



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

65 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARDA COVID-19

PANDEMİSİNE BAĞLI DEPRESYON VE

ANKSİYETENİN NÜTRİSYONA ETKİSİ

Dr. Ulya BİLGÜ HATUN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2021



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAYDARPAŞA NUMUNE

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

65 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA COVID-19

PANDEMİSİNE BAĞLI DEPRESYON VE

ANKSİYETENİN NÜTRİSYONA ETKİSİ

Dr. Ulya BİLGÜ HATUN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2021

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesi ile akademik desteğini, nezaketi ve şevkati ile manevi desteğini her an hissettiğim değerli tez danışmanım Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA'ya, verimli bir uzmanlık eğitimi almamız için çokça emek veren Eğitim Sorumlumuz Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ' ye, asistanlık sürecimde bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren değerleri hocalarım Doç. Dr. Emine Zeynep TUZCULAR VURAL, Doç. Dr. Akın DAYAN, Başasistan Uzm. Dr. Işık GÖNENÇ'e,

Eğitim hayatım sürecinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca desteklerini her zaman hissettiğim canım annem Meral BİLGÜ, babam İlyas Bilgü ve kardeşim Talha BİLGÜ' ye,

Her zaman sevgisini ve desteğini hissettiğim sevgili eşim Ersin HATUN' a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. YAŞLILIK	3
2.1.1. Yaşlılık Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	3
2.1.2. Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi.....	4
2.1.3. Yaşlı Hastada Nutrisyonun Değerlendirilmesi, Önemi ve Malnutrisyonun Epidemiyolojisi.....	6
2.1.3. Yaşlı Hastada Depresyonun Değerlendirilmesi, Önemi ve Epidemiyolojisi	10
2.1.4. Yaşlı Hastada Anksiyetenin Değerlendirilmesi, Önemi ve Epidemiyolojisi	13
2.2. COVID-19	15
2.2.1. Covid-19 Tanımı, Genel Bilgiler ve Epidemiyolojisi.....	15
2.2.2. Covid-19'un Geriatrik Etkileri.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	18
3.2. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE MERKEZİ	18
3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	18
3.2.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	18
3.3. MATERYAL VE METOD	19
3.5.1. Geriatrik Depresyon Ölçeği - Kısa Form.....	19
3.5.2. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği.....	20
3.5.3. Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu (MNA-SF)	20
3.4. Verilerin Analizi ve İstatistiksel Yöntemler	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	50

6. SONUÇ	64
KAYNAKLAR.....	68
ÖZGEÇMİŞ.....	82
EKLER.....	83



KISALTMALAR

MNA: Mini Nütrisyonel Anket

MNA-SF: Mini Nütrisyonel Anket Kısa Form

GDÖ: Geriatrik Depresyon Ölçeği

GDÖ-SF: Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form

KAÖ: Koronavirüs Anksiyete Ölçeği

S.B.Ü.: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KGD: Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme

ESPEN: European Society for Clinical Nutrition and Metabolism,

ASPEN: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition,

NRS: Nutritional Risk Screening,

SNAQ: The Simplified Nutrition Assessment Questionnaire,

SCREEN: Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition

MUST: Malnutrition Universal Screening Tool,

MST: Malnutrition Screening Tool,

SGA: Subjektif Global Değerlendirme

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Demografik Bilgiler

Tablo 2. Özgeçmiş ve Covid-19 ile ilgili bilgiler

Tablo 3. Bireylere ait Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 4. Ölçeklerin Sınıflamalara göre dağılımı

Tablo 5. Bireylerin MNA-SF Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 6. MNA-SF Ölçek puanı ile değişkenler arasındaki ilişki

Tablo 7. Belirtilen değişken gruplarında bireylerin MNA-SF ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 8. Bireylerin KAÖ puanı Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 9. Bireylerin GDÖ-SF Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 10. Ölçek sınıflamalarına göre bireylerin yaşlarının karşılaştırılması

Tablo 11. MNA-SF Sınıflaması Yaş değerleri İkili Karşılaştırmaları

Tablo 12. MNA-SF Ölçek puanı ile değişkenler arasındaki ilişki

Tablo 13. Bireylerin MNA-SF Ölçek Sınıflamasına diğer Ölçek sınıflamalarına göre dağılımı

Tablo 14. Bireylerin GDÖ-SF Sınıflamasına KAÖ sınıflamasına göre dağılımı

Tablo 15. Hastalık sayısı ile değişkenler arasındaki ilişki

Tablo 16. Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin cinsiyete göre dağılımı

Tablo 17. Bireylerin Boş Vakitleri Değerlendirme durumuna göre Ölçek sınıflamalarına göre dağılımı

Tablo 18. Belirtilen değişken gruplarında bireylerin MNA-SF puanlarının karşılaştırılması

Tablo 19. MNA-SF Ölçek puanı İkili Karşılaştırmaları

Tablo 20. Belirtilen değişken gruplarında bireylerin GDÖ-SF puanlarının karşılaştırılması

Tablo 21. GDÖ-SF Ölçek puanı İkili Karşılaştırmaları

Tablo 22. Belirtilen değişken gruplarında bireylerin KAÖ Ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 23. KAÖ Ölçek puanı İkili Karşılaştırmaları

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Kümeler ve ülkelerin yaşlı nüfus oranı

Şekil 2: Nutrisyon bozuklukları ve ilişkili durumlar

Şekil 3: Malnütrisyon tanı ağacı; malnütrisyon riskinden, malnütrisyonun temel tanımına ve etiyolojiye dayanan tanıya kadar

Şekil 4: Yaşlılıkta depresyona zemin hazırlayan faktörler



ÖZET

Amaç: Malnütrisyon, 65 yaş ve üzeri hastalarda sıklıkla rastlanan ancak çoğunlukla yetersiz değerlendirme nedeni ile atlanan bir sağlık sorunudur. Malnütrisyonun tanınması ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Yaşlılarda malnütrisyon pek çok faktörden etkilenmektedir. Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilen COVID-19 salgını, izolasyon vb. kısıtlamalar nedeniyle toplumdaki tüm yaş grupları üzerinde genellikle olumsuz sonuçlara yol açmıştır. Yaşlılarda kısıtlamalar da yaşlıları pek çok yönden etkilemiştir. Çalışmamızda bu yaşlıların nütrisyonu üzerine etkili olabilecek faktörler arasından geriatrik depresyon ve koronavirüs anksiyetesi incelenmek istenmiştir. Bununla birlikte sosyodemografik özelliklerin de malnütrisyon, geriatrik depresyon ve koronavirüs anksiyetesi ile ilişkisi de çalışmanın değerlendirme hedeflerindendir. Bu çalışma ile hekimlerde ve diğer sağlık personelinde malnütrisyon için farkındalık oluşturmak istenmiştir. Ayrıca değişen yaşam koşullarının yaşlıların beslenme ve psikolojik durumunu nasıl etkilediği konusunda bakış açısı oluşturması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 01.12.2020-01.03.21 tarihleri arasında S.B.Ü Haydarpaşa Numune Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar ile yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 155 hasta dahil edilmiştir. Hastalardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile yazılı onam alınmış ve sosyodemografik bilgilerinin olduğu Kişisel Bilgi Edinme Formu doldurtulmuştur. Hastaların beslenme durumunu değerlendirmek için MNA-SF, depresyon durumunu değerlendirmek için GDÖ-SF, koronavirüs anksiyetesini değerlendirmek için KAÖ uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 155 hastanın 80'i kadın 75'i erkektir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortancası 72.0 (ÇAG=12.0)'dir. Minimum yaş 65 yıl iken, maksimum yaş 95 yıl olduğu tespit edilmiştir. MNA-SF ölçek puanlarına göre hastaların %18.1 (n=28) Malnütrisyonlu, %19.3'ü (n=30) Malnütrisyon riski altında, %62.6'sı (n=97) Normal nütrisyonel durumda olduğu belirlenmiştir. GDÖ-SF sınıflamasına göre hastaların %50.3'ünde (n=78) depresif bulgu yok, %33.5'inde (n=52) şiddetli depresif bulgu bulunmaktadır. KAÖ sınıflamasına göre ise hastaların %20.6'sında (n=32) anksiyete var iken, %79.4'ünde (n=123) anksiyete

bulunmamaktadır. Ölçeklerin birbiri ile olan ilişkisine baktığımızda; MNA-SF ölçek puanı ile KAÖ ölçek puanı arasında yüksek düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Spearman İlişki Katsayısı= -0.600, $p<0.001$) MNA-SF ölçek puanı arttıkça KAÖ ölçek puanının azalmakta olduğu belirlenmiştir. Ayrıca MNA-SF ölçek puanı ile GDÖ-SF ölçek puanı arasında yüksek düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Spearman İlişki Katsayısı= -0.681, $p<0.001$). Koronavirüs anksiyetesi olmayan bireylerin %60.2'sinde (n=74) geriatrik depresyon yok, %39.8'inde (n=49) geriatrik depresyon var iken, koronavirüs anksiyetesi olan bireylerin %12.5'inde (n=4) geriatrik depresyon yok, %87.5'inde (n=28) geriatrik depresyonun var olduğu belirlenmiştir. GDÖ-SF sınıflamasına göre koronavirüs anksiyetesi olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=23.076$, $p<0.001$).

Sonuç: Beklendiği üzere sonuçlarımızda malnütrisyonun pek çok faktörden etkilendiği ortaya çıkmıştır. Geriatrik depresyon ve koronavirüs anksiyetesi ayrı ayrı beslenme durumunu olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte ekonomik güçlükler, kronik hastalık sayısı, kullanılan ilaç miktarı, iştah azalması, Covid-19 enfeksiyonu geçirip geçirmeme durumu ve daha birçok faktörün beslenme durumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bu değişkenlerin her birinin ayrıca geriatrik depresyon ve koronavirüs anksiyetesi üzerine de etkisi olduğu saptanmıştır. Bu durum bize gösteriyor ki malnütrisyon konusunda hekimler olarak daha dikkatli olmalıyız. Birinci basamak sağlık hizmetleri esnasında hastanın beslenmesini ve etkileyen faktörleri detaylı bir şekilde incelemeliyiz. Malnütrisyonun erken tanınması ve tedavisi malnütrisyon sebebi ile oluşacak bireysel ve toplumsal sağlık yükünün önüne geçecektir.

Anahtar Kelimeler: Koronavirüs, Anksiyete, Depresyon, Malnütrisyon

ABSTRACT

Objective: Malnutrition is a health problem that is frequently encountered in patients aged 65 and over, but is mostly overlooked due to inadequate evaluation. Recognition and treatment of malnutrition is very important. Malnutrition is affected by many factors. In our study, it was aimed to examine geriatric depression and coronavirus anxiety among these factors. In addition, the relationship between sociodemographic characteristics, malnutrition, geriatric depression and coronavirus anxiety are among the evaluation targets of the study. In this study, physicians and other health personnel It was aimed to raise awareness for malnutrition. In addition, it is aimed to create a perspective on how changing living conditions affect the nutritional and psychological state of the elderly.

Materials and Methods: Our study was conducted with patients aged 65 and over who applied to SBU Haydarpaşa Numune Hospital Family Medicine Outpatient Clinic between 01.12.2020-01.03.21. 155 patients who met the inclusion criteria were included in the study. Written consent was obtained from the patients with the Informed Voluntary Consent Form and the Personal Information Form, which includes sociodemographic information, was filled. MNA-SF was used to evaluate the nutritional status of the patients, GDS-SF was used to evaluate the depression status, and CAS was applied to evaluate the coronavirus anxiety.

Results: Of the 155 patients who participated in the study, 80 were female and 75 were male. A floor working median age of 72.0 individuals (CAG = 12.0) d. The minimum age is 65 years, while the maximum age is 95 years. According to the MNA-SF scale scores, 18.1% (n=28) of the patients were malnourished, 19.3% (n=30) were at risk of malnutrition, and 62.6% (n=97) were in a Normal nutritional status. According to the GDS-SF classification, 50.3% of the patients (n=78) had no depressive symptoms and 33.5% (n=52) had severe depressive symptoms. According to the CAS classification, while 20.6% (n=32) of the patients had anxiety, 79.4% (n=123) did not have anxiety. When we look at the relationship between the scales; There is a high level, negative significant relationship between the MNA-SF scale score and the CAI

scale score (Spearman Correlation Coefficient $r = -0.600$, $p < 0.001$) . It was determined that the PAS scale score decreased as the MNA-SF scale score increased. In addition, high levels of MNA-SF scores with scores of GDS-SF , negative There are, significant correlation (Spearman Relationship Coefficient $r = -0.681$, $p < 0.001$) . While 60.2% (n=74) of individuals without coronavirus anxiety do not have geriatric depression, 39.8% (n=49) have geriatric depression, 12.5% (n=4) of individuals with coronavirus anxiety do not have geriatric depression, 87.5% It was determined that geriatric depression was present in ten of them (n=28) . GDS-SF classification according coronavirus anxiety situation that there is a statistically significant difference between the coherence was detected ($\chi^2 = 23.076$, $p < 0.001$) .

Conclusion: As expected, our results revealed that malnutrition is affected by many factors. Geriatric depression and coronavirus anxiety affect nutritional status separately . However, it has been determined that economic difficulties, the number of chronic diseases, the amount of drugs used, decreased appetite, the status of having Covid-19 infection and many other factors adversely affect the nutritional status. Each of these variables has also been found to have an effect on geriatric depression and coronavirus anxiety . This situation shows us that as physicians we should be more careful about malnutrition . We should examine in detail the nutrition of the patient and the factors affecting it during primary health care services. Malnutrition , early diagnosis and treatment of malnutrition will arise because the load will prevent the individual and public health.

Keywords: Coronavirus, Anxiety, Depression, Malnutrition

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlılık, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre 65 yaşından büyük olup çevresel etkenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalmasıdır (1). Yaşlılık yalnızca kronolojik olarak değil, fizyolojik, biyolojik, psikososyal olarak değerlendirilmesi gereken bir süreçtir. Yaşlılık kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri olarak kabul edilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) psikogeriatrik yaşlılık dönemini ikiye bölmüştür. Buna göre 65 yaş ve üzerini yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak tanımlamıştır. Gerontolojistlere göre ise 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arası orta yaşlı, 85 yaş ve üzeri ise ileri yaşlıdır(2,3). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2015 yılında %8,2 iken, 2020 yılında %9,5'e yükselmiştir (4).

Yaşlanma beraberinde pek çok kronik sağlık sorununu da getirmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, hipertansiyon, osteoporoz, nörolojik hastalıklar ve daha birçok hastalığın sıklığı yaşlanma ile artmaktadır. Nutrisyonel durum değişiklikleri ve duygu durum değişiklikleri de yaşlılıkla beraber sık görülen problemler olmasına rağmen çoğunlukla gözden kaçmaktadır.

Yaşlı bireylerin yeterli ve iyi beslenmeleri oldukça önemli bir konudur. Yaşlıda görülen hastalıkların gelişimi ve seyrinde beslenme önemli bir rol oynar(5). 65 yaş üstü popülasyonda malnütrisyon sıklıkla rastlanan, kapsamlı değerlendirme yapılmaz ise gözden kaçan bir durumdur. Yaşlıda beslenme pek çok faktörden etkilenir. Polifarmasi, yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik değişiklikler, oral kavite problemleri, akut ve kronik hastalıklar, tek başına alışveriş yapamama, yemek hazırlama ve yemede güçlük bu faktörler arasındadır (6).

Altmış beş yaş üstü popülasyonda işlevselliği olumsuz etkileyen, yaşam kalitesini düşüren, mortalite artışına sebep olan en önemli iki faktör depresyon ve anksiyetedir (7,8). Yaşlılarda görülen depresif semptomlar, bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya, beslenme bozukluklarına, bazı kronik hastalıkların semptomlarının baskılanmasına ve geç tanı almasına neden olur (9). Yapılan çalışmalarda 65 yaş ve

üstü kişilerde depresyon varlığı, hastanede yatan veya bakım evinde kalanlarda yaklaşık %40, toplumda ise %8-15 arası olarak bulunmuştur (10). Yaşlılarda görülen anksiyete bozukluğunun sıklığı ise %3.21-14.22 arasında olduğu tespit edilmiştir (11). 65 yaş üstü bireylerde depresyon ve anksiyete birlikteliği sık olup, her ikisinin de yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir (12).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de etkisini sürdüren Covid-19 pandemisi tüm yaş grupları içine en çok geriatrik popülasyonu etkilemiştir. 65 yaş üstü bireylerin gerek mevcut kronik hastalıkları nedeni ile enfeksiyonun daha ağır seyretmesi gerekse ülkemizde Covid-19 tedbirleri kapsamında sokağa çıkma kısıtlamasının en sıkı olduğu popülasyon olması nedeni ile zaten kırılğan olan yaşlılar bu süreçten en fazla etkilenen bireyler olmuşlardır.

Tarafımızca bu durumun çevresel faktörlerden çok fazla etkilenen ruh halini ve buna bağlı değişkenlik gösteren beslenmeyi olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Çalışmamızdaki temel amaç Covid-19 pandemisi döneminde beslenmenin depresyon ve pandemiye bağlı anksiyeteden nasıl etkilendiğini göstermektir.

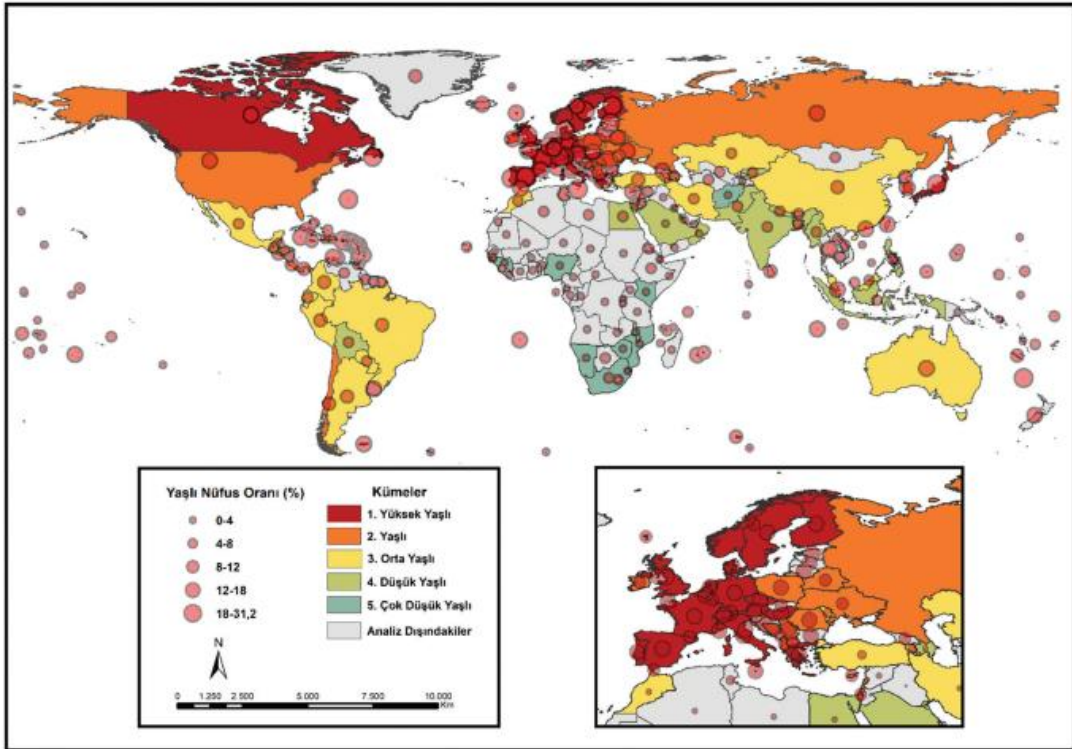
2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIK

2.1.1. Yaşlılık Tanımı ve Epidemiyolojisi

Yaşlılık sadece kronolojik olarak değil pek çok bağlamda değerlendirilmesi gereken bir kavramdır. Fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak değerlendirilmesi gerekir. Fizyolojik olarak yaşlılık kronolojik olarak yaş alma beraberinde görülen biyolojik, anatomik değişiklikleri kapsarken, psikolojik olarak yaşlılık bireyin bilişsel, psikomotor, algı ve öğrenme fonksiyonlarındaki değişiklikleri ve uyumunu, sosyal açıdan yaşlılık ise kronolojik yaştan ilerlemesi ile birlikte toplumun bireyden beklentilerinin değişmesini kapsar (13). DSÖ'nün tanımına göre yaşlılık 65 yaşından büyük olup çevresel etkenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalmasıdır (1).

Tüm dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı giderek artmaktadır. DSÖ'nün öngörülerine göre 1970-2025 yılları arasında beklenen yaşlı insan oranı %22,3 belirlendiği, 2025 yılında 60 yaş üstü 1,2 milyar insan olacağı ifade edilmektedir (14).



Şekil 1: Kümeler ve ülkelerin yaşlı nüfus oranı (15)

Yaşlanma beraberinde pek çok kronik sağlık sorununu getirir. Yaşla beraber hemen hemen tüm organ ve sistem rezervlerinde azalma görülür. Buna bağlı olarak “geriatrik sendromlar” olarak adlandırılan hastalık grupları ortaya çıkar. Bu geriatrik sendromlar içinde en sık karşılaşılanlar; depresyon, demans, osteoporoz ve buna bağlı kemik kırıkları, vertigo, istismar ve ihmaldir (16). Türkiye’de yapılan çok merkezli çalışmalara göre yaşlılarda en sık görülen kronik hastalıklar sırası ile; hipertansiyon, osteoartrit, kronik kalp yetmezliği, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı, osteoporozdur. Morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden olan kanserin ise yaşlılarda görülme sıklığına göre türleri sırası ile; akciğer kanseri, meme kanseri, beyin tümörü ve gastrointestinal kanserlerdir (17).

Bazı bireyler yaşlılığı günlük yaşam aktivitelerinin ve ilişkilerin azaltılması olarak algılayabilir. Bu bireylerde hem sosyal bütünlük hem de biyolojik yapı bu durumdan etkilenir. Literatürde “ilişki azaltımı” kuramı olarak yer alan bu durum bazı yaşlıların kendilerini günlük aktivitelerden ve sosyal etkileşimlerden geri çekmesi ve bu durumu “normal” olarak değerlendirmesidir. Bu kurama dahil olan toplumlarda yaşlılarda öncelikle ruhsal problemler olmak üzere pek çok sağlık problemi görülebilir (18).

2.1.2. Yaşlı Hastanın Değerlendirilmesi

Yaşlı nüfusun artması ile birlikte bu grubun sağlık açısından değerlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Beklenen yaşam süresinin uzaması geriatrik popülasyonda yaşam kalitesinin ve fonksiyonel yeterliliğin korunmasını daha önemli hale getirmektedir. Geriatrik hastada medikal tanısal değerlendirmeye ek olarak fonksiyonel ve mental durumu değerlendirebilmek için standardize objektif testler ve interdisipliner bir yaklaşım gerekir (19). Bu bağlamda yapılan pek çok çalışmanın sonucunda “Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme (KGD) ” kavramı ortaya çıkmıştır (20). KGD; yaşlıların çoklu problemlerinin ortaya konduğu, tanımlanarak açıklandığı, kapasitelerinin ve uzun dönem gereksinimlerinin saptandığı, gerekli servislerin belirlendiği, koordine bir tedavi planının geliştirildiği, çok yönlü medikal, fonksiyonel, psikososyal ve çevresel değerlendirmelerin yapıldığı interdisipliner bir değerlendirmedir(21). KGD’ nin komponentleri ana başlıklar halinde; medikal değerlendirme, fiziksel değerlendirme, zihinsel değerlendirme, çevresel

değerlendirme ve bakım tercihleridir. Her ana başlık için birden fazla alt başlık ve değerlendirme metodu vardır (22). Genel olarak tüm geriatrik popülasyon KGD' den fayda görür ancak "kırılgan" ve bakımevine yatma ihtimali yüksek bireyler en fazla faydayı sağlar (23).

KGD' nin temel amacı mevcut fonksiyonel durumu korumak veya geliştirmektir. Bu bağlamda değerlendirmenin belirli aralıklarla tekrar edilmesi gerekir. KGD interdisipliner bir yaklaşımdır ve klinisyen ile hasta ve hasta yakınının uyumu önemlidir.

Geriatrik popülasyonda artış ile beraber "kırılgan yaşlı" terimi literatüre girmiştir (23). "Kırılgan" terimi çoğunlukla azalmış fonksiyonel kapasite ve artmış bağımlılığa sebep olan kilo kaybı, güçsüzlük, yürümede yavaşlama, azalmış fiziksel aktiviteyi kapsar (24).

Yaşlı hastada öykü almak ve fizik muayene yapmak genç ve orta yaş grubu hastalara göre daha güç olabilir. Gerek yaş ile birlikte gelişen mental problemler gerekse anatomik, fizyolojik ve fonksiyonel değişiklikler bu güçlüğün sebebidir. Genç ve orta yaş için anormal sayılabilecek fizik muayene ve laboratuvar bulguları yaşlı popülasyon için normal olabilir.

Geriatrik hasta muayenesi yapılacak ortam; iyi aydınlatılmış ve yaş grubunun hassasiyetlerine özen gösterilerek döşenmiş olmalıdır. Hastaya anamnez ve fizik muayene için optimum zaman ayırılmalı gerekirse ikinci hatta üçüncü görüşme planlanmalıdır. Hastada değerlendirmeyi sistematik yapabilmek ve her hangi bir şeyi atlamamak adına değerlendirmenin ana başlıklarını içeren bir form hazırlanabilir. Eğer hastadan anamnez almayı engelleyecek mental ya da fiziksel bir problem var ise görüşmeye hasta yakını da dahil edilmelidir. Yaşlılarda sosyal ilişkiler ile fonksiyonel durum ve mortalite arasında güçlü bir ilişki vardır. Bu nedenle hastaya kiminle yaşadığı, çalışma durumu, tek yaşıyor ise ziyaretçi durumu, ekonomik olarak yeterlilik durumu sorgulanmalıdır. Yaşlı hasta değerlendirmesinde bir diğer önemli husus ise varolan çok fazla komorbidite nedeni ile çok fazla ilaç kullanımıdır. Hasta değerlendirmesinde kullanılan tüm ilaçlar gözden geçirilmelidir (25). Geriatrik hastalarda ortalama 4-6 hastalık olduğu, yatan hastalarda günde ortalama 8-10 ilaç,

ayaktan poliklinik hastalarında ise 3-8 ilaç kullanıldığı göz önüne alınır ise ilaç anamnezi oldukça detaylı alınmalı, gerekirse reçeteler kontrol edilmeli ve yakınlarından bilgi alınmalıdır (26).

Yaşlıda laboratuvar değerlendirmesi de diğer yaş gruplarından farklılık gösterir. Yaşlılarda normal laboratuvar değerlerinin yani referans aralıklarının belirlenmesi, eşlik eden hastalıkların sıklığı, yaşlanma ile ilgili fizyolojik ve anatomik değişiklikler, bireyler arasındaki yaşlanma, beslenme ve egzersiz farklılıkları ile çok sayıda ilaç kullanımı gibi nedenlerle güçlükler arz eder (27).

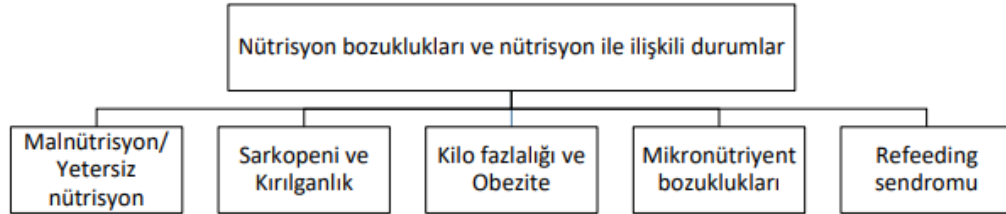
Tüm yaş gruplarında olduğu gibi geriatric grupta da muayene hasta ilk görüldüğü anda başlar. Hastanın postürü, yürüyüşü, konuşma tarzı hekime hasta ile ilgili ilk bilgiyi verir.

Geriatric hastayı değerlendirmede geniş bir bakış açısı gerekmektedir. Geriatric hastalarda fonksiyonel kapasitede ve günlük aktivitelerde azalma görülür. Hastalıklar daha sık ve genç popülasyona göre atipik seyirlidir.

2.1.3. Yaşlı Hastada Nutrisyonun Değerlendirilmesi, Önemi ve Malnutrisyonun Epidemiyolojisi

Nutrisyon tüm yaş gruplarının yaşamında ve sağlık durumunda önemli rol oynamaktadır. Yaşlanma ile beraber değişen ihtiyaçlar, metabolik durum, gelişen kronik hastalıklar nutrisyonu geriatric grup için daha önemli hale getirmektedir. Nutrisyonun gelecekte diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, bilişsel bozukluklar, kanser gibi pek çok hastalığın gelişmesi, ilerlemesinin durdurulması ve ya önüne geçilmesinde belirleyici başlıca faktör olması beklenmektedir (28). Nutrisyon bilimi temelde, besin maddesi ile nütriyent etkileşimi, organizmanın besin maddesini sindirmesi, emilimini yapması, taşınması, kullanması ve uzaklaştırması süreçleri ile beraber yaşam, salık ve hastalığın tüm yönleri ile ilgilenmektedir (29). Malnutrisyonun kelime anlamı yetersiz beslenmedir. Kapsamlı tanımı, düzensiz beslenmenin ya da alımdaki yetersizliğin sebep olduğu vücut kompozisyonunun (yağsız kitlede azalma) ve vücut hücre kitlesinin ve vücut hücre kitlesinin bozulması sonucunda fiziksel ve mental fonksiyonların azalması ve eğer varsa mevcut hastalığın klinik sonucunun kötüleşmesidir (30). Bir başka tanım ile malnutrisyon; vücut kompozisyonları,

fonksiyonları ve klinik durum üzerinde kötü etkilere sebep olan besin ögesi azlığı, fazlalığı ya da dengesizliğidir (31). Tek başına açlık, hastalık durumunda malnütrisyon ortaya çıkabilir (32).



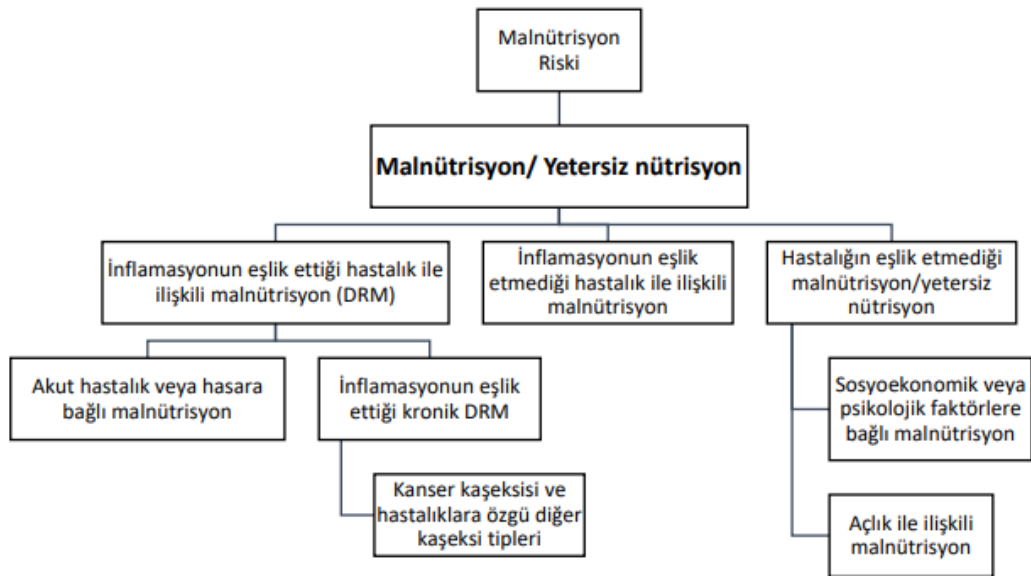
Şekil 2: Nütrisyon bozuklukları ve ilişkili durumlar (33)

ESPEN kriterlerine göre bireye malnütrisyon tanısı koymadan önce geçerli bir beslenme risk tarama ölçeğine göre “nütrisyonel risk altında” kriterini taşıması gerekir. Tanının doğrulanmış olması için de azalmış beden kitle indeksi ($BKİ < 18,5 \text{ kg/m}^2$) veya kilo kaybı ile birlikte azalmış BKİ veya cinsiyete bağlı yağsız vücut kompozisyonunda azalma olması gerekir (34). ASPEN ve Academy kriterlerine göre ise düşük enerji alımı, kilo kaybı, kas kitlesinde azalma, cilt altı yağ kaybı, sıvı tutulumu ve el kavrama üçünde azalma kriterlerinden en az ikisinin olması malnütrisyon tanısını koydurur (35).

Bir hastada malnütrisyon saptandığında, malnütrisyonun derecesini, hangi besin öğelerinin eksikliği, fazlalığı ya da dengesizliğine bağlı geliştiğini, primer olarak gıda alım azlığına mı yoksa sekonder olarak bir kronik hastalığın sebep olduğu artmış inflamatuvar mediyatörler nedeni ile mi geliştiği değerlendirilmelidir.

Klinikte pek çok durum malnütrisyon sebebi olabilir. Akut ya da kronik enfeksiyonlar, herhangi bir sebebe bağlı inflamasyon, travmaya yanıt metabozlizmayı, iştah durumunu, besinlerin sindirim ve emilimini olumsuz etkileyebilir(36). İnflamasyon ve buna bağlı salgılanan mediyatörler iştah durumunda ve besinlerin emiliminde değişikliğe sebep olabilir. Geriatrik yaş grubunda yaygın olan polifarmasi durumu da farklı mekanizmalarla malnütrisyona katkıda bulunabilir. Bununla birlikte 20 yaşından 80 yaşına kadar besin alımında fizyolojik azalma görülebilir (37). Birden

fazla hastalığın bulunması, yalnız yaşama, düşük sosyoekonomik düzey malnütrisyon için risk faktörüdür (32).Klinik olarak malnütrisyonu sebep olabilecek durumların sıralaması şu şekildedir; a) inflamasyonun olmadığı saf kronik açlığa bağlı malnutrisyon (örnek: anoreksiya nervosa), b) hafif ya da orta derecede kronik inflamasyon sürecine neden olan kronik hastalıklar veya durumlar (örnek: organ yetmezliği, pankreas kanser, romatoid artrit, sarkopenik obezite), c) Belirgin inflamatuvar yanıtı neden olan akut hastalık ya da durumlar (örnek: Travma, enfeksiyon, yanık) (38).



Şekil 3: Malnütrisyon tanı ağacı; malnütrisyon riskinden, malnütrisyonun temel tanımına ve etiyolojiye dayanan tanıya kadar (33)

Beslenme durumunun değerlendirilmesinde, anamnez, fizik muayene, antropometrik ölçümler, beslenme öyküsü, laboratuvar bulguları göz önünde bulundurulmalıdır. Hastanın beslenme öyküsünde; iştah ve tat alma durumu, gastrointestinal semptomlar, çiğneme ve yutma problemleri, yeme paterni, gıda alerjisi ve intoleransı, diyet kısıtlamaları sorgulanmalıdır. Buna ek olarak kapsamlı diyet kaydı tutulmasının da faydası vardır. Hastanın medikal öyküsü de nütrisyon değerlendirmesi yaparken göz önüne alınması gereken önemli bir konudur. Mevcut kronik hastalıkları, düzenli kullanılan ilaçlar, hastane yatış durumu, akut veya kronik stres yaratan durumlar, cerrahi girişimler, psikiyatrik ve nörolojik problemler kapsamlı olarak değerlendirilmelidir.

Antropometrik ölçümler, vücut kompozisyonu, vücuttaki yağ ve kas durumu hakkında bilgi veren ölçümlerdir. Beslenmenin değerlendirilmesinde sıkça kullanılan antropometrik ölçümler; boy uzunluğu, vücut ağırlığı, beden kitle indeksi (BKİ), baldır çevresi ve deri kıvrım kalınlığıdır. Tek ölçüm vücut ağırlığı nütrisyon değerlendirmesi için anlamlı olmamakla beraber son altı ay içindeki kilo kaybının değerlendirmesi beslenme durumu ile ilgili daha doğru bilgi verir. Bu değerlendirmeye göre %5'ten az kilo kaybı önemsiz, %5-10 arası kilo kaybı potansiyel olarak anlamlı, %10'dan fazla kilo kaybı anlamlı olarak değerlendirilir (39). Yaşlıda BKİ'de azalma yalnızca yağ miktarında azalma ile değil yağsız vücut kitlesindeki azalma ile de gerçekleşir. Bu durum BKİ'nin yaşlıda beslenme durumunu değerlendirmedeki geçerliliğini azaltır (40). BKİ değerlendirmesinde 65 yaş altı bireyler için cutt-off değer 18,5 kg/m² iken, 65 yaş ve üstü bireylerde prognostik sebeplerden ve vücut kompozisyonlarındaki değişimden ötürü bu değer 20-22 kg/m² aralığında kabul edilmektedir (41). Baldır çevresi ölçümü değerlendirmesi BKİ ve diğer antropometrik ölçümlerle koreledir. Genç yaştaki bireylerde üst orta kol çevresi ölçümü de doğru bilgi verirken geriatrik grupta baldır çevresi ölçümü daha duyarlı ve geçerli bir yöntem olarak kabul edilmektedir (42). Deri kıvrım kalınlığı ölçümü ise vücut yağını değerlendirmede kullanılır. Ölçümler göğüs, triseps, subskapular, midaksillar, suprailiak, karın, uyluk, orta baldır bölgelerinden alınabilir. Deri kıvrım kalınlığını değerlendirmek için en az üç bölgeden ölçüm yapılması önerilir. Minimum üç bölgeden ölçüm yapılması önerilmektedir. Yaşlılarda triseps deri kıvrım kalınlığının (TDKK) 10. persentilin altında veya 95. persentilin üzerinde olması veya < %5 olması kötü beslenmenin göstergesidir (43).

Nütrisyonun laboratuvar değerlendirmesinde; serum proteinleri (albümin, tranferrin, retinol bağlayıcı protein, prealbümin, insülin benzeri büyüme faktörü-1, fibronektin, c-reaktif protein), idrar kreatinini, immün fonksiyonel değerlendirme, leptin, serum kolesterol düzeyi, mikronütriyentler (vitaminler ve elektrolitler) değerlendirilir.

Nütrisyon risk değerlendirmesi ve malnütrisyon değerlendirmesi için pek çok ölçek mevcuttur. ESPEN kılavuzuna göre ideal tarama yöntemi yüksek prediktif değere sahip olmalı, eksiksiz uygun bilgi sağlamalı, gözlemciler arasında farklılığa yol

açmamalı ve uygulaması pratik olmalıdır (33). Nütrisyon risk değerlendirmesinde ve malnütriyon değerlendirmesinde kullanılan ölçekler; NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002), SNAQ (The Simplified Nutrition Assessment Questionnaire), SCREEN II (Seniors in the Community: Risk Evaluation for Eating and Nutrition), MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), MST (Malnutrition Screening Tool), “Subjektif Global Değerlendirme (SGA)”, MNA (Mini Nutritional Assessment)’dır. Klinikte sıklıkla kullanılan tarama testleri; SGA, NRS-2002 ve MNA’dır.

Malnütrisyon artmış morbidite ve mortalite ile doğrudan ilişkilidir. Kronik hastalıkların seyri, bası yaralarının oluşması iyileşmesi, immünite, cerrahi sonrası iyileşme gibi pek çok durum üzerinde malnütrisyonun olumsuz etkisi vardır. Travma veya cerrahi öncesi dönemde yetersiz beslendiği saptanan hastaların yara iyileşmesinin bozulduğunu ve geciktiğini gösteren çalışmalar vardır (44,45). Cerrahi dışı hastaların yaklaşık %40’ının başvuru anında malnütrisyonu olduğu ve bu gruptaki komplikasyon oranının malnütrisyonu olmayan hastalara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (46). Malnütrisyon, iyileşmeyi geciktirmesi, hastanede yatışı uzatması, nütrisyon desteği için ekstra sağlık harcamasına sebep olması yönüyle ekonomik olarak da önem kazanmaktadır. Malnütrisyon sağlık harcamalarını 2- 4 kat arttırmaktadır (47,48).

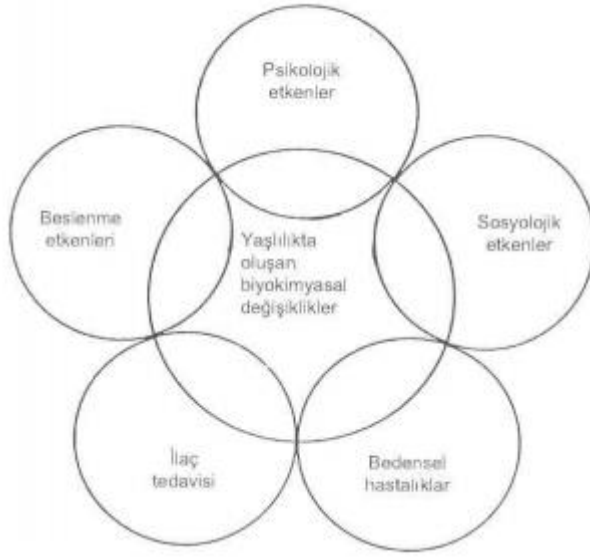
Geriatrik grupta toplum içinde yaşayanların %5-10’ unda, bakımevlerinde kalanların %30-85’inde, hastanede yatanların ise %30-80’inde malnütrisyon vardır (49,50). Yaşlılarda malnütrisyon görülme sıklığı değerlendirilen popülasyon ve değerlendirme ölçeğine göre farklılık göstermektedir. Yoğun bakım ve onkolojik tedavi hastalarında malnütrisyon oranı diğer bölümlere başvuran hastalardan daha fazladır (51).

2.1.3. Yaşlı Hastada Depresyonun Değerlendirilmesi, Önemi ve Epidemiyolojisi

Yaşlanma ile beraber fizyolojik ve anatomik değişiklikler olduğu gibi psikiyatrik değişikliklerde ortaya çıkmaktadır. Bireyin fiziksel ve ekonomik bağımsızlığının azalması, eş ve akran kaybı, komorbid durumların artışı, çoklu ilaç kullanımı, ölüm düşüncesi ve kaygısı gibi pek çok sebep bireyde depresif belirtilere sebep olabilir.

Yaşlılıkta depresyon tek başına veya diğer hastalıklar ile birlikte yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi olumsuz etkiler ortaya çıkarmakta, tedavi edildiği takdirde yaşam kalitesi artmaktadır (52). Yaş ile birlikte kronik hastalık sayısı arttıkça kişinin günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanmakta ve bu durum depresyona zemin hazırlamaktadır (53). Depresyon aynı zamanda fiziksel hastalıkların prognozunu kötüleştirmekte, iyileşmeyi zorlaştırmakta, mortaliteyi arttırmaktadır (54).

Depresyon geriatrik psikiyatri alanında en sık karşılaşılan problemlerden biridir (55,56). Batı toplumlarında 65 yaş ve üstü hastalar ile yapılan çalışmalarda depresyon sıklığı; %11.3, majör depresyon oranı ise %4.6 olarak saptanmıştır. Kendi evinde yaşayan 70 yaş üstü insanlarda major depresyon oranı %6.3 iken 80 yaş üstünde bu oran %15.5'e çıkmaktadır (57,58)



Şekil 4: Yaşlılıkta depresyona zemin hazırlayan faktörler (59)

Yaşlı bireyde depresyonun tanınması oldukça önemli ve bir okadar da zordur. Dikkatli bir değerlendirme yapılmadığında demansif bulgular ve depresyon bulguları karışabilir. Yaşlı bireyler duygusal belirtileri açık bir şekilde ifade etmeyebilirler. Somatik yakınmaların ön planda olduğu bir klinik tablo sergileyebilirler. Depresyonda sıklıkla görülen belirtiler; konsantrasyon zorluğu, iştahta azalma ve kilo değişikliği, çökkün duygudurum, psikomotor işlevlerde yavaşlama, enerji azalması, uyku

problemleri, hipokondriyak semptomlar, anhedoni, gerginlik, yaşamdan zevk alamama, değersizlik düşünceleri ve kayıp ile baş etme yetilerinde azalmadır (60). Tanı, bu belirtilerden birkaçının en az iki hata süre ile hemen hemen her gün olması ile tanı koyulur. Yaşlılarda klasik depresif semptomlar yerine maskeli semptomlar görülebilir. Bu semptomlar; yaygın anksiyete, sinirlilik, huzursuzluk, çocuksu davranışlar, inatçılık, sürekli yakınma, sızlanma, aşırı talep ediciliktir (61). Yaşlıda depresyon değerlendirilirken “pesudodemans” göz önünde bulundurulmalıdır. Pseudodemansta hastanın dikkati çoğunlukla dağınıktır. Düşünceleri tek bir yere takılı kalmıştır. Psikomortor yavaşlama ve küntleşme mevcuttur. Sıklıkla depresyon semptomları düzeldikten sonra bilişsel fonksiyonlarda geri dönüş olur.

Yaşlılıkta depresyona zemin hazırlayan faktörler arasında psikolojik etkenler, sosyolojik etkenler, beslenme değişiklikleri, bedensel hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, yaşlılıkta oluşan biyokimyasal değişiklikler sayılabilir. Yaşlılıkta prestijin, fiziksel gücün, sosyal çevrenin ve desteğin, cinsel fonksiyonların azalması depresyona zemin hazırlar (62,63). Yaşlılıkta depresyon için risk etkenleri; kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, eşini kaybetmiş ya da boşanmış olmak, kronik fiziksel hastalık ya da bilişsel bozukluğa sahip olmak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremiyor olmaktır (61,64–67). Maligniteler, beslenme bozuklukları, serebrovasküler hastalıklar, sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve nörodejeneratif hastalıklar da depresyon için risk faktörüdür. Son bir yıl içinde sosyal desteğin zayıflaması bilişsel bozukluğu olmayan yaşlılarda depresyon için risk faktörüdür (68).

Yaşlılarda depresyonu saptamak için kullanılan ölçekler diğer yaş gruplarındakinden farklılık göstermektedir. Ölçeklerde sorulan sorular açık, anlaşılır, bedensel semptomlara daha az değinen sorular olmalıdır. Özellikle Geriatrik Mental Durum Çizelgesi ve Geriatrik depresyon ölçeğinin kullanılması uygundur. GDÖ-SF toplam 15 soru içermektedir. Beş soru (1, 5, 7, 11 ve 13) olumlu, diğerleri olumsuz kurgulanmıştır. Ölçeğin değerlendirmesinde olumlu sorulara hayır, olumsuz sorulara evet yanıtları 1 'er puanla eşleşmiştir. (69) Her bir sorunun vasfına göre 1 puan üzerinden puanlama yapılmakta ve toplam puan hesaplanmaktadır. 0-4 arası depresif bulgu yok, 5-8 arası hafif depresif bulgular, 9-11 orta düzeyde depresif bulgular ve 12 ve üstü puanlar şiddetli depresif bulgular olduğunu göstermektedir.

İleri yaşlarda gelişen depresyonda kendiliğinden iyileşme oranları düşük, öz yıkım oranları yüksektir. İlk atağı olanlarda, ailede depresyon öyküsü olanlarda, depresyon öncesi uyumu iyi olanlarda klinik seyir daha iyidir (70).

Yaşlılarda depresyon tedavisi genel ilkeler bağlamında genç yaş grubundan farklılık göstermezken yaşlıda görülen farmakodinamik değişiklikler, bilişsel bozukluklar, eşlik eden durumlar, yeti yitimi gibi durumlar nedeni ile özgül bir tedavi yaklaşımı planlanmalıdır. Özellikle yaşlıda sıklıkla gelişen öz yıkım düşüncelerini yok etmeye yönelik tedavi seçimi daha uygundur. Farmakolojik tedavi ile birlikte ailesel ve çevresel destek sağlanmalı, biyopsikososyal yaklaşım uygulanmalıdır (71). Yapılan son çalışmalarda sosyal destek ister aile tarafından sağlansın isterse kurumsal bir merkez tarafından sağlanmış olsun yaşlı hastada depresyon sıklığını azalttığı mental durumda iyileşmeye sebep olduğu gösterilmiştir (72,73). Geriatrik hasta için ideal antidepresanda olması gereken özellikler; ilaç yan etkisinin az olması, yarı ömrünün kısa olması, aktif metabolitin olmaması, alkol ve diğer ilaçlarla etkileşiminin olmaması ve kan düzeyinin takip edilebilir olmasıdır. İlaç tedavisi başlanan hastalarda ilacın etkisinin başlaması için 6-8 hafta süreye ihtiyaç vardır.

2.1.4. Yaşlı Hastada Anksiyetenin Değerlendirilmesi, Önemi ve Epidemiyolojisi

Yaşlı hastada anksiyetenin tanınması tıpkı depresyonun tanınması gibi oldukça zordur. Alınan detaylı bir anamnez en önemli tanı aracıdır. Yaşlılık döneminde anksiyete verilen kayıplara (iş kaybı, itibar kaybı, eş kaybı vs) doğal bir tepki olarak değerlendirilmektedir. Yine yaşlılarda bedensel anksiyete belirtileri, fiziksel bir hastalık gibi değerlendirilebildiğinden anksiyete tanısı atlanabilmektedir. Bu nedenle geriatrik hastalar için kullanılan değerlendirme araçları yaşa, bilişsel ve algısal özelliklere uygun yaşlılarda görülen kaygı semptomlarına duyarlı olmalıdır (74).

Panik bozukluk, fobik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, genel tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı gelişen anksiyete bozukluğu yaşlıda görülen anksiyete bozukluklarının alt tipleridir. Fobik bozukluklar yaşlıda en sık görülen anksiyete bozukluğudur (75). Bazı çalışmalarda yaşlılarda agorafobi diğer fobik bozukluklardan daha sık bulunmuştur (76,77). Yaşlıda panik bozukluk saptandığında etiyolojide

öncelikle depresyon, fiziksel hastalıklar ve ilaçlar akla getirilmelidir (78). Obsesif kompulsif bozukluk yaşlıda gençlere göre daha nadir görülmektedir (75).

Yaşlılarda görülen anksiyete bozukluğunun yaygınlığı %3.21- 14.2 olarak tespit edilmiştir (11). Her yaş grubunda olduğu gibi yaşlılarda da anksiyete bozukluğu kadınlarda erkeklerden daha sıktır(75). İleri yaşta görülen anksiyete bozukluğu; kadın cinsiyet, çok sayıda kronik tıbbi sorunlara sahip olma, bekâr ya da boşanmış olma, düşük eğitim düzeyi, stresli yaşam olayı, günlük aktivitelerde fiziksel kısıtlılık gibi çok sayıda faktör ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (79). Fiziksel bağımsızlığın azalması, bilişsel gerilemeler ve depresyon varlığı anksiyete bozukluğu için risk faktörüdür (80,81). Bununla birlikte yakınlardan yeterli bakım alamama ve destek görememe de anksiyete bozukluğunu tetiklemektedir (82).

Yaşlı hastalar ve genç hastalarda görülen anksiyete bozukluğunda kaygı içerikleri farklıdır. Genç hastaların kaygı içeriği çoğunlukla ailesel veya ekonomik problemken, yaşlı hastaların kaygı içeriği sağlıkla ilgilidir (83).

Anksiyete bozukluklarına başta depresyon olmak üzere başka psikiyatrik hastalıklar da eşlik edebilir. Yapılan bir çalışmada depresyonu olan yaşlılarda anksiyete bozukluğu prevalansı %47.5 olarak saptamıştır (7). ülkemizde yapılan bir çalışmada yaşlı hastada anksiyete tanısı oranı %6.9 olarak saptanmıştır (84). Yapılan çalışmalarda depresyona eşlik eden anksiyete varlığında depresyon tedavisi hem akut hem de idame döneminde olumsuz etkilenmiştir (85).

Yaşlılıkta anksiyete işlevsellikte bozulmaya ve yaşam kalitesinde düşmeye sebep olmaktadır (86).Yapılan bir çalışmaya göre 55-85 yaş aralığında anksiyete bozukluğu varlığında erkeklerde mortalite riskinin arttığı, kadınlarda ise mortalitenin anksiyeteden etkilenmediği saptanmıştır (87).

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde yaşlı hastada temel hedefler hafif düzeyde sedasyon ile rahatlamayı sağlamak, uykunun düzeltilmesi, toksisite, bağımlılık ve ilaç etkileşimlerinden kaçınmaktır (88).

2.2. COVID-19

2.2.1. Covid-19 Tanımı, Genel Bilgiler ve Epidemiyolojisi

Koronavirüs salgını ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkıp, hızla tüm dünyaya yayılmış ve bu durum 11 Şubat 2020'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir. Ülkemizde ilk koronavirüs vakası 11 Mart 2020' de tespit edilmiştir.

Tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA türünden olan bu virüs insanları enfekte edebilen tanımlanmış yedinci koronavirüs olarak kabul edilmiştir (89).

Covid-19 pandemisi bireylerin yalnızca fiziksel sağlığını tehdit etmekle kalmayıp aynı zamanda panik bozukluk, anksiyete bozukluğu ve depresyon gibi pek çok psikolojik soruna da sebep olmaktadır (90–92). Bu psikolojik etkiler bireyi ve toplumu sadece pandemi esnasında değil, pandemi sonrasında da uzun süre etkileyebilmektedir (91). Bazı çalışmalar hastalığa yakalanma korkusunun hastalığın olumsuz etkilerini arttıracaklarını göstermektedir (93,94). Koronavirüs kaynaklı tecrit durumunun da bireyde panik bozukluk, depresyon ve anksiyete gibi sorunlara yol açtığı tespit edilmiştir (92). Bu da pandeminin psikolojik etkilerini değerlendirmeyi önemli kılmaktadır.

Covid-19 enfeksiyonu tüm yaş gruplarında hastalığa sebep olmaktadır. Ancak ileri yaş ve komorbid durumların varlığı hastalığın ağır seyretmesine ve yoğun bakım yatışlarına sebep olmaktadır. Covid-19 enfeksiyonunun ağır seyretmesine ilişkin risk faktörleri; 65 yaş ve üzeri olmak, kardiyovasküler hastalık, diyabetes mellitus, hipertansiyon, kronik akciğer hastalığı, kanser, kronik böbrek hastalığı, obezite ve sigara içmektir (95–99)

2.2.2. Covid-19'un Geriatrik Etkileri

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tüm yaş gruplarını etkileyen, hafif şiddetteki enfeksiyondan yoğun bakıma yatışı gerektirecek şiddetli solunum sıkıntısına neden olan koronavirüs enfeksiyonu pek çok açıdan en çok geriatrik grubu etkilemiştir. Salgının başında Çin verilerine dayanarak yapılan çalışmalarda hastaneye yatış oranlarının yaş ile birlikte arttığı, 20 ila 29 yaş için %1, 50 ila 59 yaş için %4 ve

80 yaşından büyükler için %18 olduğu raporlanmıştır (100). Aynı zamanda yaşlılık mortalite artışı ile de ilişkilidir (96,101,102).

Gerek enfekte olduklarında hastalığın daha ağır seyretmesi, gerekse 65 yaş ve üstü kişileri korumak maksatlı ülkemizde uygulanan ekstra kısıtlamalar bu grubu salgın döneminde en hassas grup haline getirmiştir. Bu durum bireylerin sadece fiziksel sağlıklarını olumsuz etkilememiş bununla birlikte psikososyal olarak da olumsuz etkilenmelerine sebep olmuştur. 65 yaş ve üstü bireylere uygulanan kısıtlamalar diğer yaş grupları tarafından onları korumaya yönelik olarak algılanmak yerine 65 yaş ve üstü bireylerin tehdit olarak algılanmasına ve toplumdan dışlanmalarına sebep olmuştur. Hem ana akım medyada hem de sosyal medyada salgına yönelik önlemler için yapılan uyarıların çoğunlukla yaşlılar üzerinden gündemde tutulması, salgına bağlı yoğun bakım yatışı ve ölüm bilgileri verilirken özellikle “yaşlı hastalar” olarak belirtilmesi halihazırda kırılgan bir grup olan 65 yaş ve üzeri vatandaşlarımızı oldukça olumsuz etkilemiştir. Covid-19 salgının hemen öncesinde yapılan bir çalışmada yaş ayrımcılığı %15’lerde iken, salgın ile paralel yaşlılara yönelik yaş ayrımcılığı olarak yükselme gösterdi (103).

65 yaş ve üzeri vatandaşları korumaya yönelik olarak yürürlüğe koyulan sokağa çıkma kısıtlamasının salgın açısından pek çok olumlu sonucu olduğu gibi bu vatandaşların psikolojik, sosyal ve fiziksel sağlığına olumsuz etkileri de olmuştur. Çünkü yaşlı bireyde sağlık durumu işlevsellik ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebiliyor olmaktan doğrudan etkilenir. Yaşla beraber zaten azalan sosyal çevre ve etkileşimler sokağa çıkma kısıtlaması ile birlikte daha da azalmıştır. Sosyal izolasyon denen bu kavram nedeni ile depresyon, anksiyete ve dış uyaranların azalması, demans ve kognitif fonksiyonlarda bozulmaya ek olarak kalp hastalığı ve mortalite riskini arttırır (104). Yine bu yaş grubundaki vatandaşların mobilitesi oldukça önemli bir konudur. Gerek sahip olunan kronik hastalıklar nedeni ile gerekse mevcut fiziksel fonksiyonlarını korumak için yürüyüş yapmak ve fiziksel aktif olmak bu grup için oldukça önemlidir. Pek tabi kısıtlama sürecinde mobilitede azalma görülmüştür. Mobilitenin azalması sarkopeniye bu da düşmelerin artmasına sebep olarak sekonder sağlık sorunlarına yol açar. Klinik gözlemlere göre bu dönemde raporlu ilaçların rapor sürelerinin uzatılması ve reçete olmaksızın eczaneden temini gibi 65 yaş ve üzeri

hastaların hayatını kolaylaştırmak maksadı ile yapılan uygulamalar hekim kontrolü sıklığını azaltmış, laboratuvar takibi gereken ilaçların takibini azaltmış ve yan etkilerini arttırmıştır.

Bu dönemde 65 yaş üstü bireylerin sistemli bir şekilde desteklenmesi gerekmektedir. Bu amaçla Uluslararası Geriatri ve Gerontoloji Birliği yaşlı bireyleri salgından korumak ve endişelerini azaltmak amacı ile bir rehber oluşturmuş ve önerilerde bulunmuşlardır (105).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmada Covid-19 pandemisi döneminde 65 yaş üstü popülasyonda anksiyete ve depresyon varlığının nütrisyon durumu ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. 65 yaş üstü popülasyonda beslenme durumu çevresel pek çok faktörden etkilenebildiği gibi pandemi dönemindeki duygu durum değişikliklerinden de etkileniyor olabilir.

3.2. ÇALIŞMANIN EVRENİ VE MERKEZİ

Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapıldı. Kesitsel bir araştırma olan çalışmamızın evrenini Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar oluşturdu. Çalışma öncesinde Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulundan HNEAH-KAEK2020 /244 (HNEAH-KAEK 2020/KK/244) karar numarası ile onay alındı. Hastane kayıtları incelenip çalışma evreninden basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile örneklem genişliği hesaplaması yapıldığında ve Aile Hekimliği polikliniklerine 1 aylık periyotta ayda ortalama 540 kişi geldiği, çalışma süresi olan 3 aylık dönemde bunun ortalama %16'sının 65 yaş üstü olduğu göz önüne alındığında %95 güven düzeyi ve %5 güven aralığı içinde örneklem sayısı 155 olarak saptandı. Veriler 01.12.2020 ile 01.03.2021 arasında toplandı.

3.2.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
2. 65 yaş ve üzeri olmak
3. Anket ve ölçekleri eksiksiz doldurabilmek için herhangi bir zihinsel ya da fiziksel engele sahip olmamak
4. Okur yazar olmak

3.2.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
2. Ölçekleri eksik doldurmuş olmak

3. 65 yaşından küçük olmak
4. Anketleri ve ölçekleri okuyup anlamaya ve doldurmaya engel zihinsel ya da fiziksel engele sahip olmak.

3.3. MATERYAL VE METOD

Bu çalışmanın popülasyonunu, çalışmaya dahil edilme kriterleri gözetilerek, 01.12.2020 ile 01.03.2021 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran 65 yaş üzeri 155 gönüllü oluşturdu. Çalışmaya dahil edilecek gönüllülere bilgilendirme yapıldı. Hem sözlü hem de yazılı izin alındı. Çalışma anketi araştırmacı tarafından tek tek uygulandı ve yüz yüze anket olarak dolduruldu.

Katılımcılara uygulamak üzere yaş, cinsiyet, medeni durum, bir işte çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık tanısı, düzenli ilaç kullanım durumu, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, covid-19 salgını dönemindeki sosyal durumu gibi demografik bilgileri sorgulayan açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan 24 soruluk bir anket hazırlandı.

Araştırmaya katılanların duygu durumlarını değerlendirmek amacı ile Geriatrik Depresyon Ölçeği-15 (GDS-15) ve Koronavirüs Anksiyete Ölçeği KAÖ uygulandı. Nutrisyon durumlarını değerlendirmek için ise Mini Nutrisyonel Anket-Kısa Form (MNA-SF) uygulandı.

3.5.1. Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Form

Geriatrik depresyon ölçeği ilk kez 1983 yılında Yesavage ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup (106), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ertan tarafından 1996 yılında yapılmıştır (107). Temel hedefi geriatrik popülasyonda depresyon varlığını taramaktır. İlk oluşturulduğu hali ile 30 soruluk olan bu ölçekten 1986 yılında yine Yesavage ve arkadaşları tarafından tanısal olarak 30 soruluk forma eşdeğer sonuçlar veren, uygulaması daha kolay olan ve uygulama süresi daha kısa olan 15 soruluk kısa form geliştirilmiştir (108). Bu 15 soruluk kısa formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Durmaz ve arkadaşları yapmıştır. 15 soruluk bu ölçeğin tüm soruları depresyonu ölçmektedir. Her bir soru “Evet”, “Hayır” şeklinde cevaplanır. Soruya bağlı olarak “1” puan ya “Evet” ya da “Hayır” cevabına verilir (4).

Kesme noktaları; 0-4: depresyon yok, 5-8: hafif depresyon, 9-11: orta düzey depresyon, 12-15: şiddetli depresyon olarak belirlenmiştir (109).

3.5.2. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği

Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ilk kez 2020 yılında Lee ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup amacı COVID-19 pandemisi ile ilişkili disfonksiyonel anksiyete vakalarını saptamaktır (110). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Biçer ve arkadaşları yapmıştır. KAÖ 5’li likert türünde bir ölçektir. Ölçek 5 soru ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin puanlanması “0” “hiçbir zaman”, “1” “Nadir, bir veya iki günden az”, “2” “Biraz gün”, “3” “7 günden fazla” ve “4” “son iki haftada neredeyse her gün” olarak gerçekleştirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 20 olup, kesme değeri 9 olarak belirlenmiştir ve 9 puan üzerinde anksiyete var kabul edilmektedir (111).

3.5.3. Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu (MNA-SF)

Mini Nutrisyonel Anket 1994 yılında Toulouse Üniversitesi, New Mexico Tıp Fakültesi ve İsviçre Nestle Araştırma Merkezi arasındaki işbirliği ile geliştirilmiştir (112). İlk kez 1994 yılında 600’ den fazla yaşlının katıldığı 3 çalışma ile validiye edilmiş olup, Guigoz ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (113,114). MNA uzun form 4 bölümde toplanmış 18 öge içerir. Bu dört bölümü; antropometrik değerlendirme (VKİ, kilo, kol ve baldır çevreleri); genel değerlendirme (hayat tarzı, ilaç, mobilite, depresyon ve demans belirtileri); kısa beslenme değerlendirmesi (öğün sayısı, gıda ve sıvı alımı, beslenmede özerklik) ve subjektif değerlendirme (sağlık ve beslenme konusunda benlik algısı) oluşturur. MNA-Kısa Form (MNA-SF) ise 2001 yılında Rubstein ve arkadaşları tarafından geliştirilerek valide edilmiştir. MNA-SF konvansiyonel nutrisyonel değerlendirmeyle yüksek korelasyon gösterdiği belirlenen altı maddeden oluşur (115). 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 (<7) şeklinde sınıflandırılma yapılır (116). Her iki formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2013 yılında Sarıkaya tarafından yapılmıştır (117).

3.4. Verilerin Analizi ve İstatistiksel Yöntemler

Cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ekonomik durumu, Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumu gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan yaş, toplam hastalık sayısı, Mini Nutrisyonel Değerlendirme Ölçeği Kısa Form (MNA-SF), Geriatrik Depresyon Ölçeği Kısa Form (GDÖ-SF), Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ) gibi sürekli değişkenin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin hiçbirinin normal dağılıma uymadıkları belirlendi bu nedenle tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca (ÇAG–Çeyreklikler Arası Genişlik) değerleri kullanıldı. Ek olarak tanımlayıcı istatistik gösteriminde Ortalama±Standart Sapma ve minimum-maksimum değerleri kullanıldı.

MNA-SF Sınıflaması, GDÖ-SF Sınıflaması ve KAÖ sınıflandırılması sonucunda kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturuldu, sayı (n), yüzde (%) ve ki kare (χ^2) test istatistiği verildi.

MNA-SF Sınıflamasına göre bireylerin yaş değerlerinin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvurulmuştur. İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verilmiştir.

GDÖ-SF Sınıflaması ve KAÖ Sınıflamasına göre yaş değerlerinin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

MNA-SF ölçek puanı ile GDÖ-SF ve KAÖ puanları arasında yapılan korelasyon analizinde Spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışma 01.12.2020-01.03.2021 tarihleri arasında S.B.Ü Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 155 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %51.6'sı (n=80) kadın, %48.4'ü (n=75) erkektir. Bireyler %57,4 oranında (n=89) evli, %39,4 oranında (n=65) bekar, %3.2 oranında (n=5) boşanmıştır. Bireyler %54,8 oranında (n=85) emekli, %41,9 oranında (n=65) çalışmıyor, %3,2 oranında (n=5) çalışmaktadır. Bireylerin gelir durumu %21,9 oranında (n=34) kötü, %56,8 oranında (n=88) orta, %21,3 oranında (n=33) iyidir (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik Bilgiler

		n (%)
Cinsiyetiniz	Kadın	80 (51.6)
	Erkek	75 (48.4)
Medeni Durum	Evli	89 (57.4)
	Bekar	61 (39.4)
	Boşanmış	5 (3.2)
Çalışma Durumu	Emekli	85 (54.8)
	Çalışmıyor	65 (41.9)
	Çalışıyor	5 (3.2)
Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	Kötü	34 (21.9)
	Orta	88 (56.8)
	İyi	33 (21.3)
	Çok iyi	0 (0.0)
Kiminle yaşıyorsunuz?	Kendi evimde tek yaşıyorum	23 (14.9)
	Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	94 (60.6)
	Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum	20 (12.9)
	Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum	18 (11.6)

Tablo 2. Özgeçmiş ve Covid-19 ile ilgili bilgiler

			n (%)
Mevcut Hastalıklarınız	Diyabetes	Var	70 (45.2)
	Mellitus	Yok	85 (54.8)
	Hipertansiyon	Var	100 (64.5)
		Yok	55 (35.5)
	Kalp	Var	22 (14.2)
	Yetmezliği	Yok	133 (85.8)
	Hiperlipidemi	Var	34 (21.9)
		Yok	121 (78.1)
	Koah	Var	12 (7.7)
		Yok	143 (92.3)
	Osteoporoz	Var	16 (10.3)
		Yok	139 (89.7)
	Kanser	Var	9 (5.8)
		Yok	146 (94.2)
Kullanmakta olduğunuz ilaçlar	Diğer	Var	50 (32.3)
		Yok	105 (67.7)
	Oral	Var	67 (43.2)
	antidiyabetik	Yok	88 (56.8)
	İnsülin	Var	49 (31.6)
		Yok	106 (68.4)
	Antihipertansif	Var	96 (61.9)
		Yok	59 (38.1)
	Antikoagülan	Var	54 (34.8)
		Yok	101 (65.2)
	Statin	Var	42 (27.1)
		Yok	113 (72.9)
	Kalsiyum	Var	16 (10.3)
	içeren prepat	Yok	139 (89.7)
Sigara kullanıyor musunuz?	Malignite	Var	8 (5.2)
	tedavisi	Yok	147 (94.8)
	Vitamin	Var	6 (3.9)
	takviyesi	Yok	149 (96.1)
	Diğer	Var	30 (19.4)
		Yok	125 (80.6)
	Şu an kullanıyorum		23 (14.8)
	Daha önce kullandım, bıraktım		76 (49.0)
	Hiç kullanmadım		56 (36.2)
Eğer sigara kullanıyorsanız, Covid-19 salgını döneminde içtiğiniz sigara miktarı değişti mi?	Değişmedi		12 (52.2)
	Arttı		9 (39.1)
	Azaldı		2 (8.7)
Alkol kullanıyor musunuz?	Hayır		124 (80.0)
	Nadiren		30 (19.4)
	Sık sık		1 (0.6)
Eğer alkol kullanıyorsanız, Covid-19 salgını döneminde içtiğiniz alkol miktarı değişti mi?	Değişmedi		29 (100.0)
	Arttı		0 (0.0)
	Azaldı		0 (0.0)

Ayrıca bireylerin mevcut hastalıklarına baktığımızda sadece diyabet hastalığı olan birey sayısı 70 (%45.2), hipertansiyon olan birey sayısı 100 (%64.5), kanser hastalığı olan birey sayısı ise 9 (%5.8)'dur.

“Sigara kullanıyor musunuz?” sorusuna bireylerin %14,8'i (n=23) şu an kullanıyorum, %49,0'u (n=76) daha önce kullandım, bıraktım %36.2'si (n=56) hiç kullanmadım yanıtını verdiği tespit edilmiştir.

“Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?” sorusuna bireylerin 38'i (%24,5) evet, 117'si (%75,5) hayır yanıtını vermiştir. Covid-19 enfeksiyonu geçiren bireylerin %68,4'ü (n=26) hastaneye yatış yapmıştır.

“Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?” sorusuna ise bireylerin %40.6'sı (n=63) kendi alışverişimi kendim yaptım, %41,3'ü (n=64) çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı, %7,7'si (n=12) devlet desteğine başvurdum, devlet karşıladı, %10,4'ü (n=16) bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı yanıtını verdiği belirlenmiştir.

“Covid-19 salgını esnasında gıda temin etmekte sıkıntı yaşadığınız oldu mu?” sorusuna yanıt verenlerin %78,7'si (n=122) hiç yaşamadım yanıtını, %21,3'ü (n=33) zaman zaman yaşadım yanıtı vermiştir.

“Covid-19 salgını esnasında boş vakitlerinizi nasıl değerlendirdiniz?” sorusuna sadece TV izledim veya radyo dinledim yanıtını veren 119 kişi (%76,8), sadece Dua veya ibadet ettim yanıtını veren 44 kişi (%28,4), sadece Evcil hayvanımla ilgilendim yanıtı veren ise 2 kişi (%1,3) olduğu tespit edilmiştir

Tablo 2. Özgeçmiş ve Covid-19 ile ilgili bilgiler (devam)

			n (%)
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?	Evet		38 (24.5)
	Hayır		117 (75.5)
Yukarıdaki soruya cevabınız “evet” ise hastalık sürecinde hastaneye yatışınız gerekti mi?	Evet		26 (68.4)
	Hayır		12 (31.6)
Covid-19 salgını nedeniyle yalnız yaşamak zorunda kaldınız mı?	Evet		36 (23.2)
	Hayır		119 (76.8)
Eğer yalnız yaşıyorsanız, Covid19 salgını döneminde haftada kaç kere ziyaretçiniz oldu?	Haftada bir ya da iki kere		4 (17.4)
	Ayda bir ya da iki kere		9 (39.1)
	Neredeyse her gün		2 (8.7)
	Hiç ziyaretçim olmadı		8 (34.8)
Covid-19 salgını esnasında ekonomik zorluk yaşadınız mı?	Evet yaşadım		44 (28.4)
	Hayır yaşamadım		111 (71.6)
Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?	Kendi alışverişimi kendim yaptım		63 (40.6)
	Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı		64 (41.3)
	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı		12 (7.7)
	Sivil toplum kuruluşları temin etti		0 (0.0)
	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı		16 (10.4)
Covid-19 salgını esnasında iştah durumunda değişme oldu mu?	Değişmedi		82 (52.9)
	İştahım azaldı		62 (40.0)
	İştahım arttı		11 (7.1)
Covid-19 salgını esnasında gıda temin etmekte sıkıntı yaşadığınız oldu mu?	Hiç yaşamadım		122 (78.7)
	Zaman zaman yaşadım		33 (21.3)
	Sıklıkla yaşadım		0 (0.0)
Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?	Evet, nadiren hissettim		53 (34.2)
	Evet, sıklıkla hissettim		39 (25.2)
	Hayır, hiç hissetmedim		63 (40.6)
Covid-19 salgını esnasında boş vakitlerinizi nasıl değerlendirdiniz?	Tv izledim veya radyo dinledim	Var	119 (76.8)
		Yok	36 (23.2)
	İnternette haberleri veya sosyal medyayı takip ettim	Var	16 (10.3)
		Yok	139 (89.7)
	Yeni hobi edindim veya eski hobilerime devam ettim	Var	12 (7.7)
		Yok	143 (92.3)
	Kitap okudum	Var	36 (23.2)
		Yok	119 (76.8)
	Yakınlarımla görüntülü görüşme yaptım	Var	11 (7.1)
		Yok	144 (92.9)
	Evcil hayvanımla ilgilendim	Var	2 (1.3)
		Yok	153 (98.7)
	Dua veya ibadet ettim	Var	44 (28.4)
		Yok	111 (71.6)
	Hiçbir şey yapmadım	Var	22 (14.2)
		Yok	133 (85.8)
	Diğer	Var	29 (18.7)
		Yok	126 (81.3)

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortancası 72.0 (ÇAG=12.0)' dir. Minimum yaş 65 yıl iken, maksimum yaş 95 yıl olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin boy ortalaması 162.52±9.44 cm, kilo ortalaması 74.76±14.42 kg olarak tespit edilmiştir. MNA-SF Ölçek puanı ortalaması 11.43±3.34, GDÖ-SF puanı ortalaması 6.86±5.89, KAÖ puanı ortalaması ise 4.78±4.35'dir (Tablo 3).

Tablo 3. Bireylere ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort±SS	Ortanca (ÇAG)	Minimum Maksimum	–
Yaş	74.01±7.91	72.0 (12.0)	65.0; 95.0	
Boy (cm)	162.52±9.44	160.0 (15.0)	140.0; 189.0	
Kilo (kg)	74.76±14.42	73.0 (17.0)	45.0; 140.0	
MNA-SF puanı	11.43±3.34	14.0 (6.0)	3.0; 14.0	
GDÖ-SF puanı	6.86±5.89	4.0 (13.0)	0.0; 15.0	
KAÖ puanı	4.78±4.35	4.0 (8.0)	0.0; 16.0	

MNA-SF Sınıflamasına göre bireylerin %18,1 (n=28) Malnütrisyonlu, %19,3'ü (n=30) Malnütrisyon riski altında, %62.6'sı (n=97) Normal nütrisyonel durumda olduğu belirlenmiştir. GDÖ-SF sınıflamasına göre bireylerin %50,3'ünde (n=78) depresif bulgu yok, %33,5'inde (n=52) şiddetli depresif bulgu bulunmaktadır. KAÖ sınıflamasına göre ise bireylerin %20,6'sında (n=32) anksiyete var iken, %79,4'ünde (n=123) anksiyete bulunmamaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Ölçeklerin Sınıflamalara göre dağılımı

	n (%)
MNA-SF Sınıflaması	
Malnütrisyonlu	28 (18.1)
Malnütrisyon riski altında	30 (19.3)
Normal nütrisyonel durum	97 (62.6)
GDÖ-SF Sınıflaması	
Depresif bulgu yok	78 (50.3)
Hafif depresif bulgu	15 (9.7)
Orta düzeyde depresif bulgu	10 (6.5)
Şiddetli depresif bulgu	52 (33.5)
KAÖ Sınıflaması	
Anksiyete yok	123 (79.4)
Anksiyete var	32 (20.6)

Tablo 5. Bireylerin MNA-SF Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı

	MNA-SF SINIFLAMASI			Test istatistiği	
	Malnütrisyonlu n (%)	Malnütrisyon riski altında n (%)	Normal nütrisyonel durum n (%)	χ^2	p
Cinsiyet					
Kadın	9 (11.3)	20 (25.0)	51 (63.7)	7.008	0.030
Erkek	19 (25.3)	10 (13.3)	46 (61.4)		
Medeni durum					
Evli	7 (7.9)	15 (16.9)	67 (75.2)	18.346	0.001
Bekar	19 (31.1)	14 (23.0)	28 (45.9)		
Boşanmış	2 (40.0)	1 (20.0)	2 (40.0)		
Çalışma durumu					
Emekli	7 (8.2)	14 (16.5)	64 (75.3)	*	*
Çalışmıyor	21 (32.3)	16 (24.6)	28 (43.1)		
Çalışıyor	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)		
Sigara kullanıyor musunuz?					
Şuan kullanıyorum	1 (4.3)	6 (26.1)	16 (69.6)	12.997	0.011
Daha önce kullandım, bıraktım	22 (28.9)	14 (18.4)	40 (52.7)		
Hiç kullanmadım	5 (8.9)	10 (17.9)	41 (73.2)		
Covid-19 salgını döneminde içtiğiniz sigara miktarı değişti mi?					
Değişmedi	0 (0.0)	3 (25.0)	9 (75.0)	*	*
Arttı	1 (11.1)	3 (33.3)	5 (55.6)		
Azaldı	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)		
Alkol kullanıyor musunuz?					
Hayır	18 (14.5)	23 (18.5)	83 (66.9)	*	*
Nadiren	9 (30.0)	7 (23.3)	14 (46.7)		
Sık sık	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
Covid-19 salgını döneminde içtiğiniz alkol miktarı değişti mi?					
Değişmedi	10 (34.5)	7 (24.1)	12 (41.4)	*	*

χ^2 : Ki kare Test İstatistiği *Denek sayısı yetersiz olduğundan test sonucu verilemez

Bireylerin MNA-SF sınıflamasına göre, kadınların %11,3'ü (n=9) malnütrisyonlu, %25,0'i (n=20) malnütrisyon riski altında, %63,7'si (n=51) normal nütrisyonel durumda iken, erkeklerin %25,3'ü (n=19) malnütrisyonlu, %13,3'ü (n=10) malnütrisyonel riski altında, %61,4'ü (n=46) normal nütrisyonel durumdadır. MNA-SF sınıflamasına göre cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2=7.008$, $p=0.030$) (Tablo 5).

Sigara kullanan bireylerin %4,3'ü (n=1) malnütrisyonlu, daha önce sigara kullanıp bırakan bireylerin %28,9'u (n=22) malnütrisyonlu, hiç sigara kullanmayan bireylerin ise %8,9'u (n=5) malnütrisyonlu olduğu belirlenmiştir. MNA-SF sınıflamasına göre sigara kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=12.997$, $p=0.011$)

Bireylerin MNA-SF sınıflamasına göre, Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin %47,4'ü (n=18) malnütrisyonlu, %36,8'i (n=14) malnütrisyonel riski altında, %15,8'i (n=4) normal nütrisyonel durumda, Covid-19 enfeksiyonu geçirmeyenlerin ise %8,5'i (n=10) malnütrisyonlu, %13,7'si (n=16) malnütrisyonel riski altında, %77,8'i (n=91) normal nütrisyonel durumdadır. MNA-SF sınıflamasına göre Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2=49.497$, $p<0.001$)

Tablo 5. Bireylerin MNA-SF Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı(devam)

		MNA-SF SINIFLAMASI			Test istatistiği	
		Malnütrisyonlu n (%)	Malnütrisyon riski altında n (%)	Normal nütrisyonel durum n (%)	χ^2	p
Ekonomik durumunuzu tanımlarsınız?	nasıl					
Kötü		21 (61.8)	7 (20.6)	6 (17.6)	61.614	<0.001
Orta		7 (8.0)	15 (17.0)	66 (75.0)		
İyi		0 (0.0)	8 (24.2)	25 (75.8)		
Kiminle yaşıyorsunuz?						
Kendi evimde tek yaşıyorum		3 (13.0)	6 (26.1)	14 (60.9)	*	*
Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum		4 (4.3)	16 (17.0)	74 (78.7)		
Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum		11 (55.0)	1 (5.0)	8 (40.0)		
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum		10 (55.6)	7 (38.9)	1 (5.6)		
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?						
Evet		18 (47.4)	14 (36.8)	6 (15.8)	49.497	<0.001
Hayır		10 (8.5)	16 (13.7)	91 (77.8)		
Covid-19 hastaneye girdi mi?	sürecinde yatışınız					
Evet		15 (57.7)	11 (42.3)	0 (0.0)	*	*
Hayır		3 (25.0)	3 (25.0)	6 (50.0)		
Covid-19 nedeniyle yaşamak zorunda kaldınız mı?	salgını yalnız					
Evet		8 (22.2)	9 (25.0)	19 (52.8)	1.941	0.379
Hayır		20 (16.8)	21 (17.6)	78 (65.5)		
Eğer yaşıyorsanız, Covid-19 salgını döneminde haftada kaç kere ziyaretçiniz oldu?	yalnız					
Haftada bir ya da iki kere		1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	*	*
Ayda bir ya da iki kere		1 (11.1)	2 (22.2)	6 (66.7)		
Neredeyse her gün		0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)		
Hiç ziyaretçim olmadı		1 (12.5)	2 (25.0)	5 (62.5)		

Tablo 5. Bireylerin MNA-SF Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı(devam)

MNA-SF SINIFLAMASI					
	Malnütrisyonlu n (%)	Malnütrisyon riski altında n (%)	Normal nütrisyonel durum n (%)	Test istatistiği	
				χ^2	p
Covid-19 salgını esnasında ekonomik zorluk yaşadınız mı?					
Evet yaşadım	22 (50.0)	9 (20.5)	13 (29.5)	45.441	<0.001
Hayır yaşamadım	6 (5.4)	21 (18.9)	84 (75.7)		
Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?					
Kendi alışverişimi kendim yaptım	1 (1.6)	9 (14.3)	53 (84.1)	*	*
Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	10 (15.6)	12 (18.8)	42 (65.6)		
Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı	8 (66.7)	3 (25.0)	1 (8.3)		
Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı	9 (56.3)	6 (37.5)	1 (6.3)		
Covid-19 salgını esnasında iştah durumunda değişme oldu mu?					
Değişmedi	1 (1.2)	8 (9.8)	73 (89.0)	70.814	<0.001
İştahım azaldı	27 (43.5)	20 (32.3)	15 (24.2)		
İştahım arttı	0 (0.0)	2 (18.2)	9 (81.8)		
Covid-19 salgını esnasında gıda temin etmekte sıkıntı yaşadığınız oldu mu?					
Hiç yaşamadım	13 (10.7)	22 (18.0)	87 (71.3)	24.909	<0.001
Zaman zaman yaşadım	15 (45.5)	8 (24.2)	10 (30.3)		
Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?					
Evet, nadiren hissettim	8 (15.1)	13 (24.5)	32 (60.4)	69.278	<0.001
Evet, sıklıkla hissettim	20 (51.3)	13 (33.3)	6 (15.4)		
Hayır, hiç hissetmedim	0 (0.0)	4 (6.3)	59 (93.7)		

MNA-SF ölçek puanı ile kronik hastalık sayısı arasında orta düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Spearman İlişki Katsayısı= -0.412, $p<0.001$) MNA-SF ölçek puanı arttıkça kronik hastalık sayısının azalmakta olduğu belirlenmiştir. Ayrıca MNA-SF ölçek puanı ile kullanılan ilaç miktarı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Spearman İlişki Katsayısı= -0.342, $p<0.001$) (Tablo 6).

Tablo 6. MNA-SF Ölçek puanı ile değişkenler arasındaki ilişki

	MNA-SF ÖLÇEK PUANI	
	Spearman İlişki Katsayısı	p
Kronik Hastalık Sayısı	-0.412	<0.001
Kullanılan İlaç Miktarı	-0.342	<0.001

Çalışmaya katılan bireylerin gelir durumu kötü olanların MNA-SF ölçek puanı ortancası 7.0 (ÇAG=3.0), orta düzeyde olanların MNA-SF ölçek puanı ortancası 14.0 (ÇAG=2.7), iyi düzeyde olanların MNA-SF ölçek puanı ortancası ise 14.0 (ÇAG=2.5)'dür. Gelir durumuna göre bireylerin MNA-SF ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=49.372$, $p<0.001$). Ayrıca medeni durumuna göre bireylerin MNA-SF ölçek puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=19.973$, $p<0.001$). Medeni durumu evli olan bireylerin MNA-SF ölçek puanı ortancası en yüksek çıkarken, boşanmış bireylerin MNA-SF ölçek puanı en düşük çıkmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Belirtilen değişken gruplarında bireylerin MNA-SF ölçek puanlarının karşılaştırılması

		MNA-SF ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	χ^2	p
Medeni Durum	Evli	12.51±2.45	14.0 (2.5)	$\chi^2=19.973$	<0.001
	Bekar	10.02±3.87	11.0 (7.0)		
	Boşanmış	9.60±3.65	8.0 (7.0)		
Gelir Durumu	Kötü	7.56±3.27	7.0 (3.0)	$\chi^2=49.372$	<0.001
	Orta	12.42±2.64	14.0 (2.7)		
	İyi	12.79±1.85	14.0 (2.5)		

Bireylerin KAÖ sınıflamasına göre, evli bireylerin %87,6'sında (n=78) corona anksiyetesi yok %12,4'ünde (n=11) corona anksiyetesi var iken, bekar bireylerin %68,9'unda (n=42) corona anksiyetesi yok iken, %31,1'inde (n=19) corona anksiyetesi var olduğu belirlenmiştir. KAÖ sınıflamasına göre medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2=8.980$, $p=0.011$) (Tablo 8).

Bireylerin KAÖ sınıflamasına göre, kadınların %75'inde (n=60) koronavirüs anksiyetesi yok iken, %25'inde (n=20) koronavirüs anksiyetesi vardır. Erkeklerin %84'ünde (n=63) koronavirüs anksiyetesi yok iken, %16'sında (n=12) koronavirüs anksiyetesi vardır. Koronavirüs anksiyete Ölçeği sınıflamasına göre cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($\chi^2=1.914$, $p=0.167$) (Tablo 8)

Covid-19 enfeksiyonu geçiren bireylerin %42,1'inde (n=16) koronavirüs anksiyetesi var iken, Covid-19 enfeksiyonu geçirmeyen bireylerin %13,7'sinde (n=16) koronavirüs anksiyetesi bulunmaktadır. KAÖ sınıflamasına göre Covid-19 enfeksiyonu geçirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($\chi^2=14.151$, $p<0.001$) (Tablo 8)

“Covid-19 salgını esnasında iştah durumunda değişme oldu mu? Sorusuna değişmedi yanıtı verenlerin %95,1'inde (n=78) koronavirüs anksiyetesi yok iken, %4,9'unda (n=4) koronavirüs anksiyetesi vardır, iştahım azaldı yanıtını verenlerin ise %43,5'inde (n=27) koronavirüs anksiyetesinin var olduğu tespit edilmiştir. KAÖ sınıflamasına göre bireylerin “Covid-19 salgını esnasında iştah durumunda değişme oldu mu? Sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=33.191$, $p<0.001$) (Tablo 8)

Tablo 8. Bireylerin KAÖ puanı Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı

	KAÖ SINIFLAMASI			
	Yok n (%)	Var n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
Cinsiyet				
Kadın	60 (75.0)	20 (25.0)	1.914	0.167
Erkek	63 (84.0)	12 (16.0)		
Medeni durum				
Evli	78 (87.6)	11 (12.4)	8.980	0.011
Bekar	42 (68.9)	19 (31.1)		
Boşanmış	3 (60.0)	2 (40.0)		
Çalışma durumu				
Emekli	72 (84.7)	13 (15.3)	5.711	0.058
Çalışmıyor	46 (70.8)	19 (29.2)		
Çalışıyor	5 (100.0)	0 (0.0)		
Sigara kullanıyor musunuz?				
Şu an kullanıyorum	21 (91.3)	2 (8.7)	2.368	0.306
Daha önce kullandım, bıraktım	59 (77.6)	17 (22.4)		
Hiç kullanmadım	43 (76.8)	13 (23.2)		
Covid-19 salgını döneminde içtiğiniz sigara miktarı değişti mi?				
Değişmedi	11 (91.7)	1 (8.3)	*	*
Arttı	8 (88.9)	1 (11.1)		
Azaldı	2 (100.0)	0 (0.0)		
Alkol kullanıyor musunuz?				
Hayır	99 (79.8)	25 (20.2)	*	*
Nadiren	23 (76.7)	7 (23.3)		
Sık sık	1 (100.0)	0 (0.0)		
Covid-19 salgını döneminde içtiğiniz alkol miktarı değişti mi?				
Değişmedi	22 (75.9)	7 (24.1)	*	*

Tablo 8. KAÖ puanı Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı (devam)

	KAÖ SINIFLAMASI			
	Yok n (%)	Var n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?				
Kötü	19 (55.9)	15 (44.1)	14.681	0.001
Orta	76 (86.4)	12 (13.6)		
İyi	28 (84.8)	5 (15.2)		
Kiminle yaşıyorsunuz?				
Kendi evimde tek yaşıyorum	18 (78.3)	5 (21.7)	*	*
Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	82 (87.2)	12 (12.8)		
Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum	14 (70.0)	6 (30.0)		
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum	9 (50.0)	9 (50.0)		
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?				
Evet	22 (57.9)	16 (42.1)	14.151	<0.001
Hayır	101 (86.3)	16 (13.7)		
Covid-19 sürecinde hastaneye yatışınız gerekti mi?				
Evet	12 (46.2)	14 (53.8)	4.656	0.031
Hayır	10 (83.3)	2 (16.7)		
Covid-19 salgını nedeniyle yalnız yaşamak zorunda kaldınız mı?				
Evet	27 (75.0)	9 (25.0)	0.543	0.461
Hayır	96 (80.7)	23 (19.3)		
Eğer yalnız yaşıyorsanız, Covid-19 salgını döneminde haftada kaç kere ziyaretçiniz oldu?				
Haftada bir ya da iki kere	3 (75.0)	1 (25.0)	*	*
Ayda bir ya da iki kere	6 (66.7)	3 (33.3)		
Neredeyse her gün	2 (100.0)	0 (0.0)		
Hiç ziyaretçim olmadı	7 (87.5)	1 (12.5)		

Tablo 8. KAÖ puanı Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı (devam)

	KAÖ SINIFLAMASI			
	Yok n (%)	Var n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
Covid-19 salgını esnasında ekonomik zorluk yaşadınız mı?				
Evet yaşadım	28 (63.6)	16 (36.4)	9.266	0.002
Hayır yaşamadım	95 (85.6)	16 (14.4)		
Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?				
Kendi alışverişimi kendim yaptım	57 (90.5)	6 (9.5)	20.514	<0.001
Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	52 (81.3)	12 (18.7)		
Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı	5 (41.7)	7 (58.3)		
Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı	9 (56.3)	7 (43.7)		
Covid-19 salgını esnasında iştah durumunda değişme oldu mu?				
Değişmedi	78 (95.1)	4 (4.9)	33.191	<0.001
İştahım azaldı	35 (56.5)	27 (43.5)		
İştahım arttı	10 (90.9)	1 (9.1)		
Covid-19 salgını esnasında gıda temin etmekte sıkıntı yaşadığınız oldu mu?				
Hiç yaşamadım	102 (83.6)	20 (16.4)	6.323	0.012
Zaman zaman yaşadım	21 (63.6)	12 (36.4)		
Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?				
Evet, nadiren hissettim	40 (75.5)	13 (24.5)	20.077	<0.001
Evet, sıklıkla hissettim	23 (59.0)	16 (41.0)		
Hayır, hiç hissetmedim	60 (95.2)	3 (4.8)		

“*Sigara kullanıyor musunuz?*” Sorusuna şu an kullanıyorum yanıtı verenlerin %47,8’inde (n=11) geriatrik depresyon var, daha önce kullandım, bıraktım yanıtı verenlerin %51,3’ünde (n=39) geriatrik depresyon bulunurken, hiç sigara kullanmadım yanıtı verenlerin ise %48,2’sinde (n=27) geriatrik depresyon var olduğu tespit edilmiştir. GDÖ-SF sınıflamasına göre bireylerin “*Sigara kullanıyor musunuz?*” Sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=0.161$, $p=0.923$) (Tablo 9).

Bireylerin GDÖ-SF sınıflamasına göre, ekonomik durumu kötü olan bireylerin %97,1’inde (n=33) geriatrik depresyon var iken, %2,9’unda (n=1) geriatrik depresyon yoktur. Ekonomik durumu iyi olan bireylerin ise %18,2’sinde (n=6) geriatrik depresyon var iken, %81,8’inde (n=27) geriatrik depresyon olmadığı saptanmıştır. %. GDÖ-SF sınıflamasına göre bireylerin ekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=45.113$, $p<0.001$) (Tablo 9)

“*Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?*” Sorusuna kendi alışverişimi kendim yaptım yanıtı verenlerin %22,2’sinde (n=14) geriatrik depresyon var, çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı yanıtı verenlerin %54,7’sinde (n=35) geriatrik depresyon var iken, Devlet desteğine başvurdum, devlet karşıladı ve bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı yanıtlarını verenlerin tamamında geriatrik depresyon olduğu belirlenmiştir. GDÖ-SF sınıflamasına göre bireylerin “*Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?*” Sorusuna verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=48.002$, $p<0.001$) (Tablo 9)

Tablo 9. Bireylerin GDÖ-SF Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı

	GDÖ-SF SINIFLAMASI			
	Yok n (%)	Var n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
Cinsiyet				
Kadın	37 (46.3)	43 (53.8)	1.097	0.295
Erkek	41 (54.7)	34 (45.3)		
Medeni durum				
Evli	56 (62.9)	33 (37.1)	14.810	0.001
Bekar	19 (31.1)	42 (68.9)		
Boşanmış	3 (60.0)	2 (40.0)		
Çalışma durumu				
Emekli	56 (65.9)	29 (34.1)	28.356	<0.001
Çalışmıyor	17 (26.2)	48 (73.8)		
Çalışıyor	5 (100.0)	0 (0.0)		
Sigara kullanıyor musunuz?				
Şu an kullanıyorum	12 (52.2)	11 (47.8)	0.161	0.923
Daha önce kullandım, bıraktım	37 (48.7)	39 (51.3)		
Hiç kullanmadım	29 (51.8)	27 (48.2)		
Covid-19 salgını döneminde içtiğiniz sigara miktarı değişti mi?				
Değişmedi	5 (41.7)	7 (58.3)	*	*
Arttı	5 (55.6)	4 (44.4)		
Azaldı	2 (100.0)	0 (0.0)		
Alkol kullanıyor musunuz?				
Hayır	64 (51.6)	60 (48.4)	*	*
Nadiren	14 (46.7)	16 (53.3)		
Sık sık	0 (0.0)	1 (100.0)		
Covid-19 salgını döneminde içtiğiniz alkol miktarı değişti mi?				
Değişmedi	12 (41.4)	17 (58.6)	*	*

Tablo 9. Bireylerin GDÖ-SF Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı (devam)

GDÖ-SF SINIFLAMASI				
	Yok n (%)	Var n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?				
Kötü	1 (2.9)	33 (97.1)	45.113	<0.001
Orta	50 (56.8)	38 (43.2)		
İyi	27 (81.8)	6 (18.2)		
Kiminle yaşıyorsunuz?				
Kendi evimde tek yaşıyorum	12 (52.2)	11 (47.8)	31.379	<0.001
Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	61 (64.9)	33 (35.1)		
Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum	5 (25.0)	15 (75.0)		
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum	0 (0.0)	18 (100.0)		
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?				
Evet	7 (18.4)	31 (81.6)	20.494	<0.001
Hayır	71 (60.7)	46 (39.3)		
Covid-19 sürecinde hastaneye yatışınız gerekti mi?				
Evet	1 (3.8)	25 (96.2)	11.638	0.001
Hayır	6 (50.0)	6 (50.0)		
Covid-19 salgını nedeniyle yalnız yaşamak zorunda kaldınız mı?				
Evet	16 (44.4)	20 (55.6)	0.648	0.421
Hayır	62 (52.1)	57 (47.9)		
Eğer yalnız yaşıyorsanız, Covid-19 salgını döneminde haftada kaç kere ziyaretçiniz oldu?				
Haftada bir ya da iki kere	3 (75.0)	1 (25.0)	*	*
Ayda bir ya da iki kere	3 (33.3)	6 (66.7)		
Neredeyse her gün	2 (100.0)	0 (0.0)		
Hiç ziyaretçim olmadı	4 (50.0)	4 (50.0)		

Tablo 9. Bireylerin GDÖ-SF Sınıflamasına diğer değişkenlere göre verdikleri yanıtların dağılımı (devam)

	GDÖ-SF SINIFLAMASI			
	Yok n (%)	Var n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
Covid-19 salgını esnasında ekonomik zorluk yaşadınız mı?				
Evet yaşadım	8 (18.2)	36 (81.8)	25.389	<0.001
Hayır yaşamadım	70 (63.1)	41 (36.9)		
Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?				
Kendi alışverişimi kendim yaptım	49 (77.8)	14 (22.2)	48.002	<0.001
Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	29 (45.3)	35 (54.7)		
Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı	0 (0.0)	12 (100.0)		
Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı	0 (0.0)	16 (100.0)		
Covid-19 salgını esnasında iştah durumunda değişme oldu mu?				
Değişmedi	59 (72.0)	23 (28.0)	43.879	<0.001
İştahım azaldı	11 (17.7)	51 (82.3)		
İştahım arttı	8 (72.7)	3 (27.3)		
Covid-19 salgını esnasında gıda temin etmekte sıkıntı yaşadığınız oldu mu?				
Hiç yaşamadım	73 (59.8)	49 (40.2)	20.746	<0.001
Zaman zaman yaşadım	5 (15.2)	28 (84.8)		
Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?				
Evet, nadiren hissettim	23 (43.4)	30 (56.6)	55.526	<0.001
Evet, sıklıkla hissettim	3 (7.7)	36 (92.3)		
Hayır, hiç hissetmedim	52 (82.5)	11 (17.5)		

MNA-SF sınıflamasın göre malnütrisyonlu bireylerin yaş ortancası 81.5 (ÇAG=18.0), malnütrisyon riski altında olan bireylerin yaş ortancası ise 74.5 (ÇAG=14.3), normal nütrisyonel durumda olan bireylerin yaş ortancası ise 70.0 (ÇAG=8.0)'dir. MNA-SF sınıflamasına göre bireylerin yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=19.685$, $p<0.001$) (Tablo 10).

KAÖ sınıflamasına göre bireylerin yaş değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($z=2.766$, $p=0.006$). Koronavirüs anksiyetesi olan bireylerin yaş ortancası Koronavirüs anksiyetesi olmayan bireylere göre daha yüksektir.

Tablo 10. Ölçek sınıflamalarına göre bireylerin yaşlarının karşılaştırılması

		YAŞ		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Ortanca (ÇAG)	Z ; χ^2	p
MNA-SF Sınıflaması	Malnütrisyonlu	79.75±9.27	81.5 (18.0)	$\chi^2=19.685$	<0.001
	Malnütrisyon riski altında	76.30±8.17	74.5 (14.3)		
	Normal nütrisyonel durum	71.64±6.25	70.0 (8.0)		
KAÖ Sınıflaması	Yok	72.98±7.20	71.0 (10.0)	$z=2.766$	0.006
	Var	77.94±9.29	75.5 (17.8)		
GDÖ-SF Sınıflaması	Yok	71.19±5.83	70.0 (8.0)	$z=4.026$	<0.001
	Var	76.86±8.72	75.0 (15.5)		

z: Mann Whitney U Test İstatistiği, χ^2 = Kruskal Wallis Test İstatistiği,

Yaş değerleri bakımından MNA-SF sınıflaması arasında ikili karşılaştırmalarda Normal nütrisyonel durum- Malnütrisyon riski altında, Normal nütrisyonel durum- Malnütrisyonlu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0.023$, $p<0.001$) (Tablo 11).

Tablo 11. MNA-SF Sınıflaması Yaş değerleri İkili Karşılaştırmaları

MNA-SF Sınıflaması	p
Normal nütrisyonel durum- Malnütrisyon riski altında	0.023
Normal nütrisyonel durum- Malnütrisyonlu	<0.001
Malnütrisyon riski altında- Malnütrisyonlu	0.697

MNA-SF ölçek puanı ile KAÖ ölçek puanı arasında yüksek düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Spearman İlişki Katsayısı=-0.600, $p<0.001$) MNA-SF ölçek puanı arttıkça KAÖ ölçek puanının azalmakta olduğu belirlenmiştir. Ayrıca MNA-SF ölçek puanı ile GDÖ-SF ölçek puanı arasında yüksek düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Spearman İlişki Katsayısı=-0.681, $p<0.001$) (Tablo 12).

Tablo 12. MNA-SF Ölçek puanı ile değişkenler arasındaki ilişki

	MNA-SF ÖLÇEK PUANI	
	Spearman İlişki Katsayısı	p
KAÖ Ölçek puanı	-0.600	<0.001
GDÖ-SF Ölçek puanı	-0.681	<0.001

Koronavirüs anksiyetesi olmayan bireylerin %72,4'ü (n=89) normal nütrisyonel durumda iken, koronavirüs anksiyetesi olan bireylerin %25,0'i (n=8) normal nütrisyonel durumdadır. MNA-SF sınıflamasına göre koronavirüs anksiyetesi olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=25.163$, $p<0.001$) (Tablo 13).

MNA-SF sınıflamasına göre Geriatrik depresyon olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=55.1815$, $p<0.001$). Geriatrik depresyon olan bireylerin %35,1'i (n=27) malnütrisyonlu iken, geriatrik depresyonu olmayan bireylerin ise %1,3'ü (n=1) malnütrisyonludur.

Tablo 13. Bireylerin MNA-SF Ölçek Sınıflamasına diğer Ölçek sınıflamalarına göre dağılımı

	MNA-SF SINIFLAMASI			Test istatistiği	
	Malnütrisyonlu n (%)	Malnütrisyon riski altında n (%)	Normal nütrisyonel durum n (%)	χ^2	p
KAÖ Sınıflaması					
Yok	15 (12.2)	19 (15.4)	89 (72.4)	25.163	<0.001
Var	13 (40.6)	11 (34.4)	8 (25.0)		
GDÖ-SF Sınıflaması					
Yok	1 (1.3)	6 (7.7)	71 (91.0)	55.815	<0.001
Var	27 (35.1)	24 (31.2)	26 (33.8)		

Koronavirüs anksiyetesi olmayan bireylerin %60,2'sinde (n=74) geriatrik depresyon yok, %39,8'inde (n=49) geriatrik depresyon var iken, koronavirüs anksiyetesi olan bireylerin %12,5'inde (n=4) geriatrik depresyon yok, %87,5'inde (n=28) geriatrik depresyonun var olduğu belirlenmiştir. GDÖ-SF sınıflamasına göre koronavirüs anksiyetesi olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=23.076$, $p<0.001$) (Tablo 14).

Tablo 14. Bireylerin GDÖ-SF Sınıflamasına KAÖ sınıflamasına göre dağılımı

	GDÖ-SF SINIFLAMASI			
	Yok n (%)	Var n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
KAÖ Sınıflaması				
Yok	74 (60.2)	49 (39.8)	23.076	<0.001
Var	4 (12.5)	28 (87.5)		

Hastalık sayısı ile KAÖ ölçek puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Spearman İlişki Katsayısı= 0.388, $p<0.001$) Hastalık sayısı arttıkça KAÖ ölçek puanı da paralel olarak artmaktadır. Ayrıca hastalık sayısı ile GDÖ-SF ölçek puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Spearman İlişki Katsayısı= 0.415 $p<0.001$) (Tablo 15).

Tablo 15. Hastalık sayısı ile değişkenler arasındaki ilişki

	HASTALIK SAYISI	
	Spearman İlişki Katsayısı	p
KAÖ Ölçek puanı	0.388	<0.001
GDÖ-SF Ölçek puanı	0.415	<0.001

Covid-19 enfeksiyonu geçiren bireylerin %44,7'si (n=17) kadın, %55,3'ü (n=21) erkektir (Tablo 16).

Tablo 16. Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin cinsiyete göre dağılımı

	CİNSİYET	
	Kadın n (%)	Erkek n (%)
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?		
Evet	17 (44.7)	21 (55.3)
Hayır	63 (53.8)	54 (46.2)

Geriatrik depresyonu olmayan bireylerin %100,0'ü (n=78) boş vakitlerinde herhangi bir etkinlik yaparken, geriatrik depresyonu olan bireylerin, %71,4'ü (n=55) etkinlik yapıyor, %28,6'sı (n=22) boş vakitlerinden hiçbir şey yapmamaktadır. Boş vakitlerini değerlendirme durumuna göre geriatrik depresyon olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=25.972$, $p<0.001$) (Tablo 17).

Tablo 17. Bireylerin Boş Vakitleri Değerlendirme durumuna göre Ölçek sınıflamalarına göre dağılımı

	BOŞ VAKİTLERİ DEĞERLENDİRME			
	Hiçbir şey yapmayan n (%)	Etkinlik yapan n (%)	Test istatistiği χ^2	p
MNA-SF Sınıflaması				
Malnütrisyonlu	17 (60.7)	11 (39.3)	63.573	<0.001
Malnütrisyon riski altında	4 (13.3)	26 (86.7)		
Normal nütrisyonel durum	1 (1.0)	96 (99.0)		
KAÖ Sınıflaması				
Yok	11 (8.9)	112 (91.1)	13.486	<0.001
Var	11 (34.4)	21 (65.6)		
GDÖ-SF Sınıflaması				
Yok	0 (0.0)	78 (100.0)	25.972	<0.001
Var	22 (28.6)	55 (71.4)		

Tablo 18. Belirtilen değişken gruplarında bireylerin MNA-SF puanlarının karşılaştırılması

		MNA-SF ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Ortanca (ÇAG)	χ^2	p
Kiminle yaşıyorsunuz?	Kendi evimde tek yaşıyorum	11.43±2.97	13.0 (5.0)	$\chi^2=54.507$	<0.001
	Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	12.82±2.15	14.0 (2.0)		
	Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum	9.20±3.86	7.0 (8.0)		
	Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum	6.67±2.72	6.5 (3.2)		
Eğer yalnız yaşıyorsanız, Covid-19 salgını döneminde haftada kaç kere ziyaretçiniz oldu?	Haftada bir ya da iki kere	10.00±2.58	10.0 (5.0)	$\chi^2=4.134$	0.247
	Ayda bir ya da iki kere	11.33±2.96	12.0 (5.5)		
	Neredeyse her gün	N/A	N/A		
	Hiç ziyaretçim olmadı	11.62±3.42	13.5 (5.2)		
Covid-19 salgını esnasında gıda kimini teminini yaptı?	Kendi alışverişimi kendim yaptım	13.08±1.81	14.0 (1.0)	$\chi^2=63.097$	<0.001
	Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	11.89±2.89	14.0 (4.0)		
	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı	6.75±2.22	6.50 (2.7)		
	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı	6.62±2.87	6.0 (3.7)		
Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?	Evet, nadiren hissettim	11.60±2.97	14.0 (5.5)	$\chi^2=72.087$	<0.001
	Evet, sıklıkla hissettim	7.79±3.15	7.0 (6.0)		
	Hayır, hiç hissetmedim	13.54±1.20	14.0 (0.0)		

χ^2 =Kruskal Wallis Test İstatistiği N/A: Not Available

Çalışmaya katılan bireylerin “*Kiminle yaşıyorsunuz?*” sorusunda Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum yanıtı verenlerin MNA-SF Ölçek puanı ortancası 14.0 (ÇAG=2.0), Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum yanıtı verenlerin MNA-SF Ölçek puanı ortancası ise 6.5 (ÇAG=3.2)’dur. “*Kiminle yaşıyorsunuz?*” sorusuna verilen yanıtlara göre bireylerin MNA Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=54.507$, $p<0.001$) (Tablo 18). Diğer değişkenlerin MNA-SF Ölçek puanına göre tanımlayıcı istatistikleri ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 15’te özetlenmiştir.

MNA-SF Ölçek puanları bakımından “*Kiminle yaşıyorsunuz?*” Sorusu verilen yanıtlar arasında ikili karşılaştırılmalarda Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Kendi evimde tek yaşıyorum, Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum, Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0.001$ $p<0.001$, $p<0.001$). Yaşlıların ikamet yerine göre ikili karşılaştırmalarının istatistiksel analizi Tablo 19’da belirtilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. MNA-SF Ölçek puanı İkili Karşılaştırmaları

Kiminle yaşıyorsunuz?	p	Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?	p
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum	0.210	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı	1.000
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Kendi evimde tek yaşıyorum	0.001	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	<0.001
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	<0.001	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Kendi alışverişimi kendim yaptım	<0.001
Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum- Kendi evimde tek yaşıyorum	0.600	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı- Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	<0.001
Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	<0.001	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı- Kendi alışverişimi kendim yaptım	<0.001
Kendi evimde tek yaşıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	0.140	Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı- Kendi alışverişimi kendim yaptım	0.255

Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?	p
Evet, nadiren hissettim- Evet, sıklıkla hissettim	<0.001
Evet, sıklıkla hissettim- Hayır, hiç hissetmedim	<0.001
Evet, nadiren hissettim- Hayır, hiç hissetmedim	0.004

“Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?” sorusuna Evet, nadiren hissettim yanıtı verenlerin GDÖ-SF puanı ortancası 6.0 (ÇAG=11.0), Evet, sıklıkla hissettim yanıtı verenlerin GDÖ-SF puanı ortancası ise 15.0 (ÇAG=2.0), Hayır, hiç hissetmedim yanıtı verenlerin GDÖ-SF puanı ortancası ise 2.0 (ÇAG=4.0)’dir. “Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?” sorusuna verilen yanıtlara göre bireylerin GDÖ-SF puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\chi^2=68.627$, $p<0.001$) (Tablo 20). Diğer değişkenlerin GDÖ-SF puanına göre tanımlayıcı istatistikleri ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 20’de özetlenmiştir.

Tablo 20. Belirtilen değişken gruplarında bireylerin GDÖ-SF puanlarının karşılaştırılması

		GDÖ-SF ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Ortanca (ÇAG)	χ^2	p
Kiminle yaşıyorsunuz?	Kendi evimde tek yaşıyorum	7.91±6.13	4.0 (13.0)	$\chi^2=47.246$	<0.001
	Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	4.53±4.93	2.0 (7.0)		
	Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum	10.30±5.08	13.0 (9.5)		
	Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum	13.89±2.45	15.0 (1.2)		
Eğer yalnız yaşıyorsanız, Covid-19 salgını döneminde haftada kaç kere ziyaretçiniz oldu?	Haftada bir ya da iki kere	6.00±6.16	4.0 (10.5)	$\chi^2=1.180$	0.758
	Ayda bir ya da iki kere	10.00±6.20	14.0 (12.0)		
	Neredeyse her gün	3.50±0.71	3.50 (N/A)		
	Hiç ziyaretçim olmadı	7.62±6.67	6.5 (13.7)		
Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?	Kendi alışverişimi kendim yaptım	3.32±4.52	1.0 (4.0)	$\chi^2=66.975$	<0.001
	Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	7.16±5.15	5.5 (10.0)		
	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı	14.58±0.51	15.0 (1.0)		
	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı	13.87±2.59	15.0 (1.0)		
Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?	Evet, nadiren hissettim	7.11±5.37	6.0 (11.0)	$\chi^2=68.627$	<0.001
	Evet, sıklıkla hissettim	13.08±3.84	15.0 (2.0)		
	Hayır, hiç hissetmedim	2.81±3.45	2.0 (4.0)		

GDÖ-SF puanları bakımından “Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi? Sorusuna verilen yanıtlar arasında ikili karşılaştırılmalarda Evet, nadiren hissettim- Evet, sıklıkla hissettim, Evet, sıklıkla hissettim- Hayır, hiç hissetmedim, Evet, nadiren hissettim- Hayır, hiç hissetmedim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.001$) (Tablo 121).

Tablo 21. GDÖ-SF Ölçek puanı İkili Karşılaştırmaları

Kiminle yaşıyorsunuz? p	Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı? p
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum 0.350	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı 1.000
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Kendi evimde tek yaşıyorum 0.019	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı 0.002
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum <0.001	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Kendi alışverişimi kendim yaptım <0.001
Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum- Kendi evimde tek yaşıyorum 1.000	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı- Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı 0.001
Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum 0.001	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı- Kendi alışverişimi kendim yaptım <0.001
Kendi evimde tek yaşıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum 0.035	Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı- Kendi alışverişimi kendim yaptım <0.001

Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi? p
Evet, nadiren hissettim- Evet, sıklıkla hissettim <0.001
Evet, sıklıkla hissettim- Hayır, hiç hissetmedim <0.001
Evet, nadiren hissettim- Hayır, hiç hissetmedim <0.001

“Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?” sorusuna verilen yanıtlara göre bireylerin KAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=38.208$, $p<0.001$) (Tablo 22). “Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?” sorusuna verilen yanıtlarda KAÖ ortanca puanı en yüksek yanıt Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı olurken, en düşük ise Kendi alışverişimi kendim yaptım yanıtının olduğu belirlenmiştir. Diğer değişkenlerin KAÖ puanına göre tanımlayıcı istatistikleri ve gruplar arası karşılaştırma sonuçları Tablo 22’da özetlenmiştir.

Tablo 22. Belirtilen değişken gruplarında bireylerin KAÖ Ölçek puanlarının karşılaştırılması

		KAÖ ÖLÇEK PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Ortanca (ÇAG)	χ^2	p
Kiminle yaşıyorsunuz ?	Kendi evimde tek yaşıyorum	4.56±4.25	4.0 (7.0)	$\chi^2=23.787$	<0.001
	Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	3.72±3.93	2.5 (7.0)		
	Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum	6.15±4.43	6.5 (7.0)		
	Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum	9.06±3.70	9.0 (6.2)		
Eğer yalnız yaşıyorsanız, Covid-19 salgını döneminde haftada kaç kere ziyaretçiniz oldu?	Haftada bir ya da iki kere	5.25±4.27	5.5 (8.2)	$\chi^2=1.053$	0.788
	Ayda bir ya da iki kere	5.22±5.31	6.0 (11.0)		
	Neredeyse her gün	1.50±2.12	1.5 (N/A)		
	Hiç ziyaretçim olmadı	4.25±3.53	3.5 (5.7)		
Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?	Kendi alışverişimi kendim yaptım	2.79±3.56	1.0 (6.0)	$\chi^2=38.208$	<0.001
	Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	4.92±4.09	5.0 (7.0)		
	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı	9.42±3.68	9.0 (5.5)		
	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı	8.56±3.46	8.0 (6.5)		
Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?	Evet, nadiren hissettim	5.15±4.12	5.0 (7.5)	$\chi^2=45.332$	<0.001
	Evet, sıklıkla hissettim	8.20±3.85	8.0 (5.0)		
	Hayır, hiç hissetmedim	2.35±3.18	0.0 (5.0)		

KAÖ Ölçek puanları bakımından “Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı? Sorusuna verilen yanıtlar arasında ikili karşılaştırılmalarda Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı hariç tüm ikili karşılaştırmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p<0.05$) (Tablo 23).

Tablo 23. KAÖ Ölçek puanı İkili Karşılaştırmaları

Kiminle yaşıyorsunuz?	p	Covid-19 salgını esnasında gıda teminini kim yaptı?	p
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum	0.348	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı	1.000
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Kendi evimde tek yaşıyorum	0.011	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	0.200
Huzurevi veya bakımevinde kalıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	<0.001	Devlet desteğine başvurdum. Devlet karşıladı- Kendi alışverişimi kendim yaptım	<0.001
Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum- Kendi evimde tek yaşıyorum	1.000	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı- Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı	0.021
Çocuklarımdan veya yakınlarımdan birinin evinde yaşıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	0.122	Bakımevinde yaşadığım için teminde değişiklik olmadı- Kendi alışverişimi kendim yaptım	<0.001
Kendi evimde tek yaşıyorum- Kendi evimde ailemden bir veya birkaç kişi ile yaşıyorum	1.000	Çocuklarımdan (yakınlarımdan biri) birisi ihtiyaçlarımı karşıladı- Kendi alışverişimi kendim yaptım	0.016

Covid-19 salgını esnasında toplum tarafından dışlandığınızı hissettiniz mi?	p
Evet, nadiren hissettim- Evet, sıklıkla hissettim	0.007
Evet, sıklıkla hissettim- Hayır, hiç hissetmedim	<0.001
Evet, nadiren hissettim- Hayır, hiç hissetmedim	<0.001

5. TARTIŞMA

Çalışmamız Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü hastaların Covid-19 pandemisi döneminde gelişen depresyon, anksiyete ve buna bağlı nütrisyon durumlarını değerlendirmek için bireylere Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ), Geriatrik Depresyon Ölçeği- Kısa Form (GDÖ-SF) ve Mini Nütrisyonel Anket- Kısa Form (MNA-SF) uygulanmıştır. Bireylerin sosyodemografik verilerini kaydedildiği; yaş, cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık durumu, düzenli kullanılan ilaçlar, sigara ve alkol kullanım durumu, ekonomik durum, iştah durumu ile ilgili bilgileri içeren Kişisel Bilgi Edinme Formu uygulanmıştır. Bununla birlikte bireylerin kiminle yaşadığı, sosyal faaliyetleri, gıda temin etme durumları, Covid-19 enfeksiyonu geçirip geçirmediikleri sorgulanmıştır. Çalışmada Kişisel Bilgi Edinme Formundaki bilgiler ile uygulanan diğer ölçekler arasında kıyaslamalar yapılmıştır.

Yapılan çalışmalarda toplumdaki malnütrisyon değerlendirmesinde, malnütrisyon riski %8-%87, malnütrisyon %1-%74 arasında değişmektedir (114). Kaiser ve arkadaşlarına ait bir çalışmada toplumda yaşayan yaşlılarda malnütrisyon oranı %5,, huzurevinde yaşayan yaşlılarda malnütrisyon oranı %13,8, hastaneye yatan yaşlılarda malnütrisyon oranı %38,7 olarak bulunmuştur (118). Ülkemizde yapılan ve 101 yaşlı hastayı içeren bir çalışmada ise malnütrisyon riski % 66,3 malnütrisyon oranı %4 olarak saptanmıştır (119). Sarıkaya'ya ait 236 yaşlı hastanın değerlendirildiği bir çalışmada malnütrisyon riski %29.9 malnütrisyon oranı ise %15 olarak bulunmuştur (117). İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuran 65 yaş ve üstü hastalar ile yapılan bir çalışmada malnütrisyon riski %5, malnütrisyon oranı %2,1 olarak değerlendirilmiştir (120). Huzurevinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada malnütrisyon riski %35,1, malnütrisyon oranı %15,5 olarak bulunmuştur (121). Bizim çalışmamızda malnütrisyon oranı %18,1, malnütrisyon riski ise %19,3 olarak tespit edilmiştir. Literatür ve bizim çalışmamız arasında malnütrisyon görülme durumları arasında fark vardır. Bunun sebebinin örneklem olarak seçilen grubun sosyoekonomik durumu, komorbidite, beslenme alışkanlıkları, çalışmaların yapıldığı dönemlerin koşullarındaki farklılıklar olduğu düşünülmektedir. Hem literatürdeki çalışmalar hem de bizim çalışmamız geriatrik grupta malnütrisyonun dikkat edilmesi gereken bir

sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Çıkan sonuçlardaki oranlar göz ardı edilemeyecek kadar yüksektir.

Çalışmamıza göre malnütrisyonu olan yaşlıların yaş ortancası, malnütrisyon riski altında olan ve normal nütrisyonel durumda olan yaşlıların yaş ortancasından büyüktür. Malnütrisyon riski altında olan yaşlıların yaş ortancası da normal nütrisyonel durumda olan yaşlıların yaş ortancasından büyüktür. 60 yaş altı ve 60 yaş üstü bireylerin değerlendirildiği bir çalışmada 60 yaş ve üstü bireylerde malnütrisyon sıklığı daha fazladır (122). Literatüre bakıldığında yaşlanmanın malnütrisyonla ilişkisinin olduğunu saptayan başka çalışmalar mevcuttur (123,124). Malnütrisyonun yaşlanmayla doğrudan ilişkili olduğunu çalışmamız ve diğer literatür desteklemektedir. Bu durum bize gösteriyor ki yaşla beraber artan komorbidite durumlar, gıda temin zorluğu, fizyolojik değişimler ve pek çok faktörün malnütrisyon üzerine etkisi olmaktadır.

Kablan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada huzurevinde kalan 65 yaş üstü bireylerle kendi evinde ailesi ile yaşayan bireylerin malnütrisyon durumları kıyaslanmıştır. Çıkan sonuca göre malnütrisyon riski ve malnütrisyon görülme oranı kurumda yaşayan yaşlılarda daha yüksektir. (125). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da kendi evinde ailesinden bir veya birkaç kişi ile yaşayan yaşlıların MNA-SF puanı huzurevi veya bakımevinde kalanların MNA-SF puanından anlamlı olarak yüksektir. Beslenme çalışmalardan da anlaşılabacağı üzere yaşanan ortam ile doğrudan ilişkilidir. Huzurevi gibi toplu yaşanan ortamlarda pek çok değişkene bağlı olarak beslenme durumunun etkilendiği düşünülmektedir.

Huzurevindeki yaşlıların dahil edildiği bir çalışmada kadınlardaki malnütrisyon oranı daha yüksek bulunmuştur (121). 65 yaş ve üzeri hastalarda nütrisyonun değerlendirildiği bir başka çalışmada kadınlarda %0,9 malnütrisyon, %50,9 malnütrisyon riski; erkeklerde %1,2 malnütrisyon, %30 malnütrisyon riski saptanmıştır (126). Bizim çalışmamız bu bağlamda literatürdeki bazı çalışmalar ile benzerlik gösterirken bazıları ile farklılık göstermektedir. Bu farklılığın sebebi ele alınan popülasyondaki kadın ve erkek oranının değişkenliği olabilir. Bununla birlikte cinsiyete beraber pek çok faktör de beslenme durumunu etkilediğinden seçilen örneklemin demografik bilgilerindeki farklılık da bu duruma sebep olmuş olabilir.

Eken'in çalışmasına göre evli olmayan katılımcıların malnütrisyon ve malnütrisyon risk oranı evli olan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek gelmiştir(126). Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında, medeni durum ile beslenme durumu arasında ilişki bulmayan çalışmalar da mevcuttur (127,128). Bizim çalışmamızda da medeni durumu evli olan katılımcıların MNA-SF ölçek puanı ortancası, medeni durumu bekar olan katılımcıların MNA-SF ölçek puanı ortancasından yüksek çıkmıştır ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamız bu konuda literatürdeki kimi çalışma ile benzerlik gösterirken kimi çalışma ile farklılık göstermektedir. Türk toplumunda geleneksel olarak evli bireylerin daha düzenli bir hayatı olması öngörülür. Bu düzenli hayat kapsamında düzenli beslenme de bulunmaktadır. Bu durumun beslenme durumunu olumlu etkilediğini düşünmekteyiz.

Dünya genelinde yapılan bazı çalışmalarda ekonomik durumun beslenmeyi etkilediğine dair sonuçlar bulunmuştur. Gelir durumu; gıda temini, gıda türü, tüketilen gıda miktarı gibi değişkenlere bağlı olarak beslenme durumunu etkilemektedir (129–131). Bizim çalışmamıza göre de gelir durumu beslenme durumu ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte çalışmamızda Covid-19 pandemisi döneminde ekonomik zorluk yaşayan ve yaşamayanlar kıyaslanmış ve ekonomik zorluk yaşayanlarda malnütrisyon oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Sonuçlar beklendiği gibi ekonomik durumun beslenme durumunu doğrudan etkilediğini göstermektedir. Literatür taraması yapıldığında pandemi dönemindeki ekonomik durum ile malnütrisyon ilişkisini kıyaslayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu anlamda çalışmamız sonradan yapılacak çalışmalar için yol gösterici olabilir.

Türkiye Kronik Hastalıklar Sıklığı ve Risk Faktörleri Çalışmasına göre 65 yaş üstü bireylerde %68 hipertansiyon, %28.9 diyabet bulunmaktadır(132). Bayrak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 65 yaş üstü hastaların %67,2'sinde hipertansiyon, %36,1'inde diyabet, %27,3'ünde koroner arter hastalığı olduğu tespit edilmiştir (120). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olacak şekilde 65 yaş ve üstü hastalarda %64,5 oranında hipertansiyon, %45,2 diyabet hastalığı olduğu saptanmıştır. Toplumda beslenme durumlarının değerlendirildiği 65 yaş ve üzeri 162 hastayı içeren bir çalışmada yaşlıların sahip oldukları kronik hastalık sayısı ile MNA puanları arasında negatif yönlü orta düzeyde korelasyon olduğu ve kronik hastalık sayısı arttıkça MNA

puanının düştüğü saptanmıştır (129). Yine kronik hastalık sayısı ile malnütrisyon durumunun değerlendirildiği bir başka çalışmada en az bir kronik hastalığa sahip katılımcıların malnütrisyon ve malnütrisyon risk oranının, herhangi bir kronik hastalığa sahip olmayanlara göre anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir (126). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da kronik hastalık sayısı ile MNA-SF ölçek puanları arasında orta düzeyde negatif yönlü istatistiksel ilişki tespit edilmiştir. Yaşlanmayla beraber artan kronik hastalık görülme durumu pek çok farklı yol ile malnütrisyonu sebep olabilir. Hastalık nedeni ile uyulması gereken diyet programları, kullanılan ilaçlar, organ veya doku disfonksiyonu, iştahta azalma, hastaneye yatış ve inflamatuvar yanıtlar bu sebeplerden bazılarıdır. Çalışmamızın kronik hastalık ve malnütrisyon ilişkisine dair bulgusu literatürü desteklemektedir.

Kronik hastalık sayısındaki artışla beraber ilaç kullanımında da artış olmaktadır. İlaçların yan etkileri malnütrisyon riskinde artışa sebep olabilir (133). Griep ve arkadaşlarının çalışmasına göre kullanılan ilaç sayısı ile MNA skoru arasında negatif yönlü bir korelasyon mevcuttur (134). Eken'in çalışmasına göre en az bir ilacı düzenli kullanan hastaların malnütrisyon ve malnütrisyon risk oranı, hiç ilaç kullanmayan hastalarından yüksektir (126). Bizim çalışmamızda da aynı şekilde kullanılan ilaç miktarı arttıkça MNA-SF puanında düşüş saptanmıştır. Yaşlı bireylerde kullanılan ilaç miktarındaki artışın beslenme durumunu olumsuz etkilediği konusunda çalışmamız literatürü desteklemektedir.

Bireylerin sigara içme durumları ve malnütrisyon durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada malnütrisyon ve malnütrisyon riski oranının sigara kullanan ve sigara kullanmayan katılımcılar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (126). Bizim çalışmamızda ise daha önce sigara kullanıp bırakan bireylerin malnütrisyon oranı, aktif sigara kullanan bireylere ve hiç sigara içmemiş olan bireylere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatürden farklı çıkan bu sonucun daha önce sigara kullanıp bırakan bireylerin olduğu grupta komorbid durumların fazla olmasının malnütrisyonu tetiklemesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamıza göre Covid-19 enfeksiyonu geçiren yaşlıların malnütrisyon oranı geçirmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmiştir. Covid-19 nedeni ile hastaneye yatan hastalarla yapılan bir

çalışmada malnütrisyon oranı %38,9 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada şiddetli Covid-19 enfeksiyonu geçiren hastaların beden kitle indeksi, hastalığı hafif geçirenlere göre daha düşük bulunmuştur (135). Covid-19 salgının başında Çin’de yapılan bir çalışmada şiddetli Covid-19 hastalarında malnütrisyon riskinin, hastalığı orta düzeyde geçiren hastalardan yüksek olduğu bulunmuştur (136). Covid-19 enfeksiyonu da diğer tüm enfeksiyonlar gibi yaşlı hastalar için büyük bir stres faktörüdür. Yaşlılarda fiziksel ya da psikolojik strese sebep olan hemen her şey beslenmeyi olumsuz etkilemektedir. Özellikle yaşlılar üzerindeki etkisi daha yıkıcı olan Covid-19 enfeksiyonunun beslenmeyi olumsuz etkilemesi beklenen bir sonuçtur.

Yaptığımız çalışmaya göre Covid-19 salgını döneminde iştah durumunda azalma olduğunu ifade edenlerin malnütrisyon oranı, iştah durumunda değişme olmadığını ifade edenlerin malnütrisyon oranından yüksek bulunmuştur ve çıkan bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Malezya’da tarım işçilerinin değerlendirildiği bir çalışmada iştah durumu ile malnütrisyon durumu arasında ilişki bulunmuştur (137). İştah durumu ve malnütrisyonun değerlendirildiği bir başka çalışmada iştahı azalmış bireylerin %71’i malnütre iken, iştahı normal olan bireylerin %44’ü malnütre bulunmuştur (138). Bir çalışmaya göre iştah azalmasının malnütrisyonun erken bulgusu olabileceği bulunmuştur (139). Evde bakım hastaları ile yapılan bir çalışmada malnütrisyon riski altındaki bireylerin iştah durumunun, risk altında olmayan bireylere göre daha kötü olduğu bulunmuştur (140). İştah azalmasının beslenme durumuna etkisi beklendiği gibi olumsuz yöndedir. Çalışmamız bu konuda literatürü desteklemektedir.

Çalışmamıza göre Covid-19 salgını döneminde gıda temin etmekte zaman zaman sıkıntı yaşadığını belirten yaşlıların malnütrisyon oranı, hiç sıkıntı yaşamadığını belirten yaşlıların malnütrisyon oranına göre yüksektir ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlıdır. Gıda temin etme durumunu etkileyen birçok faktör vardır. Ekonomik güç de bu faktörler arasındadır. Ekonomik durumun beslenmeyi etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (129–131). Bizim çalışmamızda bireylerin gıda temininde sıkıntı yaşamalarının sebebi ekonomik olabileceği gibi dönemin getirdiği 65 yaş ve üzeri vatandaşlara uygulanan sokağa çıkma kısıtlaması nedeni ile alışveriş yapamamak ya da yakınları tarafından gıda temini yapılan yaşlıların yakınları

ile daha seyrek bir araya geliyor olması olabilir. Literatürde Covid-19 salgını döneminde gıda teminin neden yapılamadığını ve bunun beslenme durumu nasıl etkilendiğine dair çalışmaya rastlanmamıştır. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda salgın döneminde gıda temini konusunun üzerinde durulması fayda sağlayacaktır.

Çalışmamıza göre Covid-19 salgını sırasında toplum tarafından sıklıkla dışlandığını hisseden yaşlıların malnütrisyon oranı, toplum tarafından dışlandığını hiç hissetmeyen yaşlıların malnütrisyon oranından yüksektir ve çıkan bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Toplumsal dışlanma yaşlılarda sosyal izolasyon ve yalnızlık hissine sebep olabilir. 1200 yaşlı hasta ile yapılan bir çalışmada sosyal izolasyon ve yalnızlığın ayrı ayrı malnütrisyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (141). Literatür taramalarında direkt olarak Covid-19 salgını döneminde görülen toplumsal dışlanmanın malnütrisyon üzerine etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ankara’da yapılan 1255 yaşlı hastanın dahil edildiği bir çalışmada depresyon prevalansı %21,8 olarak saptanmıştır (142). Amerika’da Hustey ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada depresyon prevalansı %16,5 olarak saptanmıştır (143). GDÖ kısa formu kullanarak yaptığımız çalışmamızda ise katılımcıların %33,5’inde şiddetli depresif bulgu, %6,5’inde orta düzeyde depresif bulgu, %9,7’sinde hafif düzeyde depresif bulgu saptanmıştır. Literatürde bu tür farklılıkların olmasının sebebi örneklemin alındığı popülasyonun sosyokültürel ve etik farklılıkları ile beraber çalışmanın yapıldığı dönemin toplumsal koşullarının farklı olması olabilir.

Geriatrik Depresyon Ölçeğine göre depresyon durumu değerlendirilen 65 yaş ve üzeri hastaların ele alındığı bir çalışmada kadınların %6,5’inde, erkeklerin %4,8’inde olası depresyon; kadınların %40,7’sinde, erkeklerin %19,6’sında kesin depresyon saptanmıştır (126). Yapılan bir başka çalışmada da yaşlı kadınlarda depresyon oranı yaşlı erkeklere göre yüksek bulunmuştur (144). Bizim çalışmamızda da kadınlarda görülen geriatrik depresyon oranı erkeklerde görülen geriatrik depresyon oranından yüksektir. Kadınlarda depresyonun daha fazla görülmesinin sebebi olarak kadınların duygusal açıdan daha kırılgan olması, ekonomik açıdan daha bağımlı olması, sosyal etkinliklere erkeklere göre daha zor ulaşabiliyor olmaları olabilir.

Covid-19 döneminde yaşlara göre depresyon durumunun incelendiği, tüm yaş gruplarının dahil edildiği bir çalışmada depresyon oranı en yüksek tespit edilen grup 18-24 yaş aralığıdır (145). Bizim çalışmamıza göre geriatrik depresyonu olan bireylerin yaş ortancası (ortanca:75), geriatrik depresyonu olmayan bireylerin yaş ortancasından (ortanca:70) büyüktür. Yani yaş arttıkça geriatrik depresyon görülme oranı artmaktadır. Literatürle oluşan bu farklılığın sebebi bizim çalışma grubumuzun yalnızca 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşması olabilir.

Depresyon ve medeni durum ilişkisinin incelendiği Maral ve arkadaşlarına ait bir çalışmada dul olan hastalarda depresyon görülme oranı evli olan hastalardan yüksek bulunmuştur (146). Yapılan bir başka çalışmada medeni durum ile depresyon ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki incelenmiş ve evli olan yaşlıların puan ortalamasının diğer gruptan düşük olduğu saptanmıştır (147). Elkin' e ait bir çalışmada evli olan yaşlıların depresyon oranı bekar olanlara göre yüksek bulunmuştur (144). Bu çalışmada da evli bireylerde görülen depresyon oranı bekar ve boşanmış bireylerde görülen depresyon oranından düşüktür. Çalışmamızda evli olan yaşlılarda depresyon oranının düşük çıkmasının sebebi, özellikle yaşlılarda zamanlarını paylaşacak bir hayat arkadaşının olmasının depresyona karşı koruyucu bir faktör olması olarak düşünülmektedir. Literatürde medeni durum ve geriatrik depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlara rastlanmıştır. Bu durumun sebebi depresyonun medeni durum haricinde pek çok değişkenden etkilenen bir olgu olması olabilir.

Hastanede yatan yaşlı hastaların değerlendirildiği bir çalışmada düzenli aylık geliri olmayanların %57,1'inde depresyon riski saptanmıştır ve aylık geliri olanlarla kıyaslandığında bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (148). Literatürde ekonomik durumun depresyona etkisini gösteren başka çalışmalar da mevcuttur (149). Bizim çalışmamızda ekonomik durum ile depresyon varlığı arasında ilişki bulunmuştur. Beklendiği gibi ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan yaşlı bireylerde depresyon görülme oranı iyi olarak tanımlayan bireylere göre daha yüksektir. Birey hangi yaşta olursa olsun ekonomik olarak zorluk çekmesi durumunda psikolojik olarak rahatsızlık duyabilir. Özellikle pek çok açıdan bağımlı olan yaşlı bireylerde bir de ekonomik bağımlılık oluşması yaşlı bireyler için ciddi bir psikolojik stres oluşturmaktadır.

Huzurevinde kalan ve kendi evinde yaşayan 65 yaş ve üstü hastaların değerlendirildiği bir çalışmada huzurevinde kalanlarda depresyon görülme oranı %35,7, kendi evinde kalanlarda %55 olarak hesaplanmıştır. Ancak bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmemiştir (150). Yine yapılan bir başka çalışmada da kendi evinde yaşayan hastaların GDÖ puan ortalamalarında huzurevinde yaşayanlara göre olumlu fark tespit edilememiştir (151). Huzurevinde yaşayan hastalarda depresyon görülme oranının kendi evinde yaşayanlara göre yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (146,152). Bizim çalışmamızda huzurevinde yaşayan yaşlıların GDÖ kısa form ölçek puanları ortalaması, kendi evinde yaşayan yaşlılara göre yüksektir. Evinden uzak olma, toplu yaşama ve terk edilmişlik hissinin yaşlılar için birer stres faktörü olduğunu düşünürsek, psikolojik durumlarının olumsuz etkilenmesi kaçınılmaz hatta beklenen bir durumdur. Bununla birlikte çalışmamızın sonuçları literatürdeki bazı çalışmalar ile benzer bazıları ile farklıdır. Bu farklılık değerlendirmeye alınan huzurevinin koşulları ile ilişkili olabilir. Bizim çalışmamızdaki huzurevinde kalan yaşlı grubu tek bir huzurevinde değil, civardaki birkaç huzurevinden dahil edilmiştir.

Çalışmamızda 65 yaş ve üstü bireylerin boş vakitlerini değerlendirme durumunun geriatrik depresyon görülme durumu ile ilişkisi incelenmiştir. Geriatrik depresyonu olmayan yaşlıların hepsi en az bir etkinlikte (televizyon izlemek, yakınlarda görüntülü görüşme yapmak, ibadet etmek, hobilerle ilgilenmek vs.) bulunmaktadır. Geriatrik depresyonu olan yaşlıların ise %71,4'ü boş vakitlerinde en az bir etkinlikte bulunmaktadır. Bu sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bahar ve arkadaşları tarafından huzurevinde kalan yaşlıların depresyon durumlarının incelendiği bir çalışmada boş zamanlarında herhangi bir etkinlik yapan yaşlıların depresyon puanları düşük gelmiştir (153). Bu durum özellikle yaşlı bireylerde uğraşı edinmenin psikolojik durumu olumlu etkilediğini göstermektedir. Özellikle Covid-19 salgını döneminde evde geçirilen vaktin artması ile yaşlılar için ev uğraşları daha fazla önem kazanmıştır. Bu dönemde kendine uğraş edinen ya da mevcut uğraşlarını devam ettiren yaşlıların ruhsal sağlıkları daha iyidir.

Yaptığımız çalışmaya göre Covid-19 enfeksiyonu geçiren yaşlılarda geriatrik depresyon görülme oranı, geçirmeyen yaşlılarda geriatrik depresyon görülme

oranından yüksek bulunmuştur ve çıkan bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Covid-19 enfeksiyonu sonrası iyileşmiş hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların %31'inde depresyon, %42'sinde anksiyete saptanmıştır (154). Bir başka çalışmada ise doğrulanmış ya da şüpheli Covid-19 enfeksiyonuna sahip olan bireylerde depresyon ve anksiyete oranları, sahip olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (155). Covid-19 salgını öncesi ve sonrası depresyon durumlarının kıyaslandığı bir çalışmada Covid-19 salgını sonrasında depresyon görülme oranının 3 kat arttığı tespit edilmiştir (156). Covid-19 salgının gerek sebep olduğu belirsizlik gerek enfekte olan bireylerde sebep olduğu çaresizlik hissi gerekse enfekte olan bireyde sebep olduğu kimyasal değişikliklerle bireylerin duygu durumunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Çalışmamız bu konuda literatürdeki pek çok çalışma ile hemfikiridir.

Yapılan bir çalışmada Covid-19 nedeni ile gelir kaybı yaşayanlarda depresyon görülme oranı gelir kaybı yaşamayanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$) (155). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde Covid-19 salgını döneminde ekonomik zorluk yaşayan yaşlılarda geriatrik depresyon görülme oranı, ekonomik zorluk yaşamayanlardan yüksek bulunmuştur. Bu durum bize gösteriyor ki hangi yaş gurubunda olursa olsun bireylerin salgın döneminde maddi kayıplar yaşaması bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.

Yapılan bir çalışmaya göre içilen sigara miktarındaki artışla depresyon düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. İçilen sigara miktarı arttıkça depresyon düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (157). Bizim çalışmamızda ise sigara içip içmeme durumu ile geriatrik depresyon görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş olup, örneklem yetersizliği nedeni ile Covid-19 salgını döneminde içilen sigara miktarındaki değişikliklerle GDÖ-SF arasında korelasyon bakılamamıştır.

Çalışmamıza göre Covid-19 salgını döneminde iştah durumunda azalma olan yaşlılarda geriatrik depresyon görülme oranı, iştah durumunda değişme olmayan ve iştah durumunda artış olan yaşlılardaki geriatrik depresyon görülme oranından yüksek bulunmuştur. Çıkan bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaşa bağlı depresyon semptomlarının değerlendirildiği bir çalışmada yaşlı popülasyonda sık görülen semptomlar arasında iştah kaybı olduğu tespit edilmiştir (158). Özellikle yaşlı

hastalarda depresyon belirtilerinin daha somatik belirtiler olduğunu göz önünde bulunduracak olursak depresyonun iştahsızlık gibi bir semptomla seyretmesi beklenen bir sonuçtur. Çalışmamız ve literatür bu konuda birbirini desteklemektedir.

Çalışmamıza göre Covid-19 salgını döneminde gıda temin etmekte zaman zaman sıkıntı yaşayan yaşlılarda geriatrik depresyon görülme oranı, hiç sıkıntı yaşamayan yaşlılarda geriatrik depresyon görülme oranından yüksek bulunmuştur. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Gıda temininin ekonomik sebeplerle yapılamadığı durum ele alındığında; halihazırda ekonomik yetersizliğin depresyon için tetikleyici bir faktör olduğu bilinmektedir (148,149). Çalışmamızda da gıda temin edememe durumunda görülen depresyonun daha çok ekonomik sebeplerle ilgili olduğu düşünülmektedir. Covid-19 salgını döneminde yaşlılara yönelik uygulanan sokağa çıkma kısıtlamalarının da gıda teminini güçleştirdiği bunun da depresyonu tetiklediği düşünülebilir. Literatüre bakıldığında bu yönde bir değerlendirme bulunamamıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda bu durum göz önünde bulundurulabilir.

Yaptığımız çalışmaya göre Covid-19 salgını döneminde toplum tarafından dışlandığını sıklıkla hissedenen yaşlılardaki geriatrik depresyon oranı, nadiren hissedenen ve hiç hissetmeyen yaşlılardaki geriatrik depresyon oranından yüksektir. Bu grupların ikili kıyaslamalarının hepsinde sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Toplumsal dışlanma beraberinde yalnızlığı getirir. Huzurevindeki hastalarla yapılan bir çalışmaya göre depresyon yalnızlık hissi ve sosyal izolasyon ile ilişkili bulunmuştur (159). UCLA yalnızlık ölçeği (ölçek bireyleri 3 bağlamda değerlendirir; arkadaş eksikliği, hayatta dışlanmışlık ve diğerlerinden izole olma) kullanılarak yapılan bir çalışmada depresif olan hastalar tarafından daha yüksek oranda yalnızlık bildirilmiştir (160). Çalışma sonucumuz ve literatürün de gösterdiği gibi dışlanma, sosyal izolasyon ve yalnızlık hissi depresyon ile ilişkilidir.

On yedi çalışmanın değerlendirildiği, örneklem büyüklüğü 63.439 kişi olan bir meta-analiz çalışmasında Covid-19 salgını döneminde görülen anksiyete prevalansını %31,9 olarak saptamıştır (161). Türkiye’de yapılan bir çalışmada Covid-19 pandemisi döneminde anksiyete prevalansı %24,6 bulunmuştur (162). Koronavirüse bağlı anksiyeteyi KAÖ ile değerlendirdiğimiz çalışmamızda anksiyete görülme oranı %20,6

olarak bulunmuştur. Pek çok psikolojik semptom gibi anksiyete de birden fazla değişkenden etkilenmektedir. Bu nedenler literatürde farklı oranlar mevcuttur.

Bir çalışmaya göre koronavirüse bağlı kaygı durumunun cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (155). Koronavirüs Korkusu Ölçeği kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise kadınlarda koronavirüse bağlı korkunun erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (163). Covid-19 nedeni ile hastanede yatan hastalarla yapılan bir çalışmada kaygı belirtilerinin kadınlarda erkeklere göre daha çok olduğu tespit edilmiştir (164). KAÖ kullanarak yaptığımız çalışmamızda koronavirüs kaygısının görülme durumunu cinsiyetler açısından istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatürler arası bu farklılığın sebebi örneklem için seçilen popülasyonun etnik, kültürel, sosyoekonomik, yaş grubu farklılıkları olabilir.

Genel popülasyonun dahil edildiği bir çalışmada kronik bir hastalığa sahip olup olmama durumunun koronavirüse bağlı anksiyete üzerinde herhangi bir etkisi tespit edilememiştir (155). Bakioğlu ve arkadaşlarının Koronavirüs Korkusu Ölçeği kullanarak yaptıkları tüm yaş gruplarının dahil olduğu bir çalışmada kronik hastalığa sahip olan bireylerin koronavirüs korkusu, kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin koronavirüs korkusundan yüksek çıkmıştır (163). Bizim çalışmamızda KAÖ ölçek puanı ile sahip olunan kronik hastalık sayısı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır. Covid-19 enfeksiyonunun kronik hastalığı olanlarda daha ağır seyretmesi ve mortalitesinin yüksek oluşu koronavirüs kaygısı ve korkusunun bu grupta daha yüksek olmasının sebebi olabilir.

Yapılan bir çalışmaya göre içilen sigara miktarındaki artışla kaygı düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. İçilen sigara miktarı arttıkça kaygı düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (157). Bizim çalışmamızda ise sigara içip içmeme durumu ile koronavirüs anksiyetesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiş olup, örneklem yetersizliği nedeni ile Covid-19 salgını döneminde içilen sigara miktarındaki değişikliklerle KAÖ arasında korelasyon bakılamamıştır.

Tüm yaş gruplarının dahil edildiği bir çalışmaya göre kaygı seviyelerinin en yüksek saptandığı yaş grubu 18-24 yaş aralığıdır (145). Dublin’de yapılan bir

çalışmada koronavirüs nedeni ile kaygısı en yüksek olan grup 65 yaş ve üzeri olarak tespit edilmiştir ($p<0.001$) (155) . Bizim çalışmamıza göre koronavirüs kaygısı olanların yaş ortancası (ortanca:75,5), koranavirüs anksiyetesi olmayanları yaş ortancasından(ortanca:71) büyüktür. Bu farklılığın sebebi bizim çalışmamızın sadece 65 yaş ve üstü bireyleri kapsaması genel toplum hakkında bilgi vermemesi olabilir.

Covid-19 salgını döneminde yapılan bir çalışmada artan aile ilişkilerinin kaygı seviyesinde düşmeye sebep olduğunu bulmuştur (145). Bizim çalışmamızda aile ile yaşama, yalnız yaşama, huzurevinde kalma ile koronavirüs anksiyetesinin ilişkisine bakıldığında yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşamadığından sonuç elde edilememiştir. Yine aynı şekilde Covid-19 döneminde yalnız yaşamak zorunda kalan ve kalmayan yaşlıların koronavirüs anksiyetesi ile ilişkisi incelenmek istenmiştir. Örneklem büyüklüğü elvermediğinden sonuç elde edilememiştir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda özellikle aile ile vakit geçirme ile koronavirüs anksiyetesinin ilişkisinin incelenmesi önerilir.

Çalışmamıza göre gelir durumunu “iyi” olarak tanımlayan yaşlıların KAÖ ölçek puanları, gelir durumunu “kötü” olarak tanımlayanların KAÖ ölçek puanlarından anlamlı derecede düşüktür. Aynı şekilde Covid-19 salgını döneminde ekonomik zorluk yaşayanların KAÖ ölçek puanı, ekonomik zorluk yaşamayanların KAÖ ölçek puanından anlamlı derecede yüksektir. Kabeoğlu ve arkadaşlarına ait bir çalışmada anksiyete puanlarının gelir durumu ile ters ilişki gösterdiği bulunmuştur (162). Beklendiği gibi ekonomik durum diğer psikolojik faktörler üzerinde etkili olduğu gibi anksiyete üzerinde de etkili bulunmuştur. Covid-19 salgını nedeni ile gelişen kaygıların üzerine bir de ekonomik kaygıların eklenmesinin anksiyete ihtimalini güçlendirdiği düşünülmektedir. Bununla birlikte hastaların kendi gelir durumunu değerlendirmesi sübjektif olduğundan, hasta tarafından gelir durumu için yapılan değerlendirme mevcut anksiyeteden etkilenmiş olabilir. Her iki ihtimalde de literatür ve çalışmamız ortak sonuca varmıştır.

65 ve üzeri hastaların dahil edildiği bir çalışmada Geriatrik Depresyon Ölçeğine göre depresyonu olmayan hastalarda malnütrisyon ve malnütrisyon risk oranı %25, olası depresyonu olan hastaların malnütrisyon ve malnütrisyon risk oranı %47,7, kesin depresyonu olanların malnütrisyon ve malnütrisyon risk oranı %72,7 bulunmuştur. Bu

veriler arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (126). Türkiye’de yapılan 140 yaşlı hastayı MNA ve GDÖ uygulayarak değerlendirdikleri bir çalışmada depresyonu olan yaşlıların malnütrisyon ve malnütrisyon risk oranının depresyonu olmayan yaşlılara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (6). Ülger ve arkadaşlarının geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü hastaları MNA kısa formu ve GDÖ kısa formula değerlendirdiği bir çalışmada 65 yaş üstü hastaların %37,4’ünde depresyon olduğu ve depresyonun malnütrisyon riskinin bağımsız bir kestiricisi olduğu saptanmıştır (165). MNA ve GDÖ ile 101 yaşlı hastanın değerlendirildiği bir başka çalışmada, hastaların %7,9’unda kesin depresyon, %45,5’inde olası depresyon saptanmıştır ve hastaların MNA skorları ile GDÖ skorları arasında orta düzeyde negatif korelasyon saptanmıştır (119). Borowiak’a ait bir çalışmada GDÖ kısa form ile MNA ve MNA kısa formun ilişkisi değerlendirilmiştir ve sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (166). Yapılan bir başka çalışmaya göre geriatrik depresyonu olan yaşlıların malnütrisyon oranının geriatrik depresyonu olmayan yaşlılara göre yüksek olduğu bulunmuştur (167). Geriatrik popülasyonun değerlendirildiği bir başka çalışmada malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan hastalarda depresyona yakalanma ihtimali daha yüksek bulunmuştur (168). Bizim çalışmamıza göre de geriatrik depresyonu olan bireylerin malnütrisyonunun olma durumu, geriatrik depresyonu olmayan bireylerin malnütrisyonunun olma durumundan yüksektir. Literatürdeki çalışmalar ve bizim çalışmamızın ortak sonucu depresyonun malnütrisyonu tetiklediği yönündedir. Özellikle geriatrik hastalarda çalışmamızın genelinde bahsedildiği gibi beslenme durumu pek çok değişkenden etkilenmektedir. Beklendiği gibi geriatrik depresyon da beslenmeyi etkileyen faktörlerden birisidir.

Hopkins Semptom Kontrol Listesi-10 kullanılarak yapılan yaşlı hastaların değerlendirildiği bir çalışmada yaşlıların ruhsal durumu ile beslenme durumu arasında yüksek bir ilişki bulunmuştur (169). Yaşlı yetişkinlerle yapılan bir çalışmada anksiyete ve yetersiz beslenme arasında ilişki saptanmıştır(139). İsveç’te evde bakım hastaları ile yapılan bir çalışmada malnütrisyon riski altında olan bireylerde anksiyetenin malnütrisyon riski olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (140). Çalışmamıza göre MNA-SF ölçek puanı ile KAÖ ölçek puanı arasında yüksek düzeyde, negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. KAÖ ölçek puanı arttıkça MNA-SF ölçek puanı düşmektedir. Koronavirüs Anksiyete Ölçeğindeki bazı sorular özellikle

gastrointestinal semptomlarla ilişkilidir. Anksiyete gerek doğası gereği sebep olduğu semptomlarla gerekse ölçekte değerlendirilen gastrointestinal semptomlara neden olarak beslenme durumunu olumsuz etkilemektedir. Bu konu üzerinde çalışmamız ve literatürdeki diğer çalışmalar fikir birliği içerisinde.

Anksiyete ve depresyon birbiri ile yakından ilişkili psikiyatrik problemlerdir. Yapılan bir çalışmaya göre yaygın anksiyete bozukluğu olan bireylerin %39'unda depresyon da mevcuttur (170). Bir başka çalışmaya göre depresyonu olan hastaların %85'i anksiyete semptomları yaşarken, anksiyete bozukluğu olan hastaların %90'ında depresyon mevcuttur (171). Birinci basama sağlık hizmetleri için başvuruda bulunan hastalarla yapılan bir çalışmada depresyon tanısı alan hastaların %75'inden fazlasında anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır (172). Yine birinci basamağa başvuran hastalarla yapılan diğer çalışmalarda anksiyete ve depresyon birlikteliği prevalansının %1-5 arasında olduğu tespit edilmiştir (173,174). Huzurevinde yapılan bir çalışmada ise saf depresyon prevalansı %17,1, saf anksiyete prevalansı %4,8, anksiyete ve depresyonun birlikteliğinin prevalansı %5,1 olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmaya göre anksiyete ya da depresyonun şiddeti arttıkça birlikte görülme ihtimallerinin arttığı saptanmıştır (82). Depresyon tanılı yaşlı hastalarla yapılan bir çalışmada anksiyetenin depresyona yüksek oranda eşlik ettiği bulunmuştur (175). Çalışmamıza göre koronavirüs anksiyetesi olan bireylerde geriatrik depresyon oranı, koronavirüs anksiyetesi olmayan bireylerde geriatrik depresyon görülme oranından yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik tanıların ya da semptomların birbirine eşlik etmesi beklenen bir durumdur. Özellikle anksiyete ve depresyon birlikteliği literatür ve çalışmamızın da gösterdiği gibi oldukça yüksektir.

6. SONUÇ

Altmış beş yaş ve üzeri hastalarda en çok atlanan problemlerden birisi malnütrisyonudur. Kilo kaybı, az yemek yemek, iştahta azalma, kas gücünde azalma yaşlılığın doğal bir getirisi olarak görüldüğü için hem hastalar hem de hekimler tarafından göz ardı edilebilmektedir. Hastalar bu durumu bir şikâyet olarak görmedikleri için hastane ya da aile hekimine başvurularda bu semptomlardan bahsetmezler. Hekimler ise gerek poliklinik yoğunluğu gerekse beslenmenin değerlendirilmesi konusundaki bilgi veya deneyim eksikliği sebebi ile beslenmeye dair bir değerlendirme yapamayabilirler.

Beslenme durumu pek çok faktörden etkilenebilmektedir. Çalışmamızda bu faktörlerden depresyon ve koronavirüs anksiyetesi ele alınmıştır. Aile hekimliği polikliniğine ayaktan başvuran 65 yaş ve üzeri hastalara depresyon değerlendirmesi için GDÖ-SF, koronavirüs anksiyetesi değerlendirmesi için KAÖ, beslenme değerlendirmesi içinse MNA-SF uygulanmış. Ölçek sonuçlarının sosyodemografik veriler ve birbirleri ile olan ilişkisi değerlendirilmiştir.

Çalışmamıza göre hastaların %18,1'i malnütrisyonlu, %19,3'ü malnütrisyon riski altında, %62,6'sı normal nütrisyonel durumda olarak değerlendirilmiştir.

Bu durumun sosyodemografik veriler ile ilişkisi incelendiğinde; erkek hastalarda kadın hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde de benzer sonuçlar mevcuttur. Bu durum bize polikliniğe başvuran 65 yaş ve üzeri erkek hastalarda malnütrisyon açısından daha dikkatli olmak gerektiğini göstermektedir.

Beslenme durumu ve medeni durum arasındaki ilişkiyi incelediğimizde ise evli bireylerdeki malnütrisyon oranı, bekar ve boşanmış olan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Literatürde de bu sonucu destekler çalışmalar mevcuttur. Bu sonuç bize göstermektedir ki anamnez alırken hastanın yalnızca tıbbi anamnezini değil, sosyal yaşantısı ile ilgili anamnezini de almamız gerekmektedir. Kişilerin sosyal durumu beslenmeleri ile ilgili bize bilgi verebilir.

Ekonomik durum ve beslenme durumu ilişkisine baktığımızda; ekonomik durumun beslenme durumunun önemli bir göstergesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gerek mevcut ekonomik sıkıntılar gerekse Covid-19 salgını döneminde gelişen

ekonomik sıkıntılar hastaların beslenme durumunu olumsuz etkilemiştir. Hasta değerlendirmesi esnasında hastanın ekonomik durumu hakkında doğrudan yada dolaylı bilgi alınması hastanın beslenme durumu hakkında bilgi verici olabilir.

Sonuçlarımıza göre Covid-19 enfeksiyonu geçiren yaşlı hastaların malnütrisyon oranı, geçirmeyenlerden yüksektir. Enfeksiyonun hangi yaş grubunda olursa olsun beslenme durumunu olumsuz etkilediği bilinen bir gerçektir. Covid-19 gibi mortalitesi ve hastaneye yatış oranları yüksek olan bir enfeksiyonun beslenme durumunu olumsuz etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Bu konuda destekleyen literatür çalışmaları mevcuttur. Enfekte olan hastaların enfeksiyon döneminde enfeksiyonun ve ilaçların sebep olduğu iştah kaybı nedeni ile beslenme durumlarının bozulduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte enfekte olan bireylere uygulanan karantina sebebi ile gıdaya ulaşımın güçleşmesi de bu durumu desteklemiş olabilir. Polikliniğe başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların beslenme durumu değerlendirmesinde Covid-19 enfeksiyonu geçirip geçirmediği sorgulanmalıdır.

Hastaların kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı ile beslenme durumu ilişkilerine baktığımızda, sahip olunan kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç miktarı arttıkça malnütrisyon oranının arttığı bulunmuştur. Beslenme değerlendirmesi esnasında kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlarla ilgili detaylı anamnez alınmalı ve bu durumun beslenmeye etkisine dikkat edilmelidir.

Ele aldığımız bir diğer parametre geriatrik depresyondur. Çalışmamızda hastaların %33,5'inde şiddetli depresif belirtiler varken, %50,3'ünde depresif bulguya rastlanmamıştır. Depresyon değerlendirmesinde cinsiyetler arasında fark bulunamamıştır.

Medeni durum ve geriatrik depresyon arasındaki ilişki değerlendirildiğinde bekar yaşlılarda depresyon görülme oranı, evli olanlardan yüksek bulunmuştur. Bu durum özellikle bu yaş grubunda sosyal desteğin (eş, arkadaş, çocuk) psikolojik sağlığı ne kadar olumlu etkilediğini göstermektedir. Hasta değerlendirmesinde bu durum göz önünde bulundurulmalıdır.

Ekonomik durumun tıpkı beslenme durumunda olduğu gibi psikolojik durum üzerinde de etkisi büyüktür. Pek çok açıdan bağımlı halen gelen yaşlıların ekonomik

olarak da bağımlı hale gelmesi ya da ekonomik sıkıntı çekiyor olmaları onları psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Değerlendirme esnasında ekonomik durum ile ilgili bilgi sahibi olmak hastaların psikolojik durumunu anlamada yardımcı olabilir.

Covid-19 enfeksiyonu geçiren hastalarda geçirmeyenlere göre daha yüksek oranda geriatrik depresyona rastlanmıştır. Covid-19 enfeksiyonu geçiren hastalarda da hastaneye yatanlarda yatmayanlara göre daha yüksek oranda depresyona rastlanmıştır. Hastalığa dair belirsizlik, geriatrik yaş grubu için daha yüksek mortalite oranları, hastalık nedeni ile aile ve sosyal çevreden uzaklaşmak zorunda kalma ve hastaneye yatışın hastalarda karamsarlığa sebep olması muhtemeldir. Yaşanan Covid-19 salgınından itibaren hastaların psikiyatrik değerlendirilmesi yapılırken Covid-19 enfeksiyonu geçirip geçirmediği göz önünde bulundurulmalıdır.

Covid-19 salgını döneminde huzurevinde kalan yaşlıların tamamında geriatrik depresyon görülmüştür. Bu dönemde huzurevinde kalıyor olmak yaşlılar için pek çok açıdan stres faktörü olabilir. Ziyaretçi sayısı ve sıklığının azalması ve sosyal mesafe kurallarına yeterince uyulamayacağının düşünülmesinin bu faktörlerden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yer alan bir diğer ana başlık koronavirüs anksiyesidir. Bulgularımıza göre yaşlıların %20,6'sında koronavirüs anksiyesi var iken, %79,4'ünde koronavirüs anksiyesi yoktur. Anksiyete değerlendirmesinde cinsiyetler arasında fark bulunamamıştır.

Medeni durumu evli olan bireylerin koronavirüs anksiyesi, medeni durumu boşanmış ve bekar olan bireylerin koronavirüs anksiyesinden daha düşüktür. Bu durumun geriatrik depresyonda da bahsettiğimiz gibi sosyal destek ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Sosyal desteğin anksiyete ve depresyon için koruyucu olduğu düşünülmektedir.

Koronavirüs anksiyesi ve ekonomik durum ilişkisinde sonuçlar geriatrik depresyon ve beslenme durumu ile aynı şekildedir. Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayan bireylerin koronavirüs anksiyesi daha yüksektir. Ekonomik durumu kötü olan bireylerde koruyucu ekipmana ulaşmadaki yetersizlik ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama korkusunun anksiyeteyi arttırdığı düşünülmektedir.

Covid-19 enfeksiyonu geçiren bireylerde koronavirüs anksiyetesi geçirmeyenlere göre yüksek bulunmuştur. Enfeksiyon sebebi ile yaşanan solunum sıkıntısı, halsizlik ve ateş gibi semptomların anksiyeteyi tetiklediğı düşünölmektedir.

Sahip olunan kronik hastalık sayısı arttıkça koronavirüs anksiyetesi artmaktadır. Bunun sebebinin kronik hastalığı olanlarda Covid-19 enfeksiyonun daha mortal seyrediyor olması olabilir.

Ölçeklerin ikili kıyaslamalarına baktığımızda koronavirüs anksiyetesi olan bireylerde malnütrisyon görölme oranı, olmayan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre anksiyetenin beslenme üzerine olumsuz etkisi olduğı düşünölmektedir. Anksiyetesi olanlarda malnütrisyon daha fazla görölmektedir. Bu da malnütrisyon değerdirmesinde anksiyetenin önemini vurgulamaktadır. Aynı şekilde geriatrik depresyonu olan bireylerde malnütrisyon oranı olamayanlardan yüksektir. Depresyonu olanlarda malnütrisyon daha fazladır. Malnütrisyon değerdendirilirken depresyon göz ardı edilmemelidir. GDÖ-SF ile KAÖ ikili kıyaslamasına baktığımızda koronavirüs anksiyetesi olan bireylerde geriatrik depresyon görölme oranı yüksek bulunmuştur. Anksiyete ve depresyon yaşlılarda birlikteliğı sık olan psikopatolojilerdir.

Altmış beş yaş ve üzeri beslenme durumu değerdirmesi yapılırken çalışmamızda yer alan parametrelerin değerdendirilmesi önemli görünmektedir. Nütrisyonu etki eden faktörlerin değerdendirilmesi, aile hekimliğinin prensiplerinden olan “biyopsikososyal” yaklaşımla örtüştüğü görölmektedir. Bu nedenle, aile hekimliğinde malnütrisyon sebebinin bulunup ona yönelik tedavi verilmesi tedaviye uyumu ve tedaviden alınan verimi arttırabilir. Malnütrisyonun tanınıp tedavi edilmesi malnütrisyonun sebep olacağı sağılık yükünü büyük ölçüde azaltacağı için oldukça önemli görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Goldberg TH, Chavin SI. Preventive medicine and screening in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 1997 Mar;45(3):344–54.
2. Psychogeriatrics WSG on, Organization WH. Psychogeriatrics : report of a WHO scientific group [meeting held in Geneva from 19 to 23 October 1970]. World Health Organization; 1972.
3. Aging WSG on the E of, Organization WH. The uses of epidemiology in the study of the elderly : report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging [meeting held in Geneva from 11 to 17 January 1983]. World Health Organization; 1984.
4. TÜİK Kurumsal [Internet]. [cited 2021 May 8]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>
5. Berner YN. Turkish Journal of Geriatrics. *Nutr Aging.* 2006;9(2):97–107.
6. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2010 Dec;29(6):745–8.
7. Beekman AT, de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry.* 2000 Jan;157(1):89–95.
8. Molloy DW, Standish TI. A guide to the standardized Mini-Mental State Examination. *Int Psychogeriatr.* 1997;9 Suppl 1:87–94; discussion 143-150.
9. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis.* 2008 Jan;5(1):A22.
10. Leon FG, Ashton AK, D’Mello DA, Dantz B, Hefner J, Matson GA, et al. Depression and comorbid medical illness: therapeutic and diagnostic challenges. *J Fam Pract.* 2003 Dec;Suppl:S19-33.
11. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin M-L, Mann A, Dupuy A-M, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2004 Feb;184:147–52.
12. Van der Weele GM, Gussekloo J, De Waal MWM, De Craen AJM, Van der Mast RC. Co-occurrence of depression and anxiety in elderly subjects aged 90 years and its relationship with functional status, quality of life and mortality. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009 Jun;24(6):595–601.
13. Birren JE, Schaie KW, PhD AP of P and BSKWS, Abeles RP, Gatz M, Salthouse TA. Handbook of the Psychology of Aging. Gulf Professional Publishing; 2001. 714 p.

14. WHO | Active ageing: a policy framework. WHO. World Health Organization; 2002.
15. Ek S, İlhanlı H, Kahraman SÖ. COVID-19'un zayıf halkası: Yaşlı nüfus. *Türk Coğrafya Derg.* 2020 Dec 31;(76):33–44.
16. Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klin Gelişim.* 2012;25(3):1–3.
17. Çakmur H, Erem T. Demographic Evaluation Of The Elderly Cancer Patients. *Turk J Geriatr.* 2000;3(1):11–4.
18. Hochschild AR. Disengagement Theory: A Critique and Proposal. *Am Sociol Rev.* 1975;40(5):553–69.
19. Yavuz B. Geriatrik Değerlendirme ve Testler. *İç Hastalık Derg.* 2007;14(1):5–17.
20. Solomon DH. Foreword. Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC, ed. *Comprehensive Geriatric Assessment.* New York: McGraw-Hill, 2000:787–799.
21. Geriatric assessment methods for clinical decisionmaking. *Natl Inst Health Consens Dev Conf Consens Statement.* 1987 Oct 19;6(13):1–8.
22. Reuben DB, Herr KA, Pacala JT et al. *Geriatrics At Your Fingertips.* 11. baskı. New York: The American Geriatrics Society, 2009:4–11.
23. Osterweil D. Comprehensive geriatric assessment: lessons in progress. *Isr Med Assoc J IMAJ.* 2003 May;5(5):371–4.
24. Halil MG. Geriatrik medikal değerlendirme. Arıoğlu S, ed. *Geriatri ve Gerontoloji.* Ankara: MN Medikal & Nobel, 2006:137–147.
25. Cassel CK: *Geriatric Medicine. An Evidence-Based Approach.* 4. baskı. New York: Springer, 2006:149–211.
26. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003 Dec 8;163(22):2716–24.
27. Döventaş A. Yaşlıda laboratuvar testlerinin yorumlanması. *Aka_demik Geriatri 2010 Kongresi. Birinci Basamak Temel Geriatri Kursu Konuşma Metinleri.* Kongre kitabı. S:28–31. 26–30 Mayıs 2010. Gazimağusa, Kıbrıs.
28. GBD 2013 Risk Factors Collaborators, Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–

- 2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl*. 2015 Dec 5;386(10010):2287–323.
29. Joint Collection Development Policy: Human Nutrition and Food [Internet]. [cited 2021 May 21]. Available from: https://wayback.archive-it.org/org-350/20190227225406/https://www.nlm.nih.gov/pubs/cd_hum.nut.html#2.
 30. Sobotka L, editor. *Basics in clinical nutrition*. 4th ed. Galen; 2012.
 31. Saunders J, Smith T. Malnutrition: causes and consequences. *Clin Med*. 2010 Dec;10(6):624–7.
 32. Pirlich M, Schütz T, Kemps M, Luhman N, Minko N, Lübke HJ, et al. Social risk factors for hospital malnutrition. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif*. 2005 Mar;21(3):295–300.
 33. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M, Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2003 Aug;22(4):415–21.
 34. Cederholm T, Bosaeus I, Barazzoni R, Bauer J, Van Gossum A, Klek S, et al. Diagnostic criteria for malnutrition - An ESPEN Consensus Statement. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2015 Jun;34(3):335–40.
 35. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M, Academy Malnutrition Work Group, et al. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: characteristics recommended for the identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2012 May;36(3):275–83.
 36. Campbell IT. Limitations of nutrient intake. The effect of stressors: trauma, sepsis and multiple organ failure. *Eur J Clin Nutr*. 1999 Apr;53 Suppl 1:S143–147.
 37. Wakimoto P, Block G. Dietary intake, dietary patterns, and changes with age: an epidemiological perspective. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Oct;56 Spec No 2:65–80.
 38. Jensen GL, Mirtallo J, Compher C, Dhaliwal R, Forbes A, Grijalba RF, et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the International Consensus Guideline Committee. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2010 Apr;34(2):156–9.
 39. Detsky AS, Smalley PS, Chang J. The rational clinical examination. Is this patient malnourished? *JAMA*. 1994 Jan 5;271(1):54–8.
 40. Rakıcıoğlu N. Yaşlılık Döneminde Malnütrisyonun Saptanması. In: Kutsal YG, editor. *GERİATRİ Yaşlı Sağlığına Multidisipliner Yaklaşım*. Ankara: Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi Yayını; 2009. p. 115-20.

41. Flodin L, Svensson S, Cederholm T. Body mass index as a predictor of 1 year mortality in geriatric patients. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2000 Apr;19(2):121–5.
42. LaForgia J, Dollman J, Dale MJ, Withers RT, Hill AM. Validation of DXA body composition estimates in obese men and women. *Obes Silver Spring Md.* 2009 Apr;17(4):821–6.
43. Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2001 Dec;15(6):869–84.
44. Haydock DA, Hill GL. Impaired wound healing in surgical patients with varying degrees of malnutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1986 Dec;10(6):550–4.
45. Rai J, Gill SS, Kumar BRJS. The influence of preoperative nutritional status in wound healing after replacement arthroplasty. *Orthopedics.* 2002 Apr;25(4):417–21.
46. Naber TH, Schermer T, de Bree A, Nusteling K, Eggink L, Kruimel JW, et al. Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Am J Clin Nutr.* 1997 Nov;66(5):1232–9.
47. Robinson G, Goldstein M, Levine GM. Impact of nutritional status on DRG length of stay. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1987 Feb;11(1):49–51.
48. Correia MITD, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2003 Jun;22(3):235–9.
49. Constans T, Bacq Y, Bréchet JF, Guilmot JL, Choutet P, Lamisse F. Protein-energy malnutrition in elderly medical patients. *J Am Geriatr Soc.* 1992 Mar;40(3):263–8.
50. Chapman IM. Nutritional disorders in the elderly. *Med Clin North Am.* 2006 Sep;90(5):887–907.
51. Korfali G, Gündoğdu H, Aydintuğ S, Bahar M, Besler T, Moral AR, et al. Nutritional risk of hospitalized patients in Turkey. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2009 Oct;28(5):533–7.
52. Şahin M, Yalçın M. Huzur evinde veya kendi evinde yaşayan bireylerde depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. *Türk Geriatri Dergisi* 2003,6(1):10-13.
53. Dişçigil G, Gemalmaz A, Başak O ve ark. Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda depresyon. *Türk Geriatri Dergisi* 2005, 8 (3):129- 133.
54. Cole MG, Bellavance F. Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. *CMAJ Can Med Assoc J.* 1997 Oct 15;157(8):1055–60.

55. Oğuzhanoğlu KN, Osman Ö. Yaşlılık, huzurevi ve yaşam yolculukları: Bir psikodrama grup çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 2005;16(2):124–32.
56. Varma GS, Oğuzhanoğlu NK, Amuk T, Ateşçi F. Huzurevindeki Yaşlılarda Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008;11:25-32.
57. Demet MM, Taşkin EO, Deniz F, Karaca N, İçelli İ. Manisa huzurevlerinde kalan yaşlılarda depresyon belirtilerinin yaygınlığı ve ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Derg.* 2002;13(4):290–9.
58. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, Zeller PJ, Endicott J, Coryell W, et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1998 Aug;55(8):694–700.
59. Burhanettin[KAYA]1. LATE LIFE and DEPRESSION: DIAGNOSIS and ASSESSMENT. *Turk J Geriatr [Internet].* 1998 Dec 1 [cited 2021 Aug 27];2(2). Available from: <http://geriatri.dergisi.org/abstract.php?lang=en&id=14>
60. Rothschild AJ. The diagnosis and treatment of late-life depression. *J Clin Psychiatry.* 1996;57 Suppl 5:5–11.
61. Shulman KI. Conceptual problems in the assessment of depression in old age. *Psychiatr J Univ Ott Rev Psychiatr Univ Ott.* 1989 Jun;14(2):364–6; discussion 370-371.
62. Ormel J, Kempen GI, Deeg DJ, Brilman EI, van Sonderen E, Relyveld J. Functioning, well-being, and health perception in late middle-aged and older people: comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Jan;46(1):39–48.
63. Vergare MJ. Depression in the context of late-life transitions. *Bull Menninger Clin.* 1997;61(2):240–8.
64. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol.* 1991 Nov;46(6):M210-215.
65. Gülseren L: Yaşlılık döneminde görülen majör psikiyatrik bozukluklar 3P Dergisi 1995; 3 (3):185-192.
66. Uçku R. Küey L, Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarı kentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel bir alan araştırması- Nöropsikiyatri Arşivi 1992; 29:15-20.
67. West CG, Reed DM, Gildengorin GL. Can money buy happiness? Depressive symptoms in an affluent older population. *J Am Geriatr Soc.* 1998 Jan;46(1):49–57.

68. 4.Cervilla JA, Prince MJ: Cognitive impairment and social distress asb different pathways to depression in the elderly: A cross -sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1997; 12 (10): 995-1000.
69. Aktürk Z, Şahin EM, Dağdeviren N, Özer C. Türkçeleştirilmiş geriatrik depresyon skalasının iç güvenilirlik analizi. V, Ulusal Aile Hekimliği Kongresi. 27-30 mart 2002 Adana. Kongre Programı ve Kitabı: 442.
70. Gurland BJ, Meyers BS: Geriatric Psychiatry Talbott JA, Hules RE, Yudofsky SC (ed) *The Amerikan Psychiatric Press Text-book of Psychiatry* 1. baskı, Washington Amerikan Psychiatric Press Inc 1988; 1117-1137.
71. Georgotas A. McCue RE: Strategies for comprehensive treatment of depressive and manic states in late life. *Depression and Mania*. Eds: Georgotas A, Cancro R Elsevier Science Publ. Co Inc. New York 1988: 605-623.
72. Chou K-L. Combined effect of vision and hearing impairment on depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Affect Disord*. 2008 Feb;106(1-2):191-6.
73. Carpenter BD. Family, peer, and staff social support in nursing home patients: contributions to psychological well-being. *J App. Gerontol* 2002; 21: 275-293.
74. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review* 2000;20:731-754.
75. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry*. 1994 May;151(5):640-9.
76. Lindesay J. Phobic disorders in the elderly. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1991 Oct;159:531-41.
77. Manela M, Katona C, Livingston G. How Common Are the Anxiety Disorders in Old Age? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1996;11(1):65-70.
78. Flint AJ, Gagnon N. Diagnosis and management of panic disorder in older patients. *Drugs Aging*. 2003;20(12):881-91.
79. Gonçalves DC, Byrne GJ. Sooner or later: age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Depress Anxiety*. 2012 Jan;29(1):39-46.
80. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Anxiety and Its Association With Depression Among Institutionalized Elderly. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 1993 Winter;1(1):46-58.
81. Çakır S, Batmaz S, Kulaksızoğlu IB. Anksiyetenin eşlik ettiği geç başlangıçlı depresyonda moklobemid etkinliği: Bir açık çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2006;43:5-9.

82. Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis K, Beekman ATF, Eefsting JA. Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. *J Affect Disord*. 2005;88(2):145–53.
83. Diefenbach GJ, Stanley MA, Beck JG. Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging Ment Health*. 2001 Aug;5(3):269–74.
84. Kirmizioglu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(9):1026–1033.
85. Alwahhabi F. Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 2003 Aug;11(4):180–93.
86. de Beurs E, Beekman AT, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychol Med*. 1999 May;29(3):583–93.
87. van Hout HP, Beekman AT, de Beurs E, Comijs H, van Marwijk H, de Haan M, et al. Anxiety and the risk of death in older men and women. *Br J Psychiatry*. 2004;185:399–40.
88. Weiss KJ. Optimal management of anxiety in older patients. *Drugs Aging*. 1996 Sep;9(3):191–201.
89. Wang J, Wang Z. Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT) Analysis of China's Prevention and Control Strategy for the COVID-19 Epidemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 26;17(7).
90. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020 May;287:112934.
91. Lau ALD, Chi I, Cummins RA, Lee TMC, Chou K-L, Chung LWM. The SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) pandemic in Hong Kong: effects on the subjective wellbeing of elderly and younger people. *Aging Ment Health*. 2008 Nov;12(6):746–60.
92. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*. 2020 Apr 1;33(2):e100213.
93. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, Liang W-H, Ou C-Q, He J-X, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1708–20.
94. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. [Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. *Zhonghua*

Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi Chin J Ind Hyg Occup Dis. 2020 Mar 20;38(3):192–5.

95. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 2020 Mar 28;395(10229):1054–62.
96. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020 Apr 7;323(13):1239–42.
97. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol*. 2020 Mar;21(3):335–7.
98. Mehra MR, Desai SS, Kuy S, Henry TD, Patel AN. Cardiovascular Disease, Drug Therapy, and Mortality in Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 Jun 18;382(25):e102.
99. Dai M, Liu D, Liu M, Zhou F, Li G, Chen Z, et al. Patients with Cancer Appear More Vulnerable to SARS-CoV-2: A Multicenter Study during the COVID-19 Outbreak. *Cancer Discov*. 2020 Jun;10(6):783–91.
100. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis*. 2020 Jun;20(6):669–77.
101. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020 May 26;323(20):2052–9.
102. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020 May 12;323(18):1775–6.
103. Buz S. YAŞLI BİREYLERE YÖNELİK YAŞ AYRIMCILIĞI. *Elektron Sos Bilim Derg*. 2015 Apr 12;14(53):268–78.
104. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Med*. 2010 Jul 27;7(7):e1000316.
105. Chhetri JK, Chan P, Arai H, Chul Park S, Sriyani Gunaratne P, Setiati S, et al. Prevention of COVID-19 in Older Adults: A Brief Guidance from the International Association for Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania region. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(5):471–2.

106. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982 1983;17(1):37–49.
107. T, Ertan, Engin Eker, ve Vedat Sar. “Validity and reliability of the Geriatric Depression Scale (Yesavage)”. *Nöropsikiyatri Arşivi* 34 (01 Ocak 1997): 62-71.
108. Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol J Aging Ment Health.* 1986;5(1–2):165–73.
109. Durmaz B. Validity and Reliability of Geriatric Depression Scale - 15 (Short Form) in Turkish older adults. *North Clin Istanbul.* 2017;
110. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud.* 2020 Jul 2;44(7):393–401.
111. Biçer İ, Çakmak C, Demir H, Kurt ME. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu: Türkçe Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Anatol Clin J Med Sci.* 2020 Mar 20;25(Special Issue on COVID 19):216–25.
112. Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, et al. Overview of the MNA--Its history and challenges. *J Nutr Health Aging.* 2006 Dec;10(6):456–63; discussion 463-465.
113. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* 1999 Feb;15(2):116–22.
114. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature-What Does It Tell Us? *J Nutr Health Aging.* 2005 Nov 30;10:466–85; discussion 485.
115. 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). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Jun 1;56(6):M366–72.
116. MNA-International Group, Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging.* 2009 Nov;13(9):782–8.
117. Sarıkaya D. Geriatrik hastalarda mini nütrisyonel değerlendirme (mna) testinin uzun ve kısa (mna-sf) formunun geçerlilik çalışması. 2013;90.
118. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Mini-Nutritional Assessment International Group. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational

perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc 2010; 58:1734-1738.

119. Balcı E, Şenol V, Eşel E, Günay O, Elmalı F. 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Depresyon ve Malnutrisyon Durumları Arasındaki İlişki. Turk J Public Health. 2012 Apr 12;10(1):37–43.
120. Bayrak F, Ersoy S, Pala E. Ümraniye Durmuş Tanış Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş Üzeri Hastalarda Malnütrisyon Sıklığı ve İlişkili Durumlar. Abant Tıp Derg. 2021 Apr 30;10(1):93–103.
121. Bektaş Y, Başbüyük GÖ, Çınar Z, Ay F, Alan A. Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Malnütrisyon Sıklığı. Ahi Evran Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg. 2017 Dec 24;3(2):339–48.
122. Kyle UG, Unger P, Mensi N, Genton L, Pichard C. Nutrition status in patients younger and older than 60 y at hospital admission: a controlled population study in 995 subjects. Nutr Burbank Los Angel Cty Calif. 2002 Jun;18(6):463–9.
123. Jyrkkä J, Enlund H, Lavikainen P, Sulkava R, Hartikainen S. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2011 May;20(5):514–22.
124. Mamhidir AG, Ljunggren G, Kihlgren M, Kihlgren A, Wimo A. Underweight, weight loss and related risk factors among older adults in sheltered housing--a Swedish follow-up study. J Nutr Health Aging. 2006 Aug;10(4):255–62.
125. Kablan Ş, Arikan A, Metin D, Garipağaoğlu M. Kurumda Ve Kendi Evinde Yaşayan Bir Grup Yaşlı Bireyin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg. 2020 May 18;5(2):222–33.
126. Eken K. Meram ilçesinde 65 yaş üstü bireylerde malnutrisyon prevalansı. Malnutrition prevalence in 65 year old individuals in meram [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 12]; Available from: <http://acikerisim.erbakan.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12452/4490>
127. Erdoğan T, Tunca H. Dâhiliye Polikliniğine Başvuran Geriatrik Hastaların Çok Yönlü Fonksiyonel Değerlendirilmesi Ve Beslenme Durumlarının İrdelenmesi. Osman Tıp Derg. 2016 Apr 27;38(3):17–24.
128. Feldblum I, German L, Castel H, Harman-Boehm I, Bilenko N, Eisinger M, et al. Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status. Nutr J. 2007 Dec;6(1):37.
129. Han Y, Li S, Zheng Y. Predictors of nutritional status among community-dwelling older adults in Wuhan, China. Public Health Nutr. 2009 Aug;12(8):1189–96.

130. Kvamme J-M, Olsen JA, Florholmen J, Jacobsen BK. Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: the Tromsø study. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2011 May;20(4):575–82.
131. Sahin H, Cicek B, Yilmaz M, Ongan D, KAYA N, İnanç N. Kayseri İlinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üzeri Bireylerde Beslenme Durumu Ve Yaşam Kalitesinin Saptanması. *Turkish J Geriatrics*. 2013 Jan 1;16:322–9.
132. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013). TC Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Yayın No:909.
133. Visvanathan R. Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem! *J Postgrad Med*. 2003 Dec;49(4):352–60.
134. Griep MI, Mets TF, Collys K, Kristoffersen IP, Massart DL. Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the “mini-nutritional assessment”. *Journal of gerontology*. 2000; 55(2):57- 63.
135. Allard L, Ouedraogo E, Molleville J, Bihan H, Giroux-Leprieur B, Sutton A, et al. Malnutrition: Percentage and Association with Prognosis in Patients Hospitalized for Coronavirus Disease 2019. *Nutrients*. 2020 Dec;12(12):3679.
136. Liu A, Cong J, Wang Q, Mei Y, Peng Y, Zhou M, et al. Risk of Malnutrition Is Common in Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China: A Cross-sectional Study. *J Nutr*. 2021 Jun 1;151(6):1591–6.
137. Suzana S, Boon PC, Chan PP, Normah CD. Malnutrition risk and its association with appetite, functional and psychosocial status among elderly Malays in an agricultural settlement. *Malays J Nutr*. 2013 Apr;19(1):65–75.
138. Mowé M, Böhmer T. Reduced appetite. A predictor for undernutrition in aged people. *J Nutr Health Aging*. 2002 Jan 1;6(1):81–3.
139. Schilp J, Wijnhoven HA, Deeg DJ, Visser M. Early Determinants For The Development Of Undernutrition In An Older General Population -Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Clin Nutr Suppl*. 2011;1(6):19.
140. Berggren E, Strang P, Orrevall Y, Ödlund Olin A, Törnkvist L. Symptom Burden in Patients With Home Care Who Are at Risk for Malnutrition: A Cross-Sectional Study. *J Palliat Care*. 2020 Apr;35(2):103–9.
141. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(2):286–94.
142. Cankurtaran M, Halil M, Yavuz BB, Dagli N, Cankurtaran ES, Ariogul S. Depression and concomitant diseases in a Turkish geriatric outpatient setting. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005 May 1;40(3):307–15.

143. Hustey FM, Smith MD. A depression screen and intervention for older ED patients. *Am J Emerg Med*. 2007 Feb;25(2):133–7.
144. Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumuğunun değeriendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2016 Apr 25;9(1):9–21.
145. Shah SMA, Mohammad D, Qureshi MFH, Abbas MZ, Aleem S. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. *Community Ment Health J*. 2021 Jan 1;57(1):101–10.
146. Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA. Depresyon Yaygınlığı Ve Risk Etmenleri: Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12 (4): 251-9.
147. Çınar K. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008;7(5):399-404.
148. Altay B, Üstün G. Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Yaşlı Hastalarda Depresyon Riski ve Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2012 Jun 1;(2):108–16.
149. Mohd Sidik S, Mohd Zulkefli N, MUSTAQIM A. Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pac Fam Med*. 2003 Dec 1;2:196–9.
150. Demir G, Ünsal A, Arslan GG, Çoban A. Huzurevinde Ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Yaygınlığının Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2013 Jan 1;2(1):1–12.
151. Serin K, Görpelioğlu S. Comparison of the results of life quality and geriatric depression scale results according to the environments of the elders. *Türkiye Aile Hekim Derg*. 2019 Dec 25;23(4):150–6.
152. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2004;5(2):76–84.
153. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2005;6(4):227–39.
154. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020 Oct 1;89:594–600.
155. Hyland P, Shevlin M, McBride O, Murphy J, Karatzias T, Bentall RP, et al. Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142(3):249–56.

156. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020 Sep 2;3(9):e2019686–e2019686.
157. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jan;17(11):4065.
158. Wilkowska-Chmielewska J, Szelenberger W, Wojnar M. Age-dependent symptomatology of depression in hospitalized patients and its implications for DSM-5. *J Affect Disord*. 2013 Aug 15;150(1):142–5.
159. Nikmat AW, Hashim NA, Omar SA, Razali S. Depression And Loneliness/Social Isolation Among Patients With Cognitive Impairment In Nursing Home. *ASEAN J Psychiatry*. 2015 Sep 13;16(2):1–10.
160. Grover S, Avasthi A, Sahoo S, Lakdawala B, Dan A, Nebhinani N, et al. Relationship of loneliness and social connectedness with depression in elderly: A multicentric study under the aegis of Indian Association for Geriatric Mental Health. *J Geriatr Ment Health*. 2018 Jan 1;5:99.
161. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Glob Health*. 2020 Jul 6;16(1):57.
162. Kabeloglu V, Güml, Güml N, I. COVID-19 Salgini Sirasinda Uyku Kalitesi ve Iliskili Sosyal ve Psikolojik Faktorlerin Arastirilmesi/Investigation of Sleep Quality and Associated Social Psychological Factors During the COVID-19 Outbreak. *J Turk Sleep Med*. 2021 Jun 1;8(2):97–105.
163. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *Int J Ment Health Addict*. 2020 May 28;1–14.
164. Nie X-D, Wang Q, Wang M-N, Zhao S, Liu L, Zhu Y-L, et al. Anxiety and depression and its correlates in patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2021 Jun 1;25(2):109–14.
165. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E, et al. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2010 Aug;29(4):507–11.
166. Borowiak E, Kostka T. Usefulness of short (MNA-SF) and full version of the Mini Nutritional Assessment (MNA) in examining the nutritional state of older persons. *New Med*. 2003 Jan 1;6:125–9.

167. Deklāva L, Vilka L, Millere I, Fokina O. Malnutrition In Older Adults And Its Correlates With Anxiety And Depression. Soc Integr Educ Proc Int Sci Conf. 2020 May 20;6(0):199–205.
168. Alam MR, Karmokar S, Reza S, Kabir MdR, Ghosh S, Mamun MdAA. Geriatric malnutrition and depression: Evidence from elderly home care population in Bangladesh. Prev Med Rep. 2021 Sep 1;23:101478.
169. Kvamme J-M, Grønli O, Florholmen J, Jacobsen BK. Risk of malnutrition is associated with mental health symptoms in community living elderly men and women: The Tromsø Study. BMC Psychiatry. 2011 Jul 17;11(1):112.
170. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychol Med. 2002 May;32(4):649–59.
171. Gorman JM. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety*. 1996 1997;4(4):160–8.
172. Olfson M, Fireman B, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Kathol RG, et al. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry*. 1997 Dec;154(12):1734–40.
173. Roy-Byrne P, Katon W, Broadhead WE, Lepine JP, Richards J, Brantley PJ, et al. Subsyndromal (“mixed”) anxiety--depression in primary care. *J Gen Intern Med*. 1994 Sep;9(9):507–12.
174. Sartorius N, Ustün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996 Jun;(30):38–43.
175. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, et al. Comorbid Anxiety Disorders in Depressed Elderly Patients. *Am J Psychiatry*. 2000 May 1;157(5):722–8.