda, kriptlerin boyut ve sayısında azalma olur. Gastrointestinal sistem mukozasında atrofi gelişir. Gastrik, pankreatik, biliyer sekresyonlarda ve enzim salgılarında azalmalar olur. Sonucunda ise malabsorbsiyon gelişir. İntestinal bariyerin işlevi bozulur. Febril yanıtın kaybolması ve enfeksiyon varlığında bile ateşin oluşmaması ise ağır malnütrisyon durumunda görülebilmektedir. Timüste atrofi gelişir. Yara iyileşmesinde gecikmeler olur. Ayrıca sosyal çevre, günümüz ekonomi koşulları, vücut kompozisyonundaki değişiklikler, protein kütlesindeki azalma (sarkopeni) ve hareketsiz yaşama bağlı olarak yağ kütlesindeki

artma gibi faktörler de yaşlılardaki malnütrisyondan sonuçları arasında sayılabilir (17). Tüm bu sonuçlar da kişinin yaşam süresi ve kalitesini olumsuz etkiler.

Depresyon da malnütrisyonu sebep olan ruhsal nedenlerde birinci sırada gelir. Sonrasında daha nadir olmakla birlikte, disfori ve demans kilo kaybına sebep olur (38).

Malnütrisyon için tanı kriterleri, dünyadaki dört önemli klinik beslenme derneği tarafından 2019 yılında “GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) Kriterleri” olarak yayınlanmıştır. GLIM kriterlerine göre üç adet fenotipik ve iki adet etyolojik kriter mevcuttur ve bu kriterler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Malnütrisyon Tanısında Kullanılan “Malnütrisyon Küresel Liderlik Girişimi (GLIM)” Kriterleri

“Malnütrisyon Küresel Liderlik Girişimi (GLIM)” Kriterleri	
Fenotipik kriterler:	Etyolojik Kriterler:
1. Kilo kaybı (son 6 ay içinde >%5 veya 6 aydan uzun sürede >%10),	1. Azalmış besin alımı/sindirimi (>1 hafta enerji gereksinimlerinin %50’sinin alınması veya >2 hafta herhangi bir düzeyde azalma veya besin sindirimi veya emilimini olumsuz etkileyen herhangi bir kronik gastrointestinal sistem hastalığı)
2. Düşük BKİ (<70 yaş ise <20 kg/m ² veya >70 yaş ise <22 kg/m ²),	2. İnflamasyon (akut hastalık/travma veya kronik hastalıkla ilişkili) (Şiddetli inflamasyonun major enfeksiyon, yanıklar, travma veya kapalı kafa travması ile ilişkili olması muhtemeldir. Diğer akut hastalık/travma ile ilişkili durumlar genellikle hafif ve orta şiddette inflamasyonla ilişkilidir. Hafif ve geçici inflamasyonun bu etyolojik kriteri karşılamadığına dikkat edilmelidir. C-reaktif protein inflamasyon için destekleyici bir laboratuvar ölçümü olarak kullanılabilir.)
3. Azalmış kas kütlesi (DEXA, Bioelektrik İmpedans Analizi, USG, MR, BT tekniklerle saptanır. Üst orta kol çevresi veya baldır çevresi gibi antropometrik ölçümler de kullanılabilir.)	

Malnütrisyon tanısının konabilmesi için kişide fenotipik ve etyolojik kriterlerden en az birer tane bulunması gerekir (39). GLIM kriterleri yaşa özgü değildir, fakat risk etmenleri arasında yaş vardır. Yaşlı bireyler için, ESPEN’in hazırladığı enteral nütrisyon kılavuzları, klinik malnütrisyondan kilo kaybı (6 ayda >%5) ve/veya düşük BKİ’nin (<20 kg/m²) varlığı şeklinde tanımlamıştır (40).

Malnütrisyonun sınıflandırılması da yine ESPEN tarafından yapılmış olup şu şekildedir:

- 1. İnflamasyonun eşlik ettiği hastalık ilişkili malnütrisyon:** Doku yıkımı gibi inflamatuvar olayları tetikleyen, altta yatan hastalığın sebep olduğu katabolik bir süreçtir. Vücudun verdiği inflamatuvar yanıt, bu durumda protein-enerji gereksinimini artırır. Eğer besin alımı yetersizse bu durum, hücre ve doku kaybını artırır. Bu grup da iki alt gruba ayrılır:

a. İnflamasyonun eşlik ettiği kronik hastalık ilişkili malnütrisyon:

İnflamatuvar yanıt daha ılımlı bir şekilde eşlik eder. “Kaşeksi” kelimesi ile aynı anlamda kullanılmakta olup zeminindeki hastalığın neden olduğu şiddetli kilo, yağ ve kas dokusu kaybıyla seyreden, protein yıkımının arttığı karmaşık bir sendromdur (40). C-reaktif proteinin genelde 40 mg/dl’nin altında seyreder ve kanser, diyabetes mellitus, kronik kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi hastalıklar kaşekside görülmektedir.

b. İnflamasyonun eşlik ettiği akut hastalık ilişkili malnütrisyon:

Bu tip ise travma veya ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesindeki kişilerde karşılaşılan bir tablodur. Katekolamin, kortikosteroid ve proinflamatuvar sitokin salınımı artar. Akut faz yanıtıyla birlikte enerji tüketimi de artar. Kişi yetersiz beslenirse bu yıkım süreci hızlanır. Bu kişilerde herhangi bir ölçümden bağımsız olarak hızlı bir şekilde malnütrisyon tedavisi yapılmasının hayati bir önemi vardır (40).

- 2. İnflamasyonun eşlik etmediği hastalık ilişkili malnütrisyon:** Daha çok nörolojik hastalıklarda (Parkinson hastalığı, inme, amyotrofik lateral skleroz, demans gibi) görülür. İleri yaş etmeni de bu malnütrisyon tipinin gelişmesini tetikler.
- 3. Hastalığın eşlik etmediği malnütrisyon:** Açlığa bağlı gelişen malnütrisyon tipidir. Yoksulluk, sosyal eşitsizlik, yas tutma, özbakımda yetersizlik gibi durumlar da bu tür malnütrisyonu artırır (19).

Nütrisyonel değerlendirme için bilinen yöntemlerden en sık kullanılanlar arasında Mini Nütrisyonel Değerlendirme Ölçeği (Mini Nutritional Assessment-MNA) yer almaktadır. Ayrıca MNA, ESPEN (European Society for Clinical Nutrition

and Metabolism- Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği)’in de uygulamalarda kullanılmasını önerdiği tarama araçlarından birisidir (41). Bununla beraber, çok geniş kapsamı olması nedeniyle “aşırı teşhis koyma (overdiagnosing)” ihtimali yüksek olduğundan MNA testinin özgüllüğü de sorgulanmış, ancak bu sorunun MNA’nın GLIM kriterleriyle birlikte değerlendirilmesiyle giderilebileceği açıklanmıştır (39).

2.3. DEPRESYON VE EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ KAPSAMINDAKİ YAŞLI HASTALARDA ÖNEMİ

Depresyon kelimesi, genellikle çökkünlük, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal fonksiyonların azalması gibi durumları içeren duygusal bir durumunu ifade etmek için kullanılır. Kelimenin kökü olarak “depress” kelimesi, Latince “depressus”tan, “alçakta olmak, bastırmak”tan gelir (42).

Klasik tanı olan majör depresif bozukluk, en az 2 hafta süren ve belirgin duygudurum, düşünce ve fizyolojik fonksiyon değişiklikleriyle birlikte görülen dönemlerle tanımlanır. Tek bir dönem üzerinden teşhis konulabilse de, çoğu durumda bozukluk tekrarlayıcı bir doğaya sahiptir. Normal üzüntünün bu hastalıktan ayırt edilebilmesi önemlidir (3). Günlük yaşam içinde herkes zaman zaman moral bozukluğu, çökkünlük, üzüntü, karamsarlık duyguları hissedebilir. Fakat depresyonun günlük olağan moralsizlikten farkı, bireyin sadece duygusal olarak üzgün, mutsuz, kederli hissetmesi değil; aynı zamanda durumuyla ilgili ümitsizlik, çaresizlik ve karamsarlık içinde olması, kendini bu durum içinde yetersiz, değersiz olarak algılaması, hatta intiharı çözüm olarak görmesi, davranış olarak kendini toplumdan soyutlaması, içine kapanması, giderek durgunlaşması, hiçbir şeyden zevk alamaması, isteksizlik göstermesi, bedensel olarak uykusunun ve iştahının bozulmasıdır (43).

DSM-5’te yeni bir tanı olarak yer alan persistan depresif bozukluk (persistent depressive disorder veya distimi), yetişkinlerde en az 2 yıl, çocuklarda ise en az 1 yıl süren kalıcı bir ruh hali bozukluğu olarak tanımlanır. Bu tanı, DSM-4’te yer alan kronik majör depresyon ve distimi kategorilerini bir araya getirmektedir (3).

DSÖ'ye göre 2021 yılında ülkemizde yeti yitimine neden olan ilk on hastalık listesinde yedinci sırada depresyon bulunmaktadır (44). Ülkemizde Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü tarafından Başkent Üniversitesi'ne yaptırılan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet – Etkililik Projesi (2004) araştırmasında ise en fazla yeti yitimine sebep olan hastalık olarak tek uçlu (unipolar) depresif hastalık saptanmıştır (45). Depresif bozukluklar ekonomik yük, iş gücü kaybı, engellilik (disabilite), sağlık hizmeti harcamaları ve mortalite açısından önemlidir (46).

Majör depresyon kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir. En sık görüldüğü yaşlar ise 18-44 yaş aralığıdır. Yapılmış çalışmalarda depresyonun ilk kez başlama yaşının 20'li yaşların başlarına kaydığı görülmekle birlikte ortalama olarak 30'lu yaşlarda başlamaktadır (47).

Depresyona neden olan biyolojik faktörler arasında biyojenik aminler (serotonin, noradrenalin, dopamin, glutamerjik sistem), nöropeptitler, nörotrofinler rol oynar. Genel teori öncelikle nörotransmitterler arası dengenin bozulduğu yönündedir. Bunlar arasında beyinde en büyük nörotransmitter sistem olan serotonin, depresyonu en çok kontrol eden nörotransmitterdir. Ayrıca adrenal, büyüme ve tiroit hormonundaki dengesizliklerin de depresyonda etkili olduğu bilinmektedir (48).

Genetik faktörler arasında, monozigot ikizlerde depresyon riski %40, dizigotlarda %11 civarındadır. Birinci derece yakınında unipolar depresyon teşhis edilenlerde depresyon prevalansı %5-25'e yükselir (47).

Psikososyal etkenler olabileceğı düşünölen bazı kuramlar geliştirilmiştir. Bunlar psikoanalitik kuramlar, bağlanma kuramı, davranışçı kuram, bilişsel kuram, kişilerarası etkenler kuramıdır (47).

Kadınlarda, erkeklerden daha sık görölen depresyonun en sık psikososyal nedenleri arasında; düşük gelir düzeyi, stresli bir yaşam tarzının oluşu, aile ya da yakın arkadaş çevresinde kayıplar olması ve/veya ailesinde depresyon ya da intihar öyküsünün olması vardır (48).

Ruhsal hastalıkların tanısında yaygın olarak kullanılan DSM-5'in majör depresif bozukluk için tanı kriterleri Tablo 2'de şu şekilde belirtilmiştir:

Tablo 2: Majör Depresif Bozukluk DSM-5-TR Tanı Kriterleri (3)

Majör Depresif Bozukluk- DSM-V-TR Tanı Kriterleri (3)
A. Geçirilen son iki haftada neredeyse her gün ve günün çoğunluğunda aşağıdaki belirtilerden en az beş tanesi olmalıdır:
1. Çökkün duygudurum (deprese mood),
2. İlgi-istekte azalma ya da zevk alamama hali (anhedoni),
3. Kilo veya iştah problemleri,
4. Uyku artması veya azalması,
5. Psikomotor etkinlikte azalma veya ajite hal,
6. Yorgun-bitkin olma hali veya enerji azlığı,
7. Değersizlik düşünceleri varlığı veya suçluluk hissiyatı,
8. Konsantre olamama hali veya odaklanmakta zorluk çekme,
9. Ölüm veya intihar düşüncelerinin olması,
B. Yukarıda bahsedilen belirtilerin kişide günlük işlevselliğini bozacak ya da klinik açıdan, toplumsal ya da işiyle ilgili problem oluşturacak düzeyde olması gerekir.
C. Bahsedilen belirtilerin sebebinin, kullanılan bir maddeyle veya başka bir sağlık durumuyla açıklanamıyor olması gerekir.
D. Ortaya çıkan depresyon döneminin, başka psikiyatrik bozukluklarla daha iyi açıklanamıyor olması gerekir (örn: şizoafektif bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk veya şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklar).
E. Kişinin hayatında hiçbir zaman manik veya hipomanik dönemi olmaması gerekir (Bahsedilen dönemler madde kullanımı veya başka tıbbi bir durum nedeniyle ortaya çıkmışsa geçerli değildir).

Kişiyne majör depresif bozukluk tanısının konabilmesi için kriterlerden en az birinin çökkün duygudurum ya da anhedoni olması gerekir (Tablo 2).

Majör depresif bozukluğun tanısı için mevcut belirtilerin, kilo değışikliğı ve intihar düşünceleri hariç, neredeyse her gün görölmesi gerekmektedir. İlk şikayet olarak genellikle uyuyamama (insomnia) veya aşırı yorgunluk belirtileri görölabilir. Bu belirtilerle birlikte depresif semptomların sorgulanmaması, teşhisin eksik kalmasına neden olabilir. Bireyler başlangıçta üzüntü hissini reddedebilir, ancak görüşme sırasında bu duygular ortaya çıkarılabilir veya kişinin yüz ifadeleri ve davranışlarından anlaşılabilir. Somatik (bedensel) şikayetlere odaklanan hastalarda, hekimler bu şikayetlerin depresyon ile ilişkili olup olmadığını değerlendirmelidir (3). Yurtdışında yapılmış çalışmalarda gösterilmiştir ki, hekimler muayenelerde en çok “uykusuzluk” semptomundan yola çıkılarak depresyon teşhisi koymaktadır (49). Psikomotor semptomlar ise çok daha nadir görölmemektedir.

DSÖ'ye göre yaşıllık, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte zorlanmanın olduğu, kişinin kontrolü dışında ortaya çıkan ve çevresel etmenlere uyum sağlayabilme kabiliyetinin azaldığı, sonucunda ölümün meydana geldiği biyolojik bir dönemdir ve insan yaşamının doğal bir evresi olup herkesin yaşayabileceği bir süreçtir (50). Aynı zamanda birçok problemin de meydana geldiği yaşıllık sürecinde, kişide fiziksel güçlerinde ve hareket yeteneklerinde azalma, bireyin kronik hastalıkların çoğalması ve sosyal ilişkilerdeki değişimler yaşıllık dönemindeki bireylerin hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte yaşlı bireyler gençlik yıllarında sahip olduğu ve önemseydiği fiziksel güç, dış görünüm, gelir ve statü gibi özelliklerde kayıplar yaşamaktadır (51). Ayrıca bazı yakınlarının veya arkadaşlarının vefatı, çocuklarının büyüüp ev ortamından ayrılması, eşin vefatı, emeklilik vs. ile gelişen yalnızlaşma hissi ve günümüzde derinleşen maddi zorluklar da bu döneme denk gelmektedir (52). Ortaya çıkan bu kayıplar, yaşlı bireylerde depresyon gibi sorunların meydana gelmesine neden olmaktadır (53). Günümüzde, yaşlı bireylerin depresyon riskinin ülkemizde ve dünyada artmakta olan önemli bir psikiyatrik sorun olduğunu belirten çalışmalar vardır (54-57).

Yesavage ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiş ve yaşlı bireylere yönelik bir depresyon ölçeği olan Geriatrik Depresyon Ölçeği, yaşlı bireyler tarafından yanıtlanması kolay bir ölçektir (58).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Yapılan bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel, ulusal, tek merkezli bir anket çalışması olarak planlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE YAPILDIĞI YER

Yapılan bu çalışma SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri gönüllü katılımcılara yapılmıştır. Evreni belli olmayan örneklem hesabı ile geriatri hastalarında malnütrisyon sıklığı %40 alınarak 0,05 hata payı ve %95 güven aralığında çalışmamızda en az 368 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Biz bu çalışmamızda hedefimiz olan 368 kişiye ulaştık.

3.3. ETİK KURUL İZNİ

Yaptığımız bu çalışma SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 14 Eylül 2023 tarihinde (Karar numarası: 2023 / 157) geçip etik onayı alınmıştır.

3.4. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- Sağlık Bakanlığı Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'ne kayıtlı olmak,
- 65 yaş ve üzeri olmak,
- Oral beslenebiliyor olmak,
- Anketteki sorulara cevap verebilecek durumda olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.

3.5. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- Anket sorularına cevap veremeyecek durumda olmak (İleri evre demans hastası olmak, kendini ifade edemeyecek durumda olmak)
- 65 yaş altı olmak,
- Oral dışı besleniyor olmak (Perkütan endoskopik gastrostomi, Nazogastrik, Parenteral yol ile besleniyor olmak)
- Sağlık Bakanlığı Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi dışındaki evde sağlık birimine kayıtlı olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI VE ÇALIŞMANIN YAPILMASI

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri'ne kayıtlı olan hastalara 01.10.2023 – 31.12.2023 tarihleri arasında telefonla ulaşılarak, evlerinde ziyaret edilerek, kendilerinin polikliniğimize başvuruları esnasında bu çalışma hakkında kendilerine bilgi verildikten sonra anket uygulanmıştır. Hastaların dosyalarından da veri toplama aşamasında yararlanılmıştır.

3.6.1. Anket Formu

Çalışmamızda sosyodemografik bilgiler kısmı ve uygulanan ölçekleri içeren anket formu araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup katılımcıların tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, bakım veren kişi, diş sağlığı, ağız bakım sıklığı) içeren toplam 7 soru hazırlanmış ve uygulanmıştır. Ankette Sosyodemografik Bilgiler kısmına ek olarak MNA, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği ve Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) olmak üzere 4 ölçek bulunmaktadır.

Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği (MNA): Orijinal formu olan uzun formunda genel sağlık durumu, beslenme, antropometrik ölçümleri ve kişinin sağlığını özdeğerlendirmesinden oluşan sorular (4 bölümden oluşan 18 soru) yer almaktadır.

Dört bölümde; antropometrik ölçümler, genel değerlendirme, beslenmenin kısa değerlendirilmesi ve kişinin öznel değerlendirmesi vardır. Yaklaşık olarak 10-15 dakika süren hızlı bir testtir. Bu test 24 ve üzeri puan alan kişileri “normal nütrisyonel durumda”, 17 ile 23,5 puan arasındaki kişileri “malnütrisyon riski altında” ve 17’nin altında puan alan kişileri “malnütrisyonlu” olarak sınıflamaktadır.

Yaşlılar için malnütrisyon tarama ve değerlendirilmesinde MNA’yı altın standart bir test olarak kullanan birçok çalışma vardır. Yapılan çalışmalarda yaşlı kişilerin beslenme durumunun değerlendirilmesinde MNA ölçeğinin diğer birçok testten daha uygun bir test olduğu ve kişilerde, varsa malnütrisyon derecesini daha ayrıntılı gösterdiği bildirilmiştir.

Testin sensitivitesi %96, spesifitesi %98 ve pozitif prediktif değeri %97’dir. Malnütrisyon riskini, puan 17 ile 23,5 arasında iken, serum albümin ve vücut ağırlığı değişiminden önce tespit edebiliyor oluşu bu testin en önemli özelliklerinden biridir (59).

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği: Mahoney ve Barthel tarafından 1965 yılında hazırlanan bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği 2000 yılında Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alpha değeri 0.93 olarak bulunmuştur (60). 1, 4, 5, 6, 7. soru ve 10. soru için en düşük puan 0, en yüksek puan 10 olarak; 2 ve 3. soru için en düşük puan 0, en yüksek puan 5 olarak; 8. ve 9. sorular için en düşük puan 0, en yüksek puan 15 olarak belirlenmiştir. Toplam puan 0 ile 100 arasındır ve puanın yüksekliği ile günlük yaşam aktivitelerindeki bireysel bağımsızlığın doğru orantılı olacağı öngörülmüştür. Puanlama; 0 ile 20 puan arasındayken tamamen bağımlı, 21 ile 61 puan arasındayken ileri derecede bağımlı, 62 ile 90 puan arasındayken orta derecede bağımlı, 91 ile 99 puan arasındayken hafif derecede bağımlı ve 100 puan tam bağımsızlığı açıklamaktadır.

Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği: Komorbid hastalıklardan ötürü ölüm riskinin öngörülebilmesi amacıyla Dr. Charlson tarafından geliştirilen, toplamda 19 sorudan oluşan bu ölçekte ilk 10 soru için cevap “var” ise 1, “yok” ise 0 puan; 11’den 16’ya kadar olan sorular için cevap “var” ise 2, “yok” ise 0 puan; 17. soruda cevap “var” ise 3, “yok” ise 0 puan, 18 ile 19. sorularda cevap “var” ise 6, “yok” ise 0 puandır. 40 yaşından sonra her 10 yıl için ilave 1 puan eklenir. Toplamda 0 puan alan

düşük riskli, 1 veya 2 puan alan orta riskli, 3 veya 4 puan alan yüksek riskli, 5 puan ve üzeri alan kişiler çok yüksek riskli olarak sınıflandırılır; düşük riskli kişilerin 10 yıllık sağ kalım oranı %99 iken orta riskli olanlarda sağ kalım oranı %90 ile %96 arası, yüksek riskli olanlarda %53 ile %77 arası ve çok yüksek riskli olanlarda sağ kalım oranı ise %21 olarak hesaplanmıştır (61).

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ): Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilip, Türkçe geçerlilik-güvenilirlik testi Ertan ve arkadaşları tarafından yapılan bu test, toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Puanlamada, depresyona yönelik her cevap için 1 puan, diğer cevap 0 puan olarak verilmektedir. Toplam puanın 0 ile 11 arasında olduğunda “depresyon yok”, 11 ile 13 arasında olduğunda “muhtemel depresyon”, 14 ve üzeri puan alındığında ise “kesin depresyon tanısı” olarak gruplandırılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği toplumda ve bakımevlerinde yaşayan, psikiyatri kliniklerinde yatan ve ayakta tedavi gören 60 yaş ve üzeri hastalarda değerlendirilmiş ve geçerli olduğu saptanmıştır. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alpha güvenirlik katsayısı $\alpha=0,94$; Ertan ve arkadaşları (1997) tarafından yapılan adaptasyon çalışmasında ise $\alpha=0,92$ olarak hesaplanmıştır (58).

3.7. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmanın istatistiksel analizi IBM SPSS 26.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama ($\bar{X}$), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler olarak belirtilmiştir.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki Kare testi, Fisher’s Exact testi, Fisher Freeman Halton Exact testi yapılmıştır. Bağımsız değişkenler arası ikili karşılaştırmalar için Bonferroni Man Whitney Testi uygulanmıştır.

Niceliksel sürekli verilerin normal dağılım sağlayıp sağlamadığı çarpıklık ve basıklık (skewness-kurtosis) katsayılarına bakılarak tespit edilmiştir (62). Çarpıklık ve basıklık katsayılarının uygun aralıklarda olması sonucunda analizlerde Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testleri kullanılmıştır (63). Grup içi farklılaşmalar için Post-Hoc testi yapılmıştır ve gruplar arası

farklılaşmaların anlamlı saptandığı yerlerde, farkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Tukey HSD ve Tamhane testleri uygulanmış ve anlamlılık düzeyi 0,05 alınmıştır.

Çalışmada MNA, Barthel, Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği ve GDÖ Puanları arasındaki ilişkinin tespiti için ise Pearson Korelasyon analizi yapılmış olup sonuçlar, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bağımsız değişkenlerin sıralı bir bağımlı değişken (MNA sonuçlarının kategorileri) üzerindeki etkilerini anlamak, bu etkileri tahmin etmek ve yorumlamak, ayrıca Odds oranlarını hesaplamak için ise güçlü bir araç olan “Ordinal Lojistik Regresyon” yöntemi kullanılmıştır (64). Parametre tahminlerinde $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARA AİT BULGULARIN BETİMSSEL ANALİZ SONUÇLARI

Anket yapılan kişilerin %60,6'sı kadın ve tüm grubun yaş ortalaması $81,35 \pm 7,95$ yıldır (min. 65- max. 99). Kişilerin %84,8'i ilköğretim mezunudur. %46,7'si evli, %7,6'sı bekar (boşanmış dahil), %45,7'si duldur (eşi vefat etmiş). Kişilerin %79,3'ü ailesi ile kalmakta ve bakım vereni ailesidir, %10,3'ü çekirdek ailesi dışındaki akrabasıyla birlikte yaşamakta ve bakımını akrabası vermekte, %2,4'üne gün içinde komşusu bakımını sağlamakta, %3,5'i bakıcısı tarafından bakımı sağlanmakta ve %4,3'ü evde yalnız yaşamaktadır.

Çalışmada erken yaşlılık grubunda (65-74 yaş arası) 78 kişi (%21,2), orta yaşlılık grubunda (75-84 yaş arası) 151 kişi (%41) ve ileri yaşlılık grubunda (85 yaş ve üzeri) 139 kişi (%37,8) bulunmaktadır.

Katılımcıların sosyodemografik bilgileri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		N	%
Cinsiyet	Erkek	145	39,4
	Kadın	223	60,6
Eğitim Düzeyi	İlköğretim mezunu veya altı	312	84,8
	Lise terk, mezun veya üniversite terk	51	13,9
	Üniversite mezunu veya üstü	5	1,3
Medeni Hali	Evli	172	46,7
	Bekar	28	7,6
	Dul	168	45,7
Bakım Veren Kişi	Ailesi	292	79,4
	Akrabası	38	10,3
	Komşusu	9	2,4
	Bakıcısı	13	3,5
	Yalnız Yaşıyor	16	4,4
Dişlerinde çürük/eksik diş var mı?	İkisi de yok	6	1,6
	Çürük diş var	26	7,1
	Eksik diş var	177	48,1

	Çürük ve eksik dişler var	159	43,2
İmplant/takma diş kullanıyor mu?	Yok	89	24,2
	Takma diş kullanıyor	240	65,2
	İmplant kullanıyor	5	1,4
	İmplant ve takma diş kullanıyor	34	9,2
Dişleri temiz tutuluyor mu?	Evet / temiz	189	51,4
	Ara sıra / orta	103	28,0
	Hayır / temiz değil	76	20,6
Yaşlılık Grupları (DSÖ)	Erken Yaşlılık (65-74 yaş)	78	21,2
	Orta Yaşlılık (75-84 yaş)	151	41,0
	İleri Yaşlılık (85 yaş +)	139	37,8
Beden Kitle İndeksi (DSÖ)	Zayıf	5	1,3
	Normal	181	49,2
	Kilolu	138	37,5
	Obez+	44	12,0
TOPLAM		368	100,0

Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği Tarama Dağılımı

MNA Tarama Soruları	Cevaplar	N	%
Son 3 ayda iştahsızlığa vs. bağlı besin alımında azalma oldu mu?	Besin alımında şiddetli düşüş	30	8,2
	Besin alımında orta derecede düşüş	136	37,0
	Besin alımında düşüş yok	202	54,9
Son 3 ay içindeki kilo kaybı durumu?	3 kg'dan fazla kilo kaybı	33	9,0
	Bilinmiyor	98	26,6
	1-3 kg arası kilo kaybı	88	23,9
	Kilo kaybı yok	149	40,5
Hareketlilik	Yatak veya sandalyeye bağımlı	82	22,3
	Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor	202	54,9
	Evden dışarıya çıkabiliyor	84	22,8
	Evet	148	40,2

Son 3 ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu?	Hayır	220	59,8
Nöropsikolojik problemler	Ciddi bunama veya depresyon	38	10,3
	Hafif düzeyde bunama	167	45,4
	Hiçbir psikolojik problem yok	163	44,3
Beden Kitle İndeksi Puanı	19'dan az (19 dahil değil)	7	1,9
	19- 21 arası (21 dahil değil)	35	9,5
	21- 23 arası (23 dahil değil)	68	18,5
	23 ve üzeri	258	70,1
Total		368	100,0

Çalışmada MNA Ölçeğinin uzun versiyonu uygulanmış olup değerlendirme bölümü sorularına verilen cevapların dağılım tablosu aşağıda verilmiştir. Bu tabloya göre, katılımcıların %31,5'i bağımsız yaşayabilmekte, %88'i günde en az 3 adet veya daha fazla reçeteli ilaç almakta, %12'sinde bası yarası veya deri ülseri mevcut, %49,5'i günde 3 öğün yemek yemektedir.

Sonuç olarak MNA Ölçeği-Uzun Form'a göre katılımcıların %29,6'sı malnütrisyonlu, %44'ü malnütrisyon riski altında ve sadece %26,4'ü normal nütrisyonel durumdadır. Daha detaylı bilgilere Tablo 5'te yer verilmiştir.

Tablo 5: Mini Nütrisyonel Değerlendirme Ölçeği Değerlendirme Dağılımı

MNA Uzun Formu Değerlendirme Soruları Cevap Dağılımı		N	%
Bağımsız yaşıyor (bakımevinde veya hastanede değil)	Hayır	252	68,5
	Evet	116	31,5
Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma	Evet	324	88,0
	Hayır	44	12,0
Bası yarası veya deri ülseri var mı?	Evet	44	12,0
	Hayır	324	88,0
Günde kaç öğün tam yemek yiyor?	1 öğün	24	6,5
	2 öğün	162	44,0
	3 öğün	182	49,5
	0 veya 1	42	11,4

Protein alımı için seçilen besinlerin sayısı	2	150	40,8
	3	176	47,8
Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor mu?	Hayır	125	34,0
	Evet	243	66,0
Her gün kaç bardak sıvı tüketiyor?	3 bardaktan az	41	11,1
	3-5 arası	215	58,4
	5 bardaktan fazla	112	30,4
Yemek yeme şekli nasıl?	Yardımsız yemek yiyemiyor	42	11,4
	Güçlkle kendi kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor	120	32,6
	Sorunsuz biçimde kendi kendine yemek yiyebiliyor	206	56,0
Beslenme durumu ile ilgili düşüncesi	Kötü beslendiğini düşünüyor	29	7,9
	Kararsız	140	38,0
	Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan biri olarak görüyor	199	54,1
Aynı yaştaki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor?	İyi değil	97	26,4
	Bilmiyor	130	35,3
	İyi	123	33,4
	Çok iyi	18	4,9
Kol çevresi (cm)	21'den az	22	6,0
	21 - 22	64	17,4
	22 veya daha fazla	282	76,6
Baldır çevresi (cm)	31'den az	60	16,3
	31 veya daha fazla	308	83,7
MNA Toplam Puan	17 puandan aşağı= Malnütrisyonlu	109	29,6
	17 - 23,5 puan= Malnütrisyon riski altında	162	44,0
	24 - 30 puan= Normal nütrisyonel durum	97	26,4
TOPLAM		368	100,0

Çalışmaya katılan evde sağlığa kayıtlı bu hastaların günlük hareketlilik durumları için uygulanan Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği sonuçları Tablo 6'da verilmiştir. Katılımcıların %16,8'i günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlı, %47,3'ü ileri derecede bağımlı, %26,6'sı orta derecede bağımlı, %4,3'ü hafif derecede bağımlı ve sadece %4,9'u tam bağımsızdır. Daha detaylı bilgiler Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Dağılımı

BARTHEL Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği		N	%
Beslenme	Tam Bağımlıdır	19	5,2
	Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar	115	31,3
	Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir	234	63,6
Yıkanma	Yardıma ihtiyacı vardır	308	83,7
	Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir	60	16,3
Kendine Bakım	Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar	136	37,0
	Elini yüzünü yıkayabilir dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir	232	63,0
Giyinip Soyunma	Tam bağımlıdır	105	28,5
	Yardıma gereksinim duyar (İşin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir)	190	51,6
	Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir.	73	19,8
Bağırsak Bakımı	İnkontinansı mevcut	73	19,8
	Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar	223	60,6
	Suppozituar kullanabilir ya da gerekirse lavmanı kendisi yapabilir.	72	19,6
Mesane Bakımı	İnkontinandır veya kataterlidir ve mesanesini kontrol edemez.	74	20,1
	Bazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçırr	211	57,3
	Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir.	83	22,6
Tuvalet Kullanımı	Tam Bağımlıdır	102	27,7
	Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kağıdını kullanmak için bir miktar yardım	136	37,0
	Duvardan ya da bardan destek alabilir tuvalet kağıdını kendi kullanabilir	130	35,3
Tekerlekli Sandalyeden Yatağa Ve Ters Transfer	Tam Bağımlıdır	34	9,2
	Tek başına yatakta oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır	136	37,0
	Geçişler sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel)	119	32,3
	Tam Bağımsızdır	79	21,5
Düzgün Yüzeyde Yürüme-Tekerlekli Sandalyeyi Kullanabilme	Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz	76	20,7
	Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yataşabilir.	86	23,4
	Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüyebilir.	119	32,3
	Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüyebilir. Bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir.	87	23,6
Merdiven İnip Çıkma	Yapamaz	137	37,2
	Hasta yukarıdaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar	166	45,1
	Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (tırabzan, baston, koltuk değneği...)	65	17,7
BARTHEL Toplam Puan (Kategorik)	Tamamen Bağımlı (0-20 puan arası)	62	16,8
	İleri Derecede Bağımlı (21-61 puan arası)	174	47,3
	Orta Derecede Bağımlı (62-90 puan arası)	98	26,6
	Hafif Derecede Bağımlı (91-99 puan arası)	16	4,3
	Tam Bağımsız (100 puan)	18	4,9
TOPLAM		368	100,0

Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeğine göre ise, katılımcıların %89,1'i çok yüksek riskli tespit edilmiştir.

Daha ayrıntılı bilgiler Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği Dağılımı

Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği		N	%
Koroner Arter Hastalığı	Yok	248	67,4
	Var	120	32,6
Konjestif Kalp Yetmezliği	Yok	270	73,4
	Var	98	26,6
Periferik Vasküler Hastalık	Yok	323	87,8
	Var	45	12,2
Serebrovasküler Hastalık	Yok	290	78,8
	Var	78	21,2
Demans	Yok	286	77,7
	Var	82	22,3
Kronik Akciğer Hastalığı	Yok	283	76,9
	Var	85	23,1
Konnektif Doku Hastalığı	Yok	332	90,2
	Var	36	9,8
Peptik Ülser	Yok	295	80,2
	Var	73	19,8
Hafif düzeyde Karaciğer hastalığı	Yok	347	94,3
	Var	21	5,7
Diyabet	Yok	217	59,0
	Var	151	41,0
Hemipleji	Yok	317	86,1
	Var	51	13,9
Orta- Şiddetli Böbrek hastalığı	Yok	320	87,0
	Var	48	13,0
Son Organ Hasarı Yapan Diyabet	Yok	346	94,0
	Var	22	6,0
Herhangi tümör varlığı	Yok	332	90,2
	Var	36	9,8
Lösemi	Yok	367	99,7
	Var	1	0,3
Lenfoma	Yok	364	98,9
	Var	4	1,1

Orta- Şiddetli Karaciğer hastalığı	Yok	360	97,8
	Var	8	2,2
Metastatik Solid Tümör	Yok	346	94,0
	Var	22	6,0
AIDS	Yok	368	100,0
Charlson Komorbidite Ölçeği Risk Grupları	Düşük Riskli	0	%0,0
	Orta Riskli	2	%0,6
	Yüksek Riskli	38	%10,3
	Çok Yüksek Riskli	328	%89,1
TOPLAM		368	100,0

Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre katılımcıların %62,5'i kesin depresyondadır. %10,3'ü muhtemel depresyonda iken sadece %27,2'sinde depresyon yoktur. Daha ayrıntılı bilgiler Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği Dağılımı

Geriatrik Depresyon Ölçeği		N	%
Genel olarak hayatınızdan memnunuz musunuz?	Hayır	169	45,9
	Evet	199	54,1
Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	Hayır	118	32,1
	Evet	250	67,9
Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	224	60,9
	Evet	144	39,1
Sıklıkla canınız sıkın mıdır?	Hayır	146	39,7
	Evet	222	60,3
Gelecekte ümitli misiniz?	Hayır	251	68,2
	Evet	117	31,8
Sizi rahatsız eden ve kafanızdan bir türlü atamadığınız düşünceler var mı?	Hayır	143	38,9
	Evet	225	61,1
Keyfiniz çoğu zaman yerinde midir?	Hayır	185	50,3
	Evet	183	49,7
Sanki size kötü bir şey olacaktı gibi bir korku yaşıyor musunuz?	Hayır	204	55,4
	Evet	164	44,6
Kendinizi çoğu zaman mutlu hissedersiniz mi?	Hayır	223	60,6
	Evet	145	39,4
Sıklıkla çaresiz hissedersiniz mi?	Hayır	128	34,8
	Evet	240	65,2
Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramaz olursunuz mu?	Hayır	269	73,1
	Evet	99	26,9

Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa evde kalmayı mı tercih edersiniz?	Hayır	68	18,5
	Evet	300	81,5
Gelecekle ilgili olarak sık sık endişelenir misiniz?	Hayır	261	70,9
	Evet	107	29,1
Birçok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	Hayır	167	45,4
	Evet	201	54,6
Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	Hayır	125	34,0
	Evet	243	66,0
Çoğu zaman kederli ve üzgün müsünüz?	Hayır	189	51,4
	Evet	179	48,6
Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?	Hayır	176	47,8
	Evet	192	52,2
Geçmişi düşünmek canınızı oldukça sıkıyor mu?	Hayır	259	70,4
	Evet	109	29,6
Hayat size oldukça heyecan verici geliyor mu?	Hayır	334	90,8
	Evet	34	9,2
Yeni bir şeylere kalkışmak size oldukça zor geliyor mu?	Hayır	56	15,2
	Evet	312	84,8
Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	Hayır	280	76,1
	Evet	88	23,9
Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	Hayır	162	44,0
	Evet	206	56,0
Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	136	37,0
	Evet	232	63,0
Küçük şeyler canınızı sıkar mı?	Hayır	226	61,4
	Evet	142	38,6
Sıklıkla ağlamaklı olur musunuz?	Hayır	204	55,4
	Evet	164	44,6
Dikkatinizi toplamakta zorluk çeker misiniz?	Hayır	154	41,8
	Evet	214	58,2
Sabahları yataktan kalkmak çok zor geliyor mu?	Hayır	169	45,9
	Evet	199	54,1
Başkaları ile birlikte olmayı eskisi gibi istiyor musunuz?	Hayır	119	32,3
	Evet	249	67,7
Kolayca karar verebiliyor musunuz?	Hayır	174	47,3
	Evet	194	52,7
Eskisi kadar iyi düşünebiliyor musunuz?	Hayır	260	70,7
	Evet	108	29,3
	0-10 puan arası (Depresyon Yok)	100	27,2

Geriatrik Depresyon Ölçeği Toplam Puan (Kategorik)	11-13 puan arası (Muhtemel Depresyon)	38	10,3
	14 puan ve üzeri (Kesin Depresyon)	230	62,5
TOPLAM		368	100,0



4.2. BULGULARA YÖNELİK Kİ-KARE KARŞILAŞTIRMA ANALİZ VE SONUÇLARI

Çalışmada katılımcıların bazı sosyodemografik bilgilerine göre MNA Puanı Tablo 9’da verilmiştir. Buna göre eğitim düzeyi, medeni hal, dişlerinde çürük ve/veya eksik diş varlığı ile MNA puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9’a göre kişilerin nütrisyonel durumları ile cinsiyet, bakım veren kişi, implant ve/veya takma diş kullanma durumu, diş temizliği ve beden kitle indeksi durumuyla aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p= 0,015$; $p< 0,001$; $p= 0,027$; $p< 0,001$; $p< 0,001$). Buna göre katılımcıların cinsiyetinin beslenme durumu üzerinde anlamlı bir etkisi vardır. Erkeklerin malnütrisyonunda olma olasılığı kadınlara göre daha yüksektir.

Bakım veren kişilerin, katılımcıların beslenme durumları üzerinde önemli bir etkisi olduğu görülmüştür. “Ailesi”, “akrabası” ve “bakıcısı” grubunda “malnütrisyon riski altında” grubunun oranı en yüksektir (%42,8, %57,9 ve %69,2). Öte yandan, “komşusu” ve “yalnız yaşayan” bireylerde “normal nütrisyonel durum” daha yaygındır (%44,5 ve %75). “Yalnız yaşayanlar” grubunda “malnütrisyonlu” kimse bulunmamaktadır. “Ailesi” grubu ile “yalnız yaşayanlar” grubu arasında anlamlı bir farklılık çıkmıştır. Buna göre, “yalnız yaşayanlar” grubunun malnütrisyon durumu “ailesi” grubundan daha düşüktür. “Akrabası” grubu ile “yalnız yaşayanlar” grubu arasında anlamlı bir farklılık çıkmıştır. Buna göre, “yalnız yaşayanlar” grubunun malnütrisyon durumu “akrabası” grubundan daha düşüktür. “Bakıcısı” grubu ile “yalnız yaşayanlar” grubu arasında anlamlı bir farklılık çıkmıştır. Buna göre, “yalnız yaşayanlar” grubunun malnütrisyon durumu “bakıcısı” grubundan daha düşüktür. Diğer ikili karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

Nütrisyonel durum ile implant/takma diş kullanımı arasında da anlamlı bir ilişki vardır. “İmplant ve takma diş kullanmayanlar”, “takma diş kullananlar” ve “hem implant hem de takma diş kullananlar” gruplarında en çok görülen nütrisyonel durum “malnütrisyon riski altında” durumudur (sırasıyla %48,4, %41,7 ve %52,9). “İmplant kullananlar” grubunda en çok görülen nütrisyonel durum ise “normal nütrisyonel durum”dur (%60). “Hem implant hem de takma diş kullananlar” ile “implant veya takma diş kullanmayanlar” arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Buna göre, “hem implant

hem de takma diş kullananlar” grubunun malnütrisyon durumu “implant veya takma diş kullanmayanlar” grubundan daha düşüktür. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır.

Diş temizliği durumları arasında; “temiz” ve “ara sıra” grubunda nütrisyonel durum olarak en çok “malnütrisyon riski altında” görülmektedir (%42,3 ve %48,5). “Temiz değil” grubunda en çok görülen nütrisyonel durum ise “malnütrisyonlu” durumudur (%46,1). “Temiz” grubu ile “temiz değil” grubu arasındaki fark anlamlıdır. Buna göre, “temiz” grubunun nütrisyon durumunun normal oranı “temiz değil” grubundan fazladır. “Ara sıra” grubu ile “temiz değil” grubu arasındaki fark anlamlıdır. Buna göre, “ara sıra” grubunun nütrisyon durumunun normal oranı “temiz değil” grubundan fazladır. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır.

Beden kitle indeksi grupları arasında; “zayıf” olanların hepsi “malnütrisyonlu” çıkmıştır. “Normal” olanların çoğu “malnütrisyonlu” çıkmıştır (%46,4). “Kilolu” ve “obez” gruplarında en çok görülen nütrisyonel durum ise “malnütrisyon riski altında” durumudur (%45,7 ve %54,5). “Zayıf” ile “kilolu” arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Buna göre, zayıf kişilerin malnütrisyon oranı kilolu kişilerden fazladır. “Zayıf” ile “obez” arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Buna göre, zayıf kişilerin malnütrisyon oranı obez kişilerden fazladır. “Normal” ile “kilolu” arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Buna göre, normal kilodaki kişilerin malnütrisyon oranı, kilolu kişilerden fazladır. “Normal” ile “obez” arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Buna göre, normal kilodaki kişilerin malnütrisyon oranı, obez kişilerden fazladır. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri ile Mini Nütrisyonel Değerlendirme Puanı Gruplamasına Göre Yapılan Ki Kare Analiz Tablosu

		Mini Nütrisyonel Değerlendirme Ölçeği								
		Malnütrisyonlu		Malnütrisyon riski altında		Normal nütrisyonel durum		X ²	SD	P Değeri
		N	%	N	%	N	%			
Cinsiyet	Erkek	53	36,6	64	44,1	28	19,3	8,393	2	0,015*
	Kadın	56	25,2	98	43,9	69	30,9			
Eğitim Düzeyi	İlköğretim mezunu veya altı	96	30,7	135	43,3	81	26,0	3,911	4	0,394**
	Lise terk, mezun veya üniversite terk	12	23,5	26	51,0	13	25,5			
	Üniversite mezunu veya üstü	1	20,0	1	20,0	3	60,0			
Medeni Hali	Evli	51	29,7	77	44,8	44	25,5	0,446	4	0,979*
	Bekar	7	25,0	13	46,4	8	28,6			
	Dul	51	30,3	72	42,9	45	26,8			
Bakım Veren Kişi	Ailesi	91	31,2	125	42,8	76	26,0	29,436	8	<0,001**
	Akrabası	12	31,6	22	57,9	4	10,5			
	Komşusu	3	33,3	2	22,2	4	44,5			
	Bakıcısı	3	23,1	9	69,2	1	7,7			
	Yalnız Yaşıyor	0	0	4	25,0	12	75,0			
Dişlerinde çürük/eksik diş var mı?	İkisi de yok	2	33,3	4	66,7	0	0	6,116	6	0,396**
	Çürük diş var	10	38,5	13	50,0	3	11,5			
	Eksik diş var	52	29,4	74	41,8	51	28,8			
	Çürük ve eksik dişler var	45	28,3	71	44,7	43	27,0			
İmplant/takma diş kullanıyor mu?	Yok	27	30,3	43	48,4	19	21,3	13,235	6	0,027**
	Takma diş kullanıyor	78	32,5	100	41,7	62	25,8			
	İmplant kullanıyor	1	20,0	1	20,0	3	60,0			
	İmplant ve takma diş kullanıyor	3	8,8	18	52,9	13	38,2			
Dişleri temiz tutuluyor mu?	Evet / temiz	44	23,3	80	42,3	65	34,4	21,504	4	<0,001*
	Ara sıra / orta	30	29,1	50	48,5	23	22,3			
	Hayır / temiz değil	35	46,1	32	42,1	9	11,8			
	65-74 yaş arası (erken yaşlılık)	29	37,2	29	37,2	20	25,6	5,753	4	0,218*

Yaşlılık Grupları (DSÖ)	75-84 yaş arası (orta yaşlılık)	36	23,8	70	46,4	45	29,8			
	85 yaş ve üzeri (ileri yaşlılık)	44	31,7	63	45,3	32	23,0			
Beden Kitle İndeksi (DSÖ)	Zayıf	5	100,0	0	0	0	0	82,351	6	<0,001**
	Normal	84	46,4	75	41,4	22	12,2			
	Kilolu	16	11,6	63	45,7	59	42,8			
	Obez	4	9,1	24	54,5	16	36,4			
TOPLAM		109	29,6	162	44,0	97	26,4			

Not: 1 *Pearson Ki Kare Testi **Fisher Freeman Halton Exact Testi

Çalışmada katılımcıların bazı sosyodemografik bilgilerine göre Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Puanı Tablo 10’da verilmiştir. Buna göre cinsiyet, medeni hal ve yaşlılık grupları ile Barthel puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10’a bakıldığında eğitim düzeyi ve bakım veren kişi ile Barthel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p= 0,001$; $p< 0,001$). “İlköğretim mezunu veya altı” ve “lise terk, mezun veya üniversite terk” gruplarında en sık görülen işlevsel bağımlılık durumu “ileri derecede bağımlı” durumudur (%49,7 ve %35,3). “Üniversite mezunu veya üstü” grubunda en sık görülen işlevsel bağımlılık durumu ise “tam bağımsız” grubudur (%40). Fakat “İlköğretim mezunu veya altı” ile “lise terk, mezun veya üniversite terk” grupları arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Nedeni olarak, ilköğretimden liseye geçtikçe azalan tam bağımlı ve ileri derecede bağımlı kişilerin oranı olabilir. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır. Nedeni olarak, üniversite mezunu sayısının ($n=5$) az olması olabilir.

Aynı şekilde bakım veren kişiler gruplarına bakıldığında; “ailesi” ve “diğer” grubunda en sık görülen işlevsel bağımlılık grubu “ileri derecede bağımlı” grubudur (%49,7 ve %45). “Yalnız yaşayanlar” grubunda en sık görülen işlevsel bağımlılık durumu ise “orta derecede bağımlı” grubudur (%50). “Ailesi” ve “yalnız yaşayanlar” arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Buna göre, yalnız yaşayanların işlevsel bağımlılık düzeyi ailesi ile yaşayanların düzeyinden anlamlı şekilde daha düşüktür. “Diğer” ve “yalnız yaşayanlar” arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Buna göre, yalnız yaşayanların

işlevsel bağımlılık düzeyi, diğer grubun düzeyinden anlamlı şekilde daha düşüktür. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Bilgileri ile Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği Arasında Yapılan Ki Kare Analiz Tablosu

		BARTHEL Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği												
		Tamamen Bağımlı		İleri Derecede Bağımlı		Orta Derecede Bağımlı		Hafif Derecede Bağımlı		Tam Bağımsız		X ²	SD	P
				N	%	N	%	N	%	N	%			
Cinsiyet	Erkek	22	15,2	69	47,6	40	27,6	6	4,1	8	5,5	0,701	4	0,951*
	Kadın	40	17,9	105	47,1	58	26,0	10	4,5	10	4,5			
Eğitim Düzeyi	İlköğretim mezunu veya altı	55	17,6	155	49,7	81	26,0	8	2,6	13	4,2	23,916	8	0,001**
	Lise terk, mezun veya üniversite terk	6	11,8	18	35,3	16	31,4	8	15,7	3	5,9			
	Üniversite mezunu veya üstü	1	20,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	2	40,0			
Medeni Hali	Evli	26	15,1	77	44,8	49	28,5	10	5,8	10	5,8	9,139	8	0,331*
	Bekar	3	10,7	14	50,0	7	25,0	3	10,7	1	3,6			
	Dul	33	19,6	83	49,4	42	25,0	3	1,8	7	4,2			
Bakım Veren Kişi	Ailesi	49	16,8	145	49,7	72	24,7	11	3,8	15	5,1	26,348	8	<0,001**
	Diğer***	13	21,7	27	45,0	18	30,0	2	3,3	0	0,0			
	Yalnız Yaşayanlar	0	0,0	2	12,5	8	50,0	3	18,8	3	18,8			
Yaşlılık Grupları (DSÖ)	65-74 yaş arası (erken yaşlılık)	15	19,2	33	42,3	21	26,9	4	5,1	5	6,4	7,929	8	0,440*
	75-84 yaş arası (orta yaşlılık)	18	11,9	74	49,0	42	27,8	9	6,0	8	5,3			
	85 yaş ve üzeri (ileri yaşlılık)	29	20,9	67	48,2	35	25,2	3	2,2	5	3,6			

TOPLAM	62	16,8	174	47,4	98	26,6	16	4,3	18	4,9	
---------------	-----------	-------------	------------	-------------	-----------	-------------	-----------	------------	-----------	------------	--

Not: 2 *Pearson Ki Kare Testi **Fisher Freeman Halton Exact Test ***Akrabası, komşusu ve bakıcısı gruplarında grup birleştirme yapılmıştır.

Çalışmada katılımcıların bazı sosyodemografik bilgilerine göre Modifiye Charlson Komorbidite Puanı Tablo 11’de verilmiştir. Çalışma grubumuz 65 yaş ve üzeri katılımcılardan oluştuğu ve bu ölçekte 40 yaştan sonraki her 10 yaşta 1 puan eklendiği için Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeğine göre düşük riskli grubumuzda hiç kimse bulunamamış ve ki kare tablosuna alınamamıştır. Bu yüzden tabloda Modifiye Charlson Komorbidite grubu “orta riskli” gruptan başlamaktadır. Buna göre; cinsiyet, bakım veren kişi ve beden kitle indeksi ile Charlson puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11’e göre eğitim düzeyi, medeni hal, dişlerde çürük-eksik diş olma durumu, implant-takma diş kullanma durumu ve diş temizliği ile Charlson Komorbidite puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,024$; $p=0,026$; $p=0,012$; $p=0,025$; $p<0,001$).

“İlköğretim mezunu veya altı” grubunda en sık görülen komorbidite grubu “çok yüksek riskli” grubudur. “Lise terk, mezun veya üniversite terk” grubunda da yüksek risk oranı oldukça yüksektir (%76.5), ancak orta risk grubundaki oran (%21.6) “ilköğretim mezunu veya altı” grubuna göre daha yüksektir. “Üniversite mezunu veya üstü” grubundaki bireylerin tamamının “çok yüksek riskli” grubunda olması, bu küçük örnekleme ($n=5$) dikkate alınması gereken önemli bir noktadır, ancak bu bulgu tüm popülasyon için genellenemez. “İlköğretim mezunu veya altı” ile “Lise terk, mezun veya üniversite terk” arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Buna göre, “ilköğretim mezunu veya altı” grubundaki kişilerin risk oranı “lise terk, mezun veya üniversite terk” grubundan anlamlı derecede fazladır. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır.

Aynı şekilde komorbidite açısından “orta riskli” grupta tüm bireylerin “evli” olduğu dikkat çekmektedir. “Bekar” ve “dul” gruplarında komorbidite grubu açısından “orta riskli” kimse bulunmamaktadır. “Bekar” ve “dul” gruplarında komorbidite grubu açısından en sık “çok yüksek riskli” grubu görülmektedir (%75 ve %92,4). “Bekar” ile

“dul” arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkmıştır. Buna göre, “dul” olmak kişinin komorbidite derecesini arttıran bir etmendir. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır.

Komorbidite açısından “çok yüksek riskli” grubunda “eksik diş” grubundaki bireylerin oranı oldukça yüksektir (%93,2). “Çürük diş” ile “eksik diş” arasında anlamlı fark çıkmıştır. Buna göre, kişinin “eksik diş”i olması, “çürük diş”i olmasından, komorbidite derecesi açısından daha kötü bir durumdur. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır.

“Çok yüksek riskli” grupta “takma diş” kullanımı oldukça yüksektir (%92,5). “İmplant diş kullananlar” grubundaki bireylerin tamamının “çok yüksek riskli” grubunda olması, bu küçük örneklemede (n=5) dikkate alınması gereken önemli bir noktadır, ancak bu bulgu tüm popülasyon için genellenemez. “Takma diş kullananlar” ile “implant veya takma diş kullanmayanlar” arasındaki fark anlamlı çıkmıştır. Buna göre “Hem implant hem de takma diş” kullanmak, sadece “takma diş” kullanmaktan komorbidite derecesi açısından daha iyi bir sonuç vermektedir. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır.

“Çok yüksek riskli” grupta dişlerini “ara sıra” temiz tutan bireylerin oranı en yüksek çıkarken (%94,2), yüksek riskli grupta dişlerini temiz tutmayan bireylerin oranı yüksek çıkmıştır (%19,7), yine yüksek riskli grupta “temiz değil” grubunda kimse yoktur. “Ara sıra” ile “temiz değil” arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır.

Yaşlılık grupları açısından bakıldığında ise; “orta riskli” grubunda sadece “erken yaşlılık” grubundan kişiler yer almaktayken, “çok yüksek riskli” grubunda en sık “ileri yaşlılık” grubu yer almaktadır (%97,1). “Erken yaşlılık” ile “orta yaşlılık” arasında, “erken yaşlılık” ile “ileri yaşlılık” arasında, anlamlı bir fark çıkmıştır. Buna göre, erken yaşlılık grubunda olmanın komorbidite açısından riski, diğer iki gruptan daha azdır. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır (Tablo 11).

Tablo 11: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri ile Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği Arasında Yapılan Ki Kare Analiz Tablosu

		Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği								
		Orta Riskli		Yüksek Riskli		Çok Yüksek Riskli		X ²	SD	P
						N	%			
Cinsiyet	Erkek	2	1,4	15	10,3	128	88,3	2,658	2	0,289
	Kadın	0	0	23	10,3	200	89,7			
Eğitim Düzeyi	İlköğreti m mezunu veya altı	1	0,3	27	8,7	284	91,0	11,475	4	0,024
	Lise terk, mezun veya üniversite terk	1	2,0	11	21,6	39	76,5			
	Üniversite mezunu veya üstü	0	0	0	0	5	100,0			
Medeni Hali	Evli	2	1,2	19	11,0	151	87,8	9,634	4	0,026
	Bekar	0	0	7	25,0	21	75,0			
	Dul	0	0	12	7,1	156	92,9			
Bakım Veren Kişi	Ailesi	2	0,7	29	9,9	261	89,4	8,784	8	0,427
	Akrabası	0	0	3	7,9	35	92,1			
	Komşusu	0	0	3	33,3	6	66,7			
	Bakıcısı	0	0	2	15,4	11	84,6			
	Yalnız Yaşıyor	0	0	1	6,3	15	93,2			
Dişlerinde çürük/eksik diş var mı?	İkisi de yok	0	0	2	33,3	4	66,7	15,159	6	0,012
	Çürük diş var	1	3,8	5	19,2	20	76,9			
	Eksik diş var	0	0	12	6,8	165	93,2			
	Çürük ve eksik dişler var	1	0,6	19	11,9	139	87,4			
İmplant/takm a diş kullanıyor mu?	Yok	2	2,2	15	16,9	72	80,9	13,863	6	0,025
	Takma diş kullanıyor	0	0	18	7,5	222	92,5			
	İmplant kullanıyor	0	0	0	0	5	100,0			
	İmplant ve takma diş kullanıyor	0	0	5	14,7	29	85,3			
Dişleri temiz tutuluyor mu?	Evet / temiz	1	0,5	18	9,5	170	89,9	10,741	4	0,012
	Ara sıra / orta	1	1,0	5	4,9	97	94,2			
	Hayır / temiz değil	0	0	15	19,7	61	80,3			

Yaşlılık Grupları (DSÖ)	65-74 yaş arası (erken yaşlılık)	2	2,6	20	25,6	56	71,8	31,002	4	<0,000
	75-84 yaş arası (orta yaşlılık)	0	0	14	9,3	137	90,7			
	85 yaş ve üzeri (ileri yaşlılık)	0	0	4	2,9	135	97,1			
Beden Kitle İndeksi (DSÖ)	Zayıf	0	0	0	0	5	100,0	8,239	6	0,223
	Normal	0	0	15	8,3	166	91,7			
	Kilolu	2	1,4	15	10,9	121	87,7			
	Obez	0	0	8	18,2	36	81,8			
TOPLAM		2	0,5	38	10,3	328	89,1			

Not: 3 Fisher Freeman Halton Exact Test

Çalışmada katılımcıların bazı sosyodemografik bilgilerine göre Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanı Tablo 12’de verilmiştir. Buna göre cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hal, bakım veren kişi ve dişlerde çürük-eksik diş olma durumları ile Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). İmplant ve/veya takma diş kullanma durumu, dişleri temiz tutma durumu ve beden kitle ile GDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,017$; $p=0,023$; $p=0,044$).

Tablo 12’e bakıldığında, GDÖ’ye göre “depresyonda olmayan” ve “depresyon riski altında” olan gruplarda “hem implant hem de takma diş kullanan” bireyler en sık görülürken (%38,2 ve %20,6), “kesin depresyonda” olan gruptaki kişilerin “implant veya takma diş kullanmayan” grubundaki sıklığı en yüksektir (%69,6). “Hem implant hem de takma diş kullananlar” ile “implant veya takma diş kullanmayanlar” arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Buna göre, “hem implant hem de takma diş kullanan” kişilerin depresyonda olma oranı “implant veya takma diş kullanmayan” kişilerden daha azdır. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır.

Diş temizliği açısından; “depresyonda olmayan” ve “depresyon riski altında” gruplarında dişlerini “temiz” tutan bireylerin oranı en yüksek çıkarken (%33,9 ve %11,1)), “kesin depresyon” grubunda dişlerini “temiz tutmayan” bireylerin oranı en yüksektir (%73,7). “Temiz” ile “temiz değil” arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Buna

göre; dişlerini temiz tutmayanların depresyonda olma oranı, temiz tutan kişilerden daha fazladır. Diğer ikili karşılaştırmalar anlamlı çıkmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Bilgileri ile Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanına Göre Yapılan Ki Kare Analiz Tablosu

		Geriatrik Depresyon Ölçeği								
		Depresyon Yok		Depresyon Riski Altında		Kesin Depresyon		X ²	SD	P
		N	%	N	%	N	%			
Cinsiyet	Erkek	38	26,2	12	8,3	95	65,5	1,405	2	0,495*
	Kadın	62	27,8	26	11,7	135	60,5			
Eğitim Düzeyi	İlköğretim mezunu veya altı	81	26,0	35	11,2	196	62,8	2,554	4	0,607**
	Lise terk, mezun veya üniversite terk	17	33,3	3	5,9	31	60,8			
	Üniversite mezunu veya üstü	2	40,0	0	0	3	60,0			
Medeni Hali	Evli	51	29,7	15	8,7	106	61,6	2,352	4	0,671*
	Bekar	7	25,0	2	7,1	19	67,9			
	Dul	42	25,0	21	12,5	105	62,5			
Bakım Veren Kişi	Ailesi	79	27,1	27	9,2	186	63,7	11,599	8	0,127**
	Akrabası	7	18,4	5	13,2	26	68,4			
	Komşusu	2	22,2	0	0	7	77,8			
	Bakıcısı	5	38,5	3	23,0	5	38,5			
	Yalnız Yaşıyor	7	43,8	3	18,8	6	37,4			
Dişlerinde çürük/eksik diş var mı?	İkisi de yok	1	16,7	1	16,7	4	66,6	1,614	6	0,958**
	Çürük diş var	6	23,1	2	7,7	18	69,2			
	Eksik diş var	48	27,1	20	11,3	109	61,6			
	Çürük ve eksik dişler var	45	28,3	15	9,4	99	62,3			
İmplant/takma diş kullanıyor mu?	Yok	16	18,0	11	12,4	62	69,6	14,362	6	0,017**
	Takma diş kullanıyor	70	29,2	19	7,9	151	62,9			
	İmplant kullanıyor	1	20,0	1	20,0	3	60,0			

	İmplant ve takma diş kullanıyor	13	38,2	7	20,6	14	41,2			
Dişleri temiz tutuluyor mu?	Evet / temiz	64	33,9	21	11,1	104	55,0	11,374	4	0,023*
	Ara sıra / orta	24	23,3	9	8,7	70	68,0			
	Hayır / temiz değil	12	15,8	8	10,5	56	73,7			
Yaşlılık Grupları (DSÖ)	65-74 yaş arası (erken yaşlılık)	19	24,4	7	9,0	52	66,7	1,670	4	0,796*
	75-84 yaş arası (orta yaşlılık)	44	29,1	18	11,9	89	58,9			
	85 yaş ve üzeri (ileri yaşlılık)	37	26,6	13	9,4	89	64,0			
Beden Kitle İndeksi (DSÖ)	Zayıf	0	0,0	0	0,0	5	100,0	12,165	6	0,044**
	Normal	38	21,0	18	9,9	125	69,1			
	Kilolu	50	36,2	14	10,1	74	53,6			
	Obez	12	27,3	6	13,6	26	59,1			
TOPLAM		100	27,2	38	10,3	230	62,5			

Not: 4 *Pearson Ki Kare Testi **Fisher Freeman Halton Exact Test

Tablo 13'e bakıldığında, Yesavage GDÖ puanları ile MNA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0,001$). Buna göre, depresyonu olmayan bireylerin %60'ı normal beslenme durumundadır. "Depresyon riski altında" olan gruptaki kişiler arasında çoğunluk "malnütrisyon riski altında" olan gruptadır (%63,2). Kesin depresyonda olan kişilerin çoğunluğu (%45,2) da malnütrisyonlu grubunda yer almaktadır.

Tablo 13: GDÖ ile MNA Ölçeği Arası Yapılan Ki-Kare Analiz Sonuçları

		GDÖ ve MNA Arası Ki-Kare Tablosu								
		MNA Toplam Puan								
		Malnütrisyonlu		Malnütrisyon riski altında		Normal nütrisyonel durum		X	SD	P
GDÖ Toplam Puan	Depresyon Yok	1	1	39	39	60	60	116,592	4	<0,001
	Depresyon Riski Altında	4	10,5	24	63,2	10	26,3			
	Kesin Depresyon	104	45,2	99	43	27	11,7			
TOPLAM		109	29,6	162	44	97	26,4			

Not: 5 Pearson Ki-Kare Tablosu

4.3. BULGULARIN ORTALAMALARINDAKİ FARKLILIKLARA YÖNELİK BAĞIMSIZ ÖRNEKLEMLER T TESTİ VE TEK YÖNLÜ VARYANS (ANOVA) ANALİZLERİ VE SONUÇLARI

Normal dağılım varsayımı için, Seçer ve arkadaşları; ‘çarpıklık ve basıklık’ değerlerine göre değerlendirmenin daha uygun bir yaklaşım olduğunu saptamışlardır (62). Buna göre, ölçek verilerinin normal dağılıp dağılmadığına ilişkin çarpıklık ve basıklık (skewness-kurtosis) değerleri incelenmiş ve Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14: Çalışmadaki Bağımlı Değişkenlerin (MNA, Barthel, Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği, GDÖ) Normal Dağılım Analizi

	N	Minimum	Maksimum	Ort	SS	Skewness		Kurtosis	
						İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
MNA Toplam Puan	368	2,0	29,0	19,442	5,5731	-0,702	0,127	0,001	0,254
Barthel Toplam Puan	368	0,0	100,0	52,190	27,8748	-0,043	0,127	-0,938	0,254
Charlson Toplam Puan	368	2,0	17,0	7,171	2,4138	0,914	0,127	1,351	0,254
GDÖ Toplam Puan	368	1,0	30,0	16,345	7,4324	0,020	0,127	-1,123	0,254

Çarpıklıkla basıklık değerlerinin +1,5 ve -1,5 değerlerinin arasında olduğu hallerde normal dağılımın sağlandığını kabul eden çalışmalar vardır (63). Bu sonuçlara göre, çalışmada kullanılan ölçeklerin verilerinin normal dağıldığı varsayılmış ve analiz için parametrik testler (bağımsız örneklem T testi ve tek yönlü varyans testi-ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 15: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri ile Ölçekler Arasında Yapılan Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analiz Tablosu

		MNA Toplam Puan		Barthel Toplam Puan		Charlson Toplam Puan		Yesavage Toplam Puan	
	N	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Yaş Grubu**									
65-74 yaş arası (erken yaşlılık)	78	18,87	5,78	51,87	29,82	6,31	2,67	17,35	7,86
75-84 yaş arası (orta yaşlılık)	151	20,04	5,68	54,74	27,60	7,23	2,39	15,69	7,50
85 yaş ve üzeri (ileri yaşlılık)	139	19,11	5,32	49,60	26,99	7,60	2,16	16,50	7,09
Test/p		1,525/0,219		1,234/0,292		7,446/ <0,001		1,327/ 0,266	
Grup Farkı ^a						1<2; 1<3			
Cinsiyet*									
Erkek	145	18,43	6,02	53,10	27,85	7,26	2,66	17,03	7,81
Kadın	223	20,10	5,17	51,60	27,94	7,11	2,25	15,90	7,16
Test/p		-2,751/0,006		0,506/0,613		0,582/0,561		1,422/0,156	
Eğitim Düzeyi**									
İlköğretim mezunu veya altı	312	19,39	5,52	50,68	27,05	7,28	2,40	16,57	7,43
Lise terk, mezun veya üniversite terk	51	19,70	5,78	59,80	30,05	6,45	2,51	15,14	7,45
Üniversite mezunu veya üstü	5	19,80	7,82	69,00	42,78	7,60	1,52	14,80	7,89
Test/p		0,074/0,928		3,313/0,038		2,703/0,068		0,921/0,399	
Grup Farkı ^a				***Tukey'de anlamlı fark saptanmamıştır.					
Medeni Hal**									
Evli	172	19,34	5,90	53,81	28,49	6,98	2,39	16,54	7,82

	28	19,77	5,28	57,32	28,04	6,32	2,28	17,75	8,13
Bekar									
	168	19,49	5,30	49,68	27,13	7,51	2,42	15,92	6,90
Dul									
Test/p	0,085/0,918		1,450/0,236		4,032/0,019		0,835/0,435		
Grup Farkı ^a					2<3				
Bakım Veren Kişi**									
	292	19,35	5,66	50,96	27,55	7,274	2,52	16,46	7,53
Ailesi									
	38	18,33	4,82	48,16	25,35	7,368	1,99	17,50	6,50
Akrabası									
	9	20,17	6,83	57,22	26,47	5,778	1,79	19,89	8,19
Komşusu									
	13	18,58	4,96	46,62	31,26	6,462	1,56	13,85	6,94
Bakıcısı									
Yalnız Yaşıyor	16	24,06	2,96	85,94	14,86	6,188	1,68	11,50	5,62
Test/p	3,348/0,010		6,813/ <0,001		1,910/0,108		2,884/0,023		
Grup Farkı	1<5; 2<5; 4<5 ^b		1<5; 2<5; 4<5 ^b				***Tukey'de anlamlı fark saptanmamıştır. ^a		
Dişlerinde çürük/ eksik diş olma durumu**									
İkisi de yok	6	18,42	3,22	51,67	26,58	5,33	1,21	14,33	5,39
Çürük diş	26	18,67	4,88	58,27	31,81	5,92	2,35	16,27	8,16
Eksik diş	177	19,57	5,62	51,67	28,98	7,38	2,29	16,40	7,42
Çürük ve eksik diş var	159	19,46	5,72	51,80	26,08	7,21	2,52	16,37	7,45
Test/p	0,264/0,851		0,442/0,723		4,046/0,008		0,150/0,929		
Grup Farkı ^a					2<3				
İmplant/ takma diş durumu**									

İkisi de yok	89	19,11	5,58	50,29	27,81	6,640	2,55	17,40	7,36
Sadece takma diş	240	19,14	5,70	51,73	27,98	7,425	2,43	16,49	7,48
Sadece implant diş	5	22,40	4,51	68,00	26,60	7,200	1,10	13,40	6,99
İmplant ve takma diş	34	21,97	3,93	58,09	27,16	6,765	1,76	13,00	6,54
Test/p		3,192/0,024		1,205/0,308		2,677/0,047		3,248/0,022	
Grup Farkı		1<4; 2<4 ^b				1<2 ^a		4<1; 4<2 ^a	
Dişlerini temiz tutuyor mu?***									
Evet/Her zaman	189	20,53	5,35	54,08	29,06	7,23	2,35	15,26	7,42
Ara Ara	103	18,85	5,54	50,10	24,56	7,48	2,33	17,20	7,52
Hayır	76	17,52	5,59	50,33	29,09	6,62	2,62	17,88	7,00
Test/p		9,110/ <0,001		0,893/0,410		2,894/0,057		4,409/0,013	
Grup Farkı ^a		2<1; 3<1						1<3	
Beden Kitle İndeksi**									
Zayıf	5	6,30	2,361	22,00	16,05	25,80	4,92	25,80	4,92
Normal	181	16,96	5,321	46,19	27,55	17,69	7,39	17,69	7,39
Kilolu	138	22,38	4,08	60,33	26,41	14,61	7,31	14,61	7,31
Obez	44	21,86	3,69	54,80	27,06	15,18	6,41	15,18	6,41
Test/p		51,889/ <0,001		9,404/ <0,001		2,700/0,046		7,975/ <0,001	
Grup Farkı		1<2; 1<3; 2<3; 1<4; 2<4 ^b		1<3; 2<3 ^a		***Tukey'de anlamlı fark saptanmamıştır. ^a		3<1; 4<1; 3<2 ^a	

Not: 5 *Bağımsız Örneklem T Testi **Tek Yönlü ANOVA Testi ***ANOVA testinde p<0,05 olarak sonuçlanmasına rağmen alt gruplar arası farkı saptamak için yapılan Post-Hoc testlerinde anlamlı fark saptanamamıştır. a: Post-Hoc: Tukey, b: Post-Hoc: Tamhane

Tablo 15'e bakıldığında, DSÖ'ye göre sınıflandırılmış yaş grupları ile MNA, Barthel ve GDÖ ölçekleri puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Charlson Komorbidite puanlarında ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.001$). Özellikle 65-74 yaş grubunun Charlson puanları, 75-84 yaş arası ve 85 yaş ve üzeri gruplarına göre daha düşüktür, bu da erken yaşlılık grubunun daha az komorbiditeye sahip olduğunu göstermektedir.

Cinsiyete göre incelendiğinde, Barthel, Charlson ve GDÖ ölçekleri puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamışken, Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği puanlarında kadın ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış olup ($p=0,006$) kadınlarda ortalama 20,10 ve erkeklerde ortalama 18,43'tür, buna göre kadınların beslenme durumu erkeklere göre daha iyidir.

Eğitim düzeyine göre incelendiğinde, Barthel puanlarının eğitim düzeyi ile anlamlı bir ilişki gösterdiği ($p=0,038$), ancak post-hoc test sonuçlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. MNA, Charlson ve GDÖ açısından ise eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir.

Medeni duruma göre incelendiğinde, Charlson Komorbidite puanlarının medeni hal ile anlamlı bir ilişki gösterdiği ($p=0,019$) ve bekar grubun dul gruba göre daha az komorbiditeye sahip olduğu görülmüştür. Diğer ölçütler (MNA, Barthel, GDÖ) açısından ise medeni haller arasında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir.

Bakım veren kişilere göre incelendiğinde, MNA ve Barthel puanları bakım veren kişiye göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Yalnız yaşayanların beslenme durumu ve bağımsızlık seviyeleri; ailesi, akrabası ve bakıcısı ile yaşayanlara göre daha iyi durumdadır. Charlson komorbidite puanları açısından anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p=0,108$). GDÖ puanları açısından anlamlı bir ilişki gösterdiği ($p=0,023$), ancak post-hoc test sonuçlarına göre gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Dişlerinde çürük ve/veya eksik diş olma durumuna göre incelendiğinde, Charlson Komorbidite puanlarının diş durumu ile anlamlı bir ilişki gösterdiği ($p=0,008$) ve eksik diş olan grubun çürük diş olan gruptan daha yüksek

komorbiditeye sahip olduğu görölmüştür. MNA, Barthel ve GDÖ açısından ise diş durumları arasında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir.

MNA puanlarının implant ve takma diş kullanan grupta ikisini de kullanmayanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde GDÖ puanları implant ve takma diş kullanan grubun ikisini de kullanmayan gruba göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Charlson puanları ise sadece takma diş kullanan grubun, ikisini de kullanmayan gruptan daha yüksek komorbiditeye sahip olduğunu göstermektedir ($p=0,047$). Barthel puanları ise implant ve/veya takma diş kullanma durumuna göre anlamlı fark göstermemektedir ($p = 0.308$).

Dişlerini temiz tutma durumuna göre incelendiğinde, MNA puanları dişlerini her zaman temiz tutan grubun diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir ($p<0,001$). Aynı şekilde GDÖ puanları da dişlerini temiz tutmayan grupta temiz tutan gruptan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,013$). Barthel ve Charlson puanları açısından diş temizliği durumu arasında anlamlı farklılık gözlemlenmemiştir.

Vücut kitle indeksine göre incelendiğinde, MNA, Barthel ve GDÖ puanları BKİ durumuna göre anlamlı farklılıklar göstermektedir. Özellikle zayıf grubun MNA ve Barthel puanları diğer gruplara göre daha düşük çıkmıştır. Normal vücut kitle indeksindeki kişilerin MNA puanları kilolu ve obez gruplarının puanlarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük saptanmıştır. Aynı şekilde GDÖ puanları zayıf grupta kilolu ve obez grubundan, normal grubun da kilolu grubundan anlamlı bir şekilde daha yüksek saptanmıştır. Charlson puanları açısından ise BKİ durumuna göre anlamlı farklar gözlemlense de ($p=0,046$), yapılan post-hoc test sonuçlarına göre gruplar arası anlamlı bir fark olmadığı görölmüştür.

4.4. UYGULANAN ÖLÇEK BULGULARINA YÖNELİK KORELASYON ANALİZİ VE SONUÇLARI

Çalışma sonucunda elde edilen ölçek puanları Tablo 13'e göre normal dağıldığı daha önceden varsayılmıştı. Buna göre, katılımcıların MNA ($Ort = 19,44$, $SS = 5,57$), Barthel ($Ort = 52,19$, $SS = 27,88$), Charlson ($Ort = 7,17$, $SS = 2,41$) ve GDÖ ($Ort = 16,35$, $SS = 7,43$) puanları arasındaki ilişki Pearson Korelasyonu ile ölçülmüştür. Tablo 16'da yapılan Pearson korelasyon analizi sonucuna göre p değeri %99 güven düzeyinde anlamlı bir ilişki içinde olduğu görülmüştür.

Bu bilgiler ışığında, Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği ile Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği arasındaki ilişkinin yönü pozitif (0,69) ve kuvvetli derecede ilişkilidir. Aynı şekilde, Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği ile Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği arasındaki ilişkinin yönü negatif (-0,36) ve zayıf-orta derecede ilişkilidir. Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği ile Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği arasındaki ilişkinin yönü de negatif (-0,67) ve kuvvetli derecede ilişkilidir.

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği arasındaki ilişkinin yönü negatif (-0,31) ve zayıf derecede ilişkilidir. Aynı şekilde Barthel Ölçeği ile Geriatrik Depresyon Ölçeği arasındaki ilişkinin yönü negatif (-0,63) ve kuvvetli derecede ilişkilidir.

Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği ile Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği arasındaki ilişkinin yönü pozitif (0,33) ve zayıf-orta derecede ilişkilidir.

Tablo 16: Katılımcıların MNA, Barthel, Modifiye Charlson Komorbidite Ölçeği ve GDÖ Puanları Arasında Yapılan Korelasyon Analizi

		MNA Toplam Puan Sayısal	Barthel Toplam Puan	Charlson Toplam Puan	Yesavage Toplam Puan
MNA Toplam Puan Sayısal	Pearson Correlation (r)	1	,693**	-,360**	-,671**
	Sig. (2-tailed) (p)		<0,001	<0,001	<0,001
	N	368	368	368	368
Barthel Toplam Puan	Pearson Correlation (r)	,693**	1	-,313**	-,631**
	Sig. (2-tailed) (p)	<0,001		<0,001	<0,001
	N	368	368	368	368
Charlson Toplam Puan	Pearson Correlation (r)	-,360**	-,313**	1	,334**
	Sig. (2-tailed) (p)	<0,001	<0,001		<0,001
	N	368	368	368	368
Yesavage Toplam Puan	Pearson Correlation (r)	-,671**	-,631**	,334**	1
	Sig. (2-tailed) (p)	<0,001	<0,001	<0,001	
	N	368	368	368	368

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.5. KATILIMCILARIN NÜTRİSYONEL DURUMLARIYLA İLİŞKİLİ ETMENLERE YÖNELİK ORDİNAL LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ VE SONUÇLARI

Bu çalışmada, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastaların beslenme durumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla ordinal lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımlı değişken olarak MNA uzun formu kullanılmış olup, bağımlı değişken üç kategoriye ayrılmıştır: “Malnütrisyonlu”, “Malnütrisyon riski altında” ve “Normal nütrisyonel durumda”.

Analizde kullanılan veri seti 368 hastadan oluşmaktadır. Bağımsız değişkenler arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali, bakım verenler, diş durumu, implant/takma diş kullanımı, dişlerin temizliği, Barthel GYA, Charlson Komorbidite ve Geriatrik Depresyon ölçekleri yer almaktadır.

Ordinal lojistik regresyon analizi, bağımlı değişkenin ordinal (sıralı) yapıda olması nedeniyle tercih edilmiştir. Modelde bağımsız değişkenlerin etkilerini ve eşik değerlerini (thresholds) değerlendirmek için “Logit” bağlantı fonksiyonu kullanılmıştır.

Model Uydurma Bilgileri'ne göre, modelin “-2 Log Likelihood” değeri yalnızca sabit terim içeren modelde 789.760 iken, nihai modelde bu değer 486.305'tir. Chi-Square değeri 303.455 ve serbestlik derecesi (df) 19 olan modelin p-değeri <0.001'dir. Bu sonuçlar, modelin genel olarak veriye iyi uyduğunu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.

Uyum İyiliği (Goodness-of-fit) testlerine göre, modelin Pearson Chi-Square değeri 655.534, serbestlik derecesi 715 ve p-değeri 0.945'tir. Deviance testi için Chi-Square değeri 486.305, serbestlik derecesi 715 ve p-değeri 1.000'dir. Bu yüksek p-değerleri ($p > 0.05$), modelin veriye iyi uyduğunu göstermektedir.

Pseudo R-Square değerleri, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin varyansının ne kadarını açıkladığını gösterir. Nagelkerke R-Kare değeri %63.6, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin varyansının %63.6'sını açıkladığını gösterir.

Paralel Çizgiler Testi (Test of Parallel Lines)

Null Hypothesis (Null Varsayımı): Bağımlı değişkenin kategorileri arasında aynı regresyon katsayılarının geçerli olduğunu belirtir. Bu durumda “-2 Log Likelihood” değeri 486.305'tir.

General Model (Genel Model): Alternatif hipotezi temsil eder ve kategoriler arasında farklı katsayıların olduğunu varsayar. Bu modelin “-2 Log Likelihood” değeri 461.964'tir.

Chi-Square Değeri: 24.341 olarak hesaplanmıştır.

Serbestlik Derecesi (df): 19'dur.

Anlamlılık (Sig.): 0,183'tür.

Paralel çizgiler testi, ordinal lojistik regresyon modelinin uyumunu değerlendirir. Bu testin amacı, bağımlı değişkenin kategorileri arasında aynı regresyon katsayılarının geçerli olup olmadığını belirlemektir. Paralel çizgiler varsayımı, tüm kategoriler arasında aynı katsayıların geçerli olduğunu varsayar.

Testin sonuçları, p-değerinin 0.183 olduğunu göstermektedir. Bu değer, 0.05 anlamlılık seviyesinden büyük olduğu için, paralel çizgiler varsayımının ihlal edilmediğini gösterir. Dolayısıyla, modelin bağımlı değişkenin kategorileri arasında aynı regresyon katsayılarına sahip olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlar, modelin geçerliliğini ve uyumunu destekler niteliktedir ve ordinal lojistik regresyon analizinin sonuçlarının güvenilir olduğunu gösterir.

Literatür tarandığında, ordinal yanıt değişkeninin farklı kesim noktalarında (cut-off points) iki kategorili (dichotomous) modellere dönüştürülmesi ve bu modellerin uyum iyiliğinin değerlendirilmesinin ($p > 0.05$), modelin genel geçerliliğini ve güvenilirliğini sağladığını belirten çalışmalara rastlanmıştır (65). Dolayısıyla modeldeki her bir kesim noktası için ayrı ayrı iki kategorili modeller oluşturulup uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow Testi ile değerlendirilmiş ve iyi uyum sağladıkları görülmüştür (kesim noktası 1 için $p = 0.414$ ve kesim noktası 2 için $p = 0.649$).

Tablo 17’de bağımsız değişkenlerin MNA kategorileri üzerindeki etkileri ve Odds oranları gösterilmektedir.

Tablo 17: Ordinal Lojistik Regresyon Analizinin Parametre Tahminleri Tablosu

Bağımsız Değişken	Katsayı (Estimate)	Std. Hata	Wald	P-değeri	Odds Oranı [Exp.(B)]	95% Güven Aralığı (Alt Sınır / Üst Sınır)
Threshold 1*	3,641	2,673	1,855	0,173	.	-1,598 / 8,881
Threshold 2**	7,425	2,712	7,495	0,006	.	2,109 / 12,741
Yaş	-0,019	0,019	0,970	0,325	0,981	0,945 / 1,018
Erkek	-0,878	0,272	10,395	0,001	0,415	0,244 / 0,709
Kadın ¹	0	.	.	.	.	.
İlköğretim mezunu ve altı	-0,175	1,105	0,025	0,874	0,839	0,096 / 7,322
Lise terk, mezun ve üniversite terk	-0,540	1,141	0,224	0,636	0,583	0,062 / 5,458
Üniversite mezunu ve üstü ¹	0	.	.	.	.	.
Evli	0,126	0,293	0,184	0,668	1,134	0,638 / 2,016
Bekar (Boşanmış)	0,217	0,549	0,156	0,693	1,243	0,423 / 3,646
Dul (eşi vefat etmiş) ¹	0	.	.	.	.	.
Bakım vereni ailesi veya akrabası olanlar	-0,831	0,590	1,983	0,159	0,436	0,137 / 1,384
Bakım vereni bakıcısı olanlar	-1,766	0,849	4,327	0,038	0,171	0,032 / 0,903
Yalnız Yaşayanlar veya komşusu bakanlar ¹	0	.	.	.	.	.
Çürük veya eksik dişi yok	-1,719	0,998	2,968	0,085	0,179	0,025 / 1,266
Sadece çürük diş(ler)i var	-1,096	0,573	3,657	0,056	0,334	0,109 / 1,027
Sadece eksik diş(ler)i var	0,110	0,271	0,166	0,684	1,116	0,657 / 1,898
Hem çürük hem eksik dişleri var ¹	0	.	.	.	.	.
İmplant ve/veya takma dişi yok	-0,030	0,490	0,004	0,952	0,970	0,371 / 2,537
Sadece takma diş kullanıyor	-0,474	0,428	1,222	0,269	0,622	0,269 / 1,442
Sadece implant diş kullanıyor	0,060	1,156	0,003	0,958	1,062	0,110 / 10,239
Hem implant hem takma diş kullanıyor ¹	0	.	.	.	.	.
Dişleri temiz tutulmuyor	-1,331	0,361	13,620	<0,001	0,264	0,130 / 0,536
Dişleri orta temizlikte tutuluyor	-0,274	0,287	0,912	0,340	0,760	0,434 / 1,334

Dişleri temiz tutuluyor ¹	0	.	.	.	.	.
Barthel GYA Ölçeği (Skala)	0,051	0,006	62,577	<0,001	1,052	1,039 / 1,066
Charlson Komorbidite Ölçeği (Skala)	0,145	0,056	6,738	0,009	1,156	1,037 / 1,290
Geriatrik Depresyon Ölçeği (Skala)	0,121	0,022	29,478	<0,001	1,129	1,081 / 1,180

Not: 6 * "Malnütrisyonlu" kategorisi ile "Malnütrisyon riski altında" kategorisi arasındaki sınır, kesim noktası 1.

****** "Malnütrisyon riski altında" kategorisi ile "Normal nütrisyonel durumda" kategorisi arasındaki sınır, kesim noktası 2. ¹ Referans kategori.

Odds oranı tersine alınarak hesaplandığında, erkeklerin malnütrisyon olma olasılığının kadınlara göre yaklaşık 2,41 kat daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bakıcı tarafından bakılan kişilerin, malnütrisyon veya muhtemelen malnütrisyon olma olasılığı, bakıcı tarafından bakılmayan kişilere göre yaklaşık 5,85 kat daha yüksektir (OR = 0,171; %95 GA = [0,032; 0,903], p = 0,038).

Dişleri temiz tutulmayan kişilerin, malnütrisyon veya muhtemelen malnütrisyon olma olasılığı, dişleri temiz tutulan kişilere göre yaklaşık 3,79 kat daha yüksektir (OR = 0,264; %95 GA = [0,130; 0,536], p < 0,001).

Barthel GYA Ölçeği puanındaki her bir birim artış, normal beslenme durumu olma olasılığını yaklaşık %5,2 oranında artırır (OR = 1,052; %95 GA = [1,039; 1,066], p < 0,001). Bu, günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olan kişilerin beslenme durumu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Charlson Komorbidite Ölçeği puanındaki her bir birim artış, malnütrisyon veya muhtemelen malnütrisyon olma olasılığını yaklaşık %15,6 oranında artırır (OR = 1,156; %95 GA = [1,037; 1,290], p = 0,009). Bu sonuç, komorbidite yükü fazla olan kişilerin beslenme durumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Geriatrik Depresyon Ölçeği puanındaki her bir birim artış, malnütrisyon veya muhtemelen malnütrisyon olma olasılığını yaklaşık %12,9 oranında artırmaktadır (OR= 1,129; %95 GA = [1,081; 1,180], p < 0,001). Bu sonuç, depresyon düzeyi yüksek

olan kişilerin beslenme durumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 65 yaş ve üzeri hastalarda depresyon düzeylerinin, nütrisyonel durumlarını nasıl etkilediği incelenmiştir. Bulgular, depresyon düzeyi yükseldikçe hastaların beslenme durumlarının kötüleştiğini göstermektedir (Tablo 13, 16 ve 17). Bu sonuçlara neden olarak depresyonun; iştah kaybı, enerji eksikliği ve özbakım kalitesinin düşmesi gibi nedenler yüzünden beslenme durumunu olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir (3). Literatür tarandığında depresyon düzeyleri ile nütrisyonel durumlar arasında negatif korelasyon olduğu sonucuna ulaşılan benzer çalışmalar mevcuttur (66-70). Ancak literatür tarandığında yine görülmüştür ki, çoğu çalışmada evren olarak tüm geriatrik hastalar alınmıştır; evde sağlık hastalarında bu konu ile ilgili çok az sayıda çalışma vardır. Bu bakımdan yapılan bu çalışmanın evde sağlık hastaları konusunda önemli katkısı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda MNA puan ortalaması $19,44 \pm 5,57$ (min. 2 – max. 29) olarak bulunmuştur. Benzer çalışmalarda sırasıyla $21,68 \pm 3,28$ (min. 13,50 – max. 29), $17,87 \pm 5,25$ (min. 6,50 – max. 28,00) ve $19,93 \pm 4,67$ olarak saptanmış olup sonuçlar benzerdir (66, 68, 71). Erkeklerin malnütrisyonlu olma olasılığı, kadınlara göre yaklaşık 2,41 kat daha yüksek bulunmuştur (OR = 0,415; %95 GA = [0,244; 0,709], p = 0,001). Yapılan bazı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (71). Bizim çalışmamızda bakıcı tarafından bakılan kişilerin, malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altında olma olasılığı yalnız yaşayan kişilerden daha yüksek çıkmıştır. Literatürde bunu destekleyen çalışmalara da rastlanılmıştır (72). Bu durumun sebebi; çalışmamızdaki yalnız yaşayanlar grubunda bulunan kişilerin Barthel GYA puan ortalamalarının yüksek olması yani işlevsel olarak bağımsız yaşayan kişilerden oluşmasıdır (Tablo 10 ve 15).

Katılımcılarımıza uygulanmış olan Yesavage Geriatrik Depresyon Ölçeği toplam puan ortalaması $16,35 \pm 7,43$ (min. 1- max. 30) şeklinde olup benzer çalışmalarda ortalamalar sırasıyla $10,27 \pm 5,48$ (min. 1- max. 23); $15,98 \pm 8,60$ (min. 0- max. 30); $3,81 \pm 3,64$ ve $6,8 \pm 4,12$ şeklinde bulunmuştur (66, 67, 73, 74). Balcı ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada oluşan farklılığa neden olarak; diğer çalışmanın katılımcılarının sağlık ocağına kayıtlı 65 yaş ve üzeri rastgele kişiler olması

iken bizim çalışmamızdaki kişilerin evde sağlık birimine kayıtlı olan, yani evde sağlığa kayıt olma koşulunu bulunduran, komorbiditesi daha fazla, fonksiyonel bağımlılığı daha fazla olan kişilerin oluşturduğu bir grup olması şeklinde gösterilebilir (66, 75). İplikçi'nin (2017) yaptığı çalışma ile sonuçlar benzerdir. Türk ve arkadaşlarının (2023) yaptığı çalışma ve Canaslan'ın (2020) yaptığı çalışmada geriatrik depresyon ölçeğinin 15 soruluk kısa formu uygulanmış ve bu nedenle sonuçlarda farklılıklar görülmüş olabilir.

Yaptığımız bu çalışmada, GDÖ puanındaki her bir birim artışın, malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altında olma olasılığını yaklaşık %12,9 oranında artırdığı bilgisine ulaşılmıştır (OR= 1,129; %95 GA = [1,081 – 1,180], $p<0,001$). Bu sonuç, depresyon düzeyi yüksek olan kişilerin beslenme durumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ve başka bazı çalışmalarda da olumsuz etkiye sahip olması açısından benzer sonuçlara rastlanmıştır (66-70).

Katılımcılara uygulanan Barthel GYA Ölçeği'nin puan ortalaması $52,19 \pm 27,88$ (min. 0- max. 100)'dir. Benzer bir çalışmada ise ortalama $83,15 \pm 19,70$ çıkmıştır (74). Sonuçlardaki farklılık için gerekçe olarak çalışma grubundaki kişilerin işlevsel bağımlılık grupları açısından dengeli dağılmaması düşünülebilir. Evde sağlık hizmetlerine kayıtlı bu kişilerin, işlevsel bağımsızlık konusunda birtakım sorunları olduğu için evde sağlık hizmetlerine başvurduğu öngörülebilir bir sebeptir. Çalışmamızda Barthel GYA Ölçeği puanındaki her bir birim artışın, normal beslenme durumu olma olasılığını yaklaşık %5,2 oranında artırdığı saptanmıştır (OR = 1,052; %95 GA = [1,039 – 1,066], $p < 0,001$). Günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olmanın, kişilerin beslenme durumu üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (68, 72, 76). Barthel GYA puanı yüksek kişilerin özbakımlarını sağlama konusunda daha bağımsız olmasının, beslenme ihtiyaçlarını karşılamada başkalarına bağımlılığının daha az olmasının, sonuç olarak bu bağımsızlığın beslenme düzeylerinde olumlu bir etkisi olduğu şeklinde düşünülebilir.

Katılımcılara uygulanan Charlson Komorbidite Ölçeği toplam puan ortalaması $7,17 \pm 2,41$ (min. 2- max. 17) olup benzer bir çalışmada $2,39 \pm 1,85$ olarak bulunmuştur (74). Bu farklılığa, çalışmamızdaki kişilerde komorbidite puanı yüksek

olan hastalıkların (metastatik solid tümör, şiddetli karaciğer hastalığı gibi) diğer çalışmadaki hastalardan daha sık görülmüş ve ortalamayı yükseltmiş olması neden olarak gösterilebilir. Çalışmamızda Charlson Komorbidite Ölçeği puanındaki her bir birim artışın, malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altında olma olasılığını yaklaşık %15,6 oranında artırdığı saptanmıştır (OR = 1,156; %95 GA = [1,037 – 1,290], p = 0,009). Bu sonuç, komorbidite yükü fazla olan kişilerin beslenme durumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ve benzer sonuçlara ulaşan yapılmış başka çalışmalar da mevcuttur (74, 77-79). Karakaş ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada ise yine Charlson komorbidite ölçeği kullanılmış, fakat komorbidite durumu ile hastaların ortalama MNA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (68). Komorbidite yükünün fazla olması, kişiyi aynı zamanda günlük yaşam aktivitelerinde de işlevsel olarak daha kısıtlı hale getirebilmektedir ve bu kısıtlılığın da beslenme durumuna olumsuz bir etkisi olabileceği düşünülebilir (Tablo 16). Aynı zamanda yine komorbidite yükünün fazla olması, kişiyi daha depresif hale getirebilmekte ve bu depresif durum da kişinin beslenme durumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Tablo 16).

Anket yapılan kişilerin çoğu (%60,6'sı) kadındır. Bu veriler, yapılan bazı çalışmalarla uyumlu iken (66, 67, 71, 74, 79, 80); Türk ve arkadaşlarının (73) yaptığı çalışmada erkeklerin oranı daha yüksek çıkmıştır. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre Türkiye’de, 2023 yılında 65 yaş ve üstü nüfus incelendiğinde kadınların sayısının erkeklerin sayısından fazla olduğu saptanmıştır (1). Yine 2023 yılında Türkiye’de evde sağlık hizmetlerine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin oranı incelendiğinde, kadınların oranının (%19,6) erkeklerden daha fazla olduğu (%12,3) görülmüştür (81). Bu durumun diğer çalışmaların çoğuna yansıdığı gibi bizim çalışmamıza da yansımış olabileceği düşünülebilir. Ayrıca genel olarak kadınların beklenen yaşam süresinin erkeklerden fazla olması da bir etken olarak düşünülebilir (82).

Kişilerin %84,8'i ilköğretim mezunu veya altı eğitim düzeyine sahiptir, bu veriler bazı çalışmalar ile uyumlu iken (66, 67, 73, 80) diğer çalışmalarda sorgulanmamıştır. TÜİK'in açıkladığı 2022 yılı eğitim düzeyi verilerine göre, 65 yaş ve üstü nüfusun yaklaşık %82,6'sının eğitim düzeyi ilköğretim mezunu veya altı bir düzeydir (83). Dolayısıyla çalışmamızın sonucu ile TÜİK verisi birbirine yakındır.

Katılımcıların %46,7'si evli, %45,7'sinin eşi vefat etmiştir. %7,6'sı bekar (boşanmış dahil). Bu veriler benzer çalışmalarla uyumludur (67, 73, 80). TÜİK'in açıkladığı 2023 yılı verilerine göre, (yabancı nüfus dahil), ülkemizde 65 yaş ve üzeri, yasal medeni duruma göre evlilerin oranı yaklaşık %63, eşi vefat eden insanların oranı %30,7'dir ve bekarların (boşanmış dahil) oranı da %6,3'tür (84). Evli olmayan insanların, eğer kendi bakımına destek olacak ailesi veya akrabaları da yoksa, evde sağlık hizmetlerine başvurma sıklıklarının daha fazla olması öngörülebilir bir durumdur.

Katılımcıların %79,3'ü çekirdek ailesi ile kalmaktadır veya bakım vereni ailesidir. Veriler bazı benzer çalışmalarla uyumludur (67, 73). Yalnız yaşayanların oranı %4,4 (n=16)'dır. Çalışmamızdaki yalnız yaşayan kişilerin Barthel puan ortalamalarının da yüksekliği göz önüne alındığında, bu oranın düşük olması öngörülebilir bir durumdur.

Katılımcılarda takma diş kullananlar kullanmayanlardan fazladır (%65,2) ve bu veriler bazı çalışmalarla uyumludur (67, 80). MNA sonuçları ile implant ve/veya takma diş kullanma durumu arasında yapılan varyans analizi sonucuna göre; hem implant hem de takma diş kullananların puan ortalaması, ikisini de kullanmayanların ve sadece takma diş kullananların puan ortalamalarından yüksek çıkmıştır ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 15, p = 0,024). Diş implantı yaptıran bireylerin genellikle daha yüksek eğitim ve gelir seviyesine sahip olduklarını belirten çalışmalar mevcuttur (85). Dolayısıyla eğitim ve gelir seviyesindeki yükseklik, kişinin beslenme durumunu olumlu yönde etkileyen bir durum olarak düşünülebilir. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile beslenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p = 0,394), literatürde eğitim ve gelir seviyesindeki yükseklik ile kişinin beslenme durumu arasında anlamlı ilişkiler olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (86, 87). Çalışmamızdaki kişi sayısının eğitim düzeylerindeki dengesiz dağılımı, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın ortaya çıkmasını engellemiş olabilir. Diğer yandan, çalışmamızda katılımcıların gelir düzeylerini irdeleyen soruların yer almaması, bu konuda olumsuz bir etmen olmuştur.

Katılımcılarda eksik dişi olanlar olmayanlardan fazladır ve bu durum, yapılmış bir çalışma ile uyumludur (67). Yaşla beraber diş kaybının artması, dolayısıyla takma

diş kullananların fazla olması beklenen bir durumdur. Fakat MNA sonuçlarının varyans analizine göre, beslenme düzeyleri ile çürük ve/veya eksik diş olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 15, $p = 0,396$) ve benzer bir çalışmada daha sonuç aynı çıkmıştır (67). Literatür tarandığında ise, yaşlılarda diş problemleri ve malnütrisyon arasında anlamlı ilişki bulunan çalışmalara rastlanılmıştır (85).

Katılımcılar arasında diş temizliğine dikkat eden kişi sayısı, etmeyenlerden fazladır. Varyans analizine göre, farklı diş temizliği durumlarının MNA puan ortalamaları arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 15, $p < 0,001$) ve buna göre dişlerini temiz tutanların MNA puan ortalaması, diğer iki gruptan anlamlı bir şekilde fazladır. Diş temizliği durumu, eğer özbakım göstergesi olarak düşünülürse, özbakımı daha iyi olan kişilerin beslenme durumunun da daha iyi olduğu şeklinde bir sonuca ulaşılabilir. Literatür tarandığında ise diş temizliği ile malnütrisyon durumu arasında ilişkinin bulunduğu çalışmalar mevcuttur (88). Dişleri temiz tutulmayan kişilerin malnütrisyonlu veya malnütrisyon riski altında olma olasılığı, dişleri temiz tutulan kişilere göre yaklaşık 3,79 kat daha yüksek çıkmıştır ($OR = 0,264$; %95 GA = $[0,130 - 0,536]$, $p < 0,001$).

Katılımcıların yaş ortalaması $81,35 \pm 7,95$ yıldır (min. 65- max. 99). Yaş gruplarına göre kıyaslandığında çalışmada en fazla orta yaşlılık grubunda (%41) kişi bulunmaktadır ve bu veri bazı çalışmalarla uyumlu iken (66) bazı çalışmalarda sonuç farklıdır (67, 71). Yapılan Ki-Kare analizi sonucunda, DSÖ'ye göre belirlenen yaşlılık grupları ile MNA, Barthel GYA ve Yesavage Geriatrik Depresyon ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2 = 5,753$, $p = 0,218$ / $X^2 = 7,929$, $p = 0,440$ / $X^2 = 1,670$, $p = 0,796$).

Charlson Komorbidite Ölçeği ile yaşlılık grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($X^2 = 31,002$, $p < 0,001$), zira bir kişinin evde sağlık hizmetlerine başvurmamasının temel sebebi, komorbid hastalığının olmasıdır. Varyans analizi incelendiğinde 85 yaş ve üzeri grubun komorbidite puan ortalaması, 65 ile 74 yaş arası gruptan anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır. Aynı şekilde 75 ile 84 yaş arası grubun komorbidite puanı da 65 ile 74 yaş arası gruptan anlamlı bir şekilde daha yüksek çıkmıştır (Tablo 16, $p < 0,001$). Yaş ilerledikçe kişideki komorbid

hastalıkların sayısının artması ve/veya mevcut hastalığın durumunun kötüleşmesi öngörülebilir bir durumdur (89).

Katılımcıların beden kitle indeksleri incelendiğinde ortalamaları $25,41 \pm 4,24$ kg/m^2 (min. 16,51 – max. 48,97 kg/m^2) iken benzer çalışmalarda sırasıyla $28,08 \pm 5,96$ kg/m^2 ve $23,85 \pm 4,41$ kg/m^2 saptanmıştır (71, 74). Dolayısıyla ulaştığımız sonuç diğer çalışmalarla benzerdir. Beden kitle indeksi, MNA ölçeği içinde yer alan bir ölçüm olduğundan dolayı aralarında ilişki bulunması beklenen bir durum olarak düşünülebilir. Fakat beden kitle indeksinin MNA puanlamasına katkısı en fazla 3 puandır. Literatür tarandığında toplumda yaşayan yaşlı bireylerde düşük BKİ'nin artan hastalık yükü, mortalite ve azalan yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar görülmüştür. Özellikle BKİ değerinin 18 kg/m^2 'nin altındaki bireylerde mortalite oranlarının arttığı ve bu bireylerin daha yüksek malnütrisyon riski taşıdığını saptayan çalışmalar mevcuttur. Ayrıca, düşük BKİ'li bireylerde kırılabilirlik, psikolojik sıkıntı ve kas gücü kaybı daha yaygındır. Bu nedenle yaptığımız bu çalışmada BKİ ile MNA, Barthel GYA, Charlson Komorbidite ve Yesavage Geriatrik Depresyon ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanması beklenen bir durumdur (90).

Çalışmamızın tek merkezli oluşu, bağımsız değişkenlerdeki kişilerin dengeli dağılmaması, kullanılan örneklem büyüklüğünün sınırlılığı, örneklemin belirli bir coğrafyayla sınırlı oluşu, çalışmanın belirli bir zaman diliminde gerçekleşmiş olması ve katılımcıların depresyon düzeylerinin ölçekle belirlenmiş olması, çalışmamızın kısıtlılıkları olarak gösterilebilir. Ayrıca veriler öz-beyan yöntemiyle toplandığı için, katılımcıların sosyal olarak kabul edilebilir yanıtlar verme eğilimleri veri doğruluğunu etkilemiş olabilir. Araştırmada bazı potansiyel etkileyici değişkenler kontrol edilmemiş olabilir, bu da bağımlı değişken üzerindeki etkilerin net bir şekilde anlaşılmasını zorlaştırabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada katılımcıların yaklaşık olarak üçte birinde (%29,6) malnütrisyon saptanmıştır. %44'ü de malnütrisyon riski altında olarak değerlendirilmiştir. Bu kişilere uygun tedaviler ve beslenme takviyeleri başlanmış, ek önerilerde bulunulmuştur. Ayrıca, yine katılımcıların yarısından fazlasında depresyon (%62,5) tespit edilmiş, %10,3'ü de depresyon riski altında olarak değerlendirilmiştir. Bu kişiler psikiyatriye konsülte edilmiş ve uygun antidepresan tedaviler başlanmıştır. Psikoterapi önerilerinde de bulunulmuştur.

Yaşlı bireylerde beslenme durumunu etkileyen bazı önemli etmenler bulunmaktadır. Bireylerin işlevsel bağımlılık düzeyinin artması, komorbiditelerinin fazla olması ve depresyon seviyelerinin artması, beslenme durumu üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Aile sağlığı merkezine ya da evde sağlık birimlerine başvuran bu kişilerde bu etmenleri mümkün olduğunca erken fark etmek, kişinin beslenme düzeyi üzerinde olumlu bir etki sağlamaktadır. Ek olarak, malnütrisyon da kişide depresyona yol açabilmektedir. Bu nedenle kişilerde bu hastalıkları erken fark edip tedavilerine erken başlamak son derece önemlidir.

Aile hekimlerinin ve evde sağlık hizmeti sunan profesyonellerin, depresyon belirtilerini erken dönemde tanınması ve müdahale etmesi, kişideki malnütrisyonun önüne geçilebilmesi açısından önemlidir. Bunun içinse kontrol muayeneleri bir fırsat olarak görülüp, kişilere otoritelerce kabul görmüş, beslenme durumunu tarayan ölçekler uygulanabilir. Ya da aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ve diğer sağlık personelleri, kendisine bağlı nüfusa periyodik aralıklarla, mümkün olduğu sıklıkta bu ölçekleri uygulayabilir. Böylece kendi nüfusundaki kişilerde malnütrisyon durumunu daha erken fark edip tedaviye daha erken başlanabilir.

Muhtemel ya da mevcut depresyon durumunun erken fark edilmesi ve depresyon tedavilerinin zamanında düzenlenmesi, kişinin beslenme durumunu olumlu yönde etkilemektedir. Bu açıdan, aile sağlığı merkezlerine veya evde sağlık hizmetlerine başvuran kişilerde depresyonu taramak ve erken fark edip tedavisini başlamak da beslenme durumunu olumlu etkilemek açısından önem taşır.

Literatür tarandığında görölmüştür ki, evde sağlığa kayıtlı kişilerde yapılan çalışmalar çok sınırlı sayıdadır; ama malnütrisyon ve depresyonun evde sağlık hastalarında görölme oranı yüksektir. Bu nedenle, özellikle evde sağlık hizmetlerine kayıtlı kişilerde yapılan çalışmaların sayısının ve niteliğinin arttırılması, bu konuda gelişebilmek için son derece önemlidir.



7. KAYNAKLAR

1. İstatistiklerle Yaşlılar. TÜİK. 2023. [<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710>] adresinden 19.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
2. Sağlık Harcamaları. OECD. 2022. [<https://data.oecd.org/turkiye.htm#profile-health>] adresinden 19.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
3. American Psychiatric Association. Depressive Disorders. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". Fifth ed. Arlington, Virginia, American Psychiatric Publishing. 2013: 155-88.
4. Ünlüoğlu İ, Saatçı E. Evde Bakım. Ünlüoğlu İ, Saatçı E, editör. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2015: 262.
5. Thompson M, Noel MB. Beslenme ve Aile Hekimliği. "Textbook of Family Medicine Ninth Edition" içinde. (çeviri ed.) Saatçı E. 9. baskı. Ankara, Elsevier Inc; 2019: 891-911.
6. Maslow AH. Motivation and Personality. Delhi, India, Pearson Education; 1987.
7. Teigen T. Patients Go Home for Care, But for Their Doctors Make House Calls? . Minn Med 1991; 74:15-9.
8. Cindoruk M, Şen İ. Yaşlının Evde Bakımı. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2009; 29:110-2.
9. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Yüksek Lisans tezi. Ankara Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 2007.
10. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S ve ark. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 2010; 11:125-32.

11. Montefiore Medical Center - History and Milestones .
[<https://www.montefiore.org/about-history-and-milestones>] adresinden 22.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
12. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete; 2005
[<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>] adresinden 15.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
13. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. TC Resmi Gazete; 2010.
14. Bauld L, Chesterman J, Judge K. Measuring satisfaction with social care among stolder service users: issues from the literature. Health and Social Care in The Community, 2000; 8:316–24.
15. World Health Organisation. Ageing: World Health Organisation.
[https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1] adresinden 21.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
16. Erdil F, Bayraktar N. Cerrahi hastasının evde bakımı. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2004; 14:3-8.
17. Dikme TG. Yaşlılarda malnütrisyon, nedenleri ve etkileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2023; 10:324-30.
18. Saka B. Yaşlıda Malnütrisyon ve Tedavisi. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi. 2013.
19. Gürel Çayır E, Kılavuz A, Hopancı Bıçaklı D. Malnütrisyon. Multidisipliner Bakış Açısıyla Geriatrik Sendromlar, Türkiye Klinikleri Özel Sayı, 2023: 8-15.
20. Pirlich M, Schütz T, Kemps M, Luhman N, Minko N, Lübke H et al. Social risk factors for hospital malnutrition. Nutrition, 2005; 21:295-300.
21. Özkul SA, Ünal PC. Yaşlı evde bakım hastasının beslenme durumu. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics, 2015; 6:28-34.

22. Lochs H, Allison SP, Meier R, Pirlich M, Kondrup J, van der Berghe G et al. Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, definitions and general topics. *Clin Nutr*, 2006; 25:180-6.
23. Chen SH, Acton G, Shao JH. Relationships among nutritional self-efficacy, health locus of control and nutritional status in older Taiwanese adults. *J Clin Nurs*, 2010; 19:2117-27.
24. Han Y, Li S, Zheng Y. Predictors of nutritional status among community dwelling older adults in Wuhan, China. *Pub Health Nutr*, 2009; 12:1189-96.
25. Johansson Y, Bachrach-Lindstrom M, Carstensen J, Ek AC. Malnutrition in a home –living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs*, 2009; 18:1354-64.
26. Johson LE, Sullivan DE. Nutrition and failure to thrive. "Current geriatric treatment and diagnosis " içinde. International ed. New York, Mc Graw Hill Companies. 2004; 391-406.
27. Kwon J, Suzuki T, Kumagai S, Shinkai S, Yukawa H. Risk factors for dietary variety decline among Japanese elderly in a rural community: a 8-year follow- up study from TMIG-LISA. *Eur J Clin Nutr*, 2006; 60:305-11.
28. Pablo MA, Izaga MA, Alday LA. Assessment of nutritional status on hospital admissions, nutritional scores. *Eur J Clin Nutr*, 2003; 57:824-31.
29. Yap KB, Niti M, Ng TP. Nutrition screening among home-dwelling older adults in Singapore. *Singapore Med J*, 2007; 48:911-6.
30. Morley JE. Pathophysiology of the anorexia of aging. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 2013; 16(1):27-32.
31. Maseda A, Diego-Diez C, Lorenzo-López L, López-López R, Folgueira LR, Millán-Calenti JC. Quality of life, functional impairment and social factors as determinants of nutritional status in older adults: The Verisaúde study. *Clinical Nutrition*, 2018; 37(3):993-9.
32. Covinsky KE, Martin GE, Beyth RJ, Justice AC, Sehgal AR, Landefeld CS. The relationship between clinical assessments of nutritional status and adverse

outcomes in older hospitalized medical patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1999; 47(5):532-8.

33. Crichton M, Craven D, Mackay H, Marx W, de van der Schueren M, Marshall S et al. A systematic review, meta-analysis and meta-regression of the prevalence of protein-energy malnutrition: associations with geographical region and sex. *Age and ageing*, 2019; 48(1):38-48.

34. Horowitz M, Maddern GJ, Chatterton BE, Collins PJ, Harding PE, Shearman DJ. Changes in gastric emptying rates with age. *Clinical Science (London, England: 1979)*, 1984; 67(2):213-8.

35. Parker BA, Chapman IM. Food intake and ageing—the role of the gut. *Mechanisms of Ageing and Development*, 2004; 125(12):859-66.

36. Schiffman SS, Graham BG. Taste and smell perception affect appetite and immunity in the elderly. *European journal of Clinical Nutrition*, 2000; 54(3):54-63.

37. Ritchie CS, Joshipura K, Silliman RA, Miller B, Douglas CW. Oral health problems and significant weight loss among community-dwelling older adults. *The journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2000; 55(7):366-71.

38. Wilson MM, Vaswani S, Liu D, Morley JE, Miller DK. Prevalence and causes of undernutrition in medical outpatients. *The American Journal of Medicine*, 1998; 104(1):56-63.

39. de van der Schueren MAE, Keller H, Cederholm T, Barazzoni R, Compher C, Correia MITD, et al. Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM): Guidance on validation of the operational criteria for the diagnosis of protein-energy malnutrition in adults. *Clinical Nutrition*, 2020; 39:2872-80.

40. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition*, 2017; 36(1):49-64.

41. Tuncer Ö, Bayındır A. Palyatif Bakım Hastalarında Malnütrisyon. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 2016; 8:11-4.

42. Işık E, Işık , Taner Y. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Ziraat Gurup Matbaacılık. 2013.
43. Türkiye Psikiyatri Derneği. Depresyon. [<https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/23/depresyon>] adresinden 02.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
44. World Health Organisation. Top 10 causes of DALY in Türkiye for total aged total years (2021). World Health Organisation, 2021 [<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>] adresinden 22.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
45. Aydemir Ö. Depresyon. " Aile Hekimleri İçin Psikiyatri " içinde. ed. Akdeniz F. Aile Hekimleri İçin Psikiyatri. 1. baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2017: 39-58.
46. Rothberg B, Schnek CD. Anksiyete ve Depresyon. "Textbook of Family Medicine Ninth Edition" içinde. (çeviri ed.) Saatçı E. 9. baskı. Ankara, Elsevier Inc; 2019: 1090-107.
47. Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç. 'Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Journal of Contemporary Medicine, 2016; 6:51-66.
48. Yalçın BM, Öztürk O. Birinci Basamakta Major Depresif Bozukluğa Yaklaşım. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2016; 10:250-8.
49. Barrett J, Williams J, Oxman T, Frank E, Sullivan M, Hegel M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care - A randomized trial in patients aged 18 to 59 years. The Journal of family practice, 2001; 50:405-12.
50. World Health Organisation. World Report On Ageing And Health. Geneva, Switzerland; 2015. [<https://iris.who.int/handle/10665/186463>] adresinden 22.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
51. Hablemitoğlu Ş, Özmete E. "Yaşlı Refahı- Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet" Ankara, Kilit Yayınları. 2010.
52. Kaptan G, Dedeli Ö. Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2012.

53. Küçük U, Karadeniz H. Yaşlanmaya Bağlı Bireylerde Görülen Fizyolojik, Ruhsal, Sosyal Değişiklikler ve Korunmaya Yönelik Önlemler. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2021; 14:96-103.
54. Ağırman E, Gençer MZ, Arıca S, Kaya E, Eğici MT. Huzurevinde, Evde Ailesiyle ve Yalnız Yaşayan Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yalnızlık Hissi Düzeylerinin Karşılaştırılması. Journal of Contemporary Medicine, 2017; 7:234-40.
55. Bekircan E, Okanlı A. Yaşlı Bireylerde Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2023; 16:16-22.
56. Polat F, Karasu . Yaşlı Bireylerin Algıladığı Yalnızlık Düzeyleri ile Depresyon Arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 2020; 8:72-82.
57. Zhang P, Wang L, Zhou Q, Dong X, Guo Y, Wang P, et al. A network analysis of anxiety and depression symptoms in Chinese disabled elderly. Journal of Affective Disorders, 2023; 333:535-42.
58. Ertan T. Geriatrik Depresyon Ölçeği İle Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeği'nin 60 Yaş Üzeri Türk Populasyonunda Geçerlilik-Güvenilirlik İncelemesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 1996.
59. Sarıkaya D. Geriatrik Hastalarda Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun Ve Kısa (MNA-SF) Formunun Geçerlilik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2013.
60. Küçükdeveci A, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel Tur B, Arasil T. Adaptation of the Modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. Scandinavian journal of rehabilitation medicine, 2000; 32:87-92.
61. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. Journal of Chronic Diseases, 1987; 40(5):373-83.
62. Seçer İ. Spss ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi. 2. baskı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2015: 28.

63. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 6. ed. Boston, Pearson; 2013.
64. Orme JG, Combs-Orme T. Regression with an Ordinal Dependent Variable. "Multiple Regression with Discrete Dependent Variables" içinde. Oxford University Press, 2009. s. 123-51. [<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195329452.003.0004>] adresinden 04.08.2024 tarihinde erişilmiştir.
65. Bender , Grouven U. Ordinal logistic regression in medical research. Journal of the Royal College of Physicians of London, 1997; 31(5):546-51.
66. Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnutrisyon Durumları Arasındaki İlişki. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2012; 10:37-43.
67. İplikçi G. Geriatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Besin Alımı, Malnutrisyon ve Depresyon Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, 2017.
68. Karakaş N, Bentli R, Fırıncı B, Zabcı B. Investigation of the relationship between depression and nutritional status of elderly patients in home care. Journal of Surgery and Medicine, 2019; 3(12):829-32.
69. Saka B, Özkulluk H. İç Hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nütrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. Gülhane Tıp Dergisi, 2008; 50(3):151-7.
70. Atalay BG, Akın AN, Aktoğ İ, Aydın B, Çakmak Z, Doğan AN, Vural BR. Malnütrisyon, beslenme durumu ve fiziksel aktivite düzeylerinin yaşlı bireylerde duygu durumuna etkisi. Toros University Journal of Nutrition and Gastronomy, 2023; 2(2):125-36.
71. Öztürk GZ. Geriatrik Evde Sağlık Hastalarının Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 2018; 10:7-10.
72. Villafañe JH, Pirali C, Dughi S, Testa A, Manno S, Bishop MD, Negrini S. Association between malnutrition and Barthel Index in a cohort of hospitalized older adults article information. Journal of Physical Therapy Science, 2016; 28(2):607-12.

73. Türk A, Işık A. Yaşlı Bireylerin Depresyon Düzeyine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2023; 13:2424-34.
74. Canaslan K. 60 Yaş Üstü Hastalarda Komorbidite Ölçeklerinin Hastanede Kalış Süresi ve Ayrıntılı Geriatrik Değerlendirme Parametrelerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı-Geriatri Bilim Dalı, 2020.
75. TC Resmi Gazete. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik. T.C. Resmi Gazete, 2023. [<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm>] adresinden 14.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
76. Sugiura Y, Tanimoto Y, Imbe A, Inaba Y, Sakai S, Shishikura K, et al. Association between Functional Capacity Decline and Nutritional Status Based on the Nutrition Screening Initiative Checklist: A 2-Year Cohort Study of Japanese Community-Dwelling Elderly. PLOS ONE, 2016; 11(11):e0166037.
77. Wyka J, Biernat J, Mikołajczak J, Piotrowska E. Assessment of dietary intake and nutritional status (MNA) in Polish free-living elderly people from rural environments. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2012; 54(1):44-9.
78. Chen CT, Tung HH, Chen YC, Lee HF, Wang CJ, Lin WH. Depressive symptoms and nutritional status in the frail older adults. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2019 ;83(3):96-100.
79. Akan H, Ayraller A, Hayran O. Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2013; 17:106-12.
80. Adıgüzel E, Acar Tek N. Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin beslenme durumlarına ilişkin bazı özelliklerin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2018; 11:19-25.
81. TÜİK. Türkiye Yaşlı Profili Araştırması 2023. [<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Yasli-Profil-Arastirmasi-2023-53809>] adresinden 06.08.2024 tarihinde erişilmiştir.

82. Feraldi A, Zarulli V. Patterns in age and cause of death contribution to the sex gap in life expectancy: a comparison among ten countries. *Genus*, 2022; 78(1):23.
83. Ulusal Eğitim İstatistikleri Veri Tabanı. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2018-2022. [<https://data.tuik.gov.tr>] adresinden 06.08.2024 tarihinde erişilmiştir.
84. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2017-2023. Available from: [<https://data.tuik.gov.tr/>] adresinden 06.08.2024 tarihinde erişilmiştir.
85. Gil-Montoya JA, Ferreira de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clinical Interventions in Aging*, 2015; 10:461-7.
86. Azizi Fard N, De Francisci Morales G, Mejova Y, Schifanella R. On the interplay between educational attainment and nutrition: a spatially-aware perspective. *EPJ Data Science*, 2021; 10(1):18.
87. Rahman MA, Halder HR, Rahman MS, Parvez M. Poverty and childhood malnutrition: Evidence-based on a nationally representative survey of Bangladesh. *PLOS ONE*, 2021; 16(12):18.
88. Chew J, Chia JQ, Kyaw KK, Fu JK, Ang J, Lim YP, Ang KY, Tan HN, W. Lim WS. Association of Oral Health with Frailty, Malnutrition Risk and Functional Decline in Hospitalized Older Adults: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Frailty & Aging*, 2023; 12(4):277-83.
89. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Ageing*, 2017; 46(6):882-8.
90. Kvamme JM. Body Mass Index and Risk of Malnutrition in Community-living Elderly Men and Women: Relationships with Morbidity, Mortality and Health-related Quality of Life. Doctoral Thesis. Faculty of Health Sciences, University of Tromsø; Department of Community Medicine. 2011.