

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞLI SAĞLIĞI VE BAKIMI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON
RİSKLERİ İLE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Şeyma KESKİN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Serdal ÖĞÜT

AYDIN-2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Şeyma KESKİN tarafından hazırlanan “Evde Yaşayan Yaşlılarda Malnütrisyon Riskleri ile Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26/07/2019

Üye (Tez Danışmanı):	Doç. Dr. Serdal ÖĞÜT	ADÜ	
Üye	: Prof. Dr. Zeynep GÜNEŞ	ADÜ	
Üye	: Prof. Dr. Erşan KARABABA	MSKÜ	

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cavit KUM
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam dahil olmak üzere akademik eğitim dönemimde desteğiyle beraber yol gösterdiği için danışmanım değerli

Doç.Dr. Serdal ÖĞÜT'e;

Bilim insanının duruşunu ve bilim insanı olmanın prensiplerini, değerlerini öğrenirken örnek aldığım değerli

Prof.Dr.Güzel DİŞÇİGİL'e;

En ümitsiz, yorgun anlarımda dahi her zaman yanımda olan sevgili annem

Öğr.Hüsnüye KESKİN'e;

Hayatım boyunca gelişimime ve ilkelerimin oluşmasına katkıda bulunan babam

Dr.Celil KESKİN'e;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Temmuz /2019

Şeyma KESKİN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar DİZİNİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Yaşlılık	3
2.1.1. Yaşlılık Kavramı	3
2.1.2. Yaşlanmanın Fizyolojisi	4
2.1.3. Yaşlılık ve Beslenme	6
2.1.4. Yaşlılıkta Günlük Yaşam Aktiviteleri	7
2.2. Malnütrisyon.....	8
2.2.1. Malnütrisyon Kavramı ve Sıklığı	8
2.2.2. Malnütrisyona Yol Açan Nedenler.....	10
2.2.3. Malnütrisyon Belirtileri	10
2.2.4. Malnütrisyonun Önemi.....	11
2.2.5. Malnütrisyonun Etkileri.....	12
2.2.6. Malnütrisyon Tanı Yöntemleri	13
2.2.6.1. Anamnez.....	14
2.2.6.2. Fiziki muayene	14
2.2.6.3. Antropometrik ölçümler	15
2.2.6.4. Biyokimyasal parametreler	16
2.2.7. Malnütrisyon tedavisi	17
2.2.7.1. Beslenme yöntemleri	18
2.2.8. Alan Yazın Taraması	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Türü	21

3.2. Araştırmanın Amacı	21
3.3. Araştırmanın Önemi	21
3.4. Araştırma Soruları	22
3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.7. Verilerin Toplanması.....	24
3.8. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	25
3.9. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılacak Test ve Yöntemler	27
4. BULGULAR	28
4.1. Katılımcıları Tanımlayıcı İstatistikî Bulgular	28
4.2. Ölçeklere İlişkin Bulgular	31
4.3. Araştırma Sorularına İlişkin Bulgular	40
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
KAYNAKLAR.....	56
EKLER	62
ÖZGEÇMİŞ.....	69

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ΔR^2	: Düzeltilmiş Çoklu Determinasyon Katsayısı
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EGYA	: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri
EP	: Enteral Beslenme
ESPEN	: Early Career Faculty The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism-Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
MNA	: Mini Nutritional Assessment-Mini Nutrisyonel Değerlendirme
MNA-SF	: Mini Nutritional Assessment-Short Form
N	: Frekans
n	: Örneklem Büyüklüğü
p	: Anlamlılık Değeri
PB	: Parenteral Beslenme
r	: Çoklu Korelasyon Katsayısı
R^2	: Çoklu Determinasyon Katsayısı
SE	: Standart Hata-Sapma
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
SS	: Standart Sapma
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization-Dünya Sağlık Örgütü
β	: Beta Dağılımı
χ^2	: Ki-Kare Test Değeri

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 1. Yaşlılarda malnütrisyonun nedenleri.....	10
Tablo 2. Beslenme durumunu değerlendirmede kullanılan plazma proteinleri.....	16
Tablo 3. Çakırbeyli Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü yaşlıların bölgelere göre dağılımı	24
Tablo 4. Katılımcılara ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı.....	28
Tablo 5. Katılımcıların kişisel durumlarına ilişkin dağılımları	29
Tablo 6. Katılımcıların antropometrik karakterleri.....	30
Tablo 7. Katılımcıların cinsiyete göre MNA-SF tarama testi bulgularının dağılımı.....	31
Tablo 8. Katılımcıların MNA-SF testi skorları.....	32
Tablo 9. Katılımcıların cinsiyete göre malnütrisyon değerlendirme testi bulgularının dağılımı	33
Tablo 10. Katılımcıların malnütrisyon tarama testi skorları.....	34
Tablo 11. Katılımcıların GYA'nin değerlendirilmesi.....	35
Tablo 12. Katılımcıların cinsiyetlerine göre GYA puan ortalamaları	36
Tablo 13. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre GYA puan ortalamaları	37
Tablo 14. Katılımcıların EGYA'nin değerlendirilmesi	37
Tablo 15. Katılımcıların cinsiyetlerine göre EGYA puan ortalamaları.....	39
Tablo 16. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları	39
Tablo 17. Malnütrisyon riski ile GYA arasındaki ilişki	40
Tablo 18. Malnütrisyon riski ile EGYA arasındaki ilişki	40
Tablo 19. Katılımcıların GYA ve EGYA ile malnütrisyon riskleri arasındaki ilişkinin düzeyi.....	41
Tablo 20. Bağımsız değişkenler ile katılımcıların GYA arasındaki ilişkinin düzeyi	42
Tablo 21. Bağımsız değişkenler ile katılımcıların EGYA arasındaki ilişkinin düzeyi.....	44

ÖZET

EVDE YAŞAYAN YAŞLILARDA MALNÜTRİSYON RİSKLERİİLE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

**Keskin Ş. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı
Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.**

Yaşlanma ile fonksiyonel yeterlilik azalmakta, bağımlılık artmaktadır. Genel olarak yaşlılar günlük aktiviteleri sırasında yardıma ihtiyaç duyabilirler. Yaşlının bakım gereksinimleri karşılanmaması beslenme durumunu değiştirir. Alan yazın incelendiğinde, fonksiyonel yeterlilik ile malnütrisyon riski arasındaki ilişkinin önemine vurgu yapılmaktadır. Bu çalışmada, yaşlıların malnütrisyon riskleri ve günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin tanımlanması, malnütrisyon riski ve malnütrisyon riskini etkileyen diğer faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, Aydın ili Koçarlı ilçesi Çakırbeyli Beldesinde bulunan, Çakırbeyli Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 65 yaş üstü, yatağa bağımlı olmayan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan veriler toplanmış, elde edilen veriler SPSS 17.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Malnütrisyon riski ile günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik regresyon analizi yürütülmüş, analiz sonucunda; katılımcıların malnütrisyon riski ile günlük yaşam aktiviteleri($p=0,015<0,05$)ve enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ($p=0,003<0,05$) arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, katılımcıların; tanısı konmuş kronik hastalık sayısı, sebze meyve tüketimi ve sıvı tüketim düzeyleri ile günlük yaşam aktiviteleri arasında, tanısı konmuş kronik hastalık sayısı, sebze meyve tüketimi ve sıvı tüketim düzeyleri ile enstrümental günlük yaşam aktiviteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ulaşılan bulgular doğrultusunda, malnütrisyon riskli ve malnütrisyonlu yaşlıların, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini yapmada bağımlı oldukları, malnütrisyon riski taşımayan yaşlıların ise, yaşamsal aktivitelerini daha bağımsız yapabildiklerini söylemek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivitesi; Evde Yaşayan Yaşlılar; Günlük Yaşam Aktivitesi; Malnütrisyon.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN MALNUTRITION RISKS AND DAILY LIFE ACTIVITIES IN ELDERLY LIVING AT HOME

**Keskin Ş. Aydın Adnan Menderes University Institute of Elderly Health Master's
Thesis, Aydın, 2019**

Aging decreases functional capacity and increases dependence. In general, elderly people may need help during their daily activities. Nutritional status changes if the care of the elderly is not met. When the literature is examined, it is emphasized the importance of the relationship between functional competence and malnutrition risk. In this study, it was aimed to define the relationship between the risk of malnutrition and daily living activities of the elderly, the risk of malnutrition and other factors affecting the risk of malnutrition. For this purpose, data were collected from the patients over 65 years of age, who were not bed dependent and voluntarily accepted to participate in the study at Çakırbeyli town of Aydın province, Koçarlı district, and the data were evaluated by using SPSS 17.0 program. Regression analysis was conducted to determine the relationship between malnutrition risk and daily life activities and instrumental daily life activities. It was determined that there was a significant relationship between malnutrition risk and daily life ($p=0,015<0,05$) and instrumental daily life activities ($p=0,003<0,05$) of the participants. In the study, the participants; A statistically significant correlation was found between the number of diagnosed chronic diseases, consumption of fruit and vegetable consumption and liquid consumption levels and daily life activities, the number of diagnosed chronic diseases, consumption of fruit and consumption of fruits and fluid consumption levels. According to the findings, it is possible to say that the elderly with malnutrition and malnutrition are dependent on daily life activities and instrumental daily life activities and the elderly who do not have the risk of malnutrition can make their vital activities more independent.

Key Words: Daily life activity; Elderly living at home; Instrumental daily life activity; Malnutrition

1. GİRİŞ

Ülkemizde, yaşlı nüfusun toplam nüfusa göre oranı artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2017 verilerine göre yaşlı nüfus oranı (65 ve üzeri yaş oranı) son beş yılda yüzde 17 artmıştır. 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 yaşlı nüfusu bulunurken, beş yılın sonunda %17 artarak 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 yaşlı nüfusuna yükselmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2013 yılında %7,7'den, 2017 yılında %8,5 oranına ulaşmıştır (TÜİK, 2018a).

Dünya nüfusu geçmişe göre daha hızlı yaşlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada 60 yaş üstü yaşlı oranı 2015 ve 2050 yılları arasında ikiye katlanarak yüzde 12'den yüzde 22'ye çıkacağı öngörülmektedir. 2020 yılında 60 yaş ve üstü insanlar beş yaş altı çocuklardan daha fazla sayıya ulaşacağı bildirilmektedir. 2050'de yaşlı insanların yüzde 80'inin düşük ve orta gelir seviyesinde ülkelerde yaşayacağı düşünülmektedir. Bütün ülkeler sağlık ve sosyal sistemlerini bu demografik değişime hazırlamakta büyük zorluk çekmektedirler (WHO, 2018).

DSÖ kronolojik olarak yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak tanımlamaktadır. Yaşlı bireyler insan doğuştan beklenen insan ömrünün uzaması ve nüfusun artışıyla kronik ve akut hastalıklara daha fazla yakalanmaktadır. Kronik hastalıklara genellikle ileri yaşlarda rastlanmaktadır (Bilir, 2006).

Yaşlılarda tahmin edilen bu büyüme ve artan kronik hastalıklarla sağlık, bakım ve destek hizmetlerinde ciddi oranda yük oluşturacak potansiyele sahiptir. Yaşlıların beslenmesi; beslenme alışkanlıklarının doğru düzenlenmesi bağımsız ve kaliteli bir yaşam sürdürmeleri için çok gereklidir. Beslenme ile ilişkili sorunlar yaşlıların sağlığına zarar veren risk faktörlerini artırmaktadır (Leslie ve Hankey, 2015).

Malnütrisyon, vücutta ve fonksiyonlarında ölçülebilir olumsuz etkilere neden olan enerji, protein veya diğer besinlerin eksik veya fazla olduğu bir beslenme durumunu ifade eder (Elia, 2003). Malnütrisyon, mortalite ve morbidite riskindeki önemli bir artışla ilişkilendirilen ciddi bir halk sağlığı problemidir (De Onis ve ark, 1998).

Yaşlılarda malnütrisyon sık karşılaşılan bir durumdur. Ülkemizde yapılan malnütrisyon prevalans araştırmaları, hastaneye başvuran yaşlıların %25-45'inin, hastane ortamında bulunan yaşlıların %20-60'ının, huzurevi veya bakımevi gibi kurumlarda kalan yaşlıların %30-70'inin ve toplumda yaşayan yaşlıların %13-28'inin malnütrisyonlu veya

malnütrisyon riski altında olduğu bulunmuştur (Bozoğlu ve Öztürk 2016). Malnütrisyonun tanımlanıp tedavisinin yapılmaması durumunda diğerk var olan hastalıkların tedavileri de güçleşmekte ve yaşlılarda mortalite ve morbidite oranı olarak daha sık karşılaşılmaktadır (Saka, 2012). Yaşlılarda malnütrisyon görülme oranı artmaktadır.

Yaşlı bireylerde beslenme durumunun değerkendirilmesi her geriatrik değerkendirme formunda yer alan günlük yaşam aktiviteleri (GYA), fiziksel sağlık, kognitif ve mental sağlık ve sosyal çevresi gibi temel özelliklerin kısa bir değerkendirmesi ile desteklenmelidir. Bu özelliklerin değerkendirilmesinde standartize edilmiş araçların kullanımı daha etkili ve güvenilirlerdir. Ulaşılan veriler ışığında yaşlı bireyin fonksiyonel yeterliliğinin derecesini, fonksiyonel bağımsızlığını, yeteneklerini değerkendirmeyi, sınırlılıklarını tespit etmeyi ve bunların sonucunda uygun girişimlerin belirlenmesini amaçlamaktadır. GYA bireyin her gün yapması gereken kendine bakım aktiviteleridir. GYA'ni gerçekleştirmekte yetersiz olan hastalar yeterli beslenemezler ve 12-24 saat bakıcıya gereksinim duyabilirler (Karadakovan ve Aslan, 2010).

Yaşlılarda GYA'ndeki bağımlılık durumu kronik hastalıklarla artmakta,yaşlıların yaşam kalitesi düşmektedir (Kim ve ark, 2009). Yapılan bir çalışmada yaşlı hastaların, GYA düzeylerinin bilişsel fonksiyonları bozuldukça azaldığı, beslenmelerinin bozulduğu ve fonksiyonel kapasitelerinin olumsuz şekilde etkilendiğı bulunmuştur (Akça ve ark,2014).

Yaşlı bireyi değerkendirirken ele alması gereken temel konulardan biri beslenme durumu ve bununla ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. Böylelikle yaşlının beslenme ve günlük yaşam gereksinimleri değerkendirerek belirlenmiş olur. Yaşlandıkça kişi temel gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle meydana gelen malnütrisyon ve malnütrisyon riskinin, günlük yaşam becerilerinde ortaya çıkan yetersizliklerin ölüme kadar gidebilen olumsuz etkilere neden olduğu gözlemlenmiştir. Bu araştırmada, evde yaşayan yaşlıların malnütrisyon riskleri ile GYA düzeyleri arasındaki ilişki ve malnütrisyon riski ile etkileyen diğerk faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

Yaşlanma bütün canlıların yaşadığı, canlıların tüm yaşamsal işlevlerinde azalmanın kaçınılmaz olduğu evrensel bir süreçtir. Canlılar yaşam boyu sürekli değişim halindedir; doğduktan sonra büyümekte gelişmektedir. Yaşlılık bu evrelerden sonra gelen kaçınılmaz bir süreçtir. Bu süreç bireyin hayatında diğer evrelerde olduğu gibi doğal, tüm insanlık için geçerli olan bir durumdur. Yaşlılık moleküler seviyeden başlayarak hücre, doku, organ ve sistemlerde yaş aldıkça ortaya çıkan geri dönüşü olmayan konstrüktif ve fonksiyonel değişikliklerin sonucudur.

Yaşlanma, moleküler ve hücresele seviyeden başlamaktadır. Zamanla dokuların, organların ve bireyin yaşlanması ile sonucunda toplumun yaşlanmasıyla devam etmektedir (Kutsal, 2006). Zamanla kişinin değişen çevre koşullarına uyum sağlama yeteneğinin azalması durumuna yaşlılık denir. İlerlemiş yaşla beraber oluşan etkilerin sonucu olarak görülebilir (TÜRYAK, 2007).

2.1.1. Yaşlılık Kavramı

Yaşlılık çeşitli yönlerden tanımlanan bir kavram olmasıyla birlikte yaşlılığın biyolojik, kronolojik, fizyolojik psikolojik ve sosyolojik boyutları bulunmaktadır (Arpacı, 2005).

DSÖ “65 yaş ve üzeri” olarak yaşlılık dönemini kronolojik şekilde tanımlamaktadır. DSÖ tanımlamasının yanı sıra, yaşlılıkla ilişkili literatür dünya çapında incelenirse kronolojik olarak değişen ölçütlerin alındığı tanımlardan DSÖ’nünki kabul görmekteyken, Birleşmiş Milletler yaşlılarla ilişkili araştırmalarında 60 yaş ve üzeri bireyleri baz almaktadır. Yaşlıları dönem olarak kendi içerisinde; 65-74 yaş arası bireyleri “genç yaşlı”, 74-84 yaş arası bireyleri “yaşlı”, 85 yaş ve üzeri bireyleri “ileri yaşlı” olarak sınıflandırmıştır (Tezcan ve Seçkiner, 2012).

Yaşlılık kavramı insanlar için geçerli olduğu gibi toplumlarda da geçerlidir. Bir toplumda doğurganlığın azalmasıyla ölüm hızının düşmesi nüfusun yaşlanmasına sebep

olur. Genç popölasyonla kıyaslandığında yaşlı popölasyonunun artması nüfusun yaşlandığına işaret etmektedir (Öz, 1999).

Dünya nüfusu, doğum ve ölüm hızlarının azalması, yaşamdan beklenen sürenin uzamasıyla yaşlanmaktadır. Dünya savaşlarının olduğu dönemlerde yaşlılık ve sağlık ilişkisi "işgücü" potansiyeli olarak görülürken kronik hastalıkların yaşlı nüfusunda etkilere yol açtığı 1950'li yıllardan sonra bu anlayış değişmiştir. Sağlık ve tedavi hizmetlerinin iyileştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi beslenme ve çevre şartlarının sağlık üzerine olumlu etkisiyle yaşlı nüfus oranı artmıştır (Aslan ve ark, 2008). World Health Organization (WHO), dünyada yaşlı nüfusunun artışıını "global sağlık hizmetlerindeki gelişmenin olumlu bir göstergesi" olarak kabul etmektedir (WHO, 2002)

Toplumları bireylerin yaşını esas alınarak değerlendirirsek 4 gruptur. "Genç toplum" 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %4'den az olduğu toplumlar, "erişkin toplum" 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %4-7 arasında olan toplumlar, "yaşlı toplum" 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranının %7-10 arasında olduğu toplumlar, "çok yaşlı toplum" 65 yaş ve üzerindeki nüfusun tüm nüfusa oranı %10'un üzerinde olan toplumlar olarak tanımlanmaktadır. Türkiye yaşlı toplum grubuna girmektedir (Önal, 2006).

Türkiye'de doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasıyla nüfus yaşlanmaya devam etmektedir. Nüfusta yaş yapısının önemli bir göstergesi olan ortanca yaşın 2018 yılında 32, 2023'te 33,5, 2040'da 38,5, 2060'ta 42,3, 2080'de ise 45 olması beklenmektedir. Yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının 2018 yılında %8,7, 2023'te %10,2, 2040'da %16,3, 2060'ta %22,6 ve 2080'de %25,6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2018b).

2.1.2. Yaşlanmanın Fizyolojisi

Yaşlılık zamanla insan vücudunda meydana gelen değişiklikleri ifade eder (Kirkword, 2008). Yaşlanma ile oluşan değişiklikler ve etkiler karmaşıktır. Biyolojik seviyede yaşlanma, insan vücudunda moleküler ve hücrel hasarın geniş kapsamda ve çeşitli şekillerde kademeli birikmesidir. Zamanla bu hasar fizyolojik rezervlerde ilerleyici azalma, hastalıklara yakalanma riskinde artış ve kişinin fonksiyonlarında azalmaya yol açmaktadır. Kaçınılmaz olarak yaşlı bireyin ölümüyle sonuçlanmaktadır (Vasto ve ark, 2010).

Yaşlanma süreci; genetik programlamayla beraber kişiye özgü özellikler ve dış etkenlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bireyin geçirdiği hastalıklar, güneş ışığı ve

hava kirliliği bu süreci etkileyen, azaltılması veya kaçınılması mümkün olan dış etkenlerdir (Arulat, 2009).

Multifaktöriyel bir süreç olan yaşlanma mikroskobik düzeyde başlayıp makroskobik düzeye ilerlerken organizmada fizyolojik kayıplar meydana gelmektedir. Fakat bu kayıplar kişiden kişiye değişim gösterebilmektedir. Bu süreçte normal şartlar altında organizmada fonksiyon kaybına neden olmamaktadır. Organ rezervlerinin kapasitelerinde ve homeostatik kontrolde oluşan kayıplarla organizmaların stres yanıtları bozulmaktadır. Değişen şartlara adaptasyon yeteneği azalmaktadır (Aslan ve Karadakovan ve Aslan, 2010).

Hücre içi ve hücre dışı değişiklikler fiziksel olarak değişikliklere neden olarak işlevleri bozarken, vücudun anatomisi ve morfolojisinde fark edilen değişiklikler oluşmaktadır. Yaşlılık birden fazla hastalığın ve bunlarla ilişkili belirti ve bulguların genellikle bir arada bulunduğu yaşamsal süreçtir (Çakmak ve ark, 2004).

Yaşlanmanın karakteristik özellikleri;

- Organ sistemlerinin rezerv kapasitelerinde azalma (özellikle stres periyotlarında belirginleşme),
- Homeostatik kontrolde azalma (termoregülasyon sisteminde bozukluk, baroreseptör duyarlılığında azalma),
- Çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinde azalma (pozisyon değişikliği ile ortaya çıkan ortostatik hipotansiyon, değişen ısıya adaptasyonda zayıflık),
- Stres yanıt kapasitesinde azalma (ateş, anemi),

Yaşlanmaya bağlı olarak meydana gelen ve zamanla artan bu kayıpların sonucunda; kişi hastalıklara ve yaralanmalara karşı korunmasız hale gelmektedir (Çetinel, 1998).

Yaşlanma ile vücut sistemlerini etkileyen fizyolojik ve anatomik değişikliklerle yaşlının hastalıklara direnci azalmaktadır. Hastalıklarla baş etmekte zorlanan yaşlı popülasyonda kronik hastalıkların görülme oranı yükselmektedir. Birden fazla sağlık sorunuyla karşılaşan yaşlılar değişen koşullara uyum sağlayamama, bağışıklığın azalması ve stres nedeniyle daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalıklara yakalanmaktadır. Sonucunda yaşlılar, sağlık merkezlerine sıklıkla başvurmakta ve hastaneye yatış süreleri uzamaktadır (Çivi ve Tanrikulu, 2000).

Dünya nüfusunun yaşlanmasıyla artış gösteren kanser, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalıkları ve başta demans olmak üzere mental hastalıklarda DSÖ'nün verilerine göre en önemli risk faktörleri olan sigara, fiziksel inaktivite, obezite, sağlıksız ve bilinçsiz beslenmenin önlenmesi için girişimlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bunun

içinde kapsamlı çalışmaların yapılmasının gerekliliği belirtilmektedir (Bıyık ve Özgür, 2002).

2.1.3. Yaşlılık ve Beslenme

Yaşlıların besin tüketimini etkileyen faktörler, yaşlanma ile birlikte oluşan fizyolojik değişiklikler, fiziksel nedenler, kronik hastalıklar, ilaç-besin etkileşimi, sosyoekonomik ve psikolojik durumdur. Yaşlının beslenmesini sindirim sistemindeki fizyolojik değişiklikler (mide asit salgısının azalması, midenin boşalma hızının yavaşlaması, ince bağırsaklardan besin öğelerinin emiliminin azalması vb.) olumsuz etkilemektedir. Diğer sık görülen fizyolojik sorunlar; duyu kayıpları, ağız-diş sağlığının yetersiz olması ve iştahsızlıktır (Kritchevsky, 2016).

Orta yaşların bitiminden başlayarak dildeki papillalarda giderek artan atrofi tat alma duyusunda kısmen tatlı ve tuzlu duyulanmasında kayıplara neden olmaktadır. Bu kayıplarla yaşlılarda şekerli ve tuzlu besinleri tüketme isteği artış göstermektedir. Buna benzer olarak koku alma yeteneğindeki azalma, besinin aromasının iştah uyarıcı etkisini azaltmaktadır. Alzheimer ve parkinson hastalığı olan yaşlılarda koku alma duyusundaki disfonksiyon daha belirgin olmaktadır. Diş kaybı, çiğneme ve yutma güçlüğü takma diş kullanma, yaşlının besin alımını olumsuz şekilde etkileyen nedenlerden fiziksel olanlardır (Ohlhorst ve ark, 2013).

Depresyon, demans, yalnız yaşama, stresli yaşam koşulları, yalnız yemek yeme yaşlı bireyin besin tüketimini azaltmaktadır. Depresyon tek başına anoreksi geliştirebilmekte ve yaşlılarda kilo kaybının en yaygın nedenlerinden biridir. Son yıllarda yapılan çalışmalara göre depresyonlu bireylerde; α -tümör nekroze faktör ve diğer sitokinlerin, güçlü bir anorektik öge olan kortikotropin serbestleştirici faktör sentezini arttırarak anoreksiye yakalanma riskini artırmaktadır (Wysokiński ve ark, 2015).

Yaşlandıkça kronik hastalıkların varlığı, gıda öğelerinin alımını azaltmaktadır. Kalp, karaciğer ve böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik intestinal iskemi, kronik pankreatis, iltihabi bağırsak hastalığı, neoplazm gibi hastalıklar yaşlıda kilo kaybı ve protein enerji malnütrisyona sebebiyet veren, sık görülen etkenlerdir. Yaşlıların kronik hastalıkları (diyabet, kalp-damar hastalıkları, böbrek yetmezliği vb.) sebebiyle kullandıkları terapitik diyetler (şekersiz, az tuzlu, düşük kolesterolü vb.) de besin tüketimini olumsuz

etkileyebilir. Fazla kısıtlanmış diyetler, besin alımının azalmasına veya reddedilmesine yol açmaktadır (Barkoukis, 2016).

Yaşlı bireyleri gençlerle kıyasladığımızda, kendilerini daha az aç ve öğün sonrasında daha doygun hissederler. Küçük öğünler tüketirler, yavaş yerler, ana öğün aralarında daha az ara öğün tüketirler. İştahta ki, dolayısıyla besin tüketimindeki azalma enerji tüketimi, protein, kalsiyum, demir, çinko, B vitaminleri gibi besin öğelerinin günlük alımında yetersizliğe neden olmaktadır. 20 ile 80’li yaşlarda besin tüketimindeki azalmanın %30’un üzerinde olduğu bildirilmiştir (O’Neill ve ark, 2005).

2.1.4. Yaşlılıkta Günlük Yaşam Aktiviteleri

Fonksiyonel yeterlilik, GYA’ni yardımsız, birilerine bağlı kalmadan ve kaliteli yaşam düzeyini sağlamış şekilde gerçekleştirme yeteneğidir (Shelton ve ark, 1994; Yavuz 2006). Fonksiyonel yeterlilik, yürüme, banyo yapma, yemek yeme gibi temel GYA ile ilgili fonksiyonel kapasiteyi ifade eder (Besdine, 1988). GYA’ni ölçen çeşitli skalalar kullanılarak bireylerin GYA’ni gerçekleştirme yeteneği değerlendirilir (Katz ve ark, 1963; Mahoney ve Barthel, 1965).

Fonksiyonel yeterlilik bireylerin öz bakım gereksinimlerini ve GYA yerine getirebilme durumlarının ölçülmesiyle değerlendirilmiş olur. Ölçüm yöntemiyle elde edilen veriler ile yaşlıların fonksiyonel bağımsızlıkları, yetenekleri, sınırlılıkları değerlendirilmiş olup bununla ilgili bir soruna uygun girişim planları yapılır. GYA kişinin her gün yapması gereken kendi bakımındaki aktiviteleridir. Bu aktiviteleri yapmada yetersiz olan bireyler yeterli beslenemez ve 12-24 saat bir bakıcıya gereksinim duyabilirler (Sobotka, 2004; Karadakovan ve Aslan,2010).

Yaşlanma ile bireylerin başkalarına karşı duydukları bağımlılık düzeyleri artmaktadır. Genellikle yaşlılar GYA’ni yerine getirirken kendilerine yardım edilmesine ihtiyaç duyarlar. Bu destek aile içinde karşılanır. Ancak, sanayileşme ve şehirlerdeki yaşamın artmasıyla aile yapısı küçülmekte ve yaşlının aile içerisinde bakımı da zorlaşmaktadır (Akgün ve ark. 2004). Yaşlının ihtiyaçları karşılanamazsa yaşlıda pek çok tıbbi ve bakım problemleri ortaya çıkar. Malnütrisyon da, yaşlılarda en sık görülen bakım problemlerinden biridir (Pınar 2010). Yaşlının bakım gereksinimleri karşılanamazsa beslenme durumunda da değişiklikler olabilmektedir. Çalışmalar günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ile malnütrisyon riski arasındaki ilişkinin önemini

göstermektedir (Chen ve ark, 2001; Cereda ve ark, 2008; Chan ve ark, 2010; Volkert ve ark, 2010).

2.2. Malnütrisyon

Belinda ve arkadaşları (2011) Parenteral ve Enteral Beslenme Avrupa Topluluğu'na (ESPEN) atfen malnütrisyonu “yüksek enfeksiyon ve komplikasyon oranları da dahil olmak üzere hasta için olumsuz sonuçlara neden olan, hastalarda artmış kas kaybı, yara iyileşmesinde bozulma, hastanede kalma süresinde uzama ve morbidite ve mortalite oranlarında artışa yol açan beslenme bozukluğu” olarak tanımlamıştır (Belinda ve ark, 2011).

Laviano (2010)'nın belirttiğine göre, ESPEN malnütrisyonu “klinik sonuç olarak malnütrisyonu vücut formunda (vücut büyüklüğü, şekli, kompozisyonu) ve fonksiyonu üzerinde ölçülebilir olumsuz etkiler gösteren beslenme eksikliği, enerji fazlalığı (veya dengesizlik), protein ve diğer besin maddelerinin eksikliği olarak” tanımlamaktadır (Laviano, 2010).

Sobotka (2012), malnütrisyonu yetersiz ve dengesiz beslenmenin yol açtığı, vücut kompozisyonunun(yağsız kütlelerde azalma), vücut hücre kitlesinin bozulması sonucu ortaya çıkan fiziksel ve bilişsel fonksiyonların azalması, hastalıkların klinik sonuçlarının kötüleşmesi olarak tanımlamaktadır.

2.2.1. Malnütrisyon Kavramı ve Sıklığı

Malnütrisyon sıklıkla erken dönemde tanılamayan, çoğu klinisyen tarafından ciddiye alınmayan, teşhisi durumunda ise tedavisi için çok fazla çaba harcanamayan, hastane ortamındaki, bakımevlerinde ve toplumda kendi evinde yaşayan yaşlılarda sık rastlanan önemli bir sağlık problemidir. Özellikle geriatrik popülasyonda sık görülen ve hastaların morbidite ve mortalite düzeylerine olumsuz etkisi kanıtlanmıştır (Seiler, 2001).

Araştırmalarda malnütrisyon prevalansı değişiklik göstermektedir. Klinik Enteral Parenteral Nütrisyon Derneği (KEPAN), hastane ortamında malnütrisyon durumunu belirlemek amacıyla (15 Temmuz 2005-16 Haziran 2006 yıllarında) 19 şehirdeki 34 Üniversite Hastanesinde yürüttükleri çalışma ile 29.139 hasta değerlendirerek Türkiye'deki

nütrisyonel durumu değerlendirmiştir. Araştırma sonuçlarına göre 1459 nöroloji hastasının %23,9'unun malnütrisyonlu olduğu, 350 nöroloji hastasının malnütrisyon riski altında olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucuna göre hastaların %15'inin yatış anında beslenme durumu açısından risk altında olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Nütrisyonel açıdan en yüksek oran %52 ile yoğun bakım ünitelerinde saptanmıştır. Onkoloji hastalarında ise %43 oranında beslenme yetersizliği riski bildirilmiştir (Korfalı ve ark, 2009).

Ülkemizde geriatri hastalarının malnütrisyon prevalansı hastane ortamındaki yaşlılarda %23-62, bakım evinde kalan hastalarda ise %85'leri bulduğu rapor edilmiştir (Erkoç, 2011). Ülger ve arkadaşları tarafından (2010 yılında) Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan çalışmalarda geriatri polikliniğine başvuran hastaların %28'inin beslenme durumu yetersiz olduğu, yatan hastalarda malnütrisyon riskinin % 69, malnütrisyon oranının %12 olduğu bulunmuştur (Ülger ve ark, 2010).

Yaşlılarda sağlığı olumsuz etkileyen yaygın beslenme sorunlarından biri malnütrisyonudur. Malnütrisyon görülme sıklığı yaşlılarda artış göstermektedir. Dünya çapında farklı ülkelerde %50'yi geçen prevelans oranları saptanmıştır. Kaiser ve arkadaşları (2010) tarafından 12 ülkenin (Almanya, İtalya, Belçika, İspanya, İsveç, Fransa, Danimarka, Amerika, Japonya, Güney Afrika, Avusturalya) bulunduğu bir çalışmada, toplumda yaşayan 65 yaş ve üzerindeki yaşlılarda malnütrisyon oranı %5,8, huzurevlerinde yaşayanlarda %13,8, hastanede yatanlarda ise %38,7 saptanmıştır (Kaiser, 2010). Avrupa'da, sağlıklı halkın %5-15'i, hastaneye yatan hastaların %40'ı ve bakım evinde yaşayanların %60'ı malnütrisyon riski altında veya malnütrisyonlu olduğu saptanmıştır (Gündoğdu, 2010).

Herhangi bir nedene bağlı malnütrisyon sıklığı yataklı tedavi kurumunda bulunan geriatrik hastalar arasında %1-83; kendi evlerinde yaşayan 'sağlam' yaşlılar arasında ise %2-32 arasında değişmektedir (Aslan ve Bilir, 2008)

Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de yapılan araştırmalarda bulunan malnütrisyon görülme oranlarına bakılarak, malnütrisyon özellikle yaşlılarda kapsamlı araştırılması gereken bir sağlık problemidir. Malnütrisyonun önlenmesi için, hastalıkların ilerlemesinde etkili olması ve yara iyileşmesini geciktirmesinden dolayı özellikle yaşlı hastalarda nütrisyonel durumun çalışılıp değerlendirilmesi gerekmektedir.

2.2.2. Malnütrisyonu Yol Açan Nedenler

Yaşlılarda malnütrisyonun nedenleri çeşitli olsa da sosyal nedenler, psikolojik nedenler, tıbbi nedenler, ilaç kullanımı başlıkları altında ele alınabilir. Yaşlılarda malnütrisyonun nedenleri ana başlıklar altında aşağıdaki Tablo 1’de verilmiştir (Rakıcıoğlu, 2006).

Tablo 1. Yaşlılarda malnütrisyonun nedenleri

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

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

2.2.3. Malnütrisyon Belirtileri

Malnütrisyon; yetersiz gıda alımı, iştahsızlık, kas atrofisi, kilo verme ve kötüye gidişat ile ilişkili belirtilerle kendini göstermektedir. Yetersiz gıda alımı; kronik protein ve

enerji ihtiyaçlarının yetersiz karşılanması ile meydana gelir. Yetersiz gelen gereksinimlerin iki önemli nedeni, artan besin ihtiyacı ve azalan besin alımıdır. Hastalık veya ilaç tedavisi sebebiyle, besinlerin mideye alınması, emilimi veya sindirimindeki problemler de besin alımını etkileyen diğerk faktörlerdir (Chan ve ark, 2010).

Kas atrofisi; besin alımının özellikle proteinin ihtiyacından daha az alınması kas kitlesinin ve derialtı yağ dokusunun azalmasına neden olur. Malnütrisyon orta kol kas çevresi ölçümü ile tanılanabilir. Kilo kaybı; yaşlılarda kilo kaybı malnütrisyonun temel belirleyicilerindendir. 6-12 ayda %5'in üzerindeki klinik olarak önemli kilo kayıpları olarak kabul edilmektedir. İştahsızlık (Anoreksi); yaşlılıktaki anoreksi normal yaşlanma sürecine eşlik eden iştah kaybı ve besin alımındaki azalma sonucunda oluşan, istenmeyen ağırlık kaybını tanımlamaktadır. İştah kaybı çoğtu tanılama aracında sorgulanmaktadır (Shilpa, 2015).

Kötüye gidişat; malnütrisyonunda, enfeksiyonlara duyarlılığın artmasına, yara iyileşmesinin yavaşlamasına, ilaçların metabolizmaya karışma hızının düşmesine, fiziksel ve bilişsel fonksiyonların bozulmasına neden olur. Yapılan deneysel çalışmalar, malnütrisyonun yaşlılarda gençlerden çok daha zor iyileştiğini göstermektedir. Ayrıca yaşlılardaki alt ekstremitede ödem malnütrisyon belirtisidir (Rakıcıoğlu, 2009).

2.2.4. Malnütrisyonun Önemi

Yaşlıların besin alımları fizyolojik nedenlerle azalmaktadır, bu nedenle malnütrisyonu yakalanma riskleri artmaktadır. Ağız kuruluğtu, yutma güçlüğü, diş kaybı, mide boşalma zamanının azalmasıyla uzun süren tokluk hissi sebebiyle genç bireylere göre iştahları azalmaktadır. Ayrıca bazal metabolizma hızının yavaşlamasıyla besin alım ihtiyaçları da azalır. Yaşlılarda, diş sorunları, gastrointestinal sistem bozuklukları, baskılanmış immün sistem, kardiyovasküler bozukluklar, kanser, endokrin problemler, nörolojik ve kognitif fonksiyonlarda değışiklik, fonksiyonel yeterlilikte azalma, uykusuzluk ve depresyon başta olmakla beraber psikolojik sorunlar sonucu kişinin nütrisyonel durumu değışmektedir. İlerleyen yaş ile azalan sindirim ve emilim kapasitesi, tat ve koku duyularının azalmasından dolayı daha az yemek ihtiyacı duydukları belirtilmektedir. İleri yaşlarda ortaya çıkan kalori gereksiniminin azalması, glikoz intoleransı, serum trigliserid ve kolesterol düzeylerinin artması, yüksek biyolojik değerdeki protein ihtiyacı, susama yokluğtu gibi metabolik değışiklikler de dikkate alınmalıdır (Willis, 2017).

İlerleyen fizyolojik değişikliklerle malnütrisyon için yeterli patolojik seviyeye ulaşan yaşlılarda, düşme sonucu kalça fraktürleri, nazokomiyal enfeksiyonlar, hastanede uzun yatış süresi ve bası yarası riskleri artarak ölüme varan sonuçlara ulaşmaktadır. (Ülger, 2013).

Ekonomik olarak yetersiz kalan ve yalnız yaşayan yaşlılarda malnütrisyonu daha fazla rastlanmaktadır. Gerekli önlemlerin alınması ve bununla ilişkili girişimlerin zamanında yapılması, oluşabilecek komplikasyonlara engel olacaktır (Arioğlu ve Ülger, 2013).

Yaşlılarda malnütrisyon prevalansı yüksek oranlarda görülmektedir. Hasta olmayan yaşlılarda malnütrisyon %10-38 oranında görülmekteyken hastaneye ya da bakımevine yatan yaşlılarda oranı %85'e kadar çıkmaktadır. Malnütrisyon sağlık sorunu olan yaşlılarda daha sık görülmesine rağmen tarama yapılmazsa sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Malnütrisyonun yüksek morbidite ve mortalite oranları düşünüldüğünde, değerlendirme ve taramalarla önlenabilir olması nedeniyle malnütrisyon önemli bir sağlık problemidir. (Aslan, 2010; Ülger, 2013).

2.2.5. Malnütrisyonun Etkileri

Malnütrisyonun primer sonuçları; kilo kaybı, kas zayıflığı, bağırsak hareketliliğinde azalma, yara iyileşmesinin gecikmesi, hipoproteinemik ödem, immün cevaplarda bozulma, enfeksiyona yakalanma riskinde artış olmasıdır (Gündoğdu, 2010).

Malnütrisyonun sekonder sonuçları; hastane yatış süresinin uzaması, morbitide ve mortalite oranlarının yükselmesi, maliyetlerin artması ve iyileşme sürecinin gecikmesidir. (Gündoğdu, 2010).

Yaşlılarda malnütrisyon sonucu düşük protein ve kalsiyum alımı, kemik kütlelerinde D vitamininin azalması kas kütleindeki azalma ve yürüyüş bozukluklarına neden olur. Düşme riskinde artış, düşme halinde kemiği koruyan yağ kütlelerinde azalma olması sebebiyle yürüyüş bozuklukları, düşmeler ve kırıklıklarda ilişkilidir. Ayrıca malnütrisyon nedeniyle bası yaralarının oluşma riski artmaktadır. Düşük protein ve enerji alımı, azalan BKİ ve düşük albümin değerleri yaşlı hastalarda bası yaralarının oluşması için risk faktörleridir (Ensrud ve ark,1997).

2.2.6. Malnütrisyon Tanı Yöntemleri

Özellikle bakım alan ve hastanede yatan yaşlılarda malnütrisyon prevalansı yüksektir. Neden olabileceği morbidite ve mortalite oranları göz önüne alındığında, malnütrisyonun erken dönemlerde saptanması son derece önemlidir. Malnütrisyonun tanılanmasında kesinlik kazanan bir yöntem bulunmamaktadır. Nütrisyonel durumun taranması ve değerlendirilmesi için birçok test bulunmaktadır. Beslenme durumu değerlendirmesinde kullanılan beslenme öyküsü, anamnez, antropometrik ölçümler, fiziki muayene, biyokimyasal değerlerin incelenmesi birleşiminden oluşmaktadır. Bu değerlendirmelerin hiç biri bir arada olmadan yeteri kadar duyarlı ya da seçici değildir. Klinikte yeterli gerçeklikte, duyarlılıkta ve malnütrisyona özel geçerli testlerin kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Rakıcıoğlu, 2013).

Ancak malnütrisyonun teşhis ve taramasında kullanılan bu araçlar malnütrisyonun teşhis edilmesi kadar altında yatan etkenin fark edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesinde de önemlidir (Mitchell ve Chernoff, 1999).

Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) yaşı bireylerin beslenme durumlarının değerlendirilmesi için ülkemizde yaygın olarak kullanılan bir araçtır. Bu test yaşlılarda malnütrisyonu saptamada geçerli bir ölçüm aracı olduğu kadar malnütrisyon riskinin önceden belirlenmesi yönünden de geçerli bir ölçüm aracıdır. ESPEN, MNA'yi yaşı bireyler için kullanılması gereken bir tetkik aracı olarak tavsiye eder (Van Nes ve ark, 2001; Guigoz, 2006). MNA formunun duyarlılığı test edilmiş bulunmaktadır. Türkiye'de MNA'nin geçerlilik güvenirliği Sarıkaya (2013) tarafından sağlanmıştır.

MNA parametreleri; hastanın genel sağlık durumu, hareketlilik hali, beslenme durumu, antropometrik ölçümleri içeren kilo kaybı, beden kitle indeksi (BKİ), üst orta kol çevresi, baldır çevresi gibi uygulananın kendi beslenme durumu ile ilgili görüşü gibi bölümleri içeren on sekiz sorudan oluşur. Formdan elde edilen puan kategorisi; 23 ve üzeri iyi beslenme durumu, 23 ve 17 arası malnütrisyon riski altında, 17 ve altı ise malnütrisyon olarak değerlendirilir (Delegge, 2011; Ülger, 2013).

Yaşlıda malnütrisyon teşhisinde aşağıdaki kriterlerden 1 ya da 1 kaçı kullanılır(ESPEN 2013):

- Son bir ayda vücut ağırlığının $\geq 5\%$ kilo kaybı veya son altı ayda ağırlığın $\geq 10\%$ kilo kaybı,
- $BKİ < 21$,
- Serum albumin düzeyi < 35 g/l,

- MNA puanı <17.
- Ağır malnütrisyon kriterleri:
- Son bir ayda vücut ağırlığının $\geq 10\%$ kilo kaybı veya son altı ayda vücut ağırlığının $\geq 15\%$ kilo kaybı,
- BKİ < 18,
- Serum albumin düzeyi < 30 g/l.

2.2.6.1. Anamnez

Anamnezde; öncelikle beslenme durumu, kilo kaybı, iştahsızlık, günlük besin alımı, besin alım sıklığı, diyet uyguluyorsa içeriği, devam eden hastalıklar (demans, depresyon, inmeye sekonder disfaji), kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır. Bunun yanında günlük sıvı alımı da dahil edilmelidir (Ülger, 2013)

Malnütrisyon tanısında majör değer istemsiz kilo kaybıdır ve kilogram veya yüzde olarak belirtilmektedir. Kilo kaybının başladığı zaman özellikle sorgulanmalıdır. Yaşlılarda bir ayda sahip oldukları ağırlığın $\geq 5\%$ kaybı, 6 ayda $\geq 10\%$ kaybı malnütrisyon olarak değerlendirilmektedir. Şiddetli malnütrisyondaki kayıplar ise; bir ayda $\geq 10\%$ kilo kaybı, altı ayda $\geq 15\%$ kilo kaybı olarak tanımlanmaktadır (Agarwal, 2013).

2.2.6.2. Fiziki muayene

Kas kayıpları, fonksiyonel yetersizlik, deri değişiklikleri, ödem, hepatomegali, vitamin ve eser element yetersizlikleri ve ilişkili aşağıda belirtilen semptomlar dikkatle bulunmalıdır. Muayene ile şu bulgulara ulaşmak mümkündür (Başoğlu ve ark, 1996):

- Kaslarda atrofiyle kas gücünün azalması özellikle üst ekstremitelerde belirgin olması
- Gövdede hiperpigmente maküler döküntülerin bulunması
- Yüzde kaşektik görünüm
- Yağ depolarında azalma
- Periferik ödem
- Saç rengi değişiklikleri
- Cilt lezyonları, turgor tonus değişiklikleri
- Tırnaklarda deformiteler
- Parestezi ve nöropatiler

2.2.6.3. Antropometrik ölçümler

Yapılan çalışmalarla yaşlılarda boy uzunluğunun azaldığı gözlemlenmiştir. Yaşlılıkla birlikte vücut yağ dokusunda ve yağsız dokudaki değişim oranının yanında morfolojik ve fizyolojik değişiklikler nedeniyle boy uzunluğu giderek kısalmaktadır. Kısılan boyla BKİ 7'inci dekattan sonra değişmektedir. Oluşan kronik hastalıklar, omurga deformiteleri ve yatağa bağımlı olma hali gibi nedenlerle boy uzunluğu ölçülemeyen yaşlılarda diz boyu kullanılarak boy uzunluğu hesaplanmaktadır (Başibüyük ve ark, 2017).

En pratik olarak kullanılan antropometrik değerlendirme BKİ'dir. BKİ; kas ve yağ kitlesi arasındaki ilişki ilerleyen yaş ile birlikte değişmektedir. Kadın ve erkekler de BKİ 7'inci dekattan sonra azalmaktadır. Bunun en önemli nedeni yaşlılarda BKİ ve ağırlıktaki değişimin sadece yağ depolarının kaybına bağlı olmasından değil bunun yanında yağsız doku kaybından kaynaklanmasıdır. Bu durum BKİ'nin beslenme durumunun değerlendirilmesindeki geçerliliğini azaltmaktadır. 65 yaş altında erişkinlerde BKİ için malnütrisyonun sınır değeri 18,5kg/m² olarak kabul edilirken yaşlılarda bu değer genellikle 20-22 arasındadır. Hastanede yatan 65 yaş üzeri hastalarda, BKİ'nin 18.5 kg/m²'nin altında olmasının mortalite risk oranlarını arttırdığı saptanmıştır. BKİ'nin erkeklerde 23 kg/m², kadınlarda 24 kg/m² olmasının hayatta kalma ile ilişkilendiren sonuçlara ulaşılmıştır. Yine 65 yaş üzeri hastalarda BKİ; 24 kg/m²'den az veya herhangi bir düzeyde ağırlık kaybı mevcutsa beslenmeyle ilişkili komplikasyonları azaltmak için beslenme desteğinin başlanması gerekmektedir (Seller, 2018).

Deri kıvrım kalınlıkları deri altı yağ dokusunun değerlendirilmesi amacıyla kullanılır. Statik kalorik rezerv hakkında bilgi verir. Deri altı yağ dokusunun bedendeki total yağ dokusu ile olan pozitif ilişkisi ve güvenilirliği, diğer direkt ve indirekt ölçüm metodlarıyla iyi düzeyde ortaya konmuştur. Bu amaçla pratikte triseps ve subskapular deri kıvrım kalınlığının ölçümleri kullanılmaktadır. Eğer deri kıvrım kalınlığından beden yağ miktarı ve yağsız beden kitlesi bulunacaksa, o koşullarda triseps ve subskapular deri kıvrım kalınlığının yanı sıra biceps deri kıvrım kalınlığı da ölçülür (Rakıcıoğlu, 2005).

Baldır çevresi sınır değerinin altında (31cm) ölçülen yaşlılarda sarkopeni görülme oranları artmaktadır. Yaşlılarda baldır çevresinin ölçümde kullanılması, kol çevresine göre daha kas kitlesi ölçümü için daha duyarlı ve geçerlidir (Cerri ve ark, 2015).

2.2.6.4. Biyokimyasal parametreler

Yaşlıda serum plazma proteinlerin ölçülmesi malnütrisyonun teşhisinde kullanılmaktadır. Bunlardan kandaki albümin değeri, klinikte yaygın olarak kullanılan bir parametredir. Toplumda yaşayan ve hastanede yatan yaşlıların albümin seviyeleri ile mortalite oranların arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ancak serum albümin düzeyi çeşitli akut ve kronik inflamatuvar klinik durumlardan etkilenmektedir. Hastanede yatan hastalarda serum albümin düzeyi azaldığında nadiren tek başına kötü nütrisyonel durumla ilgilidir ve serum albümin düzeyi malnütrisyonunda düşük spesifisite göstermektedir. Ancak malnütrisyon riskinde kabul gören değerlerden biridir (Sullivan, 2001).

Serum transferrin düzeyi, viseral protein depolarının diğer göstergelerinden biridir. Serum transferrin vücut denir depoları tarafından düzenlenirken, karaciğerde sentezlenmektedir. Yarılanma ömrünün albüminden daha kısa olması nedeniyle daha duyarlı bir değer olduğu düşünülmektedir. Yaşlı bireylerde transferrin değerlerinin, beslenme yetersizliği ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Prealbümin diğer adıyla transtretin, tiroksinin transport proteinidir. Karaciğerde sentezlenen bu proteinin yarılanma ömrü 2gündür. Kısa yarı ömrü nedeniyle erken dönem malnütrisyonunun saptanmasında oldukça duyarlıdır. Düzeyinin hızla azalmasından dolayı malnütrisyonun saptanmasında iyi bir indikatördür.

Beslenme durumunu değerlendirmede kullanılan plazma proteinleri, aşağıdaki Tablo 2’de sunulmuştur (Landi ve ark, 2000).

Tablo 2. Beslenme durumunu değerlendirmede kullanılan plazma proteinleri

Protein türü	Yarılanma ömrü	Normal değeri
Albümin	18-20gün	3.3-6.1 g/Dl
Transferrin	8-9 gün	0.26-0.43 g/dL
Prealbümin	2-3 gün	0.2-0.4 g/dL
Retinol bağlayıcı protein	0,5 gün	30-60 mg/dL
Fibronektin	0,16-1 gün	1.66-1,98 g/dL

Kaynak: (MEGEP Kan Proteinleri Analizi Ankara, 2011)

2.2.7. Malnütrisyon tedavisi

Malnütrisyon riski altında ya da malnütrisyonlu yaşlılarda beslenme destek tedavisinin amacı yeterli enerji, protein, mikro-besin öğeleri ve sıvının temin edilmesidir. Böylelikle aşağıdaki hedefler amaçlanmaktadır (Cederholm ve ark,2017):

- Fonksiyon ve GYA'ni aynı seviyede tutmak ve mümkün olduğunca iyileştirmek,
- Düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmasına yardımcı olmak,
- Yaşam kalitesini aynı seviyede tutmak ve olabildiğince iyileştirmek,
- Morbidite ve mortaliteyi azaltmak.

Beslenme desteği, somatik, psikolojik, sosyal ve fonksiyonel faktörlerin de içine alındığı entegre multidisipliner tedavi planının bir parçasıdır. Bu amaçlarla tedavi planının geçerli iki hedefi vardır; ilk olarak beslenme içeriği ve aralıklarının planlanması, ikincil olarak bu durumu oluşturan etkenlerin ortadan kaldırılması için uygulanan girişimlerdir.

Beslenme destek tedavisi yöntemleri; oral, enteral (gastrointestinal sistemin kullanıldığı beslenme yolu), parenteral (gastrointestinal sistem dışı yollar: damar içi, kas içi veya cilt altı vb.), enteral ve parenteral'dir. Beslenme destek tedavisinin planlanmasında ilk sırada doğal yolla beslenmenin desteklenmesi ve eksikliklerinin giderilmesi yer almalıdır. Bunun için yetersiz beslenmenin takviyesi, ara öğünlerin kuvvetlendirilmesi, yemek yeme ortamı şartlarının düzenlenmesi gibi birçok faktör bu kapsamda değerlendirilmektedir. Her şeye rağmen doğal yolla alınan gıdaların yetersiz kaldığı durumlarda, ağız yoluyla verilebilen hazır zenginleştirilmiş beslenme destek ürünlerinin kullanılmasının yarar sağladığı bilimsel olarak kanıtlanmıştır (Bell ve ark, 2015).

Beslenme destek tedavisinin verilme yönteminin belirlenmesinde güvenliğe daima önem verilmelidir. Aspirasyon riski, sondanın yerinden çıkması, bulantı, ishal, metabolik değişiklikler, refeeding sendromu, kateter enfeksiyonu, kateter tıkanması ve flebit gibi önemli sorunlar çıkabileceğinden bu konuda dikkatli olunması gerekmektedir. Özellikle geriatri hastalarında klinik hedeflerin yanı sıra hasta veya yakınlarının istekleri ve etik değerler de göz önünde bulundurulmalıdır (Streicher ve ark, 2017).

Beslenme destek tedavisine fiziksel aktivite programı (örneğin günlük on beş dakikalık yürüyüş) eklenerek devam edildiğinde tedavinin başarısı artacaktır. Yürüyüşlerin öncesinde ve sonrasında fizyoterapist eşliğinde uygulanan germe egzersizleri kasların kitlesini ve esnekliğini artırarak, yaşlıda oluşan fonksiyonel bağımlılık oranını azaltmaya yardımcı olacaktır. (Bosaeus ve Rothenberg, 2017)

2.2.7.1. Beslenme yöntemleri

Enteral beslenme (EB)ucuz, etkili, kolay, güvenli ve fizyolojiye uygun bir yöntem olması,az sayıda personel ile uygulanması, metabolik ve septik komplikasyon görülme oranının az olması nedenleri ile avantajlı bir yöntemdir. EB türleri şu şekildedir (Mundi, 2018):

- Ağız yoluyla EB’de zenginleştirilmiş, sıvılaştırılmış ve lezzetlendirilmiş hazır besin elementleri verilir.
- Tüp ile beslenmede hastanın durumuna göre doğrudan tüp ile mide, duodenum ya da jejunumuna hazır besinler verilir. Tüple beslenme; ağızdan normal alamayan, yutma güçlüğü olan hastalar, tepkisiz olan hastalar, travma geçiren hastalar, anoreksi ve ciddi hastalıkları olan hastalara uygulanır.
- Gastrostomik enteral beslenmede mide cilt ile ağızlaştırılır, hastaya bu yol ile hazır besinler verilerek beslenir.
- Jejunostomik enteral beslenmede jejunum cilt ile ağızlaştırılmıştır ve bu yol ile hasta hazır besinlerle beslenir. Oral veya enteral diyet alan kronik hastalığı olan yaşlı hastaların diyetlerinde lif miktarındaki artış, bağırsak motilitesini arttırmaya, yeterli sıvı miktarı da normal bağırsak fonksiyonlarına yardım eder. Oral destek, nazogastrik tüp ve intravenöz beslenme ile yapılan kontrollü çalışmalar, yaşlıların bu tip beslenme girişimleri ile düzeltilmiş bir duruma geleceklerini göstermiştir.

Parenteral Beslenme(PB); enteral beslenmenin yapılamadığı durumlarda gastrointestinal sistem devre dışı bırakılarak hasta için gerekli tüm besin öğeleri damar yolu ile verilir. PB hiperalimentasyon olarak da bilinir. Karbonhidrat (yüksek konsantrasyonlu dekstroz), protein (aminoasit), elektrolitler, vitaminler, mineraller ve yağ emülsiyonları intravenöz olarak verilir. PB ile aşırı sıvı yüklenmeksizin hastanın kalori ihtiyacı karşılanabilmektedir. PB uygulanan hastalar her gün tartılmalı, hastanın aldığı ve çıkardığı takip edilmeli ve laboratuvar sonuçları değerlendirilmelidir. Uygun şekilde kullanıldığında hastanın klinik durumunu olumlu etkilemesine rağmen uygunsuz kullanımı enfeksiyöz komplikasyonların artmasına, metabolik anormalliklerin oluşmasına ve medikal maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Kişisel uygulamalar yerine diyetisyenler, eczacılar, hemşireler ve hekimlerden oluşan beslenme destek ekibinin multidisipliner yaklaşımıyla PB’nin uygun olmayan kullanımı, komplikasyon ve uygulamadan kaynaklanan maliyetleri önemli ölçüde azaltılabileceği gösterilmiştir (İnayet, 2015). PB iki şekilde uygulanabilir (Adolph, 2014).

- Periferik parenteral beslenmede oral ya da enteral beslenmeyi desteklemek amacıyla kısa süreli beslenme şeklidir. Verilen solüsyonların osmolalitesi 600 mOsm/L'yi aşmamalı, kalsiyum içeren solüsyonlar dikkatli verilmeli, maksimum dilüsyon için periferik kateter geniş venlere yerleştirilmeli ve uygulama bölgesi flebit açısından sık kontrol edilmelidir.
- Santral parenteral beslenmede santral ven yoluyla parenteral nütrisyon, yüksek konsantrasyonda ve düşük hacimdeki solüsyonların verilebilmesi için gereklidir. Osmolalitesi 800mOsm/L den büyük olan solüsyonlar periferik venlerin intima tabakasına zarar verir. Bu yüzden yoğunluğu fazla solüsyonlar katater yoluyla verilmektedir.

Beslenme tedavi yöntemleri genellikle yaşlı ve çok sayıda hastalığı olan kişilerde uygulanmaktadır. Toplumdaki yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar gibi bazı gruplar malnütrisyon riski taşırlar ve onların da tanınıp tedavi edilmeleri gerekmektedir. EB ya da PB ile evde beslenme tedavisi alan hasta sayısı her yıl artmaktadır. Bu yöntemlerle evde beslenecek hastalara ve ailelere verilecek eğitim (Gündoğdu, 2010);

- Yiyecek önerileri ve beslenme ürünleri,
- Önerilen yiyecekler ve beslenme ürünlerinin nereden sağlanacağı,
- Evde hazırlanacak solüsyonların nasıl hazırlanacağı, tüple ya da santral yolla beslenmenin nasıl yapılacağı, infüzyon pompaları, tüp ya da santral kateterin bakımı,
- Komplikasyonların tanınması ve nasıl, ne zaman hastaneye başvurusu gerektiği konularını içermektedir. Evde uygun şartlarda beslenme sağlanması için hastalara bu bilgileri içeren kılavuzlar sağlanmalıdır.

Yaşlı bir hasta için beslenme planının yapılması, genç hastalarda olduğundan daha fazla faktörlerin incelenmesini gerektirir. Oral tedavi tercih edilir ve özellikle hasta yakını, hemşire ve doktorlar için zor bir alandır. Peake ve arkadaşları, yaşlı hastalarda oral destekleri kullanımlarının sadece %52 civarında olduğunu (tüketilmesi istenen 353 ml, tüketilen sadece 183 ml) göstermişlerdir. Kullanımı etkileyen faktörler; hastaya sunumda başarısızlık, personel denetleme eksikliği, fazla miktarda tüketilmesinin istenmesi, mide bulantısı, lezzet alma yeteneği ve lezzettir. Potter, desteklerin hemşire denetimi altında verildiği zaman %100 kullanım ile sonuçlandığını açıklamıştır.

Malnütrisyonun olumsuz klinik sonuçları ve ekonomik yükü düşünüldüğünde, sağlık hizmeti veren kurumlar ve hastane yöneticileri, toplumda ve hastanelerde beslenme durumunun ele alındığı uygun stratejiler geliştirmeye zorlanmalıdır. Sağlık otoritelerinin

beslenme desteğini politika olarak kabul etmeleri ve detaylandırılmış yazılı beslenme standartları, protokolleri ve kılavuzlar oluşturmaları gerekmektedir (KEPAN, 2013).

2.2.8. Alan Yazın Taraması

Naseer ve arkadaşlarının 2015'te, evde ya da bakım evlerinde kalan 1203 yaşlıyla yaptıkları araştırmada 7 yıl izledikleri nütrisyonel risk değerlendirmesi sonucunda, aynı zamanda GYA'de bağımlılık faktörleri olan düşük antropometrik ölçümleri, ağırlık kaybını ve yiyecek alımındaki düşüşü içerdiklerini; bu nedenle yetersiz beslenme ve GYA düzeyleri arasında bir korelasyon olmasının muhtemel olduğunu saptamışlardır ($r= 0.226, p= 0.01$). Temel GYA'de bağımlı olanların oranı %8.3 iken enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde (EGYA) %37,4 tür. Araştırma boyunca ölen 413 yaşlıyla yaşamaya devam eden yaşlıları kıyasladıklarında malnütrisyonlu yaşlıların mortalite oranları yükselmiştir.

2015'te yayınlanan Gündüz ve arkadaşlarının 1030 yaşlı ile MNA kullanılarak yapılan beslenme durumlarının değerlendirdikleri çalışmalarında yaşlıların %19 malnütrisyonlu, %29.1'i malnütrisyon riski altında bulunmuştur. Malnütrisyonlu yaşlıların %63.3'ünde polifarmasi, %54.1'inde düşük gelir seviyesinde ve % 77'sinde düşük eğitim seviyesinde olduğunu bildirmişlerdir.

Cereda ve arkadaşlarının 2008'de temel GYA ve MNA kullanarak bakım evlerinde yaşayan 172 yaşlıda %51'i malnütrisyon riski altında, %20.3 'ü malnütrisyonlu olduğu ve GYA ile malnütrisyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişleridir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma çalışması, evde yaşayan yaşlıların; GYA ile malnütrisyon riskleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik olduğundan, kesitsel nitelikli bir araştırma çalışmasıdır. Araştırmada; yalnız yaşayan, eşi ile birlikte yaşayan, eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan, çocukları ile yaşayan ve bakıcı ile yaşayan yaşlılardan beş grup oluşturulmuştur.

3.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın ana amacı; araştırma kapsamındaki yaşlıların malnütrisyon riskleri ve GYA arasındaki ilişkiyi tanımlamak, malnütrisyon riski ve malnütrisyon riskini etkileyen diğer faktörleri ortaya koymaktır. Araştırmanın kazanımlarında; çalışmada kullanılan MNA'nin, yaşlılarda rutin olarak kullanılan bir test olmasına katkıda bulunmak ve yaşlıların daha sağlıklı, aktif ve üretken bir yaşam sürmeleri için sunulan sağlık hizmetlerinin, planlanmasına ve daha sonra yapılacak araştırmalara kaynak oluşturması hedeflenmektedir.

3.3. Araştırmanın Önemi

Malnütrisyon, toplumda kendi evinde yaşayan, bakımevlerindeki veya hastane ortamındaki yaşlılar için önemli, yaygın ve sıklıkla erken teşhis edilemeyen bir sağlık sorunudur. GYA kişinin her gün yapması gereken kendi bakım aktiviteleridir. Bu aktiviteleri yapmada yetersiz olan hastalar yeterli beslenemezler ve 12-24 saat bakıcıya gereksinim duyabilirler. Yaşlanma ile fonksiyonel yeterlilik azalmakta, bağımlılık artmaktadır. Genel olarak yaşlılar günlük aktiviteleri sırasında yardıma ihtiyaç duyabilirler. Yaşlının bakım gereksinimleri karşılanamazsa beslenme durumları değişir. Alan yazın incelendiğinde, fonksiyonel yeterlilik ile malnütrisyon riski arasındaki ilişkinin önemine vurgu yapılmaktadır. Halk sağlığındaki beslenmenin amacı; uygun beslenme yollarıyla

sağlığı iyileştirmek ve devamını sağlamaktır. Ölüme yol açan on faktörden beşinin doğrudan beslenmeyle ilişkisi vardır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için beslenme durumunun özellikli gruplardan biri olan yaşlı bireylerde sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekir.

Bu araştırmadan ulaşılabacak bulgular doğrultusunda yaşlıların beslenme ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkili fonksiyonel yeterlilik durumlarının ortaya konmasıyla, sağlıklı yaşlanma ve yaşlılıkta sağlığın korunması için, beslenme durumunun değerlendirilmesi, beslenme yetersizliği ve buna bağlı gelişebilecek hastalıkların tanımlanmasının önemiyle yaşlılara yönelik sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunumu açısından yol gösterici olması beklenmektedir. Alan yazın incelendiğinde, ulusal bağlamda yaşlıların günlük yaşam aktivite düzeyleri ile malnütrisyon riskleri üzerine yeterli sayıda araştırma bulunmadığı görülmektedir. Dolayısı ile yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile malnütrisyon riskleri arasındaki ilişkiyi saptamak ve malnütrisyonu etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yürütülen bu araştırma, ulaşılabacak bulgular ile alan yazına katkı sağlaması açısından önem taşımaktadır.

3.4. Araştırma Soruları

Anket formu aracılığı ile elde edilen veriler, istatistiksel testler yardımı ile analiz edilerek aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

1. Evde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile malnütrisyon riskleri arasında ilişki var mıdır?

2. Evde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile malnütrisyon riskleri arasındaki ilişkinin düzeyi nedir?

Araştırma soruları doğrultusunda kurulan hipotezler şu şekildedir.

H_0 = Katılımcıların malnütrisyon riskleri ile günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H_1 = Katılımcıların malnütrisyon riskleri ile günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_2 = Katılımcıların malnütrisyon riskleri ile enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Aydın ili Koçarlı ilçesi Çakırbeyli Beldesinde bulunan, Çakırbeyli Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 65 yaş üstü, yatağa bağımlı olmayan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.¹

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Aydın ili Koçarlı ilçesi² Çakırbeyli Beldesinde bulunan, Çakırbeyli Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş üstü bireyler, örneklemi ise bu merkeze kayıtlı olan yaşlılardan, rastgele örneklem seçimi ile belirlenmiş 173 kişi oluşturmaktadır.

Araştırma örneklem büyüklüğü, Andre ve arkadaşları (2013) tarafından yürütülen “Mini Nutritional Assessment and functional capacity incommunity-dwelling elderly in Rural Luozi, DemocraticRepublic of Congo” çalışmasında kullanılan değerler esas alınarak hesaplanmıştır. Buna göre; etki büyüklüğü 0,26, Tip 1 hata seviyesi 0,05, güç %80 alındığında, araştırma örneklem büyüklüğü 139 olarak hesaplanmıştır. Verilerin güvenilirliğini artırma amacıyla örneklem sayısına %20 yedek katılımcı eklenerek 173 katılımcı sayısı elde edilmiş ve örneklem büyüklüğü (n) 173 olarak belirlenmiştir.

Araştırma verilerinin toplanması amacıyla uygulamanın yapılacağı Çakırbeyli Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü 672 yaşının bölgelere göre dağılım aşağıdaki Tablo 3'deki gibidir.

¹ Araştırma kapsamına 65 yaş altı, sözel iletişim kuramayan, belirtilen aile sağlığı merkezine kayıtlı bulunmayan, yatağa bağımlı olan ve gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler dahil edilmemiştir.

² 2018 yılı verilerine göre Koçarlı ilçesinin toplam nüfusu 23 716 kişidir. Koçarlı ilçe nüfusu içerisinde 65 yaş ve üstü 4 440 kişi bulunmaktadır (TÜİK, 2019).

Tablo 3. Çakırbeyli Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü yaşlıların bölgelere göre dağılımı

Bölge Adı	65 yaş ve üstü nüfus	Hedef Örneklem Sayısı
Boğaziçi	40	10
Boydere	29	7
Cincin	172	44
Çakırbeyli	118	30
Çakmar	33	9
Evsekler	46	12
Gözkaya	44	11
Hacıhamzalar	34	9
Karacaören	48	12
Kuşlarbelen	18	5
Orhaniye	38	10
Tıgıllar	19	5
Zeytinköy	33	9
TOPLAM	672	173

Araştırmada, Çakırbeyli Aile Sağlığı Merkezine bağlı 13 bölgenin 65 yaş üstü yaşlı nüfus sayısı ile merkeze kayıtlı 65 yaş üstü toplam yaşlı nüfusu, ağırlıklandırılarak her bir bölge için ulaşılması gereken asgari örneklem sayısı belirlenmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Her bölgede ulaşılması hedeflenen örneklem, hane numaralarına göre rastgele örnekleme seçimi yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma verileri, Şubat-Nisan 2019 döneminde çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış ve örneklem sayısına (n=173) ulaşılan kadar sürdürülmüştür. Bölgelere göre rastgele belirlenen hedef örneklem-katılımcılardan; sözel iletişim kuramayanlar, yatağa bağımlı olanlar ve gönüllü olmayanlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Veri toplama sürecinde belirlenen örneklemle ulaşılmış, araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmış ve onayları alınmıştır. Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara ilişkin bilgi ve veriler, araştırmacı tarafından formlara işlenerek toplanmıştır. Araştırmacı, veri toplama sürecinde katılımcıların günlük işlerini aksatmamaya ve verileri olabildiğince en hızlı sürede toplamaya özen göstermiştir.³

³ Her bir görüşme için ortalama 40-45 dakikalık bir süre planlanmış olup, bu süre katılımcının koşulları dikkate alınarak yeniden değerlendirilmiş ve belirlenen sürenin daha altında veri toplama işleminin tamamlanmasına özen gösterilmiştir.

3.8. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, dört farklı bölümden oluşan anket formu yardımı ile toplanmıştır. Anket formunun birinci bölümü; katılımcıları tanımlamaya ve kişisel durumlarını belirlemeye yönelik 18 sorudan oluşan Tanıtıcı Bilgi Formudur⁴. Tanıtıcı Bilgi Formunda yer alan sorular, araştırmacının literatür taraması sonucunda ulaştığı araştırmalar değerlendirilmiş ve bu araştırmanın amacına uygun nitelikteki sorular belirlenerek, araştırma amacına uygun yeniden revize edilerek oluşturulmuştur.

Anket formunun ikinci bölümünde, biyokimyasal testler içermeyen Mini Nutrisyonel Tarama Testi (MNA-SF) ve Değerlendirme Testi olmak üzere, iki aşamada uygulanan MNA testi yer almaktadır. İki aşamalı MNA Testi toplam 18 sorudan oluşmakta olup, testin tarama bölümünde (MNA-SF) 6 soru, değerlendirme bölümü olarak adlandırılan ikinci bölümünde ise 12 soru yer almaktadır. MNA-SF ve MNA testleri (FULL MNA Testi); antropometrik değerlendirme (VKİ, kilo, kol ve baldır çevreleri), genel değerlendirme (hayat tarzı, ilaç, mobilite, depresyon ve demans belirtileri), kısa beslenme değerlendirmesi (öğün sayısı, gıda ve sıvı alımı, beslenmede özerklik) ve sübjektif değerlendirme (sağlık ve beslenme konusunda benlik algısı) soruların yer aldığı dört bölümden oluşmaktadır. Katılımcılar, MNA-SF testinden en fazla 14 puan alabilirken, değerlendirme testinden alınabilecek en yüksek puan 16'dır. Dolayısı ile FULL MNA testinden alınabilecek en yüksek puan veya diğer bir ifade ile MNA Skoru 30'dur. MNA-SF sonucunda ulaşılan katılımcı puanı 12 ve daha üstü ise, yaşlının malnütrisyon riski taşımadığı, 11 puan ve daha altında ise; malnütrisyon riski taşıdığı sonucuna varılır. MNA-SF test skoru 11 ve daha altı çıktığında, katılımcıya değerlendirme testi uygulanır. FULL MNA test skoru 17'den küçük ise yaşlının malnütrisyonlu olduğu⁵, 17 ile 23,5 puan arasında ise malnütrisyon riski taşıdığı, 24 puan ve üstünde ise yaşlının malnütrisyonlu olmadığını göstermektedir⁶ (Visvanathan ve ark, 2004; DiMaria- Ghalili ve ark, 2013; Moreira ve ark, 2016; Başbüyük ve ark, 2017).

Anket formunun üçüncü bölümünde; genel olarak hasta ve yaşlı bireylerin, günlük yaşamlarında sıklıkla yapmak zorunda oldukları aktiviteleri ölçmede kullanılan, Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilmiş, Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımsızlık

⁴ Araştırmacı tarafından literatürden faydalanılarak hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu; yaşlı bireylerin kişisel özelliklerinin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, iş durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi vb.) bunun yanında sağlık durumlarıyla ilişkili (kronik hastalık, alınan ilaç sayısı, sigara ve alkol kullanımı vb.) sorulardan ve evde yaşayan kişi sayısı ve bakım verenlerin sorgulandığı 18 sorudan oluşmaktadır.

⁵ FULL MNA skorunun 17'den küçük olması, genellikle protein enerji malnütrisyonuna işaret etmektedir (Başbüyük ve ark, 2017).

⁶ FULL MNA skorunun, 24 ve daha üzerinde olması aynı zamanda yaşlının iyi beslendiğini, diğer bir ifade ile beslenme sorunu bulunmadığını da göstermektedir.

Ölçeği yer almaktadır. Ölçek, hasta-yaşlının; banyo yapma, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılama, transfer-yataktan kalkma, yemek yeme ve bağırsak-mesane kontrolü (kontinans) gibi GYA'ni bağımsız olarak yerine getirebilmesini ölçmeye yönelik 6 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde her bir aktivite, 0 ile 1 puan üzerinden değerlendirilmekte ve ölçekten alınabilecek azami puan 6'dır. Alınan puan 6 ise, yaşlı GYA'ni bağımsız, 1-5 puan arasında yarı bağımlı, 0 puan ise tam bağımlı olarak yerine getirebildiği kabul edilmektedir (Pehlivanoglu ve ark, 2018). Ancak bu çalışmada; Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımsızlık Ölçeği, Cho ve arkadaşları (1998) tarafından yürütülen çalışmadaki gibi kullanılmıştır. Cho ve arkadaşları; yaşlının günlük yaşam aktivitesini yapamaması durumunda 1 puan, yardımla yapması durumunda 2 puan ve tek başına yapabilmesi durumunda 3 puan vererek değerlendirmiştir. Bu durumda ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 18'dir. Ölçek değerlendirmesi sonucunda alınan puan 0-6 arasında ise yaşlının bağımlı, 7-12 puan arasında ise yarı bağımlı ve 13-18 puan arasında ise bağımsız olduğuna, diğer bir ifade ile günlük yaşamsal aktivitelerini tek başına ve yardımsız yapabildiğine karar verilir. Pehlivanoglu ve arkadaşları, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımsızlık Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliğinin belirlenmesine yönelik yürüttükleri çalışmada, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu (Cronbach's Alpha katsayısı 0,83) sonucuna ulaşmışlardır. Dolayısı ile Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımsızlık Ölçeğinin, araştırma örneklem grubunu oluşturan yaşlılarda kullanılmasının uygun olacağına karar verilmiştir.

Anket formunun dördüncü bölümü ise; Lawton ve Brody (1969) tarafından geliştirilen ve bireyin toplum içinde bağımsız yaşayabilmesine yönelik enstrümantal aktivitelerinin değerlendirildiği, Lawton&Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği yer almaktadır. Ölçek, bireyin-yaşlının; telefon kullanma, alışveriş yapma, yemek hazırlama, günlük ev işi, çamaşır yıkama, seyahat etme, kendi parasını yönetebilme ve ilacını içebilmek gibi toplam 8 enstrümantal aktiviteyi değerlendirmektedir. Ölçekte yer alan her bir aktivite; birey-yaşlı tarafından bağımsız olarak yapılamıyorsa 1 puan, yardımla yapılabilirse 2 puan ve yardımsız-bağımsız olarak yapılabilirse 3 puan ile değerlendirilir. Ölçek değerlendirmesi sonucunda alınan puan 0-8 arasında ise yaşlının bağımlı, 9-16 puan arasında ise yarı bağımlı ve 17-24 puan arasında ise bağımsız olduğuna, diğer bir ifade ile günlük enstrümantal yaşam aktivitelerini tek başına ve yardımsız yapabildiğine karar verilir (Graff, 2008).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılacak Test ve Yöntemler

Araştırmacı tarafından yüz yüze anket tekniği kullanılarak toplanılan veriler, SPSS 17.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma veri toplama formu aracılığı ile toplanan verilerin analizinde parametrik veya non-parametrik testlerden hangisinin kullanılacağına belirlenmesine yönelik, Kolmogorov-Smirnov normallik testi yürütülmüştür. Test sonucunda verilerin normal dağılım sergilemediği ($p=0,000<0,05$) belirlendiğinden, çıkarımsal istatistikler (analitik değerlendirme) için non-parametrik testlerin kullanılması gerektiğine karar verilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için; frekans, ortanca ve minimum-maximum değerler kullanılmıştır. Katılımcıların malnütrisyon riskleri ile GYA arasındaki ilişkiyi ve malnütrisyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesinde çapraz korelasyon katsayılarından yararlanılmıştır.

Araştırma sorularının cevaplandırılmasına yönelik analitik değerlendirmede ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırma verilerinizin analizinde Tip 1 hata düzeyi (p) 0,05 olarak alınmış olup, ulaşılan sonuçlar 0,95 güvenilirliktedir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıları Tanımlayıcı İstatistikî Bulgular

Araştırmaya katılan 173 yaşlı bireye ilişkin sosyo-demografik nitelikli bulgular, aşağıdaki Tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4. Katılımcılara ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı

Değişken	Kadın (n=88)		Erkek (n=85)	
	N	%	N	%
Yaş*				
65-68 yaş arası	15	17,0	16	18,8
69-72 yaş arası	19	21,6	20	23,5
73-76 yaş arası	17	19,4	15	17,6
77-80 yaş arası	15	17,0	15	17,6
81 yaş ve üstü	22	25,0	19	22,5
Medeni durum				
Evli	45	51,1	68	80,0
Bekar	0	0,0	2	2,3
Dul/Boşanmış	35	39,8	14	16,5
Ayrı Yaşıyor	8	9,1	1	1,2
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	26	29,6	12	14,1
Okur-yazar	20	22,7	20	23,5
İlkokul mezunu	41	46,6	49	57,6
Ortaokul mezunu	1	1,1	4	4,8
Meslek				
Ev hanımı	44	50,0	0	0,0
Emekli	43	48,9	82	96,5
Serbest	1	1,1	3	3,5
Çalışıyor musunuz?				
Evet	1	1,1	4	4,8
Hayır	87	98,9	81	95,2
Çalıştığınız iş nedir?				
Çiftçilik	1	1,1	5	5,9
Hayvancılık	87	98,9	80	94,1
Aylık Gelir Düzeyi				
2500 TL altında	60	68,2	46	54,1
2500 TL ve üstü	28	31,8	39	45,9
Gelir-gider değerlendirmesi				
Gelir giderden az	33	37,5	33	38,8
Gelir gidere denk	54	61,4	49	57,7
Gelir giderden fazla	1	1,1	3	3,5
Sağlık güvenceniz var mı?				
Evet	88	100,0	85	100,0
Çocuğunuz var mı?				
Evet	82	93,2	77	90,6
Hayır	6	6,8	8	9,4

* Kadın katılımcıların yaş ortalaması $75,8 \pm 1,015$ iken, erkek katılımcıların yaş ortalaması $74,9 \pm 0,952$ olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin dağılımlarının yer aldığı Tablo 4 incelendiğinde; kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre yaş ortalaması daha yüksektir. Evlilerin oranı erkeklerde daha yüksek iken, dul veya boşanmışların oranı kadın katılımcılarda daha yüksektir. Genel olarak erkek katılımcıların eğitim düzeyleri kadın katılımcılara göre daha yüksek iken, araştırmaya katılan her beş yaşlıdan biri (%21,9) okur-yazar değildir. Eğitim düzeyi bağlamında kadın ve erkek katılımcılar genel olarak ilkokul mezunu olup, ortaokul düzeyinde eğitime sahip katılımcı sayısı oldukça düşüktür. Erkek katılımcıların oldukça önemli bir oranı emekli iken, kadın katılımcıların yaklaşık yarısı emeklidir. Ücretli olarak bir işte çalışan katılımcı sayısı oldukça az iken, katılımcıların yaklaşık %94-99'u hayvancılıkla uğraşmaktadır. Kadın katılımcıların aylık gelir düzeyleri erkek katılımcılara göre daha düşük olup, yaklaşık her üç katılımcıdan birinin geliri giderlerinden azdır. Gelir-gider dengesi bağlamında, kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha yüksek oranda gelirlerinin giderlerine denk olduğu görülmektedir. Katılımcıların tamamının sağlık güvencesi bulunmakta iken, gerek erkek ve gerekse kadın katılımcıların oldukça büyük bir oranının çocuğu bulunmaktadır.

Tablo 5. Katılımcıların kişisel durumlarına ilişkin dağılımları

Değişken	Kadın (n=88)		Erkek (n=85)	
	N	%	N	%
Hekim tanısı konmuş hastalık				
Var	74	84,1	67	78,8
Yok	14	15,9	18	21,2
Kronik hastalık sayısı				
Hastalığı yok	14	15,9	15	17,6
En az bir hastalık	23	26,1	29	34,1
İki hastalık	32	36,4	17	20,0
Üç hastalık	17	19,3	23	27,1
Dört ve daha fazla hastalık	2	2,3	1	1,2
Düzenli olarak kullandığı ilaç sayısı				
Hiç ilaç kullanmıyor	17	19,3	10	11,8
Bir ilaç kullanıyor	6	6,8	15	17,6
İki ilaç kullanıyor	21	23,9	20	23,5
Üç ilaç kullanıyor	17	19,3	19	22,4
Dört ilaç kullanıyor	23	26,1	16	18,8
Beş ve daha fazla ilaç kullanıyor	4	4,6	5	5,9
Evde kiminle birlikte yaşıyor				
Yalnız yaşıyor	28	31,8	17	20,0
Çocukları ile yaşıyor	13	14,8	1	1,2
Eşi ile yaşıyor	41	46,6	61	71,7
Eşi ve çocukları ile yaşıyor	4	5,7	6	7,1
Bakıcı ile yaşıyor	1	1,1	0	0,0
Diğer	0	0,0	0	0,0

Tablo 5. Katılımcıların kişisel durumlarına ilişkin dağılımları (Devamı)

Değişken	Kadın (n=88)		Erkek (n=85)	
	N	%	N	%
Bakımı ile ilgilenen var mı?				
Kendi bakımını yapabiliyor	37	42,0	44	51,8
Eşi	18	20,5	11	12,9
Kızı	15	17,0	12	14,1
Oğlu	9	10,2	14	16,5
Gelini	8	9,1	3	3,5
Damadı	0	0,0	0	0,0
Bakıcı	1	1,1	0	0,0
Diğer	0	0,0	1	1,2
Sigara kullanıyor musunuz?				
Evet	8	9,1	26	30,6
Hayır	80	90,9	59	69,4
Alkol kullanıyor musunuz?				
Evet	0	0,0	7	8,2
Hayır	88	100,0	78	91,8

Erkek katılımcıların sigara kullanma oranı kadın katılımcılara göre fazladır. Araştırmaya katılan kadın katılımcıların yalnız yaşama oranları erkek katılımcılara göre yüksektir. Bakım alan erkek katılımcıların oranı kadın katılımcılardan fazla olmasına rağmen bakıma ihtiyaç duyan bu yaşlılarda eşinden bakım alan erkek katılımcı oranı kadınlardan fazla bulunmuştur.

Araştırma örneklem grubundaki katılımcıların antropometrik karakterlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikleri, aşağıdaki Tablo 6’de sunulmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların antropometrik karakterleri

Değişken	Kadın (n=88)				Erkek (n=85)				P
	Min.	Max.	Ort.	S.S.	Min.	Max.	Ort.	S.S.	
Yaş	66	89	75,8	1,015	67	85	74,9	0,952	0,637
BKİ	16,4	43,6	27,3	0,080	14,9	42,9	25,9	0,106	0,033*
Üst kol çevresi (MAC)	17,8	35,9	24,2	0,126	15,9	34,8	24,9	0,067	0,001**
Baldır çevresi	24,9	44,9	32,8	0,073	20,6	39,8	31,5	0,052	0,004**

* p<0,05 (İstatistiksel olarak anlamlı); ** p<0,01 (İstatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı)

Tablo 6’da yer alan bulgular incelendiğinde; kadın katılımcıların yaş ortalaması 75,8 ± 1,015 iken, erkek katılımcıların yaş ortalaması 74,9± 0,952 olduğu görülmektedir. Katılımcıların BKİ, üst kol ve baldır çevresi gibi antropometrik karakterlerinde; kadın katılımcıların erkeklere göre daha yüksek değerlere sahip oldukları görülmektedir. Katılımcıların antropometrik değişkenlerinin, cinsiyetlerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesine yönelik varyans analizi (Mann-Whitney U) yapılmış, yaş

değişkeni dışındaki diğer değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

4.2. Ölçeklere İlişkin Bulgular

Malnütrisyon riskini belirlemede kullanılan MNA-SF tarama sorularına cinsiyete göre katılımcıların değerlendirme dağılımları, aşağıdaki Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların cinsiyete göre MNA-SF tarama testi bulgularının dağılımı

MNA-SF Tarama Soruları	Kadın (n=88)		Erkek (n=85)	
	N	%	N	%
Çiğneme veya yutma güçlükleri, sindirim sorunları, iştah kaybı nedeniyle geçen üç aydan daha fazla sürede yiyecek tüketiminde azalma var mı?				
Şiddetli iştah kaybı	1	3,4	3	3,5
Hafif iştah kaybı	0	0,0	8	9,4
İştah kaybı yok	85	96,6	74	87,1
Son aylardaki kilo kaybı				
3 kg’dan fazla kilo kaybı	13	14,8	12	14,1
Bilmiyor	14	15,9	10	11,8
1-3 kg arasında kilo kaybı	18	20,4	8	9,4
Kilo kaybı yok	43	48,9	55	64,7
Hareketlilik				
Yatağa veya koltuğa bağımlı	7	8,0	5	5,9
Yataktan-koltuktan kalkabilir ama evden çıkamaz	6	6,8	4	4,7
Evden çıkabilir	75	85,2	76	89,4
Geçen üç ay içinde psikolojik gerginlik veya akut hastalığa maruz kaldı mı?				
Evet	46	52,3	41	48,2
Hayır	42	47,7	44	51,8
Nöropsikolojik sorunlar				
Şiddetli demans veya depresyon	27	30,7	18	21,2
Hafif demans	30	34,1	30	35,3
Psikolojik sorunlar yok	31	35,2	37	43,5
Beden kitle endeksi (BKİ)				
BKİ 19’dan küçük	4	4,5	4	4,7
BKİ 19-21 arasında	3	3,5	19	22,4
BKİ 21-23 arasında	12	13,6	6	7,0
BKİ 23’dan büyük	69	78,4	56	65,9

MNA-SF sonuçlarının yer aldığı Tablo 7 incelendiğinde; oransal olarak kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla kilo kaybı yaşadıkları, son üç ay içinde

psikolojik veya akut rahatsızlığa yakalandıkları, şiddetli demans yaşadıkları ve BKİ'lerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Erkek katılımcılarda ise, kadın katılımcılara göre oransal olarak hafif iştah kaybı yüksektir.

Araştırmaya katılanların MNA-SF tarama testi skorları, aşağıdaki Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. Katılımcıların MNA-SF testi skorları

MNA-SF Tarama Test Skoru	Kadın (n=88)		Erkek (n=85)	
	N	%	N	%
12 puan ve üzeri (Malnütrisyon riski yok, durum saptamasına gerek yok)	33	37,5	37	43,5
11 puan ve altı (Malnütrisyon olasılığı, durum saptamasına devam)	55	62,5	48	56,5

$\chi^2= 6,295$; $df=1$; $p=0,012<0,05$

Tablo 8'de yer alan bulgular incelendiğinde; genel olarak kadın katılımcıların, erkek katılımcılara göre malnütrisyon olasılıklarının yüksek olduğu görülmektedir. Oransal olarak ulaşılan bu bulgu, istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p=0,012<0,05$). Tüm katılımcılar için MNA-SF skorları değerlendirildiğinde; araştırmaya katılanların %59,5'inin malnütrisyon olasılığına sahip oldukları görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların %37,5'inin ve erkek katılımcıların %43,5'inin beslenme sorunlarının bulunmadığı, diğer bir ifade ile malnütrisyon olasılıklarının bulunmadığı belirlenmiştir.

MNA-SF tarama testi sonuçlarına göre 55 kadın ve 48 erkek katılımcıda malnütrisyon olasılığı bulunduğu belirlenmiştir. Bu katılımcıların malnütrisyon riski taşıyıp taşımadıkları veya malnütrisyonlu olup olmadıklarının belirlenmesine yönelik, durum saptamasına devam edilmiştir. Katılımcıların FULL-MNA testi sorularına verdikleri cevapların dağılımı, aşağıdaki Tablo 9'da sunulmuştur

Tablo 9. Katılımcıların cinsiyete göre malnütrisyon değerlendirme testi bulgularının dağılımı

MNA Değerlendirme Soruları	Kadın (n=55)		Erkek (n=47)	
	N	%	N	%
Bağımsız olarak yaşama (ev veya hastanede bir hemşire olmadan)				
Hayır	16	29,1	8	17,0
Evet	39	70,9	39	83,0
Günde üçten çok sayıda ilaç kullanma				
Evet	16	29,1	13	27,7
Hayır	39	70,9	34	72,3
Bası yarası ve deri ülserleri				
Evet	0	0,0	0	0,0
Hayır	55	100,0	47	100,0
Kişi günde kaç öğün yer?				
Bir öğün	9	16,3	7	14,9
İki öğün	42	76,3	26	55,3
Üç öğün	4	7,4	14	29,8
Hergün en az bir porsiyon süt ürünleri tüketir mi?				
Evet	32	58,2	27	57,4
Hayır	23	41,8	20	42,6
Her hafta iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagiller veya yumurta tüketir mi?				
Evet	26	47,3	20	42,6
Hayır	29	52,7	27	57,4
Her gün kırmızı et, balık veya tavuk tüketir mi?				
Evet	6	10,9	0	0,0
Hayır	49	89,1	47	100,0
Her gün iki veya daha fazla porsiyon sebze ve meyve tüketir mi?				
Evet	12	21,8	18	38,3
Hayır	43	78,2	29	61,7
Her gün ne kadar sıvı tüketir?				
Üç bardaktan daha az	9	16,4	5	10,6
Üç-beş bardak arası	24	43,6	10	21,3
Beş bardaktan daha fazla	22	40,0	32	68,1
Beslenme şekli				
Yardımcı olmadan yiyemez	0	0,0	0	0,0
Biraz zorlukla kendisi yer	7	12,7	7	14,9
Hiçbir sorun olmaksızın kendi yer	48	87,3	40	85,1
Beslenme durumu ile ilgili bireyin kendi görüşü				
Kendisini malnütrisyonlu görür	4	7,3	11	23,4
Beslenme durumunu tahmin edemez	14	25,4	3	6,4
Kendini beslenme sorunsuz kabul eder	37	67,3	33	70,2
Yaşıtları ile kıyaslandığında sağlık durumu hakkındaki düşüncesi				
İyi değil	4	7,3	2	4,3
Bilmiyor	17	30,9	15	31,9
İyi	20	36,3	24	51,0
Daha iyi	14	25,5	6	12,8
Üst kol çevresi (MAC) kaç cm?				
21 cm'den daha az	3	5,5	12	25,5
21-22 cm arası	3	5,5	7	14,9
22 cm ve daha fazlası	49	89,0	28	59,6
Baldır çevresi kaç cm?				
31 cm'den daha az	10	18,2	21	44,7
31 cm ve üstü	45	81,8	26	55,3

Malnütrisyon olasılığı olan katılımcıların, tarama testi sonuçları incelendiğinde; kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla, bağımsız olarak yaşamak konusunda zorluk yaşadıkları görülmektedir. Genel olarak kadın ve erkek katılımcıların önemli bir bölümü (%70,9-72,3), düzenli olarak günde üçten fazla ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların hiç birinde bası yarası ve deri ülseri bulunmadığı görülmektedir. Kadın katılımcıların üçte ikisi günde iki öğün yemek yerken, erkeklerin yaklaşık yarısı iki öğün, üçte bir ise üç öğün yemek yemektedir. Kadın ve erkek katılımcıların yaklaşık %60'ı günde en az bir porsiyon süt ve süt ürünleri tüketmekte iken, haftada iki porsiyon kuru baklagiller veya yumurta tüketim oranı %42-47 gibi düşük bir orandadır. Erkek katılımcıların tamamı her gün kırmızı et, balık veya tavuk tüketmez iken, kadınlarda her gün kırmızı et, balık veya tavuk tüketimi %10 gibi düşük bir orandadır. Kadın katılımcıların %60'ı günde beş bardak ve daha altında sıvı tüketirken, erkek katılımcıların %68'i günde beş bardaktan fazla sıvı tüketmektedir. Genel olarak araştırmaya katılanların beslenme şekillerinde sorun yaşamadıkları, hiçbir sorun olmaksızın önemli bir bölümünün kendi başlarına yemek yiyebildikleri görülmektedir. Kendisinin beslenme sorunsuz olarak gören erkek katılımcıların oranı, kadın katılımcılara göre göreceli olarak yüksektir. Buna karşın kendisini beslenme sorunlu veya diğer bir ifade ile malnütrisyonlu gören erkek katılımcıların oranı (%23,4), kadın katılımcılara göre (%7,3) oldukça yüksektir. Katılımcıların önemli sayılabilecek bir bölümü (%61,8-%63,8) kendisini yaşlılarına göre daha sağlıklı görmektedir. Ancak gerek kadın ve gerekse erkek katılımcıların yaklaşık üçte biri, kendi sağlık durumunun yaşlılarına göre ne düzeyde olduğu yönünde fikri olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların MNAtarama testi skorları aşağıdaki Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10. Katılımcıların malnütrisyon tarama testi skorları

Malnütrisyon Değerlendirme Test Skoru	Kadın (n=88)		Erkek (n=85)	
	N	%	N	%
≥ 24 =Beslenme sorunu yok	34	38,6	39	45,9
17-23 arası puan= Malnütrisyon riskli	31	35,3	27	31,7
≤ 17 puan= Malnütrisyonlu	23	26,1	19	22,4

$\chi^2= 8,335$; $df=2$; $p=0,015<0,05$

Katılımcıların malnütrisyon risk tarama testi skorlarının yer aldığı Tablo 10 incelendiğinde; kadın katılımcıların %38,6'sının, erkek katılımcıların ise %45,9'unun herhangi bir beslenme sorunlarının olmadığı görülmektedir.

Kadın katılımcıların, erkek katılımcılara göre daha yüksek malnütrisyon riski taşıdıkları ve malnütrisyonlu oldukları görülmektedir. Ulaşılan bu bulgu, istatistiksel açıdan da anlamlı düzeydedir ($p=0,015<0,05$).

Araştırma örneklem grubundaki kadın ve erkek katılımcıların, GYA’de ki bağımsızlık düzeylerine ilişkin bulgular, aşağıdaki Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11. Katılımcıların GYA’nin değerlendirilmesi

Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımsızlık Ölçeği	Kadın (n=88)		Erkek (n=85)		P
	N	%	N	%	
Banyo yapma					
Yapamıyor	2	2,3	4	4,7	0,947
Yardımla	10	11,3	7	8,2	
Yardımsız	76	86,4	74	87,1	
Giyinme					
Yapamıyor	2	2,2	4	4,7	0,221
Yardımla	7	8,0	10	11,8	
Yardımsız	79	89,8	71	83,5	
Tuvalete gitme					
Yapamıyor	0	0,0	0	0,0	0,100
Yardımla	5	5,7	11	12,9	
Yardımsız	83	94,3	74	87,1	
Yataktan transfer					
Yapamıyor	0	0,0	3	3,5	0,041*
Yardımla	9	10,2	15	17,7	
Yardımsız	79	89,8	67	78,8	
Kontinans					
Yapamıyor	5	5,7	7	8,2	0,879
Yardımla	14	15,9	10	11,8	
Yardımsız	69	78,4	68	80,0	
Yemek Yeme					
Yapamıyor	1	1,1	2	2,3	0,158
Yardımla	8	9,1	13	15,3	
Yardımsız	79	89,8	70	82,4	

* $p<0,05$

Tablo 11’de yer alan bulgular incelendiğinde; kadın ve erkek katılımcıların büyük oranda yardımsız bir şekilde banyo yapabildikleri ve giyinebildikleri görülmektedir. Buna karşın kadın katılımcıların yaklaşık %2’si, erkek katılımcıların ise yaklaşık %5’i yardım almadan tek başlarına banyo yapamamakta ve giyinememektedir. GYA arasında önemli bir aktivite olan tuvalete gidebilme işlevinin, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla yardımsız yapılabildiği görülmektedir.

Yataktan yardımsız kalkabilme aktivitesinde kadınların oransal olarak erkeklerden daha yüksek olduğu, erkek katılımcıların %3,5’inin yataktan tek başlarına kalkamadıkları görülmektedir. Benzer şekilde yardımla yataktan kalkabilen kadınların oranı (%10,2), erkeklere (%17,7) göre daha düşük olup, ulaşılan bu bulgu istatistiksel açıdan da kadın

katılımcılar lehine anlamlı düzeydedir ($p=0,041<0,05$). Kadın ve erkek katılımcıların önemli bir oranı yardımsız kontinans⁷ yapabilirken, yardımla kontinans yapabilen erkeklerin oranı kadınlardan yüksektir. Araştırmaya katılan kadınların %89,8'i, erkelerin ise %82,4'ü yardımsız olarak yemek yiyebilirken, yemek yeme günlük aktivitesini yapamayan katılıcı oranı oldukça düşük düzeydedir.

Araştırmaya katılan kadın ve erkek katılımcıların günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular, aşağıdaki Tablo 12'de sunulmuştur. Katılımcıların GYA Ölçeği puanlarının, cinsiyetlerine göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesine yönelik non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi yürütülmüştür.

Tablo 12. Katılımcıların cinsiyetlerine göre GYA puan ortalamaları

Cinsiyet	N	GYA PUANI			
		Ortalama	S.S	Min.	Max.
Kadın	88	12,9	0,022	9	17
Erkek	85	12,7	0,029	8	17
TOPLAM	173	12,8	0,025	8	17

Mann-Whitney U=3602,000; Z= -0,991; $p=0,321>0,05$

Tablo 12'de yer alan bulgular incelendiğinde; kadın ve erkek katılımcıların GYA puan ortalamaları genel olarak aynı düzeydedir. Kadın katılımcıların GYA ortalama puanı ölçek ortalama puanından kısmen yüksek iken, erkek katılımcıların ortalama puanları kısmen düşüktür. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir ($p=0,321>0,05$).

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre GYA puan ortalamalarına ilişkin bulgular aşağıdaki Tablo 13'de sunulmuştur. Birlikte yaşanan kişiye göre GYA puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığının belirlenmesine yönelik Ki-Kare Testi yürütülmüştür.

⁷ Kontinans, bireylerin bağırsak ve mesane aktivitelerini kontrol edebilmeleridir (Akın, 2015).

Tablo 13. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre GYA puan ortalamaları

Evde Kiminle Yaşadığı	N	GYA PUANI			
		Ortalama	S.S	Min.	Max.
Yalnız yaşıyor	45	12,8	0,042	7	17
Çocukları ile yaşıyor	14	12,7	0,113	8	16
Eşi ile yaşıyor	102	12,9	0,019	8	18
Eşi ve çocukları ile yaşıyor	11	14,6	0,000	13	18
Bakıcı ile yaşıyor	1	14,0	-	14	14
Diğer	0	-	-	-	-
TOPLAM	173	12,8	0,025	8	17

$\chi^2 = 7,612$ df=4; p=0,107>0,05

Tablo 13’de yer alan bulgular incelendiğinde, evde birlikte yaşanan kişi ile GYA puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmektedir (p=0,107>0,05). Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanlar ile bakıcı ile birlikte yaşayanların GYA puan ortalamaları diğer gruplardaki katılımcıların puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0,05).

Araştırmaya katılanların enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri cevap dağılımlarına ilişkin bulgular, aşağıdaki Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14. Katılımcıların EGYA’nin değerlendirilmesi

Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımsızlık Ölçeği	Kadın (n=88)		Erkek (n=85)		P
	N	%	N	%	
Telefon kullanma					
Yapamıyor	13	14,8	10	11,8	0,670
Yardımla	14	15,9	14	16,4	
Yardımsız	61	69,3	61	71,8	
Alışveriş yapma					
Yapamıyor	17	19,3	13	15,3	0,116
Yardımla	21	23,9	13	15,3	
Yardımsız	50	56,8	59	69,4	
Yemek hazırlama					
Yapamıyor	19	21,6	13	15,3	0,774
Yardımla	11	12,5	16	18,8	
Yardımsız	58	65,9	56	65,9	
Günlük ev işleri					
Yapamıyor	18	20,5	11	12,9	0,817
Yardımla	18	20,5	29	34,2	
Yardımsız	52	59,0	45	52,9	
Çamaşır yıkama					
Yapamıyor	18	20,5	11	12,9	0,727
Yardımla	18	20,5	30	35,3	
Yardımsız	52	59,0	44	51,8	
Seyahat etme (ulaşım)					
Yapamıyor	6	6,8	8	9,4	0,212
Yardımla	33	37,5	20	23,5	
Yardımsız	49	55,7	57	67,1	

Tablo 14. Katılımcıların EGYA'nin değerlendirilmesi (Devamı)

Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımsızlık Ölçeği	Kadın (n=88)		Erkek (n=85)		P
	N	%	N	%	
Parasal işleri idare					
Yapamıyor	8	9,1	13	15,3	0,255
Yardımla	15	17,0	1	1,2	
Yardımsız	65	73,9	71	83,5	
İlaçlarını içme					
Yapamıyor	7	8,00	9	10,6	0,455
Yardımla	10	11,3	3	3,5	
Yardımsız	71	80,7	73	85,9	

Katılımcıların EGYA'nin değerlendirildiği Tablo 14'deki bulgular incelendiğinde; yüksek bir oranda kadın ve erkek katılımcıların yardımsız telefon kullanabildikleri görülmektedir. Kadın katılımcıların yaklaşık %57'si, erkek katılımcıların ise %69,4'ü yardımsız alışveriş yapabildikleri, buna karşın kadınların %19,3'ü ve erkeklerin ise %15,3'ünün alışveriş yapamadıkları belirlenmiştir. Yardımla alışveriş yapan kadın katılımcıların oranının, erkek katılımcılara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların %65,9'unun yardımsız yemek hazırlayabildikleri, buna karşın kadınların %21,6'sı ve erkeklerin %15,3'ünün yemek hazırlayamadıkları belirlenmiştir. Yardımla yemek hazırlayabilen erkek katılımcıların oranının, kadın katılımcılara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Günlük ev işlerini yardımsız yapabilen kadınların oranı, erkeklerin oranına göre yüksek iken, yardımla günlük ev işlerini yapabilen erkeklerin oranı kadınlardan daha yüksektir. Buna karşın günlük ev işlerini yapamayan kadınların oranı erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Benzer durum çamaşır yıkama aktivitesi için de geçerli olup, yardımsız çamaşır yıkayabilen kadınların oranı erkeklerin oranından daha yüksektir. Yardımsız seyahat etme veya ulaşım yapabilme açısından erkek katılımcıların kadınlardan daha yüksek bir orana sahip oldukları belirlenmiştir. Kadın ve erkek katılımcıların oldukça önemli bir oranda yardımsız parasal işlerini idare edebildikleri belirlenmiştir. Parasal işlerini yapamayan erkeklerin oranı ise kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Kadın ve erkek katılımcıların oldukça önemli bir oranda yardımsız ilaçlarını içebildikleri belirlenmiştir. Ulaşılan bulgular, kadın ve erkek katılımcılar açısından farklılık sergilemekle birlikte, bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,107>0,05$).

Araştırmaya katılan kadın ve erkek katılımcıların enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular, aşağıdaki Tablo 15'de sunulmuştur. Katılımcıların EGYA Ölçeği puanlarının, cinsiyetlerine göre istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesine yönelik non-parametrik testlerden Mann-Whitney U testi yürütülmüştür.

Tablo 15. Katılımcıların cinsiyetlerine göre EGYA puan ortalamaları

Cinsiyet	N	EGYA Puanı			
		Ortalama	S.S	Min.	Max.
Kadın	88	21,6	0,554	6	23
Erkek	85	21,8	0,605	7	24
Toplam	173	21,7	0,439	6	24

Mann-Whitney U=3515,000; Z= -0,938; p=0,348>0,05

Tablo 15’de yer alan bulgular incelendiğinde; kadın ve erkek katılımcıların EGYA puan ortalamaları genel olarak aynı düzeydedir. Erkek katılımcıların EGYA ortalama puanı ölçek ortalama puanından kısmen yüksek iken, kadın katılımcıların ortalama puanları kısmen düşüktür. Ancak bu farklılık, durum istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir (p=0,321>0,05).

Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre EGYA puan ortalamalarına ilişkin bulgular aşağıdaki Tablo 16’da sunulmuştur. Birlikte yaşanan kişiye göre EGYA puan ortalamaları arasında farklılık olup olmadığının belirlenmesine yönelik Ki-Kare Testi yürütülmüştür.

Tablo 16. Katılımcıların birlikte yaşadıkları kişilere göre günlük yaşam aktiviteleri puan ortalamaları

Evde Kiminle Yaşadığı	N	EGYA Puanı			
		Ortalama	S.S	Min.	Max.
Yalnız yaşıyor	45	20,7	0,096	11	22
Çocukları ile yaşıyor	14	17,2	0,177	8	19
Eşi ile yaşıyor	102	22,4	0,050	12	24
Eşi ve çocukları ile yaşıyor	11	22,9	0,090	13	24
Bakıcı ile yaşıyor	1	14,0	-	14	14
Diğer	0	-	-	-	-
TOPLAM	173	20,6	0,043	8	24

$\chi^2= 25,721$; df=4; p=0,000<0,05; 0,01

Tablo 16’daki bulgular incelendiğinde; evde birlikte yaşanan kişi ile EGYA puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu görülmektedir (p=0,000<0,05). Eşi ile birlikte yaşayanlar ve hem eşi hem de çocukları ile birlikte yaşayanların, EGYA puan ortalamaları; çocukları ile birlikte yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar ve bakıcı ile yaşayan yaşının puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.3. Araştırma Sorularına İlişkin Bulgular

Araştırma soruları doğrultusunda kurulan hipotezlerin sınanmasında çoklu regresyon analizi yürütülmüş olup, doğrusal regresyon analizi sonuçları aşağıdaki Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17. Malnütrisyon riski ile GYA arasındaki ilişki

Değişken	B	S.E	B	R ²	ΔR^2	P
GYA	1.062	.43	.33	.284	.253	0.015

Tablo 17’de yürütülen regresyon analizi ile katılımcıların malnütrisyon riskinin, günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisi sınanmıştır. Regresyon analizi sonucunda; katılımcıların malnütrisyon riski ile günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($\Delta R^2=.253$; $F=9.340$ ve $p=0,015<0,05$) belirlenmiştir. Ulaşılan bu bulguya göre araştırmanın birinci hipotezi olarak kurulan; “H₁= Katılımcıların malnütrisyon riskleri ile günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 18. Malnütrisyon riski ile EGYA arasındaki ilişki

Değişken	B	S.E	B	R ²	ΔR^2	P
EGYA	3.191	.22	.48	.482	.453	0.003

Tablo 18’de yürütülen regresyon analizi ile katılımcıların malnütrisyon riskinin, enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkisi sınanmıştır. Regresyon analizi sonucunda; katılımcıların malnütrisyon riski ile enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($\Delta R^2=.482$; $F=16.840$ ve $p=0,003<0,05$) belirlenmiştir. Ulaşılan bu bulguya göre araştırmanın birinci hipotezi olarak kurulan; “H₂= Katılımcıların malnütrisyon riskleri ile enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri arasında anlamlı bir ilişki vardır” hipotezi kabul edilmiştir.

Hipotez testleri sonuçlarına göre, araştırmanın birinci sorusu; “evde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile malnütrisyon riskleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki vardır” olarak cevaplandırılmıştır.

Araştırmanın ikinci sorusu olan; “Evde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ile malnütrisyon riskleri arasındaki ilişkinin düzeyi nedir” sorusu ise, korelasyon testi ile sınanmıştır. Korelasyon test sonuçları aşağıdaki Tablo 19’da sunulmuştur.

Tablo 19. Katılımcıların GYA ve EGYA ile malnütrisyon riskleri arasındaki ilişkinin düzeyi

			Günlük Yaşam Aktiviteleri	Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri	Malnütrisyon Riski
Günlük Yaşam Aktiviteleri			-		
Enstrümantal Aktiviteleri	Günlük Yaşam		0.586**		
Malnütrisyon Riski			-0.641**	-0.566**	

* $p<0,05$ (İstatistiksel olarak anlamlı); ** $p<0,01$ (İstatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı)

Katılımcıların malnütrisyon riskleri ile günlük yaşam aktiviteleri arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemeye yönelik yürütülen korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; malnütrisyon riski ile GYA ($r=-0,641$) ve EGYA ($r=-0,566$) arasında ters yönlü orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,01$). Ulaşılan bulgulara göre; katılımcıların malnütrisyon riskli veya malnütrisyonlu olmalarının, günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olumsuz etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların GYA ile EGYA arasında pozitif yönlü orta düzeyde ($r=0.586$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük yaşam aktivitelerinin yapabilen katılımcıların enstrümantal günlük yaşam aktivitelerini de yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların GYA ile yaş, cinsiyet, aylık gelir düzeyi, tanısı konulmuş kronik hastalık sayısı, günlük düzenli kullanılan ilaç sayısı, BKİ, günlük protein alımı için tüketilen kaynaklar arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemeye yönelik korelasyon testi yürütülmüştür. Bağımlı değişken GYA ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini gösteren korelasyon test sonuçları Tablo 20’de sunulmuştur.

Tablo 20. Bağımsız değişkenler ile katılımcıların GYA arasındaki ilişkinin düzeyi

	Yaş	Cinsiyet	Aylık Gelir	Hastalık Sayısı	İlaç Sayısı	BKİ	Süt Ürünleri	Baklagiller-Yumurta	Et, Balık, Tavuk	Sebze-Meyve	Sıvı Tüketimi
Cinsiyet	-0,035										
Aylık Gelir	-0,019	0,144									
Hastalık Sayısı	0,076	-0,017	-0,005								
İlaç Sayısı	0,103	-0,011	0,036								
BKİ	-0,080	-0,180*	0,031	0,078							
Süt Ürünleri	0,056	0,047	0,087	0,281**	0,172						
Baklagiller-Yumurta	0,017	0,231*	0,075	0,017	-0,120	0,179					
Et, Balık, Tavuk	-0,045	-0,180	-0,182	-0,020	-0,003	0,271**	0,496**				
Sebze-Meyve	0,060	0,235**	0,144	-0,055	0,018	-0,021	-0,081	0,137			
Sıvı Tüketimi	0,228*	-0,031	0,140	-0,235*	-0,003	0,186	-0,361**	-0,100	0,055		
GYA	-0,021	-0,076	0,110	-0,180*	-0,061	-0,039	-0,143	-0,078	-0,049	0,264**	0,479**

* p<0,05 (İstatistiksel olarak anlamlı); ** p<0,01 (İstatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı)

Katılımcıların kişisel özellik bağımsız değişkenleri ile GYA arasındaki ilişkinin düzeyini ortaya koyan Tablo 20'deki bulgular incelendiğinde; tanısı konmuş kronik hastalık sayısı, sebze meyve tüketimi ve sıvı tüketim düzeyleri ile GYA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu, diğer bağımsız özellik değişkenleri ile GYA arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların kronik hastalık sayıları ile GYA arasında negatif yönlü ancak zayıf düzeyde ($r=0.180$; $p<0.05$) anlamlı bir ilişki bulunmuş, hastalık sayısı arttıkça GYA bağımsız olarak yapılamadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların sebze-meyve tüketim düzeyleri ile GYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde ($r=0.264$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük sebze-meyve tüketimi arttıkça GYA bağımsız olarak yapılmasının kolaylaştığı sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların günlük su tüketim düzeyleri ile GYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde ($r=0.479$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük su tüketimi arttıkça GYA'nin bağımsız olarak yapılmasının kolaylaştığı sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların EGYA ile yaş, cinsiyet, aylık gelir düzeyi, tanısı konulmuş kronik hastalık sayısı, günlük düzenli kullanılan ilaç sayısı, BKİ, günlük protein alımı için tüketilen kaynaklar arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemeye yönelik korelasyon testi yürütülmüştür. Bağımlı değişken EGYA ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini gösteren korelasyon test sonuçları Tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21. Bağımsız değişkenler ile katılımcıların EGYA arasındaki ilişkinin düzeyi

	Yaş	Cinsiyet	Aylık Gelir	Hastalık Sayısı	İlaç Sayısı	BKİ	Süt Ürünleri	Baklagiller -Yumurta	Et, Balık, Tavuk	Sebze-Meyve	Sıvı Tüketimi
Cinsiyet	-0,035										
Aylık Gelir	-0,019	0,144									
Hastalık Sayısı	0,076	-0,017	-0,005								
İlaç Sayısı	0,103	-0,011	0,036								
BKİ	-0,080	-0,180*	0,031	0,078							
Süt Ürünleri	0,056	0,047	0,087	0,281**	0,172						
Baklagiller-Yumurta	0,017	0,231*	0,075	0,017	-0,120	0,179					
Et, Balık, Tavuk	-0,045	-0,180	-0,182	-0,020	-0,003	0,271**	0,496**				
Sebze-Meyve	0,060	0,235**	0,144	-0,055	0,018	-0,021	-0,081	0,137			
Sıvı Tüketimi	0,228*	-0,031	0,140	-0,235*	-0,003	0,186	-0,361**	-0,100	0,055		
EGYA	0,057	0,031	0,172*	-0,252**	-0,081	0,217**	-0,192	-0,173	0,249*	0,278**	0,728**

* p<0,05 (İstatiksel olarak anlamlı); ** p<0,01 (İstatiksel olarak ileri düzeyde anlamlı)

Katılımcıların kişisel özellik bağımsız değişkenleri ile EGYA arasındaki ilişkinin düzeyini ortaya koyan Tablo 21'deki bulgular incelendiğinde; aylık gelir düzeyi, tanısı konmuş kronik hastalık sayısı, BKİ, Hergün kırmızı et, tavuk veya balık tüketimi, sebze meyve tüketimi ve sıvı tüketim düzeyleri ile EGYA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna karşın katılımcıların diğer bağımsız özellik değişkenleri ile EGYA arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile EGYA arasında negatif yönlü ancak zayıf düzeyde ($r=0.252$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki bulunmuş, gelir düzeyi azaldıkça katılımcıların EGYA'nin bağımsız olarak yapamadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların günlük kırmızı et, balık veya tavuk tüketimleri ile EGYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde ($r=0.217$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki bulunmuş, BKİ sağlıklı sınırlar içinde olan katılımcıların, daha bağımsız EGYA'ni yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların BKİ'leri ile EGYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde ($r=0.249$; $p<0.05$) anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük kırmızı et, balık veya tavuk tüketen katılımcıların, daha bağımsız EGYA'ni yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların günlük sebze-meyve tüketimleri ile EGYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde ($r=0.278$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük yeterli miktarda sebze-meyve tüketen katılımcıların, daha bağımsız EGYA'ni yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların günlük su tüketimleri ile EGYA arasında pozitif yönlü ve güçlü ($r=0.728$; $p<0.01$) anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük yeterli miktarda su tüketen katılımcıların, daha bağımsız EGYA'ni yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

5. TARTIŞMA

Bireyin beslenme biçimi ve düzeyi ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olduğu bilimsel olarak da bilinen bir durumdur. Özellikle beslenme biçimi ve düzeyi, ileri yaşlarda pek çok vücut fonksiyonunun azalmasına ve bozulmasına yol açmakta ve buna bağlı olarak yaşlılarda çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yetersiz, dengesiz veya aşırı beslenme gibi olguları içinde barındıran malnütrisyon, yaşlılarda; kas fonksiyon bozuklukları ve kas güçsüzlüğü, immün fonksiyonda azalma, anemi, bilişsel fonksiyonların azalması, yaraların geç iyileşmesi, bası yaraları gibi çeşitli ve çok sayıda olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Bu nedenle özellikle yaşlılık döneminde bireylerin yetersiz beslenmeleri; osteoporoz, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser gibi kronik hastalıkların ortaya çıkmasına ve ilerlemesine etkisi bulunmakta, ayrıca mortalite için önemli bir belirleyici faktör olmaktadır (Rakıcıoğlu ve ark, 2005; Ergün ve ark, 2012).

Çalışmaya katılan yaşlıların tümünün sağlık güvencesi olduğu bulunmuştur. Bunun sonucunda da yaşlıların sağlık hizmetlerine ulaşım imkanlarının iyi durumda olduğunu söylemek mümkündür. Genel olarak erkek katılımcıların eğitim düzeyleri kadın katılımcılara göre daha yüksek iken, araştırmaya katılan her beş yaşlıdan biri (%21,9) okur-yazar değildir. Eğitim düzeyleri göz önüne alındığında kadın ve erkek katılımcılar genel olarak ilkökul mezunu olup, ortaokul düzeyinde eğitime sahip katılımcı sayısı oldukça düşüktür. Sağlık hizmeti verilirken hizmeti veren profesyonel tarafından yaşlı hastaların eğitim düzeyleri dikkate alınması gereken bir durumdur.

Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı (2007)’ye göre tüm ölümlerin %79.0’ının kronik hastalıklar nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Araştırmada yaşlıların %71,6’sı en az bir ya da daha fazla kronik hastalığa sahiptir. Çalışmanın sonuçlarıyla benzer şekilde “2002 Türkiye Özürlüler Araştırması’nda, yaşlıların %67.92’sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu bulunmuştur. Kronik hastalıklar önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Yapılan çalışmada yaşlıların %84,3’ü en az bir ilaç kullanmaktadır. Yaşlılıkta kronik hastalıkların tedavisinde hastalıkların artmasıyla da çoklu ilaç kullanımı malnütrisyon oluşmasına etkide bulunabilmektedir. Sağlık hizmeti veren profesyonel tarafından yaşlının kullandığı ilaçların beslenme üzerine etkilerinin bilinmesine ve yaşlının bilinçlendirilmesine dikkat edilmelidir.

Rakıcıoğlu (2005) 'nın yaşlılarda sigara ve alkol kullanım oranlarını da değerlendirdiği bir çalışmada yaşlıları %19,5'nun sigara, %4'nün alkol kullandığı tespit edilmişken; bu araştırmada ulaşılan yaşlıların %20,2 sigara , %4'nün alkol kullanma oranlarıyla oldukça benzeşmektedir. Bu oranların yaşlılarda düşük olması sigara ve alkol bağımlılığın yol açtığı hastalıklar nedeniyle önemlidir.

Katılımcıların BKİ, üst kol ve baldır çevresi gibi antropometrik karakterlerinde; kadın katılımcıların erkeklere göre daha yüksek değerlere sahip oldukları görülmektedir. Bu durum, kadınlarda seksüel dimorfizmin varlığına işaret etmektedir (Başbüyük vd., 2017:342).

Mastronuzzi ve arkadaşları (2015) tarafından, aile hekimliği bölgesinde yaşayan 75 yaş ve üzeri 274 yaşlı üzerinde yürütülen çalışmada, yaşlılar arasındaki malnütrisyon boyutu ve malnütrisyonun majör komplikasyonlarla ilişkileri araştırılmıştır. Araştırmada, MNA puanlarına göre yaşlıların; %64'nün nütrisyon durumunun iyi olduğu, %25'nin malnütrisyon riski taşıdığı ve %11'nin malnütrisyonlu olduğu belirlenmiştir. Malnütrisyonlu olduğu belirlenen yaşlıların; %11,6'sının majör kırık öyküsü olduğu, %33,3'üne demans tanısı konulduğu ve %24,6'sının en az bir kez hastanede tedavi gördüğü belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada, malnütrisyonlu yaşlıların %33'ünün yatak istirahatine alındığı ve yatak istirahatine alınanların; %70'inde yatak yarası, %20'sinde son bir yıl içinde majör kırık öyküsü olduğu, %60'ına demans tanısı konduğu ve %13,3'nün yine son bir yıl içinde en az bir kez hastanede yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir.

Ercan ve arkadaşlarının (2015), 1030 yaşlı ile MNA kullanılarak yapılan beslenme durumlarının değerlendirdikleri çalışmalarında; yaşlıların %19 malnütrisyonlu, %29,1'i malnütrisyon riski altında bulunmuştur. Malnütrisyonlu yaşlıların %63,3'ünde polifarmasi, %54,1'inde düşük gelir seviyesinde ve % 77'sinde düşük eğitim seviyesinde olduğunu bildirmişlerdir.

Yapılan bu çalışmada; örneklem grubunda yer alan 65 yaş üstü 173 yaşlının, nütrisyon durumu ve malnütrisyon riski incelenmiştir. Katılımcıların %42,2'sinin nütrisyon durumunun iyi olduğu, %33,5'inin malnütrisyon riski taşıdığı ve %24,3'ünün malnütrisyonlu olduğu belirlenmiştir. Malnütrisyon riski taşıyan ve malnütrisyonlu yaşlıların; %26'sına şiddetli demans tanısı konduğu belirlenmiştir. Malnütrisyon riski ve malnütrisyon açısından kadın katılımcıların, erkek katılımcılara göre daha fazla olduğu belirlenmiş ve ulaşılan bu bulgunun istatistiksel anlamda da farklılaştığı belirlenmiştir. Çalışmada, malnütrisyon riski taşıyan ve malnütrisyonlu yaşlıların; majör kırık öyküsü, yatak istirahatine alınması ve hastanede tedavi gördüklerine ilişkin bulgular, araştırma

kapsamında bu değişkenlerin incelenmemesi nedeniyle elde edilememiştir. Çalışmada ulaşılan bulgular, Mastronuzzi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmanın bulguları ile farklılaşmakta, bu çalışmanın örneklem grubundaki yaşlıların daha yüksek oranda malnütrisyon riski taşıdıkları ve malnütrisyonlu oldukları görülmektedir. Buna karşın bu çalışmada ulaşılan bulgular, Ercan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma bulguları ile benzeşmektedir. Bu durumu, araştırma kapsamındaki yaşlıların %61,3'ünün aylık gelir düzeylerinin 2.500 TL ve altında olmasına bağlı olarak, yeterli ve dengeli beslenme için uygun ekonomik şartlara sahip olmadıkları ile açıklamak mümkündür. Çalışmada belirlenen %26'lık şiddetli demans tanısı konulan malnütrisyon riskli ve malnütrisyonlu yaşlı bulgusu ise, Mastronuzzi ve arkadaşlarının çalışmalarındaki %60'lık orana göre oldukça düşüktür.

Naseer ve arkadaşları (2015), evde veya bakım evlerinde yaşayan 1203 yaşlı üzerinden 7 yıl boyunca yürüttükleri araştırmada; yaşlıların nütrisyonel risk değerlendirmelerini ve GYA'ni izlemişlerdir. Araştırmada, yetersiz beslenmeye bağlı yaşlılarda ağırlık kaybı, düşük antropometrik ölçümleri ve yiyecek alımında azalma gibi sonuçların ortaya çıktığı gözlemlenmiş ve araştırma süreci boyunca veriler işlenmiştir. Araştırmada, yetersiz beslenme ile GYA arasında bir korelasyon olmasının muhtemel olduğu ($r=0,226$; $p<0,01$) belirlenmiştir. Araştırmada ayrıca, katılımcıların %8,3'ünün yetersiz beslenmeye bağlı GYA'ni , %37,4'ünün ise EGYA'ni yapmada bağımlı oldukları belirlenmiştir.

Cereda ve arkadaşları (2008), tarafından 172 yaşlı üzerinden yürütülen araştırmada; katılımcıların malnütrisyon riskleri ve malnütrisyon ile temel GYA arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Araştırmada; katılımcıların %51'nin malnütrisyon riski altında, %20,3'nün ise malnütrisyonlu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmada, malnütrisyon ile temel GYA ile arasında istatistiksel olarak ($p<0,01$) anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemişleridir.

Bu çalışmada, malnütrisyon riski ile GYA arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($\Delta R^2=.253$; $F=9.340$ ve $p=0,015<0,05$) belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların malnütrisyon riski ile EGYA arasında da anlamlı bir ilişki olduğu ($\Delta R^2=.482$; $F=16.840$ ve $p=0,003<0,05$) belirlenmiştir. Çalışmada; malnütrisyon riski ile GYA ($r=-0,641$) ve EGYA ($r=-0,566$) arasında ters yönlü orta düzeyde bir korelasyon tespit edilmiş ve bu korelasyona bağlı olarak malnütrisyon riski ile GYA ve EGYA arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Ulaşılan bu korelasyona göre; malnütrisyon riskli ve malnütrisyonlu yaşlıların, GYA ve EGYA yapmada zorlandıkları veya bağımlı olduklarını söylemek mümkündür. Çalışmada ulaşılan bu sonuçlar, Naseer ve arkadaşları ile Cereda ve arkadaşlarının yürüttükleri araştırma çalışmalarından ulaştıkları sonuçlar ile

benzeşmektedir. Ancak, bu çalışmada; malnütrisyon ile GYA ve EGYA arasında, daha güçlü düzeyde korelasyon olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada malnütrisyon riskli ve malnütrisyonlu yaşlıların, GYA'ni veyapmada bağımlılık oranları kümülatif bazda belirlenmemiştir. Ancak, katılımcıların yaklaşık %7'sinin GYA'ni%18,5'nin ise EGYA'ni yapmada bağımlı olduklarını söylemek mümkündür.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, yaşlıların malnütrisyon riskleri ve GYA arasındaki ilişkiyi tanımlamak, malnütrisyon riski ve malnütrisyon riskini etkileyen diğer faktörleri ortaya konulması amaçlanmıştır. Araştırma amacı doğrultusunda, 65 yaş ve üstü 173 yaşlıdan toplanan verilerin analizi ile elde edilen bulgular şu şekildedir.

MNA testi uygulanan yaşlılarda,

- Oransal olarak kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla kilo kaybı yaşadıkları,
- Kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla oranda, son üç ay içinde psikolojik veya akut rahatsızlığa yakalandıkları,
- Şiddetli demans oranının kadın katılımcılarda, erkek katılımcılara göre daha fazla olduğu,
- Kadın katılımcıların BKİ'lerinin, erkek katılımcılara göre daha fazla kabul edilebilir sınırların altında veya üstünde olduğu,
- Erkek katılımcıların iştah kayıp oranlarının, kadın katılımcılara göre daha fazla olduğu,
- Kadın katılımcıların, erkek katılımcılara göre malnütrisyon olasılıklarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadın katılımcıların malnütrisyon olasılıklarının, erkek katılımcılara göre yüksekliği istatistiksel olarak anlamlıdır.

Malnütrisyon olasılığı bulunan yaşlılarda, malnütrisyon risk değerlendirme tarama testine devam edilmiş ve test sonucunda,

- Araştırmaya katılan kadın %38,6'sının, erkek katılımcıların ise %45,9'unun herhangi bir beslenme sorunlarının olmadığı,
- Kadın katılımcıların, erkek katılımcılara göre daha yüksek malnütrisyon riski taşıdıkları ve malnütrisyonlu oldukları belirlenmiştir. Ulaşılan bu bulgu, istatistiksel açıdan da anlamlı düzeydedir.

Malnütrisyon tarama testi uygulanan katılımcıların, tarama testi sorularına verdikleri cevaplar sonucunda,

- Kadın katılımcıların erkek katılımcılara oranla, bağımsız olarak yaşamak konusunda zorluk yaşadıkları,

- Kadın ve erkek katılımcıların önemli bir bölümünün (%70,9-72,3), düzenli olarak günde üçten fazla ilaç kullandıkları,
- Katılımcıların hiç birinde bası yarası ve deri ülseri bulunmadığı,
- Kadın katılımcıların üçte ikisinin günde iki öğün, erkeklerin yaklaşık yarısının iki öğün, üçte birini ise üç öğün yemek yediği,
- Kadın ve erkek katılımcıların yaklaşık %60'ının günde en az bir porsiyon süt ve süt ürünleri tükettiği,
- Kadın ve erkek katılımcıların %42-%47 gibi görece düşük sayılabilecek bir oranda haftada iki porsiyon kuru baklagiller veya yumurta tükettikleri,
- Erkeklerin tamamının, kadınların ise %90'ının, her gün kırmızı et, balık veya tavuk tüketmedikleri,
- Kadın katılımcıların %60'ının günde beş bardak ve daha altında, erkek katılımcıların ise %68'inin günde beş bardaktan fazla sıvı tükettikleri,
- Genel olarak araştırmaya katılanların beslenme şekillerinde sorun yaşamadıkları, hiçbir sorun olmaksızın önemli bir bölümünün kendi başlarına yemek yiyebildikleri,
- Kendisinin beslenme sorunsuz olarak gören erkek katılımcıların oranının, kadın katılımcılara göre göreceli olarak yüksek olduğu,
- Kendisini beslenme sorunlu veya diğer bir ifade ile malnütrisyonlu gören erkek katılımcıların oranının, kadın katılımcılara göre oldukça yüksek olduğu,
- Katılımcıların önemli sayılabilecek bir bölümünün kendisini yaşlılarına göre daha sağlıklı gördükleri belirlenmiştir.

Araştırmaya katılanların GYA'ni; bağımlı, yarı bağımlı veya bağımsız yapıp yapamadıklarına ilişkin değerlendirmeler sonucunda,

- Kadın ve erkek katılımcıların büyük oranda bağımsız banyo yapabildikleri ve giyinebildikleri, kadın katılımcıların %2'sinin, erkeklerin ise %5'inin bağımlı olarak banyo ve giyinme aktivitelerini yapabildikleri,
- Kadınların bağımsız olarak tualete gitme oranlarının erkeklere göre daha yüksek, erkeklerin yaklaşık %13'ünün, kadınların ise %5,7'sinin tualete gitme aktivitesinde yarı bağımlı oldukları,
- Yataktan yardımsız kalkabilme aktivitesinde kadınların oransal olarak erkeklerden daha yüksek olduğu,
- Erkek katılımcıların %3,5'inin yataktan tek başlarına kalkamadıkları, yarı bağımlı oldukları,

- Yardımla yataktan kalkabilen kadınların oranının, erkeklere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ulaşılan bu bulgu istatistiksel açıdan da kadın katılımcılar lehine anlamlıdır.
- Kadın ve erkek katılımcıların önemli bir oranı yardımsız kontinans yapabildikleri, yardımlar kontinans yapabilen erkeklerin oranı kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kadınların %89,8'inin, erkelerin ise %82,4'ünün bağımsız olarak yemek yiyebildikleri, buna karşın yemek yeme aktivitesinde kadınların %1,1'nin, erkelerin ise %2,3'ünün bağımlı oldukları belirlenmiştir.
- Kadın ve erkek katılımcıların GYA puan ortalamaları genel olarak aynı düzeydedir. Kadın katılımcıların GYA ortalama puanı ölçek ortalama puanından kısmen yüksek iken, erkek katılımcıların ortalama puanları kısmen düşüktür. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.
- Evde birlikte yaşanan kişi ile katılımcıların GYA puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı belirlenmiştir. Eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanlar ile bakıcı ile birlikte yaşayanların GYA puan ortalamaları diğer gruplardaki katılımcıların puan ortalamalarından yüksek olmakla birlikte, bu durum istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Araştırmaya katılanların EGYA'ni; bağımlı, yarı bağımlı veya bağımsız yapıp yapamadıklarına ilişkin değerlendirmeler sonucunda,

- Kadın katılımcıların yaklaşık %57'sinin, erkek katılımcıların ise %69,4'ünün bağımsız olarak alışveriş yapabildikleri, buna karşın kadınların %19,3'ünün ve erkeklerin ise %15,3'ünün bağımlı oldukları,
- Kadın ve erkek katılımcıların %65,9'unun bağımsız olarak yemek hazırlayabildikleri, buna karşın kadınların %21,6'sının, erkeklerin ise %15,3'ünün bağımlı oldukları,
- Günlük ev işlerini bağımsız yapabilen kadınların oranı, erkeklerin oranına göre yüksek iken, günlük ev işlerini yapmada yarı bağımlı erkeklerin oranı kadınlardan daha yüksektir. Buna karşın günlük ev işlerinde bağımlı kadınların oranı erkeklerden daha yüksek olduğu,
- Bağımsız olarak çamaşır yıkayabilen kadınların oranı erkeklerin oranından daha yüksek olduğu,

- Bağımsız olarak seyahat etme veya ulaşım yapabilme açısından erkek katılımcıların oranının, kadınlardan daha yüksek oldukları belirlenmiştir. Buna karşın kadınların %6,8'inin, erkeklerin ise %9,4'ünün seyahat ve ulaşım aktivitesinde bağımlı oldukları,
- Parasal işlerini bağımsız olarak yapabilen erkeklerin oranı kadınlara göre daha yüksek iken, parasal işlerin idaresinde kadınların %9,1'inin, erkeklerin ise %15,3'ünün bağımlı oldukları ,
- Bağımsız olarak ilaçlarını içebilen erkeklerin oranı kadınlara göre daha yüksek iken, kadınların %8'inin, erkeklerin ise %10,6'sının ilaç içme aktivitesinde bağımlı oldukları belirlenmiştir.
- Erkek katılımcıların EGYA ortalama puanlarının, ölçek ortalama puanından kısmen yüksek, kadın katılımcıların ise ortalama puandan kısmen düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak bu farklılık, durum istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.
- Evde birlikte yaşanan kişi ile katılımcıların EGYA puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir. Eşi ile birlikte yaşayanlar ve hem eşi hem de çocukları ile birlikte yaşayanların EGYA puan ortalamalarının; çocukları ile birlikte yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar ve bakıcı ile yaşayan yaşlının puan ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların malnütrisyon riskinin, GYA üzerindeki etkisi, regresyon analizi ile sınanmıştır. Regresyon analizi sonucunda; katılımcıların malnütrisyon riski ile GYA arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların malnütrisyon riskinin, üzerindeki etkisi, regresyon analizi ile sınanmıştır. Regresyon analizi sonucunda katılımcıların malnütrisyon riski ile EGYA arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların malnütrisyon riskleri ile GYA ve EGYA arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemeye yönelik korelasyon analizi yürütülmüştür. Korelasyon analizi sonucunda:

- Malnütrisyon riski ile GYA ($r=-0,641$) ve EGYA ($r=-0,566$) arasında ters yönlü orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların GYA ile EGYA arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş, GYA'ni yapabilen katılımcıların EGYA'de yapabildikleri belirlenmiştir.

Katılımcıların GYA ile yaş, cinsiyet, aylık gelir düzeyi, tanısı konulmuş kronik hastalık sayısı, günlük düzenli kullanılan ilaç sayısı, BKİ, günlük protein alımı için tüketilen kaynaklar arasındaki ilişkinin düzeyini belirlemeye yönelik korelasyon testi yürütülmüştür. Bağımlı değişken GYA ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini gösteren korelasyon testi sonucunda:

- Tanısı konmuş kronik hastalık sayısı, sebze meyve tüketimi ve sıvı tüketim düzeyleri ile GYA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu, diğer bağımsız özellik değişkenleri ile GYA arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.
- Tanısı konmuş kronik hastalık sayısı, sebze meyve tüketimi ve sıvı tüketim düzeyleri ile GYA arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu, diğer bağımsız özellik değişkenleri ile GYA arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların kronik hastalık sayıları ile GYA arasında negatif yönlü ancak zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş, hastalık sayısı arttıkça GYA'nin bağımsız olarak yapılamadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların sebze-meyve tüketim düzeyleri ile GYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük sebze-meyve tüketimi arttıkça GYA'nin bağımsız olarak yapılmasının kolaylaştığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların günlük su tüketim düzeyleri ile GYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük su tüketimi arttıkça GYA'nin bağımsız olarak yapılmasının kolaylaştığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile EGYA arasında negatif yönlü ancak zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş, gelir düzeyi azaldıkça katılımcıların EGYA'nin bağımsız olarak yapamadıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların günlük kırmızı et, balık veya tavuk tüketimleri ile EGYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş, BKİ sağlıklı sınırlar içinde olan katılımcıların, daha bağımsız EGYA'ni yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların BKİ'leri ile EGYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük kırmızı et, balık veya tavuk tüketen katılımcıların, daha bağımsız EGYA'ni yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

- Katılımcıların günlük sebze-meyve tüketimleri ile EGYA arasında pozitif yönlü ancak zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük yeterli miktarda sebze-meyve tüketen katılımcıların, daha bağımsız EGYA'ni yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Katılımcıların günlük su tüketimleri ile EGYA arasında pozitif yönlü ve güçlü anlamlı bir ilişki bulunmuş, günlük yeterli miktarda su tüketen katılımcıların, daha bağımsız EGYA'ni yapabildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan bu çalışmada; zaman ve bütçe kısıtlılığı nedeniyle örneklem büyüklüğünün az olması ve örneklemelerin aynı bölgeden seçilmesi gibi faktörler, ulaşılan bazı sonuçların istatistiksel açıdan anlamlı olmamasına neden olmuş olabilir. Katılımcıların GYA ve EGYA'ni, malnütrisyon riski dışında etkileyen faktörlerin çalışmaya dahil edilmemesi de, ayrıca bu çalışmanın eksik yönünü oluşturmaktadır.

Bu nedenle gelecekte benzer konuda çalışma yapacak araştırmacıların, yaşlıların GYA ve EGYA üzerinde etkili olan değişkenleri arttırarak çalışmalarını önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Adolph M. Parenteral nutrition strategies. *Ther Umsch* 2014, 71(3),163-169.

Agarwal E. 2013 Malnutrition in the elderly: a narrative review. *Maturitas* 2013, 76(4), 296-302.

Akın S. Yaşlılarda üriner inkontinans. *Kontinans ve Nöroüroloji Bülteni*, 2015, 2, 49-54.

Andre MB, Dumavibhat N, Ngatu NR, Eitoku M, Hirota R, Suganuma N. Mini nutritional assessment and functional capacity in community-dwelling elderly in rural Luozi, Democratic Republic of Congo. *Geriatr Gerontol Int.* 2013, 13(1), 35-42.

Arpacı F. Farklı Boyutlarıyla Yaşlılık. Türkiye İşçi Emeklileri Derneği Eğitim ve Kültür Yayınları, Ankara, 2005.

Arulat T. Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Yaşlı Hasta Değerlendirmesindeki Sorunlar. Akademik Geriatri Kongresi Kongre Kitabı, 25-29 Mayıs 2009, Antalya, 2009, 17-22.

Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar. *Geriatri Derneği*, Ankara, 2008.

Barkoukis H. Nutrition recommendations in elderly and aging. *The Medical Clinics of North America* 2016, 100(6), 1237-1250.

Başıbüyük GÖ, Bektaş Y, Çınar Z, Ay F, Alan A. (2017). Huzurevinde kalan yaşlılarda malnütrisyon sıklığı. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)* 2017, 3(2), 339-348.

Başoğlu S, Karaağaoğlu N, Erbaş N, Ünlü A. Enteral-Parenteral Beslenme. *Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını*. (Yayın No.8) Ankara, 1996.

Bell CL, Lee AS, Tamura BK. Malnutrition in the nursing home. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 2015, 18(1), 17-23.

Bıyık A, Özgür G, Özsoy S, Erefe İ, Emeç A, Ergül Ş, Dülgerler Ş. Huzurevinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilacı kullanma davranışları. *Türk Geriatri Dergisi* 2002, 5(2), 68-74.

Bosaeus I, Rothenberg E. Nutrition and physical activity for the prevention and treatment of age-related sarcopenia. *Proceedings of The Nutrition Society* 2015, 1(2), 1-7.

Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, Compher C. ve ark. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical Nutrition* 2017, 36(1), 49-64.

Cereda E, Valzolgherb L, Pedrollib C. Mini nutritional assessment is a good predictor of functional status in institutionalised elderly at risk of malnutrition. *Clinical Nutrition* 2008, 27(5), 700-5.

Cerri AP, Bellelli G, Mazzone A, Pittella F, Landi F, Zambon A, Annoni G. Sarcopenia and malnutrition in acutely ill hospitalized elderly: Prevalence and outcomes. *Clinical Nutrition* 2015, 34(4), 745-51.

Chan M, Lim YP, Ernest A, Tan TL. Nutritional assessment in an Asian nursing home and its association with mortality. *The Journal of Nutrition Health and Aging* 2010, 14(1), 23-28.

Cho CY, Alessi CA, Cho M, Aronow HU, Stuck AE, Rubenstein LZ, Beck JC. The association between chronic illness and functional change among participants in a comprehensive geriatric assessment program. *Journal of the American Geriatrics Society* 1998, 46(6), 677-682.

Çakmak B, Aydın F, Aktaş İ, Akgün K, Eryavuz M. Geriatrik hastalarda kas-iskelet sistemi hastalıkları. *Türk Geriatri Dergisi* 2004, 7, 221-224.

Çetinel B. Yaşlıda İdrar İnkontinansı. Geriatrik Hasta ve Sorunları Sempozyumu. 12-13 Kasım 1998, İstanbul, 1998, 83-93.

Çivi S, Tanrıku Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıklar prevelansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Türk Geriatri Dergisi* 2000, 3(3), 85-90.

DiMaria-Ghalili RA, Michae, YL, Rosso AL. Malnutrition in a sample of community-dwelling older Pennsylvanians. *Journal of Aging Research & Clinical Practice* 2013, 2(1), 39-45.

Ensrud KE, Cauley J, Lipschutz R, Cummings SR. Weight change and fractures in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Arch Intern Med* 1997, 157(8), 857-863.

Ergün A, Erol S, Yıldız A. Mini nütrisyonel değerlendirme testine göre evde ve huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda malnütrisyon riski. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2012, 21(1),10-18.

Graff C. The Lawton instrumental activities of daily living (IADL) Scale. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses* 2008, 18(5), 315-316.

Gündoğdu H. Evde nütrisyon desteğinde ne durumdayız? *İç Hastalıkları Dergisi* 2010, 17, 257-267.

Gündüz E, Eskin F, Gündüz M, Bentli R, Zengin Y, Dursun R, İçer M, Durgun HM ve ark. Malnutrition in community-dwelling elderly in Turkey: A multicenter, cross-sectional study *Medical Science Monitor* 2015, 21, 2750-2756.

Karadakovan A, Aslan FE. Yaşlılık ve Bakım. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı. Nobel Kitabevi, Adana, 2010.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged the index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963, 185(12), 914-919.

Kritchevsky SB. Nutrition and healthy aging. *The Journals of Gerontology* 2016, 71(10), 1303-1305.

Kutsal YG. Yaşlanan Dünya. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2006, 52, 6-11.

Landi F, Onder G, Gambassi G, Pedone C, Carbonin P, Bernabei R. Body mass index and mortality among hospitalized patients. *Archives Of Internal Medicine.* 2000, 160(17), 2641-2644.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and enstrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969, 9, 179-186.

Leslie W, Hankey C. Aging, nutritional status and health. *Healthcare (Basel)* 2015,30(3), 648-658.

Mastronuzzi T, Paci C, Portincasa P, Montanaro N, Grattagliano I. Assessing the nutritional status of older individuals in family practice: Evaluation and implications for management. *Clinical Nutrition* 2015, 34(6), 1184-1188.

Mitchell CO, Chernoff R. Nutritional Assessment of the Elderly. Chernoff R(Ed.) “Geriatric Nutrition The Health professionals Handbook”. (2. Edition). Aspen Publishers, Gaithersburg, 1999, 382-415.

Moreira NCF, Hofmann SK, Matthys C, Vereecken C. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Advances in Nutrition* 2016, 7(3), 507-522.

Mundi MS, Patel J, McClave SA, Hurt RT. Current perspective for tube feeding in the elderly: from identifying malnutrition to providing of enteral nutrition. *Clinical Interventions in Aging* 2018, 13, 1353-1364.

Naseer M, Forssell H, Fagerström C. Malnutrition, functional ability and mortality among older people aged ≥ 60 years: A 7-year longitudinal study. *European Journal of Clinical Nutrition* 2016, 70(3), 399-404.

O’Neill PS, Wellman NS, Himburg SP, Johnson P, Elfenbien P. 2005 Aging in community nutrition, diet therapy, and nutrition and aging textbooks. *Gerontol Geriatr Education* 2005, 25(3), 65-83.

Ohlhorst SD, Russell R, Bier D, Klurfeld DM, Li Z, Mein JR, Milner J, Ross AC, Stover P, Konopka E. Nutrition research to affect food and a healthy lifespan. *Advances in Nutrition* 2013, 4(5), 579-84.

Pehlivanoglu EFÖ, Özkan UM, Balcioğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. (2018). Yaşlılar için Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Ankara Med Journal* 2018, 2, 219-223.

Rakıcıoğlu N, Çalışkan D, Özçimen S, Nakilcioğlu H, Parlak S, Kaya T. Ankara’da huzurevi ve ev koşullarında yaşayan yaşlılarda beslenme alışkanlıklarının saptanması ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2005, 33(2), 19-30.

Rakıcıoğlu N. Malnutrisyon ve Yaşlanma Anoreksisi. Arıoğlu S.(Ed.) Geriatri ve Gerontoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2006, 373-384.

Rakıcıoğlu N. Yaşlılık Döneminde Malnütrisyondun Saptanması. Kutsal YG (Ed.). Geriatri “Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım”. Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını, Ankara, 2009, 115-120.

Sellier C. Malnutrition in the elderly, screening and treatment. *Soins Geronto* 2018, 23(133),12-17.

Shilpa A, Kalyani S, Manisha S. Changes during aging and their association with malnutrition. 2015

Streicher M, Themessl-Huber M, Schindler K, Sieber CC, Hiesmayr M, Volkert D. NutritionDay in nursing homes-the association of nutritional intake and nutritional interventions with 6-month mortality in malnourished residents. *JAMDA* 2017, 36(5), 1360-1371.

Sullivan DH. What do the serum proteins tell us about our elderly patients? *The Journals of Gerontology* 2001, 56(2), 71-74.

Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye’de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Yaşlı Sağlığı: Sorunları ve Çözümler. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Yayını, Ankara, 2012.

TÜİK. (2018b). Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>, (07.02.2019).

TÜİK. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi.<https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr>, (10.04.2019).

TÜİK.(2018a). İstatistiklerle Yaşlılar, 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27595> (03.02.2019).

TÜRYAK. 1. Ulusal Yaşlılık Konseyi Kongresi Kitabı. 1 Ekim 2007, İstanbul, 2007.

Visvanathan R, Newbury JW, Chapman I. Malnutrition in older people-Screening and management strategies. *Australian Family Physician* 2004, 33(10), 799-805.

WHO. (2018). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, (07.02.2019).

Willis D. Causes, assessment and treatment of malnutrition in older people. *Nurs Older People* 2017, 29(2), 20-25.

Wysokiński A, Sobów T, Kłoszewska I, Kostka T. Mechanisms of the anorexia of aging-a review. *Age* 2015, 37(4), 9821.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul İzin Formu



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar hk.

Sayın Doç.Dr.Serdal ÖĞÜT

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.09.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 5 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM
Etik Kurul Başkanı

KARAR 5:

Protokol No : 2017/44

Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr.Serdal ÖĞÜT

ADÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyesi Doç.Dr.Serdal ÖĞÜT'ün "Evde Yaşayan Yaşlılarda Malnütrisyon Riskleri İle Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve yapılan düzeltmeler uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)'lerin gönderilmesi gerekliliğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir

Ek 2. Veri Toplama Formu

Yönerge: Bu araştırma “ Evde Yaşayan Yaşlılarda Malnütrisyon Riskleri ile Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi ” için gerçekleştirilmektedir. Veri Toplama Aracı, dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların kişisel bilgilerine yönelik “Tanıtıcı Bilgi Formu”, ikinci bölümde beslenme durumlarıyla ilişkili malnütrisyon veya risklerini belirlemek için “ Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) Testi”, üçüncü bölümde katılımcıların günlük yaşam aktivite düzeylerini belirlemek için “ Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Bağımsızlık Ölçeği ” ve son bölümde ise katılımcıların enstrümental günlük yaşam aktivite düzeylerini belirlemek için “ Lawton&Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ” yer almaktadır. Bu araştırmaya isteyerek katılmanız ve veri toplama araçlarında yer alan maddelere vereceğiniz içten ve doğru cevaplar, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bilimsel bir amaç ile ve yüksek lisans tezi kapsamında gerçekleştirilen bu araştırmanın sonuçları, başka bir amaç ile kesinlikle kullanılmayacaktır. Hiç bir şekilde kurum ve kişi adı belirtilmediğinden emin olabilirsiniz. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları tarafıma uygulama sırasında ve sonrasında e-posta yolu ile veya telefonla sorabilirsiniz. Veri toplama aracı süresi yaklaşık 40-45 dakikadır. Veri toplama araçlarındaki soruları gönüllü olarak yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.

Gönüllü Katılımınız için teşekkür ederim.

Şeyma KESKİN

Adnan Menderes Üniversitesi

Yaşlı Sağlığı ve Bakımı ABD

Yüksek Lisans Öğrencisi

İletişim: 05426200136

e-mail: symaa13@gmail.com

EK-1

TANITICI BİLGİ FORMU

Adı-Soyadı :

Adres:

1. Yaşınız ?.....
2. Cinsiyetiniz ? 1) Kadın 2) Erkek
3. Medeni durumunuz nedir? 1) Evli 2) Bekar 3) Dul/ Boşanmış 4)Ayrı yaşıyor

4. Eğitim durumunuz nedir?		
1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul mezunu 4) Ortaokul mezunu 5) Lise mezunu 6) Fakülte/ Yüksekokul mezunu		
5. Mesleğiniz nedir?		
1) Ev hanımı 2) Emekli 3) Serbest çalışıyor (belirtiniz).....		
6. Çalışıyor musunuz ?		
1) Evet 2) Hayır		
7. Çalıştığınız iş nedir?		
8. Aylık net geliriniz nedir ?		
9. Gelir-gider durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz ?		
1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla		
10. Sağlık güvenceniz var mı?		
1) Evet 2) Hayır		
11. Çocuğunuz var mı?		
1) Evet 2) Hayır		
12. Hekim tanısı konmuş kronik hastalığınız/hastalıklarınız var mı?		
1) Evet 2) Hayır		
13. Cevabınız evet ise kronik hastalığınız/hastalıklarınız nelerdir?		
Hastalık	VAR	YOK
Diabetes Mellitus		
Koroner Arter Hastalığı		
Kalp Yetmezliği		
Hipertansiyon		
Serebrovasküler Olay		
Osteoartrit		
Romatoid Artrit		
Diğer Romatizmal Hastalıklar		
Diğer		
14. Düzenli olarak kaç ilaç kullanıyorsunuz ?.....		
15. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz ?	☐ yalnız yaşıyorum ☐ çocuklarımla ☐ eşimle ☐ eşim ve çocuklarımla ☐ bakıcımla ☐ diğer ...	

16. Bakımınızla ilgilenen biri/birileri var mı?	☐ Kendi bakımını yapabiliyor ☐ Şişesi ☐ Kızı ☐ Oğlu ☐ Gelini ☐ Damadı ☐ Bakıcı ☐ Diğer ...
17) Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır	
18) Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır	



EK - 2:

MİNİ NÜTRİSYONEL DEĞERLENDİRME(MNA) TESTİ

TARAMA	
A.Çiğneme veya yutma güçlükleri, sindirim sorunları, iştah kaybı nedeniyle geçen 3 aydan daha fazla sürede yiyecek tüketiminde azalma var mı?	0= şiddetli iştah kaybı
	1= hafif iştah kaybı
	2= iştah kaybı yok
B.Son aylardaki ağırlık kaybı	0= 3 kg'dan fazla kilo kaybı
	1= bilmiyor
	2=1-3 kg arasında kilo kaybı
	3=kilo kaybı yok
C.Hareketlilik	0= yatağa veya koltuğa bağımlı
	1= yataktan/ koltuktan kalkabilir, fakat evden çıkamaz
	2= evden çıkabilir
D.Geçen 3 ay içinde psikolojik gerginlik veya akut hastalığa maruz kaldı mı?	0= evet
	2= hayır
E.Nöropsikolojik sorunlar	0= şiddetli demans veya depresyon
	1= hafif demans
	2= psikolojik sorunlar yok
F.Beden Kitle İndeksi (BKİ)[(Vücut ağırlığı (kg))/[boy (m2)] Boy: Kilo: BKİ:	0= BKİ 19'dan az
	1= BKİ 19-21
	2= BKİ 21-23
	3= BKİ 23 veya daha yüksek
Tarama Puanı (En Çok 14 Puan) 12 puan ve üzeri: Normal-risk yok= Durum saptamasına gerek yok 11 puan ve altı : Malnütrisyon olasılığı = Durum saptamasına devam	

DEĞERLENDİRME	
A.Bağımsız olarak yaşama (ev veya hastanede bir hemşire olmadan)	0=Hayır 1= Evet
B.Günde 3'den çok sayıda ilaç kullanma	0=Evet 1= Hayır
C.Bası yarası ve deri ülserleri	0=Evet 1= Hayır

D.Hasta günde kaç öğün yer?	0= bir öğün 1=iki öğün 2= Üç öğün	
E.Protein alımı için seçilen tüketim kaynakları?		
Her gün en az 1 porsiyon süt ürünleri (süt, peynir, yoğurt)	Evet	Hayır
Her hafta 2 veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta	Evet	Hayır
Her gün kırmızı et, balık veya tavuk	Evet	Hayır
0= 0 veya 1 evet ise 0.5= 2'si evet ise 1= 3'ü evet ise		
F.Her gün 2 veya daha fazla porsiyon sebze ve meyve tüketimi?	0= hayır	
	1= Evet	
G.Her gün ne kadar sıvı (su, meyve suyu kahve, çay, süt....) tüketilir?	0= 3 bardaktan daha az	
	0.5= 3-5 bardaktan	
	1= 5 bardaktan daha fazla	
H.Beslenme şekli	0= yardımcı olmaksızın yiyemez	
	1= biraz zorlukla kendisi yer	
	2= hiçbir sorun olmaksızın kendisi yer	
İ.Beslenme durumu ile ilgili bireyin kendi görüşü	0= kendisini malnütrisyonlu olarak görür	
	1= beslenme durumunu tahmin edemez	
	2= kendisini beslenme sorunsuz kabul eder	
J.Benzer yaştaki diğer kişiler ile kıyaslandığında sağlık durumu hakkındaki düşüncesi	0= iyi değil	
	0.5= bilmiyor	
	1= iyi	
	2= daha iyi	
K.Üst orta kol çevresi (MAC) kaç cm.? (ayakta, kol dirsekten 90 derece açılı iken akromiyal çıkıntı ile olekranon çıkıntı arasındaki orta noktada kol serbest bırakılarak çevresi ölçülür)	0=21'den daha az	
	0.5= 21-22	
	1= 22 veya daha fazla	
L.Baldır çevresi (BÇ) kaç cm.? (ayakta iken gastroknemius kasının en geniş yerinden çevresi ölçülür)	0= 31'den daha az	
	1= 31 veya daha fazla	
Değerlendirme puanı (en çok 16 puan) Toplam değerlendirme (en çok 30 puan) Malnütrisyon skoru: ≥ 24 puan= iyi durumda 23.5-17 puan=malnütrisyon riski var <17 =malnütrisyonlu		

EK 3:

KATZ GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ

	Yapamıyor(1 puan)	Yardımla(2 Puan)	Yardımsız(3 puan)
Banyo Yapma			
Giyinme			
Tuvalete			
Transfer(yataktan)			
Kontinans			
Yemek yeme			
Toplam Puan.....			
0-6 Puan Bağımlı 7-12 Puan Yarı Bağımlı 13-18 Puan Bağımsız			

EK 4 :

LAWTON&BRODY ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÖLÇEĞİ

	Yapamıyor(1 Puan)	Yardımla(2 Puan)	Yardımsız(3 Puan)
Telefon Kullanma			
Alışveriş Yapma			
Yemek Hazırlama			
Günlük Ev İşleri			
Çamaşır Yıkama			
Seyahat etme(ulaşım)			
Parasal İşleri İdare			
İlaçlarını İçme			
Toplam Puan.....			
0-8 Puan Bağımlı 9-16 Puan Yarı Bağımlı 17-24 Puan Bağımsız			

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : KESKİN Şeyma
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : NAZİLLİ / 07.08.1990
Telefon : 05426200136
E-mail : symaa13@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora	-	-
Y. Lisans	-	-
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi	24.09.2014

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

xxx

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
20016-2019	Özel Arem Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi	Fizyoterapist

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

2. PROJELER

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler