

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**BİR HASTANENİN POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN YAŞLI BİREYLERİN
BESLENME DURUMUNUN TARANMASI VE SIVI TÜKETİMİNİN
BELİRLENMESİ**

Türkan TİRYAKİ

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GAZİANTEP
2020**

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR HASTANENİN POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN YAŞLI
BİREYLERİN BESLENME DURUMUNUN TARANMASI VE SIVI
TÜKETİMİNİN BELİRLENMESİ**

Türkan TİRYAKİ

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim- Öğretim Yönetmeliğinin Beslenme ve
Diyetetik Anabilim Dalı Programı için Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Yasemin BEYHAN

GAZİANTEP

2020

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans çalışmam boyunca bana her konuda yol gösteren, tez konumun belirlenmesinde, çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında her türlü bilimsel katkı ve manevi desteğini esirgemeyen danışman hocam Sayın Prof. Dr. Yasemin BEYHAN'a,

Çalışmamda yardımlarını eksik etmeyen Eda TİRYAKİ ve Zeynep UZUNASLAN'a
Her zaman her türlü maddi, manevi destek ve hoşgörüyü yanımnda olan eşim Abdullah TİRYAKİ' ye

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Türkan TİRYAKİ. Bir Hastanenin Polikliniklerine Başvuran Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumunun Taranması ve Sıvı Tüketiminin Belirlenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep, 2020. Bu araştırma yaşlı bireylerin beslenme durumunun taranması ve sıvı tüketiminin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma Gaziantep ilinde bulunan bir özel hastanenin polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri 200 yaşlı (93 erkek, %46,5, 107 kadın, %53,5) birey üzerinde yürütülmüştür. Bireylere uygulanan anket formunda demografik bilgiler, beslenme alışkanlıkları/besin tüketim sıklığı, Mini Nütrisyonel Araştırma (MNA) ve antropometrik ölçümler yer almaktadır. Yaşlı bireylerin yaş ortalamaları benzerdir ($p=0,884$; $p>0,05$). Hipertansiyon (erkek %35,5, kadın %65,4) ve diyabet(erkek %34,2, kadın % 52,3) özellikle kadınlarda en çok görülen hastalıklar olarak saptanmıştır. İki grup arasında diyabet ve hipertansiyon hastalıkları açısından anlamlı bir fark bulunmazken diğer hastalıklar ile istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,01$). Türkiye Beslenme Rehberi'ne (TÜBER)'e göre erkekler alınması gereken enerjinin %92,4'ünü kadınlar ise enerjinin %97,4'ünü karşılamıştır. Enerjinin karbonhidrattan (erkeklerde %45,36±7,76, kadınlarda %46,33±7,05) ve proteinden gelen oranı (kadınlarda %18,48±2,00 erkeklerde %18,80±1,89) önerilen düzeyde, yağdan gelen oranı (erkeklerde %36,02± 6,70, kadınlarda %34,88±6,37) önerilenin üzerinde olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerde (kadın %40,2, erkek %45,1) toplam iki cinsiyette %42,6'sı ise önerilen düzeyin altında su tükettiği bulunmuştur. Beden Kütle İndeksi (BKİ) sınıflamasında erkeklerin %36,0'sının fazla kilolu, kadınların %49,5'inin şişman olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerin cinsiyete göre BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,01$). Kadınların %51,7'si, erkeklerin ise %48,3'si MNA puanına göre normal (12-14 puan) nütrisyonel duruma sahip olduğu, erkeklerin %35,7'si, kadınların %64,3'ü malnütrisyon riski (8-11 puan) altında olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre nütrisyonel durum arası bir fark bulunmamıştır ($p=0,229$; $p>0,05$). Bu çalışmada sonuç olarak, yaşlıların beslenme ve sıvı tüketimleri açısından bazı sorunları olduğu saptanmıştır, buna yönelik olarak yaşlı beslenmesi konusunda gerekli politikaların geliştirilmesi ve bu konuda yaşlıların bilinçlendirilmesi sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: yaşlı, sıvı tüketimi, malnütrisyon, Mini Nütrisyonel Araştırma (MNA)

ABSTRACT

Türkan TIRYAKİ. Screening the Nutritional Status of Elderly Individuals Applying to the Polyclinics of a Hospital and Determining Fluid Consumption. Hasan Kalyoncu University Institute of Health Sciences Nutrition and Dietetics Program Master's Thesis. Gaziantep, 2020. This research was conducted to screen the nutritional special status of elderly people and to determine their fluid consumption. The study was conducted on 200 elderly (93 males, 46.5%, 107 females, 53.5%) individuals aged 65 years and over who applied to the polyclinics of a hospital in the city of Gaziantep. Demographic information, nutritional habits/food consumption frequency, Mini Nutritional Research (MNA) and anthropometric measurements are included in the questionnaire form applied to individuals. The mean ages of elderly individuals are similar ($p = 0.884$; $p > 0.05$). Hypertension (men 35.5%, women 65.4%) and diabetes (men 34.2%, women 52.3%) were found to be the most common diseases, especially in women. While there was no significant difference between the two groups in terms of diabetes and hypertension diseases, a statistically significant difference was found with other diseases ($p = 0.000$; $p < 0.01$). Turkey Nutrition Guidebook (TUBER) according to 92.4% of the energy is to be taken for men and women met the 97.4% of energy. The ratio of energy from carbohydrate ($45.36\% \pm 7.76\%$ in men, $46.33 \pm 7.05\%$ in women) and protein ($18.48\% \pm 2.00\%$ in women) at the recommended level, The ratio of fat ($36.02\% \pm 6.70\%$ in men, $34.88 \pm 6.37\%$ in women) was found to be higher than the recommended one. It was found that in elderly individuals (women 40.2%, men 45.1%), 42.6% of both genders consumed water below the recommended level. It has been determined that 42.6% of the elderly individuals of both sexes in total consume water below the recommended level. In the Body Mass Index (BMI) classification, it was determined that 36.0% of men were overweight and 49.5% of women were obese. A statistically significant difference was found between the BMI values of the elderly according to gender ($p = 0.000$; $p < 0.01$). 51.7% of women and 48.3% of men have normal (12-14 points) nutritional status according to the MNA score, 35.7% of men and 64.3% of women are at risk of malnutrition (8 -11 points). No difference was found between nutritional status according to gender ($p = 0.229$; $p > 0.05$). As a result of this study, it was determined that the elderly had some problems in terms of nutrition and fluid consumption, accordingly, it was concluded that the necessary policies on elderly nutrition were developed and the elderly people were informed about this issue.

Key words: elderly, fluid intake, malnutrition. Mini Nutritional Assessment (MNA)

TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘Bir Hastanenin Polikliniklerine Başvuran Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumunun Taranması ve Sıvı Tüketiminin Belirlenmesi’ çalışmanın tarafımda bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

23/10/2020

Türkan TİRYAKİ



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

| | |
|--|-------------|
| TEZ SAVUNMA TUTANAĞI | |
| TEŞEKKÜR..... | i |
| ÖZET | ii |
| ABSTRACT..... | iii |
| TEZ ETİK BİLDİRİM SAYFASI..... | iv |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| TABLolar LİSTESİ | viii |
| GRAFİK DİZİNİ..... | viii |
| SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ..... | x |
| 1.GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Tanım | 1 |
| 1.2.Araştırmanın Amacı..... | 2 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 3 |
| 2.1.Yaşlılık ve Tanımı..... | 3 |
| 2.2.Yaşlılarda Beslenme..... | 3 |
| 2.3.Yaşlılarda Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimi | 4 |
| 2.4.Yaşlılarda İdeal Beden Kütle İndeksi..... | 6 |
| 2.5.Yaşlılarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi..... | 7 |
| 2.6.Yaşlılarda Beslenme Durumunun Taranması–Tarama Araçları..... | 7 |
| 2.6.1. Mini Nutrisyonel Değerlendirme (MNA) | 8 |
| 2.7.Yaşlılarda Sıvı Tüketimi..... | 8 |
| 2.8.Yaşlılarda Sıvı Tüketiminin Önemi..... | 9 |
| 2.9.Yaşlılarda Yeterli Sıvı Alımı | 9 |
| 2.10.Sıvı Tüketiminin Bozulmasıyla Eşlik Eden Hastalıklar..... | 10 |
| 2.11.Yaşlılarda Dehidratasyon Prevelansı..... | 11 |

| | |
|---|-----------|
| 2.12.Yaşlılarda Sağlıklı Beslenme Önerileri..... | 12 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEMLER..... | 13 |
| 3.1 Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi..... | 13 |
| 3.2. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi..... | 13 |
| 3.2.1.Antropometrik Ölçümler | 14 |
| 3.3.2.Bireylerin Beslenme Durumunun Saptanması..... | 15 |
| 3.2.3.Bireylerin Sıvı Tüketim Durumunun Saptanması..... | 15 |
| 3.2.4. MNA Tarama Testi ile Malnütrisyonun Belirlenmesi..... | 15 |
| 3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi..... | 16 |
| 4.BULGULAR..... | 16 |
| 4.1. Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Bulgular..... | 16 |
| 4.2 Bireylerin Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular..... | 19 |
| 4.3.Bireylerin Günlük Sıvı Tüketimlerine İlişkin Bulgular..... | 21 |
| 4.4. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular..... | 26 |
| 4.5.Bireylerin MNA(Mini Nutrisyonel Değerlendirme) İle İlgili Bulgular..... | 29 |
| 5. TARTIŞMA | 32 |
| 5.1.Bireylerin Genel Özellikleri..... | 32 |
| 5.2.Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları..... | 35 |
| 5.3.Bireylerin Sıvı Tüketimleri..... | 38 |
| 5.4.Bireylerin Antropometrik Değerlendirme..... | 42 |
| 5.5 Mini Nütrisyonel Değerlendirme(MNA)..... | 44 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 47 |
| 6.1. Sonuçlar..... | 47 |
| 6.2. Öneriler..... | 51 |
| 7.KAYNAKLAR..... | 52 |

EKLER

| | |
|--|----|
| Ek 1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı | 69 |
| Ek 2. Etik Kurul Kararı | 70 |
| Ek 3. Kurum İzni | 71 |
| Ek 4. Veri Toplama Formları | 72 |
| Ek 5. Gönüllüleri Bilgilendirme Formu | 78 |
| Ek 6. İntihal Raporu | 79 |
| Ek 7. Kısa Özgeçmiş | 80 |



TABLolar/GRAFİK LİSTESİ

Sayfa No

| | |
|---|----|
| Tablo 1.2: Yaşa Göre Beden Kütle İndeks Değerleri..... | 6 |
| Tablo 4.1. Bireylerin Cinsiyet, Yaş, Sigara Alkol Kullanımı Ve Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı..... | 17 |
| Tablo 4.2. Hekim Tarafından Tanısı Konmuş Sağlık Sorunun Cinsiyete Göre Durumu..... | 18 |
| Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular | 19 |
| Tablo 4.4. Bireylerin Ortalama Günlük Enerji, Karbonhidrat, Protein, Yağ ve Posa Alım Miktarları..... | 20 |
| Tablo 4.5. Bireylerin Günlük Ortalama Vitamin ve Mineral Alım Miktarları ve Karşılama Yüzdeleri..... | 20 |
| Tablo 4.6. Bireylerin Günlük Sıvı Tüketimine İlişkin Bulgular..... | 21 |
| Tablo 4.7. Bireylerin Yaşa Göre Sıvı Tüketim Miktarları..... | 21 |
| Tablo 4.8. Bireylerin Günlük Sıvı Tüketim Sıklığı ve Miktarlarına İlişkin Bulgular..... | 23 |
| Tablo 4.9. Bireylerin Sıvı Tüketimleri ve Mevcut Hastalıkları Arasındaki İlişkisi | 25 |
| Tablo 4.10. Yeterli Ve Yetersiz Sıvı Tüketen Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular..... | 25 |
| Tablo 4.11. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular..... | 26 |
| Tablo 4.12. Antropometrik Ölçüm Kesişim Değerlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı... | |
| Tablo 4.13. Yaşlı Bireylerin Yaşa ve Cinsiyete göre Antropometrik Ölçümlerinin Kesişim Değerlerine Göre Dağılımı..... | 27 |
| Tablo 4.14. Bireylerin MNA(Mini Nutrisyonel Değerlendirme) İlişkin Bulgular..... | 29 |

| | |
|--|----|
| Tablo 4.15. Yaşlıların MNA Tarama Testine Verdiği Cevaplara Göre Dağılımları | 29 |
| Tablo 4.16. Bireylerin MNA(Mini Nutrisyonel Değerlendirme) Skorunun İştah Durumuna İlişkin Bulgular..... | 30 |
| Tablo 4.17. Bireylerin MNA Skoru ile Günlük Sıvı Tüketimine İlişkin Bulgular | 31 |
| Tablo 4.18. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin MNA(MiniNutrisyonel Değerlendirme) Skoruna İlişkin Bulgular..... | 31 |



SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

| | |
|-------------------------------|---|
| AH | : Alzheimer Hastalığı |
| BEBIS | : Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı |
| BKİ | : Beden Kütle İndeksi |
| DM | : Diabetes Mellitus |
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| ESH | : Avrupa Hipertansiyon Derneği |
| ESC | : Avrupa Kardiyoloji Derneği |
| HDL | : Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein |
| KKAL | : Kalori |
| KEHES | : Kayseri Elderly Health Study KEHES |
| KVH | : Kardiyovasküler Hastalıklar |
| LDL | : Düşük Yoğunluklu Lipoprotein |
| MG | : Miligram |
| MNA | : Mini Nutrisyonel Değerlendirme |
| NCHS | : Sağlık İstatistikleri Ulusal Merkezi |
| (\bar{x}) | : Ortalama |
| PATENT2 | : Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasına (2012) |
| SS | : Standart Sapma |
| TBSA | : Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması |
| TÜBER | : Türkiye Beslenme Rehberi |
| TİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| ÜOKÇ | : Üst Orta Kol Çevresi |

1.GİRİŞ

1.1.Tanım

İnsan yaşamının ilerleyen dönemi ‘yaşlılık’ olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ‘65-74’ yaş arasını genç yaşlı olarak, ‘75-84’ yaş arasını orta yaşlı olarak, ‘85+’ ise ileri yaşlılık olarak sınıflandırmaktadır (1).

Beslenme; sağlığın korunması ve hastalıkların iyileştirilmesi sebebiyle sağlığın temel belirleyicisi olarak bilinmektedir. Sağlıklı bir ömrün sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için önemli rol oynadığından, yaşlılarda sağlıklı yaşlanmanın sürdürülmesi için yaşlıların uygun beslenmeye teşvik edilmesi ve gerekli desteklerin yapılması gerekmektedir (2).

Genel olarak, sağlıklı bir diyetin uygun bir enerji, makro ve mikro besin ögesi ve su dengesi gerektirdiği bilinmektedir. Doğru ve dengeli beslenme alışkanlıklarını sürdürmek, her yaştaki birey için önemlidir, ancak bu özellikle yetersiz beslenmeye karşı daha savunmasız olan yaşlı yetişkinler için daha da geçerlidir. Yaşlıların beslenme ihtiyaçları, benzer antropometrik ve fizyolojik özelliklere ve kalori harcamalarına sahip genç yetişkinlerden genel sağlıklı/kaliteli beslenme ilkeleri açısından önemli ölçüde benzerdir (3).

Artan yaşla beraber fiziksel ve fonksiyonel düşüş görülür. Yaşa bağlı patofizyolojik değişiklikler, yaşlı bireyleri özellikle hastalık veya fizyolojik stres dönemlerinde sıvı alımındaki bozulmalara karşı daha savunmasız bir hale getirir (4).

Su; diğer bireylerde olduğu gibi yaşlılar için de en önemli olan sıvılardan biridir. Sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi, vücut sıcaklığının düzenlenmesi ve ayrıca sıvı alımı, vasküler hacmini korumak için gerekli olup, yaşlılarda sıvı alımının genç bireylerden daha fazla öneme sahip olduğu ön görülmektedir (5).

Yaşlı bireylerde, su vücut ağırlığının yaklaşık olarak % 50'sini oluşturmaktadır. Su, metabolizma için çok önemli bir madde olduğu için, dolaşımda membranlar boyunca substrat taşınımı, sıcaklık düzenlemesi, sıvı-elektrolit dengesi ve iç ortam homeostazında, biyokimyasal reaksiyonların ortamı olarak rol oynamaktadır (6).

Yaşlılıkla beraber vücutta toplam su miktarı azalarak, yağsız vücut kütlesi kaybına da eşlik etmektedir. Vücut suyu erkeklerde 30 yaşından 80 yaşına kadar %11 lik azalma gösteriyor iken kadınlarda ise %17 oranında azalmaktadır. Yaşlı bireylerin, yaşam kalitesinde iyileşmelere ve dünya çapındaki doğum oranlarındaki düşüşe, paralel olarak yaşam beklentisi artmış, bu durum yaşlı nüfusta kademeli bir artışa neden olmuştur (7,8) .

1.2. Araştırmanın Amacı

Yaşlılarda yeterli ve dengeli beslenme bireyin yaş, cinsiyet vb. özelliklerine uygun enerji ve besin öğelerini yeterince alınması ile sağlanır. Yaşlılar fizyolojik özellikleri nedeniyle (çiğneme, sindirim vb.) bazı besinleri yetersiz alırken; sağlıklı miktarda sıvı tüketimini de ihmal edebilmektedirler. Yetersiz ve dengesiz beslenen yaşlıların antropometrik verileri belirlenen standartların dışında olduğu düşünülmektedir. Yaşlılarda, fizyolojik ve bilişsel değişiklikler nedeniyle sıvı/su tüketimlerini unuttuklarından beyin fonksiyonları da olumsuz yönde etkilenmektedir. Besinlerin yeterli miktarda alınmaması ve sıvı tüketiminin ihmal edilmesi yaşam kalitesini de olumsuz etkilemekte, bu olumsuzluklar sonucunda da hastalıkların oluşumuna zemin hazırlamaktadır.

Bu çalışmada yaşlıların beslenme durumu ile sıvı tüketimini saptamak amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışma ile yaşlıların beslenme sorunları beslenme durumları ve sıvı tüketimlerine ilişkin sorunlara yönelik geliştirilmesi gereken plan ve politikalara yönelik zemin hazırlayarak, farkındalığı arttırmak hedeflenmektedir.

1.3. Hipotezler

- Yaşlılar yetersiz ve dengesiz beslenmektedirler
- Yetersiz ve dengesiz beslenen yaşlıların antropometrik verileri belirlenen standartların dışındadır
- Yaşlı bireyler yetersiz sıvı tüketmektedirler
- Yetersiz sıvı tüketimi ile bazı sağlık sorunları ilişkilidir

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yaşlılık ve Tanımı

Dünyada birçok bölgede yaşlılık; zihinsel ve fiziksel yeteneklerin azalması ile karakterize, artan hastalık riskine eşlik eden, üretken soysal aktiviteden çekilme ve yaşamın son evresi olarak tanımlanmaktadır (9).

‘Yaşlanma’ genel olarak biyolojik yaşlanma ve kronolojik yaşlanma olarak sınıflandırılmaktadır. Biyolojik olarak yaşlanma; vücudun sağlık durumuna, iş gücüne, vücuttaki kalıtıma bağlı olarak yaşlanması durumudur. Kronik olarak yaşlanma ise; doğumdan gelinen yaşa kadar olan süre olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılıkla beraber beden içten ve dıştan birçok yıpratıcı etkiyle karşılaşmaktadır, ayrıca işlev yapısında meydana gelen bozukluklar sonucu da, hareketlerde yavaşlama, dişlerde çürüme, saçlarda ağarma gibi durumlarda meydana gelmektedir (10).

Yaşlı nüfusu tüm dünyada yaygın olmakla beraber her yıl artmaktadır. Yaşlı nüfusunun 2015-2030 yılları arasında %56 oranında artarak 901 milyondan, 1,4 milyara çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu oranın 2050 yılına kadar ise nüfusun, iki katından daha fazla artacağı tahmin edilmektedir (11).

Yaşlı nüfus oranı, 15 Mart 2018 Türkiye İstatistik Kurumu (TİK) verilerine göre; yaşlı nüfusun oranı 2013 yılında %7,7 iken bu oran 2017 yılında, %8,5’e kadar yükselme göstermiştir. Bu nüfus oranının da %56’sını kadınlar, %44’ünü de erkekler oluşturmaktadır. Nüfus araştırmalarına göre ise; 2023 yılında bu oran %10,2 ve 2030 yılında %12,9 daha fazla olacağı, bu bağlamda yaşlı nüfusunun giderek artacağı düşünülmektedir (12).

2.2.Yaşlılarda Beslenme

Beslenme, hem sağlık hem de hastalığın temel belirleyicisidir ve sağlıklı bir yaşam süresinin uzatılmasındaki rolünün önemli olduğu bilinmektedir. Özellikle, yetersiz beslenme, yaşlı bireylerde sağlık ve yaşam kalitesini tehdit eden en önemli tehditlerden biridir (13).

Yaşlı bireylerde yetersiz beslenme birçok önemli soruna da sebep olabilmektedir. Yetersiz beslenme; yaşam kalitesi, tıbbi komplikasyonlar ve hastanede yatışta, daha yüksek ölüm oranları gibi birçok olumsuz sonucu da beraberinde getiren ortak bir sorundur (14,15).

Yetersiz beslenme ve artan sağlıklı yaşam beklentisi incelendiğinde özellikle, yaşlı bireyler arasında yetersiz beslenme ve bu riski taşıyan bireylerin artacağı öngörülmektedir.

Yetersiz ve dengesiz besleme gibi sorunlarda kronik hastalıklar, düşük mali durum, düşük eğitim düzeyi gibi birçok faktör rol oynamaktadır (16,17).

Beslenme ayrıca normal yaşlanmayla bağlantılı olarak, birçok değişikliklerden de etkilenmektedir. Bu değişiklikler; fizyolojik, fiziksel, psikolojik, kognitif, sosyal ve çevresel kaynaklı olarak sıralanabilir. Yaşlanan popülasyonda; fonksiyonel sağlık ve yaşam kalitesinin korunması en önemli unsurlardan biridir (18).

Yaşlı bireylerde, yaşla birlikte fizyolojik ve fonksiyonel bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Bu sebeple, gıdaya yetersiz erişim, maddi olanakların yetersizliği gibi nedenlerden dolayı yetersiz beslenme sorunları daha belirgin görülmektedir. Yaşlı bireylerin yiyeceklerinin alınması, hazırlanması gibi günlük etkinliklerin yerine getirememesi yeterli beslenmesini etkileyecek diğer unsurlardan biridir. Bu gibi durumlarda yaşlı bireylere zamanında müdahale yapılması yetersiz beslenme riskini de ortadan kaldırmaya yardımcı olacaktır (19).

Yaşlılarda yetersiz beslenme ile ortaya çıkan, yaygın klinik durumlar ve beslenme yönünden farkındalığın artırılması gerekmektedir. Bu açılarda oluşan bir sorunun zamanında farkına varılması ve yeterli beslenme desteği ile yetersiz beslenmenin yol açacağı sonuçlar önlenebilir, hafifletilebilir ve böylece yaşlı popülasyonlarda morbidite ve mortalite azaltılabilir (20).

Küresel Beslenme Raporu 2018 verilerine göre; yetersiz beslenme geçmiş yıllarda olduğu gibi günümüzde de devam etmektedir. Bu sorun devam ederse, sorunun 2030 yılında 660 milyondan fazla insanı etkileyebileceği tahmin edilmektedir. Yetersiz beslenme, yaşlı bireylerde yağsız vücut kütlelerinde kayıba neden olacağından bu bireylerin risk altında olduğu tahmin edilmektedir (21).

2.3.Yaşlılarda Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimi

Yaşlılık dönemi boyunca bireylerin, hastalıkların iyileştirilmesi sağlığın korunması bakımından, enerji ve besin öğeleri gereksinimlerini referans değerlere uygun olarak alması önerilmektedir. Yaşlı bireylerin, bu sebeple iyi planlanmış bir beslenme programı ile bireyin ihtiyacı olan enerji, makro ve mikro besin öğelerinin uygun ölçülerde sağlanmış olması gerekmektedir. Bu bağlamda yaşlıların beslenme davranışları büyük önem taşımaktadır (22).

Yaşlanma ile birlikte besin öğeleri gereksinimleri değişiklik göstermektedir. Yaşlı bireyler, gençlerle aynı besin öğelerine ihtiyaç duymakla birlikte gereksinim miktarları da yaşlılarda farklılık göstermektedir (23).

Yaşlılık döneminde yeterli ve dengeli beslenmenin rolünün önemli olduğu bilinmektedir. Yaşlandıkça yaşam tarzı da değişmektedir. Yaşam tarzının değişmesiyle, iştahı ve tüketilen besin miktarları da değiştirmektedir. Yaşlılarda süt ve süt ürünleri, et ve kuru baklagil, meyve-sebze ve tahıl grubu besinlerin yeterince sağlanmasına özen gösterilmeli ve öğün sayısı 3 ana, 3 ara öğün şeklinde olmalıdır. Zira uygun beslenme çeşitliliğinin sağlanamaması durumunda yaşlılarda birçok sağlık sorununa yol açılabilir (24,25).

Yaşlılık döneminde enerji ve besin öğelerine farklı miktarlarda ihtiyaç duyulduğundan yaşlılara uygun besin öğeleri ve referans miktarların düzenlenmesi bu noktada büyük önem taşımaktadır. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)'nde; 65 yaş ve üzeri erkek yaşlılar için enerji alımı 28 kkal/kg, kadın yaşlılar için ise 27 kkal/kg alım önerilmektedir (26,27).

Yaşlılıkla beraber yağsız vücut kütlesi azalırken, aynı zamanda bazal metabolizma hızı da azalmaktadır. Bu nedenle enerji harcaması daha düşük olduğundan 50 yaşından sonra yaşlı bireylerde enerji gereksiniminin her on yılda %5 oranında azaldığı belirtilmektedir. Bu nedenle günlük alınan diyet enerjisinin %45-60'ının karbonhidratlardan gelmesi önerilir. Günlük enerjinin %10-20 ise proteinden gelmelidir. Alınan proteinin miktarı kadar protein kalitesi de yaşlılar için önem taşımaktadır. Diyetle alınan proteinin, % 25-30'unun hayvansal, %70-75'inin bitkisel kaynaklardan sağlanması gerektiği ileri sürülmektedir.— Diyetteki proteinin çoğu, hayvansal kaynaklardan sağlandığında 0.8 g/kg; %25-30'u hayvansal, %70-75'i bitkisel kaynaklardan sağlandığında 1 g/kg protein yeterlidir. Genel görüşe göre, 0.75 g/kg altına düşülmemesi gerekmektedir (26,27).

Yaşlı bireylerde önerilen protein alımı ile ilgili birçok tartışmalar olmuştur ancak, özellikle optimal ve uygun minimum protein ihtiyacı oldukça yüksek olan, diyetle protein alımının gerekli olabildiği de öne sürülmüştür (28).

Bireylerde sağlıklı beslenmede diyetle alınan günlük posa miktarı 25 g olarak önerilmektedir (26).

Yaşlı bireylerin, günlük alınan enerjinin %20-35'inin yağlardan sağlanmalıdır. Ayrıca, doymuş ve trans yağ tüketimine de kan kolesterolünü yükselttiği için, uzak durulmalıdır.

Diyette kolesterol 300 mg/gün altında tutulmalı ve DM (Diabetes Mellitus), Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH) olan yaşlılarda ise 200 mg/gün'ü aşmamalıdır (26,29).

2.4.Yaşlılarda İdeal Beden Kütle İndeksi

Beden kütle indeksi (BKİ), kişinin vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ile tanımlanan klinik bir ölçümdür. Vücut ağırlığının BKİ ye göre değerlendirilmesi en pratik ve kolay bir yöntemdir. İleri yaştaki yaşlı bireylerde düzenlenmiş BKİ değerlerine göre değerlendirme yapılmalıdır. Bu değerlendirmeye göre 65+ yaşlı bireylerde 24-29 kg/ m² aralığı normal olarak kabul edilmektedir (30,31).

Tablo 1.2 : Yaşa Göre Beden Kütle İndeks Değerleri (30,31)

| Yaş (yıl) | BKİ (Beden Kütle İndeksi) |
|-----------|---------------------------|
| 19-24 | 19-24 |
| 23-34 | 20-25 |
| 35-44 | 21-26 |
| 45-54 | 22-27 |
| 55-65 | 23-28 |
| 65+ | 24-29 |

BKİ ile vücut yağ miktarı arasındaki ilişki, bireylerin vücut yapısına göre farklılık göstermektedir. Ayrıca vücut yağ yüzdesinin, yaş ilerledikçe arttığı görülmüştür. Bu bağlamda BKİ oranının yaş ilerledikçe arttığı görülmüş ve bu artış cinsiyetler arasında kıyaslandığında kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür (32).

Ayrıca yapılan bir araştırmaya göre; 2025 itibari ile, 65 yaş ve üstü Avustralya nüfusunun % 36.9'unun obez olacağı tahmin edilmektedir (33).

Ayrıca hem düşük hem de yüksek BKİ değerlerinin, çeşitli bazı hastalıkların ilerlemesinde ilişkili olduğu bilinmektedir. Yüksek BKİ değerlerinin ise, orta yaşta artmış diyabet, kardiyovasküler ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklarla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca düşük BKİ, sonraki yaşamda bilişsel fonksiyonlarda azalmaya sebebiyet verebilmektedir (34,35).

2.5. Yaşlılarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Kötü beslenme; değişmiş vücut kompozisyonuna yol açan, yetersiz beslenmeyi ifade eder ve besin alımının azalmasından kaynaklanan bir durum ve azalmış zihinsel ve fiziksel fonksiyona, hastalıktan kaynaklanan bozulmuş klinik sonuçlara yol açan, vücut kütlesi olarak tanımlanır (36,37).

Beslenme durumunun taraması veya değerlendirme araçları kullanılarak malnütrisyon durumu veya malnütrisyon riski tespit edilebilmektedir. Beslenme durumu taraması, uygun beslenme müdahalesi ve tam beslenme değerlendirmesi için, malnütrisyon riski altında olanları tanımlamak amacı ile kullanılan bir yöntemdir. Ayrıca toplumda yaşayan yaşlı yetişkinlerde kullanılmak üzere, pek çok beslenme durumu tarama testi de bulunmaktadır (38,39).

Yaşlı bireylerde, malnütrisyon prevalansı örnekleme ve tanımlama ölçütlerine göre farklılıklar göstermektedir. Yaşlı bireylerde, malnütrisyon görülme oranı yaşla beraber artmaktadır. Besleme durumu da malnütrisyonun oluşumunda kritik önem taşımaktadır. Malnütrisyon prevalansının yaşlı bireylerde, eve bağlı yaşayanlarda % 5-8, huzurevinde yaşayanlarda % 13,8 ve hastanede olan yaşlılarda ise % 38,7 olduğu tespit edilmiştir (40).

Yetersiz ve dengesiz beslenme riski taşıyan yaşlı hastalarda, beslenme durumunun taranması, tedavinin daha etkin bir iyileştirme sağlaması için büyük öneme sahiptir (41).

2.6. Beslenme Durumunun Taranması–Tarama Araçları

Yaşlı bireylerin, beslenme durumlarının taranması malnütrisyon durumunun değerlendirilmesi ve tanımlanması açısından büyük öneme sahiptir. Yaşlı bireylerin, beslenme durumlarının değerlendirilmesinin, uygun beslenme planının ve bu beslenmeye bağlı oluşabilecek hastalıkların önlenmesinde önemli olduğu bilinmektedir. Fakat bu tanımlamanın karışık ve zor bir süreç olduğu unutulmamalıdır. Çünkü yaşlı bireylerin beslenme durumlarını değerlendirmede nörolojik hastalıklar ve demansın oluşumu yaşlı bireylerle iletişimde sorun oluşturabilmektedir (42,43).

Son zamanlarda, birçok tarama yöntemi geliştirilip uygulanmıştır. Bu tarama yöntemlerinin bir kısmı yaşlılar için, diğerleri ise çeşitli nedenlerle hastanelerde kalan yaşlı hastalara yönelik geliştirilmiştir (44).

2.6.1. MNA (Mini Nutrisyonel Değerlendirme-Mini Nutritional Assessment)

Mini Nütrisyonel Araştırma (MNA) aracı, yaşlı bireylerde, yetersiz beslenmeyi değerlendirmek için doğrulanmış bir araçtır. Bu beslenme aracının, beslenme alanında iki hekim uzmanı tarafından yapılan klinik bir değerlendirme ile karşılaştırıldığında % 92, biyokimyasal testler, antropometrik ölçümler ve diyet değerlendirmesi gibi, kapsamlı bir besinsel değerlendirme ile karşılaştırıldığında % 98'lik bir kesinliğe sahip olduğu gösterilmiştir (45).

Mini Nütrisyonel Araştırma testinin kısa ve uzun olmak üzere 2 formu vardır. Kısa form, orijinal olarak MNA'dan alınan, nütrisyonel değerlendirmeye bağdaşım gösterdiği belirlenen 6 maddeden oluşmakta ve bu kısa formdan elde edilen değer 11 veya altı ise hastanın malnütrisyon riski taşıdığı kabul edilir ve uzun MNA formu uygulanır. Mini Nütrisyonel Araştırma formunun duyarlılığı başarıyla test edilmiştir. Mini Nütrisyonel Araştırma testinin kısa formu çok kısa sürede yapılmakta uzun MNA ise yaklaşık 10-15 dakika sürmektedir (46,47).

2.7.Yaşlılarda Sıvı Tüketimi

Yaşlılarda sıvı tüketimi; vücutta besinlerin sindirimi, emilimi, taşınması, hücre yapılarının oluşumu ve stabilitesinin korunması, vücut ısısının atık ürünlerini ve toksinlerin vücuttan uzaklaştırılması gibi önemli etkilere sahiptir. Aynı zamanda kardiyovasküler, solunum, sindirim, üreme, boşaltım ve diğer sistemlerin düzenli çalışabilmesi için de suya ihtiyaç olduğu bilinmektedir (48).

Yaşlılık döneminde vücut su oranı azalır. Bu dönemde, susama hissinin azalması, kaybedilen suyun yerine konulmasını da engelleyebilir, bu durum daha sonra ölümlerle sonuçlanan ciddi sağlık sorunlarına da yol açabileceği öngörülmektedir (49).

Yetişkin bireylerde su oranı vücutta %60 iken, yaşlı bireylerde ise bu oran % 50'ye kadar düşer. Vücutta su oranının düşmesi sağlıklı yaşam ve hastalıklar için risk oluşurmaktadır (50).

Yaşlılık döneminde, susama duygusunun azalması, koku ve tat alma duyusundaki değişiklikler, kaybedilen suyun yerine alınamamasına neden olduğu bilinmektedir. Yaşlı bireyler, susama hissi, idrar konsantrasyonu ve sarkopeni gibi çeşitli değişikliklere bağlı olarak, yetişkinlere göre daha yüksek dehidratasyon riski altındadır. Yaşlı bireylerde; yeterli sıvı alınmadığı zaman, hareketlerde azalma, demans gibi birçok hastalıkların oluşumu da

ciddi oranda artış göstermektedir. Çünkü yaşlılar dehidratasyon açısından en fazla risk taşıyan bireylerdir. Bu nedenle yaşlıların sıvı tüketimine özen gösterilmeli ve yaşlı bireylerin sıvı oranları dikkatle izlenmelidir (51,52).

2.8.Yaşlılarda Sıvı Tüketiminin Önemi

Su; günlük ihtiyaçları, yaş, fizyolojik durum, fiziksel aktivite, veya iklim koşulları gibi faktörlere bağlı olarak değişen en temel sıvılardan biridir. Günümüzde yaş ve fizyolojik duruma bağlı olarak vücut ağırlığının, %45-75'ini oluşturan su vücutta bulunan en bol ve temel vücut bileşimi olarak kabul edilir. Aynı zamanda su; vücut kütlelerinin %50-60'ını oluşturmaktadır. Ayrıca akciğer ve böbrek gibi hayati organlarda ise % 80 oranında suya ihtiyaç olduğu bilinmektedir (53,54).

Suyun fonksiyonlarından bazıları; vücutta ısının düzenlenmesi, organik ve inorganik maddelerin taşınması, eklem ve iç organların kayganlaştırılması, besinlerin taşınması, hücre ve dokulara yapı sağlanmasıdır. Bu sebeple su insan vücudu için önemli role sahiptir, su olmadan en fazla 2 veya 4 gün hayatta kalılabileceği tahmin edilmektedir (55).

Yaşlılıkla beraber bireylerin vücudunda görülen çatlaklar ve yarıkların meydana gelmesi su kaybına neden olmaktadır. Yaşlılık olgusu ile birlikte deride de birçok değişiklik meydana gelmektedir. En çok meydana gelen değişiklikler ise deride incelme, kırışıklık, kuruluk ve ayrıca derinin elastikiyetini kaybetmesi sonucu da, kahverengi lekeler olarak sıralanabilir. Bu değişiklikler yaşlıların vücudunda sıvı kaybına neden olduğu öngörüldüğünden yaşlılarda yeterli sıvı alımı dikkatle izlenmelidir (56,57,58).

Demanslı yaşlı hastalar, hastalığın herhangi bir aşamasında sıklıkla yetersiz beslenme, istemsiz kilo kaybı ve dehidratasyon gibi sağlık sorunlarından yakınmaktadır. Yetersiz beslenme ve yetersiz sıvı tüketimi, mortalite ve morbidite riskini artırır, bu nedenle yaşam kalitesini bozabilir. Bu sebepler doğrultusunda, hastalıkların iyileşmesi ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmemesi için beslenme ve sıvı tüketimine özen gösterilmelidir (59,60).

2.9.Yaşlılarda Yeterli Sıvı Alımı

Vücudumuzda toplam sıvı; hücre içi (intraselüler) ve hücre dışı (ekstraselüler) sıvı olmak üzere 2 kısımdan oluşmaktadır. Yaşlılarda yeterli sıvı alınmadığı zaman, bireyin performansı olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca sıvı tüketiminde görülen bu yetersizlik sonucunda vücut ısısında yükselmeye neden olmaktadır (61,62).

Sağlığın korunması ve bu sağlık sorunlarının en aza indirilmesi için, yaşlı bireylerin sıvı tüketimine önem vermeleri gerekmektedir. Yaşam kalitesinin artırılması ve dehidratasyona bağlı hastalıkların önlenmesi doğrultusunda yaşlı bireylerin, günde 2000-2500 mL sıvı tüketmesi önerilmektedir. Bu bağlama sıvı miktarının en az 1500-2000 (8-10) bardak sıvı olarak alınması öngörülmektedir (63,64).

Yaşlı bireyler, dehidratasyon gelişme riski altındadır. Çünkü diüretik gibi bazı ilaçlar bireylerin sıvı gereksinimini arttırmaktadır. Bu bağlamda yeterli sıvı alınmadığı takdirde böbreklerin idrar konsantrasi olumsuz etkilenmektedir (65).

Yaşlılarda, yeterli sıvı alımı ve iyi hidrasyon durumu, sağlık için hayati öneme sahiptir. Ayrıca bu bireylerde düşük sıvı alımının kronik hastalıklar ile ilişkili olabileceği de tahmin edilmektedir (66).

Yaşlı bireylerin, sıvı tüketimlerinde azalmaya bağlı olarak vücut yağ oranlarında anlamlı derecede artış olduğu görülmüştür. Bu bireylerde görülen yetersiz sıvı alımı; obezite, kalp-damar hastalıkları gibi birçok kronik hastalıkla doğrudan ilişkilidir. Bu kronik hastalıkların önlenmesi ve iyileştirilmesi yeterli sıvı alımı ile mümkün olmaktadır (67).

Yeterli sıvı alımının yaşlılarda vücut dengesi ve hidrasyon durumu için önemli olduğu bilinmektedir. Yaşlı bireylerde; vücut ağırlığı değişimi, susama oranı ve toplam su alımı hidrasyon durumu saptanmasında kullanılmaktadır. Bu durumun saptanması ve yetersiz görüldüğünde gerekli müdahale yapılmalıdır (61,62).

2.10.Sıvı Tüketiminin Bozulmasıyla Eşlik Eden Hastalıklar

Dehidratasyon, yaşlı bireylerde en sık görülen sıvı ve elektrolit problemlerinin başında gelmektedir. Özellikle yaşlı bireylerin, yaşamının her aşamasında optimal sağlığı ve iyiliği korumak için doğru hidrasyon gereklidir (68,69).

Yetersiz sıvı alımı, dehidratasyon oluşturabilir. Bu dehidratasyon aynı zamanda susuzluk hissinin azalması ve buna bağlı oluşabilecek sorunlara neden olmaktadır (70).

Yaşlı bireylerde sıvı alımının bozulması, kabızlık, basınç yaraları, konfüzyon, hipotansiyon, artan deri kayıpları gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu sağlık sorunlarını önlemek ve iyileştirmek için sıvıların yeterli alınması gerekmektedir (71,72).

Dehidratasyon, yutma güçlüğü çeken yaşlı hastalarda ciddi sonuçları olan bir klinik sorundur. Bu nedenle yutma güçlüğü çeken yaşlı hastalarda hidrasyon bakım planı geliştirilmesi büyük öneme sahiptir (73).

Yetersiz sıvı alımına bağlı dehidratasyon oluşumu yaşlı bireylerde mortaliteyi arttırmaktadır. Yaşlılarda görülen dehidratasyon, artmış deliryum riski, aspirasyon pnömonisi, akut böbrek yetmezliği, idrar yolu enfeksiyonu, düşme ve kırıkların oluşması gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (74,75,76).

Yaşlı bireylerde, dehidratasyon ve düşme riski arasında güçlü bir ilişki olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca yaşlıların yetersiz sıvı tüketimleri sonucunda, ürolojik hastalıklar, dolaşım bozuklukları, baş ağrısı gibi nörolojik hastalıklara yol açtığı görülmüştür (77,78).

Yetersiz sıvı alımı yaşlılarda, besin alımı ve nutrisyonel durumu ciddi olarak etkilemektedir. Yetersiz alınan sıvı yaşlılarda; ağız içinde hoş olmayan tat değişikliği, uykululuk hali ve üriner sistem enfeksiyonları gibi sağlık sorunlarına neden olmaktadır (79).

Yaşlılar savunmasız vücut yapısına sahip oldukları için, su ve elektrolit riskine yatkın yaş grubudur. Görünüşte sağlıklı görünen bazı yaşlılarda bile sıvı dengesizliğine neden olabilecek bazı fizyolojik değişiklikler gözlemlendiği bilinmektedir (80).

2.11.Yaşlılarda Dehidratasyon Prevelansı

Yaşlı bireylerde susama hissinin azalması, hormonal süreçte bozulmalara yol açmaktadır. Dehidratasyonun, aynı zamanda yaşlı hastalarda mental durumda bozulmalara neden olduğu tahmin edilmektedir (81,82).

Dehidratasyon ABD’de yaşlıların hastaneye başvurmalarından sorumlu en sık karşılaşılan sağlık sorunudur. Ayrıca dehidratasyon, 65+ üzeri yaşlı hastaların hastaneye yatışlarının %6,7’sinden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Dehidratasyon, yaşlılarda artan mortalite ve morbiditeye sebep olmaktadır. Bununla beraber dehidratasyon yılda 1,14 milyar da maliyete neden olmaktadır (83).

Kanada ve ABD’de uzun süre bakım evlerinde yaşayan 65+ ve üzeri bireylerde yapılan çalışmada; yaşlıların %79’unun yeterli sıvı tükettiği, %26,7’sinde ise dehidratasyon görüldüğü saptanmıştır. İngiltere’de yapılmış olan 65+ yaşlı hastalarda yapılan araştırmada ise; yaşlı bireylerden % 30’unda dehidratasyon olduğu tespit edilmiştir (84,85).

Türkiye’de ise bakım evlerinde yaşayan yaşlı bireylerin, sıvı alımı ve sıvı alımını etkileyen faktörler incelendiği bir çalışmada, yaşlı bireylerin %84,4’ünde yeterli sıvı almadıkları görülmüştür (86).

Kore Ulusal Sağlık ve Beslenme Sınavı Araştırması sonucunda, 3656 katılımcıdan (1582 erkek ve 2074 kadın) yapılan çalışmada; yaşlı popülasyonunda yetersiz sıvı alımı sonucunda sarkopenin prevalansında artış olduğu belirlenmiştir. Yaşlı bireylerde, sarkopeni dahil dehidratasyon komplikasyonlarını önlemek için yaşlı bireylerin yeterli sıvı tüketmeleri gerektiği saptanmıştır (87).

Hiponatremi, klinikte en çok yaygın olan sıvı elektrolit bozukluğudur. Hiponatremi en çok yaşlı bireylerde görülmektedir. Bununla birlikte yaşlı hastaların yaklaşık %50 sinden yüksek oranında yaygın olarak hiponatremi görüldüğü tahmin edilmektedir (88,89).

2.12. Yaşlılarda Sağlıklı Beslenme Önerileri

Yaşlı bireylerde sağlıklı ve dengeli beslenmek için uygun beslenme planı oluşturulmalıdır. Bu beslenme planı düzenlenirken aşağıdaki tavsiyeler göz önünde tutulmalıdır;

- Öğün sayısı arttırılmalı ve öğün çeşitliliği sağlanmalıdır
- Her öğünde dört besin grubuna yer verilmelidir
- Ağırlık kaybı ve kazanımına dikkate edilmeli
- Enerji ve besin öğeleri ağırlık kaybını ve kas kütesini koruyacak şekilde hazırlanmalı
- Sıvı miktarına dikkat edilmeli ve nerilen düzeylerde sıvı alımı sağlanmalıdır
- Posa içeriği yüksek besinler tercih edilmeli
- Çiğneme güçlüğüne sebep olacak yiyecekler özenle yumuşak kıvamda hazırlanmalı
- Antioksidan tüketimi arttırılmalıdır
- Hazır gıdalar, rafine yiyecekler şeker, tuz azaltılmalıdır (90,91,92).

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1.Araştırmanın Yeri, Zamanı Ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Gaziantep ilinde bulunan özel bir hastane polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler oluşturmuştur. Araştırmaya hastaneye Ekim-2019 ve Aralık 2019 tarihleri arasında başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yaşlı bireyler dahil edilmiştir. Her poliklinikte belirli süre kalınarak tüm poliklinikleri (dahiliye, üroloji, nefroloji, nöroloji, ortopedi, genel cerrahi, psikoloji, kadın doğum, göz hastalıkları, göğüs hastalıkları, cildiye, kardiyoloji, kulak burun boğaz, gastroenteroloji, iç hastalıkları) kapsayacak şekilde veriler toplanmıştır.

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 9/05/2019 tarih ve 2019/020 sayılı kararı ile Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülmek üzere kabul edilmiştir (Ek 1).

3.2. Araştırmanın Etik Kurul Yönü

Çalışma için 14/06/2019 tarih ve 2019/77 sayı ile Hasan Kalyoncu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 2). Çalışmanın yürütülebilmesi için Gaziantep Sani Konukoğlu Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'nden çalışma izni alınmıştır (Ek 3).

3.3.Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada hastaneye başvuran 200 yaşlı bireye ulaşılmıştır. Sorulara yanıt veremeyecek düzeyde sağlık sorunu bulunan bireyler kapsam dışı tutulmuştur. Araştırma hastane polikliniklerine başvuran tüm hastaları kapsayan tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olmuştur. Araştırmada hazırlanan soru formu yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Soru formunda demografik bilgiler, beslenme alışkanlıkları/besin tüketim sıklığı, MNA (Mini Nutrisyonel Değerlendirme) yer almaktadır. Ayrıca bireylerin antropometrik ölçümleri; vücut ağırlığı(kg), boy uzunluğu(cm), BKİ (kg/m²), bel çevresi(cm), kalça çevresi(cm), bel-kalça oranı(cm), baldır çevresi(cm), üst orta kol çevresi(cm), ölçülmüş ve anket formuna kaydedilmiştir (Ek 4).

Elde edilen besin tüketim sıklığı verileri bilgisayar destekli beslenme programı olan Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBIS) 25.0 kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

Çalışma kriterlerine uygun olan bireylere çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylere “Gönüllüleri Bilgilendirme Formu” ile aydınlatılmış ve onamları alınmış ve anket formuna kaydedilmiştir (Ek 5).

3.2. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.2.1. Antropometrik Ölçümler

Vücut Ağırlığı: Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin vücut ağırlığı 0,1 kg duyarlılığa sahip taşınabilir standart banyo terazisi kullanılarak belirlenmiştir. Ölçüm işlemine başlamadan önce ise bireylerin çıplak ayakla ve kollar yanlarda, giysiler üzerinde -500 gr duyarlılıkla doğru ölçüm yapılmış ve kayıt edilmiştir (93).

Boy Uzunluğu: Ayaklar yan yana ve baş Frankfort düzlemde iken, ayakta düz bir duvara baş arkası sırt kalça ve ayak topuklarının arkasının değmesi durumunda esnemeyen mezür ile ölçülmüştür (93).

Beden Kütle İndeksi(BKİ): BKİ hesaplaması vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m) karesine (kg/m²) bölünerek bulunmuştur. BKİ için DSÖ sınıflaması kullanılmıştır. BKİ’si 18,5-24,9 kg/m² olan bireyler normal ağırlıkta, BKİ’si 25,0-29,9 kg/m² olan bireyler fazla kilolu, BKİ’si 30,0-39,9 kg/m² arası şişman, BKİ’si 40,0 ve üzeri bireyler ise aşırı şişman olarak alınmıştır (94).

Bel Çevresi: En alt kaburga kemiği ile kristailiyak arası bulunarak orta noktadan geçen çevre 0,1 cm duyarlı esnemeyen mezura ile ölçülerek saptanmıştır. Elde edilen veriler tam sayı ve cm cinsinden kaydedilmiştir. Bireylerde değerleri kadınlarda; <80 cm normal, 80-87 cm arası risk >88 cm ise yüksek risk olarak, erkek katılımcılarda ise <94 cm normal, 94-101 cm arası risk, >102 cm yüksek risk olarak değerlendirmeye alınmıştır (27).

Kalça çevresi: Bireyin sol yan tarafında, üzerinde en az giysi olduğu durumda olduğu zaman yandan en geniş noktadan alınarak 0,1 duyarlı esnemeyen mezur ile ölçümü yapılmıştır (93).

Bel /Kalça Oranı: Bireyin bel çevresinin, kalça çevresi cm cinsinden değerine bölümü ile elde edilmiştir. Bu değer yaşlı erkeklerde $\geq 0,90$ cm, kadınlarda $\geq 0,85$ cm üzerinde olması riskli olarak değerlendirilmektedir (27).

Üst Orta Kol Çevresi (ÜOKÇ): Yaşlıların üst orta kol çevresi (ÜOKÇ) yaşlı ayakta olacak ve kol dirsekten 90 derece bükülü olacak şekilde omuzda akromial çıkıntı ile dirsekte olekranon çıkıntı arası orta nokta işaretlenip mezür ile ise çevre ölçümü yapılmıştır. ÜOKÇ'nin referans değerleri; ÜOKÇ'nin 21 cm'den düşük oluşu malnütrisyon riski olarak değerlendirilmiştir (27).

Baldır Çevresi: Yaşlı bireylerde baldır çevresini ölçerken, oturur pozisyonda olunmasına ve ayak bileği ve dizin 90 derecelik de açı yapmasına dikkat edilmiştir. Esnemeyen bir mezür ile baldırın en geniş çevresi üzerinden ölçüm yapılmıştır. Baldır çevresinin < 31 cm olması, malnütrisyon ve sarkopeni varlığı için ise bir gösterge olarak kabul edilmiştir (27,98).

3.2.2. Bireylerin Beslenme Durumunun Saptanması

Bireylerin genel olarak beslenme alışkanlıklarını belirlemek amacıyla tükettikleri besin gruplarının, süt ve süt ürünleri, ekmek ve tahıl grubu, meyve ve sebze grubu ve içecekler miktarlar ve tüketim sıklıkları alınarak kaydedilmiştir. Alınan besin tüketim sıklığı ve tüketilen miktarlar belirlendikten sonra günlük besin tüketimine göre hesaplanmış ve Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Programı (BEBİS) kullanılarak kişilerin aldığı; günlük alınan günlük enerji makro ve mikro besin öğeleri belirlenerek besin öğelerinin kişilerin günlük gereksinimi karşılama oranı Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER)'nde günlük önerileriyle karşılaştırılmıştır (99,100).

3.2.3. Bireylerin Sıvı Tüketim Durumunun Saptanması

Bireylerin sıvı tüketimlerini belirlemek amacıyla besin tüketim sıklığı altında bulunan günlük ortalama sıvı alımı bardak veya mL cinsinden alınarak hesaplanmıştır. Bireylerin verdiği cevaplar doğrultusunda TÜBER'e göre önerilen sıvı miktarları göz önüne alındığında 8-10 bardak yaklaşık (1500-2000) mL'in altında sıvı tüketenlerin yetersiz sıvı aldıkları belirlenmiştir (63).

3.2.4. MNA Tarama Testi ile Malnütrisyonun Belirlenmesi

Beslenme durumunun taranması için kullanılan MNA tarama testi bireylere uygulanırken bireye uygun olarak işaretlenmiş daha sonra bu seçeneğin yanında bulunan puan değerleri test

sonunda toplanmıştır. Birinci aşama tarama ikinci aşama değerlendirme bölümünden oluşmaktadır. Puan aralığı, 12-14puan arasında olması normal besleme durumunu, 8-11puan arası malnütrisyon riski altında olduğunu 0-7 puan arası ise malnütrisyonlu olduğunu göstermektedir. Tarama ve değerlendirme bölümlerinden sağlanan, toplamın 24-30 puan arasında olması normal beslenme durumunun olduğunu gösterirken, 17-23,5 arası olanlar malnütrisyon riski altında <17 puan olanlar ise malnütrisyonlu kabul edilmektedir (46,47).

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Yapılan bu çalışmada, eldeki bulguları değerlendirmek için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde nicel (sayısal) veriler için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma, ortanca ve en büyükten küçük değerleri hesaplanmıştır. Nitel (kategorik) verilerde tanımlayıcı istatistikler ise frekanslar, yüzdeler de hesaplanmıştır. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testleri kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılım varsayımlarını karşılayıp karşılamadığını ise Kolmogorov Simirnov testi ile test edilmiştir. Normal dağılım ve parametrik test varsayımlarını karşılayan nicel veriler parametrik testler, bu varsayımı karşılamayanlar ise bu testlerin karşıtı olan parametrik olmayan testlerle test edilmiştir. Yanılgı düzeyi $\alpha:0.05$ olarak alınmıştır. Tüm çözümlenmeler SPSS 25.0 program kullanılarak analiz edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Bireylerin Genel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu çalışma araştırmaya katılan, Gaziantep ilinde bulunan bir hastane polikliniklerine başvuran 65+ yaşlı 200 birey (107 kadın 93 erkek) üzerinde yürütülmüştür.

Bireylerde 65-74 yaş aralığında %75,5 (kadın %79,4, erkek %70,9) olduğu, 75 ve üzeri yaş aralığında ise %24,5(kadın %20,5, erkek %29,0) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4,1 de görüldüğü gibi, çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 70 yıl olarak bulunmuştur. Kadın ve erkek yaşlı bireylerin yaş ortalamaları karşılaştırıldığında kadınların yaş ortalaması $70,65 \pm 4,97$ iken, erkeklerde $71,10 \pm 6,17$ yıl olarak bulunmuştur, Bu iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p=0,884$; $p>0,05$).

Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların çoğunun (%39,5) ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Kadın bireylerin %78,5'i ve erkek bireylerin %95,7'si evlidir. Kadınların %91,6'sı ev hanımı, erkek katılımcıların %37,6'sı emekli memur, %26,9'u esnaf, %25,8'i

serbest meslek sahibi olduğunu bildirmiştir. İki grup arasındaki eğitim düzeyi açısından farklılık, erkek katılımcılarda daha yüksek olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,016$; $p<0,05$). Yaşlı kadın ve erkek bireyler meslekleri bakımından karşılaştırıldığında meslek dağılımı bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,029$; $p<0,05$).

Bireylerin alkol ve sigara kullanım alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.1' de gösterilmiştir. Buna göre; araştırmaya katılan kadınların hiçbiri alkol kullanmadığını belirtirken erkeklerde alkol kullanma oranının %6.5 olduğu belirlenmiştir. Sigara içme alışkanlıkları cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında erkeklerin %18,3'ünün kadınların ise %2,8'inin düzenli olarak sigara kullandıkları belirlenmiştir. Sigara içme ve alkol tüketme alışkanlıkları bakımından karşılaştırıldığında iki cinsiyet grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$, $p<0,001$).

Tablo 4.1. Bireylerin Cinsiyet, Yaş, Sigara Alkol Kullanımı Ve Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

| Değişkenler | Erkek (n ₁ =93) | | Kadın (n ₂ =107) | | Toplam (200) | | P değeri |
|-----------------------------------|----------------------------|------|-----------------------------|------|--------------|------|----------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| 65-74 yaş | 66 | 70,9 | 85 | 79,4 | 151 | 75,5 | ,329 |
| 75 ve üzeri | 27 | 29,0 | 22 | 20,5 | 49 | 24,5 | |
| Toplam | 93 | 100 | 107 | 100 | 200 | 100 | |
| Yaş(yıl) | | | | | | | ,884 |
| (\bar{x})± SS | 71,10±6,17 | | 70,65±4,97 | | 70,86±5,55 | | |
| Min.Maks | 65- 86 | | 65- 85 | | 65- 86 | | |
| Eğitim Düzeyi | | | | | | | ,016* |
| Okuryazar değil | 3 | 3,2 | 58 | 54,2 | 61 | 30,5 | |
| Okuryazar | 4 | 4,3 | 8 | 7,5 | 12 | 6,0 | |
| İlkokul | 54 | 58,1 | 25 | 23,4 | 79 | 39,5 | |
| Ortaokul | 9 | 9,7 | 6 | 5,6 | 15 | 7,5 | |
| Lise | 15 | 16,1 | 6 | 5,6 | 21 | 10,5 | |
| Üniversite | 8 | 8,6 | 4 | 3,7 | 12 | 6,0 | |
| Medeni Durum | | | | | | | ,786 |
| Evli | 89 | 95,7 | 84 | 78,5 | 173 | 86,5 | |
| Bekâr | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Boşanmış/Dul | 4 | 4,3 | 23 | 21,5 | 27 | 13,5 | |
| Yaşanılan Yer | | | | | | | ,351 |
| Kendi evi | 89 | 95,7 | 99 | 92,5 | 188 | 94,0 | |
| Çocuğunun evi | 4 | 4,3 | 8 | 7,5 | 12 | 6,0 | |
| Meslek | | | | | | | ,029* |
| Ev Hanımı | 1 | 1,1 | 98 | 91,6 | 99 | 49,5 | |
| Emekli Memur | 35 | 37,6 | 9 | 8,4 | 44 | 22,0 | |
| Esnaf | 25 | 26,9 | 0 | 0 | 25 | 12,5 | |

| | | | | | | |
|----------------------------------|----|------|-----|------|-----|--------|
| Serbest Meslek | 24 | 25,8 | 0 | 0 | 24 | 12,0 |
| İşçi | 8 | 8,6 | 0 | 0 | 8 | 4 |
| Sigara ve Alkol Kullanımı | | | | | | <,001* |
| Sigara İçme | | | | | | |
| Evet | 17 | 18,3 | 3 | 2,8 | 20 | 10 |
| Hayır | 76 | 81,7 | 104 | 97,2 | 180 | 90 |
| Alkol Tüketimi | | | | | | <,001* |
| Var | 6 | 6,5 | 0 | 0 | 6 | 3 |
| Yok | 87 | 93,5 | 107 | 100 | 194 | 97 |

Araştırmaya katılan katılımcıların bir hekim tarafından konulan tanıları Tablo 4.2’ de gösterildiği gibidir. Her iki grupta da en fazla hipertansiyon (erkek %35,5, kadın %65,4) ve diyabet (erkek %34,2, kadın % 52,3) tanısı konulmuştur. Tablo 4,4.’de görüldüğü gibi hekim tarafından konulan tanıları karşılaştırıldığında kadın ve erkekler arasında diyabet ve hipertansiyon açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$) diğer tüm hastalıklar arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,01$).

Tablo 4.2. Hekim Tarafından Tanısı Konmuş Sağlık Sorununun Cinsiyete Göre Durumu

| Tanısı Hastalık | Konmuş | Erkek (n ₁ =93) | | Kadın (n ₂ =107) | | p değeri |
|-----------------------------|--------|----------------------------|------|-----------------------------|------|----------|
| | | n | % | n | % | |
| Hipertansiyon | | 33 | 35,5 | 70 | 65,4 | ,671 |
| Diyabet | | 32 | 34,2 | 56 | 52,3 | ,120 |
| Kardiyovasküler hastalıklar | | 29 | 31,2 | 40 | 37,4 | <,001** |
| Nörolojik hastalıklar | | 14 | 15,1 | 13 | 12,1 | <,001** |
| Ürolojik hastalıklar | | 20 | 21,5 | 20 | 18,7 | <,001** |
| Ortopedik hastalıklar | | 13 | 14,0 | 27 | 25,2 | <,001** |
| Solunum hastalıkları | | 10 | 10,8 | 14 | 13,1 | <,001** |
| Psikiyatrik hastalıklar | | 4 | 4,3 | 5 | 4,7 | <,001** |
| Kanser | | 1 | 1,1 | 2 | 1,9 | <,001** |

Araştırmaya katılan bireylerin öğün alışkanlıkları Tablo 4.3’ de gösterilmiştir. Buna göre, katılımcıların %49,5’i öğün atlamadığı, öğün atlayanların ise %44.0 oranıyla öğle yemeği öğününü atladığı görülmektedir. Öğün atlama nedenleri incelendiğinde %39,7’si’ sabahları geç kalktığını gösterirken %21,5’i canı istemediği için öğün atladığını bildirmiştir. Katılımcıların %82,5’i dış kaybının olduğunu, %30,5’i çiğneme ve yutma güçlüğü çektiğini belirtmiştir. Genel iştah durumları incelendiğinde bireylerin %42.0’si iştahının iyi olduğunu, %49,5’i orta olduğunu ve %8,5’i ise kötü olduğunu belirtmiştir Öğünler yönünden yaşlıların beslenme alışkanlıkları cinsiyete göre karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak

anlamli (ögün atlama durumu $p=0,997$; $p<0,05$, genellikle atlanan ögün $p=0,242$; $p<0,05$, ögün atlama nedeni $p=0,114$ $p<0,05$, diş kaybı $p=0,501$ $p<0,05$, iştah durumu $p=0,104$ $p<0,05$, çiğneme yutma güçlüğü $p=0,114$ $p<0,05$) bulunmamıştır.

Tablo 4.3. Cinsiyete Göre Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

| Ögün Sayısı | Erkek (n ₁ =93) | | Kadın (n ₂ =107) | | Toplam (n=200) | | p değeri |
|--------------------------------|----------------------------|------|-----------------------------|------|----------------|------|----------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Ögün atlama durumu | | | | | | | ,997 |
| Hayır | 47 | 50,5 | 52 | 48,6 | 99 | 49,5 | |
| Evet | 30 | 32,3 | 40 | 37,4 | 70 | 35,0 | |
| Bazen | 16 | 17,2 | 15 | 14,0 | 31 | 15,5 | |
| Genellikle atlanan ögün | | | | | | | ,242 |
| Sabah | 4 | 4,3 | 3 | 2,8 | 7 | 3,5 | |
| Öğlen | 41 | 44,1 | 47 | 43,9 | 88 | 44 | |
| Akşam | 1 | 1,1 | 5 | 4,7 | 6 | 3 | |
| Ögün atlama nedeni | | | | | | | ,114 |
| Zaman yetersizliği | 4 | 4,3 | 2 | 1,9 | 6 | 3,0 | |
| Canı istemiyor | 21 | 22,6 | 22 | 20,6 | 43 | 21,5 | |
| Hazırlamada zorlanma | 7 | 7,5 | 4 | 3,7 | 11 | 5,1 | |
| Sabahları geç kalkma | 14 | 15,1 | 24 | 22,4 | 38 | 39,7 | |
| Alışkanlığı yok | 1 | 1,1 | 1 | 3 | 2 | 1 | |
| Diş kaybı | | | | | | | ,501 |
| Var | 75 | 80,6 | 90 | 84,1 | 165 | 82,5 | |
| Yok | 1 | 1,1 | 17 | 15,9 | 34 | 17,0 | |
| Genel iştah durumu | | | | | | | ,104 |
| İyi | 45 | 48,5 | 39 | 36,4 | 84 | 42,0 | |
| Orta | 41 | 44,1 | 58 | 54,2 | 99 | 49,5 | |
| Kötü | 7 | 7,5 | 10 | 9,3 | 17 | 8,5 | |
| Çiğneme- yutma güçlüğü | | | | | | | ,101 |
| Evet | 20 | 21,5 | 41 | 38,3 | 61 | 30,5 | |
| Hayır | 73 | 78,5 | 66 | 61,7 | 139 | 69,5 | |

Araştırmaya dahil edilen 93 yaşlı erkek ile 107 yaşlı kadın bireyin günlük ortalama besin öğeleri tüketimleri Tablo 4.4.'de gösterildiği gibidir. Çalışmaya katılan erkek ve kadın bireylerin aldıkları ortalama enerji miktarı sırasıyla $1942,87 \pm 571,10$ kkal. ve $1744,69 \pm 404,89$ kkal/gün olarak bulunmuştur. Kadınlar ortalama $\%18,80 \pm 1,89$ gün erkekler ise ortalama $\%18,48 \pm 2,00$ gün protein tüketirken iki grup arasında protein tüketimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,057$; $p>0,05$). Erkeklerin günlük ortalama tükettiği yağ miktarı $\%36,02 \pm 6,70$ gün iken kadınlarda bu miktar $\%34,88 \pm 6,37$ olarak hesaplanmıştır. Erkekler kadınlardan daha fazla yağ tüketmişlerdir ($p=0,008$; $p<0,01$). Karbonhidrat alım miktarı erkeklerde ortalama günde $\%45,36 \pm 7,76$ gün iken, kadınlarda $\%46,33 \pm 7,05$ gün olarak benzer bulunmuştur ($p=0,147$; $p>0,05$). Yağ tüketim miktarına

benzer olarak erkeklerin kolesterol ve çoklu doymamış yağ tüketimlerinin de kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,018 ve p=0,049;). Kolesterol alımı erkeklerde 449,50 ± 210,44 mg/gün iken, kadınlarda 384,81 ± 162,55 mg/gün olarak bulunmuştur.

Tablo 4.4. Bireylerin Ortalama Günlük Enerji, Karbonhidrat, Protein, Yağ ve Posa Alım Miktarları

| | Erkek (n ₁ =93) | | Kadın (n ₂ =107) | | p değeri |
|-------------------------------|----------------------------|------------------|-----------------------------|------------------|----------|
| | Ort ± SS | Min. – Maks. | Ort ± SS | Min. – Maks. | |
| Enerji(kkal) | 1942,87± 571,10 | 1011,09 -3905,19 | 1744,69± 404,89 | 964,80 - 3151,76 | ,022* |
| Protein (%) | 18,48 ± 2,00 | 14 - 23 | 18,80 ± 1,89 | 13 - 22 | ,134 |
| Protein (gr) | 87,50 ± 28,30 | 46,96 – 218,70 | 79,30 ± 18,44 | 46,43 – 133,44 | ,057 |
| Hayvansal protein (gr) | 54,26±13,9 | 20,44-106,35 | 45,46 ±8,9 | 20,44-64,86 | ,189 |
| Bitkisel protein(gr) | 33,23±13,7 | 14,7-80,4 | 33,84±12,8 | 10,6-70,2 | ,019 |
| Yağ (%) | 36,02 ±6,70 | 18 - 53 | 34,88 ± 6,37 | 16 - 55 | ,222 |
| Yağ (gr) | 78,81 ± 29,81 | 23,27 – 197,2 | 68,05 ± 21,63 | 17,15 – 173,14 | ,006** |
| Tekli Doymamış (gr) | 24,10±10,31 | 8,1-73,0 | 19,56±7,77 | 5,4-69,8 | ,214* |
| Çoklu Doymamış(gr) | 7,51±4,47 | 3,16-32,8 | 9,99±3,22 | 3,07-31,5 | ,171* |
| Doymuş Yağ (gr) | 35,8±14,53 | 10,31-88,29 | 32,08±10,94 | 4,60-62,9 | 182* |
| CHO (%) | 45,36 ± 7,76 | 26 - 64 | 46,33 ± 7,05 | 27 - 65 | ,375 |
| Lif (gr) | 31,43 ± 13,72 | 6,84 – 79,26 | 33,12 ± 14,26 | 5,86 – 80,73 | ,274 |
| Kolesterol(mg) | 449,50±210,4 | 125,80 – 1261,58 | 384,81±162,5 | 82,88–1031,12 | ,018* |

Tablo 4.5’de gösterildiği gibi Vitamin B₁₂ dışındaki hiçbir vitamin ve mineralde iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. (p=0,003; p<0,05). Ayrıca D vitamini hariç, tüm vitamin ve minareler Vitamin A, Vitamin C, Vitamin E, Vitamin B₁₂, Vitamin B₆, Fosfor,

Folik asit, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir, çinko oranlarının önerilen düzeylerin üzerinde olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.5. Bireylerin Günlük Ortalama Vitamin ve Mineral Alım Miktarları ve Karşılama Yüzdeleri

| | Erkek (n ₁ =93) | | Tüber'e Göre Karşıla ştırma % | Kadın (n ₂ =107) | | Tüber'e Göre Karşıla ştırma % | p değeri |
|-------------------|----------------------------|------------------|---|-----------------------------|------------------|---|----------|
| | Ort ± SS | Min. – Maks. | | Ort ± SS | Min. – Maks. | | |
| Vitamin A (µg) | 1920,03 ± 1202,73 | 486,24 – 6620,91 | 213 | 2092,96 ± 1396,07 | 611,16 – 9642,65 | 298 | ,328 |
| Vitamin E (mg) | 16,36 ± 8,54 | 3,58 – 44,43 | 106 | 17,17 ± 8,89 | 2,80 – 42 | 114 | ,199 |
| Vitamin D (mcg) | 1,93 ± 1,32 | 0,11 – 6,20 | 19,3 | 1,67 ± 1,15 | 0,00 – 6,15 | 16,7 | ,084 |
| Vitamin B6 (mg) | 1,90 ± 0,74 | 0,75 – 4,80 | 111,7 | 1,85 ± 0,63 | 0,76 – 3,91 | 123 | ,947 |
| Folik Asit (mcg) | 587,83 ± 234,09 | 214,92 – 1457,84 | 146,7 | 623,02 ± 241,04 | 233,17 – 1300,91 | 155,7 | ,239 |
| Vitamin C (mg) | 224,94 ± 123,54 | 14,18 – 607,43 | 202,4 | 246,50 ± 133,55 | 15,13 – 729,26 | 273,3 | ,229 |
| Vitamin B12 (mcg) | 7,60 ± 5,67 | 1,47- 46,45 | 584 | 5,78 ± 2,68 | 1,33 – 22,75 | 525,1 | ,003** |
| Kalsiyum (mg) | 2080,69 ± 779,81 | 115,26 – 3667,63 | 173,3 | 2096,57 ± 635,55 | 783,17 – 4337,35 | 174,6 | ,436 |
| Magnezyum (mg) | 651,67 ± 305,63 | 210,32 – 1692,84 | 155 | 678,56 ± 303,39 | 218,33 – 1559,46 | 211 | ,444 |
| Fosfor (mg) | 1789,17 ± 566,34 | 771,29 – 3729,84 | 255,5 | 1695,08 ± 413,15 | 783,51 – 3055,44 | 242,1 | ,389 |
| Demir (mg) | 32,31 ± 18,49 | 5,55 – 94,22 | 323 | 36,90 ± 20,49 | 4,60 – 93,44 | 369 | ,161 |
| Çinko (mg) | 13,68 ± 4,53 | 7,20 ± 34,15 | 136,8 | 13,17 ± 3,43 | 7,23 – 24,53 | 131,7 | ,875 |

Tablo 4.6'de gösterildiği gibi bireylerin günlük su tüketimlerinin cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında su tüketimleri her iki cinste de benzer bulunmuştur (p=0,319; p>0,05). Erkeklerde en fazla su tüketimi % 37.6 oranında günde 4-6 bardak bulunmuştur. Kadınlarda ise en fazla su tüketimi %30.8 ile 7-10 bardak olarak saptanmıştır.

Tablo 4.6. Bireylerin Günlük Sıvı Tüketimine İlişkin Bulgular

| Günlük su tüketimi/bardak | Erkek (n ₁ =93) | | Kadın (n ₂ =107) | | Kruskal-Wallis H | p değeri |
|---------------------------|----------------------------|------|-----------------------------|------|------------------|----------|
| | n | % | n | % | | |
| 1 – 3 bardak | 7 | 7,5 | 15 | 14,0 | 7.022 | ,319 |
| 4 – 6 bardak | 35 | 37,6 | 28 | 26,2 | | |
| 7 – 10 bardak | 20 | 21,5 | 33 | 30,8 | | |

| | | | | |
|----------------|----|------|----|------|
| 10 – 13 bardak | 19 | 20,4 | 18 | 16,8 |
| 14 – 17 bardak | 5 | 5,4 | 3 | 2,8 |
| 18 – 20 bardak | 6 | 6,5 | 9 | 8,4 |
| 20 – 25 bardak | 1 | 1,1 | 1 | 0,9 |

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi 65-74 yaş aralığındaki bireylerin, %39,8’i, 75 yaş ve üzeri bireylerin ise %49,9 ‘u 1500 mL’in altında sıvı tükettiği görülmüştür. 75 yaş ve üzeri bireylerin daha az sıvı aldıkları görülmüştür.

Tablo 4.7. Bireylerin Yaşa Göre Sıvı Tüketim Miktarları

| | 65-74 Yaş Arası (n:151) | | 75 Yaş ve Üzeri (n:49) | | Toplam (n:200) | |
|---------------------|-------------------------|------|------------------------|------|----------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 200-600 mL | 15 | 9,9 | 7 | 14,2 | 22 | 11 |
| 800-1200 mL | 45 | 29,8 | 18 | 36,7 | 63 | 31,5 |
| 1500-2000 mL | 43 | 28,4 | 10 | 20,4 | 53 | 26,5 |
| 2000-2600 mL | 29 | 19,2 | 8 | 16,3 | 37 | 18,5 |
| 2800-3400 mL | 5 | 3,3 | 3 | 6,1 | 8 | 4 |
| 3600-4000 mL | 12 | 7,9 | 3 | 6,1 | 15 | 7,5 |
| 4000-5000 mL | 2 | 1,3 | 0 | 0 | 2 | 1 |

Tablo 4.8’de belirtildiği gibi bu çalışmaya katılan tüm bireyler her gün su içtiğini belirtmiştir. Su tüketiminden sonra günlük olarak en fazla içilen içecek çaydır ve kadınların %88,8’i erkeklerin ise %94,6’sı her gün çay tüketimi alışkanlığı olduğunu belirtmiştir. Kadınların %53,3’ü erkeklerin ise %51,6’sı her gün süt içmediklerini bildirmiştir. Erkek bireylerin hepsi (%100) ayran tüketmektedir ve tüketenlerin de her gün düzenli %88,2’si kadınların oranı %84,1 olarak hesaplanmıştır. Yaşlılardan hiçbirisinin kefir tüketim alışkanlığı olmadığı, buna karşın ayran tüketmektedir ve tüketenlerin de her gün düzenli %88,2’si kadınların oranı %84,1 olarak hesaplanmıştır. Erkekler kadınlara göre daha fazla oranda soda tüketmektedir. Kadınların %45,8’i soda içerken buna karşılık erkeklerin %66,6’sı sade soda içmektedir. Çalışmaya katılan kişilerde gazoz ve kola tüketimleri %20’nin altındadır. Erkeklerin %84,9’u kahve içerken %35,5’i her gün kahve içtiğini belirtmiştir. Kadınlarda ise %65,5 kahve içerken %18,7’sinin her gün kahve içtiği saptanmıştır. Erkeklerin kahve tüketimi kadınlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.8. Bireylerin Günlük Sıvı Tüketim Sıklığı ve Miktarlarına İlişkin Bulgular

| Besin Tüketim Sıklığı | Her gün | Haftada 5-6 kez | Haftada 3-4 kez | Haftada 1-2 kez | 15 günde 1 kez | Ayda 1 kez | Hiç | Miktar (mL) | |
|-----------------------------|-----------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|------------|-----------|---------------|------------|
| | | | | | | | | Ort ± SS | Min-Maks |
| Süt | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 15 (16,1) | 2 (2,2) | 3 (3,2) | 11(11,8) | 8 (8,6) | 6 (6,5) | 48 (51,6) | 85,70 ±144,8 | 6,60-600 |
| Kadın n (%) | 10 (9,3) | 5 (4,7) | 4 (3,7) | 15 (14) | 5 (4,7) | 11(10,3) | 57 (53,3) | | |
| Hazır meyve suyu | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 0 (0) | 4 (4,3) | 5 (5,4) | 7 (7,5) | 75 (80,6) | 13,40 ± 50,65 | 6,60-200 |
| Kadın n (%) | 1 (0,9) | 0 (0) | 2 (1,9) | 2 (1,9) | 2 (1,9) | 5 (4,7) | 95 (88,8) | | |
| %100 taze meyve suyu | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 0 (0) | 2 (2,2) | 2 (2,2) | 5 (5,4) | 5 (5,4) | 9 (9,7) | 70 (75,3) | 13,40 ± 43,51 | 6,60-157 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 1 (0,9) | 1 (0,9) | 4 (3,7) | 2 (1,9) | 8 (7,5) | 91 (85) | | |
| Çay | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 88 (94,6) | 2 (2,2) | 0 (0) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 0 (0) | 1 (1,1) | 300 ±268,4 | 13,20-3000 |
| Kadın n (%) | 95 (88,8) | 0 (0) | 3 (2,8) | 3 (2,8) | 2 (1,9) | 1 (0,9) | 3 (2,8) | | |
| Bitki çayı | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 4 (4,3) | 2 (2,2) | 4 (4,3) | 3 (3,2) | 8 (8,6) | 7 (7,5) | 65 (69,9) | 42,80± 73,93 | 6,60-400 |
| Kadın n (%) | 3 (2,8) | 0 (0) | 5 (4,7) | 15 (14) | 7 (6,5) | 7 (6,5) | 70 (65,4) | | |
| Kefir | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 1 (1,1) | 3 (3,2) | 2 (2,2) | 2 (2,2) | 0 (0) | 3 (3,2) | 82 (88,2) | 42,80 ± 71,99 | 6,60-200 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 1 (0,9) | 1 (0,9) | 0 (0) | 3 (2,8) | 3 (2,8) | 99 (92,5) | | |
| Ayran | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 82 (88,2) | 6 (6,5) | 1 (1,1) | 3 (3,2) | 0 (0) | 1 (1,1) | 0 (0) | 600 ± 279,01 | 21,50-1200 |
| Kadın n (%) | 90 (84,1) | 6 (5,6) | 3 (2,8) | 3 (2,8) | 0 (0) | 1 (0,9) | 4 (3,7) | | |
| Soda | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 14 (15,1) | 6 (6,5) | 8 (8,6) | 23(24,7) | 6 (6,5) | 5 (5,4) | 31 (33,3) | 42,80 ± 77,00 | 3,40-314 |
| Kadın n (%) | 4 (3,7) | 1 (0,9) | 5 (4,7) | 13(12,1) | 14(13,1) | 12(11,2) | 58 (54,2) | | |
| Gazoz | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 0 (0) | 1 (1,1) | 2 (2,2) | 2 (2,2) | 3 (3,2) | 8 (8,6) | 77 (82,8) | 13,40 ± 61,28 | 6,60-200 |
| Kadın n (%) | 1 (0,9) | 0 (0) | 2 (1,9) | 1 (0,9) | 1 (0,9) | 4 (3,7) | 98 (91,6) | | |
| Kola | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|---------------|-------------|
| Erkek n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1,1) | 4 (4,3) | 4 (4,3) | 5 (5,4) | 79 (84,9) | 13,40 ± 40,90 | 6,60-200 |
| Kadın n (%) | 1 (0,9) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (0,9) | 3 (2,7) | 7 (6,5) | 95 (88,8) | | |
| Şalgam | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 0 (0) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 2 (2,2) | 6 (6,5) | 8 (8,6) | 75 (80,6) | 13,30 ± 35,09 | 6,60-157 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (0,9) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (0,9) | 105 (98,1) | | |
| Kahve | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 33 (35,5) | 6 (6,5) | 11 (11,8) | 16 (17,2) | 8 (8,6) | 5 (5,4) | 14 (15,1) | 21,50 ± 20,41 | 1,60-100 |
| Kadın n (%) | 20 (18,7) | 6 (5,6) | 3 (2,8) | 22 (20,6) | 11 (10,3) | 8 (7,5) | 37 (34,6) | | |
| Nescafe | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 3 (3,2) | 0 (0) | 4 (4,3) | 2 (2,2) | 4 (4,3) | 1 (1,1) | 79 (84,9) | 21,50 ± 48,80 | 1,60-200 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (0,9) | 0 (0) | 1 (0,9) | 0 (0) | 105 (98,1) | | |
| Bira | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1,1) | 0 (0) | 3 (3,2) | 89 (95,7) | 4,95 ± 8,64 | 3,30-21,40 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 107 (100) | | |
| Rakı | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1,1) | 0 (0) | 4 (4,3) | 88 (94,6) | 6,60 ± 4,37 | 3,30-13,40 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 107 (100) | | |
| Viski | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1,1) | 0 (0) | 4 (4,3) | 88 (94,6) | 3,30 ± 5,05 | 3,30-13,40 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 107 (100) | | |
| Salep | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 4 (4,3) | 87 (93,5) | 6,60 ± 12,62 | 1,60-42,80 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (0,9) | 0 (0) | 0 (0) | 5 (4,7) | 101 (94,4) | | |
| Limonata | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (2,2) | 4 (4,3) | 4 (4,3) | 9 (9,7) | 74 (79,6) | 13,20 ± 22,35 | 6,60-86 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (0,9) | 2 (1,9) | 7 (6,5) | 11 (10,3) | 86 (80,4) | | |
| Maden suyu | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 19 (20,4) | 6 (6,5) | 10 (10,8) | 19 (20,4) | 12 (12,9) | 4 (4,3) | 23 (24,7) | 42,80 ± 80,80 | 1,30-314 |
| Kadın n (%) | 5 (4,7) | 4 (3,7) | 5 (4,7) | 16 (15) | 12 (11,2) | 5 (4,7) | 60 (56,1) | | |
| Meyveli soda | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 3 (3,2) | 0 (0) | 1 (1,1) | 1 (1,1) | 3 (3,2) | 3 (3,2) | 82 (88,2) | 26,80±104,7 | 6,60-400 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (1,8) | 2 (1,8) | 1 (0,9) | 1 (0,9) | 101 (94,4) | | |
| Enerji içeceği | | | | | | | | | |
| Erkek n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1,1) | 0 (0) | 92 (98,9) | 13,40±0,0 | 13,40-13,40 |
| Kadın n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 107 (100) | | |

Araştırmaya katılan bireylerin hekim tarafından tanısı konulan hastalıklarının sıvı tüketimi ile ilişkisi Tablo 4.9’ da gösterildiği gibidir. Bu tablo incelendiğinde sıvı tüketme miktarının hastalık tanısı konulma oranıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu tablo incelendiğinde sıvı tüketme miktarının hastalık tanısı konulma oranıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Bireylerin Sıvı Tüketimleri ve Mevcut Hastalıkları Arasındaki İlişkisi

| | | HY | HT | DH | KH | NH | OH | SH | ÜH | PH | Ca |
|-----------------|------------|-------|-------|-------|------|------|-------|------|------|-------|-------|
| SIVI | rho | -,014 | -,076 | -,017 | ,099 | ,026 | -,086 | ,019 | ,097 | -,022 | -,046 |
| TÜKETİMİ | p | ,839 | ,284 | ,815 | ,163 | ,712 | ,229 | ,785 | ,174 | ,762 | ,518 |

“Spearman korelasyon analizi Kısaltmalar: HY: Hastalık yok, HT: Hipertansiyon, DH: Diyabet hastalığı, KH: Kardiyovasküler hastalıklar, NH: Nörolojik hastalıklar, OH: Ortopedik hastalıklar, ÜH: Ürolojik hastalıklar, PH: Psikiyatrik hastalıklar, Ca: Kanser.

Tablo 4.10’a göre yeterli ve yetersiz sıvı tüketen bireylere bakıldığında bireylerin 115 kişi yeterli sıvı tüketmekte 85 kişi ise yetersiz sıvı tüketmektedir. Yeterli sıvı tüketenlerin çok az da olsa bel (yeterli sıvı tüketenlerde $109,40 \pm 15,32$, yetersiz sıvı tüketenlerde $109,62 \pm 14,14$)ve kalça çevresi(yeterli sıvı tüketenlerde $110,17 \pm 15,35$, yetersiz sıvı tüketenlerde $111,42 \pm 18,68$) daha düşük bulunmuştur. Ayrıca üokç ve baldır çevresi yetersiz sıvı tüketenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Yeterli sıvı tüketenlerle yetersiz sıvı tüketen bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.10. Yeterli Ve Yetersiz Sıvı Tüketen Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin

Bulgular

| Antropometrik Ölçümler | Yeterli Sıvı Tüketenler (n ₁ =115) | | Yetersiz Sıvı Tüketenler (n ₂ =85) | | p değeri |
|------------------------|---|-------------|---|-------------|----------|
| | Ort ± SS | Min - Maks | Ort ± SS | Min - Maks | |
| Vücut ağırlığı (kg) | 82,37 ± 13,70 | 55 – 127 | 81,22 ± 14,48 | 52,50 – 122 | ,834 |
| Bel çevresi (cm) | 109,40 ± 15,32 | 52 – 153 | 109,62 ± 14,14 | 82 – 158 | ,937 |
| Kalça çevresi (cm) | 110,17 ± 15,35 | 58 – 149 | 111,42 ± 18,68 | 90 – 148 | ,516 |
| ÜOKÇ (cm) | 33,26 ± 5,87 | 25 – 59 | 31,89 ± 4,97 | 21 – 53 | ,285 |
| Baldır çevresi (cm) | 43,77 ± 6,71 | 28 – 63 | 42,62 ± 6,28 | 29 – 63 | ,242 |
| Bel/kalça oranı (cm) | 0,99 ± 0,07 | 0,87 – 1,28 | 0,97 ± 0,08 | 0,75 – 1,2 | ,265 |

Araştırmaya katılan bireylerin antropometrik ölçüm değerleri Tablo 4.11’de gösterildiği gibidir. Erkek katılımcıların bel ve kalça çevresi ölçüsü sırasıyla $106,20 \pm 13,79$ ve $106,55 \pm 18,12$ cm; kadın katılımcıların ise sırasıyla $112,36 \pm 15,11$ ve $114,30 \pm 14,75$ cm olarak bulunmuştur. ÜOKÇ(cm) ve baldır çevresine(cm) bakıldığında her iki cinsiyette de malnütrisyon açısından riskli olmadığı görülmüştür. Diğer antropometrik ölçümler arasında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (ÜOKÇ için $p=0,249$ ve Baldır çevresi için $p=0,878$; $p>0,05$).

Tablo 4.11. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerine İlişkin Bulgular

| Antropometrik Ölçümler | Erkek (n ₁ =93) | | Kadın (n ₂ =107) | | Toplam (n=200) | | p değeri |
|------------------------|----------------------------|------------|-----------------------------|------------|----------------|--------------|----------|
| | Ort ± SS | Min - Maks | Ort ± SS | Min - Maks | Ort ± SS | Min - Maks | |
| Boy uzunluğu (cm) | 170,67 ± 7,93 | 148 – 188 | 160,91 ± 7,32 | 140 – 180 | 165,45 ± 9,02 | 140 – 188 | <,001** |
| Vücut ağırlığı (kg) | 83,08 ± 14,62 | 55 – 127,5 | 80,84 ± 13,44 | 52,5 – 113 | 81,88 ± 4,01 | 52,5 – 127,5 | ,321 |
| Bel çevresi (cm) | 106,20 ± 13,79 | 82 – 153 | 112,36 ± 15,11 | 52 – 158 | 109,50 ± 14,80 | 52 – 158 | <,001** |
| Kalça çevresi (cm) | 106,55 ± 18,12 | 90 – 149 | 114,30 ± 14,75 | 58 – 148 | 110,70 ± 16,81 | 90 – 149 | <,001** |
| ÜOKÇ (cm) | 32,37 ± 5,49 | 25 – 59 | 32,95 ± 5,58 | 21 – 53 | 32,68 ± 5,35 | 21 - 59 | ,249 |
| Baldır çevresi (cm) | 43,31 ± 6,01 | 32 – 60 | 43,26 ± 6,99 | 28 – 63 | 43,28 ± 6,54 | 28 – 63 | ,878 |
| Bel/kalça oranı (cm) | ,99 ± ,091 | ,75 - 1,28 | ,97 ± ,072 | ,84 - 1,12 | ,98 ± ,081 | ,75-1,28 | ,081 |

Tablo 4.12’de görüldüğü BKİ sınıflamasına göre gibi araştırmaya katılan kadın bireylerin %35,5’i ve erkek bireylerin %39’u fazla kilolu; kadınların %49,5’u ve erkeklerin %28’i şişman olarak sınıflandırılmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılar BKİ bakımından incelendiğinde iki cinsiyette erkekler kadınlara göre daha çok normal değerlere sahip olduğu görülmüştür. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$)

Bel kalça oranı incelemesi yapıldığında ise erkeklerin %11,8’i kadınların %0,9’u normal, bel kalça oranına sahiptir. Bel kalça çevresi oranı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$)

Tablo 4.12. Antropometrik Ölçüm Kesişim Değerlerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

| Değişkenler | Erkek (n ₁ =93) | | Kadın (n ₂ =107) | | Toplam (n=200) | | p değeri |
|-------------------------------|----------------------------|-------|-----------------------------|-------|----------------|------|-------------------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| BKİ (kg/m²) | | | | | | | <,001** |
| 18,5-24,9 Normal | 26 | 28,0 | 10 | 9,3 | 36 | 18 | |
| 25,0-29,9 Fazla kilolu | 37 | 39 | 38 | 35,5 | 75 | 37,5 | |
| 30,0-39,9 Şişman | 26 | 28 | 53 | 49,5 | 79 | 39,5 | |
| 40,0 ve üzeri Aşırı şişman | 4 | 4,3 | 6 | 5,6 | 10 | 5,0 | |
| Bel/Kalça Oranı | | | | | | | ,229* |
| Normal | 11 | %11,8 | 1 | %0,9 | 12 | %6,0 | |
| Yüksek | 82 | %88,2 | 106 | %99,1 | 188 | %94 | |
| ÜOKÇ | | | | | | | |
| Normal | 93 | %100 | 107 | %100 | 200 | %100 | |
| Düşük | 0 | | 0 | | 0 | | |

Tablo 4.13. Yaşlı Bireylerin Yaşa ve Cinsiyete göre Antropometrik Ölçümlerinin Kesişim Değerlerine Göre Dağılımı

| Değişkenler | Erkek (n ₁ =93) | | | | Kadın (n ₂ =107) | | | | Toplam (n=200) | |
|-------------------------------|----------------------------|------|-----------------|------|-----------------------------|------|-----------------|------|----------------|------|
| | 65-74 yaş arası | | 75 yaş ve üzeri | | 65-74 yaş arası | | 75 yaş ve üzeri | | n | % |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| BKİ (kg/m²) | | | | | | | | | | |
| 18,5-24,9 | 15 | 16,1 | 11 | 11,8 | 5 | 4,6 | 5 | 4,6 | 36 | 18 |
| 25,0-29,9 | 27 | 29,0 | 10 | 10,7 | 30 | 28,0 | 8 | 7,4 | 75 | 37,5 |
| 30,0-39,9 | 20 | 21,5 | 6 | 6,4 | 46 | 42,9 | 9 | 8,4 | 81 | 40,5 |
| 40,0+ | 4 | 4,3 | - | - | 6 | 5,6 | - | - | 10 | 5 |
| Bel çevresi (cm) | | | | | | | | | | |
| E;K <94 <80 | 9 | 9,6 | 3 | 3,2 | - | - | - | - | 12 | 6 |
| E;K 94-102; 80-88 | 20 | 21,5 | 11 | 11,8 | 2 | 2,3 | 2 | 9,0 | 35 | 17,5 |
| E;K ≥102: ≥88 | 37 | 39,7 | 13 | 13,9 | 83 | 97,6 | 20 | 90,9 | 153 | 76,5 |
| Bel/Kalça Oranı | | | | | | | | | | |
| E;K;<0,90; <0,85 | 8 | 8,6 | 3 | 3,2 | 1 | 1,1 | - | - | 12 | 6 |
| E;K; ; ≥0,90; ≥0,85 | 58 | 62,3 | 24 | 25,8 | 84 | 98,8 | 22 | 100 | 188 | 94 |
| ÜOKÇ (cm) | | | | | | | | | | |
| ≥23 | 66 | 100 | 27 | 100 | 85 | 100 | 22 | 100 | 200 | 100 |

Tablo 4.14’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan katılımcıların normal nütrisyonel durumda olanların %51,7’si kadın ve %48,3’ü erkek bireylerden oluşurken malnütrisyon riski altında olan katılımcıların %64,3’ü kadın ve %35,7’si erkek bireylerden oluşmuştur. Toplam her iki cinsiyette de malnütrisyon riski altında %14, normal nütrisyonel duruma sahip ise %86 olduğu görülmüştür. İki grup nütrisyonel durum bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p=0,229$; $p>0,05$).

Tablo 4.14. Bireylerin MNA(Mini Nutrisyonel Değerlendirme) İlişkin Bulgular

| | Erkek (n ₁ =93) | | Kadın (n ₂ =107) | | Toplam(n=200) | | p değeri |
|--|----------------------------|------|-----------------------------|------|---------------|----|----------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Malnütrisyon Riski Altında (8-11 puan) | 10 | 35,7 | 18 | 64,3 | 28 | 14 | ,229 |
| Normal Nütrisyonel Durum(12-14 puan) | 83 | 48,3 | 89 | 51,7 | 172 | 86 | |

Tablo 4.15’de belirtildiği gibi araştırmaya katılan bireylerin MNA testine verdiği cevaplara kullanılarak bakıldığında yaşlı erkeklerin %78’i, kadınların ise %90’ı dışarı çıkabildiğini bildiriyor. Ayrıca erkeklerde yatak ve sandalyeye bağımlı birey olmadığı, kadınların ise %3,7 ‘si yatak ve sandalyeye bağımlı olduğu görülmüştür. Bireylerin nöropsikolojik sorunlarına bakıldığında, kadınların ve erkeklerin sırasıyla %87,1 ve %75,7 psikolojik sorun olmadığı bulunmuştur. Son üç ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çığneme ve yutma güçlüğü sorunlarının olup olmadığına bakıldığında, erkeklerin çoğunluğunun (%52,7) iştah kaybı olmadığı, kadınların ise %50,5’inin orta derecede iştah kaybı yaşandığı, kadınlar ve erkeklerde %6,5 oranında ise şiddetli iştah kaybının olduğu belirtilmiştir. Son 3 ayda vücut ağırlık kaybı olup olmadığına bakıldığında ise erkeklerin %72,0’sinde, kadınların ise %72,9’unda ağırlık kaybı olmadığı, erkeklerde %8,6, kadınlarda ise %5,6 oranında 1-3 kg arasında kilo kaybettiği saptanmıştır.

Tablo 4.15. Yaşlıların MNA Tarama Testine Verdiği Cevaplara Göre Dağılımları

| TARAMA SORULARI | PUAN | Erkek (n ₁ =93) | | Kadın(n ₂ =107) | | Toplam(n=200) | |
|-------------------------------------|--|----------------------------|------|----------------------------|------|---------------|-----|
| | | n | % | n | % | n | % |
| Hareketlilik | 0= yatak veya sandalyeye bağımlı | 0 | 0 | 4 | 3,7 | 4 | 2 |
| | 1= yatak ve sandalyeden kalkabilir ancak evden çıkamaz | 15 | 16,1 | 13 | 12,1 | 28 | 14 |
| | 2= Dışarı çıkabilir | 78 | 83,9 | 90 | 84,1 | 168 | 84 |
| Son üç ayda psikolojik stres | 0=Evet | 1 | 1,1 | 2 | 1,9 | 3 | 1,5 |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------|----|------|-----|------|-----|------|
| veya akut hastalık yakınması oldu mu? | 1=Hayır | 92 | 98,1 | 105 | 98,1 | 197 | 98,5 |
| Nöropsikolojik sorunlar | 0= Ciddi demans veya depresyon | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1= Hafif demans veya depresyon | 12 | 12,9 | 26 | 24,3 | 38 | 19 |
| | 2= Psikolojik sorun yok | 81 | 87,1 | 81 | 75,7 | 162 | 81 |
| Beden Kütle İndeksi (BKİ) | 0= BKİ 19 'dan az | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | 1= BKİ 19 – 21 | 2 | 2,2 | 2 | 1,9 | 4 | 2 |
| | 2= BKİ 21 – 23 | 7 | 7,5 | 2 | 1,9 | 9 | 4,5 |
| | 3= BKİ 23'den fazla | 84 | 90,3 | 103 | 96,3 | 187 | 91,4 |
| Son üç ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çığneme ve yutma gücünü nedeniyle besin tüketiminizde azalma oldu mu? | 0= Şiddetli iştah kaybı | 6 | 6,5 | 7 | 6,5 | 13 | 6,5 |
| | 1= Orta derecede iştah kaybı | 38 | 40,9 | 54 | 50,5 | 92 | 46 |
| | 2= İştah kaybı yok | 49 | 52,7 | 46 | 43,0 | 95 | 47,5 |
| Son 3 ayda vücut ağırlık kaybınız oldu mu? | 0= 3 kg'dan fazla | 1 | 1,1 | 2 | 1,9 | 3 | 1,5 |
| | 1= Bilinmiyor | 17 | 18,3 | 6 | 5,6 | 23 | 11,5 |
| | 2= 1-3 kg | 8 | 8,6 | 6 | 5,6 | 14 | 7 |
| | 3= Ağırlık kaybı yok | 67 | 72,0 | 78 | 72,9 | 145 | 72,5 |

Tablo 4.16'de belirtildiği gibi araştırmaya katılan katılımcıların genel iştah durumu ve MNA skoru incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,05$). Bireylerin MNA durumunun saptanmasında kısa form kullanılmıştır. Buradan iştah durumu iyi ve orta düzeyde olanların MNA skorunun da iyi ve orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.16. Bireylerin MNA(Mini Nutrisyonel Değerlendirme) Skorunun İştah Durumuna İlişkin Bulgular

| Genel iştah durumu | n | Ortalama \pm SS | MNA Skoru Kruskal-Wallis H | p değeri |
|--------------------|----|-------------------|-------------------------------|----------|
| İyi | 84 | 12,78 \pm 1,16 | 25.566 | ,000** |
| Orta | 99 | 12,38 \pm 1,06 | | |
| Kötü | 17 | 10,58 \pm 1,80 | | |

Tablo 4.17'de görüldüğü gibi günlük su tüketimi ile MNA skoru arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılan istatistiksel analizde içilen su miktarı ile MNA Skoru arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,494$; $p>0,05$).

Tablo 4.17. Bireylerin MNA Skoru ile Günlük Sıvı Tüketimine İlişkin Bulgular

| Günlük su tüketimi | n | Ortalama ± SS | MNA Skoru Kruskal-Wallis H | p değeri |
|--------------------|----|---------------|-------------------------------|----------|
| 1 – 3 bardak | 22 | 12,18 ± 1,40 | 5.397 | ,494 |
| 4 – 6 bardak | 63 | 12,34 ± 1,47 | | |
| 7 – 10 bardak | 53 | 12,43 ± 1,23 | | |
| 10 – 13 bardak | 37 | 12,45 ± 1,26 | | |
| 14 – 17 bardak | 8 | 12,75 ± 0,88 | | |
| 18 – 20 bardak | 15 | 12,26 ± 1,16 | | |
| 20 – 25 bardak | 2 | 14,00 ± 0,00 | | |

MNA Skoru ile yaş, antropolojik ölçümlerin ilişkisini gösteren korelasyon tablosu Tablo 4.18'deki gibidir. Vücut ağırlığı, kalça ve bel çevresi ile ÜOKÇ ile MNA Skoru arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur ($r>0,8$; $p<0,01$). Bu tablodaki bilgilere göre vücut ağırlığının diğer tüm parametrelerle çok güçlü bir pozitif korelasyonunun olduğu görülmektedir. Kalça çevresi, bel çevresi ve ÜOKÇ parametreleri kendi içerisinde güçlü pozitif bir korelasyona sahiptir ($r>0,8$; $p<0,01$). Boy uzunluğunun diğer parametrelerle korelasyonuna bakıldığında sadece vücut ağırlığı ve baldır çevresiyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.18. Bireylerin Antropometrik Ölçümlerinin MNA(Mini Nutrisyonel Değerlendirme) Skoruna İlişkin Bulgular

| | MNA Skoru | Yaş | Ağırlık | Boy | Kalça Çevresi | Bel Çevresi | ÜOKÇ | Baldır Çevresi |
|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| MNA Skoru | 1 | | | | | | | |
| Yaş | -,092 ,193 | 1 | | | | | | |
| Ağırlık | ,263** ,000 | ,272** ,000 | 1 | | | | | |
| Boy | ,026 ,718 | -,012 ,872 | ,332** ,000 | 1 | | | | |
| Kalça Çevresi | ,253** ,000 | -,130 ,067 | ,640** ,000 | ,023 ,743 | 1 | | | |
| Bel Çevresi | ,146* ,039 | -,105 ,141 | ,698** ,000 | ,023 ,743 | ,783** ,000 | 1 | | |
| ÜOKÇ | ,162* ,022 | -,152* ,032 | ,527** ,000 | ,126 ,076 | ,464** ,000 | ,447** ,000 | 1 | |
| Baldır Çevresi | ,120 ,091 | -,143* ,043 | ,420** ,000 | ,150* ,034 | ,332** ,000 | ,299** ,000 | ,499** ,000 | 1 |

Spearman korelasyon analizi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Gaziantep ilinde bulunan bir hastane polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler üzerinde yürütülmüştür. Araştırmaya Ekim-2019 ve Aralık 2019 tarihleri arasında hastane polikliniklerine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm yaşlı bireyler dahil edilmiştir.

Yaşlıların beslenme durumu ile sıvı tüketimini saptamak amaçlanmıştır. Ayrıca yaşlıların beslenme sorunlarını ve beslenme durumlarını sıvı tüketimlerine ilişkin sorunlara yönelik geliştirilmesi gereken sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi hedeflenmektedir.

5.1. Bireylerin Genel Özellikleri

Yaşlılık döneminde; sağlıklı yaşam kalitesinin artırılması, beslenme alışkanlıkları düzenlenmesi, yaşam tarzı değişikliğiyle sağlıklı bir yaşlanma sürdürülebilmektedir. Yeterli ve dengeli bir beslenme planıyla yaşlı bireyin sağlığının korunması ve iyileştirilmesi mümkün olmaktadır. Bu nedenle sürekli artan yaşlı nüfusunun sağlıklı ve dengeli beslenme takibinin yapılması önemlidir.

Yaşlı bireylere beslenme alışkanlıkları/besin tüketim sıklığı, MNA(Mini Nutrisyonel Değerlendirme) testi uygulanmış ve antropometrik ölçümler tekniğe uygun olarak yapılmıştır.

Bu çalışmada, 200 yaşlı bireyin %53,5'ini kadınlardan, %46,5'i de erkek bireylerden oluşmaktadır. Bireylerde 65-74 yaş aralığında %75,5 (kadın %79,4, erkek %70,9) olduğu, 75 ve üzeri yaş aralığında ise %24,5(kadın %20,5, erkek %29,0) olduğu saptanmıştır.(Tablo 4.1).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde 65+ yaşlı nüfus 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 kişi iken, 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun %44'ünü erkek nüfus, %56'sını kadın nüfus oluşturmuştur. Nüfus projeksiyonlarına göre, kadın nüfusun daha fazla olduğu görülmüştür. Yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (101).

Bu çalışmada yaşlı bireylerin %30,5'unun okuryazar olmadığı belirlenirken erkek ve kadın gruplar arasında bu oran sırasıyla %3,2 ile %54,2 olarak hesaplanmıştır. Okuryazar ve ilkökul düzeyinde olan erkeklerin oranı %62,4 iken kadınlarda aynı oran %30,9'dur (Tablo 4.1.)

Edirne’de huzurevinde yapılan bir çalışmada ise, okuryazar olmayan yaşlı bireylerin oranı %18,5 ilkököl ve üzeri eğitim alan bireyler ise %57,4 olarak bulunmuştur (102).

TUİK-2011 ve TUİK-2015 yıllarında yapılan araştırma sonuçlarına göre yaşlı nüfusunun %29,2 ve %21,9 unun okuryazar olmayan kısmını oluşturmaktadır. Bu çalışmadaki veriler ise Türkiye ve Edirne’de yapılan bu çalışmalardan daha yüksek durumdadır. Türkiye’de yapılan çalışmada erkeklerin okuryazarlık oranının bu çalışmadakine benzer şekilde kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür (103).

Çalışmamızda kadın bireylerin çoğu (%78,5’i ve erkek bireylerin %95,7) evli olduğunu bildirmiştir. Çalışmaya katılan erkeklerin ve kadınların çok büyük bir kısmı kendi evinde yaşadığını bildirmiştir (Tablo 4.1.)

Ülkemizde geleneksel olarak yaşlıların ailesi ve çocuklarıyla birlikte yaşama eğilimi yüksek olmakla birlikte, son yıllarda çekirdek aile yapısının yaygınlaşmasıyla yalnız ve huzurevlerinde yaşayan yaşlı sayısı giderek artmıştır (104).

Bu çalışmada yaşlı bireylerin çoğunlukla kendi evinde yaşadıkları saptanmış ve bu sonucu kanıtlar nitelikte görülmüştür. Çalışmada meslek durumuna bakıldığında erkeklerin çoğunluğunun emekli olduğu, kadınların çoğunluğunun ise ev hanımı olduğu görülmüştür.

Ağustos 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilen “Kayseri Elderly Health Study (KEHES)” çalışmasında, 535 yaşlının % 58,5’i erkek, %41,5’i kadından oluşmaktadır. Erkeklerin %76,4’ü evli ve %60,7’si emekli ve kadınların %39,3’ünün ev hanımı olduğu görülmüştür (105).

Yaşlılık döneminde ABD(Amerika Birleşik Devletleri)’nde yapılan bir çalışmada yaşlı kadınların %8,3’ü yaşlı erkeklerin ise %8,9’u düzenli olarak sigara kullanmaktadırlar (106).

2012 yılı Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ülkemizde 65 yaş üstü yaşlı erkeklerin %17,9’u; kadınların ise %2,6’sı sigara kullanmaktadır (107).

Bu çalışmada ise, sigara içme alışkanlıkları cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında erkeklerin %18,3’ünün kadınların ise %2,8’inin düzenli olarak sigara kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.) Erkeklerin sigarayı daha çok kullandıkları görülmüştür.

Yaşlılık döneminde bireylerde birtakım hastalıklar görülmeye başlar bu hastalıkların neredeyse tamamı üzerinde sigaranın sağlığa olumsuz bir etkisi olduğu bilinmektedir.

Dolayısıyla sigara bu hastalıkların görülme oranını ve oluşma riskini arttırmaktadır. Yaşlı bireylerde sigara tüketiminin kullanılmaması veya bırakılması bu hastalıkların oluşumunun önlenmesi açısından önemlidir (108).

Alkol, yaşlılar arasında bağımlılığa en fazla neden olan aynı zamanda bilimsel çalışmalara da en fazla konu olan maddedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2 milyar kişinin alkollü içki kullandığını, 76,3 milyon kişide de alkol kullanımını bozukluğu olduğunu bildirmektedir (109).

Eskişehir’de Şubat-Mayıs 2004 döneminde, 100 yaşlı birey üzerinde yapılan bir çalışmada bireylerin, %93 ünün alkol kullanmadığı % 7 ‘sinin alkol kullandığı görülmüştür. Alkol kullananların %71.4’ünün erkeklerden %28,6’sının ise kadınlardan olduğu bildirilmiştir (110).

Buna göre; bu araştırmaya katılan kadınların hiçbiri alkol kullanmadığını belirtirken erkeklerin %6,5’u ise alkol kullanım alışkanlığının olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1.) Bu çalışmada da paralel olarak erkeklerin daha fazla alkol tüketildiği saptanmıştır.

Hipertansiyon; 65 yaş ve üzeri kişilerin yarısından fazlasında ciddi bir sağlık sorunudur. Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasına (Patent2) (2012) göre hipertansiyon prevalansı 18-29 yaş grubunda %5 iken, 60- 69 yaş grubunda bu oran %67.9’a kadar yükselmektedir (111).

Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) 2013 Hipertansiyon Kılavuzu’na göre, Dünya’da genel popülasyonda hipertansiyon prevalansı %30-45 arasında olup, 2025 yılında %60’lara ulaşacağı tahmin edilmektedir (112).

Türkiye’de 65+ yaş ve üstü diyabetik hastalar tüm diyabetiklerin yaklaşık %40’ını oluşturur. Yine geriatrik yaş grubunun %20’sinde bozulmuş glukoz toleransı vardır. Ayrıca yaşlı popülasyonun %10’unda tanı konmamış diyabet vardır (113).

Bu çalışmada da her iki cinse de en fazla hipertansiyon ve diyabet tanısı konulmuştur. Kadın bireylerin %65,2’ü ile erkek bireylerin ise %35,5’i hipertansiyon ve kadın bireylerin %52,3’ü ile erkek bireylerin %34,2’si diyabet tanısı aldığını belirtmiştir (Tablo 4.2.) Hekim tarafından konulan tanılar karşılaştırıldığında iki grup arasında diyabet ve

hipertansiyon hastalıkları açısından benzerlik vardır. Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalara benzer şekilde diyabet ve hipertansiyon ciddi oranda yüksek bulunmuştur.

Bilindiği gibi hipertansiyon ve diyabet diyet ve yaşam şekli ve fiziksel aktivite ile değiştirilebilir/kontrol altına alınabilir sağlık sorunları arasındadır. Bu nedenle daha ortaya çıkmadan sağlıklı yaşam ve beslenme eğitimlerinin verilmesi, halkın bu konularda bilinçlendirilmesi halk sağlığı dolayısıyla ileri yaşlarda da bu hastalıkların görülme sıklığının azaltılmasında önemli bir strateji olarak benimsenmelidir (114,115).

Amerika Birleşik Devletlerin de 2024 yılında yaklaşık 19 milyon kanser hastası olması ve bunun %63'lük kısmının 65 yaş ve üstü olacağı tahmin edilmektedir (116,117).

Yaşlı nüfusun artması ve buna paralel olarak zaten yaşlılarda daha fazla görülen kanserin nüfusla ilişkili olarak daha da artması beklenmektedir (118).

Bu çalışmada hem kadın hem de erkek katılımcılarda sırasıyla %1,9 ve %1,1 oranıyla en az görülen hastalık kanser olarak belirtilmiştir (Tablo 4.2.) Bu duruma göre yapılan çalışmalar ve bu çalışma karşılaştırıldığında bu çalışma diğer araştırma verilerine göre olumludur.

5.2. Bireylerin Beslenme Alışkanlığı

TBSA-2010 verilerine göre 65 yaş ve üzerinde olan bireylerin %20,7'si (E: %26,2, K: %23,7) öğün atladığını belirtmiştir. Atlanan öğünün sabah öğle ve akşam öğünü olma durumları sırasıyla %7,2, %27,1 ve %13,8'dir. Bireyler öğün atlama nedeni olarak canlarının istememesi ve alışkanlıklarının olmamasını göstermişlerdir (119).

Bu araştırmaya katılan bireylerin %35,0'nın öğün atladığı, %15,5'inin ise bazen öğün atladığı, öğün atlayanların ise %44 oranıyla öğle yemeği öğününü atladığı görülmektedir. Öğün atlama nedenleri incelendiğinde %39,7'si' sabahları geç kalktığını gösterirken %21,5'i canı istemediği için öğün atladığını bildirmiştir (Tablo 4.3.)

Kaliteli/sağlıklı beslenmenin kurallarından birisi de bilindiği gibi bir günde tüketilen öğün sayısı ve öğünlerde dengenin sağlanmasıdır. Bu kural daha az besin tüketen ve daha sık aralıklarla beslenmesi gereken yaşlılar açısından daha da önem taşımaktadır. Bu nedenle yaşlı bireylerin öğün sayısı ve öğün alışkanlıkları üzerinde düzenlemeler

yapılmalı, öğün atlama nedenlerine bakılarak yaşlıların öğün atlamaması için nedene yönelik çözümler üretilmesi gerekmektedir.

Altmış yaş ve üzerindeki bireylerde %25 oranında ağız ve dil boşluğundaki tat hücrelerinin sayısında ve fonksiyonunda azalma, aynı zamanda diş kayıpları ve tükürük salgısının azalmasıyla birlikte yutmada güçlük görülmesi sonucu yaşlı bireylerde yetersiz beslenme riski görülmektedir. Yetersiz beslenme, yaşlılarda iştah azalması, çiğneme güçlüğü, sonucunda oluşabilmektedir. Bu nedenle yaşlılarda sağlıklı beslenme, yaşam süresinin uzatılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşımaktadır (120,121).

Akan'ın (122) 2018 yılında yaptığı çalışmasında yaşlı bireylerin %67,4'ü iştah durumunu iyi olarak nitelendirirken, %20,2'si bazen iştahsız olduğunu belirtmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların %82,5'i diş kaybının olduğunu, %30,5'i çiğneme ve yutma güçlüğü çektiğini belirtmiştir. Genel iştah durumları incelendiğinde bireylerin %42,0'si iştahının iyi olduğunu, %49,5'i orta olduğunu ve %8,5'i ise kötü olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3.)

Bu nedenlerle yaşlılara pişirilecek yemeklerin kolayca çiğneyebileceği ve yutabileceği, iştah açıcı, yumuşak, sıvı nitelikte olmasına önem verilmelidir.

Samsun'da huzurevinde ve kendi evinde kalan yaşlılarda yapılan bir çalışmada huzurevinde kalanların, enerjinin temel kaynağı karbonhidratları, önerilenden daha az tükettikleri saptanmıştır. Evinde yaşayanların sırasıyla kalsiyum, magnezyum, çinko, B1, B6, B12 vitamini, karbonhidrat, posa ve diğer bütün besin öğelerini yetersiz tükettiği bulunmuştur. Özgüneş'in yaptığı çalışmada, yaşlı bireylerin günlük enerji alımı erkeklerde ortalama $2037,5 \pm 384,7$ kkal, kadınlarda $1735,6 \pm 341,8$ kkal olarak hesaplanmıştır (123).

Bu çalışmaya katılan erkek ve kadın bireylerin aldıkları ortalama enerji miktarı sırasıyla $1942,87 \pm 571,10$ ve $1744,69 \pm 404,89$ kkal olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.) Erkek bireyler alması gereken enerjinin %92,4'ünü kadınlar ise enerjinin %97,4'ünü karşılamıştır. Bu ülkemizde yapılan çalışmayı da destekler niteliktedir.

Yaşlı bireylerde TÜBER'e göre enerji tüketimi olması gereken kadınlarda 1790 kkal/gün, erkeklerde 2100 kkal/gün olarak bildirilmiştir (100).

Buna göre, bu çalışmada kadınların enerji alımının kadınlarda önerilene daha yakın olduğu, erkeklerin ise önerilenin altında aldığı görülmüştür.

Bu araştırmaya bakıldığında 93 yaşlı erkek ile 107 yaşlı kadın bireyin günlük ortalama besin öğeleri tüketimleri bakıldığında karbonhidratların alınan enerjiye oranının (erkeklerde $45,36 \pm 7,76$ kadınlarda $46,33 \pm 7,05$) önerilen düzeyde, protein oranının (kadınlarda $18,48 \pm 2,00$ erkeklerde $18,80 \pm 1,89$) önerilen düzeylerde, yağ oranının ise (erkeklerde $36,02 \pm 6,70$ kadınlarda $34,88 \pm 6,37$) önerilenin üzerinde, ayrıca posanın (erkeklerde $31,43 \pm 13,72$, gr kadınlarda $33,12 \pm 14,26$ gr) ise önerilen düzeyin üzerinde bulunmuştur (Tablo 4.4.)

Yaşlı bireylerde uzun ve sağlıklı bir yaşamın sürdürülmesi, morbidite ve mortalitenin artmaması için beslenmeye dikkat etmek gerekir. Özellikle yaşlı bireylerin gerekli enerji ve besin öğelerini düzenli ve dengeli bir şekilde alabilmesi için uygun beslenme planı oluşturulmalıdır (124).

Bireylerde TÜBER'e göre 300 mg/gün altında tutulmalı ve DM (Diabetes Mellitus), KVH (Kardiyovasküler Hastalıklar) olan yaşlılarda ise 200 mg/gün'ü aşmamalıdır (29).

Bu çalışmada, kolesterol tüketim miktarları erkeklerde $449,50 \pm 210,44$ g/gün iken, kadınlarda $384,81 \pm 162,55$ g./gün olarak bulunmuştur (Tablo 4.4.). Diyetle alınan günlük kolesterol miktarlarının önerilen miktarların üzerinde olduğu saptanmıştır.

Kolesterol tüketimindeki artışın yaşlı bireylerde kardiyovasküler hastalık (KVH) için risk oluşturduğu, morbidite ve mortalite artışının önemli sebebi olduğu belirtilmiştir. Yaşlı bireylerde kolesterol takibi mutlaka düzenli olarak yapılmalıdır (125).

Mazidi ve ark. (2017) 23157 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, yeterli vitamin ve mineral alımının (A vit, E vit, B6 vit, B12 vit, riboflavin, tiamin, niasin, folat) insülin direncinde iyileşmeye, metabolik sendrom riskini azaltmaya, ayrıca kan basıncını da düşürerek oksidatif stresi azalttığı ileri sürülmüştür (126).

Bu çalışmada, yaşlıların bir günde aldıkları D vitamini hariç, tüm vitamin ve mineraller Vitamin A, Vitamin C, Vitamin E, Vitamin B12, Vitamin B6, Fosfor, Folik asit, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir, çinko miktarlarının önerilen düzeylerin üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.).

Yaş ile birlikte artan malnütrisyon sebebi ile vitamin ve mineral eksiklikleri sık görülmektedir. Bireylerin besinlerle vitaminleri alması gerekmektedir. Besinlerle

alınmadığı takdirde takviye yapılmalıdır. Bizim çalışmamızda tüm vitaminler besinler ile önerilenin üzerinde alınmıştır. D vitamini ise önerilen altında alınmıştır. D vitamini yaşlı bireylerde kemik hastalıklarının oluşumuna sebebiyet vermektedir. D vitamini, güneş ışığına maruziyet sonrasında deride sentezlenen steroid yapılı bir vitamindir. Bu nedenle yaşlı bireylerin düzenli aralıklarla güneşlenmesi sağlanmalıdır (127,128). Klinik bulgularda da bu yaşlılarda D vitamin düzeylerinde yetersizliği belirlenirse hekim önerisi ile ek D vitamini almaları gerekmektedir.

5.3. Bireylerin Sıvı Tüketimleri

Yaşla birlikte vücuttaki su yüzdesi azalarak % 60'dan % 50'ye düşer, susama hissi azalır ve buna bağlı olarak su alımı azalır. Buna karşılık vücuttan su kaybı fazladır. Su kaybı, su ve diğer sıvı besinlerin fazla tüketilmesi ile telafi edilmezse ciddi sağlık sorunları ortaya çıkabilir.

Yaşlı bireylerin sıvı gereksinimlerini karşılamak için günde 8-10 bardak su tüketmeleri gerekmektedir. 50 ve 80 kg ağırlığındaki yaşlı bireyin günlük sıvı alımı 1,500-2,500 ml arasında olmalıdır (129).

Bu çalışmada günlük su tüketimine bakıldığında ise, erkeklerin çoğunluğunun (%37,6) günde 4-6 bardak su tükettiği, kadınların ise çoğunluğunun (%30,8), 7-10 bardak su tükettiği görülmüştür. Kadın ve erkeklerde su tüketimine bakıldığında kadınların %40,2, erkeklerin ise %45,1'inin önerilen miktarın altında su tükettikleri görülmüştür. Erkeklerin %45,1'i kadınların ise %40,2'si önerilenin altında sıvı tüketmişlerdir. Toplam her iki cinsiyette yaşlı bireylerin %42,6'si önerilen düzeyin altında su tükettiği saptanmıştır (Tablo 4.6.). Yeterli ve yetersiz sıvı tüketen bireylere bakıldığında bireylerin 115 kişi yeterli sıvı tüketmekte 85 kişi ise yetersiz sıvı tüketmektedir (Tablo 4.7.).

Ülkemizde süt tüketimi ne yazık ki yaygın değildir. Günde süt tüketiminin 65 yaş ve üzeri için ortalama 1200 mg/gün süt tüketimi olması gerektiğini belirtilmiştir. Beslenmemizde önemli yeri olması gereken süt ve süt ürünleri tüketimi yaşlı kadın ve erkeklerde ülkemizde ne yazık ki istenen ve önerilen düzeylerin altındadır. Özellikle osteoporoz, obezite ve kronik hastalıklar gibi rahatsızlıkların daha yüksek oranlarda görüldüğü yaşlı bireylerde süt tüketimi daha çok desteklenmelidir (130,131).

Bu çalışmada ise kadınların %53,3'ü erkeklerin ise %51,6'sı süt içmediklerini, sadece kadınların %9,3'ü ve erkeklerin %16,1'i her gün düzenli olarak süt tükettiğini bildirmiştir

(Tablo 4.8.). Yaşlıların bu çalışmada tükettiklerini belirttikleri yetersiz süt tüketimi ile ilgili bulgular ülkemizdeki diğer araştırmalarla da benzerlik göstermektedir

Kefir Türk Gıda Kodeksi Fermente Sütler Tebliği tarafından; laktik asit bakterileri, asetik asit bakterileri ve torula mayalarını içeren kefir tanelerinin süte ilave edilmesi sonrası sütü fermente ederek elde edilen koyu kıvamlı bir süt ürünü olarak tanımlanmaktadır (132).

Erçalışkan tarafından (2015), demans tanısı almış 65-95 yaş aralığında bulunan yaşlı bireyler üzerinde yapılan bireylerin 3 ay boyunca günlük düzenli olarak 200 ml kefir tüketiminin; hatırlama ve kayıt hafızası üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanan bir çalışmada kefir tüketimi öncesi ve sonrası hasta grubu kadınların erkeklere göre mental test puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu da kefirin yaşlılar için bilişsel sağlık üzerindeki olumlu etkisini kanıtlamaktadır (133).

Bu çalışmada katılımcıların %92,5 oranındaki erkek birey ile %88,2 oranındaki kadın birey kefir tüketmediğini belirtmiştir. Tüketenler arasında da kadınların daha fazla oranda kefir tükettiği bulunmuştur. Kefir tüketiminin bilişsel fonksiyonlar ve diğer sağlığa yararlı etkileri göz önüne alınarak yaşlıların kefir tüketimi konusunda bilgilendirilmeleri tüketimin artırılması açısından yarar sağlayabilir. Katılımcılardan erkek bireylerin hepsi ayran tüketmektedir ve tüketenlerin de %88,2'si her gün düzenli olarak ayran içmektedir. Her gün düzenli olarak ayran içen kadınların oranı %84,1 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.8) Bu bağlamda süt ve süt ürünleri içeceklerinden her iki cinsiyette de en fazla ayranın tüketildiği saptanmıştır.

Diş problemleri nedeniyle taze sebze ve meyveleri tüketemeyen yaşlılarda taze sıkılmış meyve ve sebze suları askorbik asit, potasyum ve folat gereksinmesinin karşılanması açısından yararlıdır (31).

Bu çalışmada ise sadece 1 erkek ve 1 kadın katılımcı her gün sadece hazır meyve suyu tükettiğini, kadınların %88,8'i ve erkeklerin %80,6'sı ise hazır meyve suyu tüketmediğini belirtmiştir. Katılımcıların hiçbiri günlük %100 taze sıkma meyve suyu içmediğini, içenlerin büyük bir çoğunluğunun ise ayda bir defa tükettiği görülmüştür (Tablo 4.8.)

Kafeinli içecekler (kahve, çay) çok fazla tüketilmemelidir. Kafein, sık idrara çıkmaya neden olduğundan dolayı, yaşlı bireyin sıvı gereksinmesini artırır. Ayrıca, çayın yemeklerle birlikte içilmesi, demirin emilimini azalttığından çayın yemeklerden bir saat önce veya sonra içilmesi tavsiye edilmelidir (31).

Çok fazla kafein alımı uykuyu olumsuz etkilemektedir. Yaşlı bireylerin %50'sinden fazlasında uyku bozukluğu olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (134,135).

Bu çalışmada ise su tüketiminden sonra günlük olarak en fazla içilen içecek çaydır ve kadınların %88,8'i erkeklerin ise %94,6'sının hergün çay tüketimi alışkanlığı olduğunu görülmüştür. Katılımcılar çok büyük bir oranda siyah çay tüketmekte, bitki çaylarını her gün tüketen kadınların oranının sadece %2,8 ve erkeklerin ise %4,3 olduğu görülmüştür (Tablo 4.8.)

Holman ve arkadaşları, yaşlı bireylerin günde 1,5-2 lt su içmeye teşvik edilmesini, kafein (kola, kahve) bazlı ve alkol içeren içecekleri sınırlandırmayı önermektedir (136).

Oslo Sağlık Araştırması'nda bireylerin meşrubat alım sıklığı ve serum lipidleri arasındaki ilişki incelenmiş ve diğer meşrubatlar içinde sadece gazlı içecek alım sıklığının metabolik sendrom bileşeni olan düşük HDL kolesterol ve yüksek LDL kolesterol, trigliserid ile ilişkili bulunmuştur (137).

Gazlı içecekler yaşlı bireyler için risk oluşturabilmektedir. Bu çalışmaya katılan kişilerde gazoz ve kola tüketimleri %20'nin altında olmakla birlikte bunu en aza indirebilmek için yaşlı bireylerin gazlı içeceklere karşı bilinçlendirme yapılması olumlu etkiler gösterecektir.

Şişelenmiş maden sularının tüketimi son birkaç yılda dünya çapında büyük ölçüde artmıştır. ABD ve Uluslararası Gelişmeler ve İstatistikler, Amerika Birleşik Devletleri, Batı Avrupa ülkeleri ve birkaç Asya ülkesinin raporlarında maden sularının tüketiminde ciddi bir artış olduğu saptanmıştır (138).

Bağırsak işlevi, kabızlığın azaltılması, kabızlık semptomlarında ve genel bağırsak hareketlerinde iyileşme açısından maden suları magnezyum sülfat ve sodyum sülfat yönünden zengin olduğundan, önemli yere sahiptir (139,140).

Bu çalışmada ise, erkekler kadınlara göre daha fazla oranda soda tüketmektedir. Kadınların %45,8'i soda içerken buna karşılık erkeklerin %66,6'sı içmektedir (Tablo 4.8.) Her iki cinsiyette de soda ve maden suyu tüketimi orta seviyelerde bulunmuştur. Ayrıca bireyler meyveli soda yerine daha çok maden suyunu tükettiğini belirtmiştir. Bağırsak işlevlerindeki iyileştirme dikkate alındığında yaşlı bireylerde doğru oranlarda maden suyu tüketilmesi önerilebilir.

Kahve dünya çapında en çok tüketilen içeceklerden biri olup kahvede karbonhidratlar, lipitler, azotlu bileşikler, vitaminler, mineraller, alkaloidler ve fenolik bileşiklerden oluşan 100 den fazla bileşik bulunmaktadır. Orta düzeyde /önerilen günlük miktarlarda kahve tüketimi ile yaşlılarda görülen parkinson, DM gibi kronik hastalıklarda azalma olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (141).

Fazla kafein alımı, sık idrara çıkmaya neden olduğundan yaşlı bireyin sıvı gereksinmesini arttırır. Yeterli su veya sıvının tüketilmesi; normal böbrek fonksiyonlarının sürdürülmesi, idrar yolları enfeksiyonları, böbrek taşları ve kabızlığın önlenmesi açısından gereklidir (31).

Doğal olarak elde edilebilen kafein, enerji içeceklerinin temel bileşenlerinden biridir. Kafein ayrıca çay, kahve, kola ve kakao gibi her gün tüketilen içeceklerde de bulunmaktadır. 150 mL'lik bir kahve fincanında kafein miktarı 75-155 mg arasında değişmektedir (142).

Bu çalışmada erkeklerin %84,9'u kahve içerken %35,5'i her gün kahve içtiğini belirtmiştir. Kadınlarda bu oranların daha az olduğu görünmektedir. %18,7 oranındaki kadın bireyler her gün kahve içtiğini belirtmiştir. Burada enerji içeceğindeki kafein miktarının daha fazla olduğunu görmekteyiz. Bu çalışmadaki katılımcılardan sadece erkek bir bireyin 15 günde 1 kez enerji içeceği içtiği saptanmıştır (Tablo 4.8.)

Yaşlılıkta oluşan bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal değişiklikler sıvı dengesi üzerinde önemli rol oynamaktadır. Ayrıca idrar kaçırma korkusu da yaşlılarda sıvı alımını azaltmalarına yol açabilir. Bu da ürolojik hastalığa sahip yaşlı bireylerde zorluklara neden olmaktadır.

Yeterli ve yetersiz sıvı tüketen bireylere bakıldığında bireylerin 115 kişi yeterli sıvı tüketmekte 85 kişi ise yetersiz sıvı tüketmektedir. Yeterli sıvı tüketenlerin çok az da olsa bel (yeterli sıvı tüketenlerde $109,40 \pm 15,32$, yetersiz sıvı tüketenlerde $109,62 \pm 14,14$)ve kalça çevresi(yeterli sıvı tüketenlerde $110,17 \pm 15,35$, yetersiz sıvı tüketenlerde $111,42 \pm 18,68$) daha düşük bulunmuştur. Ayrıca üokç ve baldır çevresi yetersiz sıvı tüketenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Yeterli sıvı tüketenlerle yetersiz sıvı tüketen bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bu çalışma incelendiğinde, sıvı tüketme miktarının hastalık tanısı konulma oranıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sıvı tüketim miktarı ile kardiyovasküler ve ürolojik hastalıklar arasında zayıf diğer hastalıklar arasında çok zayıf korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.9.).

5.4. Bireylerde Antropometrik Değerlendirme

Yaşlı bireylerde yaşam kalitesinin artırılmasında beden sağlığının önemli bir yeri vardır. Bedensel sağlığın korunması ve izlenmesi yaşlı bireylerde oluşabilecek beslenme bozukluğu veya koruyucu önlemlerin alınması açısından önem taşımaktadır (143).

TBSA-2010 verilerine göre; 65 yaş ve üzeri erkeklerin vücut ağırlığı ortalaması $75,9 \pm 12,1$ kg. ve kadın bireylerin vücut ağırlığı ortalaması $72,1 \pm 14,1$ kg olduğu, boy uzunluğu ise kadınlarda $172,1 \pm 7,3$ iken, erkeklerde ise $152,3$ cm'dir (119). Bu çalışmada ise; yaşlı erkek katılımcıların vücut ağırlığı $83,08 \pm 14,62$ kg iken, kadınların vücut ağırlığı ortalama $80,84 \pm 13,44$ kg olarak hesaplanmıştır (119).

Ayrıca erkekler ortalama $170,67 \pm 7,93$ cm boyunda iken kadınlar ortalama $160,91 \pm 7,32$ cm boyundadır. (Tablo 4.10.) Bu çalışmadaki yaşlı bireylerin vücut ağırlığı, Türkiye ortalamasının üzerinde boy uzunluğu ise erkeklerde ortalamanın altında olduğu kadınlarda ise ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır.

Yaşlı bireylerde malnütrisyonun erken tanısında baldır çevresi, ÜOKÇ, bel çevresi gibi parametreler önem taşımaktadır. Yaşlı bireylerde beslenme durumunu saptamak için antropometrik ölçümler yol gösterici olabilmektedir (144).

TBSA-2010 65 yaş üzeri bireylerin bel çevresi erkeklerde, $100,4 \pm 12,0$ cm kadınlarda, $100,2 \pm 13,1$ cm'dir. Kalça çevresi ise erkek ve kadınlarda sırasıyla; $103,5 \pm 7,8$ cm ve $111,7 \pm 13,8$ cm'dir. ÜOKÇ ise erkeklerde $29,4 \pm 3,7$ cm, kadınlarda ise $30,6 \pm 4,7$ cm olarak bulunmuştur (119).

Bu çalışmada ise, erkek katılımcıların bel ve kalça çevresi ölçüsü sırasıyla $106,20 \pm 13,79$ ve $106,55 \pm 18,12$ cm; kadın katılımcıların ise sırasıyla $112,36 \pm 15,11$ ve $114,30 \pm 14,75$ cm, ÜOKÇ ise erkeklerde $32,37 \pm 5,49$ cm, kadınlarda ise $32,95 \pm 5,58$ cm olarak bulunmuştur (Tablo 4.10.) Bel çevresi(cm) ve bel/kalça oranı ortalama değerlere bakıldığında her iki cinsiyette de önerilen değerlerin üzerinde bulunmuştur. Bel kalça oranı incelemesi yapıldığında ise erkeklerin %11,8'i kadınların %0,9'u normal, bel kalça oranına sahiptir. ÜOKÇ(cm) ve baldır çevresine(cm) bakıldığında ise her iki cinsiyette de

malnütrisyon açısından riskli olmadığı görülmüştür (Tablo 4.12). Bu ölçümlerin yüksek olması kronik hastalıklarla ilişkilendirildiğinden bireylerde bel çevresi(cm), kalça çevresi(cm), baldır çevresi(cm) ve ÜOKÇ(cm) önerilen standartlarda olmalıdır.

Uzunlamasına yapılan bir çalışmada, 15 yıl süre takip edilen yaşlı erkek bireylerde üst orta kol çevresinin azalması ile ölüm ilişkisi anlamlı bulunmuş ve baldır çevresi ve BKİ'den daha çok ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bireylerde ortalama üst orta kol çevresi 31,1 cm, baldır çevresi 36.3 cm bulunmuştur (145).

Bu çalışmada yaşlı bireylerin bel ve kalça çevresi oranlarına bakıldığında erkeklerde ve kadınlarda ÜOKÇ, bel ve kalça ölçüsü Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür. Bu yaşlı bireylerde kronik hastalıkların oluşumu açısından risk oluşturmaktadır.

Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nde 2018 yılında yapılan 107 yaşlı birey üzerindeki bir çalışmadaki bireylerin zayıf, normal, hafif kilolu ve obez BKİ sınıflamasında olma durumu erkeklerde sırasıyla; %5,7 , %25,7, %48,6 ve %20,0 iken kadınlarda; %0, %26,1, %26,1 ve %47,8 olarak bulunmuştur (146).

TBSA-2010 verilerine göre ise 65 yaş ve üzeri bireylerin zayıf, normal, hafif kilolu ve obez BKİ sınıflamasında yer alma durumu erkeklerde sırasıyla; %1,8, %27,4, %46,0 ve %25,8 iken kadınlarda %1,1, %15,0 %30,4 ve %53,5 olduğu belirlenmiştir (119).

Bu çalışmada araştırmaya katılan kadın bireylerin %35,5'i ve erkek bireylerin % 39.0 'u fazla kilolu; kadınların %49,5'u ve erkeklerin %28.0'i şişman olarak sınıflandırılmıştır. (Tablo 4.12.). BKİ sınıflamasına bakıldığında yaşlı erkeklerin daha çok normal değerlere sahip olduğu görülmüştür. Toplam olarak bakıldığında her iki cinsiyette de bireylerin fazla kilolu (%37,5), şişman (%39,5) olduğu görülmüştür.

Yüksek BKİ'nin 65-96 yaşları arasındaki yaşlı bireylerde çeşitli patolojik faktörlerin neden olduğu kronik, ilerleyici bir metabolik hastalık olan DM 2 riskinin, , yüksek tansiyon, hiperkolesterolemi, hipertrigliseridemi ve yağlı karaciğer gibi metabolik sendromun artmasına sebep olduğu bildirilmiştir. Yüksek BKİ değerlerinin yaşlı bireylerde kronik hastalıklarla ilişkisi göz önüne alındığında bireyler takip edilerek uygun BKİ aralığında takip edilmelidir (147,148).

5.5. Mini Nütrisyonel Değerlendirme(MNA)

Yaşlanma sürecindeki fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin besin alımını etkilemesi nedeniyle yaşlı bireyler beslenme açısından risk altındadır. Son zamanlarda yaşlı bireylerde malnütrisyon görülme sıklığı artmaktadır (149).

Malnütrisyon yaşlı bireylerde, kendisini kilo ve kas yoğunluğunun kaybı (sarkopeni) ile göstermektedir. Antropometrik ölçümler vücudun kompozisyonu, yağ ve kas deposu hakkında bilgi edinmek ve tahminde bulunmak için kullanılan ölçüm teknikleridir. Antropometrik ölçümler ileri malnütrisyonu saptamak, beslenme tedavisi yanıtını izlemek ve sonuçları tahmin etmede kullanılabilir. Dolayısıyla antropometrik ölçümler klinikte ve epidemiyolojik çalışmalarda yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesinde önemli göstergelerdir (150,151).

İstanbul Üniversitesi'nde polikliniğe ayaktan başvuran ve yatan yaşlı hastalar ile yapılan bir çalışmada, polikliniğe başvuran hastaların %30'dan fazlasının malnütrisyon açısından risk altında, %13'ünün malnütrisyonlu olduğu bulunmuştur. Ayrıca yatan hastaların ise yaklaşık %40'ının malnütrisyon açısından risk altında, %25'inin ise malnütrisyonlu olduğu saptanmıştır (152).

Beş huzurevi sakinlerinin de dahil edildiği bir araştırmada ise, kadınların %48,3'ü erkeklerin %45,5'i MNA puanlarına göre malnütrisyon riski altında olduğu belirlenmiştir (153).

Türkiye'de yapılan başka bir huzurevindeki araştırmada yaşlıların %43,6'sı malnütrisyon riski altında ve %2,6'sı malnütrisyonlu bulunmuştur (154).

Bu araştırmaya katılan bireylerin ise %14 (%64,3 kadın, %35,7'si erkek) 'ü malnütrisyon riski altında olduğu görülmüştür. %86 ise normal nütrisyonel duruma sahiptir.(erkek %48.3, kadın %51,7). Buna göre malnütrisyon oranı Türkiye ortalamasının altında bulunmuştur. Yaşlı bireylerde erkeklerin %48,3'ü kadınların ise %51,7 'si normal nütrisyonel duruma sahiptir (Tablo 4.14.) Türkiye'deki diğer çalışmayı da destekler niteliktedir.

Yaşlı bireylerde yetersiz beslenme durumu, yaşam kalitesinde bozulmalara sağlık bakımı maliyetlerinin artmasına ve hastanede kalış süresinin artmasına neden olabilir. Bu nedenle yetersiz beslenme durumunun oluşmaması ve erken malnütrisyon teşhisi için yaşlı bireyler belirli aralıklarla izlenmelidir (155).

Bu araştırmada bireylerin MNA testine verdiği cevaplara bakıldığında yaşlı erkeklerin %78'i, kadınların ise %90'ı dışarı çıkabildiğini bildiriştir. Ayrıca erkeklerde yatak ve sandalyeye bağımlı birey olmadığı, kadınların ise %3,7 'si yatak ve sandalyeye bağımlı olduğu görülmüştür (Tablo 4.15).

Dünya Alzheimer Raporu (2016)'a göre, bugün dünya genelinde, 47 milyon kişi demans hastası olduğu raporlanmıştır. Bu sayının 2050 yılında ise, 131 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Ayrıca, 2016 yılında Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda ise tanı alan toplamda ise %11-30,4 sıklıkta demans hastası olduğu sonucuna ulaşılmıştır. TK 2016 verilerine göre ise, ölüm nedenlerinin cinsiyete göre dağılımlında demans tanısıyla 2017'de ölen 210 hastanın 77'si erkek, 133' kadın olup, AH (Alzheimer Hastalığı) tanısıyla ölen 13,832 hastanın 5354' erkek, 8478'i kadındır (156,157).

Bireylerin nöropsikolojik sorunlarına bakıldığında, kadınların ve erkeklerin sırasıyla %24,3 ve %12,9 hafif demans veya depresyona sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada da yaşlı bireylerin nöropsikolojik sorunların görülme orana bakıldığında kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.15). Bu sonuç diğer istatistikleri de destekler niteliktedir.

Yaşlı bireyler sıklıkla yetersiz beslenme alımına ve iştahsızlığa sahiptir, bu da kilo kaybına ve malnütrisyon riskinin artmasına neden olur (158,159).

Bu çalışmada son üç ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme ve yutma güçlüğü sorunlarının olup olmadığına bakıldığında, erkeklerin çoğunluğunun (%52,7) iştah kaybı olmadığı, kadınların ise %50,5'inin orta derecede iştah kaybı yaşandığı, kadınlar ve erkeklerde %6,5 oranında ise şiddetli iştah kaybının olduğu belirtilmiştir. Son 3 ayda vücut ağırlık kaybı olup olmadığına bakıldığında ise erkeklerin %72,0'sinde, kadınların ise %72,9'unda ağırlık kaybı olmadığı, erkeklerde %8,6, kadınlarda ise %5,6 oranında 1-3 kg arasında kilo kaybı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

Sağlıklı beslenme düzenini sürdürmek için, iştahsızlık ve bununla ilişkili beslenme düzenleri de yaşlı bireylere uygun olarak ayarlanmalıdır. İştahsızlık yaşlılarda önemli bir sorundur, toplum içinde yaşayan yaşlılarda iştahsızlık görülme sıklığı %11 ile %15 arasında değişmektedir. İştahsızlık yaşlı bireyin yetersiz beslenmesine neden olmaktadır (160,161).

Bu çalışmada belirtildiği gibi araştırmaya katılan katılımcıların genel iştah durumu ile MNA skoru incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. İştah durumu iyi ve orta düzeyde olanların MNA skorunun da iyi ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16).

Yapılan bir araştırmada hastanede yatan 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireylerin yetersiz sıvı alma durumu ve bu durumun sıvı dengesi bozukluklarına zemin hazırlamasının dehidratasyon için ciddi bir risk oluşturduğu saptanmıştır (162).

Günlük su tüketimi ile MNA skoru arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılan istatistiksel analizde içilen su miktarı ile MNA Skoru arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.17).

Bu çalışmada MNA'nın antropometrik ölçümlerle ilişkisine bakıldığında vücut ağırlığının diğer tüm parametrelerle çok güçlü bir pozitif korelasyonunun olduğu görülmektedir. Kalça çevresi, bel çevresi ve ÜOKÇ parametreleri kendi içerisinde güçlü pozitif bir korelasyona sahiptir. Boy uzunluğunun diğer parametrelerle korelasyonuna bakıldığında sadece vücut ağırlığı ve baldır çevresiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4.18).

Antropometrik ölçümler, yaşlı bireylerin beslenme değerlendirilmesinde önemli bir araç olarak kullanılmaktadır. Bireylerde malnütrisyon varlığının saptanması bu ölçümler kullanılarak yapılmaktadır. Antropometrik ölçümler, akut ve kronik hastalık riskinin dolaylı olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır (163,164).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma Gaziantep ilinde bulunan özel bir hastane polikliniklerine başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlı bireyler oluşturmuştur. Tüm poliklinikleri kapsayacak şekilde her poliklinikte belirli süre kalınarak veriler toplanmıştır. Bu süre içerisinde 200 yaşlı bireye ulaşılmıştır.

6.1. Sonuçlar

- Kadın ve erkek yaşlı bireylerin yaş ortalamaları karşılaştırıldığında kadınların yaş ortalaması $70,65 \pm 4,97$ iken, erkeklerde $71,10 \pm 6,17$ yıl olarak bulunmuştur, Bu iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p=0,884$; $p>0,05$)
- Bireylerde 65-74 yaş aralığında %75,5 (kadın %79,4, erkek %70,9) olduğu, 75 ve üzeri yaş aralığında ise %24,5(kadın %20,5, erkek %29,0) olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların çoğunun (%39,5) ilkokul mezunu olduğu %30'i ise okuryazar olmadığını bildirmiştir. Cinsiyetler arasındaki eğitim düzeyi açısından farklılık, erkek katılımcılarda daha yüksek olmak üzere istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,016$; $p<0,05$)
- Kadınların %91,6'sı ev hanımı, erkek katılımcıların %37,6'sı emekli memur, %26,9'u esnaf, %25,8'i serbest meslek sahibi olduğunu bildirmiştir. Yaşlı kadın ve erkek bireyler meslekleri bakımından karşılaştırıldığında meslek dağılımı bakımından iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,029$; $p<0,05$).
- Araştırmaya katılan kadınların hiçbiri alkol kullanmadığı, erkeklerde %6,5'inin kullanığı olduğu belirlenmiştir.
- Erkeklerin %18,3'ünün kadınların ise %2,8'inin sigara kullandıkları belirlenmiştir.
- Sigara içme ve alkol tüketme alışkanlıkları bakımından karşılaştırıldığında iki cinsiyet grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$, $p<0,001$)
- Araştırmaya katılan bireylerin hekim tarafından tanısı konulan hastalıklara bakıldığında, her iki grupta kadınlarda daha fazla olmakla beraber en fazla hipertansiyon (erkek %35,5, kadın %65,4) ve diyabet (erkek %34,2, kadın % 52,3) tanısı konulmuştur.
- Kadın ve erkekler arasında diyabet ve hipertansiyon açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$) diğer tüm hastalıklar arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,01$).

- Buna göre, katılımcıların %49,5'i öğün atlamadığı, %35,0 öğün atladığı öğün atlayanların ise %44.0 oranıyla öğle yemeği öğününü atladığı bulunmuştur. Cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,997; p<0,05)
- Öğün atlama nedenleri incelendiğinde %39,7'si' sabahları geç kalktığını gösterirken %21,5'i canı istemediği için öğün atladığını saptanmıştır. Cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0;114 p<0,05).
- Katılımcıların %82,5'i diş kaybının olduğunu, %30,5'i çiğneme ve yutma güçlüğü çektiğini belirtmiştir. Cinsiyetler arasında anlamlı bulunmamıştır (diş kaybı p=0;501 p<0,05 çiğneme yutma güçlüğü p=0;114 p<0,05).
- Çalışmaya katılan erkek ve kadın bireylerin aldıkları ortalama enerji miktarı sırasıyla 1942,87 ± 571,10 kkal. ve 1744,69 ± 404,89 kkal/gün olarak bulunmuştur.
- Enerjinin karbonhidrattan gelen oranı alt sınır önerilen düzeyde (erkeklerde %45,36±7,76, kadınlarda %46,33±7,05), proteinden (kadınlarda %18,48±2,00 erkeklerde %18,80±1,89) gelen oran önerilen düzeyde, yağdan gelen oranı (erkeklerde %36,02± 6,70, kadınlarda %34,88±6,37) önerilenin üzerinde olduğu saptanmıştır.
- Yağ tüketim miktarına benzer olarak erkeklerin kolesterol ve çoklu doymamış yağ tüketimlerinin de kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu cinsiyetler arasında anlamlı bulunmuştur (p=0,018 ve p=0,049;)
- Kolesterol alımı erkeklerde 449,50 ± 210,44 mg/gün iken, kadınlarda 384,81 ± 162,55 mg/gün erkeklerde daha yüksek olarak bulunmuştur.
- Ayrıca D vitamini hariç, tüm vitamin ve mineraller Vitamin A, Vitamin C, Vitamin E, Vitamin B12, Vitamin B6, Fosfor, Folik asit, kalsiyum, magnezyum, fosfor, demir, çinko oranlarının önerilen düzeylerin üzerinde olduğu saptanmıştır. Vitamin B₁₂ dışındaki hiçbir vitamin ve mineralde cinsiyetler arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. (p=0,003; p<0,05).
- Su tüketimi erkeklerde % 37.6 oranında günde 4-6 bardak bulunmuştur. Kadınlarda ise en fazla su tüketimi %30.8 ile 7-10 bardak olarak saptanmıştır.
- Erkeklerin %45,1'i kadınların ise %40,2'si önerilenin altında sıvı tüketmişlerdir. Bireylerin günlük su tüketimlerinin cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında su tüketimleri her iki cinste de benzer bulunmuştur (p=0,319; p>0,05).

- Su tüketiminden sonra günlük olarak en fazla içilen içecek çaydır ve kadınların %88,8'i erkeklerin ise %94,6'sı her gün çay tüketimi alışkanlığı olduğunu belirtmiştir.
- Kadınların %53,3'ü erkeklerin ise %51,6'sı hergün süt içmedikleri saptanmıştır. Erkek bireylerin hepsi ayran tüketmektedir ve tüketenlerin de %88,2'si her gün düzenli olarak ayran içmektedir. Her gün düzenli olarak ayran içen kadınların oranı %84,1 olarak hesaplanmıştır. Süt ve süt ürünleri içeceklerinden her iki cinsiyette de en fazla ayranın tüketildiği saptanmıştır.
- Sıvı tüketme miktarının hastalık tanısı konulma oranıyla ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Yeterli ve yetersiz sıvı tüketen bireylere bakıldığında bireylerin 115 kişi yeterli sıvı tüketmekte 85 kişi ise yetersiz sıvı tüketmektedir.
- Yeterli sıvı tüketenlerin çok az da olsa bel (yeterli sıvı tüketenlerde $109,40 \pm 15,32$, yetersiz sıvı tüketenlerde $109,62 \pm 14,14$) ve kalça çevresi (yeterli sıvı tüketenlerde $110,17 \pm 15,35$, yetersiz sıvı tüketenlerde $111,42 \pm 18,68$) daha düşük bulunmuştur.
- Üokç ve baldır çevresi yetersiz sıvı tüketenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Yeterli sıvı tüketenlerle yetersiz sıvı tüketen bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
- Erkek katılımcıların vücut ağırlığı $83,08 \pm 14,62$ kg iken kadınların vücut ağırlığı ortalama $80,84 \pm 13,44$ kg olarak hesaplanmış ve cinsiyetler karşılaştırıldığında arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,321$ $p>0,05$).
- ÜOKÇ(cm) ve baldır çevresine(cm) bakıldığında her iki cinsiyette de malnütrisyon açısından riskli olmadığı görülmüştür. Diğer antropometrik ölçümler arasında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (ÜOKÇ için $p=0,249$ ve Baldır çevresi için $p=0,878$; $p>0,05$).
- Bel kalça oranı incelemesi yapıldığında ise erkeklerin %11,8'i kadınların %0,9'u normal, bel kalça oranına sahiptir. Bel kalça çevresi oranı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).
- BKİ sınıflamasına göre kadın bireylerin %35,5'i ve erkek bireylerin %39'u fazla kilolu; kadınların %49,5'u ve erkeklerin %28'i şişman olarak sınıflandırılmıştır. İki cinsiyette erkekler kadınlara göre daha çok normal (erkek %28,0, kadın %9,3) değerlere sahip olduğu görülmüştür. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$).

- Malnütrisyon riski altında olan katılımcıların %14 (%64,3'ü kadın ve %35,7'si erkek) olduğu görülmüştür. Normal nütrisyonel duruma sahip ise %86 olduğu görülmüştür. İki grup nütrisyonel durum bakımından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p=0,229$; $p>0,05$).
- Araştırmaya katılan katılımcıların genel iştah durumu ve MNA skoru incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,05$).
- Günlük su tüketimi ile MNA skoru arasındaki ilişkiyi anlamak için yapılan istatistiksel analizde içilen su miktarı ile MNA Skoru arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,494$; $p>0,05$).
- MNA Skoru ile yaş, antropolojik ölçümlerin ilişkisini gösteren korelasyona göre vücut ağırlığının diğer tüm parametrelerle çok güçlü bir pozitif korelasyonunun olduğu, kalça çevresi, bel çevresi ve ÜOKÇ parametreleri kendi içerisinde güçlü pozitif bir korelasyona sahip olduğu görülmüştür ($r>0,8$; $p<0,01$).
- Araştırmaya katılan bireylerin MNA testine verdiği cevaplara bakıldığında erkeklerde yatak ve sandalyeye bağımlı birey olmadığı, kadınların ise %3,7 'si yatak ve sandalyeye bağımlı olduğu görülmüştür
- Bireylerin nöropsikolojik sorunlarına bakıldığında, kadınların ve erkeklerin sırasıyla %24,3 ve %12,9 hafif demans veya depresyona sahip olduğu bulunmuştur. Bu sorunların kadınlarda daha fazla olduğu görülmüştür
- Son üç ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme ve yutma güçlüğü sorunlarının olup olmadığına bakıldığında, erkeklerin çoğunluğunun (%52,7) iştah kaybı olmadığı, kadınların ise %50,5'inin orta derecede iştah kaybı yaşandığı, kadınlar ve erkeklerde %6,5 oranında ise şiddetli iştah kaybının olduğu saptanmıştır.
- Son 3 ayda vücut ağırlık kaybı olup olmadığına bakıldığında erkeklerde %8,6, kadınlarda ise %5,6 oranında 1-3 kg arasında kilo kaybı olduğu erkeklerde daha fazla olarak saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan katılımcıların genel iştah durumu ile MNA skoru incelendiğinde aralarında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,05$). İştah durumu iyi ve orta düzeyde olanların MNA skorunun da iyi ve orta düzeyde olduğu saptanmıştır

6.2.Öneriler

- Sıvı tüketimlerine ilişkin politikalar geliştirmeli ve farkındalığı arttırmak için çalışmalar yapılmalıdır.
- Bireylerin sıvı tüketiminin uygun seviyelerde tutmak için bilinçlendirme yapılmalıdır.
- Yaşlı bireylerin malnütrisyon riski açısından risk altında bulunduğu göz önüne alınarak bireylere diyetiyen tarafından uygun beslenme planı yapılmalıdır.
- Malnütrisyon riski altında olan bireylerin yaşam kalitesinin artırılması için iyileştirilmesi sağlanmalıdır.



7. KAYNAKLAR

1. American Diabetes Association Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019;42(Suppl.1): S139–S47.
2. Madeira, T., Peixoto-Plácido, C., Goulão, B., Mendonça, N., Alarcão, V., Santos, N., de Oliveira, R. M., Yngve, A., Bye, A., Bergland, A., Lopes, C., Nicola, P., Santos, O., & Clara, J. G. (2016). National survey of the Portuguese elderly nutritional status: study protocol. *BMC geriatrics*, 16, 139. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0299-x>
3. Salazar, N., López, P., Valdés, L., Margolles, A., Suárez, A., Patterson, A. M., Cuervo, A., de los Reyes-Gavilán, C. G., Ruas-Madiedo, P., Gonzalez, S., & Gueimonde, M. (2013). Microbial targets for the development of functional foods accordingly with nutritional and immune parameters altered in the elderly. *Journal of the American College of Nutrition*, 32(6), 399–406. <https://doi.org/10.1080/07315724.2013.827047>
4. El-Sharkawy, A. M., Sahota, O., Maughan, R. J., & Lobo, D. N. (2014). The pathophysiology of fluid and electrolyte balance in the older adult surgical patient. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 33(1), 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2013.11.010>
5. Ferry M. (2005). Strategies for ensuring good hydration in the elderly. *Nutrition reviews*, 63(6 Pt 2), S22–S29. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2005.tb00151.x>
6. Armstrong L. E. (2007). Assessing hydration status: the elusive gold standard. *Journal of the American College of Nutrition*, 26(5 Suppl), 575S–584S. <https://doi.org/10.1080/07315724.2007.10719661>
- 7.Şimşek, A., Girgin, E., Lale, H., Güngör, Z. (2016). Yaşlılık Döneminde Beslenme In: Yaşlılık, Hastalıkları ve Beslenme (ss 31-54). Şeker, G. (Ed), Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
- 8.WHO Active Ageing:A Policy Frame Work. (2002). [Accessed on June 10, 2017]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/>
9. Venkatapuram, S., Ehni, H. J., & Saxena, A. (2017). Equity and healthy ageing. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11), 791–792. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.187609>
- 10.Kefeli, B., Başarır, G., Uygun, S., Taban, Ö., Kavaklı, Y. (2016). Sağlıklı Yaş Alabilmek İçin Beslenme, In: Yaşlılık, Hastalıkları ve Beslenme (1), Göksu Şeker E(eds), Hatipoğlu Yayınları, Ankara, s 2-3.

11. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2015. United Nations: 2015. [Accessed November 22, 2015].
12. Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). İstatistiklerle Yaşlılar. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, s. 1. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>
13. Ribeiro, D., Ribeiro, J., Vasconcelos, M. J. M., Vieira, E. F., & de Barros, A. C. (2017, April). SousChef: Improved Meal Recommender System for Portuguese Older Adults. In International Conference on Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health (pp. 107-126). Springer, Cham.
14. Covinsky K. E. (2002). Malnutrition and bad outcomes. Journal of general internal medicine, 17(12), 956–957. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.21011.x>
15. Harris, D., & Haboubi, N. (2005). Malnutrition screening in the elderly population. Journal of the Royal Society of Medicine, 98(9), 411–414. <https://doi.org/10.1258/jrsm.98.9.411>
16. Chevalier, S., Saoud, F., Gray-Donald, K., & Morais, J. A. (2008). The physical functional capacity of frail elderly persons undergoing ambulatory rehabilitation is related to their nutritional status. The journal of nutrition, health & aging, 12(10), 721–726. <https://doi.org/10.1007/BF03028620>
17. Locher, J. L., Ritchie, C. S., Robinson, C. O., Roth, D. L., Smith West, D., & Burgio, K. L. (2008). A multidimensional approach to understanding under-eating in homebound older adults: the importance of social factors. The Gerontologist, 48(2), 223–234. <https://doi.org/10.1093/geront/48.2.223>
18. Khaw, K. T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., & Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study. PLoS medicine, 5(1), e12. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050012>
19. Agarwalla, R., Saikia, A. M., & Baruah, R. (2015). Assessment of the nutritional status of the elderly and its correlates. Journal of family & community medicine, 22(1), 39–43. <https://doi.org/10.4103/2230-8229.149588>

20. Vranešić Bender, D., & Krznarić, Ž. (2020). Nutritional issues and considerations in the elderly: an update. *Croatian medical journal*, 61(2), 180–183. <https://doi.org/10.3325/cmj.2020.61.180>
21. Volkert, D., Berner, Y. N., Berry, E., Cederholm, T., Coti Bertrand, P., Milne, A., Palmblad, J., Schneider, S., Sobotka, L., Stanga, Z., DGEM (German Society for Nutritional Medicine), Lenzen-Grossimlinghaus, R., Krys, U., Pirlich, M., Herbst, B., Schütz, T., Schröer, W., Weinrebe, W., Ockenga, J., Lochs, H., ... ESPEN (European Society for Parenteral and Enteral Nutrition) (2006). ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 25(2), 330–360. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2006.01.012>
22. İslamoğlu, A. H., Garipağaoğlu, M., İlkaç, H. Y., & Güneş, F. E. (2019). Postmenopozal Yaşlıların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Geriatric Bilimler Dergisi*, 2(1), 20-26.
23. Vikstedt, T., Suominen, M. H., Joki, A., Muurinen, S., Soini, H., & Pitkälä, K. H. (2011). Nutritional status, energy, protein, and micronutrient intake of older service house residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(4), 302–307. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.098>
24. Aksoydan, E. (2008). Yaşlılık ve Beslenme. Sağlık Bakanlığı Yayın, Ankara.
25. Yılmaz, F., Çağlayan Ç. (2016). Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Tarzının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Aile Hekimliği Dergisi*. 20(4), 129-140, Ankara
26. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. 2015. [Erişim tarihi: 21/08/2018] http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/TOBR_kitap.pdf
27. Baysal, A. (2011). *Diyet El Kitabı*. 6. Baskı, Hatipoğlu Yayınları, Ankara: 116.
28. Bauer, J., Biolo, G., Cederholm, T., Cesari, M., Cruz-Jentoft, A. J., Morley, J. E., Phillips, S., Sieber, C., Stehle, P., Teta, D., Visvanathan, R., Volpi, E., & Boirie, Y. (2013). Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 542–559. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.021>
29. Arslan, P. ve Rakııcıoğlu, N. (2004). Beslenme Risk Taraması ve Yaşlı Beslenmesi. Y. G. Kutsal (GEBAM) (Haz.). *Yaşlılık Gerçeği*. (s. 97-114). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi.

30. García-Ptacek, S., Faxén-Irving, G., Cermáková, P., Eriksdotter, M., & Religa, D. (2014). Body mass index in dementia. *European journal of clinical nutrition*, 68(11), 1204–1209. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2014.199>
31. Baysal, A. (2002). *Beslenme*. 9. Baskı. Hatipoğlu Yayınevi, Ankara: 473-79.
32. Köksal E., Küçükerdönmez Ö. (2008). *Şişmanlığı saptamada güncel yaklaşımlar*. Baysal A., Baş M. (Ed.), *Yetişkinlerde ağırlık yönetimi*. Ekspres Baskı A.Ş. İstanbul. 35-70. (ISBN: 978-975-92058-1-2).
33. Walls, H. L., Magliano, D. J., Stevenson, C. E., Backholer, K., Mannan, H. R., Shaw, J. E., & Peeters, A. (2012). Projected progression of the prevalence of obesity in Australia. *Obesity* (Silver Spring, Md.), 20(4), 872–878. <https://doi.org/10.1038/oby.2010.338>
34. Singh, S., Dhingra, S., Ramdath, D. D., Vasdev, S., Gill, V., & Singal, P. K. (2010). Risk factors preceding type 2 diabetes and cardiomyopathy. *Journal of cardiovascular translational research*, 3(5), 580–596. <https://doi.org/10.1007/s12265-010-9197-3>
35. Mathys, J., Gholamrezaee, M., Henry, H., von Gunten, A., & Popp, J. (2017). Decreasing body mass index is associated with cerebrospinal fluid markers of Alzheimer's pathology in MCI and mild dementia. *Experimental gerontology*, 100, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.10.013>
36. L. Sobotka, S.P. Allison, A. Forbes, O. Ljungqvist, R.F. Meier, M. Pertkiewicz, et al. *Basics in clinical nutrition* (4th ed.), GALÉN (2011) T. Cederholm, R.
37. Barazzoni, P. Austin, P. Ballmer, G. Biolo, S.C. Bischoff, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition *Clin Nutr*, 36 (2017), pp. 49-64, 10.1016/J.CLNU.2016.09.004
38. Phillips, M. B., Foley, A. L., Barnard, R., Isenring, E. A., & Miller, M. D. (2010). Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 19(3), 440–449.
39. Mathys, J., Gholamrezaee, M., Henry, H., von Gunten, A., & Popp, J. (2017). Decreasing body mass index is associated with cerebrospinal fluid markers of Alzheimer's pathology in MCI and mild dementia. *Experimental gerontology*, 100, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.10.013>

40. Cruz-Jentoft, A. J., Landi, F., Schneider, S. M., Zúñiga, C., Arai, H., Boirie, Y., Chen, L. K., Fielding, R. A., Martin, F. C., Michel, J. P., Sieber, C., Stout, J. R., Studenski, S. A., Vellas, B., Woo, J., Zamboni, M., & Cederholm, T. (2014). Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). *Age and ageing*, 43(6), 748–759. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu115>
41. Marshall, S., Young, A., Bauer, J., & Isenring, E. (2016). Nutrition Screening in Geriatric Rehabilitation: Criterion (Concurrent and Predictive) Validity of the Malnutrition Screening Tool and the Mini Nutritional Assessment-Short Form. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(5), 795–801. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.06.012>
42. Bendich, A. (2009). Fundamentals of nutrition and geriatric syndromes. Bales, C.W., Ritchie, C.S., Wellman, N.S. (Ed.) *Handbook of Clinical Nutrition and Aging* (s. 65-235). New York: Humana Press.
43. Guigoz Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us?. *The journal of nutrition, health & aging*, 10(6), 466–487.
44. Green, S. M., & Watson, R. (2006). Nutritional screening and assessment tools for older adults: literature review. *Journal of advanced nursing*, 54(4), 477–490. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03841.x>
45. Vellas, B., Villars, H., Abellan, G., Soto, M. E., Rolland, Y., Guigoz, Y., Morley, J. E., Chumlea, W., Salva, A., Rubenstein, L. Z., & Garry, P. (2006). Overview of the MNA--Its history and challenges. *The journal of nutrition, health & aging*, 10(6), 456–465.
46. Sarıkaya, D. (2013). Geriatrik Hastalarda Mini Nütrisyonel Değerlendirme (MNA) Testinin Uzun ve Kısa (MNA-SF) Formunun Geçerlilik Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara.
47. Kulnik D., Elmadfa I. (2008). Assessment of the nutritional situation of elderly nursing home residents in Vienna. *Annals of Nutrition and Metabolism*. 52(Suppl. 1):51-53.
48. Kavouras, S. A., ve Anastasiou, C. A. (2010). Water Physiology. *Nutrition Today*, 45(Supplement), ss. S27–S32. <https://doi.org/10.1097/NT.0b013e3181fe1713>
49. Aksoydan, E. (2006). Ankara’da Kendi Evinde ve Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Sağlık Ve Beslenme Durumlarının Saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics*, 9(3), ss. 150–157.

50. Güleç, E., (2013). “Bakımevinde Kalan Yaşlı Bireylerin Sıvı Alım Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

51. Brownie S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?. *International journal of nursing practice*, 12(2), 110–118. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x>

52. Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, F. O., & Fairweather-Tait, S. J. (2014). Water-loss dehydration and aging. *Mechanisms of ageing and development*, 136-137, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2013.11.009>

53. Serra Majem L, Gil A (2014) I. Uluslararası ve III Ulusal Hidrasyon Kongresi Sonuçları Madrid, İspanya, 3 ve 4 Aralık. *Rev Esp Nutr Comunitaria* 20: 2–12

54. Jéquier, E., & Constant, F. (2010). Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *European journal of clinical nutrition*, 64(2), 115–123. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2009.111>

55. Popkin, B. M., D'Anci, K. E., & Rosenberg, I. H. (2010). Water, hydration, and health. *Nutrition reviews*, 68(8), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2010.00304.x>

56. Karaduman A. (2002). Deri sorunları ve deri bakımı. Yaşlılıkta Kaliteli Yaşam. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Ankara.

57. Mentis, J. C., & Iowa-Veterans Affairs Research Consortium (2000). Hydration management protocol. *Journal of gerontological nursing*, 26(10), 6–15. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20001001-04>

58. Simmons, S. F., Alessi, C., & Schnelle, J. F. (2001). An intervention to increase fluid intake in nursing home residents: prompting and preference compliance. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(7), 926–933. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49183.x>

59. Sanders, C. L., Wengreen, H. J., Schwartz, S., Behrens, S. J., Corcoran, C., Lyketsos, C. G., Tschanz, J. T., & Cache County Investigators (2018). Nutritional Status is Associated With Severe Dementia and Mortality: The Cache County Dementia Progression Study. *Alzheimer disease and associated disorders*, 32(4), 298–304. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000274>

60. Jones S. (2019). Nutritional interventions for preventing malnutrition in people with dementia. *Nursing older people*, 10.7748/nop.2019.e1144. Advance online publication. <https://doi.org/10.7748/nop.2019.e1144>
61. Demirkan, E., Koz, M., ve Kutlu., M. (2010) Sporcularda dehidrasyonun performans üzerine etkileri ve vücut hidrasyon düzeyinin izlenmesi. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 8 (3), 81-92.
62. Marcos, A., Manonelles, P., Palacios, N., Warnberg, J., Casajus, J.A., Perez, M. ve diğerleri. (2014) Physical activity, hydration and health. *Nutr Hosp*, 29 (6), 1224-1239.
63. Türkiye Beslenme Rehberi (2015). ISBN : 978-975-590-608-9 T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031 2. Baskı
64. Muz, G., Özdil, K., Erdoğan, G., ve Sezer, F. (2017). Huzurevi ve evde kalan yaşlılarda su tüketimi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Türk Hij Den Biyol Derg*, 74(1), ss. 143-150.
65. Begum, M.N., Johnson C.S. (2010). A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly e-SPEN. *The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 5(1), 47-53.
66. Gandy, J. (2015). Water intake: validity of population assessment and recommendations. *European journal of nutrition*, 54(2), 11-16.
67. Erçim, R. E., Bulut, S., & Turnagöl, H. (2018). Yetişkin bireylerin sıvı tüketim durumu ve vücut kompozisyonlarının incelenmesi, Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
68. Frangeskou, M., Lopez-Valcarcel, B., & Serra-Majem, L. (2015). Dehydration in the elderly: a review focused on economic burden. *The journal of nutrition, health & aging*, 19(6), 619-627.
69. Puga, A.M., Partearroyo, T., Varela-Moreiras, G. (2018). Hydration status, drug interactions, and determinants in a Spanish elderly population: a pilot study. *Journal of physiology and biochemistry*, 74(1), 139-151.
70. Ribera Casado JM (2012) Nutrición en personas mayores. In: Carbajal Azcona A, Martínez Roldán C (eds) *Manual Práctico de Nutrición y Salud*. Exlibris Ediciones, Madrid, pp 223–238

71. Begum, M.N., Johnson C.S. (2010). A review of the literature on dehydration in the institutionalized elderly e-SPEN. *The European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism*, 5(1), 47-53.
72. Arnaud M. J. (2003). Mild dehydration: a risk factor of constipation?. *European journal of clinical nutrition*, 57 Suppl 2, S88–S95. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601907>
73. Reber, E., Gomes, F., Dähn, I. A., Vasiloglou, M. F., & Stanga, Z. (2019). Management of dehydration in patients suffering swallowing difficulties. *Journal of clinical medicine*, 8(11), 1923.
74. Dharmarajan, K., Swami, S., Gou, R. Y., Jones, R. N., & Inouye, S. K. (2017). Pathway from Delirium to Death: Potential In-Hospital Mediators of Excess Mortality. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(5), 1026–1033. <https://doi.org/10.1111/jgs.14743>
75. Magny, E., Le Petitcorps, H., Pociumban, M., Bouksani-Kacher, Z., Pautas, É., Belmin, J., Bastuji-Garin, S., & Lafuente-Lafuente, C. (2018). Predisposing and precipitating factors for delirium in community-dwelling older adults admitted to hospital with this condition: A prospective case series. *PloS one*, 13(2), e0193034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193034>
76. Manabe, T., Teramoto, S., Tamiya, N., Okochi, J., & Hizawa, N. (2015). Risk Factors for Aspiration Pneumonia in Older Adults. *PloS one*, 10(10), e0140060. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140060>
77. Hamrick, I., Norton, D., Birstler, J., Chen, G., Cruz, L., & Hanrahan, L. (2020). Association Between Dehydration and Falls. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 4(3), 259-265.
78. El-Sharkawy A.M., Sahota O., Lobo D.N. (2015) Acute and chronic effects of hydration status on health. *Nutr Rev* 73:97–109.
79. Food & Health Innovation Service. Nutrition and the Ageing Population-A Review of Current Policy and Science September 2012. http://www.foodhealthinnovation.com/media/5810/nutrition_and_the_ageing_population.pdf (accessed on May 2015).

80. Bak, A., & Tsiami, A. A. (2016). Review on mechanisms, importance of homeostasis and fluid imbalances in the elderly. *Current Research in Nutrition and Food Science*, 4(S3), 1-7.
81. Shepherd A. (2011). Measuring and managing fluid balance. *Nursing times*, 107(28), 12–16.
82. Davenport, M., Syed, S.H.S. (2010). Fluids, Electrolytes, and Dehydration. In: Sinha, C.K., Davenport, M. eds. *Handbook of Pediatric Surgery*. London: Springer-Verlag limited; p.9-19.
83. Sfera, A., Cummings, M., & Osorio, C. (2016). Dehydration and Cognition in Geriatrics: A Hydromolecular Hypothesis. *Frontiers in molecular biosciences*, 3, 18. <https://doi.org/10.3389/fmolb.2016.00018>
84. Craig L.A. (2013). The prevalence of dehydration and inadequate fluid intake in dysphagic elderly on thickened fluids in Canadian and United States long-term care facilities. Doctoral dissertation, D'youville College.
85. Kenkmann, A., Price, G. M., Bolton, J., & Hooper, L. (2010). Health, wellbeing and nutritional status of older people living in UK care homes: an exploratory evaluation of changes in food and drink provision. *BMC geriatrics*, 10, 28. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-28>
86. Güleç, E. (2016). Bakımevinde kalan yaşlı bireylerin sıvı alım durumları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
87. Yoo, J. I., Choi, H., Song, S. Y., Park, K. S., Lee, D. H., & Ha, Y. C. (2018). Relationship between water intake and skeletal muscle mass in elderly Koreans: A nationwide population-based study. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 53, 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2018.01.010>
88. Hoyle, G. E., Chua, M., & Soiza, R. L. (2006). Prevalence of hyponatremia in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1473–1474. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00872.x>
89. Upadhyay, A., Jaber, B. L., & Madias, N. E. (2006). Incidence and prevalence of hyponatremia. *The American journal of medicine*, 119(7 Suppl 1), S30–S35. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.05.005>

- 90.Saraç, Z. F., & Yılmaz, M. (2015). Yaşlılık ve sağlıklı beslenme. Ege Tıp Dergisi, 54.
- 91.Mercanlıgil, M. (2019). Yaşlı Diyabetli Bireylerde Beslenme Tedavisi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 47, 60-66.
- 92.Rakıcıoğlu, N. Yaşlılık Döneminde Sağlıklı Beslenme.
- 93.Pekcan, G. (1999). Hastanın beslenme durumunun saptanması. Diyet El Kitabı. (Ed: Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt, N., Merdol, T.K., Pekcan, G., Keçecioglu, S., Besler, T. ve Mercanlıgil, S.M.). 3. Baskı. Hatiboğlu Yayınları: 116, Yükseköğretim Dizisi: 36. Şahin Matbaası, s. 61-106. Ankara.
94. Köksal E., Küçükerdönmez Ö. (2008). Şişmanlığı saptamada güncel yaklaşımlar. Baysal A., Baş M. (Ed.), Yetişkinlerde ağırlık yönetimi. Ekspres Baskı A.Ş. İstanbul. 35-70.(ISBN: 978-975-92058-1-2).
95. Akbulut, G., Güneş, F.E., Nişancı-Kılınç, F. ve ark. Bölüm 1: Bireysel Beslenme Danışmanlığı Programı (Kısa Dönemli- 12 Haftalık). Diyetisyenler İçin Hasta İzlem Rehberi. Ağırlık Yönetimi El Kitabı. Ed. Rakıcıoğlu N., Samur G., Başoğlu S. Ankara, 1-31. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1081. ISBN: 978-975-590-659-1.
- 96.Pekcan, G. (2001). Şişmanlık tanısında antropometrik ölçümler ve yorumu. (Sunuya hazırlayan; Arslan, P.) I. ulusal obezite kongresi diyetisyenler sempozyumu sunuları, s. 13-38, İstanbul.
97. Baysal, A., Aksoy, M., Bozkurt, N., Merdol, T., Pekcan, G., Besler, H.T. ve ark. (2011). Diyet El Kitabı.5.baskı. Hatiboğlu Yayınları; Ankara.
98. Sieber C. C. (2006). Nutritional screening tools--How does the MNA compare? Proceedings of the session held in Chicago May 2-3, 2006 (15 Years of Mini Nutritional Assessment). The journal of nutrition, health & aging, 10(6), 488–494.
- 99.Beslenme Bilgi Sistemleri (2004). Ebispro for Windows, Stuttgart, Germany; Turkish version BEBİS; Data Bases : Bundeslebensmittelschlüssel, 11.3 and other sources.
100. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi 2015. (2016). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara.
101. Türkiye İstatistik Kurumu, Haber bülteni, İstatistiklerle Yaşlılar. (2017). İnternet sitesi. www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644 (son güncelleme tarihi: 15.03.2018, alındığı tarih: 04.04.2018).

- 102.Kurt Ç. (2018). 60 Yaş Üstü Bireylerde Huzurevinde Yaşamının Yaşlanma Tutumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Edirne.
- 103.TÜİK (2018). İstatistiklerle Yaşlılar, 2019.
- 104.Ağırman, E., & Gençler, M. Z. (2017). Huzurevinde, evde ailesiyle ve yalnız yaşayan yaşlı bireylerde depresyon, yalnızlık hissi düzeylerinin karşılaştırılması. Çağdaş Tıp Dergisi, 7(3), 234-240.
- 105.Göçer, Ş., Özdemir, Ç., Akın, S., Öztürk, A., & Mazırcıoğlu, M. (2017). Yaşlıların yaşam tarzları ve yakın çevreleriyle olan ilişkileri. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(1), 1-6.
- 106.Vetter, N.J. (2008). The impact of smoking in elderly people. <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=44581>. Erişim tarihi: 6/01/2008.
107. T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012; TÜİK Sayı: 13142. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13142>
- 108.Abdullah, A.S., Simon, J.L. (2006). Health promotion in older adults: evidence-based smoking cessation programs for use in primary care settings. Geriatrics 61(3):30-4.
109. Dua, T., Barbui, C., Clark, N., Fleischmann, A., Poznyak, V., van Ommeren, M., Yasamy, M. T., Ayuso-Mateos, J. L., Birbeck, G. L., Drummond, C., Freeman, M., Giannakopoulos, P., Levav, I., Obot, I. S., Omigbodun, O., Patel, V., Phillips, M., Prince, M., Rahimi-Movaghar, A., Rahman, A., ... Saxena, S. (2011). Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. PLoS medicine, 8(11), e1001122. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001122>
- 110.Ayrancı, Ü., Köşgeroğlu, N., Yenilmez, Ç., & Aksoy, F. (2005). Eskişehir’de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 14(5), 113-9.
- 111.Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2012). www.turkhipertansiyon.org/ppt/PatenT2.ppt (Erişim tarihi: 3 Mart 2016).
112. Wu, M. P., Wu, S. F., Wang, T. C., Kao, M. J., & Yang, W. L. (2012). Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and

high cholesterol. Nursing & health sciences, 14(2), 173–181.

<https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00675.x>

113.Beğer, T., Erdinçler, D.S., Çurgunlu, A. (2009). Yaşlıda Diabetes mellitus. Akademik Geriatri.;1: 20-30

114.Tander, N. B., Atmaca, A., Ulus, Y., Tura, Ç., Akyol, Y., & Kuru, Ö. (2016). Diyabetli yaşlılarda denge ve düşme korkusu: Diyabetli olmayan yaşlılarla karşılaştırmalı bir çalışma. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 62(4), 314-322.

115. Yardımcı, H , Özçelik, A , Sürücüoğlu, M . (2011). Yaşlılarda hipertansiyon durumu ve beslenme alışkanlıkları . Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi , 4 (1-2) , 15-27 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasad/issue/21794/234238>

116. DeSantis, C. E., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Siegel, R. L., Stein, K. D., Kramer, J. L., Alteri, R., Robbins, A. S., & Jemal, A. (2014). Cancer treatment and survivorship statistics, 2014. CA: a cancer journal for clinicians, 64(4), 252–271. <https://doi.org/10.3322/caac.21235>

117. Parry, C., Kent, E. E., Mariotto, A. B., Alfano, C. M., & Rowland, J. H. (2011). Cancer survivors: a booming population. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology, 20(10), 1996–2005. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0729>

118. Demircioğlu, S., & Bilgin, A.U. (2017). Yaşlılarda Kanser ve Egzersiz. Türkiye Klinikleri Sports Medicine-Special Topics, 3(2), 102-105.

119.Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2014). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara.

120.Yentür, E. (2011). Beslenme durumunun değerlendirilmesi. Klinik Gelişim Dergisi, 24(1), 1-4.

121. Visvanathan, R. (2003). Under-nutrition in older people: A serious and growing global problem. Journal of Postgraduate Medicine, 49, 352-360.

122.Lale, S.A. (2018). Yaşlı bireylerin beslenme ve diyet konusundaki tutumları. Journal of History School (JOHS) 11(XXXIV):1339-1350

- 123.Özgüneş N. (2013). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda beslenme durumunun taranması: tarama testleri kıyaslaması. [yüksek lisans tezi]. Ankara, Türkiye: Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
124. Engelheart, S., & Brummer, R. (2018). Assessment of nutritional status in the elderly: a proposed function-driven model. *Food & nutrition research*, 62, 10.29219/fnr.v62.1366. <https://doi.org/10.29219/fnr.v62.1366>
125. Pang, S. J., Jia, S. S., Man, Q. Q., Song, S., Li, Y. Q., Song, P. K., Zhao, W. H., & Zhang, J. (2017). Dietary Cholesterol in the Elderly Chinese Population: An Analysis of CNHS 2010-2012. *Nutrients*, 9(9), 934. <https://doi.org/10.3390/nu9090934>
126. Mazidi M., Pennathur S., Afshinnia F. (2017). Link of dietary patterns with metabolic syndrome: analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey. *Nutr Diabetes* 7:255.
127. Tufan, A. (2016). Yaşlılıkta Vitamin ve Eser Elementlerin Akılcı Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics*, 2(2), 77-80.
128. Zengin, B., Can, G., & Birlik, M. (2019). Yaşlılarda Osteoporoz ve Metabolik Kemik Hastalıkları. *Türkiye Klinikleri Romatoloji-Özel Konular*, 12(1), 63-71.
129. Suhayda, R., & Walton, J. C. (2002). Preventing and managing dehydration. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 11(6), 267–279.
130. Ünal, R.N., ve Besler, T. (2008). Beslenmede Sütün Önemi. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Yayını, Ankara, TR. (1990), 42s.
131. Şahin, D.S., & Saraç, Z.F. (2020). Burdur İlindeki 65 Yaş Üzeri Tüketicilerin Süt ve Süt Ürünleri Tüketim Alışkanlıkları. *Bursa Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 34(1), 119-133.
132. Dinç, A. (2008). Kefirin bazı mikrobiyolojik ve kimyasal özelliklerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 133.Erçalışkan, P. (2015). Demans Hastalarında Kefir Tüketiminin Hatırlama ve Kayıt Hafızası Üzerine Etkileri (Master's thesis, Eastern Mediterranean University (EMU)-Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ)).

134. Sukying, C., Bhokakul, V., & Udomsubpayakul, U. (2003). An epidemiological study on insomnia in an elderly Thai population. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet*, 86(4), 316–324.
135. Tufan, A., & Bahat, G. (2017). Yaşlıda Uyku Bozuklukları. *Turkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics*, 3(1), 58-61.
136. Holman, C., Roberts, S., & Nicol, M. (2005). Promoting adequate hydration in older people. *Nursing older people*, 17(4), 31–32.
<https://doi.org/10.7748/nop2005.06.17.4.31.c2379>
137. Hostmark ,A., Tometen S. (2009). Cola intake and serum lipids in the Oslo Health Study. *Applied Physiology. Nutrition and Metabolism*. 34(5):901-6.
138. Rodwan, J.G. Jr “Şişelenmiş su 2014: Yeniden Destekleme”, ABD ve Uluslararası Gelişmeler ve İstatistikler web sitesinde. <http://www.bottledwater.org/economics/industry-statistics> .
139. Dupont, C., Campagne, A., & Constant, F. (2014). Efficacy and safety of a magnesium sulfate-rich natural mineral water for patients with functional constipation. *Clinical gastroenterology and hepatology : the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 12(8), 1280–1287.
<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2013.12.005>
140. Bothe, G., Coh, A., & Auinger, A. (2017). Efficacy and safety of a natural mineral water rich in magnesium and sulphate for bowel function: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *European journal of nutrition*, 56(2), 491–499.
<https://doi.org/10.1007/s00394-015-1094-8>
141. Higdon, J. V., & Frei, B. (2006). Coffee and health: a review of recent human research. *Critical reviews in food science and nutrition*, 46(2), 101–123.
<https://doi.org/10.1080/10408390500400009>
142. Rath M. (2012). Energy drinks: what is all the hype? The dangers of energy drink consumption. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 24(2), 70–76.
<https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00689.x>
143. Atamtürk, D. (2010). Orta ve İleri Yaştaki Bireylerin Antropometrik Ölçülerinde Yaşa Bağlı Olarak Meydana Gelen Değişimler. *Geriatric ve Geriatrik Nöropsikiyatri*, 1(3), 13-22.

144. Pirlich, M., & Lochs, H. (2001). Nutrition in the elderly. Best practice & research. *Clinical gastroenterology*, 15(6), 869–884. <https://doi.org/10.1053/bega.2001.0246>
145. Wijnhoven, H. A., van Bokhorst-de van der Schueren, M. A., Heymans, M. W., de Vet, H. C., Kruijenga, H. M., Twisk, J. W., & Visser, M. (2010). Low mid-upper arm circumference, calf circumference, and body mass index and mortality in older persons. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 65(10), 1107–1114. <https://doi.org/10.1093/gerona/glq100>
146. Zengin, A. (2019). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sarkopeni ve mini nütrisyonel araştırma tarama testi ile malnütrisyon riskinin belirlenmesi (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
147. Olafsdottir, E., Aspelund, T., Sigurdsson, G., Thorsson, B., Benediktsson, R., Harris, T. B., Launer, L. J., Eiriksdottir, G., & Gudnason, V. (2009). Unfavourable risk factors for type 2 diabetes mellitus are already apparent more than a decade before onset in a population-based study of older persons: from the Age, Gene/Environment Susceptibility-Reykjavik Study (AGES-Reykjavik). *European journal of epidemiology*, 24(6), 307–314. <https://doi.org/10.1007/s10654-009-9343-x>
148. Imamura, F., Mukamal, K. J., Meigs, J. B., Luchsinger, J. A., Ix, J. H., Siscovick, D. S., & Mozaffarian, D. (2013). Risk factors for type 2 diabetes mellitus preceded by β -cell dysfunction, insulin resistance, or both in older adults: the Cardiovascular Health Study. *American journal of epidemiology*, 177(12), 1418–1429. <https://doi.org/10.1093/aje/kws440>
149. Cin, P., & Tanrıöver, Ö. (2019). Yaşlılıkta Beslenme ve Diyet. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular*, 10(3), 45-51.
150. Omran, M. L., & Morley, J. E. (2000). Assessment of protein energy malnutrition in older persons, part I: History, examination, body composition, and screening tools. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, 16(1), 50–63. [https://doi.org/10.1016/s0899-9007\(99\)00224-5](https://doi.org/10.1016/s0899-9007(99)00224-5)
151. Yaşlılarda malnütrisyon kılavuzu (2013). Akademik Geriatri Derneği; Ankara.
152. Saka, B., Kaya, O., Ozturk, G. B., Erten, N., & Karan, M. A. (2010). Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 29(6), 745–748. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.04.006>
153. Lardiés-Sánchez, B., Arbones-Mainar, J. M., Perez-Nogueras, J., Serrano-Oliver, A., Torres-Anoro, E., & Sanz-Paris, A. (2019). Neck circumference is associated with

nutritional status in elderly nursing home residents. *Nutrition* (Burbank, Los Angeles County, Calif.), 62, 153–157. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2019.01.015>

154. Talaz, F. (2018). Huzurevi ve Ev Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Malnütrisyon ve Sarkopeni Görülme Sıklığının Antropometrik Ölçümlere ve Fonksiyonel Yeterliliklere Göre Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Manisa.

155. Correia, M. I., & Waitzberg, D. L. (2003). The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland), 22(3), 235–239. [https://doi.org/10.1016/s0261-5614\(02\)00215-7](https://doi.org/10.1016/s0261-5614(02)00215-7)

156. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Aralık, 2017.

157. World Alzheimer Report, Alzheimer's Disease International (ADI), London, 2016, September.

158. Houston, D. K., Nicklas, B. J., Ding, J., Harris, T. B., Tylavsky, F. A., Newman, A. B., Lee, J. S., Sahyoun, N. R., Visser, M., Kritchevsky, S. B., & Health ABC Study (2008). Dietary protein intake is associated with lean mass change in older, community-dwelling adults: the Health, Aging, and Body Composition (Health ABC) Study. *The American journal of clinical nutrition*, 87(1), 150–155. <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.1.150>

159. van der Pols-Vijlbrief, R., Wijnhoven, H. A., Schaap, L. A., Terwee, C. B., & Visser, M. (2014). Determinants of protein-energy malnutrition in community-dwelling older adults: a systematic review of observational studies. *Ageing research reviews*, 18, 112–131. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2014.09.001>

160. Schilp, J., Wijnhoven, H. A., Deeg, D. J., & Visser, M. (2011). Early determinants for the development of undernutrition in an older general population: Longitudinal Aging Study Amsterdam. *The British journal of nutrition*, 106(5), 708–717. <https://doi.org/10.1017/S0007114511000717>

161. van der Meij, B. S., Wijnhoven, H., Lee, J. S., Houston, D. K., Hue, T., Harris, T. B., Kritchevsky, S. B., Newman, A. B., & Visser, M. (2017). Poor Appetite and Dietary Intake in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2190–2197. <https://doi.org/10.1111/jgs.15017>

162. Atılmış, F.N., & Güneş, Z. (2016). İç Hastalıkları Kliniklerinde Yatan Yaşlılarda Sıvı Dengesi. Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular, 2(1), 38-42.

163. Whitehead, C., & Finucane, P. (1997). Malnutrition in elderly people. Australian and New Zealand journal of medicine, 27(1), 68–74. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.1997.tb00917.x>

164. Santos, J. L., Albala, C., Lera, L., García, C., Arroyo, P., Pérez-Bravo, F., Angel, B., & Peláez, M. (2004). Anthropometric measurements in the elderly population of Santiago, Chile. Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.), 20(5), 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2004.01.010>



EKLER

EK-1





T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :E-71915440-804.01-2010090057
Konu :Tez Konu Başlığı Hk.

Tarih:09.10.2020

Sayın Türkan TİRYAKİ

Enstitü Yönetim Kurulunun 9.5.2019 tarih ve 2019/020 nolu kararına göre; tez konu başlığınız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Begümhan TURHAN
Müdür V.

| ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI | TEZ KONU BAŞLIĞI |
|-----------------------------------|---|
| 184103012 Türkan TİRYAKİ | Bir Hastanenin Polikliniklerine Başvuran Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumunun Taranması ve Sıvı Tüketiminin Belirlenmesi |

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:78f9ed11

Belge Doğrulama Adresi: <http://ebys.hku.edu.tr/Dogrulama/Index>

Adres :Havaalanı Yolu Üzeri 8.Km - Şahinbey / GAZİANTEP

İrtibat:Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Tel / Fax :+90 342 211 80 80 / +90 342 211 80 81

Web:www.hku.edu.tr

Kep Adresi :hasankalyoncu.unv@hs01.kep.tr

e-Posta:info@hku.edu.tr



**Bir Hastanenin Polikliniklerine Başvuran Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumunun
Taranması ve Sıvı Tüketiminin Belirlenmesi**

1.GENEL BİLGİLER

ANKET NO:

1.Adı soyadı:

2.Yaş :

3.Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

4.Medeni durum: 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış/dul

5. Eğitim Düzeyiniz: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise
6.Üniversite /Yüksek okul

6. Meslek : 1. Ev Hanımı 2. Emekli Memur 3. Esnaf 4.Serbest Meslek
5. İşçi

7. Nerede yaşıyorsunuz ? 1.Kendi Evim 2.Çocuğumun Evi
3. Bakımevi

8.Eşlik eden hastalıklar: 1.Herhangi bir hastalığım yok 2. Hipertansiyon 3.Diyabet

4.Kardiyovasküler Hastalıklar 5. Nörolojik Hastalıklar 6. Ürolojik hastalıklar

7.Ortopedik hastalıklar 8.Solunum yolu hastalıklar 9.Pskiyatrik hastalıklar

10. Kanser

9.Sigara İçme Durumu: 1.Evet 2.Hayır

10.Alkol Kullanma Durumu: 1.Evet 2.Hayır

2. BESLENME ALIŞKANLIKLARI

11.Günde kaç öğün yemek yersiniz?

1. Ana öğün:..... 2. Ara öğün:.....

12. Öğün (ana öğün) atlar mısınız?(Sabah, öğle, akşam)

1. Hayır 2. Evet 3. Bazen

Cevabınız “Evet veya Bazen” ise genellikle hangi öğünü atlıyorsunuz?

1.Sabah 2. Öğle 3. Akşam

13.Öğün atlama nedeniniz nedir?

1. Zaman yetersizliği 2. Canı istemiyor, iştahsız 3.Hazırlamada zorlanma
3. Sabahları geç kalkıyor 4 Alışkanlığı yok 5. Diğer (yazınız):.....

14.Genelde iştah durumunuz nasıldır?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

15.Beslenmenizi etkileyecek düzeyde çiğneme-yutma güçlüğünüz var mı?

1. Evet 2. Hayır

16.Diş kayıplarınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

17.Günde kaç bardak su içersiniz?

Ölçü.....su bardağı veya Miktar.....mL

18. Aşağıdaki besinleri tüketim sıklığınız nedir?

| BESİNLER | Her öğün | Her gün | Haftada 5-6 kez | Haftada 3-4 kez | Haftada 1-2 kez | 15 günde 1 kez | Ayda 1 kez | Hiç | MİKTAR | | TOPLAM |
|-----------------------------------|----------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|------------|-----|--------|---------|--------|
| | | | | | | | | | Ölçü | Ağırlık | |
| SÜT VE SÜT ÜRÜNLERİ | | | | | | | | | | | |
| Süt | | | | | | | | | | | |
| Yoğurt, Ayran, Kefir | | | | | | | | | | | |
| Peynir Çeşitleri(lor, kaşar, vs) | | | | | | | | | | | |
| ET-YUMURTA KURUBAKLAGİLLER | | | | | | | | | | | |
| Kırmızı Et | | | | | | | | | | | |

| BESİNLER | Her öğün | Her gün | Haftada 5-6 kez | Haftada 3-4 kez | Haftada 1-2 kez | 15 günde 1 kez | Ayda 1 kez | Hiç | MİKTAR | | TOPLAM |
|--|----------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|------------|-----|--------|---------|--------|
| | | | | | | | | | Ölçü | Ağırlık | |
| Tavuk Hindi | | | | | | | | | | | |
| Balık Türleri | | | | | | | | | | | |
| Sakatatlar(Karaciğer, Böbrek, Dalak) | | | | | | | | | | | |
| İşlenmiş Et Ürünleri(Pastırma Vs.) | | | | | | | | | | | |
| Yumurta | | | | | | | | | | | |
| Kurubaklagil(Kuru Fasulye, Nohut vs) | | | | | | | | | | | |
| Ceviz, Fındık, Badem, Fıstık Vs. | | | | | | | | | | | |
| SEBZE VE MEYVELER | | | | | | | | | | | |
| Koyu yeşil yapraklı sebzeler(ıspanak,nane, semizotu, | | | | | | | | | | | |
| Yeşil sebzeler (salatalık vs.) | | | | | | | | | | | |
| Taze baklagiller (taze fasulye, taze barbunya vs.) | | | | | | | | | | | |
| Kurutulmuş sebzeler | | | | | | | | | | | |
| MEYVE | | | | | | | | | | | |
| Turunç meyveler(portakal,mandalin,havuç vs) | | | | | | | | | | | |
| Yeşil meyveler (elma, kivi, erik,incir, vs) | | | | | | | | | | | |

| BESİNLER | Her öğün | Her gün | Haftada 5-6 kez | Haftada 3-4 kez | Haftada 1-2 kez | 15 günde 1 kez | Ayda 1 kez | Hiç | MİKTAR | | TOPLAM |
|--|----------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|------------|-----|--------|---------|--------|
| | | | | | | | | | Ölçü | Ağırlık | |
| Sarı meyveler (kayısı, elma,muz,armut vs.) | | | | | | | | | | | |
| Kurutulmuş meyveler | | | | | | | | | | | |
| EKMEK-TAHILLAR | | | | | | | | | | | |
| Beyaz ekme(k(yufka,bazlama vs.) | | | | | | | | | | | |
| Tam tahıllı ekmekler (çavdar,kepekli vs.) | | | | | | | | | | | |
| Pirinç, bulgur, makarna, erişte vs | | | | | | | | | | | |
| Bisküvi/kraker - kahvaltılık gevrekler | | | | | | | | | | | |
| Kurabiye ,kek,simit vs. | | | | | | | | | | | |
| YAĞ VE ŞEKERLER | | | | | | | | | | | |
| Margarin , tereyağ | | | | | | | | | | | |
| Kuyruk yağı, iç yağı | | | | | | | | | | | |
| Çikolata | | | | | | | | | | | |
| Hazır Meyve Suları | | | | | | | | | | | |
| Şeker, Lokum | | | | | | | | | | | |
| Bal, Reçel, Pekmez | | | | | | | | | | | |
| Sütlü Tatlı, Dondurma, Hamur Tatlıları | | | | | | | | | | | |
| İÇECEKLER | | | | | | | | | | | |
| Hazır meyve suları | | | | | | | | | | | |
| Taze meyve suları | | | | | | | | | | | |

| BESİNLER | Her öğün | Her gün | Haftada 5-6 kez | Haftada 3-4 kez | Haftada 1-2 kez | 15 günde 1 kez | Ayda 1 kez | Hiç | MİKTAR | | TOPLAM |
|-------------------|----------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|------------|-----|--------|---------|--------|
| | | | | | | | | | Ölçü | Ağırlık | |
| % 100 | | | | | | | | | | | |
| Çay | | | | | | | | | | | |
| Bitki çayı | | | | | | | | | | | |
| Kefir | | | | | | | | | | | |
| Ayran | | | | | | | | | | | |
| Soda | | | | | | | | | | | |
| Gazoz | | | | | | | | | | | |
| Kola | | | | | | | | | | | |
| Şalgam | | | | | | | | | | | |
| Kahve | | | | | | | | | | | |
| Nescafe | | | | | | | | | | | |
| Bira | | | | | | | | | | | |
| Rakı | | | | | | | | | | | |
| Viski | | | | | | | | | | | |
| Salep | | | | | | | | | | | |
| Limonata | | | | | | | | | | | |
| Maden suyu(sade) | | | | | | | | | | | |
| Meyveli soda | | | | | | | | | | | |
| Enerji içecekleri | | | | | | | | | | | |
| Su | | | | | | | | | | | |

3.ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

| | | | | | | | |
|--------------|--|--------------------|--|---------------------|--|---------------------------|--|
| Ağırlık(kg): | | Kalça çevresi(cm): | | Bel çevresi(cm): | | Bel/kalça oranı(cm): | |
| Boy(cm): | | ÜOKÇ(cm): | | Baldır çevresi(cm): | | BKİ (kg/m ²): | |

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

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

Aşağıdaki soruları kutulara uygun rakamları yazarak yanıtlayın. Yazdığınız rakamları toplayın. Eğer Tarama puanı 11 veya altında ise Malnütrisyon Gösterge Puanını elde etmek için değerlendirmeye devam edin.

| Tarama | |
|--|--|
| A Son üç ayda iştahsızlığa, sindirim sorunlarına, çığneme veya yutma zorluklarına bağlı olarak besin alımında bir azalma oldu mu? 0 = besin alımında şiddetli düşüş 1 = besin alımında orta derece düşüş 2 = besin alımında düşüş yok | <input type="checkbox"/> |
| B Son üç ay içindeki kilo kaybı durumu 0 = 3 kg'dan fazla kilo kaybı 1 = Bilinmiyor 2 = 1-3 kg arasında kilo kaybı 3 = Kilo kaybı yok | <input type="checkbox"/> |
| C Hareketlilik 0 = Yatağa veya sandalyeye bağımlı 1 = Yataktan, sandalyeden kalkabiliyor ama evden dışarıya çıkamıyor 2 = Evden dışarı çıkabiliyor | <input type="checkbox"/> |
| D Son üç ayda psikolojik stres veya akut hastalık çıkayeti oldu mu? 0 = Evet 2 = Hayır | <input type="checkbox"/> |
| E Nöropsikolojik problemler 0 = Ciddi bunama veya depresyon 1 = Hafif düzeyde bunama 2 = Hiçbir psikolojik problem yok | <input type="checkbox"/> |
| F Vücut Kitle İndeksi (VKİ) = (Vücut ağırlığı-kg) / (Boy'un metre)² 0 = VKİ 19'dan az (19 dahil değil) 1 = VKİ 19'la 21 arası (21 dahil değil) 2 = VKİ 21'le 23 arası (23 dahil değil) 3 = VKİ 23 ve üzeri | <input type="checkbox"/> |
| Tarama puanı (tamamı en çok 14 puan) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12-14 puan: Normal nütrisyonel durum 8-11 puan: Malnütrisyon riski altında 0-7 puan: Malnütrisyonda | |
| Daha kapsamlı bir değerlendirme için G-R sorularını cevaplayınız | |
| Değerlendirme | |
| G Bağımsız yaşıyor (bakım evinde veya hastanede değil) 1 = Evet 0 = Hayır | <input type="checkbox"/> |
| H Günde 3 adetten fazla reçeteli ilaç alma 0 = Evet 1 = Hayır | <input type="checkbox"/> |
| I Basi yarası veya deri ülseri var 0 = Evet 1 = Hayır | <input type="checkbox"/> |
| J Hasta günde kaç öğün tam yemek yiyor? 0 = 1 öğün 1 = 2 öğün 2 = 3 öğün | <input type="checkbox"/> |
| K Protein alımı için seçilen besinler • Günde en az bir porsiyon süt ürünü (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> • Haftada iki veya daha fazla porsiyon kuru baklagil veya yumurta tüketiyor Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> • Her gün et, balık veya beyaz et tüketiyor Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> 0.0 = Eğer evet sayısı 0 veya 1 ise 0.5 = Eğer evet sayısı 2 ise 1.0 = Eğer evet sayısı 3 ise | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| L Her gün iki veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor 0 = Hayır 1 = Evet | <input type="checkbox"/> |
| M Her gün kaç bardak sıvı (su, meyve suyu, kahve, çay, süt, vb.) tüketiyor? 0.0 = 3 bardaktan az 0.5 = 3-5 bardak 1.0 = 5 bardaktan fazla | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| N Yemek yeme şekli nasıl? 0 = Yardımsız yemek yemiyor 1 = Güçle kendine yemek yiyebiliyor ama zorlanıyor 2 = Sorunsuz bir biçimde kendine yemek yiyor | <input type="checkbox"/> |
| O Beslenme durumu ile ilgili düşünceler 0 = Kötü beslendiğini düşünüyor 1 = Kararsız 2 = Kendisini hiçbir beslenme sorunu olmayan bir kişi olarak görüyor | <input type="checkbox"/> |
| P Aynı yaşta ki kişilerle karşılaştırıldığında, sağlık durumunu nasıl değerlendiriyor? 0.0 = İyi değil 0.5 = Bilmiyor 1.0 = İyi 2.0 = Çok iyi | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Q Kol çevresi (cm) 0.0 = 21'den az 0.5 = 21-22 1.0 = 22 veya daha fazla | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| R Baldır çevresi (cm) 0 = 31'den az 1 = 31 veya daha fazla | <input type="checkbox"/> |
| Değerlendirme (en fazla 16 puan) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Tarama puanı | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Toplam değerlendirme (en fazla 30 puan) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Ref. Velaz B, Vilars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Herler JO, Selva A, Gulgoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M388-377.
Gulgoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®). Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10: 465-467.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA, 1994, Révision 2009
Daha fazla bilgi için: www.mna-elderly.com

Malnütrisyon Gösterge Puanı

| | | |
|------------------|--------------------------|----------------------------|
| 24 to 30 puan | <input type="checkbox"/> | Normal nütrisyonel durum |
| 17 to 23.5 puan | <input type="checkbox"/> | Malnütrisyon riski altında |
| 17 puandan aşağı | <input type="checkbox"/> | Malnütrisyonda |

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

İyi günler ben Türkan TİRYAKİ Sanko Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünde çalışmakta ve Hasan Kalyoncu Üniversitesinde yüksek lisans tezim olarak “Bir Hastanenin Polikliniklerine Başvuran Yaşlı Bireylerin Beslenme Durumunun Taranması ve Sıvı Tüketiminin Belirlenmesi” isimli çalışmayı yürütmekteyim.

Çalışmaya dahil olmanız durumunda; araştırma sonuçları bilimsel amaçla değerlendirilecek, elde edilen bilgiler sadece bu çalışmada kullanılacaktır. Ayrıca kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde de durum size bildirilecek ve önlemler dahilinde size ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Sorulara verdiğiniz tüm cevaplar gizli tutulacak ve ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Bu çalışmaya katılımınız için herhangi bir ücret istenmeyecek ve ek bir ödeme yapılmayacaktır. Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gerekli görülürse incelenecektir. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra istediğiniz zaman vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanızı ve bu bilgileri benimle paylaştığınız için teşekkür ederim.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

| Gönüllü | Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacı |
|----------------|--|
| Adı soyadı: | Adı soyadı : Türkan TİRYAKİ |
| Adres: | Tel: |
| Tel : | İmza : |

ÖZGEÇMİŞ

Türkan TİRYAKİ Doğu Akdeniz Üniversitesi'nden (KIBRIS-Gazimagusa) 2017 yılında lisans derecesi ile mezun olmuştur. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programına 2018 tarihinde başlamıştır.

2018-Halen Gaziantep Sanko Üniversitesinde Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde staj uygulama yürütücüsü olarak çalışmaktadır.

