

PAPER DETAILS

TITLE: Samsun`da Evinde ve Huzurevinde Kalan 65 Yas ve Üzeri Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

AUTHORS: Pinar SÖKÜLMEZ KAYA,Gamze SAHİN,Gamze SAHİN

PAGES: 22-27

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/56601>

Samsun’da Kendi Evinde Yaşayanlara göre Huzurevinde Kalan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Pınar SÖKÜLMEZ KAYA¹, Gamze ŞAHİN¹

ÖZ

Samsun’da kendi ev ortamında yaşayan bireylere göre huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin beslenme sorunları ve besin tüketim durumunun saptanmasıdır. Çalışma Samsun’daki iletişim kurulabilen gönüllü huzurevinde yaşayan 41 yaşlı ve kendi evinde yaşayan 50 yaşlı olmak üzere toplam 91 yaşlı bireye sosyo-demografik özellikleri, beslenme sorunları ve besin tüketim kayıtlarından oluşan anket uygulanmıştır. Ayrıca, antropometrik ölçümleri alınmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması kendi evinde ve huzurevinde kalanların Erkek/Kadın olarak sırasıyla 71.0±4.9 / 69.8±5.9 ve 79.0±9.1 / 78.2±8.9’dir. Yaşlı bireylerin %5.5 malnutrisyonlu veya malnutrisyon riski altındadır; %39.6’sı hafif şişman ve %23.1’i birinci derece, %13.2’si de ikinci ve üçüncü derecede obez olduğu saptanmıştır. Beden kitle indeksi (BKI) değerlendirmesine göre erkeklerde (%3.3) ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda (%4.4), %24.2’sinin BKI>30 yani birinci, ikinci ve üçüncü derecede obezitesi olduğu saptanmıştır (p<0.05). Huzurevinde kalanların sırasıyla kalsiyumu, B1 vitaminini, magnezyumu, posayı, çinkoyu, enerjinin temel kaynağı karbonhidratları, diğer bütün besin öğelerini değişen oranlarda kendileri için önerilenin daha azını tükettikleri saptanmıştır. Kendi evinde yaşayanlarda ise sırasıyla kalsiyumu, çinkoyu, magnezyumu, B12 vitaminini, B1 vitaminini, karbonhidratları, posayı, B6 vitaminini ve değişen oranlarda diğer bütün besin öğelerini yetersiz tüketmişlerdir. Yaşlılarda malnutrisyondan daha fazla oranda obezite sorunu saptanmıştır. Buna rağmen yaşlılar enerji ve tüm besin öğelerini kendileri için önerilen miktarların altında tüketmişlerdir. Enerji ve besin öğeleri yetersizliklerinin nedenlerinin araştırılmasının, her yaşlının gereksinimlerine uygun diyetler hazırlanarak yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasının gerekliliği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık; beslenme dengesizliği; huzurevi; beslenme durumu.

The Determination of The Health And Nutritional Status over 65 Years of Age Elderly Living in Nursing Home According to Own House in Samsun

ABSTRACT

This study was performed to determine nutritional problems and food consumption of 65 and over aged person living nursing home according to own home in Samsun. The study voluntary population was consisting of 91 elderly, aged 65 years old, 41 living in nursing home and 50 person at home in Samsun. The data collected with face to face interview method and Sociodemographic characteristics, and the food record forms; anthropometrics measurements were obtained. The mean age of participants remaining in their own homes and in nursing homes of the Male/Female was 71.0 ± 4.9 / 69.8 ± 5.9 and 79.0 ± 9.1 / 78.2 ± 8.9 respectively. In 5.5% of elderly individuals are at risk of malnutrition or malnutrition. 39.6% overweight in older individuals, 1st degree 23.1%; 13.2% 2nd and 3rd degree of obesity was found. According to the evaluation Body Mass Index (BMI) in men (3.3%) and the elderly living in nursing homes (4.4%), 24.2% of BMI> 30, first, second, third level were found to be at an extent of obesity (p<0.05). Elderly individuals living in nursing homes is found consumed less, respectively, calcium, vitamin B1, magnesium, fiber, zinc, carbohydrates are the main source of energy, proposed changing the rate for them in all other nutrients they. Elderly individuals living in their own homes nursing is found consumed less, respectively, calcium, zinc, magnesium, vitamin B12, vitamin B1, carbohydrates, fiber, vitamin B6 and have consumed all other deficient nutrients in varying amounts. More than the rate of malnutrition in the elderly there is the problem of obesity. However, the proposed energy for the elderly themselves all the nutrients they have fallen below the recommended amount. Energy and nutrient inadequacies cause of the investigation, all aged in accordance with the requirements of providing adequate and balanced nutrition diet prepared and it was concluded that the necessity.

Keywords: Elderly; nutritional disorders; nursing-home; nutritional status.

¹ Ondokuzmayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu, SAMSUN

Correspondence: Pınar SÖKÜLMEZ KAYA, e-posta: sokulmezpinar@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 29.08.2014 Kabul Tarihi / Accepted: 10.11.2014

GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yaşlıların tüm nüfus içerisindeki oranı hızla artmaktadır. Yaşlanma süreciyle beden yapısı ve organların işlevlerinde oluşan değişiklikler yaşlı bireylerin besin alımını ve besinlerin vücutta kullanımını olumsuz etkilemektedir. Yaşlılık döneminde kronik hastalıkların ortaya çıkışı ve sıklığı artmaktadır (1,2). Bu dönemde en sık rastlanan kronik hastalıklar; hipertansiyon, kalp damar hastalıkları, şeker hastalığı ve böbrek hastalıklarıdır. Bireylerin kötü beslenme alışkanlıkları bu hastalıkların oluşmasındaki etmenlerdendir. Ayrıca bazı besinlere karşı olan ilgisizlik, sosyal çevrenin daralması, bir bakımevinde kalmanın yarattığı sıkıntı, tek başına yaşama, satın alma ve pişirme olanaklarının olmaması, gelir düzeyi düşüklüğü, diş ve ağız sağlığı bozuklukları, tat alma duygusunun azalması yaşlı bireylerin besin tüketimini engelleyen ve yetersiz dengesiz beslenmeye yol açan durumlardır (1-3).

Yaşlıda malnütrisyon oldukça sık karşılaşılan bir klinik durumdur. Tanı konulup tedavi edilmediğinde diğer mevcut klinik hastalıkların tedavisini güçleştirmekte, diğer taraftan hasta ile ilgili komplikasyonların artmasına sebep olacağından mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır (4). Yaşlıların %37-40’ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenememekte, üç yaşlıdan 2’si bir öğün atlamakta ve bu durum son yıllarda “Anorexia of aging” olarak nitelendirilmektedir (5).

Yaşlılıkta herhangi sebeple kilo kaybının başlangıcını takip eden 1–2.5 yıl içinde, sadece bu sebeple mortalite oranı %9-38 artmaktadır (4,5). Ağızdan gıda alımının azalmasına ek olarak yaşla birlikte günlük büyüme hormonu sekresyonu %29-70 azalmakta, bu da sarkopeniye yol açmaktadır (6). Beslenme ile ilgili her bir faktör, beslenme durumu ve besin tüketimi, yaşlıların yaşam kalitesinde önemli rol oynamaktadır (7). Çoğu zaman malnütrisyon sinsi başlar ve fark edilmez (8). Yetersiz tanı konduğu gibi tanı konanlar da yetersiz tedavi edilmektedir; kilo kaybı olan yaşlıların %75’ine hiçbir tedavi verilmediği gösterilmiştir (9). Yaşlıda beslenme durumunun saptanmasında kullanılabilecek parametreler antropometrik ölçümler, laboratuvar değerlendirmeleri, klinik değerlendirme ve diyet içeriğinin değerlendirilmesidir (10).

Tüm bu verilerin ışığında hem toplum içinde yaşayan hem de kurumsal bakım alan yaşlıların beslenme sorunları açısından taranmasının önemini göstermektedir. Yaşlanmayı durdurmak mümkün olmasa da, beslenme ve yaşam biçimine ilişkin önlemlerin alınması yaşam kalitesinin artırılmasını sağlayabilmektedir. Bu çalışma, yaşlı bakımevinde evinde yaşayan yaşlıların, kendi evinde yaşayan yaşlı bireylere göre, beslenme ve sağlık durumlarının saptanması amacı ile planlanıp yürütülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma Türü ve Evreni: Tanımlayıcı türde olan bu araştırmaya Samsun’da yaşayan 65 yaş ve üzeri, toplam 91 yaşlı (42 erkek, 49 kadın) alınmıştır. Samsun Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğüne bağlı merkezde bulunan Samsun Huzurevi Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde kalan tüm yaşlı grup (yaklaşık 70 kişi) hedeflenmiş ancak 41 yaşlı ve kontrol grubu olarak da

Samsun’da yaşayan gönüllü, kolay iletişim kurulabilen 50 yaşlı birey değerlendirilmiştir. Araştırma olasılıklı örnekleme yöntemi kullanılmadan, kolay iletişim kurulabilen, gönüllü ve araştırma bölgesinde ikamet eden 91 yaşlı ile yapılmıştır. Araştırmaya yaşlılarda gönüllülüğün esas alınması ve merkezde bir huzurevinin olması (özel kurumlar hariç) bu çalışmanın sınırlılıklarıdır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Bu araştırma Samsun merkezde yaşayan 65 yaş ve üzeri huzurevi ve kendi evinde yaşayan yaşlılarla 15.09.2013-15.06.2014 tarihlerinde tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmada Veri Toplama Araçları: Araştırma verileri 20 sorudan oluşan anket formu ile toplanmıştır. Bu anket formu ile eğitim, yaş, cinsiyet, medeni durum gibi demografik özellikleri, kronik hastalığının varlığı, besin tüketim sıklığı ve besin tüketim durumları sorularak değerlendirilmiştir.

Antropometrik Ölçümler: Antropometrik ölçümlerden boy uzunluğu, vücut ağırlığı, yöntemine uygun olarak alınmıştır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) ise, kilogram cinsinden ağırlık boy uzunluğunun metre karesine bölünerek hesaplanmıştır.

Malnütrisyon Durumunun Saptanması: Kişilerin ağırlıkları taşınabilir terazi ile boyları esnemeyen mezura ile ölçülmüştür ve yaşlıların malnütrisyon ve obezite durumlarını belirlemek için BKİ (ağırlık(kg)/boy(m²)) hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen sınıflamaya göre normal yetişkinler için, BKİ<18.50 kg/m² “zayıf”, 18.50-24.99 kg/m², “normal”, 25.00-29.99 kg/m², “hafif şişman”, 30.00-34.99 kg/m² “I. derece şişman”, 35.00-39.99 kg/m², “II. derece şişman”, ≥40.00 kg/m² “III. derece şişman” olarak değerlendirilmiştir (11). Ancak 1992’de Mahan (12), yaşlı bireyler için BKİ’yi 18.5-20 kg/m² arasını malnütrisyon açısından orta riskli, 20 kg/m² nin altını yüksek risk ve 24-29 kg/m² ise normal olarak bildirmiştir. Bu nedenle 20 kg/m² altını malnütrisyon veya malnütrisyon açısından riskli olarak değerlendirilmiştir.

Beslenme Durumunun Saptanması: Beslenme durumu; yaşlıların besin tüketimleri, birbirini izleyen 3 gün (1 günü hafta sonu olmak üzere) besin tüketim kayıtları alınmıştır. Bireylerin tükettikleri yemeklerin birer porsiyonlarına giren besinlerin miktarı belirlenerek enerji, makro ve mikro besin öğeleri BeBiS®7 (beslenme bilgi sistemleri) paket programı kullanılarak hesaplanmıştır (13). Bu yaş grubu bireyler için önerilen besin öğelerini karşılama durumu ile kıyaslanmıştır (14).

Etik Uygunluk: Araştırmaya başlamadan önce Samsun Valiliği Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü’nden gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan yaşlılardan izin alınmış, gönüllü katılım ilkesine bağlı kalmıştır.

İstatistik Analiz: Elde edilen veriler SPSS programında

değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlayıcı değerleri (ortalama, standart sapma, yüzde değerleri) hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare, Fisher-Freeman-Halton testleri, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Student t testi kullanılmıştır. Yaşlıların enerji ve besin öğeleri tüketim durumları yaşlarına uygun olarak önerilen referans gereksinimlere göre karşılaştırılarak yüzde olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Kendi evinde kalan 50 kişi ve huzurevinde kalan 41 yaşlı bireyin sırasıyla yaş ortalamaları (E/K) 71.0±4.9 / 69.8±5.9 ve (E/K) 79.0±9.1 / 78.2±8.9 dir. Toplam 91 yaşlı (42E, 49K) gönüllü birey, beslenme durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmaya katılmıştır. Huzurevinde ve kendi evinde kalan yaşlı bireylerin cinsiyet dağılım ortalamaları açısından arasında istatistiksel olarak bir fark yoktu (p>0.05).

Bireylerin %58.2'si dul veya bekar, %48.3'ünün hiçbir eğitimi yok veya ancak okuyup yazabiliyor, %14.3'ünün eğitimi ortaokul ve üstü seviyede, %83.5'inin tanı konulmuş en az bir (%72.5'inin birden fazla) yandaş hastalığı vardır (Tablo 1).

Yaşlı bireylerin %5.5'i malnutrisyonlu veya malnutrisyon riski altındadır. Bireylerin %39.6'sı hafif şişman ve %23.1'i 1. derece, %13.2'si de 2. ve 3. derecede obez olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

BKİ'ne göre malnutrisyon/malutrisyon riski kendi evinde kalanlarda daha düşük, obezite oranı daha yüksek bulunurken; huzurevinde ise malnutrisyon yüksek obezite kendi evinde kalanlara göre daha düşüktür. Erkeklerin

%3.3'ü, kadınların %2.2'sinin BKİ değeri 19.9 kg/m² altında yani malnutrisyon veya malnutrisyon riski vardır; yine erkeklerin %12.1'inin kadınların %24.2'sinin BKİ>30 kg/m² yani birinci, ikinci, üçüncü derecede obezitesi olduğu saptanmıştır. BKİ değeri 20'nin altı (malnutrisyon/malutrisyon riskli) olan kişilerin yüzdesi kendi evinde yaşayanlarda %1.1, huzurevinde kalanlarda ise %4.4'tür. BKİ değeri <18.5 olan tek yaşlı vardır ve bu da huzurevinde yaşamaktadır. BKİ kendi evinde yaşayanların %23.1'inde, huzurevinde yaşayanların %13.2'sinde 30 ve üzerindedir (p<0.05) (Tablo 2).

Erkeklerin %81'inin, kadınların %85.7'sinin tanı konulmuş en az bir hastalığı vardır. Toplam 73 yaşlıya (%80.2) hastalık nedeniyle diyet uygulaması gereklidir. Yine cinsiyete göre diyet uygulaması değerlendirildiğinde, kadınların diyetlerine uyumunun erkeklerinkine oranla daha düşük olduğu (sırası ile %22.5, %54.5) bulunmuştur (p<0.01). Genel olarak değerlendirildiğinde yaşlıların ancak %36.7'si diyetini yapabilmektedir (Tablo 3).

Cinsiyete göre genel sağlık durumları değerlendirildiğinde kadınların tanısı konmuş hastalıklarının daha fazla olduğu (p>0.05); hastalık için diyet yapma gerekliliğinin daha fazla (p>0.05) olduğu ve diyet uyumlarının erkek bireylere göre daha az olduğu (p<0.05) görülmüştür. Yaşadıkları yere göre değerlendirildiğinde ise kendi evinde yaşayan yaşlılara göre huzurevinde yaşayan yaşlılar daha fazla tanı konmuş hastalığa sahip olduğu (p>0.05); hastalıkları nedeniyle diyet yapma gerekliliği daha fazla olduğu (p<0.05) ve diyet uyumlarının daha iyi (p>0.05) olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Huzurevinde kalanların %97.6'sı kalsiyumu, %53.7'si B1 vitaminini, %51.2'si magnezyumu, %46.3'ü posayı ve çinkoyu, %31.7'si enerjinin temel kaynağı karbonhidratları, diğer bütün besin öğelerini değişen oranlarda kendileri için önerilen en az alması gereken limitin de altında tükettikleri saptanmıştır. Durum kendi evinde yaşayanlarda ise birinci sırada %84 ile kalsiyum, 2. sırada %80 ile çinko, 3. sırada %62 ile magnezyumu yetersiz tüketmişlerdir. Daha sonra sırasıyla %60'ı B12 vitaminini, %44'ü B1 vitamini ve karbonhidratları, %42'si posayı, %38'i B6 vitaminini ve değişen oranlarda diğer bütün besin öğelerini yetersiz tükettikleri saptanmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Kendi evinde yaşayanlara göre huzurevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri toplam 91 bireyin (Kadın: %46.2, Erkek: %53.8) beslenme durumunun değerlendirilmesi amacıyla planlanıp yürütülen bu çalışmada bireylerin %58.2'si dul veya

Tablo 1. Yaşlılara ilişkin genel özellikler (n=91)

Değişkenler	n	%
Medeni durum		
Evli	38	41.8
Dul/Bekar	53	58.2
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	31	34.1
Okuryazar	13	14.2
İlkokul	34	37.4
Ortaokul	5	5.5
Lise/ Yükseköğrenim ve üzeri	8	8.8
Tanı konmuş hastalık durumu		
Var	76	83.5
Yok	15	16.5
BKİ(kg/m²)		
<18.5 (zayıf)	1	1.1
18.5-19.99 (riskli)	4	4.4
20-24.99 (normal)	17	18.6
25-29.99 (hafif şişman)	36	39.6
30-34.99 (I. Derece şişman)	21	23.1
35-39.99 (II. Derece şişman)	9	9.9
>40 (III. Derece şişman)	3	3.3

Tablo 2. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine göre BKİ değerleri (n=91)

Özellikler	BKİ (kg/m ²)										p
	<19.99		20-24.99		25-29.99		30-34.99		>35		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaşanılan yer											
Kendi evi	1	1.1	4	4.4	24	26.4	12	13.2	9	9.9	0.01
Huzurevi	4	4.4	13	14.3	12	13.2	9	9.9	3	3.3	
Cinsiyet											
Erkek	3	3.3	16	17.6	12	13.2	8	8.8	3	3.3	<0.01
Kadın	2	2.2	1	1.1	24	26.4	13	14.3	9	9.9	

Tablo 3. Cinsiyet ve yaşadıkları yerlere göre yaşlıların genel sağlık durumları (n=91)

Özellikler	Cinsiyet				p	Yaşadığı yer				p
	Erkek		Kadın			Kendi evi		Huzurevi		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Tanı konulmuş hastalık										
Var	34	81.0	42	85.7	0.54	39	78.0	37	90.2	0.12
Yok	8	19.0	7	14.3		11	22.0	4	9.8	
Hastalık için diyet										
uygulama										
Gerekli	33	78.6	40	81.6	0.72	36	72.0	37	90.2	0.03
Gereksiz	9	21.4	9	18.4		14	28.0	4	9.8	
Diyete uyum (n=73)										
Evet	18	54.5	9	22.5	0.005	10	27.8	17	45.9	0.11
Hayır	15	45.5	31	77.5		26	72.2	20	54.1	

Tablo 4. Yaşlıların enerji ve besin öğeleri gereksinmesini karşılama durumları

Enerji ve Besin Öğeleri	Huzurevi (n=41)						Ev ortamı (n=50)					
	< %67		%67-133		> %133		< %67		%67-133		> %133	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Enerji (kcal)	2	4.9	39	95.1	0	0.0	13	26.0	36	72.0	1	2.0
Karbonhidrat (g)	13	31.7	28	68.3	0	0.0	22	44.0	28	56.0	0	0.0
Protein (g)	2	4.9	38	92.7	1	2.4	6	12.0	37	74.0	7	14.0
Yağ (g)	1	2.4	29	70.7	11	26.8	9	18.0	24	48.0	17	34.0
Posa (g)	19	46.3	22	53.7	0	0.0	21	42.0	28	56.0	1	2.0
A vitamini (mcg)	2	4.9	32	78.0	7	17.1	1	2.0	10	20.0	39	78.0
B ₁ vitamini (mg)	22	53.7	18	43.9	1	2.4	22	44.0	27	54.0	1	2.0
B ₂ vitamini (mg)	3	7.3	38	92.7	0	0.0	15	30.0	27	54.0	8	16.0
B ₆ vitamini (mg)	9	22.0	32	78.0	0	0.0	19	38.0	29	58.0	2	4.0
B ₁₂ vit. (mcg)	3	7.3	37	90.2	1	2.4	30	60.0	15	30.0	5	10.0
İyot (mcg)	1	2.4	27	65.9	13	31.7	11	22.0	29	58.0	10	20.0
Demir (mg)	2	4.9	32	78.0	7	17.1	8	16.0	32	64.0	10	20.0
Kalsiyum (mg)	40	97.6	1	2.4	0	0.0	42	84.0	8	16.0	0	0.0
Magnezyum (mg)	21	51.2	20	48.8	0	0.0	31	62.0	18	36.0	1	2.0
Çinko (mg)	19	46.3	22	53.7	0	0.0	40	80.0	10	20.0	0	0.0

bekardır ki bu da yaşlıların yarısından fazlasının yalnız olduğunu göstermektedir.

Beslenme durumunun saptanması için tüm ülkeler tarafından en sık kullanılan yöntem BKİ'dir (15,16). Bu çalışmada BKİ değerlendirilmesine göre %5.5'i malnütrisyon/malnütrisyon riski altındadır. Toplumda bağımsız yaşayan yaşlılarda malnütrisyon prevalansının genellikle düşük olduğu bildirilmiştir (17-19). Kayseri ilinde yapılan bir araştırmada ise yaşlılarda malnütrisyon riski taşıyan ve malnütrisyonlu olanların oranı, sırasıyla %49.2 ve %5.8 bulunmuştur (20). Kaiser ve arkadaşları çalışmalarında toplumda yaşayan yaşlılarda malnütrisyon oranını %5.8, huzurevinde yaşayanlarda ise bu oranın %13.8 olduğunu bildirmişlerdir (21). Guigoz literatür derlemesinde toplumda yaşlılarda malnütrisyon prevalansını %2 ve malnütrisyon riskini %24 olarak bildirmiştir (22). Bu araştırmalarla çalışmamızın sonucu yakın ancak biraz daha düşüktür. Bu durum bölgesel farklılıklardan kaynaklı olabileceği gibi huzurevlerinde diyetisyen bulunması yaşlıları yakın takip etmesinden de kaynaklı olabilir.

Malnütrisyon yaşlılarda risk olmakla birlikte her beş yaşlıdan ikisi hafif şişman, diğer 1-2 si de birinci, ikinci ve üçüncü derecede obez olduğu saptanan bu çalışmada obezitenin toplumun yaşlı bireyleri için de önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Yaşlanmayla birlikte bazal

metabolizma hızındaki azalma, vücut yağ yüzdesindeki artış ve hareket kısıtlılığı gibi nedenler BKİ'de artışa sebep olmaktadır (21). Ankara'da yapılan bir çalışmada BKİ değeri 27 kg/m²'nin üzerinde olan yaşlıların oranı huzurevinde %54.5 iken evde yaşayanlarda %55.4 olarak bildirilmiştir (22). Kayseri'de yapılan çalışmada ise erkeklerin %43.6'sının BKİ değeri 25.00-29.9 kg/m² arasında yer alırken, kadınların %58.8'inin BKİ değeri 30.00 kg/m²'nin üzerinde bildirilmiştir (19). Özellikle erkeklerde düşük BKİ değerinin düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu rapor edilmiştir (23,24).

Çalışmamızda, malnütrisyon kadınlarda erkeklere göre fazla olsa da istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir. Huzurevinde yaşayanlarda ise kendi evinde yaşayanlara göre malnütrisyon veya malnütrisyon riski daha fazla olduğu görülmüştür.

Garner ve ark. (24) 2006-2007 yılına ait Kanada Ulusal Toplum Sağlığı Araştırması verilerini kullanarak yaptıkları araştırmada; hafif şişman kategorisindeki erkeklerin daha fazla kas dokusuna ve daha fit bir yapıya sahip oldukları için daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduklarını, kadınlar için böyle bir durumun söz konusu olmadığını rapor etmişlerdir.

Yaşlılarda tanısı konulmuş hastalıkların artışına bağlı olarak diyet uygulama gerekliliği de artmıştır. Huzurevinde kalan yaşlı bireyler kendi evinde kalanlara

göre daha çok diyet yapmanın gerekli olduğunu belirtmişlerdir ($p<0.05$). Diyet uygulaması gereken yaşlıların çoğunun diyetle uymadığı dikkati çekerken erkeklerin kadınlardan, huzurevinde kalanların ev ortamında kalanlara göre daha yüksek sıklıkta diyetlerine uydukları görülmüştür. Huzurevinde kalanların, diyetlerini daha düzenli olarak uygulamalarında; bu kurumda görevli bir diyetisyen olmasının ve yemeklerin yaşlıların gereksinmelerine göre hazırlanmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Demircioğlu ve Bulduk (25), çalışmalarında hastalıkları nedeni ile diyet önerilen yaşlıların sıklığını %64.1 olarak saptamış ve yaşlıların %78.7'sinin diyet uygularken zorlandıklarını bildirmişlerdir. Afyon, Aydın ve Denizli'deki huzurevlerinde yaşayan yaşlılarla yapılan bir çalışmada, yaşlıların %30.7'sinin hastalıkları nedeni ile diyet uyguladıkları saptanmıştır (26). Aksoydan (27) Ankara'da yaptığı çalışmada huzurevinde kalanların diyetlerini daha düzenli uyguladığını ifade etmiştir. Araştırmamızdaki bulgular literatür bulgularına paraleldir.

Kronik hastalıklar yaşlı nüfusun artmasıyla ilişkili olarak hızla artmaktadır. Sahyoun ve ark. (28) yaptıkları çalışmada birden çok hastalığın görülme sıklığını huzurevi ve ev ortamında sırasıyla %70.7 ve %78 olarak bildirmiştir. Olgun ve ark. (29) yaptıkları çalışmada yaşlıların %61.8'inde en az bir kronik hastalığın olduğu saptanmıştır. Çivi ve Tanrıku (30)'nun çalışmada, kronik hastalıkların oranı incelenmiş ve en sık karşılaşılan hastalıkların kas-iskelet sistemi hastalıkları, hipertansiyon, gastro-intestinal sistem hastalıkları, kalp hastalıkları, genito-üriner sistem ve solunum sistemi hastalıkları olduğu tespit edilmiştir. Aksoydan (29) çalışmada hastalık sıklığını kadınlarda (%79.2) erkeklere (%75) göre ve kendi evinde yaşayanlarda (%91.1) huzurevinde yaşayanlara (%70.8) göre daha fazla saptamıştır. Bu sonuçlar araştırma bulgularımıza paralellik göstermekte olup yaşlıların değerlendirmesinde kronik hastalıkların varlığının sorgulanmasının yaşlıların beslenme sorunlarını saptamada önemini ortaya koymaktadır.

Yaşlı bireylerin kaliteli yaşam sürebilmeleri için iyi beslenmeleri gerekir. Yaşlanma sürecinde vücutta birtakım değişiklikler olmakta ve bu da kişinin beslenme durumunu etkilemektedir. Yağsız vücut kitlesi azalmakta, yağ dokusu artmakta, total vücut su miktarı ile bazal metabolik hız azalmaktadır. Böylece yaşlandıkça kalori ihtiyacı azalırken protein ve bazı mikronütrientlerin ihtiyacı artmaktadır (örn: kalsiyum, vitamin D, vitamin B12, folat, vb). Ağız ve diş sağlığı problemlerinin yarattığı çiğneme sorunları, gastrointestinal ve üriner sistemde ortaya çıkan sorunlar, tat ve koku alma problemleri, gıdalara ulaşma güçlükleri ve bağımlılık beslenme yetersizliğine sebep olmaktadır (31,32). Genellikle besin tüketiminin yaş ilerledikçe azalmakta olduğu bilinmektedir.

Rakıcıoğlu ve ark. (31) yaptığı çalışmada da benzer bulgular bildirilmiştir. Bu çalışmada günlük enerji tüketimi gereksiniminin altında (gereksinimin %67'sinden az) olanların oranı huzurevinde %4.9, ev ortamında %26'dır. Huzurevinde kalanların sırasıyla kalsiyumu, B1 vitaminini, magnezyumu, posayı, çinkoyu, enerjinin temel kaynağı karbonhidratları, diğer bütün besin öğelerini

değişen oranlarda kendileri için önerilenin daha azını tükettikleri saptanmıştır. Kendi evinde yaşayanlarda ise sırasıyla kalsiyum, çinko, magnezyumu, B12 vitaminini, B1 vitaminini, karbonhidratları, posayı, B6 vitaminini ve değişen oranlarda diğer bütün besin öğelerini yetersiz tüketmişlerdir. Besin tüketimindeki farklılıklara bağlı olarak huzurevinde kalanlarda ortalama enerji tüketimi ev ortamındaki yaşlılara kıyasla daha fazla sıklıkla gereksinme düzeyinde (%67-133 arasında) bulunmuştur. Bu durumun, huzurevi yaşlılarının daha bilinçli olmasından öte kurum ortamı olması nedeniyle menüdeki yemeklerin tüketilmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Yaşlılarda tat algılamasındaki değişiklikler nedeniyle şekerli besinlerin tüketiminde artış olduğu bilinmektedir. Buna bağlı olarak diğer besin gruplarının tüketiminde azalma olmasının, mineral eksikliği konusunda etkili olduğu düşünülmektedir. Yaşlıların %37-40'ı günlük enerji ihtiyacını karşılayacak düzeyde beslenememekte, üç yaşlıdan ikisi bir öğün atlamakta ve bu durum son yıllarda "anorexia of aging" olarak nitelendirilmektedir (32).

Bu çalışmalar, araştırmamızla paralellik göstermekle birlikte bu konuda yeterince araştırma olmaması çalışmanın literatürle karşılaştırılmasını güçleştirmiştir.

SONUÇ

BKİ'ne göre malnutrisyon/malutrisyon riski kendi evinde kalanlarda daha düşük, obezite oranı daha yüksek bulunurken; huzurevinde ise malnutrisyon yüksek obezite kendi evinde kalanlara göre daha düşüktür. Buna rağmen yaşlılar kendileri için önerilen enerji tüm besin öğelerini kendileri için önerilen miktarların altında tüketmişlerdir. Huzurevindeki yaşlıların, kendi hastalıklarına ve gereksinmelerine göre diyetler hazırlanarak yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalı; bakım ve sağlık personellerinin iş birliği ile diyetle uyum kontrol altına alınmalıdır. Gerek kendi evinde gerek huzurevinde yaşayan yaşlılar, beslenmenin sağlık ve yaşam kalitesi üzerine etkisi hakkında bilgilendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Arslan P, Rakıcıoğlu N. Beslenme risk taraması ve yaşlı beslenmesi. Yaşlılık Gerçeği. Ankara: H.Ü. GEBAM Yayını; 2004.
2. World Health Organization and Tufts University. Keep Fit for Life Meeting the nutritional needs of older persons. Geneva: WHO; 2002.
3. Marton KI, Sox HC Jr, Krupp JR. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. Ann Intern Med. 1981; 95(5): 568-74.
4. Saka B. Yaşlı hastalarda malnutrisyon. Klinik Gelişim. 2012; 25(1): 82-9.
5. Morley JE. Anorexia of aging: Physiologic and pathologic. Am J Clin Nutr. 1997; 66(4): 760-77.
6. Corpas Harman SM, Blackman MR. Human growth hormone and human aging. Endocr Rev. 1993; 14(1): 20-39.
7. Kvamme JM, Olsen JA, Florholmen J, Jacobsen BK. Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: The

- Tromso study. *Qual Life Res.* 2011; 20(4): 575-82.
8. Nutrition Screening Initiative. Nutrition statement of principle. Chicago: American Dietetic Institution and the American Academy of Family Physicians; 2002.
 9. Arnaud-Battandier F, Malvy D, Jeandel C, Schmitt C, Aussage P, Beaufrère B, et al. Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco economic study. *Clin Nutr.* 2004; 23(5): 1096-103.
 10. Johson LE, Sullivan DE. Nutrition and failure to thrive. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, editors. *Current geriatric treatment and diagnosis.* International ed. New York: Mc Graw Hill Companies, 2004. p. 391-406.
 11. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization; 1995.
 12. Wellman NS, Kamp BJ. Nutrition in Aging. In: Mahan LK, Stump SE, editors. *Krause's Food, Nutrition Therapy.* St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2008; p. 286-97.
 13. Beslenme Bilgi Sistemi, 2007. Istanbul: A Turkish Food Code and Nutrient Data Base; Ebispro for Windows, Stuttgart, Germany, Version II.3.
 14. Rakıcıoğlu N, Çalışkan D, Özçimen S, Nakilcioğlu H, Parlak S, Kaya T. Ankara'da huzurevi ve ev koşullarında yaşayan yaşlılarda beslenme alışkanlıklarının saptanması ve beslenme durumunun değerlendirmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi.* 2005; 33(2): 19-30.
 15. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr.* 2003; 22(4): 415-21.
 16. Stratton RJ, King CL, Stroud MA, Jackson AA, Elia M. "Malnutrition universal screening tool" predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *British Journal of Nutrition.* 2006; 95(2): 325-30.
 17. Ülger Z, Halil M, Klan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E., et al. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community- dwelling older adults. *Clin Nutr.* 2010; 29(4): 507-11.
 18. Salvà A, Pera G. Screening for malnutrition in dwelling elderly. *Public Health Nutr.* 2001; 4(6A): 1375-8.
 19. Şahin H, Çiçek B, Yılmaz G, Ongan D, Kaya N, İnanç N. Kayseri ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde beslenme durumu ve yaşam kalitesinin saptanması. *Türk Geriatri Dergisi.* 2013; 16(3): 322-9.
 20. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr.* 2010; 29(6): 745-8.
 21. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Society.* 2010; 58(9): 1734-8.
 22. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-what does it tell us? *J Nutr Health Aging.* 2006; 10(6): 485-7.
 23. Kvamme JM, Olsen JA, Florholmen J, Jacobsen BK. Risk of malnutrition and health related quality of life in community-living elderly men and women: The Tromso study. *Qual Life Res.* 2011; 20(4): 575-82.
 24. Garner R, Feeney DH, Thompson A, Bernier J, McFarland BH, Huguet N, et al. Body weight, gender, and quality of life: A population-based longitudinal study. *Qual Life Res.* 2012; 21(5): 813-25.
 25. Demircioğlu Y, Bulduk S. Elli yaş ve üzeri bireylerin diyet ürünleri kullanma durumları ve bu ürünlere yaklaşımlarını saptamaya yönelik bir araştırma. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı; 2003; Denizli. s.167-75.
 26. Çekal N. Huzurevlerinde kalan yaşlıların beslenme servisi örgütünden memnuniyet düzeyleri. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Bildiri Kitabı; 2003; Denizli. s. 209-16.
 27. Aksoydan E. Ankara'da kendi evinde ve huzurevinde yaşayan yaşlıların sağlık ve beslenme durumlarının saptanması. *Türk Geriatri Dergisi.* 2006; 9(3): 150-7.
 28. Sahyoun NR, Lentzner H, Hoyert D, Robinson KN. Trends in Causes of Death among the Elderly. *Aging Trends.* No.1. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics; 2001.
 29. Olgun N, Aslan FE, Yücel N, Öztürk ZK, Laçın Z. Yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil.* 2013; 4(2): 72-8.
 30. Çivi S, Tanrikulu MZ. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıkların prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2000; 3(3): 85-90.
 31. Rakıcıoğlu N, Çalışkan D, Özçimen S, Nakilcioğlu H, Parlak S, Kaya T. Ankara'da huzurevi ve ev koşullarında yaşayan yaşlılarda beslenme durumunun değerlendirilmesi. *J Nutr and Diet.* 2005; 33(2): 19-30.
 32. Saka B. Yaşlı hastalarda malnütrisyon. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:75 Geriatrik Hasta ve Sorunları. İstanbul: Doyuran Matbaası; 2011. s. 147-61.