



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ADANA İLİNDE BİR HUZUREVİNDE YAŞAYAN BİREYLERİN
MALNÜTRİSYON VE DEPRESYON DURUMLARININ
TARANMASI, YAŞAM KALİTELERİNİN ÖLÇÜLMESİ VE ETKİ
EDEN FAKTÖRLERİN TESPİT EDİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Dilek KÖSE

ADANA, 2017



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**ADANA İLİNDE BİR HUZUREVİNDE YAŞAYAN BİREYLERİN
MALNÜTRİSYON VE DEPRESYON DURUMLARININ
TARANMASI, YAŞAM KALİTELERİNİN ÖLÇÜLMESİ VE ETKİ
EDEN FAKTÖRLERİN TESPİT EDİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Dilek KÖSE

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Kenan TOPAL**

ADANA, 2017

TEŞEKKÜR

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki uzmanlık eğitimim süresince desteğini, bilgi ve becerisini, anlayışını esirgemeyen tez danışmanım ve sayın hocam Doç. Dr. Kenan TOPAL'a, hoşgörüsünü ve desteğini esirgemeyen basasitanım Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a, birlikte çalışmaktan keyif duyduğum ve her anımda yanımda olan asistan arkadaşlarım Dr. Gizem ERDOĞDU, Dr. Onur KEKLİKÇİ, Dr. Barış KARABULUT, Dr. Tuba Dilek ATEŞ, Dr. Sait YILDIRIM, Dr. Ece ÇEVİK, Dr. Mustafa KOLKIRAN, Dr. Tuğba ÖZER ve Reyhan KHATİB'e rotasyon yaptığım tüm kliniklerdeki hocalarıma, uzmanlarıma ve asistanlık sürem acı tatlı günlerini paylaştığım tüm asistan arkadaşlarıma, hayatıma renk katan ve bana her konuda destek olan eşime, tez sürecimde aramıza katılan kızıma ve bugünlere gelmemde büyük emeği olan aileme teşekkür ederim.

Dr. Dilek KÖSE

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vi
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Aile Hekimliği Tanımı, Disiplinin Özellikleri ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü.....	4
2.2.Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD).....	7
2.3. Huzurevleri ve Rehabilitasyon Merkezleri	8
2.3.1 Huzurevlerinin Tarihçesi.....	8
2.3.2 Günümüzde Huzurevleri	10
2.4. Yaşlılarda Beslenme.....	12
2.5. Yaşlılarda Depresyon	20
2.6. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi.....	24
3. MATERYAL ve METOD	28
3.1. Yapılandırılmış Anket Formu	28
3.2. Mini Nutrisyon Değerlendirme Ölçeği kısa formu (MNA-SF,Mini Nutritional Assessment-Short Form).....	29
3.3. Geriatrik Depresyon Skalası	30
3.4. Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life-OLD; WHOQOL-OLD).....	31
3.5. İstatistiksel yöntem.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58

KAYNAKLAR	60
EKLER	67



TABLO LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Ülkemizde bulunan huzurevlerinin sayıları, kapasiteleri ve doluluk durumları.....	11
Tablo 2. Yaşlılarda yetersiz gıda alımının sebepleri.....	13
Tablo 3. Meals on Wheels kısaltması	15
Tablo 4. Harris ve Benedict formülü, temel enerji ihtiyaçlarının hesaplanması.....	16
Tablo 5. Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşlılarda temel enerji ihtiyaçlarının hesaplanması.	16
Tablo 6. Obeziteye bağlı meydana gelebilecek hastalıklar.....	18
Tablo 7. Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde çalışmaya alınan yaşlı bireylerin sosyodemografik verileri.	34
Tablo 8. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin çocuklarıyla görüşme sıklığı, gelir algısı düzeyi ve sosyal ortamlarıyla ilgili değerlendirme sorularına verdikleri yanıtların ortalama puanları.....	35
Tablo 9. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin GDÖ ve MNA ölçeklerine göre dağılımları.	36
Tablo 10. Huzurevinde kalan bireylerin GDÖ ve MNA ortalama puanlarının cinsiyetleriyle karşılaştırılması.	37
Tablo 11. Huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan GDÖ ve MNA ölçeklerinin sonuçlarının eğitim durumlarına göre dağılımları.....	37
Tablo 12. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin GDÖ ve MNA ortalama puanlarının eğitim durumları ile karşılaştırması.....	38
Tablo 13. Huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan GDÖ ve MNA ölçeklerinin dağılımları.	38
Tablo 14. Huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan GDÖ ve MNA ölçeklerinin ortalama puanlarının karşılaştırması	39
Tablo 15. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin kaldıkları yer ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması	39
Tablo 16. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin gelir algı düzeyleri, sosyal ortamları ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlarının ortalama puanları, GDÖ ve MNA ortalama puanlarının kaldıkları yer ile karşılaştırılması.	40
Tablo 17. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin eğitim düzeyleri ile kaldıkların yerin karşılaştırılması.	41
Tablo 18. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin WHOQOL -OLD ölçeği alt alanları en küçük, en büyük değerleri ve ortalama puanları.	41
Tablo 19. Huzurevinde kalan yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeği ortalama puanlarının cinsiyetleri ile karşılaştırılması	42
Tablo 20. Huzurevinde kalan yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeği ortalama puanları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması.....	44
Tablo 21. Huzurevinde kalan yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeği ortalama puanları ile kaldıkları yerlerin karşılaştırılması.	45

Tablo 22. Huzurevinde kalan yaşlıların sosyodemografik verilerinin korelasyonu	46
Tablo 23. Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan MNA, GDÖ VE WHOQOL-OLD ölçeklerinin yaşlıların sosyodemografik verileri ile korelasyonu.....	49
Tablo 24. Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan MNA, GDÖ VE WHOQOL-OLD ölçeklerinin korelasyonu.	50



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Wonca Ağacı 4



KISALTMALAR LİSTESİ

WHO	: World Health Organization
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	: World Organization of National Colleges, Academies and Associations of General Practitioners/Family Physicians
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
KGD	: Kapsamlı Geriyatrik Değerlendirme
MNA	: Mini Nutritional Assessment
GDÖ	: Geriyatrik Depresyon Ölçeği
WHOQOL-OLD	: World Health Organization Quality of Life-OLD
BMH	: Bazal Metabolik Hız
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
BKI	: Beden Kitle İndeksi
ESPEN	: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
DM	: Diabetes Mellitus
AH	: Aile Hekimi

ÖZET

Adana İlinde Bir Huzurevinde Yaşayan Bireylerin Malnütrisyon ve Depresyon Durumlarının Taranması, Yaşam Kalitelerinin Ölçülmesi Ve Etki Eden Faktörlerin Tespit Edilmesi

Amaç: ‘Yaşlanma’ ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir. Yaşlılık döneminin önemli problemlerinden birisi malnütrisyonudur. Malnütrisyon, makro ve mikro besin öğelerinin çok az (protein-enerji malnütrisyonu, vitamin ve mineral eksiklikleri) veya çok fazla alınması (obezite) sonucu ortaya çıkan değişik klinik durumları kapsamaktadır. Yaşlılıkta bedensel sağlık sorunları ile karşılaşma olasılığı oldukça artmıştır ve bu rahatsızlıkların artması ile bireyin sosyal ve ekonomik açıdan zayıflaması psikolojik rahatsızlıkların görülmesini de artırmaktadır. Özellikle depresyon diğer hastalıklarla ya da tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada T.C. Adana Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nde yaşayan 60 yaş üstü bireylerin beslenme ve depresyon durumlarının belirlenmesi, yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve malnütrisyon, depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nde 1 Ocak-1 Nisan 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya en az altı aydır huzurevinde yaşayan, demans veya alzheimer gibi kognitif fonksiyon kaybı yapan bir hastalığı olmayan ve anket sorularına yanıt vermekte gönüllü 116 huzurevi sakini dahil edildi. Araştırmada huzurevi sakinlerinin sosyodemografik verileri yapılandırılmış anket formu ile sorgulandı. Ayrıca malnütrisyon taramasında Mini Nutrisyon Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu (*MNA-SF*, *Mini Nutritional Assessment-Short Form*), depresyonun tespitinde Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), yaşam kalitesinin ölçülmesinde ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) yüz yüze görüşülerek uygulandı. Verilerin analizi için İki örneklemlili T testi, Oneway Anova, Kruskal Wallis, Ki-kare testleri ve Pierson’s korelasyon analizi kullanıldı. Veriler SPSS 16 programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 116 yaşlı bireyin % 59.5’i erkek, % 40.5’i kadındı. Yaşlı bireylerin yaş ortalaması 73.5±8.0 yıl (en küçüğü 60–en büyüğü 90 yıl) idi. Yaşlı bireylerin %6’sında malnütrisyon, %20.7’sinde malnütrisyon riski tespit edildi. GDÖ ölçeğine göre ise huzurevindeki yaşlıların %27.6’sında kesin depresyon, %6.9’unda olası depresyon saptandı. Kadın cinsiyette olmak malnütrisyon ve depresyon açısından risk faktörü iken, yaşam kalitesi ölçeğinin ‘Ölüm ve ölmek’ alt alanı hariç diğer alanlarında etkili bir faktör olmadığı saptandı. Yaşlıların eğitim düzeyi, gelir algısı ve huzurevinde yaşadığı yer ile malnütrisyon arasında anlamlı bir fark saptanmazken, depresyonu olan bireyler malnütrisyonu daha yatkındı. Eğitim düzeyi, gelir algısı ve huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça depresyon azalmakta yaşam kalitesi ise artmaktaydı. Ülkemizde tek örneği olan küçük evlerde kalan yaşlıların eğitim düzeyleri ve gelir algıları huzurevi ana binada kalan yaşlılardan daha yüksekken, malnütrisyon ve depresyon açısından aralarında anlamlı fark saptanmadı. Küçük evlerde kalan yaşlıların WHOQOL-OLD alt alanlarından ‘Özerklik’, ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ ve ‘Ölüm ve ölmek’ alanları ortalama puanları ve ölçeğin toplam ortalama

puanının huzurevi ana binada kalan yaşlılardan anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edildi. Yapılan korelasyon analizinde ise depresyonla yaşam kalitesi ölçeğinin ‘Özerklik’, ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’, ‘Sosyal katılım’, ‘Ölüm ve ölmek’, ‘Yakınlık’ alt alanları ve ölçeğin toplam puanı arasında çok yüksek anlamlı ilişki saptandı.

Sonuç: Yaşlı bireyler depresyon ve malnütrisyon açısından risk altında olmakla beraber fiziksel, ruhsal ve sosyal kayıplardan dolayı yaşam kalitelerinde etkilenmeler yaşamaktadırlar. Yaşlanmanın giderek arttığı ülkemizdeki tüm yaşlılarımızın malnütrisyon ve depresyon durumları taranmalı, yaşam kaliteleri ölçülerek etkileyen faktörler tespit edilmeli ve sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Huzurevi, malnütrisyon, depresyon, yaşam kalitesi.



SUMMARY

Screening Malnutrition and Depression Status of Individuals Living in a Nursing Home in Adana; Determining Their Quality of Life and Factors Influencing the Quality of Life

Aim: ‘Aging’ can be described as a persistent and universal process that causes all functions to diminish and without exception it occurs in all living creatures. Malnutrition is one of the major problems of the elders. Malnutrition includes a variety of clinical situations caused by very low (protein-energy malnutrition, vitamin and mineral deficiencies) or too much (obesity) intake of macro and micro-nutrients. Due to these health problems and social and economic weakness of the individual, increased incidence of psychological problems is seen in the elders. Especially depression, alone or with other diseases is seen as an important factor affecting the quality of life. In this study we aimed to determine nutritional status and depression prevalence of elders over 60 years living in Adana Nursing Home of Elderly Care and Rehabilitation Center. We also aimed to evaluate their quality of life and to determine the factors which influence malnutrition, depression and quality of life.

Material and Methods: This study was conducted in Adana Nursing Home of Elderly Care and Rehabilitation Center between January 1st 2016 and April 1st 2016 on elderly people living in this center. 116 elderly people who had been living in this center since 6 months or more and who have had no cognitive function loss such as dementia and Alzheimer disease were involved in the study. Demographic data of the participants has been recorded by a structured questionnaire. Mini Nutritional Assessment Scale-Short Form (MNA-SF) was used for screening of malnutrition. Depression was screened by Geriatric Depression Scale (GDS). To evaluate quality of life, World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults Scale (WHOQOL-OLD) was applied face to face to the participants. For data analysis we used Independent sample t-test, One-way ANOVA, Kruskal Wallis, chi-square test ve Pearson’s correlation analysis. Data analysis was performed by SPSS 16.

Results: Out of 116 participants 59.5% were males and 40.5% were females. Mean age of the elders was 73.5 ± 8.0 years (min 60years-max 90 years). 6% of the elders were found to have malnutrition and 20.7% of elders had risk of malnutrition. According to GDS, 27.6% of the elders had definite depression and 6.9% had probable depression. While female sex was found to be a risk factor for depression and malnutrition, it was not a potent factor in quality of life except for ‘death and dying’ sub-area. There was no significant relationship between malnutrition and level of education, income perception and place of living in the nursing home. Elders with depression or probable depression were more prone to malnutrition. As education level, income perception and the desire to participate in activities organized in nursing home increased, depression was decreasing and quality of life was increasing. The education levels and income perceptions of the elderly people living in the small houses, which are the only model in our country, were higher than the elderly people living in the main house, and no significant difference was found between them in terms of malnutrition and depression. The mean scores of 'Autonomy', 'Past, present, future activities' and 'Death and dying' sub-areas of the WHOQOL-OLD in the elderly people living in small houses were found to be significantly higher than the elderly people living in the main

building of the nursing home. In the correlation analysis, depression showed a very high correlation with the 'Autonomy', 'Past, present, future activities', 'Social participation', 'Death and dying', 'Proximity' areas of the WHOQOL-OLD and with the total score of the scale.

Conclusion: Elderly people are at risk for depression and malnutrition and their quality of life are affected by physical, mental and social losses. In our country where population of elders is increasing, elderly people should be screened for malnutrition and depression. Quality of life should be evaluated, factors affecting quality of life should be determined and necessary studies should be done to ensure healthy aging and to increase quality of life.

Key words: Nursing home, malnutrition, depression, quality of life.



1. GİRİŞ ve AMAÇ

‘Yaşlanma’ ayrıcalıksız her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir (1). Yaşlılık fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile bir bütün olarak değerlendirilmesi gereken bir dönemdir. Fizyolojik boyutuyla yaşlılık, kronolojik yaşla birlikte görülen değişimleri ifade ederken; psikolojik boyutuyla yaşlılık, algı, öğrenme, psikomotor, problem çözme ve kişilik özellikleri açısından insanın uyum sağlama kapasitesinin kronolojik yaş ilerledikçe değişimini ifade etmektedir. Sosyolojik açıdan yaşlılık ise bir toplumda belirli yaş grubundan beklenen davranışlar ve toplumun o gruba verdiği değerlerle ilgilidir (2). Kronolojik olarak yaşlılık ise 65 yaş ve üstü olarak kabul edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü psikogeriatrik yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstünü yaşı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak ikiye ayırmıştır. Gerontolojistler ise yaşlılığı 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı ve 85 yaş üzerini ileri yaşlılık (ihtiyarlık) devri olarak sınıflamışlardır (3,4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 65 yaş ve üzeri grup olarak tanımlanan yaşlı nüfus hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yılda yaklaşık %5’lik bir artış göstermektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfus değişimi farklı seyretmektedir. Günümüzde yaşlı nüfusun üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde yaşarken 2025 yılında bu payın artacağı tahmin edilmektedir. 2020 yılına gelindiğinde toplam yaşlı nüfusun bir milyar olacağı; bu nüfusun 700 milyonunun da gelişmekte olan ülkelere yaşayacağı belirtilmektedir (5). Ülkemizdeki 65 yaş üzeri nüfus ise 2012 yılında yüzde 7,5 iken, 2023 yılında yüzde 10,2, 2050 yılında yüzde 20,8 ve 2075 yılında ise yüzde 27,7’ye yükseleceği tahmin edilmektedir (6). Birleşmiş Milletler’in tanımına göre bir ülkedeki yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının % 8 ile % 10 arasında olması o ülkenin nüfusunun ‘yaşlı’, %10’un üzerinde olması ise ‘çok yaşlı’ olduğu anlamına gelmektedir. Ülkemizdeki yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarındaki nüfuslara göre daha yüksek bir hız ile artış göstermektedir. Türkiye’nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında % 10,2 ‘ye yükseleceği ve ‘çok yaşlı’ nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir (7). Tüm dünyayı ilgilendiren bu demografik değişiklik tıp dünyasının dikkatini, insan hayatının çocukluktan sonra bakım gereksiniminin en yüksek olduğu, yaşlılık dönemine yöneltmiştir. Yaşlı sağlığı ile ilgilenen disiplinler arasında, hem geniş kitlelere ulaşabilen hem de toplumun rahatlıkla ulaşabileceği

mesafede olan aile hekimlerine büyük sorumluluk düşmektedir (8). Yaşlıya yönelik bireysel koruyucu hekimlik, yaşlıya özgü muayene, fonksiyonel yeterliliğin değerlendirilmesi, yaşlılık dönemine özgü tıbbi durumlar ve hastalıklar aile hekiminin günlük pratiğinde sıklıkla yer alan uygulamalardır.

Yaşlılık döneminin önemli problemlerinden birisi malnütrisyonudur. Malnütrisyon, makro ve mikro besin öğelerinin çok az (protein-enerji malnütrisyonu, vitamin ve mineral eksiklikleri) veya çok fazla alınması (obezite) sonucu ortaya çıkan değişik klinik durumları kapsamaktadır (9). Yaşlılarda malnütrisyon görülme oranı incelenen popülasyon ve tanımlama kriterlerine göre değişiklik göstermektedir. Toplumda yaşayan eve bağımlı yaşlılarda bu oran %5.8, bakımevi yaşlılarında %13.8, hastane ortamındaki yaşlılarda ise %38.7'dir (10). Yaşlıların %37-40'ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenememekte, üç yaşlıdan ikisi bir öğün atlamakta ve bu durum 'Anorexia of aging' olarak nitelendirilmektedir (11). Yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, akut-kronik hastalıklar, diş ve ağız problemleri, çok sayıda ilaç kullanımı, ekonomik zorluklar, gıda teminindeki sorunlar, tek başına yemek hazırlayamama ve yiyememe gibi nedenler beslenmeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlılıkta herhangi sebeple kilo kaybının başlangıcını takip eden 1-2.5 yıl içinde, sadece bu sebeple mortalite oranı %9-38 artmaktadır (12). Özellikle malnütrisyonu olanlarda depresyon, gayta inkontinansı, kognitif fonksiyon kaybı ve fiziksel bağımlılık görülme sıklığında artış tespit edilmiştir (13). Malnütrisyon tanısında antropometrik ölçümlerden Beden Kitle İndeksi (BKİ) en pratik olanıdır. Fakat boy uzunluğu; senil kifoz, spinal vertebranın kısalması ve ağırlık kaldıran kıkırdak dokunun incilmesi gibi sebeplerden dolayı yaşla birlikte azalır. BKİ ve mortalite arasındaki ilişki iyi tanımlanmasına karşın, yaşlılar için en iyi kesme noktası konusunda tam bir fikir birliği yoktur (14). BKİ'nin 21 kg/m^2 'nin altında olması yetersiz beslenmenin göstergesi olarak kabul edilmektedir (15).

Yaşlılıkta bedensel sağlık sorunları ile karşılaşma olasılığı oldukça artmıştır ve bu rahatsızlıkların artması ile bireyin sosyal ve ekonomik açıdan zayıflaması psikolojik rahatsızlıkların görülmesini de artırmaktadır (16). Özellikle depresyon diğer hastalıklarla ya da tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmakta, uygun tedavisinde ise yaşam

kalitesinde artış görülmektedir (17). Yaşam kalitesi bireylerin yaşamındaki beklentileri ile gerçekte yaşadıkları arasındaki farkı gösteren bir durumdur (18). Nüfus içinde yaşlıların oranının artması ile birlikte, onların sağlık ve sosyal gereksinimlerinin karşılanamaması, önümüzdeki yıllarda gelişmekte olan ülkeler için de önemli bir sorun olarak ortaya çıkacaktır (19). Toplumun bir parçası olan yaşlı bireyin, yaşamının bu döneminde yaşam kalitesinin korunması ve aktif bir yaşam sürmesinin sağlanması hekimlerin ve toplumun bu konudaki duyarlılığına odaklanmaktadır. Birinci basamakta depresyon görülme sıklığı %15 gibi bir orana sahiptir (20). Bu dönemde vücudun çeşitli stres ve değişen koşullara adaptasyonunun azalmasıyla, yaşlılar daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorun ile yaşamak zorunda kalmakta, çoğu kez birkaç sağlık sorununu bir arada göğüslemeye çalışmakta, bütün bunların sonucunda da sağlık merkezlerine daha sık başvurmakta ve hastanelerde daha uzun süre kalmaktadırlar.

Yaşlılarda sadece hastalıkların klinik boyutu ve tedavi yaklaşımları değil, tanısal mantık da değişiklik göstermektedir. Birinci basamakta görev yapan Aile Hekimleri belirlenen altı çekirdek yeterlilik içerisinde bulunan ‘Bütüncül Yaklaşım’ prensibine göre yaşlı bireyleri de bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal yönleriyle ele alırlar. Tüm yaşlı bireylerini kapsamlı bir geriatrik değerlendirmeye tarayarak onların kognitif bozukluk, depresyon, davranış bozukluğu, mobilite, inkontinans, beslenme, uyku, görme, işitme, bakıcı ve sosyal destek, araba kullanma, ev güvenliği ve finans konularında problemlerinin saptanmasında ve tedavisinde aktif rol alırlar (21). Ayrıca AH gerekli gördükleri yaşlılar için sosyal yardım kurumları ile iletişime geçerek hastalarının huzurlu bir ortamda yaşamaları, bu kişilerin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamaları açısından toplumsal sorumluluğa sahiptirler.

Bu araştırmada, T.C. Adana Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi’nde yaşayan 60 yaş üstü bireylerin beslenme ve depresyon durumlarının belirlenmesi, yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve malnütrisyon, depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği Tanımı, Disiplinin Özellikleri ve Yaşlı Sağlığındaki Rolü

Aile Hekimliği kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli hizmet sunmaktan sorumlu kişisel hekimlerdir. Bireylere aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirerek yaparlar. (22).

Aile Hekimliği disiplini tanımlayan 12 temel özellik her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 12 yeteneği belirler. Bunlar altı çekirdek yeterlilikte toplanabilir (Şekil 1).



Şekil 1. Wonca Ağacı

1. Birinci basamak yönetimi

- a) Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- b) Sağlık kaynaklarının etkin bir şekilde kullanılabilmesini sağlar. Diğer sağlık çalışanları ile koordinasyon sağlar ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık görevini yapar.

2. Kişi merkezli bakım

- c) Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik hasta merkezli değil kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle hasta ve hekim arasında ilişki kurulmasını sağlar.
- e) Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal (longitudinal) sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- f) Hastanın güçlenmesini teşvik eder.

3. Özgül sorun çözme becerileri

- g) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- h) Hastaların akut ve kronik tüm sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

4. Kapsamlı yaklaşım

- i) Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- j) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

5. Toplum yönelimli olma

- k) Toplumun sağlığının korunması ve gelişmesi için özel bir sorumluluk üstlenir.

6. Bütüncül yaklaşım

1) Aile hekimleri sağlık sorunlarını biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla bütüncül yaklaşım ile değerlendirirler.

Yaşlıya sunulacak hizmetler, yaşlının fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını destekleyecek boyutta ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Yaşlıların temel sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için sağlık kurumunun yakınlığı, ilişkinin sürekliliği ve ilişki sıklığının sağlanması ve hekime güven bakımından en uygun sağlık kuruluşu birinci basamak sağlık merkezleridir (23). Ayrıca hastalarını bütüncül yaklaşım ile değerlendirmelerinin yanında diğer disiplinler ile iş birliği içinde çalışmaları, geriatrik yaş grubunun getirdiği karmaşık hastalık ve tedavilerin etkin bir şekilde yönetimine imkan vermesi, geniş kitlelere ulaşabilmesi ve toplumun rahatlıkla ulaşabileceği mesafede olması yönlerinden de aile hekimliği yaşlı sağlığında önemli bir yer tutmaktadır. Yaşlı hastalar aile hekimliği sağlık hizmeti pratiğinde gittikçe artan oranda yer almakta olup, yaşlılık dönemi özellikleri, yaşlı hasta bakımı ve izlemi giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (8).

Birinci basamak hekimleri yaşlıların sağlık ve işlevsellik durumlarını belirleyecekleri kapsamlı geriatrik değerlendirmeyle var olan sağlık sorunlarını tanıır, risk grubundaki yaşlılara sunacakları koruyucu sağlık hizmetleri ile sağlıklarını korur ve toplum içinde bağımsız bireyler olarak yaşayabilmelerine katkı sunarlar (24). Yaşlılara dengeli beslenme, fiziksel aktivite, sigaranın bırakılması gibi sağlıklı yaşam biçimi önerileri için danışmanlık yaparlar. Yaşlı hasta değerlendirmesinde ayrıntılı bir fizik muayenenin dışında yaşlılığın dev sorunlarından olan demans, depresyon, inkontinans, düşme ve immobilité özellikle değerlendirilmelidir (25). Ayrıca birinci basamak sağlık hizmeti veren ve verecek olan tüm hekimlerin yaşlı sağlığı ile ilgili temel bilgiler ve tıbbi sorunların yanı sıra bu yaş grubunun sosyal sorunlarını da bilmesi gerekmektedir (8).

Yaşlıların, birinci basamakta, bir risk grubu olarak değerlendirilmesi ve takip edilmesi gerekliliği Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge’de yer almıştır. Yönergede yaşlılardan haberdar olunması; kronik hastalığı olanların yılda iki kez evde ya da kurumda izlenmesi; genel olarak yaşlıların yılda iki kez genel sağlık kontrolünden geçirilmesi; gerekli görülen yaşlılarda sosyal yardım kurumları ile

iletişime geçilmesi birinci basamağın görevleri içinde belirtilmiştir (23). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde de aile hekimlerinin görevleri, evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek olarak belirtilmiştir (26).

2.2.Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD)

'Kapsamlı geriatrik değerlendirme' medikal, fonksiyonel, mental, psikososyal ve çevresel değerlendirmeyi içeren detaylı bir değerlendirmedir (27). Kapsamlı geriatrik değerlendirme ile hastanın temel özellikleri, özgeçmişi ve tedavisinin sonuçlarını belirlemek, doğru tanıyı koymak, gizli hastalıkları ortaya çıkarmak, medikal tedaviyi geliştirmek, fonksiyonel durumu geliştirmek, hayat kalitesini arttırmak, uzun dönem bakım planlarının yapılmasını sağlamak, gereksiz harcamalardan kaçınılarak bakım maliyetinden tasarruf yapmak hedeflenmektedir. Tüm yaşlı bireyler çok yönlü bir geriatrik değerlendirmeden geçirilmeli, daha ileri değerlendirmeler ve özel bakım gerektiren yaşlılar belirlenmelidir.

Kapsamlı geriatrik değerlendirme; uygun hastaların taranması, değerlendirmenin ardından önerilerin geliştirilmesi, hekim ve hastanın hemfikir olduğu önerilerin uygulanması şeklinde üç basamaklıdır. Değerlendirmede sıklıkla skalalar kullanılır ve interdisipliner ekip ön plandadır. Geriatrik değerlendirmenin bileşenleri; bilişsel fonksiyonlar, duygudurum, fonksiyonel durum, beslenme, mobilite, inkontinans, görme, işitme, bakıcı yükü, sosyal destek ve fiziksel çevredir (28). Yaşlı hastanın değerlendirilmesi anamnez ve fizik muayeneden başlayarak devam eden planlayıcı bir süreçtir. Bu süreç uzun sürelidir, sabır, dikkat ve bilgi birikimi gerektirir. Değerlendirme yapılırken hastanın medikal hikayesi, fonksiyonel değerlendirmesi, psikometrik ölçekler, davranışsal ve sosyal incelemeler, çevresel değerlendirmeler ve sosyal hizmet uygulamaları yapılır. Sık karşılaşılan geriatrik problemlerin tanısının kolaylaşması için bazı basit tarama araçları tanımlanmıştır. Bu araçların amacı bazı duyarlı ön tarama soruları veya testleri sonrası patolojik cevapların daha ileri test veya araştırmalar ile izlenmesidir. Değerlendirme düzenli olarak tekrarlanmalıdır, tekrarlanmazsa faydalı olunamaz. Ekip; hasta ve ailesiyle, kırılgan yaşlı hastaların

sağlıkları ve çevreleri üzerindeki kontrollerini tekrar kazanmalarına imkan tanıyarak, sıkça bir araya gelmelidir. Tedavi planı ile ilgili olarak ailenin görüşü sorulmalı, ailenin tedaviye aktif katılımı sağlanmalıdır. Hastanın hayat kalitesi ve bağımsızlığını artırıcı planlamalarda aileye önemli görevler düşmektedir (28). DSÖ tarafından açıklanan yaşlı dostu birinci basamak sağlık merkezleri kapsamında önerilen Yaşlı Dostu Aile Sağlığı Merkezi Enstrüman Seti'nin 10 dakikalık tarama testi bulunmaktadır. Bu test ile yaşlılarda; hafıza, üriner inkontinans, depresyon, fiziksel fonksiyonel kapasite, düşmeler, beslenme, işitme ve görme değerlendirilir.

2.3. Huzurevleri ve Rehabilitasyon Merkezleri

2.3.1 Huzurevlerinin Tarihçesi

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2013 yılında yayınlanan 'Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı'na göre Türk toplumunda, yaşlılara verilen hizmetler Cumhuriyet dönemi öncesi ve sonrası olmak üzere iki dönemde incelenebilir. Türk kültüründe kökleşmiş olan sevgi ve merhamet duyguları çocuk ve yaşlı haklarını aile davranışının odak noktası haline getirmiştir. Türklerin şamanistik inançlara sahip oldukları dönemlerde, şamanlar genellikle yaşları ve deneyimleriyle toplumun manevi yaşamında etkili kişilerden seçilmiştir. Oğuzlar döneminde de yaşlılara son derece bağlılık ve saygı vardır. Türklerin İslamiyet'i kabul etmelerinden sonra ki zamanlarda da dinsel inancın gereği olarak muhtaç ve güçsüzlere yardım etmeye devam etmişlerdir (29).

Türk toplumunda her dönemde yaşlılara yönelik hizmetler sunulduğu eski kurumların varlıklarından anlaşılmaktadır. Yaşlılara yönelik hizmetler veren ilk kurumun Selçuklular döneminde 11. Yüzyılda kurulduğu tespit edilmiştir. Sivas'ta 11. yüzyılda Reha Oğulları tarafından yaptırılan Darülreha (Huzurevi), Mısır'da Erbil Atabeyi Muzaffereddin Ebu Sait tarafından yaptırılan Gökbörü tesisleri, dört darülaceze ve dullar için barınma tesisi bulunmuştur. Memlûklular döneminde 13. Yüzyılda Kahire'de açılan Seyfettin Kalavun Hastanesi ve tesisleri de dul kadınlara ve yaşlılara hizmet vermiştir.

Osmanlılar döneminde ise imarethaneler, aşevleri ve tekkeler muhtaç yaşlılara hizmet vermekteydi. Bu hizmetler 19. yüzyıla kadar vakıf kuruluşları tarafından sağlanmakla beraber 19. yüzyılda kamu kuruluşları ve hayır kurumları kurulmaya başlanmıştır. Bu kuruluşlar diğer ihtiyaç gruplarının yanında yaşlılara da hizmet vermiştir. Bunların arasında yer alan 1868 yılında kurulmuş olan Kızılay Derneği ve 1895 yılında kurulmuş olan Darülaceze, Osmanlılar döneminde kurulup günümüze kadar hizmetlerini devam ettiren kurumlardır. II. Abdülhamit döneminde öncelikle sakat ve yoksul erkek, kadın ve kimsesiz çocukları korumak için hizmete giren Darülaceze, günümüzde İstanbul Belediyesine bağlı bir kurum olarak hizmetlerine devam etmektedir.

Cumhuriyet'in ilanından sonra 1930 tarihinde yürürlüğe giren 1580 sayılı yasa ile ilk defa kamu kuruluşu olan belediyelere, bakıma muhtaç kişilerin (yaşlıların) korunması, yaşlı evleri yapma ve yönetme yükümlülüğü getirilmesi üzerine, değişik illerde aceze evleri, güçsüzler yurdu, düşkünler evi ve huzurevi adı altında yatılı yaşlı kuruluşları açılmıştır. Aynı zamanda çeşitli dernekler, azınlıklar ve gerçek kişiler de yaşlılara hizmet vermek amacıyla yatılı yaşlı kuruluşları açmışlardır. Her türlü sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerini düzenlemek, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve engellilerin bakımı, yerleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile çalışma gücünden yoksun yoksul kimselerin sosyal güvenliğini sağlamak üzere 3017 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Kanununun 17.maddesine istinaden 225 sayılı kanunun 4.maddesi ile 1963 yılında Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Bu kapsamda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı ilk huzurevi 1966'da Konya'da, ikincisi ise Eskişehir'de açılmıştır.

Sosyal Hizmetler alanına giren grupları 1982 Anayasasının 61. Maddesi açık bir şekilde belirlemiş, korunmaya, bakıma, yardıma ve rehabilitasyona muhtaç çocuk, sakat ve yaşlılara öncelik tanıyarak, devletin bu alanda gerekli teşkilat ve tesisleri kurması veya kurdurması hükmünü getirmiştir. Anayasanın bu hükmü doğrultusunda hazırlanan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile sosyal hizmetlere ilişkin faaliyetlere devletin denetim ve gözetiminde halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde yürütülmesi esası getirilmiştir. Böylece 2828 sayılı kanunla kurulan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu 'Ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde olan özel ihtiyaç gruplarının (aile, çocuk, sakat, muhtaç yaşlı ve diğer

kişiler) ihtiyaçlarının karşılanması, çeşitli sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını, hayat standartlarının iyileştirilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü olarak mahalli ve ulusal düzeyde planlama, yönetim ve denetleme' görevini üstlenmiştir. Bakanlar Kurulu'nca 06.04.2011 tarihli ve 6223 sayılı Yetki Yasasına dayanılarak 03.06.2011 tarihinde 633 sayılı 'Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname' ile oluşan yeni teşkilatlanma sonucu, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Yaşlı Hizmetleri Dairesi Başkanlığı kurulmuştur. Kamu kurumlarının yeniden yapılandırılması sürecinde 2011 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü oluşturularak yaşlı hizmetlerinden sorumlu müstakil bir genel müdürlüğün kurulması ile birlikte bu alanda önemli bir gelişme sağlanmıştır (29).

2.3.2 Günümüzde Huzurevleri

Yaşlı bakım hizmetleri genel olarak kurumsal bakım ve evde bakım olarak ele alınmaktadır. Kurum bakımı, evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan veya aile yanında bakılması mümkün olmayan bireylerin bireysel, sosyal, psikolojik, sağlık ihtiyaçlarının karşılandığı, boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapıldığı, sosyal ilişkilerinin ve aktivitelerinin arttırıldığı bakım türüdür. Huzurevleri 60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı olarak faaliyet yürüten sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, diğer bakanlıklar, belediyeler, dernek ve vakıflar, özel huzurevleri ve azınlıklar huzurevleri işletmektedirler.

Tablo 1. Ülkemizde bulunan huzurevlerinin sayıları, kapasiteleri ve doluluk durumları.

Türü	Sayı	Kapasite	Doluluk
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Md.'ne Bağlı Huzurevleri	107	11.717	10.399
Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	566	566
Belediyelere Ait Huzurevleri	20	2.013	1.409
Dernek ve Vakıflara Ait Huzurevleri	31	2.556	1.789
Azınlıklara Ait Huzurevleri	7	920	644
Özel Huzurevleri	130	6.422	4.495
Toplam	297	24.194	19.302

Kaynak: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı EYHG (Mart 2013).

Ülkemizde geleneksel olarak yaşlı bireylerin ailesi ve çocukları ile birlikte yaşama eğilimi yüksek olmakla birlikte, son yıllarda çekirdek aile yapısına doğru bir değişimin olması huzurevinde yaşayan bireylerin sayısında artışa neden olmuştur (30). Dönümcü, yapmış olduğu araştırmasında ülkemizde huzurevi ihtiyacının artacağını ve batı ülkelerinde olduğu gibi düzenlemelere ihtiyaç olacağını belirtmiştir. Batı ülkelerinde; ağır somatik ve psişik sorunları olan (yatağa bağımlı, demans, Parkinson) yaşlılar bakımevleri adı altındaki tıbbi refakat ve terapi imkanları bulunan sağlık kuruluşlarında bakım görmelerine karşın; ülkemizde bu niteliklere sahip hasta yaşlılar, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde bu hizmeti almaktadırlar. Sağlık kuruluşlarında Geriatri birimlerinin bulunmaması ya da çok az sayıda olup kontrol ve tedavi dışında hizmet vermemeleri nedeniyle bu nitelikte yaşlılar için gerekli sağlık personelinin istihdam edilmesi ya da sağlık kuruluşlarına bağlı olarak hastane içinde ya da yakınında bakım evlerinin oluşturulması gerekmektedir (31).

Çalışmamızı yürüttüğümüz Adana Huzurevi 1974 yılında dönemin Adana Valisi Lütfi Hancıoğlu'nun girişimleri ile Adana Hayır Cemiyeti tarafından 52 dönüm arazi üzerine kurulmuştur ve üç bölümden oluşmaktadır. Bunların birincisi huzurevi ana bina, ikincisi rehabilitasyon bölümü ve üçüncüsü ise huzurevi bahçesinin içinde inşa edilmiş olan küçük evlerdir. Huzurevi ana binada günlük yaşam faaliyetlerini yardımsız veya personelin yardımıyla sürdürebilen yaşlılar; rehabilitasyon bölümünde yatağa bağımlı alzheimer, demans gibi rahatsızlığı olan yaşlılar kalmaktadır. Bahçede bulunan küçük

evler ise 42 metrekare oturumlu, açık mutfaklı bir salonu, yatak odası, banyo-tuvaleti olan, önünde ise küçük bir balkonu ve bahçesi bulunan 52 küçük evden oluşan yaşlılık alanında ülkemizde ilk ve tek projedir.

Adana Huzurevinde talepler doğrultusunda yaşlıları hayatın içine çekmek için etkinlikler düzenlenmektedir. Her yıl konserler, tiyatrolar, geziler ve çeşitli sosyal aktiviteler düzenlenerek yaşlıların yaşam kaliteleri arttırılmaya çalışılmaktadır (32).

2.4. Yaşlılarda Beslenme

Malnütrisyon, sağlıklı yaşam için gerekli olan protein, karbonhidrat, yağ, vitamin, mineral gibi besin maddelerinin yetersiz veya fazla alınmasından kaynaklanan ve vücuttaki birçok organ ve sistemi etkileyen, tüm dünyadaki en yaygın beslenme bozukluğudur (33,34). Beslenme; sağlığın, fiziksel ve kognitif fonksiyonların, yaşam kalitesinin ve yaşam uzunluğunun en önemli belirleyicisidir. Yaşam boyunca devam eden beslenme alışkanlıkları ve sosyo-kültürel faktörler dışında yaşlıda ayrıca, yaşlanmayla meydana gelen fizyolojik ve fonksiyonel değişikliklerin, hastalıklar ve kullanılan ilaçların da beslenme üzerine önemli etkileri vardır (35) Yaşlı bireyler, gençlere göre protein-enerji malnütrisyonu açısından daha savunmasız ve duyarlıdırlar. Malnütrisyon yaşlılarda, düşme ve kemik kırıkları riskinin artmasına, hastalık ve enfeksiyonlara karşı direncin azalmasına, iyileşme döneminin uzamasına, yaşam kalitesinin azalmasına ve yaşam süresinin kısalmasına neden olmaktadır (33,34). Malnütrisyon toplumda yaşayan eve bağımlı yaşlılarda %5.8, bakımevi yaşlılarında %13.8, hastane ortamındaki yaşlılarda ise %38.7 oranında görülmektedir (7). Yaşlıların %37-40'ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenememekte, üç yaşlıdan ikisi bir öğün atlamakta ve bu durum 'Anorexia of aging' olarak nitelendirilmektedir (8). Malnütrisyonu bağlı olan yemek yeme sorunları, yemek yemenin mekanik durumlarına bağlı kalmakla beraber (kötü takma dişlerden kaynaklanan çiğneme ve yutma sorunları, ağız kuruluğu, nörolojik rahatsızlıklar gibi), ek olarak azalmış olan koku alma ve tat alma hisleri (ilaç tedavisi, hastalıkların neden olduğu) ile de ortaya çıkmaktadır (36). Kırılgan yaşlılarda çoğunlukla değişik faktörler aynı anda ortaya çıkabilmekte, kendi aralarında etkileşerek gıda alımını etkileyebilmekte ve gıda alımı ile sindirimi sürecinde akut ve kronik dönemde dengesizlikler, kilo kaybı ve fonksiyon kaybı gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir, yani malnütrisyon oluşabilmektedir.

Yaşlılıkta herhangi sebeple kilo kaybının başlangıcını takip eden 1–2.5 yıl içinde, sadece bu sebeple mortalite oranı %9-38 artmaktadır (9). Özellikle malnütrisyonu olanlarda depresyon, gayta inkontinansı, kognitif fonksiyon kaybı ve fiziksel bağımlılık görülme sıklığında artış tespit edilmiştir (10).

Tablo 2. Yaşlılarda yetersiz gıda alımının sebepleri.

Somatik Durum
- Kronik hastalıklar (örn: kanser, diyabet, KOAH, kalp ve damar hastalıkları) - Hastanede yatmak - Ameliyat - Akut hastalık - Bası yarası - Polifarmasi/ilaçların yan etkileri - Çiğneme ve/veya yutma zorlukları - Koku ve tat almanın azalması - Gastrointestinal sorunlar (bulantı, kusma, kabızlık, diyare)
Psikolojik durum
- Stres - Kaybetmeye karşı tepki (örn: eşini, evini, hareketliliğini kaybetmesinden sonra) - Depresif şikayetler - Bilişsel bozukluklar/demans
Fonksiyonel durum
- Hareketliliğin sınırlanması - Enstrümental ve temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık
Sosyo-ekonomik durum
- Gıdaya ulaşımında yeterli maddi imkanlara sahip olmamak - Dul kalmak - Yalnız başına yaşama durumu - Sosyal izolasyon - Yaşadığı ortama uyum sağlayamama - Yemeklerin istenilen zamanda tedarik edilememiş olması - Tek yönlü beslenme şekli - Kötü beslenme ortamı (ambiyans, eşlik eden kişilerin olmaması)

Yaşlılık döneminde görülen beslenme sorunlarını daha iyi anlayabilmek için bu dönemde bireyde görülen ve sorunlara temel oluşturacak bazı değişiklikleri incelemek gerekmektedir. Yaşın ilerlemesiyle kişinin nütrisyonel ihtiyaçlarını etkileyen vücut kompozisyonunda önemli değişiklikler meydana gelir. Vücut ağırlığı 30 ile 60 yaş arasında yavaş yavaş artar, 60 yaşından sonra ise çok yavaş azalır. İleri yaş yağsız vücut kitlesinde progresif azalma, yağ dokusunda rölatif artış ve yağ dokusunun periferden santrale yerleşmesi ile karakterizedir. Üç ile sekizinci dekat arasında kas kitlesinde %45 azalma olur. Buna etki eden faktörler; hareketin azalması, yaşa bağlı hormonlarda azalma (östrojen, testosteron ve growth faktör), spinal kolonda ki alfa motor ünitelerinin progressif kaybı ve kas protein sentezindeki değişikliklerdir. Çeşitli hastalıklarda bu azalmayı hızlandırır. Santral sinir sisteminin dejeneratif hastalıkları motor yolları etkileyerek, ağır hastalıklarda ise besin alımının azalması ve uzamış yatak istirahati kas kaybını hızlandırır. İki ile dokuzuncu dekadlar arasında yağ dokusu kadında %33-44, erkekte ise %18-36 oranında artar. Toplam vücut ağırlığında değişiklik olmadığı halde toplam yağ kitlesinde artma, yağsız kas kitlesinde ise azalma olur (35). Yağ kütlesinin fazlalığı koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, safra kesesi taşı, osteoartrit, kanser gibi hastalıklara neden olması açısından yaşlı bireyler için tehlikelidir. Özellikle abdominal bölgede biriken yağ miktarı, insülin direncini artırarak diabetes mellitus açısından risklidir. Abdominal obezitenin kalp ve damar hastalıkları ve kanser açısından da tehlikelerinin vurgulanması gerekir (33). Kemik dokusu hem kadın hem de erkekte azalır. Kadınlarda menapozdan sonra kemik kaybı daha hızlıdır. Tat ve koku alma bozukluğu 60 yaş civarında başlar, 70 yaşın üstündeki kişilerde daha belirgin hal alır. Tatlı, tuzlu, ekşi ve acıyı algılama yeteneği azalır. Beraber bulunan hastalıklar ve kullanılan ilaçlar da tat ve koku alma bozukluğuna katkıda bulunur. Tat ve koku; tükürük üretimi, pankreas ve mide salgıları, plazma insülin seviyesinin artması gibi metabolik değişiklikler oluşturabildiğinden, duyuşal uyarıların azalması bu metabolik olayları da bozar. Ağız hijyeninin bozuk olması, çiğneme, tükürük salgısı ve yutma işlemlerini olumsuz etkileyen hastalıklar, tat ve koku alma bozukluğuna yol açabilirler ve iştahı olumsuz etkilerler. Yeterli miktarda yiyecek alındığında mide duvarının gerilmesiyle beyne gönderilen uyarılar tokluk hissinde önemli rol oynar. Bu refleks yaşlanmayla aşırı cevap verir hale gelir ve erken tokluğa yol açarak yiyecek alımını azaltır. Yaşlanmayla gastrik boşalma gecikir, bu da karbonhidratların yavaş emilimine,

insülin sekresyonunun da azalmaya ve açlık hissinin supresyonuna yol açar. Yaşlanmayla tokluk hormonu olan kolesistokininin'in artması Anoreksia'ya neden olur.

Depresyon yaşlılarda sık görülmekle birlikte çoğunlukla tanınmaz ve iştahsızlığın tedavi edilebilir bir sebebidir. Kilo kaybı olan yaşlılar da muhakkak düşünülmelidir. Demans ve ciddi medikal problemleri olanlarda tanı koymak güçtür. Yoksulluk, eğitimsizlik, hareketlerin kısıtlı olması, beslenme için yardıma ihtiyacı olması ve sosyal izolasyon önemli risk faktörleridir (35). Huzurevi ve bakımevinde kalmakta olan yaşlılar çok sayıda kronik hastalığa sahip olmaları, çok sayıda ilaç kullanmaları (polifarmasi), kırılabilirlik ve engellilik oranının yüksekliği nedeniyle artmış malnütrisyon riski altındadır. Huzurevi ve bakımevlerinde kalan yaşlılarda malnütrisyon sıklığı farklı çalışmalarda %16-85 arasında bildirilmektedir. Bu sıklığın artmasında kuruma ve kişiye ait çeşitli faktörler devreye girmektedir (37). Malnütrisyonlu yaşlıların neredeyse %70'inde malnütrisyonu katkıda bulunan etiyolojik faktör saptanabilmektedir. John Morley'e ait olan 'MEALS ON WHEELS" hatırlatması ile tedavi edilebilen nedenler Tablo 3'de özetlenmiştir (38).

Tablo 3. Meals on Wheels kısaltması

(M) Medikasyonlar (örn. Digoksin, teofilin, fluoksetin)
(E) Emosyonel nedenler (Depresyon),
(A) Alkolizm
(L) Geç dönem paranoya
(S) Yutma problemleri
(O) Oral problemleri
(N) Nosokomiya enfeksiyonlar (Tüberküloz, Clostridium difficile, Helicobacter pylori)
(W) Demansa bağlı amaçsız dolaşma
(H) Hipertiroidi, hiperparatiroidi, hipoadrenalizm
(E) Enteral problemler (Malabsorpsiyon)
(E) Yeme problemleri (Kendi kendine beslenememe)
(L) Düşük tuzlu ve yağlı diyet
(S) Alışveriş yapamama ve diğer sosyal problemler

Yaşlılarda enerji gereksinimi; bazal metabolik hız ve fiziksel aktivitedeki azalma nedeniyle genellikle azalır. Azalmanın elli yaşından sonra her on yılda %5 olduğu düşünülmektedir. Bazal Metabolik Hız (BMH), enerji harcamasının en önemli bileşenlerinden biridir. Yetmiş yaşında BMH'nın, 18-30 yaşındaki bireylere göre yaklaşık %9-12 daha düşük olduğu saptanmıştır (39). İstirahat sırasındaki günlük kalori ihtiyacını belirlemek için çeşitli formüller vardır. Total enerji gereksinimi belirlenirken, bazal metabolizma hızına stres faktörü (tümör, ateşli hastalık, travma gibi) ve kişinin hareketliliğine göre belirlenen aktivite faktörleri eklenir. Özellikle kritik olmayan hastalarda uygulama kolaylığı açısından, aktivite ve stres faktörleri de göz önünde bulundurarak kilogram başına 25-30 kkal/gün enerji verilmesi gibi pratik yöntemler de kullanılabilir. Bunun fiziksel aktivite, mevcut hastalıklar, vücut ağırlığındaki değişiklikler ve klinik cevaba göre ayarlanması gerekir (35). Günümüzde enerji ihtiyacının tespit edilmesinde çeşitli formüller kullanılmakta olup Harris ve Benedict formülü geriatric yaş grubunda da en çok kullanılan formüldür ve Akademik Geriatri Derneği'nce de önerilmektedir. (37).

Tablo 4. Harris ve Benedict formülü, temel enerji ihtiyaçlarının hesaplanması.

- Erkekler için: $66,5 + (13,75 \times \text{Kilo(kg)}) + (5 \times \text{Boy(cm)}) - (6,77 \times \text{Yaş})$
- Kadınlar için: $66,1 + (9,56 \times \text{Kilo(kg)}) + (1,85 \times \text{Boy(cm)}) - (4,67 \times \text{Yaş})$

Tablo 5. Dünya Sağlık Örgütüne göre yaşlılarda temel enerji ihtiyaçlarının hesaplanması.

- Erkekler için: $13,5 \times \text{Kilo (kg)} + 475$
- Kadınlar için: $10,5 \times \text{Kilo (kg)} + 596$

Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından beslenmeyi sağlıklı yaşam davranışları içinde bir bütün olarak görmek gerekir. Yaşlılık döneminde tıpkı diğer yaş gruplarında olduğu gibi temel besin öğelerine gereksinim vardır; ancak bu gereksinimin miktarları farklıdır.

a. Enerji: Yaşlıların hafif fiziksel aktivite yaptığı düşünüldüğünde beden ağırlığının kilogramı başına 25-30 kkal/gün enerji tüketmeleri önerilmektedir.

Bu değer ise günlük olarak kadınlarda 1900 kkal; erkeklerde ise 2300 kkal olarak kabul edilmektedir.

- b. Protein:** Günde vücut ağırlığı başına 0.9-1.1 gram protein alınmalıdır. Hastalık, stres ve ameliyatlar durumunda protein gereksinimi artar. Bazı organ yetersizliklerinde (böbrek, karaciğer) ise protein alımının kısıtlanması gerekir.
- c. Karbonhidrat:** Yaşlılık döneminde günlük enerjinin %50-60'ının karbonhidratlardan sağlanması önerilir. Karbonhidrat gereksinimi daha çok 'kompleks" yapıda bulunan karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Kompleks karbonhidratlar temel olarak tahıllar, kuru baklagillerde bulunur ve enerjinin yanı sıra vücut için gerekli olan protein, vitamin, mineral ve posa da sağlamaktadırlar.
- d. Yağlar:** Yaşlılarda günlük alınan enerjinin en fazla %30'unun yağlardan sağlanması önerilmektedir. Bu dönemde kardiovasküler hastalıkların riskini artıran satüre yağ asitlerinin tüketiminin toplam alınan enerjinin %8'ini geçmemesi önerilmektedir. Bu dönem için özelikle ω -3 yağ asitlerinin ağırlıkta olduğu balık, ek olarak yeşil yapraklı sebzelerin tüketilmesi önerilmektedir.
- e. Vitamin ve mineraller:** Yaşlılık döneminde vitamin ve mineral gereksiniminin artması temel olarak vücut direncinin ve bağışıklık sisteminin zayıflaması, kronik hastalıkların artması, hareketsizlik gibi nedenlere bağlıdır. D Vitamini dışındaki vitamin ve minerallerin eğer yaşlıda başka bir sağlık sorunu yoksa yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabildiği durumlarda karşılanabildiği ifade edilmektedir.
- f. Sıvı tüketimi:** Yeterli sıvı alımı ortalama sedanter bir erkek için günde en az 2900 ml; sedanter bir kadın için ise 2200 ml'dir. Sıvı ihtiyaının en önemli kaynağını su oluşturmaktadır. Pratik olarak yaşlıların günde 2 litre sıvı tüketmesi önerilir.
- g. Posa:** Posalı gıdalar barsak hareketlerini artırır, kan şekerini düzenler, şişmanlığı önler ve barsak kanserine karşı koruyucudur. Bu nedenle bitkisel gıdaların vücutta sindirilemeyen bölümü olarak da bilinen posalı gıdaların günde 25-30 mg tüketilmesi önerilmektedir. Kuru baklagiller, kepekli tahıl ürünleri posa içeriği yüksek olan gıdalar arasındadır (33).

Yaşlılık döneminde yanlış gıdaların fazla (ya da dengesiz) alımı da söz konusu olabilir. Bunun sonucunda da başlıca obezite, diabetes mellitus, kanser ve diğer kronik hastalıklar görülür. Obezite gerçekte bireyin yaşlılık öncesi yaşam tarzı ile de ilgili olan bir döngünün parçasıdır. Obezite, var olan diğer sağlık sorunlarının seyrini de etkiler. Örneğin; obez olan bir kronik obstrüktif akciğer ya da amfizem hastasının semptomlarının obez olmayan bir hastaya göre daha şiddetli olduğu bilinmektedir. Bu hastalarda mortalite hızı da obez olmayanlara göre daha yüksektir. Abdominal obezite sorunu olan diyabet hastalarında insülin direncinin obez olmayanlara göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Obezite, yarattığı sağlık sorunlarının yanı sıra mortalite üzerine de etkilidir. Yapılan çalışmalar 40 yaş ve üzeri obez bireylerin doğuştan beklenen yaşam sürelerinin obez olmayan bireylere göre 6-7 yıl daha az olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşlılık dönemine özel bir bilgi de BKİ değeri 27 kg/m^2 'nin üzerinde olan kişilerde mortalite hızının BKİ değeri 27 kg/m^2 'nin altında olanlara göre daha yüksek olduğudur (33).

Tablo 6. Obeziteye bağlı meydana gelebilecek hastalıklar

Kalp ve damar hastalıkları (İskemik kalp hastalığı, anjina pectoris, MI, hipertansiyon, inme)
Kanser (serviks, uterus, prostat, meme, kolon, rektum, karaciğer, böbrek)
Tip II DM ve insülin direnci
Son dönem karaciğer ve böbrek hastalıkları
Osteoartrit
Pulmoner emboli
Gut
Safra kesesi sorunları
Bel ağrısı
Uyku apnesi
Psikolojik sorunlar
Sosyal sorunlar
Engellilik
Gebelik komplikasyonları
Cerrahi komplikasyonlar

Kaynak: *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, 2007.*

Avrupa Klinik Nütrisyon ve Metabolizma Derneğinin 2002 yılında yayımlanan (*ESPEN, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*) önerilerinde 65 yaş üzerindeki tüm bireylerin nütrisyonel açıdan rutin olarak taranması hedeflenmektedir. Sonraki yıllarda yayımlanan tüm ESPEN kılavuzlarında da benzer öneri yer almaktadır (40). Avrupa Parlamentosunun aldığı karar çerçevesinde 2007 yılında obezite ve malnütrisyon en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiş ve bu konu 2008 yılında Avrupa Birliği'nin resmi politik ajandasına dahil edilmiştir. ESPEN tarafından 2009 yılı malnütrisyonla savaş yılı ilan edilmiştir. Tüm bu verilerden yola çıkarak toplumda yaşayan, kurumlarda kalan ve kliniklerde yatan yaşlı bireylerin beslenme durumları taranmalı, riskli bireylerde detaylı değerlendirilme yapılarak tedavi planı geliştirilmelidir (41). Malnütrisyon bir geriatrik sendromdur ve kapsamlı geriatrik değerlendirme içinde mutlaka bulunmalıdır. Kapsamlı geriatrik değerlendirme ile malnütrisyonun diğer somatik, psikolojik, sosyal ve fonksiyonel durumlarla ilişkisi de değerlendirilmiş olmaktadır. Hastaların nütrisyonel durumlarının belirlenmesinde antropometrik ölçümlerin (vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi (VKİ), bel ve kalça çevresi, üst kol ve baldır çevresi ölçümleri, biceps, triseps, subskapuler ve suprailiak deri kalınlıkları ve el kavrama gücü) yanı sıra bazı testler de kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları MNA-SF (Mini-Nütrisyonel Değerlendirme Kısa Formu), SGA (Subjektif Global Değerlendirme), MUST (Genel Malnütrisyon Tarama Aracı), SNAQ (Kısa Beslenme Değerlendirme Anketi), NRS-2002 (Nütrisyonel Risk Tarama-2002) dır. Bu testlerden yaşlıların beslenme durumunun değerlendirilmesinde MNA'nın SGA'ya kıyasla daha uygun bir test olduğu ve malnütrisyon derecesini daha iyi tanımlayabileceği belirtilmiştir (42). NRS-2002, MNA ile karşılaştırıldığında eşlik eden hastalıkları sorgulamada daha iyidir, ancak hastanın kooperasyonuna gerek duyulması, kullanımını güçleştirmektedir. Malnütrisyonun taranmasında ülkemizde ve dünyada bu yöntemler arasında en yaygın kullanılanı MNA testidir. MNA, klinik olduğu kadar poliklinik hastalarında da malnütrisyonu tespit etmek için geçerli bir yöntemdir. MNA ayrıca beslenme destek tedavilerinin sonuçlarının değerlendirilmesi bakımından da geçerli bir araçtır. MNA geriatri hastalarında malnütrisyonu ortaya çıkaran geçerli bir ölçüm aracı olduğu kadar malnütrisyonadaki riskin de önceden belirlenmesi için geçerli bir aracı olarak kabul edilmektedir. ESPEN, MNA'yı yaşlılar için bir tetkik aracı olarak tavsiye etmektedir (37). MNA'nın uzun ve kısa olmak üzere iki formu vardır. MNA-

SF'in sensitivitesi başarıyla test edilmiştir (43). MNA-SF in taramadaki geçerliliği yapılan 6 çalışmada %86-96 sensitivite ile neredeyse uzun MNA kadar iyidir (44). MNA-SF rutin taramanın önemli bir basamağı haline gelmiştir. MNA-SF konvansiyonel nütrisyonel değerlendirmeyeyle yüksek korelasyon gösterdiği belirlenen altı maddeden oluşur (45). MNA-SF'de, hastanın iştah durumunda değişiklik olup olmadığı, son 3 ayda kilo kaybı olup olmadığı, mobilitesi, son 3 ayda psikolojik distres veya akut hastalık geçirip geçirmediği, nöropsikolojik problem varlığı ve vücut kitle indeksi veya baldır çevresi hesaplanarak puanlama yapılır. MNA-SF'in revize edilmesinden sonra VKİ hesaplanması mümkün olmayan hastalar için VKİ yerine alternatif olarak baldır çevresi seçeneği sunulmuştur. MNA-SF bir tarama testi olarak tek başına veya MNA uzun formunun bir parçası olarak kullanılabilir. MNA-SF tek başına kullanıldığında; normal beslenmiş (11-14 arası), risk altında (7-11 arasında) veya belirgin malnütre şeklinde sınıflandırma yapılır. Özellikle 11 kesim noktası nütrisyonel risk için %90,2 sensitivite ve %76,2 spesifiteye sahipken, 8 kesim noktasının ise malnütrisyon için %88,3 sensitivite ve %88,7 spesifiteye sahip olduğu bulunmuştur (46). MNA-SF 'in Türkçe geçerliliği başarı ile test edilmiştir (47).

2.5. Yaşlılarda Depresyon

Depresyon, derin üzüntülü bir duygudurum içinde, düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama; değersizlik, yetersizlik, mutsuzluk, isteksizlik, neşesizlik duygu ve düşünceleri ile belirli, fizyolojik işlevlerde yavaşlamanın da eşlik ettiği bir sendromdur (48). Depresyon yaşam kalitesi ve üretkenliği bozan, dolaylı olarak var olan diğer kronik hastalıkların kötüleşmesine, bu dönemde ortaya çıkan ruhsal bozukluklarla en fazla birliktelik gösteren ve ekonomik kayba yol açan bir sağlık sorunudur (49). Dünyada en fazla kabul görmüş olan sınıflandırma sistemi, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition)'tür. DSM IV sınıflandırma sistemine göre depresyon; major depresif bozukluk, distimik bozukluk, bipolar bozukluktaki depresyon, genel bir tıbbi duruma bağlı depresyon, depresyonlu uyum bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk alt grupları içerisinde değerlendirilmektedir (36). Depresyonun yaygınlığı %5-20 arasındadır. Kadınların %20'sinde erkeklerinde %10'unda yaşamlarının bir döneminde depresyon görülür. Ülkemizde depresyon

yaygınlığı ise genel popülasyonda %10-20, yaşlılarda %29 (Erkeklerde %24, kadınlarda %33) olarak bildirilmiştir (50). Ülkemizde 1991'den bu yana yapılan bazı huzurevi çalışmalarında ise depresyon sıklığının %10.2-68.9 arasında olduğu belirlenmiştir (51)

Yaşlı bireyler; azalmış fiziksel ve mental beceriler, emeklilik ve emekli maaşına bağımlı olmak, eş, aile bireyleri ya da arkadaş kaybı sonucu yalnız kalmaları nedeniyle daha hassas ve korunmasızdırlar (52). Yaşın ilerlemesi ile birlikte bilişsel, fiziksel alanda bir gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişilerarası desteğin zayıflaması, sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlar ve kayıplar yaşanmaktadır. Kayıpların birbiri ile birleşmesi, kişinin kendine olan saygısını azaltmakta ve yaşamdan yeterli doyum alamamasına yol açabilmektedir. Bu da yalnızlık ve depresyonda artışa, sosyal destekte azalmaya neden olabilmektedir (53-54). Bu süreçte ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal değişiklikler hem depresyona zemin hazırlama hem de tedaviye yanıt sürecini etkileme açısından önemlidir (55). Depresyon, yaşlı bireylerde diğer hastalıklarla veya tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür (56). Bazı çalışmalar, 65 yaş üzerinde depresyon insidansının fiziksel sağlık sorunlarının derecesiyle doğru orantılı olarak arttığını ancak ileri yaş depresyonuna %70-90 oranında tanı konmadığını bildirmektedir (57). Yaşlılıkta yaşanan kayıplar ve tıbbi durumlar göz önüne alındığında depresyon bulgularının normal veya kabul edilebilir görülmesi, yorgunluk, iştah azalması, uyku sorunlarının var olan tıbbi hastalıklara atfedilmesi, bilişsel sorunlar yaşanıyorsa yakınmaların saklanma eğilimi, yaşlıların duygularını anlatmadaki güçlükleri ve duygularını bedenselleştirme eğilimleri, depresyonun tanınmasını olumsuz olarak etkilemektedir (55). İleri yaşlarda depresyonda; duygudurum belirtileri olan hüznün, elem, üzüntü ön planda olmayabilir. Yaygın anksiyete, sinirlilik, huzursuzluk, çocuksu davranışlar, inatçılık, sürekli yakınma, sızlanma, aşırı talep edicilik de depresyonun maskeli görünümleridir (58). Bir tıbbi ya da cerrahi durumun iyileşmesinde gecikme, tedaviyi reddetme de yaşlılarda depresyonun işaretleri olabilir (59). Tanı koymada önemli bir zorluk da, depresyon semptomlarının araştırılmadığı takdirde somatik yakınmaların arasında gözden kaçmasıdır. Bu nedenle hastanın daha sık görüldüğü ve takip edilebildiği birinci basamak ortamında görüşme sırasında depresyon semptomlarının sorgulanması ve tanınması yaşlı sağlığı açısından büyük önem taşır (20). Fiziksel ölümü vaktinden önce

davet eden psikolojik ölümün zor fark edilebildiğini belirten Moreno, çaresinin ise iyi iletişim kurulabilen ortamlar olduğunu ifade etmiştir (60).

Depresyon, toplumdaki yaygınlığı nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan bir sağlık problemidir. Üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en sık görülen ikinci başvuru nedenidir (59). Sık görülen, tedavi edilebilen ve tanı konmamış hastalık insidansının yüksekliği nedeni ile depresyon için tarama önemlidir. Tarama ile birinci basamakta tanı oranı 2-3 kat artmaktadır. Aile hekimleri depresyonun belirtileri ve işlev kaybı için dikkatli gözlem yapmalıdırlar (50). Depresyon başarılı şekilde tedavi edilme şansı yüksek olan bir hastalık olup tedavi edilmediğinde erken ölüm, intihar riskinin artması, işlev azalması ve genel sağlık durumunu bozulması gibi olumsuz etkileri olan, doğru tanınıp, uygun bir şekilde tedavi edildiğinde yaşam kalitesini arttırmanın mümkün olduğu bir hastalıktır. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü 65 yaş üstü yaşlılarda görülen depresyonu bu yüzden önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirtmiştir (61,62). Yapılan bir çalışmada, depresyon sorunu bulunan yaşlıların yaşam kalitelerinin, depresyonu olmayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu ve bu yaşlıların daha fazla intihar girişiminde bulunduklarını belirtilmiştir. Bu yaşlıların %50'ye yakınının intihar girişimlerinden bir ay önce, %26'sının bir hafta önce, %7'sinin de bir gün önce ilgili hekimler tarafından muayene edildiği saptanmıştır. Bu nedenle yaşlılık dönemindeki bireylerde, depresyonun erken tanı ve tedavisi günlük yaşamdaki fiziksel ve psikososyal engelleri azaltarak yaşam kalitesinde artışa neden olacaktır (63). Yaşlılarda tanı koymada Hamilton Depresyon ölçeği (HAM-D) ve Beck Depresyon Ölçeği gibi ölçekler çok yardımcı olamazlar çünkü yaşlılıkla ilgili fizyolojik değişiklikler ve fiziksel hastalıkların belirtileri depresyonun fizyolojik belirtileriyle karışabilir (55). Yaşlı nüfus için mümkünse öz bildirime dayalı, kolay anlaşılır ve yanıtlanır sorulardan oluşan, bedensel belirtilere daha az yer veren ölçeklerin kullanılması gerekmektedir. Yaşlılarda depresyonu saptamak için özel olarak geliştirilmiş Geriatrik Mental Durum Çizelgesi, Geriatrik Depresyon Ölçeği gibi ölçeklerin kullanılması daha uygundur. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk yaşlı popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve ark. tarafından yapılmıştır (64). GDÖ, depresyon için son bir haftalık süreyi değerlendiren ve 30 sorudan oluşan bir tarama anketidir. Birinci basamağa başvuran her yaşlı hastanın depresyon açısından taranması ve incelenmesi yaşlı sağlığı açısından önemli bir gelişme olacaktır.

Yaşlılıkta ortaya çıkan depresyonun tedavisi farmakolojik tedavi, elektrokonvulsif tedavi, psikoterapi ve psikososyal girişimleri içerir. Yaşlanan beynin psikotrop ilaçlara duyarlılığının artması, farmakokinetiğin değişmesi, çok sayıda ilaç kullanımı nedeniyle olası ilaç etkileşimleri yaşlılarda ilaç tedavisini özel kılmaktadır. Yaşlılıkta bilişsel yetilerde yıkım, savunma mekanizmalarında kalıplaşma, aktarım ve karşı aktarımlar ise psikoterapotik süreçleri güçleştirmektedir (65) Yaşlılarda depresyona uygun ve gerçekçi bir şekilde yaklaşıldığında tedavi yüz güldürücüdür. Yaşlılarda depresyon eğer diğer hastalıklar ve durumlarla komplike olmamışsa tedaviye yanıt genç erişkinlerde olduğu gibidir (66) Yineleyici depresyonda ise psikoterapi oldukça yararlıdır. Yaşlıdaki depresyonun tedavisi, temel tedavi ilkeleri açısından genç erişkinlerden farklılık göstermemekle birlikte, yaşlı bireylerdeki metabolik değişiklikler, eşlik eden tıbbi hastalıklar, bilişsel değişiklikler, ruhsal alanda yaşanan sorunlar, toplumsal işlevlerde bozulma ve rol kaybı, yeti yitimi ve yalnızlaşma yaşlılara özgü tedavi uygulamalarını gerektirmektedir. Depresif yaşlılarda özkıyım riski ve girişimi yüksek olduğundan, tedavi planı oluşturulurken özkıyımı önlemeye yönelik bir yaklaşım benimsenmelidir. Tedavi sürecinde ailesel ve toplumsal destek sistemleri mutlaka işletilmeli, tedavide çeşitli alanlardaki sorunları düzeltmeye yönelik biyopsikososyal yaklaşım etkin kılınmalıdır (67). Yaşlılarda depresyonun farmakolojik tedavisinin temel amacı depresyon belirtilerinin ortadan kaldırılması kadar, yaşam kalitesinin artırılması da olmalıdır.

Tüm depresyon hastalarının çoğunluğunu oluşturan hafif-orta şiddette depresyonu olan hastalar birinci basamak hekimleri tarafından tedavi edilebilir. İlk olarak tek ilaç tercih edilmeli, yaşlıların psikotrop ilaçların yan etkilerine duyarlı oldukları düşünülerek düşük dozla tedavi başlanıp, yavaşça doz artırılarak uygun doza ulaşılmalıdır. Yaşlılar sıklıkla başka hastalıkları için de ilaç kullanıyor olduklarından, antidepresanların bu ilaçlarla etkileşimi göz önünde bulundurulmalıdır. Antidepresan tedaviye yanıt için en az 3-4 hafta beklemek gerekir. Yeterli cevap alınamazsa ilaç dozları tedricen artırılarak gerektiğinde en yüksek tedavi dozuna yükseltilmelidir. Hastada iyileşme elde edildikten sonra sürdürme safhası tamamlanmadan ilaç kesilmemelidir. İyileşme sağlandıktan sonra tedaviye aynı dozda altı ayla bir yıl arasında devam edilmelidir. Sık tekrarlayan depresif atakları olan hastalarda fayda sağlayan ilaca ömür boyu devam edilebilir (59). Yeni kuşak atipik antidepresanlardan

olan trazodon ve mianserin kardiyotoksik ve antikolinerjik yan etkilerinin azlığı nedeniyle yaşlılık depresyonlarında güvenle kullanılmaktadır. Ancak sedasyon ve bilişsel bozukluklara yol açabildikleri için doz ayarlaması iyi yapılmalıdır. Trazodon bir SSRI olduğu halde klasik SSRI'lardan farklı özelliklere sahiptir. İyi tolere edildiği, tedaviyi bırakmanın az olduğu, uyku bozuklukları üzerine olumlu etkisi olduğu, aşırı doz alımında güvenli olduğu bildirilmiştir. Antidepresan etkinliği tartışmalı olup, daha çok hafif ve orta depresyonda, diğer ilaçlara yanıt alınamayan durumlarda ya da çok ilaçlı bir tedavi yaklaşımının bir parçası olarak kullanılmaktadır (68,69). Seçici geri alım inhibitörleri (SSRI) de genel olarak antikolinerjik yan etkilerinin olmaması, kardiyovasküler yan etkiler göstermemeleri, sedatif etkilerinin olmaması, genel olarak iyi tolere edilebilmeleri, sabit dozlarla yeterli etkinliğin sağlanması ve çoğunlukla günde tek doz kullanılmasına olanak vermeleri nedeniyle yaşlılık depresyonlarının tedavisi için uygun seçenek olmaktadır (70,71). Bilişsel işlevlere ve bellek üzerine olumlu etkileri de yaşlılarda tercih edilmelerini sağlamaktadır (72). Serotonin artışı nedeniyle ortaya çıkabilecek ajitasyon ve uykusuzluk ilacın erken dönemde bırakılmasına neden olabilir. Bunu önlemek için ilaca düşük dozda başlayıp 4-7 günde bir arttırmak gerekmektedir. Yaşlılarda renal klirens %50 azaldığı için fluvoksaminde doz titrasyonu özellikle yavaş yapılmalıdır. Aynı durum paroksetin için de geçerlidir (73). Yüksek doz gerektiren durumlarda yan etkiler ve ilaç etkileşimleri yakından izlenmelidir. Fluoksetin ve sertraline uygun olmayan antidiüretik hormon salgılanması sendromu, paroksetinle hiponatremi bildirilmiştir (74,75). Yaşlılar bu yan etkiye daha duyarlı olacaklarından serum elektrolitlerinin takibi önem taşımaktadır. Hastanın intihar riskinin olması, depresyona psikotik belirtilerin eşlik etmesi, hastanın işlevselliğinde ileri derecede bozulma olması, bipolar bozukluk şüphesi olması, hekimin kendini yetersiz hissetmesi, hastanın psikiyatrist tarafından muayene edilmek istemesi, atağın şiddetinin ağır olması ve psikiyatrik ve tıbbi eş tanı olması durumunda depresyon hastaları psikiyatri uzmanına sevk edilmelidirler (59).

2.6. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi DSÖ tarafından bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, amaçları, beklentileri ve kaygıları açısından yaşamdaki durumlarını algılamaları olarak tanımlanmaktadır (76). Yaşam kalitesi temel olarak kişinin yaşam koşullarına uyumda

kişisel tatminini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, ruhsal ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eder; bu yalnızca fiziksel iyilik halinden öte bir şeydir (77). İnsanın yaşam kalitesini tam olarak anlamak onu bir bütün olarak görmekle olasıdır. Bütünü görebilmek için ise; çoğunlukla yaşamın akışı içinde unutulan veya kanıksanan insansal özelliklerin büyük veya küçük herhangi bir rahatsızlıkla anımsanmasının, insanı nasıl darmadağın edebileceğini anlayabilmekten geçer. Sağlığın varoluşsal alanını anlamak, insanın varoluşsal kaygılarını bilmek ve doğurduğu sonuçları fark etmek; bütüncül sağlık hizmeti sunmak yani ruh ve bedeni yeniden birleştirmek için son derece önemlidir (78). Yaşam kalitesinin kapsamında, insanların fiziksel fonksiyonları, psikolojik sorunları, aile içinde ve dışındaki sosyal ilişkileri, çevreyle etkileşimleri ve inançları vardır (79). Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesi, yaşlıların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranış sergilemelerinde, topluma aktif olarak katılmalarında ve mutlu olmalarında önem taşımaktadır (80). Bu faktörlere örnek olarak fiziksel ve maddi iyilik hali, sosyal yaşama katılım, serbest zaman aktivitelerine katılım, psikolojik durum, emosyonel durum, aile ve arkadaşlar arasındaki ilişkiler sayılabilir (81). Kentleşme, gençlerin iş bulmak için kentlere göç etmesi, ailelerin küçülmesi ve kadınların daha fazla iş yaşamına katılması gibi nedenler yaşlılara ihtiyaç duydukları zaman bakım sunacak kişilerin daha da azalmasına neden olmaktadır. Tüm bu faktörler yaşlılarda fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak yaşamın tüm yönlerini etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Ancak günümüzde yüksek kalitede, üretken ve bağımsız bir yaşlılık süreci temel ilke olarak benimsenmektedir (82). Son yıllarda yaşlılarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi ile ilgili çalışmaların sayısının arttığı görülmektedir. Bu artışın nedeni, son elli yılda yaşlı nüfusun artışı ve gelecek yüzyılda da artışın devam edeceğinin bilinmesidir. Artan yaşlı popülasyonda yaşam kalitesinin artırılmasının sağlık alanındaki en önemli hedeflerden biri olduğu belirtilmektedir (83). Yaşlılık döneminde sağlıkla ilgili yaşam kalitesi önemli ve ölçümü çok sayıda boyutu içeren bir kavramdır (84). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmekteki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder. Fiziksel alan, kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşları ne kadar yerine getirebildiğini algılaması ile ilgilidir. Sosyal alan, kişinin aile bireyleri, komşuları, çalışma arkadaşları ve diğer topluluklardaki bireylerle ne derece

ilişki kurabildiği ve kaynaştığını algılaması konularını kapsamaktadır. Mental alan içinde ise depresyon, anksiyete, korku, kızgınlık, mutluluk gibi duygusal ve ruhsal durumlar yer alır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1947’de sağlığı, sadece hastalığın veya yetersizliğin bulunmaması olarak değil aynı zamanda fiziksel, mental ve sosyal iyilik halinin de varlığı olarak tanımlamıştır. Bu nedenle sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde düzelme sağlamayan sadece geleneksel biyomedikal özellikleri düzelteren bir tedavinin başarısı kısıtlıdır (85). Yapılan diğer çalışmalar da yaşam kalitesinin sağlığın ötesinde bir durum olduğunu, sosyal ilişkilerin iyi olması, aktif olmak, aktivitelere ve sosyal ortamlara katılabilmek ve fonksiyonel kısıtlılıklara sahip olmamak gibi diğer faktörlerin yaşlılarda zaman zaman daha önemli olduğunu göstermiştir (52).

Bowling ve Gabriel yaşlıların bakış açısını dikkate alarak yaşam kalitesi hakkında kavramsal bir taslak geliştirmeye çalışmışlardır. Çocuklar, arkadaşlar, aile ve komşularla iyi sosyal ilişkiler; ücretsiz ulaşım hizmetleri gibi halk servisleri, rahat evler ve komşularla iyi ilişkiler sunan sosyal çevre; iyimserlik, pozitif tutum, memnuniyet, benimseme gibi psikolojik faktörler; eğitim kurslarına katılmak ve gönüllü olmak gibi sosyal aktivitelerde etkin bir şekilde rol almak; iyi sağlık durumu ve mali güvenceye sahip olmak yaşam kalitesini artıran faktörler olarak saptanmıştır (86). Yaşam kalitesinin azaldığı durumların başında ise yaşlılık gelir ve bu dönemde kronik hastalıklar toplumun geri kalan kısmından anlamlı derecede daha fazladır. Kronik hastalıklar yüzünden yaşlının toplum içindeki aktifliği kısıtlanır ve yaşam kalitesi düşer (87). Yapılan başka araştırmalar da yaşam doyumunun yaşlılıkta depresyon ile negatif, benlik saygısı ve sağlık algısı ile pozitif ilişkisinin olduğunu göstermektedir (88).

Yaşlılarda yaşam kalitesini değerlendirmek için çeşitli ölçekler bulunmaktadır, bu ölçeklere örnek olarak OARS Çok boyutlu Fonksiyonel Değerlendirme Anketi (OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire; OMFAQ), Philadelphia Geriatrik Merkezi Çok Seviyeli Değerlendirme Aracı (Philadelphia Geriatric Centre Multi level Assessment Instrument; PGCMAI), Yaşam Kalitesi Profili-Yaşlı Sürümü (Quality of Life Profile Seniors Version; QOLPSV) ve Yaşamın Kişisel Değerlendirilmesi Anketi (Self-evaluation of Life Function Scale) sayılabilir. Yaşlı gruplar için bir diğer ölçek DSÖ tarafından ülkemizin de içinde bulunduğu uluslararası 22 merkezin katılımı ile geliştirilmiştir.

DSÖ Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life-OLD; WHOQOL-OLD); WHOQOL-100'ün yaşlılara spesifik versiyonudur. WHOQOL-OLD'un Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenirliği Eser ve ark. tarafından yapılmıştır (89).



3. MATERİYAL ve METOD

Bu kesitsel çalışma, 1 Ocak 2016 ve 1 Nisan 2016 tarihleri arasında Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 60 yaş ve üstü 116 bireyin katılımıyla yapıldı. Araştırmada sosyodemografik verileri de içeren yapılandırılmış bir anket formu uygulandı. Huzurevinde kalan bireylere çocuklarıyla görüşme sıklıkları, gelir algıları, huzur evinde aktivite yapılıp yapılmadığı, yapılan aktivitelere katılma istekleri, verilen sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleri, huzurevi çalışanlarıyla ilişki durumları, huzurevi sakinleri ile ilişki durumları, huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyleri beşli Likert tipi puanlama ile (1: hiç, 2: çok az, 3: orta derecede, 4: çokça, 5: aşırı derecede) soruldu. Malnütrisyon taramasında Mini Nutrisyon Değerlendirme Ölçeği Kısa Formu ((*MNA-SF, Mini Nutritional Assessment-Short Form*), depresyonun tespitinde Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Yaşam kalitesinin ölçülmesinde ise Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) kullanıldı. Araştırmada kullanılan formlar hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak dolduruldu ve her birey için veri toplama süresi ortalama 20 dakika kadar zaman aldı. Araştırmaya altı aydan daha uzun süredir Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan bireyler dahil edildi. Anket sorularını anlama ve yanıtlamada güçlük çeken, demans veya alzheimer gibi kognitif fonksiyon kaybı yapan bir hastalık tanısı olan ve gönüllü olmayan huzurevi sakinleri çalışmaya dahil edilmedi.

3.1. Yapılandırılmış Anket Formu

Araştırma için hazırlanan yapılandırılmış anket formunda 60 yaş ve üstü bireylere ait demografik verileri içeren 6 soru, huzurevine başvuru sebepleri, çocuklarıyla görüşme sıklıkları, gelir algıları, huzur evinde aktivite yapılıp yapılmadığı, yapılan aktivitelere katılma istekleri, verilen sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleri, huzurevi çalışanlarıyla ilişki durumları, huzurevi sakinleri ile ilişki durumları, huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyleri, kronik hastalıklarının olup olmadığı, huzurevinde yaşam sürelerini içeren 14 soru olmak üzere toplam 20 soru yöneltildi. Demografik verilerde katılımcılara; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, önceki mesleği, gelir algısı, sosyal güvencesi ve çocuk sayısı soruldu. Hastaların huzurevinden önce

yaşadığı yer, huzurevinde yaşama nedeni ve süresi, huzurevinde yaşama kararını kimlerle aldığı, kronik hastalık varlığı sorgulandı. Ayrıca çocuklarıyla görüşme sıklığı, huzurevinde aktivite düzenlenme sıklığı ve bu aktivitelere katılma isteği, huzurevinde verilen sağlık hizmetinden ve genel durumdan memnuniyeti, huzurevinde çalışanlar ve kalan kişilerle ilişkileri beşli Likert tipi skala ile sorgulandı. Hastaların boy, kilo ölçümleri yapılarak Beden Kitle İndeksleri (BKİ) formülü ($BKI, \text{Beden Kitle İndeksi} = \frac{\text{Vücut ağırlığı (kg)}}{\text{boy uzunluğu (m}^2\text{)}})$ ile hesaplandı. Mobilize olamayan hastaların baldır çevreleri ölçüldü (Bacak dizden 90° C bükülerek, ayak tabanı sert ve düz bir zemine bastırılarak baldırın en geniş yerden ölçüm yapıldı).

3.2. Mini Nutrisyon Değerlendirme Ölçeği kısa formu (MNA-SF, Mini Nutritional Assessment-Short Form)

Malnütrisyonun taranmasında ülkemizde ve dünyada arasında en yaygın kullanılan tarama aracı MNA testidir. MNA, klinik olduğu kadar poliklinik hastalarında da malnütrisyonu tespit etmek için geçerli bir yöntemdir. MNA'nın, Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (ESPEN- European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, 2002) tarafından yaşlılarda kullanılması önerilmektedir (90). MNA'nın amacı, ev bakım programlarında, yaşlı bakım evlerinde ve hastanelerde yaşayan yaşlılarda yetersiz beslenme varlığını ve yetersiz beslenme riskini saptamaktır. Yaşlılarda MNA taraması sıklıkla beslenme durumunu etkileyen fiziksel ve mental durumu ve diyeti de içerdiği için yetersiz beslenme riskinin ve yetersiz beslenmenin erken evrede saptanmasını sağlar. MNA malnütrisyonu vücut ağırlığındaki veya serum protein düzeylerindeki ağır değişikliklerden çok önce saptayabilmektedir (91,92). Obez yaşlılardaki kötü beslenmeyi saptamada veya zayıf insanlardaki malnütrisyonu tanımlamada BKİ tek başına yeterli olmamakta ve bazen yanıltıcı olabilmektedir. Aynı şekilde plazma albumin düzeyi de iltihaplı hastalıklar veya dehidratasyon durumunda yanlış bilgi verebilmektedir. Bu durumlarda MNA veya benzeri tarama araçları hem risk altındaki yaşlıları belirlemede hem de beslenme durumları hakkında bilgiler vermektedirler (93). MNA'nın olumsuz yönü ise demanslı hastaların bu sorulara yanıt verememesidir (94). Ancak bu olumsuzluk tüm tarama testleri için geçerlidir.

MNA-SF malnütrisyonu taramanın önemli bir basamağı haline gelmiştir. MNA-SF 2001'de Rubenstein ve arkadaşları tarafından geliştirilerek validiye edilmiştir (45).

2001’de oluşturulan MNA-SF, hastaları normal ve riskli grup olarak ikiye ayırıyordu ancak VKİ’si ölçülemeyen hastalarda kullanımının kısıtlı olması ve bu aracın verimliliğini ve etkinliğini arttırmak amacıyla Kaiser ve arkadaşları tarafından 2032 hastaya ait veri setleri analiz edilerek, MNA-SF 2009’da revize edildi (46). MNA-SF, VKİ’nden bağımsız olacak şekilde ve MNA’da olduğu gibi, beslenme durumunu belirlemede üç kategoriye ayrıldı. Ayrıca revize edilmiş MNA-SF in cut-off noktaları MNA’yla karşılaştırılarak optimize edildi. VKİ’nin zaman alıcı olması ve her zaman erişilememesi nedeniyle, MNA’da da olan diğer antropometrik ölçüm gruplarının (baldır ve orta kol çevresi), VKİ olmaksızın uygulanabileceği gösterildi (95). Buna göre baldır çevresinin VKİ’ye iyi bir alternatif olduğu gösterilmiştir. MNA-SF’in sensitivitesi başarıyla test edilmiştir (43). Özellikle 11 kesim noktası nütrisyonel risk için %90,2 sensitivite ve %76,2 spesifiteye sahipken, 8 kesim noktasının ise malnütrisyon için %88,3 sensitivite ve %88,7 spesifiteye sahip olduğu bulunmuştur (46). MNA-SF in taramadaki geçerliliği yapılan 6 çalışmada %86-96 sensitivite ile neredeyse MNA kadar iyidir (44). MNA-SF konvansiyonel nütrisyonel değerlendirmeye yüksek korelasyon gösterdiği belirlenen altı maddeden oluşur (45). Hastanın iştah durumunda değişiklik olup olmadığı, son 3 ayda kilo kaybı olup olmadığı, mobilitesi, son 3 ayda psikolojik distres veya akut hastalık geçirip geçirmediği, nöropsikolojik problem varlığı ve vücut kitle indeksi veya baldır çevresi hesaplanarak puanlama yapılır. MNA-SF tek başına kullanıldığında; normal beslenmiş (11-14 arası), risk altında (7-11 arasında) veya belirgin malnütre (<7) şeklinde sınıflandırılma yapılır (45).

3.3. Geriatrik Depresyon Skalası

Yesavage ve ark. tarafından 1983 yılında geriatrik popülasyonda depresyon varlığını araştırmak amacıyla geliştirilmiştir. GDÖ, yaşlı hastalar için geçerli bir tarama testidir. Maddeler; azalmış duygulanım, benlik algısında zayıflama, motivasyon zayıflığı, gelecek yerine geçmişe yönelim, bilişsel sorunlar, obsesif nitelikler ve ajitasyonu içermektedir (96). GDÖ 30 maddeden oluşmaktadır. Her maddeyi hasta ‘Evet’ ve ‘Hayır’ şeklinde işaretlemektedir. Otuz maddenin 10’u olumsuz, 20’si ise olumlu olarak kurgulanmıştır. ‘Geçtiğimiz hafta’ şeklinde bir zaman periyodunu sorgulamaktadır. Ölçeğin kesme noktası 13/14 olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin

Türkçe geçerlik ve güvenirliği 1997 yılında Ertan ve ark. tarafından 30'u depresyonlu 276 hasta üzerinde araştırılmış ve Türkiye'deki depresyonun taramasında kullanılmasında güvenilir olduğu saptanmıştır (97). GDÖ'de bazı sorulara verilen evet yanıtları 0, hayır yanıtları 1 olarak kodlanırken, bazı sorularda kodlama ters yöndedir. Elde edilen toplam puan 'depresyon puanı' nı ifade eder. Toplam puan 0–30 arasında olabilir. Ölçeğin puanlaması; 0-10 puan 'depresyon yok', 11-13 puan 'olası depresyon', 14 ve üzeri puan 'kesin depresyon' şeklinde yapılmıştır. GDÖ'de kesme puanı 14 olarak kabul edildiğinde, ölçeğin duyarlılığının 0.90, özgüllüğünün 0.94 olduğu saptanmıştır (98).

3.4. Yaşlılar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organization Quality of Life-OLD; WHOQOL-OLD)

WHOQOL-OLD yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Eser ve ark. (2004) tarafından yapılmış olup, ölçek 24 Likert tipi madde ve 6 alt boyut/alandan oluşmaktadır. Bu altı boyut şunlardır: 'Duyusal işlevler' (1, 2, 10 ve 20 numaralı sorular), 'Özerklik' (3, 4, 5 ve 11 numaralı sorular), 'Geçmiş, Bugün, Gelecek Faaliyetleri' (12, 13, 15 ve 19 numaralı sorular), 'Sosyal katılım' (14, 16, 17 ve 18 numaralı sorular), 'Ölüm ve ölmek' (6, 7, 8 ve 9 numaralı sorular) ve 'Yakınlık' (21, 22, 23 ve 24 numaralı sorular). Olası boyut puanları, 4–20 aralığındadır. Ayrıca, her bir tekil puan değerlerinin toplanmasıyla 'toplam puan' da hesaplanabilir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. 'Duyusal işlevler' alt alanı; görme, işitme, koku, tat alma, iştah ve dokunma duyularındaki değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, 'Özerklik' alt alanı; bağımsızlık, saygı, genel olarak yaşamı kontrol etme, özgür biçimde tercih yapma ve bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini, 'Geçmiş, Bugün ve Geleceğe Ait Aktiviteler' alt alanı; geçmişte elde edilen başarılar ve bu başarılardan yaşam boyu memnuniyet durumu, geçmişten söz edilmesi ve gelecek ile ilgili duygu ve düşünceleri sorgulamaktadır. 'Sosyal Katılım' alt alanında zamanı kullanma ile ilgili görüşler ve önemli faaliyetlere katılma durumu, 'Ölüm ve Ölmek' alt alanında ölümün kabul edilebilir ve kaçınılmaz olması ile ilgili düşünceler ve ölümün anlamı, 'Yakınlık' alt alanında ise diğer kişilerle ilişkiler ve sosyal destek araştırılmaktadır, Beşli Likert ölçeği puanlaması; '1: hiç, 2: çok az, 3: orta derecede, 4:

çokça, 5: aşırı derecede' şeklindedir. Her bir soru için olası en düşük puan 1, en yüksek puan 5'tir (99).

3.5. İstatistiksel yöntem

Bu çalışma gözlemsel tipte tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Sürekli değişkenler ortama±standart sapma ve en küçük-en büyük olarak, kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Okuryazar olmayanlar ve okuryazar olanlar az eğitilmiş, ilköğretim mezunları orta eğitilmiş, ortaöğretim ve lisans mezunları ise yüksek eğitilmiş olarak gruplandırıldı. Veriler SPSS 16.0 programında analiz edildi. Çalışmaya katılan yaşlıların sosyo demografik verileri için tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin demografik verileri ile MNA, GDÖ ve WHOQOL-OLD ölçeklerinin ortalama puanları karşılaştırıldı. Normal dağılımlı gruplarda iki değişkenli, değişkenlerin bağımsız olduğu durumlarda bağımsız örneklemli t testi kullanıldı. Verilerin nominal olduğu durumlarda Ki kare testi, nonparametrik olan ikiden fazla ve bağımsız değişkenli gruplarda Kruskal Wallis testi ve parametrik olan ikiden fazla ve bağımsız değişkenli gruplarda One Way Anova testi kullanıldı. Huzurevinde yaşayan bireylerin cinsiyetlerine göre MNA, GDÖ ve WHOQOL-OLD ölçekleri ile karşılaştırılması ve kaldıklarını yere göre sosyodemografik özelliklerinin analizi t testi ile yapıldı. Huzurevinde yaşayan yaşlıların MNA ortalama puanlarının depresyon durumları ile karşılaştırılması için Kruskal Wallis testi kullanıldı. Huzurevinde yaşayan yaşlıların eğitim durumlarına göre MNA, GDÖ ve WHOQOL-OLD ölçekleri ile karşılaştırılması için analiz yöntemi olarak One Way Anova testi kullanıldı, eğitim durumlarına göre kaldıkları yer ile karşılaştırılmasında ise Ki kare testi kullanılmıştır. Huzurevinde kalan yaşlıların sosyo demografik özellikleri ile MNA, GDÖ VE WHOQOL-OLD korelasyon analizi için ise Pierson korelasyon analizi kullanılmıştır. P değeri <0.05 olduğu durumlarda aradaki fark anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu kesitsel çalışmaya Adana Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 60 yaş ve üstü 116 birey katıldı. Yaşlı bireylerin % 59.5'i erkek, % 40.5'i kadındı. Çalışmaya alınan yaşlı bireylerin yaş ortalaması 73.5 ± 8.0 yıl (en küçüğü 60–en büyüğü 90 yıl) idi. Çalışmaya alınan erkek bireylerin yaş ortalaması 73.8 ± 7.5 , kadın bireylerin yaş ortalaması 73.3 ± 8.9 idi, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($t=0.316$, $p=0.753$). Medeni durumlarına bakıldığında 86 kişi dul (%74.2), 21 kişi evli (%18.1) ve 9 kişi bekârdı (%7.8). Katılımcıların ortalama çocuk sayısı 3.45 (en az 1–en çok 14 çocuk) idi. Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin eğitim durumları ise; 26 kişi (%22.4) okuryazar olmayanlar, 13 kişi (%11.2) okuryazar, 45 kişi (%38.8) ilköğretim, 32 kişi (%27.6) ortaöğretim ve lisans şeklinde idi. Yaşlı bireylerin huzurevinden önce yaşadıkları yer değerlendirildiğinde; kendi evinde yaşayanlar 97 kişi (%83.6), çocuklarının evinde yaşayan 9 kişi (%7.8), akrabalarının evinde yaşayan 2 kişi (%1.7), bu seçeneklerden farklı bir mekanda kalan 8 kişi (%6.9) vardı. Yaşlı bireylerin huzurevinde yaşamaya başlamadan önceki meslekleri sorgulandığında 46 kişi (%39.7) serbest meslek, 29 kişi (%25) ev hanımı, 17 kişi (%14.7) memur, 17 kişi (%14.7) işçi, 4 kişi (%3.4) çiftçi, 3 kişi (%2.6) diğer meslek gruplarındandı. Huzurevini tercih etme sebeplerine bakıldığında ise; evde yalnız kalmak istemediği için 30 kişi (%25.8), sağlık problemleri nedeniyle 23 kişi (%19.2), maddi nedenlerle 22 kişi (%18.9), ailesine yük olmak istemediği için 18 kişi (%15.5), evdeki huzursuzluktan dolayı 16 kişi (%13.7), kendi bakımını tek başına yapamadığı için 4 kişi (%3.4), eşinin sağlık problemleri nedeniyle 3 kişiydi (%2.5). Huzurevinde yaşama kararının kim ya da kimler tarafından nasıl verildiği sorulduğunda ise; kendisi karar veren 100 kişi (%86.2), çocuklarıyla birlikte karar veren 6 kişi (%5.1), çocuklarının karar verdiği 5 kişi (%4.3), akrabalarının karar verdiği 3 kişi (%2.6), güvenlik güçlerinin getirdiği 2 kişiydi (%1.7). Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin 83'ünün (%71.6) en az bir kronik hastalığı vardı. Çalışmaya katılan yaşlıların 64'ü (%55.2) huzurevi ana binada, 52'si (%44.8) bahçede bulunan küçük evlerde yaşamaktaydı (Tablo 7).

Tablo 7. Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde çalışmaya alınan yaşlı bireylerin sosyodemografik verileri.

Sosyodemografik özellikler		N	%
Cinsiyet	Erkek	69	59.5
	Kadın	47	40.5
Medeni durum	Bekar	9	7.8
	Evli	21	18.1
	Boşanmış	30	25.9
	Eşi ölmüş	56	48.3
Önceden yaşadığı yer	Kendi evinde	97	83.6
	Çocuklarının evi	9	7.8
	Akrabalarının evi	2	1.7
	Diğer	8	6.9
Meslek	Serbest meslek	46	39.7
	Ev hanımı	29	25
	Memur	17	14.7
	İşçi	17	14.7
	Çiftçi	4	3.4
	Diğer	3	2.6
Eğitim	Okuryazar değil	26	22.4
	Okuryazar	13	11.2
	İlköğretim	45	38.8
	Ortaöğretim	18	15.5
	Lisans	14	12.1
Kronik hastalık	Var	83	71.6
	Yok	33	28.4
Huzurevinde yaşama kararı	Kendisi karar veren	100	86.2
	Çocuklarıyla karar veren	6	5.1
	Çocukları karar veren	5	4.3
	Akrabaları karar veren	3	2.6
	Güvenlik güçleri tarafından getirilen	2	1.7
Huzurevinde yaşama nedeni	Evde yalnız kalmak istemediği için	30	25.8
	Sağlık problemleri nedeniyle	23	18.2
	Maddi nedenlerle	22	18.9
	Ailesine yük olmamak için	18	15.5
	Evdeki huzursuzluktan dolayı	16	13.7
	Kendi bakımını yapamadığı için	4	3.4
	Eşinin sağlık problemleri nedeniyle	3	2.5
Huzurevinde kaldığı yer	Huzurevi ana binada	64	55.2
	Küçük evlerde	52	44.8

Çalışmaya katılan yaşlıların çocuklarıyla görüşme sıklıkları ve gelir algıları sorgulandığında; çocuklarıyla görüşme sıklığı puanı ortalama skoru (3.22 ± 1.03) test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunurken ($t=2.085$, $p=0.040$), gelir algısı puanı ortalama skoru (2.45 ± 1.033) test değeri olan 3'e göre anlamlı olarak düşük bulundu ($t=-5.753$, $p=0.000$). Çalışmaya katılan yaşlıların huzurevindeki sosyal ortamlarıyla ilgili sorulara verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde ise huzurevinde sıklıkla aktiviteler düzenlendiğini belirttiler ve verilen puanların ortalama skorları (4.44 ± 51) test değerine göre anlamlı olarak çok yüksek bulundu ($t=30.07$, $p=0.000$), düzenlenen aktivitelere katılıma istekleri sorgulandığında da ise elde edilen puanların ortalama skorları (3.17 ± 1.152) test değerine göre anlamlılık eğiliminde bulundu ($t=1.61$, $p=0.110$). Çalışmaya katılan yaşlıların huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyleri ile ilgili ortalama skorları (4.13 ± 0.612) çok yüksek anlamlılıkta bulundu ($t=19.877$, $p=0.000$). Huzurevinde verilen sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleri ile ilgili ortalama skorları da (4.12 ± 0.607) çok yüksek anlamlılıkta bulundu ($t=19.899$, $p=0.000$). Çalışmaya katılan yaşlıların huzurevinde çalışan personelle ilişkilerinin olumlu olup olmadığı sorusuna verdikleri yanıtın ortalama skoru (4.31 ± 0.581) ve huzurevinde kalan diğer kişilerle ilişkilerinin olumlu olup olmadığı sorusuna verdikleri yanıtın ortalama skoru (3.90 ± 0.610) çok yüksek anlamlılıkta olumlu bulundu (sırasıyla $t=24.288$, $p=0.000$ ve $t=15.836$, $p=0.000$) (Tablo 8).

Tablo 8. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin çocuklarıyla görüşme sıklığı, gelir algısı düzeyi ve sosyal ortamlarıyla ilgili değerlendirme sorularına verdikleri yanıtların ortalama puanları.

Sosyal ortamla ilgili değerlendirmeler	Ort.skor $\pm$ SS	t*	P
Çocuklarıyla görüşme sıklığı	3.22 $\pm$ 1.033	2.085	0.040[†]
Gelir algısı	2,45 $\pm$ 1,033	-5,753	0,000^{††}
Aktivite düzenlenme sıklığı	4.44 $\pm$ 51	30.07	0.000^{††}
Aktivitelere katılım isteği	3.17 $\pm$ 1.152	1.61	0.110
Huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyi	4.13 $\pm$ 0.612	19.877	0.000^{††}
Sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi	4.12 $\pm$ 0.607	19.899	0.000^{††}
Personelle ilişki durumu	4.31 $\pm$ 0.581	24.288	0.000^{††}
Diğer bireylerle ilişki durumu	3.90 $\pm$ 0.610	15.836	0.000^{††}

* Tek örneklemli t testi, test değeri 3 olarak alınmıştır. [†] $p<0.05$, ^{††} $p<0.01$.

GDÖ ile değerlendirilen yaşlı bireylerin depresyon puanı ortalaması 9.3 ± 7.9 idi. Puanı 10 ve altında olan ve depresyon saptanmayan katılımcı sayısı 76 kişi (% 65.5), puanı 11 ile 13 arası olan ve olası depresyon saptanan 8 kişi (% 6.9) ve puanı 14 ve üzeri olan ve kesin depresyon saptanan ise 32 kişiydi (%27.6). Erkek katılımcıların 53'ünde (%76.8) depresyon saptanmazken, 5'inde (%7.3) olası depresyon, 11'inde (%15.9) kesin depresyon saptandı. Kadın katılımcıların ise 23'ünde (%48.9) depresyon saptanmazken, 3'ünde (%6.4) olası depresyon, 21'inde (%44.7) kesin depresyon saptandı.

Yaşlı bireylere malnütrisyon taraması için uygulanan MNA testinin ortalaması 12.38 ± 2.197 idi. MNA testiyle puanı 8'in altında olan ve malnütrisyon saptanan 7 kişi (%6), puanı 8 ile 11 arasında olan ve malnütrisyon riski bulunan 24 kişi (%20.7), 12 ve üzeri puanı olan ve normal olarak değerlendirilen 85 kişiydi (%73.3). Erkeklerin 3'ünde (%4.4) malnütrisyon tespit edilmişken, 11'i (%15.9) malnütrisyon riski altında, 55'i de (%79.7) normal olarak tespit edildi. Kadınların 4'ünde (%8.5) malnütrisyon tespit edilirken, 13'ü (%27.7) malnütrisyon riski altında, 30'u (%63.8) normal olarak tespit edildi (Tablo 9).

Tablo 9. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin GDÖ ve MNA ölçeklerine göre dağılımları.

Ölçekler	Alınan puan	Erkek		Kadın		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
GDÖ	0-10	53	76.8	23	48.9	76	65.5
	11-13	5	7.3	3	6.4	8	6.9
	14 ve üzeri	11	15.9	21	44.7	32	27.6
MNA	0-7	3	4.4	4	8.5	7	6
	8-11	11	15.9	13	27.7	24	20.7
	12 ve üzeri	55	79.7	30	63.8	85	73.3

GDÖ ve MNA puan ortalamaları cinsiyetler arasında karşılaştırıldı. Buna göre erkeklerin GDÖ puan ortalamaları 7.8 ± 7.1 , kadınların GDÖ puan ortalamaları 11.3 ± 8.6 olarak ölçüldü, ortalama depresyon puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki vardı. Kadınlarda depresyonun ortalama puanının daha yüksek olduğu saptandı ($t=-2.378$, $p=0.019$). Erkeklerin MNA puan ortalaması 12.8 ± 1.9 , kadınların MNA puan ortalaması 11.7 ± 2.4 olarak ölçüldü, malnütrisyon ortalama puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark vardı. Kadınlarda malnütrisyon ortalama puanının daha yüksek olduğu saptandı ($t=2.821$, $p=0.006$), (Tablo 10).

Tablo 10. Huzurevinde kalan bireylerin GDÖ ve MNA ortalama puanlarının cinsiyetleriyle göre karşılaştırılması.

	Erkek (n=69)	Kadın (n=47)	t	P
GDÖ ortalama puanı	7.8±7.1	11.3±8.6	-2.378	0.019[†]
MNA ortalama puanı	12.8±1.9	11.7±2.4	2.821	0.006^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. †p<0.05, †† p<0.01

Yaşlı bireylerin eğitim durumları ile GDÖ ve MNA'dan aldıkları ortalama puanlar arasındaki ilişkiye bakıldı. Az eğitilmiş gruptaki 24 kişi (%61.5) depresyonu olmayan, 3 kişi (%7.7) olası depresyon ve 12 kişi (%30.8) kesin depresyon olarak saptandı. Orta eğitilmiş gruptaki 24 kişi (%53.3) depresyonu olmayan, 4 kişi (%8.9) olası depresyon ve 17 kişi (%37.8) kesin depresyon olarak saptandı. Yüksek eğitilmiş grupta ise 28 kişi (%87.5) depresyonu olmayan, 1 kişi (%3.1) olası depresyon, 3 kişi (%9.4) kesin depresyon olarak saptandı.

MNA'nın dağılımında ise az eğitilmiş gruptaki 27 kişide (%69.2) malnütrisyon saptanmazken, 7 kişide (%17.9) malnütrisyon riski ve 5 kişide ise (%12.8) malnütrisyon saptandı. Orta eğitilmiş gruptaki 34 kişide (%75.6) malnütrisyon saptanmazken, 10 kişide (%22.2) malnütrisyon riski ve 1 kişide (%2.2) malnütrisyon saptandı. Yüksek eğitilmiş grupta ise 24 kişide (%75) malnütrisyon saptanmazken, 7 kişide (%21.9) malnütrisyon riski ve 1 kişide (%3.1) ise malnütrisyon saptandı (Tablo 11).

Tablo 11. Huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan GDÖ ve MNA ölçeklerinin sonuçlarının eğitim durumlarına göre dağılımları.

Ölçekler	Alınan puan	Az eğitilmiş		Orta eğitilmiş		Yüksek eğitilmiş	
		n	%	n	%	n	%
GDÖ	0-10	24	61.5	24	53.3	28	87.5
	11-13	3	7.7	4	8.9	1	3.1
	14 ve üzeri	12	30.8	17	37.8	3	9.4
MNA	0-7	5	12.8	1	2.2	1	3.1
	8-11	7	17.9	10	22.2	7	21.9
	12 ve üzeri	27	69.2	34	75.6	24	75

Az eğitimli grubun GDÖ ortalama puanı 10.2 ± 7.5 , orta eğitimli grubun ortalama puanı 10.6 ± 8.5 , çok eğitimli grubun ortalama puanı ise 6.1 ± 6.7 olarak hesaplandı. Yüksek eğitimli grupta az eğitimli ve orta eğitimli gruba göre depresyon ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük saptandı ($Z=3.582$, $p=0.031$). Az eğitimli grubun MNA ortalama puanı 12.1 ± 2.6 , orta eğitimli grubun ki 12.7 ± 1.9 , yüksek eğitimli grubunki ise 12.5 ± 2.1 olarak hesaplandı. Eğitim düzeyi ile MNA ortalama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($Z=0.242$, $p=0.786$), (Tablo 12).

Tablo 12. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin GDÖ ve MNA ortalama puanlarının eğitim durumları ile karşılaştırması.

	Az eğitimli	Orta eğitimli	Yüksek eğitimli	Z	P
GDÖ	10.2 ± 7.5	10.6 ± 8.5	6.1 ± 6.7	3.582	0.031[†]
MNA	12.1 ± 2.6	12.7 ± 1.9	12.5 ± 2.1	0.242	0.786

*OnewayAnova testi kullanılmıştır. [†] $p < 0.05$

Yaşlı bireylerin depresyon durumları ile MNA ortalama puanları arasındaki ilişkiye bakıldı. Depresyon saptanmayan 76 kişinin 61'inde (%80,3) malnütrisyon saptanmazken, 13'ü (%17.1) malnütrisyon riski altında, 2'si (%2.6) malnütrisyonu olan olarak tespit edildi. Olası depresyon saptanan 8 kişinin 7'sinde (%87.5) malnütrisyon saptanmazken, 1'i (%12.5) malnütrisyon riski taşıyor olarak tespit edildi. Depresyon tespit edilen 32 kişinin ise 17'sinde (%53.1) malnütrisyon saptanmazken, 11'i (%34.4) malnütrisyon riski taşıyor, 4'ü (%12.5) malnütrisyonu olan olarak tespit edildi (Tablo 13).

Tablo 13. Huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan GDÖ ve MNA ölçeklerinin dağılımları.

Ölçekler		MNA		
		12 ve üzeri puan (n, %)	8-11 puan (n, %)	0-7 puan (n, %)
GDÖ	Depresyon saptanmayan (0-10 puan)	61 (%80.3)	13 (%17.1)	2 (%2.6)
	Olası depresyon (11-13 puan)	7 (%87.5)	-	1 (%12.5)
	Kesin depresyon (14 ve üzeri puan)	17 (%53.1)	11 (%34.4)	4 (%12.5)

Depresyon saptanmayan yaşlı bireylerin MNA ortalama puanı 12.8 ± 1.8 , olası depresyon saptanan yaşlı bireylerin ki 12.8 ± 2.4 , depresyon saptanan yaşlı bireylerin ki ise 11.2 ± 2.4 olarak hesaplandı. Depresyon durumu ile malnütrisyon ortalama puanları arasında yüksek düzeyde anlamlılık tespit edildi ($X^2 = 12.108$, $p = 0.002$), (Tablo 14).

Tablo 14. Huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan GDÖ ve MNA ölçeklerinin ortalama puanlarının karşılaştırması

	Depresyon saptanmayan (n=76)	Olası depresyon (n=8)	Kesin depresyon (n=32)	X^2	P
MNA ortalama puanı	12.8 ± 1.8	12.8 ± 2.4	11.2 ± 2.4	12.108	0.002[†]

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. [†] $p < 0.01$

Huzurevinde kalan yaşlıların 52'si küçük evlerde, 64'ü huzurevi ana binada kalmaktaydı. Küçük evlerde kalan 52 yaşlının 26'sı (%50) erkek, 26'sı (%50) kadın olarak belirlendi. Huzurevi ana binada kalan 64 yaşlının 43'ü (%67.2) erkek, 21'i (%32.8) kadın olarak belirlendi. Yaşlıların kaldıkları yer ile cinsiyetleri arasında yapılan karşılaştırmada anlamlılık eğilimi saptandı. ($X^2 = 3.517$, $p = 0.061$), (Tablo 15).

Tablo 15. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin kaldıkları yer ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması

	Küçük ev (n, %)	Ana bina (n, %)	X^2	P
Erkek	26 (%50)	43 (%67.2)	3.517	0.061[†]
Kadın	26 (%50)	21 (%32.8)		

*Ki-Kare testi kullanılmıştır. [†] $p < 0.1$

Yaşlı bireylere gelir algıları, huzurevinde verilen sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleri, huzurevinde çalışan personelle ilişkilerinin olumlu olup olmadığı, huzurevinde kalan diğer kişilerle ilişkilerinin olumlu olup olmadığı, huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyleri beşli likert tipi sorular sorularak ortalama puanları belirlendi. Yaşlı bireylerin kaldıkları yere göre bu sorulara verdikleri cevapların ortalama puanları karşılaştırıldığında; küçük evlerde yaşayan yaşlıların gelir algısı ortalama puanı 2.8 ± 0.8 , huzurevi ana binada yaşayan yaşlıların ortalama puanı 2.1 ± 1.1 olarak hesaplandı. Yaşanılan yer ile gelir algısı ortalama puanı arasında çok yüksek istatistiksel anlamlılık tespit edildi ($t = 4.194$, $p = 0.000$). Sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi ortalama puanları ise küçük evlerde kalan yaşlılarda 4.1 ± 0.6 ,

huzurevi ana binada kalan yaşlılarda 4.1 ± 0.5 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($t = -0.391$, $p = 0.696$). Huzurevinde çalışan kişilerle ilişkilerinin olumlu olup olmadığı sorusuna verilen cevapların ortalama puanları ise küçük evlerde kalan yaşlılarda 4.2 ± 0.6 , huzurevi ana binada kalan yaşlılarda 4.3 ± 0.6 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($t = -1.008$, $p = 0.315$). Yaşlı bireylere huzurevinde kalan diğer kişilerle ilişkilerinin olumlu olup olmadığı sorulduğunda verilen cevapların ortalama puanları ise küçük evlerde kalan yaşlılarda 3.8 ± 0.6 , huzurevi ana binada kalan yaşlılarda 3.9 ± 0.5 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($t = -0.189$, $p = 0.850$). Huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyleri sorulduğunda ise küçük evlerde kalan yaşlıların ortalama puanı 4.12 ± 0.6 , huzurevi ana binada kalan yaşlıların ortalama puanları ise 4.14 ± 0.6 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($t = -0.220$, $p = 0.826$).

Yaşlı bireylere uyguladığımız GDÖ ve MNA'nın ortalama puanları kaldıkları yere göre karşılaştırıldı. Küçük evlerde kalan yaşlıların GDÖ ortalama puanı 9.7 ± 8.8 , huzurevi ana binada kalan yaşlıların GDÖ ortalama puanı 8.9 ± 7.2 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($t = 0.523$, $p = 0.602$). Küçük evlerde kalan yaşlıların MNA ortalama puanları 12.4 ± 1.9 , huzurevi ana binada kalan yaşlıların MNA ortalama puanları 12.3 ± 2.4 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($t = 0.277$, $p = 0.782$), (Tablo 16).

Tablo 16. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin gelir algı düzeyleri, sosyal ortamları ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlarının ortalama puanları, GDÖ ve MNA ortalama puanlarının kaldıkları yer ile karşılaştırılması.

	Küçük evde kalan yaşlılar (n = 52)	Ana binada kalan yaşlılar (n = 64)	t	P
Gelir algısı	2.8 ± 0.8	2.1 ± 1.1	4.194	0.000[†]
Sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi	4.1 ± 0.6	4.1 ± 0.5	-0.391	0.696
Personelle ilişki durumu	4.2 ± 0.6	4.3 ± 0.6	-1.008	0.315
Diğer bireylerle ilişki durumu	3.8 ± 0.6	3.9 ± 0.5	-0.189	0.850
Huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyi	4.1 ± 0.6	4.1 ± 0.6	-0.220	0.826
GDÖ ortalama puan	9.7 ± 8.8	8.9 ± 7.2	0.523	0.602
MNA ortalama puan	12.4 ± 1.9	12.3 ± 2.4	0.277	0.782

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p < 0.01$

Huzurevindeki yaşlı bireylerin kaldığı yerlerle eğitim durumları karşılaştırıldı. Küçük evlerde kalan 52 yaşlının 11'i (%21.2) düşük eğitilmiş, 20'si (%38.5) orta eğitilmiş, 21'i (%40.4) yüksek eğitilmişti. Huzurevi ana binada kalan 64 yaşlının 28'i (%43.8) düşük eğitilmiş, 25'i (%39.1) orta eğitilmiş, 11'i (%17.2) yüksek eğitilmişti, yüksek eğitilmiş birey sayısı küçük evlerde daha fazla iken, düşük eğitilmiş birey sayısı huzurevi ana binada daha fazlaydı ve yaşlıların eğitim düzeyi ile kaldığı yer arasındaki fark anlamlı olarak yüksek saptandı ($X^2=9.956$, $p=0.007$), (Tablo 17).

Tablo 17. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin eğitim düzeyleri ile kaldıkları yer karşılaştırılması.

Eğitim düzeyi	Küçük evde kalan yaşlılar (n , %)	Ana binada kalan yaşlılar (n , %)	X^2	p
Düşük eğitilmiş	11 (%21.2)	28 (%43.8)	9.090	0.003 [†]
Orta eğitilmiş	20 (%38.5)	25 (%39.1)		
Yüksek eğitilmiş	21 (%40.4)	11 (%17.2)		

*Ki-Kare testi kullanılmıştır. [†] $p<0.01$

Huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kaliteleri WHOQOL-OLD ile ölçüldü. Ölçeğin alt alanları olan 'Duyusal İşlevler' alanının ortalama puanı 9.8 ± 2.6 , 'Özerklik' alanının ortalama puanı 14.5 ± 1.6 , 'Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri' alanının ortalama puanı 14.1 ± 2.1 , 'Sosyal katılım' alanının ortalama puanı 13.2 ± 2.5 , 'Ölüm ve ölmek' alanının ortalama puanı 6.6 ± 3.2 , 'Yakınlık' alanının ortalama puanı 14.8 ± 2.0 , toplam puan ortalaması ise 73.05 ± 7.3 olarak hesaplandı (Tablo 18).

Tablo 18. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin WHOQOL -OLD ölçeği alt alanları en küçük, en büyük değerleri ve ortalama puanları.

WHOQOL-OLD	En küçük	En büyük	Ort.skor $\pm$ SS
Duyusal işlevler	7	20	9.8 ± 2.6
Özerklik	8	18	14.5 ± 1.6
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	8	17	14.1 ± 2.1
Sosyal katılım	8	18	13.2 ± 2.5
Ölüm ve ölmek	4	16	6.6 ± 3.2
Yakınlık	8	20	14.8 ± 2.0
Toplam puan	55	95	73.05 ± 7.3

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin cinsiyetleri ile WHOQOL-OLD alt alanları ortalama puanları karşılaştırıldı. ‘Duyusal işlevler’ alt alanında erkeklerin ortalama puanı 9.7 ± 2.8 , kadınların ortalama puanı 9.8 ± 2.3 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı ($t=-0.168$, $p=0.867$). ‘Özerklik’ alanında erkeklerin ortalama puanı 14.5 ± 1.4 , kadınların ortalama puanı 14.6 ± 1.7 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı ($t=-0.226$, $p=0.822$). ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ alt alanında erkeklerin ortalama puanı 14.1 ± 2.0 , kadınların ortalama puanı 14.1 ± 2.1 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı ($t=-0.157$, $p=0.875$). ‘Sosyal katılım’ alt alanında erkeklerin ortalama puanı 13.2 ± 2.5 , kadınların ortalama puanı 13.2 ± 2.4 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı ($t=-0.019$, $p=0.985$). ‘Ölüm ve ölmek’ alt alanında erkeklerin ortalama puanı 6 ± 2.6 , kadınların ortalama puanı 7.5 ± 3.6 olarak hesaplandı ve kadınların ‘Ölüm ve ölmek’ alt alanındaki ortalama puanları anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($t=-2.480$, $p=0.015$). ‘Yakınlık’ alt alanında erkeklerin ortalama puanı 14.7 ± 2.03 , kadınların ortalama puanı 14.8 ± 1.9 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı ($t=-0.447$, $p=0.656$). Ölçeğin toplam puanında ise erkeklerin ortalama puanı 72.3 ± 7.9 , kadınların ortalama puanı 74.1 ± 6.4 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı ($t=-1.330$, $p=0.186$), (Tablo 19).

Tablo 19. Huzurevinde kalan yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeği ortalama puanlarının cinsiyetleri ile karşılaştırılması

WHOQOL-OLD	Erkek Ort.skor $\pm$ SS (n=69)	Kadın Ort.skor $\pm$ SS (n=47)	t	p
Duyusal işlevler	9.7 ± 2.8	9.8 ± 2.3	-0,168	0.867
Özerklik	14.5 ± 1.4	14.6 ± 1.7	-0,226	0,822
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	14.1 ± 2.0	14.1 ± 2.1	-0.157	0.875
Sosyal katılım	13.2 ± 2.5	13.2 ± 2.4	-0.019	0.985
Ölüm ve ölmek	6 ± 2.6	7.5 ± 3.6	-2.480	0.015[†]
Yakınlık	14.7 ± 2.03	14.8 ± 1.9	-0.447	0.656
Toplam puan	72.3 ± 7.9	74.1 ± 6.4	-1.330	0.186

*İki örneklemlili t testi testi kullanılmıştır. $\dagger p < 0.05$

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin eğitim durumları ile WHOQOL-OLD alt alanları ortalama puanları karşılaştırıldı. ‘Duyusal işlevler’ alt alanında az eğitilmiş grubun ortalama puanı 10.2 ± 2.8 , orta eğitilmiş grubun ortalama puanı 8.9 ± 1.9 , yüksek eğitilmiş grubun ortalama puanı ise 10.5 ± 2.8 olarak hesaplandı. Yüksek eğitilmiş grupta az eğitilmiş ve orta eğitilmiş gruba göre ‘Duyusal işlevler’ alt alanı ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($Z=4.615$, $p=0.012$). ‘Özerklik’ alt alanında az eğitilmiş grubun ortalama puanı 14.4 ± 1.7 , orta eğitilmiş grubun ortalama puanı 14.4 ± 1.7 , yüksek eğitilmiş grubun ortalama puanı ise 14.9 ± 1.1 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı ($Z=1.248$, $p=0.291$). ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ alt alanında az eğitilmiş grubun ortalama puanı 13.8 ± 2.1 , orta eğitilmiş grubun ortalama puanı 13.9 ± 2.3 , yüksek eğitilmiş grubun ortalama puanı ise 14.9 ± 1.5 olarak hesaplandı. Yüksek eğitilmiş grupta az eğitilmiş ve orta eğitilmiş gruba göre ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ alt alanı ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($Z=3.118$, $p=0.048$). ‘Sosyal katılım’ alt alanında az eğitilmiş grubun ortalama puanı 12.5 ± 2.5 , orta eğitilmiş grubun ortalama puanı 13.2 ± 2.4 , yüksek eğitilmiş grubun ortalama puanı ise 14.1 ± 2.3 olarak hesaplandı. Yüksek eğitilmiş grupta az eğitilmiş ve orta eğitilmiş gruba göre ‘Sosyal katılım’ alt alanı ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($Z=3.936$, $p=0.022$). ‘Ölüm ve ölmek’ alt alanında az eğitilmiş grubun ortalama puanı 6.7 ± 3.08 , orta eğitilmiş grubun ortalama puanı 6.5 ± 3.4 , yüksek eğitilmiş grubun ortalama puanı ise 6.62 ± 2.9 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı ($Z=0.080$, $p=0.924$). ‘Yakınlık’ alt alanında az eğitilmiş grubun ortalama puanı 14.6 ± 1.9 , orta eğitilmiş grubun ortalama puanı 14.6 ± 2.2 , yüksek eğitilmiş grubun ortalama puanı ise 15.1 ± 1.7 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı ($Z=0.926$, $p=0.399$). Ölçeğin toplam puanında ise az eğitilmiş grubun ortalama puanı 72.3 ± 8.07 , orta eğitilmiş grubun ortalama puanı 71.5 ± 6.6 , yüksek eğitilmiş grubun ortalama puanı ise 76.1 ± 6.7 olarak hesaplandı. Yüksek eğitilmiş grupta az eğitilmiş ve orta eğitilmiş gruba göre toplam puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($Z=4.312$, $p=0.016$), (Tablo20).

Tablo 20. Huzurevinde kalan yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeği ortalama puanları ile eğitim durumlarının karşılaştırılması

WHOQOL-OLD	Az eğitilmiş Ort.skor±SS (n=39)	Orta eğitilmiş Ort.skor±SS (n=45)	Yüksek eğitilmiş Ort.skor±SS (n=32)	Z	p
Duyusal işlevler	10.2±2.8	8.9± 1.9	10.5±2.8	4.615	0.012[†]
Özerklik	14.4±1.7	14.4± 1.7	14.9±1.1	1.248	0.291
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	13.8±2.1	13.9±2.3	14.9±1.5	3.118	0.048[†]
Sosyal katılım	12.5±2.5	13.2±2.4	14.1±2.3	3.936	0.022[†]
Ölüm ve ölmek	6.7±3.08	6.5±3.4	6.62±2.9	0.080	0.924
Yakınlık	14.6±1.9	14.6±2.2	15.1±1.7	0.926	0.399
Toplam puan	72.3±8.07	71.5±6.6	76.1±6.7	4.312	0.016[†]

*OneWayAnova testi kullanılmıştır. [†]p<0.05

Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin kaldıkları yerler ile WHOQOL-OLD alt alanları ortalama puanları karşılaştırıldı. ‘Duyusal işlevler’ alt alanında küçük evlerde kalan yaşlı bireylerin ortalama puanları 9.7±2.5, ana binada kalan yaşlı bireylerin ortalama puanları 9.8±2.7 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı (t=-0,335, p=0.738). ‘Özerklik’ alanında küçük evlerde kalan yaşlı bireylerin ortalama puanları 14.9±1.3, ana binada kalan yaşlı bireylerin ortalama puanları 14.2±1.7 olarak hesaplandı. Küçük evlerde kalan yaşlı bireylerin ‘Özerklik’ alt alanı ortalama puanları anlamlı olarak daha yüksekti (t=2.203, p=0,030). ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ alt alanında küçük evlerde kalan yaşlı bireylerin ortalama puanları 14.6±1.8, ana binada kalan yaşlı bireylerin ortalama puanları 13.7±2.2 olarak hesaplandı. Küçük evlerde kalan yaşlı bireylerin ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ alt alanı ortalama puanı anlamlı olarak yüksek bulundu (t=2.499, p=0.014). ‘Sosyal katılım’ alt alanında küçük evlerde kalan yaşlıların ortalama puanları 13.6±2.2, huzurevi ana binada kalan yaşlıların ortalama puanları 12.9±2.6 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanamadı (t=1.443, p=0.152). ‘Ölüm ve ölmek’ alt alanında küçük evlerde kalan yaşlıların ortalama puanları 7.1±3.4, huzurevi ana binada kalan yaşlıların ortalama puanları

6.1±2.9 olarak hesaplandı ve aralarında sınırda anlamlılık saptandı (t=1.762, p=0.081). ‘Yakınlık’ alt alanında küçük evlerde kalan yaşlıların ortalama puanları 14.7±2.1, huzurevi ana binada kalan yaşlıların ortalama puanları 14.8±1.9 olarak hesaplandı ve aralarında anlamlı fark saptanmadı (t=-0.186, p=0.853). Ölçeğin toplam puanında ise küçük evlerde kalan yaşlıların ortalama puanları 74.7±6.05, huzurevi ana binada kalan yaşlıların ortalama puanları 71.7±8.05 olarak hesaplandı. Küçük evlerde kalan yaşlı bireylerin toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek saptandı (t=2.254, p=0.026), (Tablo 21).

Tablo 21. Huzurevinde kalan yaşlıların WHOQOL-OLD ölçeği ortalama puanları ile kaldıkları yerlerin karşılaştırılması.

WHOQOL-OLD	Küçük evde kalan yaşlılar Ort.skor±SS (n=52)	Ana binada kalan yaşlılar Ort.skor±SS (n=64)	t	p
Duyusal işlevler	9.7±2.5	9.8±2.7	-0,335	0.738
Özerklik	14.9±1.3	14.2±1.7	2.203	0,030[†]
Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri	14.6±1.8	13.7±2.2	2.499	0.014[†]
Sosyal katılım	13.6±2.2	12.9±2.6	1.443	0.152
Ölüm ve ölmek	7.1±3.4	6.1±2.9	1.762	0.081^{††}
Yakınlık	14.7±2.1	14.8±1.9	-0.186	0.853
Toplam puan	74.7±6.05	71.7±8.05	2.254	0.026[†]

İki örneklemlili t testi testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.1

Huzurevinde kalan yaşlı bireylere ait sosyodemografik verilerin kendi içinde korelasyon analizi yapıldı. Bu veriler incelendiğinde huzurevinde kalan yaşlıların yaşları ile huzurevinde kalma süreleri arasında çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki görüldü (ρ=0.365, p=0.000). Eğitim durumuna göre gelir algısı arasında çok yüksek anlamlı ilişki bulundu. Eğitim durumu arttıkça gelir algısının da arttığı tespit edildi (ρ=0.300, p=0.001). Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği ile sağlık hizmetinden memnuniyetleri arasında çok yüksek anlamlı ilişki bulundu. Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça sağlık hizmetinden memnuniyet

düzeylerinin de arttığı tespit edildi ($\rho=0.306$, $p=0.001$). Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği ile huzurevi koşullarından memnuniyetleri arasında anlamlı ilişki bulundu. Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyinin de attığı tespit edildi ($\rho=0.203$, $p=0.029$). Huzurevinde verilen sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi ile huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyi arasında çok yüksek anlamlı ilişki bulundu. Huzurevinde verilen sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi arttıkça huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyinin de arttığı tespit edildi ($\rho=0.450$, $p=0.000$), (Tablo 22).

Tablo 22. Huzurevinde kalan yaşlıların sosyodemografik verilerinin korelasyonu

		Yaş	Eğitim durumu	Gelir algısı	Huzurevinde yaşama süresi	Aktivitelere katılma isteği	Sağlık hizmetinden memnuniyet	Huzurevi koşullarından memnuniyet
Yaş	ρ	1.000	-0.068	0.100	0.365	-0.010	-0.133	-0.024
	p	.	0.468	0.283	0.000^{††}	0.915	0.154	0.796
Eğitim durumu	ρ	-0.068	1.000	0.300	0.087	0.102	0.037	-0.039
	p	0.468	.	0.001^{††}	0.355	0.276	0.694	0.675
Gelir algısı	ρ	0.100	0.300	1.000	0.052	0.000	-0.032	-0.051
	p	0.283	0.001^{††}	.	0.577	0.998	0.736	0.585
Huzurevinde yaşama süresi	ρ	0.365	0.087	0.052	1.000	0.064	0.003	0.075
	p	0.000^{††}	0.355	0.577	.	0.493	0.978	0.424
Huzurevindeki aktivitelere katılma isteği	ρ	-0.010	0.102	0.000	0.064	1.000	0.306	0.203
	p	0.915	0.276	0.998	0.493	.	0.001^{††}	0.029[†]
Sağlık hizmetinden memnuniyet	ρ	-0.133	0.037	-0.032	0.003	0.306	1.000	0.450
	p	0.154	0.694	0.736	0.978	0.001^{††}	.	0.000^{††}
Huzurevi koşullarından memnuniyet	ρ	-0.024	-0.039	-0.051	0.075	0.203	0.450	1.000
	p	0.796	0.675	0.585	0.424	0.029[†]	0.000^{††}	.

ρ : Pearson's rho, p: Significance (2-tailed). [†]p<0.05, ^{††} p<0.01

Huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan MNA, GDÖ ve WHOQOL-OLD ölçekleri ile yaşlıların sosyodemografik verilerinin korelasyonu yapıldı. GDÖ ile yaşlıların yaşları arasında anlamlı ilişki görüldü, yaşlıların yaşları arttıkça GDÖ ortalama puanının da arttığı tespit edildi ($\rho=0.204$, $p=0.028$). GDÖ ile gelir algısı arasında anlamlı ilişki bulundu, gelir algısı arttıkça GDÖ ortalama puanının düştüğü tespit edildi ($\rho=-0.186$, $p=0.045$). GDÖ ile huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça GDÖ ortalama puanının düştüğü tespit edildi ($\rho=-0.266$, $p=0.004$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Özerklik' alanı ile yaşlıların yaşı arasında anlamlı ilişki bulundu, yaş arttıkça 'Özerklik' alan puanının azaldığı tespit edildi ($\rho=-0.197$, $p=0.034$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Özerklik' alanı ile gelir algısı arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Gelir algısı arttıkça 'Özerklik' alan puanının da arttığı tespit edildi ($\rho=0.270$, $p=0.003$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Özerklik' alanı ile huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça 'Özerklik' alan puanının da arttığı tespit edildi ($\rho=0.266$, $p=0.004$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri' alanı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulundu, eğitim durumu arttıkça 'Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri' alan puanının da arttığı tespit edildi ($\rho=0.197$, $p=0.034$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri' alanı ile gelir algısı arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu, gelir algısı arttıkça 'Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri' alan puanının da arttığı tespit edildi ($\rho=0.313$, $p=0.001$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri' alanı ile huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça 'Geçmiş, bugün ve gelecek faaliyetleri' alan puanının da arttığı tespit edildi ($\rho=0.246$, $p=0.008$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Sosyal katılım' alanı ile yaşlıların yaşı arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Yaş arttıkça 'Sosyal katılım' alan puanının azaldığı tespit edildi ($\rho=-0.237$, $p=0.010$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Sosyal katılım' alanı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulundu. Eğitim durumu arttıkça 'Sosyal katılım' alan puanının da arttığı tespit edildi ($\rho=0.214$, $p=0.021$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Sosyal katılım' alanı ile gelir algısı arasında yüksek

düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Gelir algısı arttıkça 'Sosyal katılım' alan puanının da arttığı tespit edildi ($p=0.283$, $p=0.002$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Sosyal katılım' alanı ile huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arasında çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça 'Sosyal katılım' alan puanının da arttığı tespit edildi ($p=0.431$, $p=0.000$). WHOQOL-OLD alt alanlarından 'Sosyal katılım' alanı ile huzurevinde verilen sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi arasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Huzurevinde verilen sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi ile 'Sosyal katılım' alan puanının da arttığı tespit edildi ($p=0.270$, $p=0.003$). WHOQOL-OLD toplam puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulundu. Eğitim durumu arttıkça WHOQOL-OLD toplam puanında arttığı tespit edildi ($p=0.185$, $p=0.047$). WHOQOL-OLD toplam puanı ile gelir algısı arasında çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Gelir algısı arttıkça WHOQOL-OLD toplam puanının da arttığı tespit edildi ($p=0.308$, $p=0.001$). WHOQOL-OLD toplam puanı ile huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arasında çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça WHOQOL-OLD toplam puanının da arttığı tespit edildi ($p=0.320$, $p=0.000$). WHOQOL-OLD toplam puanı ile huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyi arasında anlamlı ilişki bulundu. Huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyi arttıkça WHOQOL-OLD toplam puanının da arttığı tespit edildi ($p=0.201$, $p=0.030$), (Tablo 23).

Tablo 23. Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan MNA, GDÖ VE WHOQOL-OLD ölçeklerinin yaşlıların sosyodemografik verileri ile korelasyonu

		Yaş	Eğitim durumu	Gelir algısı	Huzurevinde yaşama süresi	Huzurevindeki aktivitelere katılma isteği	Sağlık hizmetinden memnuniyet	Huzurevi koşullarından memnuniyet
MNA	ρ	-0.061	0.078	0.066	-0.117	0.156	-0.009	-0.030
	p	0.518	0.405	0.480	0.209	0.094	0.927	0.747
GDÖ	ρ	0.204	-0.166	-0.186	-0.005	-0.266	-0.107	-0.082
	p	0.028[†]	0.075	0.045[†]	0.959	0.004^{††}	0.253	0.384
WHOQOL-OLD-Alan 1*	ρ	0.254	0.045	0.079	0.095	-0.009	-0.122	0.098
	p	0.006^{††}	0.631	0.402	0.313	0.925	0.191	0.295
WHOQOL-OLD-Alan 2*	ρ	-0.197	0.113	0.270	0.076	0.266	0.032	0.127
	p	0.034[†]	0.225	0.003^{††}	0.418	0.004^{††}	0.732	0.175
WHOQOL-OLD-Alan 3*	ρ	-0.149	0.197	0.313	0.075	0.246	0.038	0.173
	p	0.111	0.034[†]	0.001^{††}	0.423	0.008^{††}	0.689	0.063
WHOQOL-OLD-Alan 4*	ρ	-0.237	0.214	0.283	0.070	0.431	0.270	0.180
	p	0.010[†]	0.021[†]	0.002^{††}	0.457	0.000^{††}	0.003^{††}	0.053
WHOQOL-OLD-Alan 5*	ρ	0.148	-0.016	-0.017	0.070	0.009	-0.029	-0.009
	p	0.112	0.863	0.857	0.454	0.920	0.756	0.922
WHOQOL-OLD-Alan 6*	ρ	-0.107	0.089	0.172	0.086	0.177	0.082	0.126
	p	0.254	0.341	0.064	0.359	0.057	0.380	0.178
WHOQOL-OLD-T. puan	ρ	-0.039	0.185	0.308	0.148	0.320	0.075	0.201
	p	0.677	0.047[†]	0.001^{††}	0.113	0.000^{††}	0.426	0.030[†]

ρ : Pearson'sr ho, p: Significance (2-tailed). [†]p<0.05, ^{††} p<0.01

*Alan 1:Duyusal işlevler, Alan 2:Özerklik, Alan 3:Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri, Alan 4:Sosyal katılım, Alan 5:Ölüm ve ölmek, Alan 6:Yakınlık

Huzurevinde kalan yaşlı bireylere uygulanan MNA, GDÖ ve WHOQOL-OLD ölçeklerinin korelasyonu yapıldı. MNA ile GDÖ arasında çok yüksek anlamlı ilişki bulundu. GDÖ ortalama puanı arttıkça MNA ortalama puanının düştüğü tespit edildi ($\rho=-0.324$, $p=0.000$). MNA ile WHOQOL-OLD alt alanlarından ‘Sosyal katılım’ alanı arasında anlamlı ilişki bulundu. MNA ortalama puanı arttıkça ‘Sosyal katılım’ alan puanının azaldığı tespit edildi ($\rho=-0.189$, $p=0.042$). GDÖ ile WHOQOL-OLD alt alanlarından ‘Özerklik’ alanı arasında çok yüksek anlamlı ilişki bulundu. GDÖ ortalama puanı arttıkça ‘Özerklik’ alan puanının azaldığı tespit edildi ($\rho=-0.446$, $p=0.000$). GDÖ

ile WHOQOL-OLD alt alanlarından ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ alanı arasında çok yüksek anlamlı ilişki bulundu. GDÖ ortalama puanı arttıkça ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ alan puanının azaldığı tespit edildi ($\rho=-0.655$, $p=0.000$). GDÖ ile WHOQOL-OLD alt alanlarından ‘Sosyal katılım’ alanı arasında çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. GDÖ ortalama puanı arttıkça Sosyal katılım’ alan puanının azaldığı tespit edildi ($\rho=-0.570$, $p=0.000$). GDÖ ile WHOQOL-OLD alt alanlarından ‘Ölüm ve ölmek’ alanı arasında çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. GDÖ ortalama puanı arttıkça ‘Ölüm ve ölmek’ alan puanının da arttığı tespit edildi ($\rho=0.417$, $p=0.000$). GDÖ ile WHOQOL-OLD alt alanlarından ‘Yakınlık’ alanı arasında çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. GDÖ ortalama puanı arttıkça ‘Yakınlık’ alan puanının azaldığı tespit edildi ($\rho=-0.434$, $p=0.000$). GDÖ ile WHOQOL-OLD toplam puanı alanı arasında çok yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulundu. GDÖ ortalama puanı arttıkça WHOQOL-OLD toplam puanının azaldığı tespit edildi ($\rho=-0.363$, $p=0.000$), (Tablo 24).

Tablo 24. Huzurevinde kalan yaşlılara uygulanan MNA, GDÖ VE WHOQOL-OLD ölçeklerinin korelasyonu.

		MNA	GDÖ
MNA	ρ	1.00	-0.324
	p	.	0.000^{††}
GDÖ	ρ	-0.324	1.00
	p	0.000^{††}	.
WHOQOL-OLD-Alan 1*	ρ	-0.081	0.131
	p	0.388	0.160
WHOQOL-OLD-Alan 2*	ρ	0.148	-0.446
	p	0.114	0.000^{††}
WHOQOL-OLD- Alan 3*	ρ	0.130	-0.655
	p	0.165	0.000^{††}
WHOQOL-OLD-Alan 4*	ρ	0.189	-0.570
	p	0.042[†]	0.000^{††}
WHOQOL-OLD-Alan 5*	ρ	-0.058	0.417
	p	0.535	0.000^{††}
WHOQOL-OLD-Alan 6*	ρ	-0.014	-0.434
	p	0.883	0.000^{††}
WHOQOL-OLD-T. puan	ρ	0.074	-0.363
	p	0.429	0.000^{††}

ρ : Pearson's rho, p: Significance (2-tailed). [†]p<0.05, ^{††} p<0.01

*Alan 1:Duyusal işlevler, Alan 2:Özerklik, Alan 3:Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri, Alan 4:Sosyal katılım, Alan 5:Ölüm ve ölmek, Alan 6:Yakınlık

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada T.C. Adana Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 60 yaş üstü bireylerin beslenme ve depresyon durumlarının belirlenmesi, yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve malnütrisyon, depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Araştırmamız sonucunda huzurevinde yaşayan yaşlılarda görülen malnütrisyonun ve depresyonun cinsiyetten etkilendiği, kadın olmanın depresyon ve malnütrisyon tanısı almada etkili bir faktör olduğu, eğitim durumunun ise depresyon ve yaşam kalitesi üzerinde etkili bir faktör olduğu bulundu. Ayrıca huzurevinin bahçe kısmında bulunan küçük evlerde kalan yaşlıların eğitim durumlarının ve gelir algılarının daha yüksek olduğu fakat depresyon ve malnütrisyon açısından huzurevi ana binada yaşayan yaşlılardan anlamlı bir farklılıklarının olmadığı tespit edilmiştir. Diğer taraftan küçük evlerde yaşamının yaşam kalitesinin 'Özerklik', 'Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri', 'Sosyal katılım', 'Ölüm ve ölmek', 'Yakınlık' alanları ve ölçeğin toplam puanına olumlu yönde etkileyici faktör olduğu tespit edilmiştir.

Yaptığımız araştırma da huzurevinde kalan yaşlılarımızın malnütrisyon oranı %6, malnütrisyon riski ise %20.7 bulunmuştur. Erkeklerin %4.3'ünde malnütrisyon ve %15.9'unda malnütrisyon riski, kadınların %8.5'inde malnütrisyon ve %27.7'sinde malnütrisyon riski tespit edilmiştir. Daha önce yapılan birçok çalışmada MNA kullanılarak huzurevlerinde nütrisyonel durum taraması yapılmıştır. Pauly ve arkadaşlarının 2007 yılında yapmış olduğu bir meta-analizde; 1999-2006 yılları arasında huzurevinde nütrisyonel değerlendirme ile nütrisyonel durumlarının taranması için yapılan çalışmalar gözden geçirilmiştir. MNA ile yapılan 12 çalışmada %2-38 arasında değişen oranlarda malnütrisyon, %37-62 arasında değişen oranlarda malnütrisyon riski saptanmıştır (100). Kaiser ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada yaşlılarda malnütrisyon oranları toplumda yaşayan yaşlılarda %5.8, huzurevinde kalan yaşlılarda %13.8, hastanede yatan yaşlılarda %38.7 olarak bulunmuştur (10). Souminen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; Helsinki'deki bir yaşlı bakım evinde (nursinghome) %29 malnütrisyon, %60 malnütrisyon riski, %11 normal nütrisyon tespit edilmiştir ve bu çalışmada malnütrisyon özellikle kadın cinsiyet, uzun süredir bakım evinde kalmak,

fonksiyonel kısıtlılığın olması, demans, inme, konstipasyon ve yutma güçlüğü ile ilişkili bulunmuştur (101). Batı ülkelerinde yaşlı bakım evi olarak adlandırılan merkezler sürekli bakıma ihtiyaç duyan ve günlük aktivitelerini yapmakta önemli zorluklar çeken kişilerin konakladığı yerlerdir. Bu merkezlerde hemşire yardımcıları ve nitelikli hemşireler genellikle 24 saat ulaşılabilir durumdadırlar. Merkezlerde fiziksel ve mental kaybı olan yaşlı ve genç yetişkinler kalmaktadır. Nitelikli hemşirelik hizmeti verilen bu tesislerdeki sakinler bir kaza ya da hastalıktan sonra fiziksel, mesleki ve diğer rehabilitatif terapiler de alabilirler. Bazı yaşlı bakım evleri alzheimer hastaları gibi özel ihtiyaçları olan insanlara da yardımcı olmaktadır. Bizim çalışmamıza katılan yaşlılar ise demans, alzheimer gibi kognitif fonksiyon kaybı yapan hastalıkları olmayan, istediği zaman huzurevi dışına çıkabilen hastaları içermektedir. Bu sebeple malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan yaşlıların oranlarının Souminen ve ark.'nın bulduğu oranlardan daha düşük çıktığını düşünüyoruz.

Saka ve arkadaşlarının İstanbul'da bir huzurevinde, malnütrisyon prevalansı ve sarkopeni ilişkisini araştırdıkları çalışmada 349 yaşlıya MNA tarama testi uygulanmıştır. Değerlendirme sonucunda yaşlıların %13.5'inde malnütrisyon, %33.5'inde malnütrisyon riski tespit etmişlerdir. Erkeklerin %12'sinde malnütrisyon ve %32'sinde malnütrisyon riski, kadınların %17'sinde malnütrisyon ve %34'ünde malnütrisyon riski tespit edilmiştir. Malnütrisyon tespit edilen yaşlılarda diğer geriatrik sendromların görülme sıklığında belirgin artış saptanmıştır (14). Bilge ve arkadaşlarının İzmir'de bir huzurevinde yaptıkları çalışmada katılımcıların %20.5'i malnütrisyon açısından risk altında, %3.3'ü ise malnütrisyonlu olarak bulunmuştur (102). Saka ve arkadaşlarının çalışmasındaki katılımcıların %38.7'sinde demans vardı. Bizim çalışmamızda ise demans, alzheimer tanısı olan ve kooperasyon güçlüğü çeken yaşlılar çalışmaya dahil edilmediği için malnütrisyon oranlarında farklılıklar vardır. Bizim çalışmamızda da Souminen'in çalışmasında olduğu gibi kadın cinsiyette olmanın malnütrisyon için risk faktörü olduğu, eğitim durumunun ise malnütrisyonu etkilemediği tespit edilmiştir. Ülkemizdeki tek örneği olan küçük evlerde kalan yaşlılarla huzurevi ana binada kalan yaşlılar arasında malnütrisyon açısından da anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda malnütrisyon ile depresyon arasında ilişki bulunmuştur. Kesin depresyon tanısı alan yaşlıların MNA ortalama puanları anlamlı olarak daha düşüktür.

Depresyon varlığında azalan iştah ve yeterli ve dengeli beslenmenin bozulması, ağır beslenme yetersizliklerinin nörolojik ve psikolojik rahatsızlıklara yol açtığı bilinmektedir. Beslenme yetersizliği, bir ya da daha çok besin ögesinin eksikliğine yol açarak normal beyin işlevlerini etkilemek suretiyle psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklara yol açabilmektedir (103). Ayrıca yaşlılarda depresyonun varlığı da malnütrisyon riskini artırmakta ve bu şekilde bir kısır döngü oluşmaktadır (104). Saka ve arkadaşlarının ve Balcı ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer şekilde depresyonun malnütrisyonu arttırıcı bir faktör olduğunu sonucu elde edilmiştir (104,105). Huzurevlerindeki yaşlılarda, bağımsız yaşam kaybı, tıbbi hastalık ve olumsuz yaşam olaylarının varlığı, sosyal desteklerinin yetersizliği depresyona yatkınlaştırıcı etmenler olarak bilinmektedir (106). Kuruma gelme nedenleri arasında belirttikleri, aileleriyle yaşadıkları sorunlar, yalnız kalmaları gibi nedenlerinde eklenmesiyle gelişen yetkinlik azalması ve saygınlığın zedelenmesi depresyon sıklığını etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Ülkemizde 1991'den bu yana yapılan bazı huzurevi çalışmalarında depresyon sıklığının %10.2-68.9 arasında olduğu belirlenmiştir. Aksüllü ve Doğan kurumda yaşayan yaşlılarda depresyon sıklığını %68.9 olarak bildirmişlerdir (30). Maral ve arkadaşları 60-74 yaş grubunda depresyon sıklığını huzurevinde yaşayanlarda %47.6 olarak bulmuşlardır (107). Manisa'da 5 huzurevinde toplam 145 kişi üzerinde yapılan çalışmada %35.9 oranında depresyon saptanmıştır (108). Bizim çalışmamızda da kesin depresyon ve olası depresyon olarak değerlendirilen yaşlıların oranı benzer şekilde %34.5 idi. Çalışmamızda depresyonun cinsiyet, eğitim durumu, gelir algısı ve huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteğinden etkilendiği tespit edildi. Hemen her yaş grubunda kadın olmak depresyon için bir risk etmeni olmakla beraber bu durum yaşlılıkta da devam etmektedir. Kadın olmanın depresyonda temel bir risk etkeni olmasının nedenlerinde bazıları kadınların biyolojik yapısı, ruhsal özellikleri, kişilik yapısı, sorunlarla başa çıkma biçimi, toplumsal ve kültürel konumu olarak sayılabilir. Dişçigil ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada benzer şekilde depresyon riskinin kadınlarda daha yüksek olduğu ve yaş, öğrenim durumu, sosyal güvence varlığı ile değişmediği saptanmıştır (109).

Çiftçili ve arkadaşları ise çalışmalarında öğrenim durumu daha yüksek olan olguların GDÖ ortalamalarının daha düşük olduğunu saptanışlardır (110). Bizim çalışmamızda da buna benzer sonuçlar çıkmış olup eğitim durumu yüksek olan

bireylerin GDÖ ortalama puanları düşük saptanmıştır. Çalışmamızda depresyonu etkileyen bir diğer faktör huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteğidir, yaşlıların huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça GDÖ ortalama puanları düşmektedir. Bahar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da boş zamanların egzersiz, hobi gibi aktif etkinliklerle geçirilmesinin depresif belirtileri olumlu olarak etkileyebileceği ifade edilmektedir (98). Yaşlıların sosyokültürel özelliklerinin bilinerek onlara uygun etkinliklerin planlanması bu aktivitelere katılma isteğini arttırabilir ve depresyonu azaltabilir. Çalışmamızda yaşla depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuş, yaş arttıkça depresyon puanının da arttığı tespit edilmiştir. Kaji ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da depresyon sıklığının yaşla birlikte arttığı gösterilmiştir (111). Buna karşın, Fiske ve arkadaşlarının çalışmasında depresyonun yaşlılarda gençlere göre daha az görüldüğünü, ancak ciddi sonuçları olması bakımından önemli olduğunu, yaşla birlikte psikolojik esnekliğin arttığını, yüksek eğitim ve yüksek sosyoekonomik durumun depresyon açısından koruyucu olduğunu bildirmiştir (112). Yaşın etkisinin fiziksel sağlık sorunlarının artması ve bu sorunlarla ilişkili yetersizliklerle bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Depresyonu etkileyen bir diğer faktör de gelir algısıydı, yaşlıların gelir algısı arttıkça depresyon puanları düşmekteydi. Balcı ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde gelir düzeyi düşük olanlarda depresyon puanı 3.49 kat yüksek bulunmuştur (105). Ülkemizdeki tek örneği olan küçük evlerde kalan yaşlılarla huzurevi ana binada kalan yaşlılar arasında depresyon açısından da anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan yaşlıların %45'i küçük evlerde, %55'i huzurevi ana bina da kalmaktaydı. İki grup arasında gelir algısı ve eğitim durumu açısından anlamlı fark tespit edildi. Küçük evlerde kalan yaşlıların gelir algılarının daha yüksek olması küçük evlerde kalan yaşlıların aylık ödeme yapmaları gerekirken, huzurevi ana binada kalan yaşlıların ücretsiz kalması olarak değerlendirildi. Veriler değerlendirildiğinde iki grubun huzurevinde verilen sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleri, çalışan personelle ilişkilerinin olumluluk durumları, huzurevinde kalan diğer bireylerle ilişkilerinin olumluluk durumları, huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyleri, GDÖ ortalama puanları ve MNA ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunamadı.

Çalışmamızda huzurevinde kalan yaşlıların 'Duyusal işlevler', 'Özerklik', 'Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri', 'Sosyal katılım', 'Ölüm ve ölmek', 'Yakınlık'

alan puanları ve ölçeğin toplam puan ortalamaları sırasıyla 9.8 ± 2.6 , 14.5 ± 1.6 , 14.1 ± 2.1 , 13.2 ± 2.5 , 6.6 ± 3.2 , 14.8 ± 2.0 ve 73.05 ± 7.3 ' idi. Halvorsrud ve arkadaşlarının Norveç'te yaptıkları yaşam kalitesi yaşlı modülü geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında yaşlılarda 'Duyusal işlevler', 'Özerklik', 'Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri', 'Sosyal katılım', 'Ölüm ve ölmek', 'Yakınlık' alan puanları ve ölçeğin toplam puan ortalamaları sırasıyla 16.4 ± 2.9 , 14.7 ± 2.9 , 14.7 ± 2.3 , 15.1 ± 2.5 , 14.4 ± 3.5 , 15.8 ± 2.6 , 91.3 ± 11.2 ' dir (113). Arpacı ve arkadaşlarının Ankara'da bir huzurevinde yaptıkları çalışmada ise 'Duyusal işlevler', 'Özerklik', 'Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri', 'Sosyal katılım', 'Ölüm ve ölmek', 'Yakınlık' alan puanları ve ölçeğin toplam puan ortalamaları sırasıyla 11.09 ± 2.94 , 12.24 ± 2.28 , 11.66 ± 2.60 , 10.81 ± 2.61 , 14.12 ± 2.97 , 11.97 ± 3.60 , 71.90 ± 9.95 olarak bulunmuştur (114). Erkal ve arkadaşlarının Ankara'da ki bir huzurevinde yaptıkları çalışmada ise 'Duyusal işlevler', 'Özerklik', 'Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri', 'Sosyal katılım', 'Ölüm ve ölmek', 'Yakınlık' alanlarının ortalama puanları sırasıyla 9.22 ± 0.22 , 10.98 ± 0.27 , 11.78 ± 0.23 , 14.11 ± 0.24 , 11.32 ± 0.28 , 15.72 ± 0.26 bulunmuştur (115). Çalışmamızda yaşam kalitesi toplam puanı ve yaşam kalitesi alan puanları Norveç'te yapılan çalışmaya göre düşük bulundu. Ankara'da ki huzurevlerinde yapılan çalışmalara göre ise 'Duyusal işlevler' ve 'Ölüm ve ölmek' alanlarının ortalama puanları daha düşük bulunmuşken diğer alanlarda yaklaşık benzer sonular görüşmüştür.

Kadınlarla erkekler arasında 'Ölüm ve ölmek' alanı haricinde anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ölüm, doğum ve hayat kadar gerçek ve doğal bir sonudur. İnsanın ölümüne yaklaşımı bulunduğu sosyal çevreden, dini ve kültürel özelliklerinden etkilenir. Ölüm sonrasında bilinmemesi insanlardaki ölüm kaygısının nedeni olarak öne sürülmektedir. (116). Kadınlarda 'Ölüm ve ölmek' alan puanının daha yüksek olması ölümle daha kolay yüzleşebildiklerinin bir nedeni olabilir. Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olan yaşlıların yaşam kalitesi ölçeğinin 'Duyusal işlevler', 'Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri', 'Sosyal katılım' alanları ve toplam puan ortalamaları daha yüksek saptandı. İyi eğitim almış yaşlıların hastalıkları ve diyetleri konusunda daha bilgili oldukları belirtilmiştir. Birtane ve arkadaşlarının Edirne'de bir huzurevinde kalan yaşlılarla yaptıkları araştırmada ortaokul ve daha üst seviyede eğitim kurumlarından mezun olan yaşlıların yaşam kalitesinin okuma yazma bilmeyenler, sadece okuma yazma bilenler ve ilkokul mezunlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (81). Bizim çalışmamızda

da yüksek eğitimli grubu ortaöğretim ve daha üst seviyede eğitim durumu olanlar oluşturmaktaydı.

Çalışmamızda gelir algısı yüksek olan bireylerin yaşam kalitesi ölçeğinin ‘Özerklik’, ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’, ‘Sosyal katılım’ alanları ve toplam puan ortalama puanları anlamlı olarak yüksekti. Yağcıoğlu ve arkadaşlarının araştırmalarında ekonomik gelir seviyesinin kişilerin yaşam kalitesini belirlemede çok önemli değişkenlerden biri olduğu ortaya çıkmaktadır. Kişilerin gelirlerinin bulunması ve hayatının tüm süreçlerinde bu gelirinde eksilme olmayacağı inancı ve güveni kişilerde bakıma muhtaçlık riskini en aza indirmektedir. Ülkemizde yaşlı bireyler için emekli maaşlarının bulunması çok önemli görülmektedir (117). Arpacı ve arkadaşlarının Ankara’da üç huzurevinde yaptığı çalışmada da düzenli aylık geliri olan yaşlıların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (114). Breeze ve arkadaşlarının İngiltere’de 75 ve üzeri yaşta bulunan 6298 yaşlı ile yapılan araştırmada gelir durumuna paralel olarak yaşam kalitesi puanının arttığı tespit edilmiştir (118).

Huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteği arttıkça yaşam kalitesi ölçeğinin ‘Özerklik’, ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’, ‘Sosyal katılım’ alanları ve toplam puan ortalama puanları anlamlı olarak artmıştır. Huzurevinde düzenlenen aktiviteler yaşlıların hobi kazanmalarını, topluluklar halinde etkinlikler yapmalarını, yeni yerler gezip görmelerini sağladığından dolayı yaşam kalitelerini arttırmaktadır. Yaşlıların huzurevi koşullarından memnuniyet düzeyleri arttıkça WHOQOL-OLD toplam puanının da anlamlı olarak arttığı tespit edilmiştir. Huzurevinde kalma süresinin ise yaşam kalitesinin hiçbir alanında etkili olmadığı görülmüştür.

Ülkemizdeki tek örneği olan küçük evlerde kalan yaşlıların WHOQOL-OLD alt alanlarında ‘Özerklik’, ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ ve ‘Ölüm ve ölmek’ alanları ortalama puanları ve ölçeğin toplam ortalama puanının huzurevi ana binada kalan yaşlılardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi. Huzurevi bahçesinde bulunan küçük evler balkonu, önünde küçük bir bahçesi olan sanki bir yaşlı mahallesi düzeninde planlanan alanlar olup burada kalan yaşlılar kendi yemeklerini yapmakta, misafirlerini evlerinde ağırlamakta, komşularına ziyarete gitmekteydi. Küçük evlerin bu özellikleri WHOQOL-OLD ‘Özerklik’ alt alanına olumlu etki yapmaktadır. Küçük evlerde kalan yaşlıların eğitim durumları ve gelir algılarının huzurevi ana binada kalan yaşlılardan yüksek olmasının WHOQOL-OLD ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’ alt

alanı üzerinde etkili olduğu düşünölmektedir. İnsanın ölüme yaklaşımı; bulunduğu sosyal çevreden, dini ve kültürel özelliklerinden etkilenmektedir. Bizim çalışmamızda da küçük evlerde kalan yaşlıların WHOQOL-OLD ‘Ölüm ve ölmek’ alt alanı ortalama puanı huzurevi ana binada kalan yaşlılardan daha yüksek tespit edildi. Toplam puana bakıldığında da küçük evlerde kalan yaşlıların ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksekti.

Yaptığımız korelasyon alanında ise GDÖ ile WHOQOL-OLD alt alanlarından ‘Özerklik’, ‘Geçmiş, bugün, gelecek faaliyetleri’, ‘Sosyal katılım’, ‘Ölüm ve ölmek’, ‘Yakınlık’ alanları ve ölçeğin toplam puanı arasında çok yüksek anlamlı ilişki saptandı. Zincir ve ark. çalışmasında da depresyonun yaşam kalitesine olumsuz yönde etki ettiğı gösterilmiştir (119). Yaşlılara yönelik sağlık hizmeti sunumunda bu hususun göz önünde bulundurulması, depresyon tanısının konması ve tedavi edilmesi gerekmektedir.

Çalışmamıza ait kısıtlılıklar ve olumlu yanlar:

- Çalışmamıza Demans veya Alzheimer gibi kognitif fonksiyon kaybı yapan bir hastalığı olan ve rehabilitasyon servisinde yatan huzurevi sakinleri dahil edilmediğı için sonuçlar huzurevlerinde kalan tüm yaşlılara genellenemez.
- Dünyada yaşlı nüfusun giderek artmasıyla sağlık, bakım ve sosyal ihtiyaçları daha çok artan yaşlı popölasyona ait yaptığımız çalışmada huzurevinde kalan yaşlılarımızın durum tespiti yapılmış ve beslenme durumlarını düzenlemek, depresyona neden olabilecek faktörleri azaltmak ve yaşam kalitelerini arttırmak için önerilerde bulunulmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyada yaşlı nüfus giderek artmakta olup yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerini sağlamak, yaşam kalitelerini arttırmak için yapılan çalışmalar daha çok önem kazanmıştır. Malnütrisyon ve depresyon huzurevlerinde topluma göre daha sık görülen problemlerdir. Adana Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yaşayan 60 yaş üstü bireylerin beslenme ve depresyon durumlarının belirlenmesi, yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve malnütrisyon, depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin tespit edilmesini amaçladığımız bu araştırmaya göre ulaştığımız sonuçlar aşağıda maddeler halinde özetlenmiştir.

1. Adana Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde çalışmaya dahil olan yaşlıların %6'sında malnütrisyon, % 20.7'sinde malnütrisyon riski saptandı.
2. Çalışmaya katılan yaşlılarımızın %6.9'unda olası depresyon, %27.6'sında kesin depresyon saptandı.
3. Depresyonun malnütrisyon gelişmesinde olumsuz bir etkisi olduğu gibi yaşlıların yaşam kalitesi üzerinde de olumsuz etkisi olduğu görüldü.
4. Kadın cinsiyette olmak hem malnütrisyon hem de depresyon açısından risk faktörü olduğu görüldü. Kadınlar yaşam kalitesinin 'Ölüm ve ölmek' alt alanında ise daha yüksek puana sahipti.
5. Gelir algısı ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon riskinin azaldığı ve yaşam kalitesinin arttırdığı tespit edildi.
6. Küçük evlerde kalan yaşlıların gelir algıları ve eğitim düzeyleri huzurevi ana binada kalanlara göre daha yüksekti. Ancak iki grup arasında malnütrisyon ve depresyon görülme riski açısından anlamlı fark bulunamadı.
7. Küçük evlerde kalanların yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanları daha yüksek bulundu.
8. Yaşlıların huzurevinde düzenlenen aktivitelere katılma isteğinin yüksek olmasının depresyonu azalttığı, yaşam kalitesini ise arttırdığı saptandı.

Yaşlı bireyler depresyon ve malnütrisyon açısından risk altında olmakla beraber fiziksel, ruhsal ve sosyal kayıplardan dolayı yaşam kalitelerinde etkilenmeler yaşamaktadırlar. Huzurevinde kalan yaşlı bireyler ise daha fazla risk altındadırlar. Yaşlanmanın giderek arttığı ülkemizdeki tüm yaşlılarımızın malnütrisyon ve depresyon durumları taranmalı, yaşam kaliteleri ölçülerek etkileyen faktörler tespit edilmeli ve sağlıklı yaşlanmanın sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.



KAYNAKLAR

1. Toprak İ, Soydal T, Bal E, İnan F, Aksakal N, Altınyollar H ve ark. Yaşlı Sağlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara: Pelin Ofset, 2002.
2. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi 2012;25:1-3.
3. WHO (1972) Psychogeriatric, report of a WHO Scientific Group, Technical Reports Series 507, Geneva. Cited in Davise AM. Epidemiology 185; 14(1):9-21.
4. WHO (1984) The uses of epidemiology in the study of the elderly. WHO, Technical Reports Series 706, Geneva: 8-9.
5. Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar. Geriatri Derneği Eğitim Serisi No: 1, Ankara: Öncü Matbaa 2008: 7.
6. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2014.
Erişim yeri: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>, Erişim Tarihi: 25.12.2016.
7. TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2013.
Erişim yeri: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057>, Erişim Tarihi: 25.12.2016.
8. Dişçigil G. Aile Hekimliği ve Yaşlı Sağlığı. Türk Aile Hek Derg 1997;1(1):29-30.
9. Omran ML, Morley JE. Assessment of protein energy malnutrition in older person, Part I: History, examination, body composition, and screening tools. Nutrition 2000;16:50-63.
10. Kaiser MJ, Bauer JM, Rämisch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc 2010;58:1734-1738.
11. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. Am J Clin Nutr 1997;66:760-73.
12. Marton KI, Sox HC Jr, Krupp JR. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. Ann Intern Med 1981;95:568-574.
13. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clin Nutr 2010;29:745-748.
14. Saka B, Akin S, Tufan F, Bahat Öztürk G, Engin S, Karişik E, Özkaya H, Yücel N, Karan MA. Huzurevi Sakinlerinin Malnütrisyon Prevalansı ve Sarkopeni ile İlişkisi. İç Hastalıkları Dergisi 2012;19:39-46.
15. De Groot CP, Perdigao AL, Deurenberg P. Longitudinal changes in anthropometric characteristics of elderly Europeans. SENECA Investigators. Eur J Clin Nutr 1996;50(2):9-15.
16. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Turk J Geriatr 2000;3(4):133-140.
17. Şahin M, Yalçın M. Huzur evinde veya kendi evinde yaşayan bireylerde depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Turk J Geriatr 2003;6(1):10-13.

18. Akça KN, Taşcı S. 65 yaş üstü yaşlılara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005;14:30-36.
19. Mandıracıoğlu A. Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri. Ege Tıp Dergisi 2010; 49(3):39-45.
20. Karl OM, Privitera C. Psychosocial Disorders: Depression.In: South-Paul J, Matheny SC, Lewis EL. Current Diagnosis and Treatment in Family Medicine 1st Ed., New York, McGraw-Hill Education 2004: 599-609.
21. Yavuz BB. Geriatrik değerlendirme ve testler. İç Hastalıkları Dergisi 2007;14:5-17.
22. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi, Başak O, Saatçi E, Çev.Ed., Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları-4, Nisan 2011: 13-14.
23. Şensoy N. Aile Hekimliğinde Yaşlı Sağlığı ve Yasal Sorunlar. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(1):26-32.
24. Spalding MC, Sebesta SC. Geriatric screening and preventive care. Am Fam Physician 2008; 78(2):206-215.
25. Yaman H, Yazıcı S, Sandholzer H. Geriatrik değerlendirme: Aile hekimliğinde yaşlıların kanıta dayalı rehberler ışığında periyodik muayenesi. Türk Aile Hek Derg 2009; 13(1):27-38.
26. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28539 ErişimYeri: <http://www.mevzuat.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 04.03.2017
27. Öz dolap Ş. Geriatrik Değerlendirme Türkiye Klinikleri J PM&R-SpecialTopics 2013;6(4):1-8.
28. Savaş S, Akçiçek F. Kapsamlı geriatrik değerlendirme. Ege Tıp Dergisi 2010; 49(3): 19-30.
29. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2013. Erişim Yeri: <http://evh.aile.gov.tr/yayin-ve-kaynaklar/yasli-hizmetleri>, Erişim Tarihi: 25.01.2017.
30. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004;5:76-84.
31. Dönümcü Ş. Yaşlıya götürülen sosyal hizmetlerin organizasyonu. 2.Ulusal Geriatri Kongresi paneli;20-24 Ekim 2003; Kemer, Antalya.
32. Adana Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, Adana Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi. Erişim yeri: <http://adana.aile.gov.tr/kuruluslarimiz/adana-huzurevi-ybrm>, Erişim tarihi: 26.02.2017.
33. Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık döneminde beslenme sorunları ve yaklaşımlar. Ankara: Öncü Basımevi, 2008:7-14.
34. Gündoğdu H. Yaşlılıkta beslenme durumu ve nütrisyon desteği. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006; 2(44):10-19.
35. Erdinçler SD. Yaşlıda Beslenme. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi 2004; 41:121-131.

36. Chapman IM. Endocrinology of anorexia of ageing. Best Practice&Research Clinical& Metabolism 2004; 18(3):437-452.
37. Arıoğlu S. Yaşlılarda Malnütrisyon Kılavuzu Akademik Geriatri Derneği Ankara: 2013:66.
38. Morley JE. Pathophysiology of the anorexia of aging. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2013;16(1):27-32.
39. Rakıcıoğlu N. Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Beslenme. GEBAM;105-113. Erişim yeri: e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/20.pdf. Erişim tarihi:02.03.2017.
40. Çevik A, Basat O, Uçak S. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Durumunun Laboratuar Parametreleri Üzerine Olan Etkisinin İrdelenmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2014; 48:133-140.
41. Saka B, Beğler T, Erdinçler DS, Altıparmak MR. Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2011; 75:147-163.
42. Barone L, Milosavljevic M, Gazibarich B. Assessing the older person: is the MNA a more appropriate nutritional assessment tool than the SGA? The Journal Of Nutrition, Health & Aging 2003; 7(1):13-7.
43. Cohendy R, Rubenstein LZ, Eledjam JJ. The Mini Nutritional Assessment Short Form for preoperative nutritional evaluation of elderly patients. Aging 2001; 13(4):293-297.
44. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature- What does it tell us? The Journal Of Nutrition, Health & Aging 2006; 10(6):466-487.
45. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). The Journals Of Gerontology Series A, Biological Sciences And Medical Sciences 2001; 56(6):366-372.
46. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony P, Charlton KE, Maggio M, Tsai AC, Grathwohl D, Vellas B, Sieber CC. ,Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. The Journal of Nutrition, Health & Aging 2009; 13(9):782-788.
47. Sarıkaya D. Geriatrik Hastalarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (Mna) Testinin Uzun ve Kısa (Mna-Sf) Formunun Geçerlilik Çalışması (Uzmanlık Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.
48. Atmaca M. Yaşlılarda Depresyon: Bir Gözden Geçirme. Türkiye Klinikleri J Psychiatry Special Topics 2012; 5(2):72-76.
49. Nease DE Jr, Malouin JM. Depression Screening: a practical strategy. The Journal of Family Practice. 2003; 52(2):118-126.
50. Üstü Y. Psikiyatrik Hastalıkların Birinci Basamakta Taranması. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2012; 3(1):27-33.
51. Altay B, Aydın Avcı I. Samsun Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bazı Özellikleri İle Depresyon Riski Arasındaki İlişki. Turk J Geriatr 2009; 12(3):147-155.
52. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. Br Med Bull 2008; 85(1):113-126.

53. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. Psychol Med 1997; 27(2):323-332.
54. Adams KB, Sanders S, Auth EA. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. Aging Ment Health 2004; 8(6):475-85.
55. Kaya B. Yaşlılık ve Depresyon-I Tanı ve Değerlendirme. Turk J Geriatr 1999; 2(2):76-82.
56. Arslan Ş, Kutsal YG. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. Turk J Geriatr 1999; 2(4):173-178.
57. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. The American Journal of Psychiatry. 1999; 156(8):1182-1189.
58. Shulman KI. Conceptual problems in the assessment of depression in old age. Psychiatr J Univ Ottawa 1989; 14(2):363-366.
59. Aydoğan Ü, Nerkiz P, Sarı O. Birinci Basamakta Sık Görülen Psikiyatrik Bozukluklar: Depresyon ve Anksiyete. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2012; 3(2):1-7.
60. Oğuzhanoglu N, Özdel O. Yaşlılık, Huzurevi ve Yaşam Yolculukları: Bir Psikodrama Grup Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2005; 16(2):124-132.
61. Oğuzhanoglu NK. Yaşlanma ve Psikiyatrik Sorunlar. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi. 9-12 Nisan 2003, Denizli:62-68.
62. Depression in Elderly 2005. Erişim yeri: <http://www.healthypplace.com/communitites/depression/elderly.asp> Erişim Tarihi: 01.03.2017.
63. Miyabayashi I. Depression and suicidal behavior in the elderly: a literature review. Yonago Acta Med 2002; 45(1):69-73.
64. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Populasyonunda geçerlik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi 1997; 34(2):62-71.
65. Ünal S, Kaya B Yaşlılık Ve Depresyon-II Tedavi Yaklaşımları. Turk J Geriatr 1999; 2(2):83-89.
66. Gershon SE, Plotkin DA, Jarvik LF. Antidepressant drug studies: 1964 to 1986: Empirical evidence for aging patients. J Clin Psychopharmacol 1988; 8:311-322.
67. Georgotas A, McCue RE. Strategies for comprehensive treatment of depressive and manic states in late life. In: Georgotas A, Cancro R, eds. Depression and Mania. New York: Elsevier Science Publ. Co Inc 1988:605-623.
68. Jenike MA. Assesment and treatment of affective illness in the elderly. J Geriatr Psychiatry Neurol 1988; 1:89-107.
69. Salzman C. Monoamin oksidaz inhibitörleri ve atipik antidepresanlar, Alexopoulos GS. ed. İleri yaşlarda görülen psikiyatrik bozukluklar. Eker E, Çev.Ed, İstanbul: Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994:159-181.
70. Bernstein JG. Geriatric psvchopharmacology and the demen-tias: Alzheimer's and HIV, Handbook of Drug Therapv in Psvchiatr. Part:II. St. Louis: Mosbv-Year Book Inc. 1995:441-475.

71. Gelder M, Gath D, Mayou R ve ark. Psychiatry of the elderly. Oxford Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press 1996:510-532.
72. Oxman TE. Antidepressants and cognitive impairment in the elderly. J Clin Psychiatry 1996; 57(5):38-44.
73. Newhouse PA. Use of selective reuptake inhibitors in geriatric depression. J Clin Psychiatry 1996; 57(5):12-22.
74. Blacksten JV, Birt JA. Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone secondary to fluoxetine. Ann Pharmacother 1993; 27:723-724.
75. Llorente MD, Gorelick M, Silverman MA. Sertraline as the cause of inappropriate antidiuretic hormone secretion. J Clin Psychiatry 1994; 55:543-544.
76. WHO. WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring And Generic Version Of The Assessment, Field Trial Version, December, 1996, Programme on Mental Health. Erişim yeri: (http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf). Erişim tarihi:01.03.2017
77. Topal K. Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan testler. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014; 5(3): 9-14.
78. Kurdak H. Sağlık Varoluşsal Boyutu ve Yaşam Kalitesi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014; 5(3):23-28.
79. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998; 46:1569-1585.
80. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. Birikim Dergisi 2006; 1(2):1-5.
81. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne Huzurevi sakinlerinde yaşam kalitesine etki eden etmenlerin incelenmesi. Turk J Geriatr. 2000; 3(4):141-145.
82. Baykan Z, Naçar M, Çetinkaya F. Kayseri Büyükşehir Belediyesi Huzurevindeki Yaşlıların Yaşam Kalitesi. Akad Geriatri Dergisi 2011; 3:35-40.
83. Altuğ F, Yağcı N, Kitiş A, Büker N, Cavlak U. Evde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2009; 1:48-60.
84. Ersoy AF, Tokyürek Ş, Arpacı F, Demirci A. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi. III. Ulusal Yaşlılık Kongresi 16-19 Kasım 2005, İzmir:379-390.
85. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments. Qual Life Res 2005; 14:1651-1668.
86. Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. Ageing Soc 2004; 24:675-691.
87. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006; 28(2):81-89.
88. Durak M, Durak EŞ, Gencoz T. Psychometric properties of the satisfaction with life scale among Turkish university students, correctional officers, and elderly adults. Social Indicators Research 2010; 99:413-429.

89. Eser S, Saatli G, Eser E, Baydur H, Fidaner C. The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization Quality of Life Instrument-Older Adults Module (WHOQOL-OLD). *Turk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21:37-48.
90. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening-2002. *Clinical Nutrition* 2003; 22(4):415-421.
91. Pekcan G. Beslenme Durumunun Saptanması, Diyet El Kitabı, Ankara: Hatiboğlu yayınevi, 2011:67-142.
92. Charney P, Marian M. Nutrition screening and nutrition assessment. In: Charney P, Malone, M, eds. *ADA Pocket Guide to Nutrition Assessment*. Chicago: American Dietetic Association. 2009:1-19.
93. Vellas B, Anthony P. The MNA (Mini Nutritional Assessment): 20 years of research and practice in field of malnutrition and intervention in elderly. *Journal of Nutrition and Health & Aging* 2006; 10(6):455.
94. Seiber CC. Nutritional screening tools- How does the MNA compare? Proceedings of the session held in Chicago May 2-3, 2006 (15 years of Mini Nutritional Assessment). *Journal of Nutrition Health & Aging* 2006; 10(6):488-494.
95. Cereda E. Mini Nutritional Assessment. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care* 2012; 15(1):29-41.
96. Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi* 2016; 9(1):9-21.
97. Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures? *Int Psychogeriatr* 2000; 12:163-172.
98. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6(4):227-239.
99. Arpacı F, Tokyürek Ş, Bilgili N. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yaşam kalitesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2015; (1):1-11.
100. Pauly L, Stehle P, Volkert D. Nutritional situation of elderly nursing home residents. *JulZ Gerontol Geriatr* 2007; 40:3-12.
101. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, Finne-Soveri H, Pitkala HK. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing home in Helsinki. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59:578-583.
102. Bilge A, Elbay G, Cürgül M, Kuru T, Şahin S. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bedensel Ve Ruhsal Sağlık Durumları İle Beslenme Durumları Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(1):40-45.
103. Bodnar LM, Wisner KL. Nutrition and depression; Implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biol Psychiatry* 2005; 58:679-685.
104. Saka B, Özkulluk H. İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nutrisyonel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyonun diğer geriatric sendromlarla ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50:151-157.

105. Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnütrisyon Durumları Arasındaki İlişki, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(1):37-43.
106. Akdemir A, Atasoy N, Sağnak S. Yaşlılıkta depresyon. 3P Dergisi 2001; 9(2):263-270.
107. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(4):251-259.
108. Demet MM, Taşkın EO, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa Huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2002; 13(4):290-299.
109. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O, Gürel FS, Tekin N. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. Turk J Geriatr 2005; 8(3):129-133.
110. Çiftçili S, Yazgan Ç, Ünalın P. Bir huzurevinde depresyon taraması sonuçları. Turk J Geriatr 2006; 9(3):122-125.
111. Kaji T, Mishima K, Kitamura S, Enomoto M, Nagase Y, Li L, Kaneita Y, Ohida T, Nishikawa T, Uchiyama M. Relationship between late-life depression and life stressors: large-scale cross-sectional study of a representative sample of the Japanese general population. Psychiatry Clin Neurosci 2010; 64:426-434.
112. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. Annu Rev Clin Psychol 2009; 5:363-389.
113. Halvorsrud L, Kalfoss M, Diseth A. Reliability and validity of the Norwegian WHOQOL-OLD Module. Scandinavian Journal of Caring Sciences 2008; 22(2):292-305.
114. Arpacı F. Ankara huzurevlerinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesinin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008; 1:1-13
115. Erkal S, Sahin H, Sürgüt E. Examination Of The Relationship Between The Quality Of Life And Demographic And Accident-Related Characteristics Of Elderly People Living In A Nursing Home. Turk J Geriatr 2011; 14(1):45-53.
116. Aydın S, Karaoğlu L. Gaziantep İl Merkezinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. Turk J Geriatr 2012; 15(4):424-433.
117. Yağcıoğlu R. Yatağa bağımlı hastaların bakımı ve sosyal güvenlik sistemine etkileri (Yüksek lisans tezi). Ankara: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
118. Breeze E, Dee EJ, Paul W, Amina ML, Cristopher JB, Astrit EF. Association of quality of life in old age in Britain with socioeconomic position: Baseline data from a randomised controlled trial. Journal of Epidemiology and Community Health 2004; 58(8):667-673.
119. Zincir H, Taşçı S, Kaya Erten Z, Başer M. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 17(3):168-174.

EKLER



ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

Adana İlinde Huzurevinde Yaşayan Bireylerde Malnütrisyon ve Depresyonun Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi Anketi

Bu anketin amacı Adana ilinde Huzurevinde yaşayan bireylerde beslenme yetersizliğinin, depresyon düzeyinin ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesidir. Elde edilecek veriler huzurevinde yaşayan bireylerin beslenmelerinin daha iyi düzenlenmesine ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olacaktır. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilen veriler anonim tutulacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz

Adı- Soyadı:

Anket no:

1. Cins: Erkek " Kadın "
2. Yaş : ... yıl
3. Eğitim durumu: Okuryazar değil " Okuryazar " İlköğretim " Ortaöğretim "
Lisans " Yüksek lisans "
4. Medeni durum: Bekâr " Evli " Boşanmış " Eşi ölmüş "
5. Önceki mesleği: İşçi " Memur " Ev hanımı " Serbest meslek " Çiftçi " Diğer "
6. Sosyal güvencesi: Var " Yok "
7. Çocuk sahibi olma durumu Yok " Var " ... çocuk
8. Çocukları ile görüşme durumu
Hiç görüşmüyorum " Ara sıra görüşüyorum " Orta sıklıkta görüşüyorum "
Sık görüşüyorum " Çok sık görüşüyorum "
9. Gelir algısı: Gelir gideri hiç karşılamıyor " Gelir gideri biraz karşılıyor "
Gelir gideri karşılıyor " Gelir giderden biraz fazla " Gelir giderden çok fazla "
10. Huzurevinden önce yaşadığı yer: Kendi evi " Çocuklarının evi " Akrabalarının evi " Diğer "
11. Huzurevinde yaşama nedeni: Kendi bakımımı tek başına yapamadığım için "
Aileme yük olmak istemediğim için " Hiç kimsem olmadığı için "



ADANA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

Ailem tarafından kabul edilmediğim için "

12. Huzurevinde yaşama süresi : yıl

13. Huzurevinde yaşama kararını nasıl aldığı: Kendim isteyerek karar verdim "

Çocuklarım ve ben birlikte karar verdik " Çocuklarım karar verdi "

14. Sizce Huzurevinde yeterince aktivite düzenleniyor mu? Hiçbir zaman düzenlenmiyor "

Nadiren düzenleniyor " Bazen düzenleniyor " Sıklıkla düzenleniyor " Her zaman düzenleniyor "

15. Huzurevinde etkinliklere katılma konusunda ne kadar isteklisiniz? Tamamen isteksizim "

Az istekliyim " Biraz istekliyim " Oldukça istekliyim " Çok istekliyim "

16. Tanısı konmuş kronik hastalığınız var mı? Yok " Var "

17. Verilen sağlık hizmetlerinden memnun musunuz? Hiç memnun değilim " Az memnunum "

Biraz memnunum " Oldukça Memnunum " Çok memnunum "

18. Huzurevi çalışanları ile ilişkileriniz nasıl? Çok kötü " Kötü " Orta " İyi " Çok iyi "

19. Huzurevinde kalan diğer kişilerle ilişkileriniz nasıl? Çok kötü " Kötü " Orta " İyi "

Çok iyi "

20. Huzurevindeki koşullardan genel olarak memnun musunuz? Hiç memnun değilim "

Az memnunum " Biraz memnunum " Oldukça memnunum " Çok memnunum "

TEŞEKKÜR EDERİZ

Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi-Kısa Form (Mna)

Ad:		Soyad:	
Cinsiyet:		Yaş:	
Ağırlık, kg:		Boy, cm:	
Tarih:			

Aşağıdaki soruları kutulara uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Tarama puanı için rakamları toplayın.

Tarama

A Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çiğneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu?

- 0 = besin alımında şiddetli düşüş
1 = besin alımında orta derece düşüş
2 = besin alımında düşüş yok

☐

B Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu

- 0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı
1 = bilinmiyor
2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı
3 = kilo kaybı yok

☐

C Hareketlilik

- 0 = yatak veya sandalyeye bağımlı
1 = yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor
2 = evden dışarı çıkabiliyor

☐

D Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık şikayeti oldu mu?

- 0 = evet 2 = hayır

☐

E Nöropsikolojik problemler

- 0 = ciddi bunama veya depresyon
1 = hafif düzeyde bunama
2 = hiçbir psikolojik problem yok

☐

F1 Vücut Kitle İndeksi (VKİ) (Vücut ağırlığı-kg)/(Boy'un metre cinsinden kare'si)

- 0 = VKİ 19'dan az (19 dahil değil)
1 = VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil)
2 = VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil)
3 = VKİ 23 ve üzeri

☐☐

EĞER VKİ DEĞERİ YOKSA F1 SORUSU YERİNE F2 SORUSUNU CEVAPLAYIN.
F1 TAMAMLANDIYSA F2 SORUSUNA CEVAP VERMEYİN.

F2 Baldır Çevresi (BÇ) cm

- 0 = BÇ 31'den az
3 = BÇ 31 veya daha fazla

☐

Tarama puanı

(En fazla 14 puan)

☐☐

12-14 puan:

☐

Normal nütrisyonel durum

8-11 puan:

☐

Malnütrisyon riski altında

0-7 puan:

☐

Malnütrisyonlu

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

GERİATRİK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (GDS)

Lütfen yaşamınızın son bir haftasında kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıdaki soruları kendiniz için uygun olan yanıtı işaretleyerek yanıtlayınız.

	Evet	Hayır
1) Yaşamınızdan temelde memnun musunuz?	☐	☐
2) Kişisel etkinlik ve ilgi alanlarınızın çoğunu halen sürdürüyor musunuz?	☐	☐
3) Yaşamınızın bomboş olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
4) Sık sık canınız sıkılır mı?	☐	☐
5) Gelecekte umutsuz musunuz?	☐	☐
6) Kafanızdan atamadığınız düşünceler nedeniyle rahatsızlık duyduğunuz olur mu?	☐	☐
7) Genellikle keyfiniz yerinde midir?	☐	☐
8) Başınıza kötü bir şey geleceğinden korkuyor musunuz?	☐	☐
9) Çoğunlukla kendinizi mutlu hissediyor musunuz?	☐	☐
10) Sık sık kendinizi çaresiz hissediyor musunuz?	☐	☐
11) Sık sık huzursuz ve yerinde duramayan biri olur musunuz?	☐	☐
12) Dışarıya çıkıp yeni bir şeyler yapmaktansa, evde kalmayı tercih eder misiniz?	☐	☐
13) Sıklıkla gelecekte endişe duyuyor musunuz?	☐	☐
14) Hafızanızın çoğu kişiden daha zayıf olduğunu hissediyor musunuz?	☐	☐
15) Sizce şu anda yaşıyor olmak çok güzel bir şey midir?	☐	☐
16) Kendinizi sıklıkla kederli ve hüznü hissediyor musunuz?	☐	☐
17) Kendinizi şu andaki halinizle değersiz hissediyor musunuz?	☐	☐
18) Geçmişle ilgili olarak çokça üzülüyor musunuz?	☐	☐
19) Yaşamı zevk ve heyecan verici buluyor musunuz?	☐	☐
20) Yeni projelere başlamak sizin için zor mudur?	☐	☐
21) Kendinizi enerji dolu hissediyor musunuz?	☐	☐
22) Çözumsuz bir durum içinde bulunduğunuzu düşünüyor musunuz?	☐	☐
23) Çoğu kişinin sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	☐	☐
24) Sık sık küçük şeylerden dolayı üzülür müsünüz?	☐	☐
25) Sık sık kendinizi ağlayacakmış gibi hisseder misiniz?	☐	☐
26) Dikkatinizi toplamakta güçlük çekiyor musunuz?	☐	☐
27) Sabahları güne başlamak hoşunuza gidiyor mu?	☐	☐
28) Sosyal toplantılara katılmaktan kaçınır mısınız?	☐	☐
29) Karar vermek sizin için kolay oluyor mu?	☐	☐
30) Zihniniz eskiden olduğu kadar berrak mıdır?	☐	☐

**D.WHOQOL-OLD.TR Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı
Modülü Türkçe Sürümü 2005**



WHOQOL-OLD .TR

Dünya Sağlık Örgütü

Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşlı Modülü

Türkçe Sürümü

2005(Kısa format)

Yönerge

Bu anket size, yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüz ile ilgili sorular sormakta ve toplumun yaşlı bir üyesi olarak sizin için önemli olabilecek konular üzerinde durmaktadır.

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kendi kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önünde tutunuz. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz.

Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir.

Gelecekte olabilecek şeyler konusunda ne kadar endişe duyuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca gelecekle ilgili duyduğunuz endişenizi en iyi gösteren sayıyı daire içine almalısınız. Buna göre, eğer geleceğinizle ilgili çok fazla endişe duyuyorsanız 4 sayısını daire içine almanız gerekiyor: Eğer geleceğinizle ilgili hiç

endişe duymuyorsanız o zaman da 1 sayısını daire içine almalısınız. Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevaba ait olan sayıyı daire içine alınız. Yardımınız için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki sorular sizin son iki hafta içinde belirli şeyleri ne kadar çok yaşadığınız konusundadır.

1. (F 25.1) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma) bozulma günlük yaşamınızı ne ölçüde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

2. (F 25.3) İşitme, görme, tat alma, koklama ve dokunma duyularınızdaki kayıplar sizin günlük faaliyetlere katılabilmenizi ne ölçüde etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

3. (F 26.1) Kendi kararlarınızı kendinizin vermesi konusunda ne kadar özgürsünüz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

4. (F 26.2) Geleceğinizi ne ölçüde kontrol ettiğiniz inancındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

5.(F 26.4) Çevrenizdeki kişilerin sizin özgürlüğünüze saygı gösterdiği kanısındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çok fazla	Son derecede
1	2	3	4	5

6. (F 29.2) Nasıl öleceğiniz konusunda ne kadar kaygılısınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

7. (F 29.3) Ölümünüzü kontrol etme şansınızın bulunmaması sizi ne kadar korkutuyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

8. (F 29.4) Ölmekten ne kadar korkuyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

9. (F 29.5) Ölmeden önce acı çekmekten ne kadar korkarsınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular, geçtiğimiz iki hafta boyunca belirli şeyleri ne ölçüde tam

olarak yaptığınız veya yapabildiğiniz hakkındadır.

10. (F25.4) Duyularınızdaki (işitme, görme, tat alma, koklama, dokunma gibi) sorunlar sizin başkalarıyla ilişki kurmanızı ne kadar etkilemektedir?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

11. (F 26.3) Yapmak istediklerinizi ne ölçüde yapabildiğiniz inancındasınız?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

12.(F 27.3) Başarılı bir hayat sürdürebilme imkanlarınızdan ne kadar memnunsunuz?

Hiç memnun değilim	Çok az memnunum	Orta derecede	Çokça memnunum	Tamamen memnunum
1	2	3	4	5

13. (F 27.4) Hayatta layık olduğunuz saygınlığı ne kadar elde ettiğinizi düşünüyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

14. (F 28.4) Ne ölçüde, her gün yeterince yapacak işinizin olduğunu düşünüyorsunuz.

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular geçtiğimiz iki hafta boyunca günlük yaşamınızın çeşitli yönleri hakkında kendinizi ne kadar hoşnut, mutlu ve iyi hissettiğiniz ile ilgilidir.

15. (F 27.5) Hayatınızda başardığınız şeylerden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

16. (F 28.1) Zamanınızı kullanma biçiminizden ne kadar hoşnutsunuz ?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

17. (F 28.2) Yaptığınız faaliyetlerin miktarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
--------------------	-----------------	----------------------------	-----------------	--------------

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. (F 28.7) Toplumsal faaliyetlere katılma imkanlarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

19. (F 27.1) Hayatınızda bir şeyler bekleyebilmekten, bir şeylerden umutlu olabilmekten ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değilim	Çok az hoşnutum	Ne hoşnutum, ne de değilim	Epeyce hoşnutum	Çok hoşnutum
1	2	3	4	5

20. (F 25.2) Duyularınızla ilgili işlevleriniz (işitme, görme, tad alma, koklama, dokunma gibi) sizce nasıldır?

Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular sahip olduğunuz dostluk ilişkileri düzeyi ile ilgilidir.

Lütfen soruları cevaplarken, kendinize çok yakın gördüğünüz, hayatınızda diğer hiç kimse ile olmadığı kadar dost ve yakın olduğunuz kişileri, mesela eşinizi veya diğer yakın bir kişiyi göz önüne alınız.

21. (F 30.2) Yaşamınızdaki dostluk ve arkadaşlık duygusunu ne kadar yaşıyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı
1	2	3	4	5

22. (F 30.3) Hayatınızda sevgiyi ne derece yaşıyor ve hissedebiliyorsunuz?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı
1	2	3	4	5

23. (F 30.4) İnsanları sevebilme imkanınız ne kadar oluyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı
1	2	3	4	5

24. (F 30.7) İnsanlar tarafından sevilme imkanınız ne kadar oluyor?

Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı
1	2	3	4	5



ADANA NUMUNE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TOPLANTI TUTANAĞI

Tarih : 27.10.2015
Karar No :207
Sayı : ANEAH. EK.2015 /207
Konu :Ast.Dr.Dilek KÖSE'nin tez başvurusu
Oturum Başkanı : Prof. Dr.Ekrem SAPMAZ

Belirtilen tarihte Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı Prof Dr. Ekrem SAPMAZ ' ın başkanlığında oturum açıldı.

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği Sorumlusu **Doç. Dr. Şakir Özgür KEŞKEK**'in 20.10.2015 tarihli dilekçesi ekinde sunulmuş bulunan tez başvurusu görüşüldü “Adana İlinde Huzurevinde yaşayan bireylerde Malnutrisyon ve Depresyonun belirlenmesi ve yaşam kalitesinin ölçülmesi” adını taşıyan çalışmanın sorumlu araştırmacısı **Doç.Dr.Kenan TOPAL**, Yardımcı Araştırmacısı **Ast.Dr.Dilek KÖSE** tarafından yürütüleceği, bu araştırmanın bilimsel ve etik kurallara göre planlandığı anlaşıldı. Adı belirtilen çalışma üzerindeki gelişmeler ile sonucun kurula bildirilmesine oy birliği ile karar verildi.

Doç.Dr.Salim SATAR
Acil Tıp Kliniği
Eğitim Sorumlusu

Doç.Dr.Şakir Özgür KEŞKEK
İç Hastalıkları Kliniği
Eğitim Sorumlusu

Uzm.Dr.Defne YILMAZ
Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Uzmanı

Doç.Dr.Ali İhsan OKTEN
Beyin Cerrahisi Kliniği
Eğitim Sorumlusu

Doç.Dr.Cengiz YILMAZ
Radyoloji Kliniği
Eğitim Görevlisi

Doç.Dr. Ali İhsan OKTEN
Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
BİYİN ve SINIR ORGANLAR KLİNİĞİ EĞİTİM ve İDARİ SORUMLUSU
Dip.No: 4381 Sicil No: 38374

BASKA
Prof. Dr. Ekrem SAPMAZ
Hastane Yöneticisi

30 KAS 2015