

Yaşlılarda Klinik Beslenme ve Sıvı Durumu: Kanıta Dayalı Uygulama Önerileri

Merve KELEŞ¹  Meryem Yavuz VAN GİERSBERGEN² 

¹Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye mervevcagla@gmail.com
(Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

²Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye, meremyavuz2010@gmail.com

Makale Bilgileri	ÖZ
<p>Makale Geçmişi Geliş: 10.06.2020 Kabul: 03.10.2020 Yayın: 25.12.2020 Anahtar Kelimeler: Yaşlılarda hidrasyon, Yaşlılarda klinik beslenme, Beslenme yöntemleri.</p>	<p>Yaşlı bireyler yetersiz besin tüketimleri ve beslenme sorunlarından dolayı toplumda beslenmelerine dikkat etmesi gereken risk taşıyan kişiler arasında yer almaktadır. Yaşlılarda yeterli ve uygun beslenme şekli, yeterli sıvı alımı sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önemlidir. Yetersiz beslenme ve sıvı kaybı yaşlılarda sıklıkla ihmal edilen sorunlardır. Yaşlı bireylerde yetersiz beslenme ve sıvı alımının az olması enfeksiyon oranları ve basınç yaralarının artması, hastanede kalış süresinin uzaması, böbrek fonksiyonlarının azalması ve ölüm oranının artması ile ilişkilidir. Kliniklerde bakım verilen yaşlı bireylerin beslenme ve sıvı alma durumları ile ilgili risklerin belirlenmesi önemlidir. Yeterli beslenmenin sağlanmadığı durumlarda oral, enteral ve/veya parenteral beslenme desteği faydalı olabilir. Yaşlılarda yetersiz beslenme, sıvı kaybının önlenmesi, tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Hemşire, hekim ve diyetisyen işbirliği ile yaşlıların beslenme girişimlerinin planlanması, beslenme ve sağlık durumlarının periyodik olarak değerlendirilmesi, bedenin sıvı durumunu takip etmek için vücut ağırlığının izlenmesi, yetersiz beslenme ve sıvı kaybı tedavisinde önem taşımaktadır. Bu makalede Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği tarafından geliştirilen “Yaşlılarda Klinik Beslenme ve Hidrasyon Üzerine ESPEN Rehberi” (2019) ile ilgili öneriler okuyucular ile paylaşılacaktır. Bu rehberin önerileri kliniklerde yaşlı bireylere bakım veren hemşire ve sağlık ekibine uygulamalarını gözden geçirmelerinde kaynak oluşturacaktır.</p>

Clinical Nutrition and Hydration in Geriatrics: Evidence Based Practices Recommendations

ArticleInfo	ABSTRACT
<p>Article History Received: 10.06.2020 Accepted: 03.10.2020 Published: 25.12.2020 Keywords: Hydration in geriatrics, On Clinical nutrition in geriatrics, Nutrition methods.</p>	<p>Elderly people are among the people who should pay attention to their nutrition in the society due to their inadequate food consumption and nutritional problems. Sufficient and appropriate nutrition in the elderly, adequate fluid intake are important in maintaining and improving health and increasing the quality of life. Malnutrition and dehydration are frequently neglected problems in the elderly. Malnutrition and low fluid intake in elderly individuals are associated with increased infection rates and pressure sores, prolonged hospital stay, decreased renal function, and increased mortality. It is important to determine the risks related to the nutritional and fluid intake of elderly people who receive care in clinics. In cases where adequate nutrition cannot be provided, oral, enteral and / or parenteral nutritional support may be beneficial. Malnutrition, prevention and treatment of dehydration in the elderly require a multidisciplinary approach. Planning nutritional interventions of the elderly with the cooperation of nurses, doctors and dieticians, periodically evaluating their nutrition and health status, monitoring body weight to follow the fluid status of the body, are important in the treatment of malnutrition and dehydration. In this article, recommendations regarding the "ESPEN Guide on Clinical Nutrition and Hydration in the Elderly" (2019) developed by the European Society of Clinical Nutrition and Metabolism will be shared with the readers. The recommendations of this guideline will serve as a resource for nurses and healthcare professionals who care for elderly people in clinics to review their practices.</p>

Atıf/Citation: Keleş, M. & Yavuz Van Giersbergen, M. (2020). Yaşlılarda klinik beslenme ve sıvı durumu: Kanıta dayalı uygulama önerileri, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 188-199.



This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)

GİRİŞ

Hastalıkların ve sağlık sorunlarının büyük bir bölümü dengesiz ve yetersiz beslenmeden kaynaklanmaktadır (Ardahan ve Baz, 2016). Yetersiz beslenme, insan metabolizmasında değişikliğe neden olan, vücudun işlevini tehlikeye atan ve vücut kütlesi kaybına neden olan alım ve gereksinimler arasındaki dengesizlik olarak tanımlanmıştır (Martin ve ark., 2015). Yetersiz beslenme; enerji, protein ve diğer besin maddelerinin eksikliğinin veya fazlalığının ya da dengesizliğinin doku /beden formu (vücudun şekli, büyüklüğü, bileşimi) ve işleviyle klinik sonuç üzerinde ölçülebilen olumsuz etkilere neden olduğu bir beslenme durumudur (Lochs ve ark., 2006).

Yeterli ve dengeli beslenme daha kaliteli bir yaşamın sürdürülmesini sağlayarak bireylerin sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde önemli rol oynar (Cindemir, 2008). Yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların önlenmesinde ve tedavi edilmesinde beslenme önemli sağlık ve refah düzenleyicisidir (Aksoydan, 2008; Volkert, 2019). Türkiye’de 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin büyük çoğunluğu, yetersiz ve uygun olmayan beslenme şeklinin sebep olduğu hastalıkların etkisindedir. Bu yaş gruplarında görülen obezite, diyabet, kalp-damar hastalıkları, osteoporoz, felç, iskelet ve kas sistemi hastalıklarında dengesiz beslenme tarzı risk etkenidir (TR Beslenme Raporu, 2015). Beslenmenin daha iyi olması, yaşlılarda fiziksel performansı iyileştirir ve yorgunluğu azaltır (Cemali ve ark., 2018).

Yaşlı bireylerde beslenme durumu pek çok etkenden etkilenmektedir (Vural ve ark., 2018). Bu etkenler, yaşlanma sürecinde vücutta oluşan değişiklikler, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik durumdur (Aksoydan, 2008). Beslenme durumunun değerlendirilmesi, hastalık ve ölüm riski yüksek olan bireylerin tanımlanması ve yönetilmesi açısından önemlidir (Rubino ve ark., 2020). Beslenme durumunun uygun değerlendirilmesi; yetersiz beslenmeyi erken tespit etmede, riskleri ve olası beslenme eksikliklerinin nedenlerini tespit etmede, hastaların beslenme durumunu iyileştirmek için eylem planları hazırlamada ve beslenme girişimleri üzerindeki etkinliği değerlendirmede önemli bir yer almaktadır (Martin ve ark., 2015).

Yaşlılarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Yaşlı bireylerde beslenme durumunu değerlendirmenin pek çok yolu bulunur:

- **Malnütrisyon Riski Taramaları**

Malnütrisyon (Beslenme yetersizliği) riski taraması için birkaç test mevcuttur. “Mini Beslenme Değerlendirilmesi” bu testlerden biridir ve çeşitli sorularla muhtemel malnütrisyon durumu ortaya koyulur. Mini Beslenme Değerlendirmesi, yaşlılarda malnütrisyonu tespit etmek için güvenilir bir tarama testi olarak geliştirilmiştir. Herhangi bir laboratuvar verisi olmadan, hastaların beslenme durumu sorular ve antropometrik ölçümlerle kolayca tahmin edilebilir. “Beslenme Sağlığını Belirle” isimli beslenme kontrol listesi de başka bir malnütrisyon riski taramasıdır. “Beslenme Sağlığını Belirle” testi sonucunda orta veya yüksek riskli yaşlı hastaların, değerlendirme için diyetisyene gönderilmesi gerekmektedir. Böylece malnütrisyon riski taşıyan yaşlılar belirlenmiş olur (Mercanlıgil, 2008; Saka, 2010).

- **Antropometrik ölçümler**

Yaşlıların beslenme durumunun saptanmasında protein ve yağ deposunun bir göstergesi olduğundan en önemli yöntemlerden biri antropometridir (Tulukçu, 2019). Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı da yaşla beraber azaldığı için boy uzunluğunun, vücut ağırlığının doğru bir şekilde belirlenmesi, bazal metabolizma hızı, enerji gereksinimi ve harcamasının belirlenmesinde önemlidir (Pekcan ve Saruhan, 2001).

- **Laboratuvar bulguları**

Beslenme durumu değerlendirilirken laboratuvarında ölçülen serumdaki protein seviyeleri de diğer parametrelerle beraber kullanılmaktadır. Bu nedenle albümin, transferrin ve prealbümin kullanılır (Yentür, 2011). Biyokimyasal testlerle besin öğelerinin kandaki ve idrardaki seviyeleri saptanarak yaşlı bireylerde

beslenme durumu ile ilişkili nesnel değerlendirme yapılabilir. Yaşla birlikte serum albumin seviyesi azalır. Serumdaki albümin seviyesi 20 ile 40 yaşları arasında ortalama 47,5 g/L iken, 60 ile 74 yaşları arasında 41.8 g/L'ye düşer. Biyokimyasal ve hematolojik testler kan proteinleri, kan yağları, kanda ve idrarda vitamin, mineral seviyeleri, hemoglobin, hematokrit, demir, folik asit ve anemi açısından beslenme durumunu belirlemektedir (Özgüneş, 2013; Pekcan, 2008).

Beslenme Yöntemleri

Beslenme destek tedavisinde öncelikle normal yoldan beslenme sağlanmalı ve beslenme eksiklikleri giderilmelidir. Bunun için beslenme desteği, ara öğünlerin kuvvetlendirilmesi, yemek yenilme ortamının şartlarının düzenlenmesi gibi birkaç etken bununla ilişkilendirilebilir. Normal yoldan alınan gıdalar yetersizse ağızdan verilen hazır zenginleştirilmiş beslenme destek ürünlerinin yararı bilimsel çalışmalarla desteklenmiştir (Arıoğul, 2013).

Tarama ve değerlendirmeler neticesinde malnütrisyon ya da malnütrisyon riski saptanmış hastalara beslenme destek tedavisi planlanması gerekmektedir. Beslenme destek tedavisinde yaşlı bireylerin oral alımı varsa diyetisyenle işbirliği halinde oral alım desteklenir ve oral destek ürünleri verilir (Ardahan ve Baz, 2016). Oral desteklenme yetersizse sırasıyla enteral ve parenteral karışımı ya da parenteral beslenme yolları kullanılabilir (Tek ve Yeşildemir, 2018). Enteral beslenme, ağızdan başlayıp jejunuma kadar olan bölgelere; doğrudan, bir tüple, perkütan girişimlerle ya da cerrahi teknikle yapılabilir (Gülseven ve Gürkan, 2013). ‘“Total parenteral beslenme (hiperalimentasyon), besinlerin gastrointestinal yoldan alınmasının mümkün olmadığı ya da alınmaması gerektiği durumlarda hastaların gereksinimlerini karşılamak amacıyla kullanılan bir yöntemdir” ’ (Üstündağ, 2001, s.41). Yaşlılarda enteral beslenme ile ilgili ESPEN (Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği) kılavuzları, enerji ve besin alımını arttırmak ve beslenme durumunu iyileştirmek veya sürdürmek için yetersiz beslenen ya da yetersiz beslenme riski saptanmış hasta bireylerde oral besin takviyeleri kullanılmasını önermektedir (Streicher ve ark., 2017). Oral besin takviyeleri nazogastrik tüple besleme yoluyla birlikte nazoenteral veya perkütan tüple beslemeyi de içerir (Lochs ve ark., 2006).

Yaşlı bireylerin birçoğunda, bedensel hastalıklar sırasında geçici kafa karışıklığı riskini artırabilecek bilişsel eksiklikler ya da başka zihinsel bozukluklar bulunur. Böyle durumlarda, nazogastrik tüplerin hasta tarafından çıkarılması olasıdır. Ayrıca, gastrointestinal sistemde yaşa bağlı değişiklikler, özellikle kritik hastalıklarda ve besin emiliminin etkinliği açısından göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle, oral / enteral ve parenteral beslenme, birbirini dışlamaz ve birbirini tamamlar (Sobotka ve ark., 2009).

Yaşlıların yeterli ve uygun beslenmesi, yaşam standartlarının artmasında, çeşitli hastalıkların önlenmesinde etkili olduğundan, yaşlı bireylerin beslenme durumları belirli aralıklarla değerlendirilmesi gerekmektedir (Yabancı ve ark., 2012). Yaşlılarda beslenme üzerine geliştirilmiş rehberler bulunmaktadır:

1. Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (ESPEN) tarafından 2019 yılında geliştirilen ‘‘Yaşlılarda Klinik Beslenme ve Hidrasyon Üzerine ESPEN Rehberi’’
2. Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği (ASPEN), Beslenme ve Diyetetik Akademisi'nin Amerikan Beslenme ve Metabolizma Tanımları Birliği Avrupa Topluluğu tarafından 2019 yılında geliştirilen ‘‘ASPEN ve ESPEN Rehberi’’
3. İngiliz Geriatri Derneği tarafından 2009 yılında geliştirilen ‘‘Beslenme Önerileri Üzerine Nice Rehberi’’
4. Hartford Geriatri Hemşirelik Enstitüsü tarafından 2008 yılında geliştirilen ‘‘Yaşlılarda Beslenme Üzerine Klinik Uygulamada Beslenme Rehberi’’

Yaşlılarda Sıvı Kaybı

Yaşlı bireylerde sıvı tüketimi çok önemli bir konudur fakat sıklıkla göz ardı edilir (Özgüneş, 2013). Kötü beslenmenin yanı sıra, yaşlılar, ciddi sağlık sonuçları olan çeşitli nedenlerden dolayı artan sıvı kaybı

riski de altındadır (Volkert ve ark., 2019). Yaşlı bireylerde fizyolojik ve bilişsel değişikliklerden dolayı sıvı kaybı gelişme riski genç bireylere göre daha yüksektir (Mentes 2006; Mistura, 2016). Yaşlılarda sıvı kaybı için kesin bir tanım bulunmamaktadır. Sıvı kaybı, vücut ağırlığının %3'ünden daha hızlı kilo kaybı olarak tanımlanırken biyokimyasal açıdan sıvı kaybı, çoğunlukla serum sodyumunun 148 mmol / L'ye eşit ya da daha büyük olduğu ve / veya kan üre nitrojen (BUN) oranının 25'ten büyük ya da eşit olduğu durum olarak tanımlanır (Hodgkinson ve ark., 2003). Sıvı kaybı 65 yaş üzeri bireylerin hastaneye yatırılmasının en önemli on nedeninden biridir (Bratlund ve ark., 2010). Sıvı kaybı yaşlıların %20 ile %30'unu etkiler. Genç bireylere göre daha büyük bir negatif sonuç olduğundan mortalite, morbidite ve sakatlığı artırır. Sıvı kaybı genellikle yaşlılarda su tüketilmemesinden kaynaklanır veya aşırı su kaybı da bir neden olabilir. Yaşlılarda sıvı kaybının klinik değerlendirmesinde farklı bulgular ortaya çıkmaktadır, ancak her zaman teşhis tanınamayabilir. Sıvı kaybı tedavisinde; kayıp, sağlığı olumsuz yönde etkilemeden ve çeşitli bozukluklara yol açmadan önce önleme ve erken tanıya odaklanılır (Miller, 2015).

Yaşlılarda yetersiz sıvı alımı sıvı kaybıyla sonuçlanmaktadır (Güleç, 2013). Sıvı kaybının tespit edilmesinde yardımcı olabilecek bazı belirtiler bulunur. Hücre hacmindeki azalma, kafa karışıklığı, baş ağrısı, uyuşukluk, baş dönmesi, kuru buruşuk cilt ve / veya azalan cilt turgoru gibi belirtiler olabilir. Sıvı atılımındaki azalma, dudaklarda kuruluk, tükürük salgısında azalma, göz kuruluğu, koltukaltının ya da avuç içinin kuru olması, kan volümünün düşük olması, kapiller dolumun yavaş olması, düşük kan basıncı, zayıf nabız, hızlı kalp atışı ya da ortostatik hipotansiyon ile sıvı kaybı tanımlanabilir (Hooper ve ark., 2014).

Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği tarafından 2019 yılında geliştirilen “Yaşlılarda Klinik Beslenme ve Hidrasyon Üzerine ESPEN Rehberi” ile yaşlılarda yetersiz beslenme, sıvı kaybını önlemek ya da tedavi etmek için klinik beslenme ve sıvı durumuna ilişkin kanıta dayalı öneriler sunulması amaçlanmıştır. Bu makalede, bu rehberin önerileri incelenecektir. Rehberdeki kanıt düzeyleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Yaşlılarda Yetersiz Beslenme ve Sıvı Durumu: ESPEN Rehberinde Sunulan Kanıt Düzeyleri

1++	Yanılma riski çok düşük olan randomize kontrollü çalışmalar veya randomize kontrollü çalışmaların sistematik derlemeleri, yüksek kaliteli meta analizler
1+	İyi yönetilen meta analizler, yanılma riski düşük olan sistematik derlemeler veya randomize kontrollü çalışmalar
1-	Meta analizler, sistematik derlemeler veya yanılma riski yüksek olan randomize kontrollü çalışmalar
2++	Durum kontrolü veya kohort veya çalışmaların yüksek kaliteli sistematik derlemeleri. Çok düşük bir karışıklık veya yanılma riski olan ve ilişkinin nedensel olma olasılığı yüksek olan yüksek kaliteli vaka kontrolü veya kohort çalışmaları
2+	Düşük karışma riski veya yanılma riski olan ve ilişkinin nedensel olma olasılığını ılımlı bir şekilde gösteren iyi yapılmış vaka kontrolü veya kohort çalışmaları
2-	Şaşırtma veya yanılma riski yüksek olan ve ilişkinin nedensel olmadığı önemli bir riski olan vaka kontrolü veya kohort çalışmaları
3	Analitik olmayan çalışmalar, örneğin vaka raporları, vaka serileri
4	Uzman görüşü

Bu rehber, diğer ESPEN rehberleri ve ortak karar bildirimlerine uygun standart çalışma süreçlerine göre geliştirilmiştir. PICO (Hasta, Müdahale, Karşılaştırma ve Sonuç) formatında 33 klinik soruyu temel alan sistematik derleme ve en önemli çalışmalar için sistematik bir literatür taraması yapılmıştır. Mevcut kanıtlar SIGN derecelendirme sistemine göre derecelendirilmiştir. Bir ortak karar sürecinde 82 tane öneri geliştirilmiş ve kabul edilmiştir. Belirlenen kanıt seviyelerine göre, öneri derecelerine karar verilmiştir. Öneri dereceleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Yaşlılarda Yetersiz Beslenme ve Sıvı Durumu: ESPEN Rehberinde Sunulan Öneri Dereceleri

A	Hedef gruba doğrudan uygulanabilir en az bir meta-analiz, sistematik inceleme veya randomize kontrollü çalışmalar 1 ++ olarak derecelendirilmiş veya temel olarak 1+ olarak değerlendirilen, hedef kitleye doğrudan uygulanabilir ve sonuçların genel tutarlılığını gösteren bir kanıtlar bütünüdür.
B	Yeterli kanıtlar içeren hedef kitleye doğrudan uygulanabilir çalışmalar 2++ olarak derecelendirilmiştir veya yeterli kanıtlar içeren hedef kitleye doğrudan uygulanabilir ve sonuçların genel tutarlılığını gösteren çalışmalar 2+ olarak derecelendirilmiştir veya tahmin olarak yürütülen çalışmalar 1++ ya da 1+ olarak derecelendirilmiştir.
0	Kanıt seviyeleri 3 veya 4
GPP	Tahmin olarak yürütülen çalışmalar 2++ ya da 2+ olarak derecelendirildi. İyi uygulama noktaları/uzman görüşleri: Rehber geliştirme grubunun klinik deneyimde önerilen en iyi uygulama

Tüm ESPEN üyeleri önerilere katılmaya veya yorumda bulunmaya davet edilmiştir. Bu vesileyle ilk kılavuz taslağı katılımcılara da sunulmuştur. Altmış beş tavsiye >% 90 bir anlaşmaya ulaşılmış, 17 tavsiye >% 75-90 arasında bir anlaşmaya ulaşılmış ve yalnızca bir öneri % 75 olmuştur. %90'dan yüksek bir anlaşmaya sahip olan bu öneriler, bu da güçlü bir fikir birliği anlamına gelir (Tablo 3). Öneriler ise Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Yaşlılarda Yetersiz Beslenme ve Sıvı Durumu: ESPEN Rehberinde Sunulan Uzlaşma Gücünün Sınıflandırılması

Güçlü fikir birliği	Katılımcıların >% 90'ının sözleşmesi
Fikir birliği	Katılımcıların % 75 - 90'ı arası anlaşma
Çoğunluk anlaşması	Katılımcıların >% 50 - 75'i arasında anlaşma
Fikir birliği yok	Katılımcıların <% 50'sinin anlaşılması

Tablo 4. Yaşlılarda Yetersiz Beslenme ve Sıvı Durumu: ESPEN Rehberinde Sunulan Öneriler

Madde	Öneri	Kanıt düzeyleri
1-	Yaşlı bireylerde enerji alımı için yol gösterici değer, kilosu başına günde 30 kcal'dir. Bu değer, beslenme durumu, fiziksel aktivite seviyesi, hastalık durumu ve tolerans açısından bireysel olarak ayarlanmalıdır.	B - Güçlü fikir birliği (%97 anlaşma)
2-	Yaşlı bireylerde protein alımı, kg başına günde en az 1 gr protein olmalıdır. Miktar, beslenme durumu, fiziksel aktivite seviyesi, hastalık durumu ve tolerans açısından bireysel olarak ayarlanmalıdır.	B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
3-	Enteral beslenme için lif içeren ürünler kullanılmalıdır.	B - Güçlü fikir birliği (%91 anlaşma)
4-	Özel bir eksiklik olmaması koşuluyla mikro besinler sağlıklı yaşlılar için önerilere göre verilmelidir.	GPP - Güçlü fikir birliği (% 91 anlaşma)
5-	Özel bir tanıdan bağımsız olan ve ayrıca fazla kilolu ve şişman kişiler de dâhil olmak üzere tüm yaşlı bireyler, yetersiz beslenme durumlarının riskini tespit etmek için doğrulanmış bir araçla düzenli olarak taranmalıdır.	GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
6-	Bir malnütrisyon taraması sistematik değerlendirme, bireysel girişimlerin izlenmesi ve yapılacakların buna göre ayarlanması ile takip edilmelidir.	GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
7-	Kurumsal ortamlarda, beslenme ve sıvı durumu için standart bakım protokolü oluşturulması sorumlulukları daha iyi düzenler.	GPP - güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
8-	Yeterli besin alımını sağlamak, beslenme durumunu sürdürmek veya iyileştirmek için yaşlı bireylerin klinik seyri ve yaşam kalitesini iyileştirmek için beslenme ve sıvı alımı bireysel ve kapsamlı olmalıdır.	A - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
9-	Yaşlı bireyler için beslenme girişimleri, yeterli diyet alımını desteklemek, vücut ağırlığını korumak veya artırmak, fonksiyonel ve klinik sonuçları iyileştirmek için multimodal ve multidisipliner bir takım çalışmasının parçası olmalıdır.	B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
10-	Kötü beslenme ve sıvı kaybının olası nedenleri mümkün olduğunca belirlenmeli ve ortadan kaldırılmalıdır.	GPP - Güçlü fikir birliği (% 95 anlaşma)
11-	Diyet alımını sınırlayabilecek diyet kısıtlamaları potansiyel olarak zararlıdır ve bunlardan kaçınılmalıdır.	GPP - güçlü fikir birliği (% 91 anlaşma)
12-	Yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski olan ve kurumlarda (A) ve evde (GPP) yeme bağımlılığı olan yaşlılara, önerilen diyet alımını desteklemek için yemek zamanı yardımı önerilir.	A / GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
13-	Kurumsal ortamlarda, yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski olan yaşlıların yiyecek alımı, yeterli diyet alımını desteklemek ve yaşam kalitesini korumak için ev benzeri, hoş bir yemek ortamı ile desteklenebilir.	A - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)

- | | | |
|------|---|---|
| 14- | Beslenme alımını teşvik etmek ve yaşam kalitesini arttırmak için beslenme bozukluğu olan veya yetersiz beslenme riski taşıyan yaşlı bireylerin yemek zamanlarını başkalarıyla paylaşımları teşvik edilmelidir. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma) |
| 15- | Evde tekerlekli sandalyede yaşayan yetersiz beslenme ve yetersiz beslenme riski olan yaşlıların yemekleri enerji verici bakımından yoğun olmalı ve/veya yeterli miktarda besin almayı desteklemek için ek yemekler dâhil edilmelidir. | B - Güçlü fikir birliği (%97 anlaşma) |
| 16- | Yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski taşıyan yaşlı bireylere, beslenme sorunları hakkında farkındalığı ve bilgiyi geliştirmek ve böylece yeterli beslenme alımını teşvik etmek için kapsamlı bir girişimin bir parçası olarak beslenme bilgisi ve eğitimi önerilmelidir. | B - Güçlü fikir birliği (%94 anlaşma) |
| 17- | Sağlık bakım profesyonellerinin yanı sıra hasta bakıcılara ve yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski taşıyan yaşlı bireylere yönelik farkındalık sağlamak için beslenme eğitimi ve beslenme problemleri hakkında temel bilgiler sunulmalı ve böylece yeterli besin alımı teşvik edilmiş olur. | B - Güçlü fikir birliği (%95 anlaşma) |
| 18- | Beslenme bozukluğu olan veya yetersiz beslenme riski altında olan yaşlılara ve/veya bakıcılarına, yeterli beslenme alımını desteklemek ve beslenme durumunu iyileştirmek veya sürdürmek için kişiselleştirilmiş danışmanlık önerileri önerilebilir. | B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma) |
| 19- | Bireyselleştirilmiş beslenme danışmanlığı, yaşlı bireylere ve/veya bakıcılarına deneyimli bir diyetisyen tarafından sunulmalı, grup oturumları, telefon rehberleri ve yazılı önerilerle birleştirilecek birkaç (en az 2) bireysel seanstan oluşmalı ve daha uzun bir süre boyunca sürdürülmelidir. | GPP -Güçlü fikir birliği (% 97 anlaşma) |
| 20- | Yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski olan yaşlı bireylere yeterli diyet alımını desteklemek için takviye edilmiş yiyecekler verilmelidir | B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma) |
| 21- | Beslenme alımını kolaylaştırmak için, yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski taşıyan yaşlı bireylere ek atıştırma ve/veya elle yenen yemekler sunulmalıdır. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma) |
| 22- | Yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski ve orofarengal disfaji belirtileri ve/veya çiğneme problemi olan yaşlılara, yeterli besin alımını desteklemek için dengeleyici bir strateji olarak doku değişimli zenginleştirilmiş gıdalar önerilebilir. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma) |
| 23- | Beslenme danışmanlığı ve besin takviyesi diyet alımını artırmak ve beslenme hedeflerine ulaşmak için yeterli olmadığında, yetersiz beslenmeye sahip olan veya kronik koşullarla yetersiz beslenmeye maruz kalma riski olan yaşlılara oral besin takviyeleri sunulabilir. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma) |
| 24- | Yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski olan yaşlılara, besin alımını ve vücut ağırlığını geliştirmek, komplikasyon ve hastaneye yeniden yatış riskini azaltmak için oral besin takviyeleri verilebilir. | A - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma) |
| 25- | Hastaneden taburcu edildikten sonra, diyet alımını ve vücut ağırlığını iyileştirmek ve fonksiyonel düşüş riskini azaltmak için yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski olan yaşlılara oral besin takviyeleri sunulabilir. | A - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma) |
| 26- | Yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski olan yaşlı bireylere 30 gr veya daha fazla protein/gün içeren en az 400 kcal/gün oral besin takviyeleri verilebilir. | A - Güçlü fikir birliği (%97 anlaşma) |
| 27- | Yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski olan yaşlı bireylere oral besin takviyeleri en az bir kez kullanıldığında oral besin takviyelerinin etkinliği ve faydası ayda bir kez değerlendirilebilir. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma) |
| 28- | Yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski olan yaşlı bir bireye oral beslenme takviyeleri önerildiğinde, düzenli olarak değerlendirilmelidir. Tüketim şekli, tat duyusu, özellikleri ve süresi hastanın zevkine ve yeme kapasitesine uyarlanmalıdır. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma) |
| 29- | Beslenmeyi karşılamak için yeterli oral alımın sağlanmasına yönelik girişimlere rağmen, oral alımın üç günden uzun bir süre için sağlanamaması veya bir haftadan daha uzun bir süre boyunca enerji ihtiyacının yarısının altında olan yaşlılara beslenme gereksinimleri ve beslenme durumunu korumak veya geliştirmek için uygun bir prognoz sağlanmalıdır. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma) |
| 30- | Enteral beslenmenin yararları ve potansiyel riskleri ayrı ayrı değerlendirilmeli ve düzenli olarak ve klinik durum değiştiğinde yeniden değerlendirilmelidir. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma) |
| 31- | Hastalığın son aşamasında düşük beslenme alımına sahip yaşlılara enteral beslenme yerine rahat beslenmeleri önerilebilir. | GPP - Görüş birliği (%88 anlaşma) |
| 32- | Enteral beslenme istendiğinde gecikmeden başlatılmalıdır. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 96 anlaşma) |
| 33-- | Dört haftadan daha az bir süre için enteral beslenmeye ihtiyaç duyan yaşlı hastalara nazogastrik tüp kullanılmalıdır. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma) |
| 34- | Dört haftadan daha uzun süre boyunca enteral beslenmeye ihtiyaç duyan veya nazogastrik tüp istemeyen veya tolere edemeyen yaşlı hastalara perkütangastrostomi / PEG takılmalıdır. | GPP - Güçlü fikir birliği (% 96 anlaşma) |

- 35- Tüple beslenen yaşlı hastalar, oral alımı mümkün olduğu kadar güvenli bir şekilde sürdürmeleri için teşvik edilmelidir. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 36- Beslenme gereksinimlerini karşılamak için, oral ve enteral alımın üç günden fazla olmaması veya bir haftadan daha uzun bir süre boyunca enerji gereksinimlerinin yarısının altında olması bekleniyorsa, uygun prognozlu (beklenen fayda) yaşlılara beslenme durumunu korumak veya geliştirmek için parenteral beslenme önerilebilir. GGP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 37- Enteral beslenme, parenteral beslenme ve hidrasyon, temel bakımdan ziyade tıbbi tedaviler olarak kabul edilmeli ve bu nedenle yalnızca hastanın durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirme veya sürdürme konusunda gerçekçi bir şans varsa kullanılmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 96 anlaşma)
- 38- Yaşlı hastalar enteral beslenme veya parenteral beslenme veya hidrasyonu mümkün kılmak için farmakolojik sedasyon veya fiziksel kısıtlamalar almamalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 39- Beslenme bozukluğu olan yaşlı hastalarda enteral beslenmeye ve parenteral beslenmeye erken başlanmalıdır; Yeniden besleme sendromundan (refeedingsyndrome) kaçınmak için ilk üç gün içinde kademeli olarak arttırılmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 40- Kötü beslenen yaşlılarda enteral beslenme ve parenteral beslenme tedavisinin ilk üç gününde, hafif eksiklik durumunda bile desteklenecek olan kan seviyelerinde fosfat, magnezyum, potasyum ve tiamin seviyelerine özellikle dikkat edilmelidir. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 41- Beslenme girişimlerine ek olarak, yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski taşıyan yaşlı kişilerin fiziksel olarak aktif olmaları ve kas kütlelerini ve fonksiyonunu korumak veya geliştirmek için egzersiz yapmaları teşvik edilmelidir. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 42- Egzersiz girişimleri sırasında, vücut ağırlığını korumak ve kas kütlelerini korumak veya geliştirmek için yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski olan yaşlı kişilere yeterli miktarda enerji ve protein sağlanmalıdır. B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 43- Kalça kırığı olan yaşlı hastalara, gıda alımını arttırmak ve komplikasyon riskini azaltmak için ameliyat sonrası oral beslenme takviyeleri uygulanabilir. A - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 44- Kalça kırığı olan yaşlı hastalara, başka nedenlerle enteral beslenme için bir endikasyon olmadıkça, birdenbire tüple beslenme önerilmez. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 45- Kalça kırığı olan yaşlı hastalarda, beslenme alımını iyileştirmek ve komplikasyon riskini azaltmak için ameliyat sonrası oral besin takviyeleri ameliyat öncesi parenteral beslenme ile kombine edilebilir. 0 - Oy birliği (%83 anlaşma)
- 46- Yaşlı hastalarda kalça kırığı ve ortopedik cerrahi sonrası beslenme girişimleri, yeterli diyet alımını sağlamak, klinik sonuçları iyileştirmek ve yaşam kalitesini korumak için bireysel olarak uyarlanmış, çok boyutlu ve çok disiplinli bir ekip müdahalesinin bir parçası olmalıdır. A - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 47- Acil ameliyat için hastaneye yatırılan tüm yaşlı hastalara, deliryumu önlemek için sıvı desteği ve beslenme yönetimini içeren çok bileşenli farmakolojik olmayan bir girişimde bulunulmalıdır. A - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 48- Kliniğe kabul edilen ve orta ile yüksek deliryum riski taşıyan tüm yaşlı hastalar, deliryumu önlemek için sıvı desteği ve beslenme yönetimini içeren çok bileşenli farmakolojik olmayan bir müdahale almalıdır. A - Güçlü fikir birliği (%95 anlaşma)
- 49- Mevcut deliryumu olan hastanede yatan yaşlı hastalar, deliryumun potansiyel nedenleri veya sonuçları olarak sıvı kaybı ve yetersiz beslenme açısından taranmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 95 anlaşma)
- 50- Depresif yaşlı hastalar yetersiz beslenme açısından taranmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 51- Depresyonu olan yaşlı hastalara, yetersiz beslenme veya yetersiz beslenme riski yoksa rutin olarak girişimler yapılmaz. 0 - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 52- Yaşlı hastalarda basınç yarısı riskini önlemek için beslenme ile ilgili destekler yapılmalıdır. B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 53- Basınç yarısı olan, beslenmesi yetersiz yaşlı hastalarda iyileşmeyi sağlamak için beslenme girişimleri önerilmelidir. B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 54- Fazla kilolu yaşlı kişilerde kas kütle kaybını ve buna eşlik eden fonksiyonel düşüşü önlemek için zayıflama diyetlerinden kaçınılmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 95 anlaşma)
- 55- Kiloya bağlı sağlık problemleri olan şişman yaşlı kişilerde, kilo azaltıcı diyetlerin yarar ve riskleri sadece dikkatli ve bireysel tartıldıktan sonra dikkate alınmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 56- Aşırı kilolu kişilerde kilo kaybı göz önünde bulundurulursa, yavaş kilo vermeyi sağlamak ve kas kütlelerini korumak için enerji kısıtlaması sadece makul düzeyde olmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 95 anlaşma)
- 57- Aşırı kilolu yaşlı bireylerde kilo kaybı düşünülürse, kas kütlelerini korumak için mümkün olduğunca diyet girişimleri fiziksel egzersiz ile birleştirilmelidir. A - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 58- Diyabetes mellituslu yaşlı hastalarda, beslenme durumunu belirlemek için rutin olarak doğrulanmış bir araçla beslenme durumu taranmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 95 anlaşma)

- 59- Diyabetes mellituslu yaşlı hastalarda, yetersiz beslenme ve buna eşlik eden fonksiyonel zayıflamayı azaltmak için kısıtlayıcı diyetlerden kaçınılmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 60- Malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan diyabetes mellituslu yaşlı hastalarda beslenme durumu, yetersiz beslenen diyabetes mellitusu olmayan, yaşlı bireylerin önerilerine göre düzenlenecektir. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 61- Yaşlı kadınlara her gün en az 1,6 L içecek, yaşlı erkeklere ise farklı yaklaşım gerektiren klinik bir durum olmadıkça her gün en az 2,0 L içecek verilmelidir. B - Güçlü fikir birliği (%96 anlaşma)
- 62- Yaşlı bireylere, tercihlerine göre uygun doğrultuda içecekler verilecektir. B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 63- Tüm yaşlı bireyler, düşük alımlı sıvı kaybı riski altında dikkate alınmalı ve yeterli miktarda içecek tüketmeye teşvik edilmelidir. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 64- Tüm yaşlı bireyler, sağlık bakım sistemi ile temasa geçtiğinde, yetersiz beslendiğinde veya yetersiz beslenme riski olduğunda eğer beklenmedik şekilde klinik durum periyodik olarak değişirse bu kişiler düşük alım sıvı kaybı yönünden taranmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 65- Yaşlı bireylerde düşük alımlı sıvı kaybını tanımlamak için doğrudan ölçülen serum veya plazma ozmolalitesi kullanılmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 95 anlaşma)
- 66- Yaşlı bireyler düşük alımlı sıvı kaybını tanımlamak için doğrudan ölçülen serum ozmolalitesi > 300 mOsm / kg'lık bir alt sınıra kullanılmalıdır. B - Güçlü fikir birliği (%94 anlaşma)
- 67- Doğrudan ölçülen osmolalite bulunmadığında, yaşlılarda düşük alımlı sıvı kaybını taraması için osmolarite denklemi ($\text{osmolarite} = 1.86 \times (\text{Na} + + \text{K} +) + 1.15 \times \text{glukoz} + \text{üre} + 14$ (tümü mmol / L cinsinden ölçülür) > 295 mmol / L alt sınıra sahip olmalıdır. B - Güçlü fikir birliği (%94 anlaşma)
- 68- Cilt turgoru, ağız kuruluğu, kilo değişimi, idrar rengi veya özgül ağırlık gibi düşük alımlı sıvı kaybını değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan basit işaretler ve testler, yaşlı bireylerde sıvı desteği durumunu değerlendirmek için kullanılmamalıdır. A - Oy birliği (% 83 anlaşma)
- 69- Yaşlı bireylerde sıvı durumunu değerlendirmek için Biyoelektrik özdirenci yararı tespit edilmediği için kullanılması önerilmemektedir. A - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 70- Yaşlı bireyler ve onların bakıcıları sıvı alımını değerlendirmek için uygun ölçümleri kullanabilir, ancak sağlık uzmanlarından periyodik olarak serum osmolaritesinin değerlendirilmesini de istemelidir. GPP - Güçlü fikir birliği (% 94 anlaşma)
- 71- Ölçülen serum veya plazma ozmolalitesi > 300 mOsm / kg (veya hesaplanan osmolarite > 295 mmol / L) olan daha yaşlı bireyler, yaşlı bireyler tarafından tercih edilen içecekler biçiminde sıvı alımını arttırmaya teşvik edilmelidir. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 72- Ölçülen serum veya plazma osmolalitesi > 300 mOsm / kg (veya hesaplanan osmolarite > 295 mmol / L) olan yaşlı bireyler için, subkutan veya intravenöz sıvılar teşvik edici oral sıvı alımına paralel olarak sunulmalıdır. A - Güçlü fikir birliği (%95 anlaşma)
- 73- Serum veya plazma ozmolalitesi > 300 mOsm / kg (veya hesaplanan osmolarite > 295 mmol / L) olan yaşlı bireyler için damar içi sıvılarda dikkate alınmalıdır. A - Güçlü fikir birliği (%95 anlaşma)
- 74- Evde bakımda yaşayan yaşlılarda sıvı kaybını önlemek için kurumlar, tüm sakinlere kurumları arasında çok bileşenli stratejiler uygulamalıdır. B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 75- Bu stratejiler arasında yüksek miktarda içecek bulunabilirliği, çeşitli içecek seçenekleri, sık sık içecek teklifi, yeterli sıvı alımı ihtiyacı konusunda personel farkındalığı ve yaşlı bireyler tuvalete götürmek için ihtiyaç duyduklarında personel desteği bulunmalıdır. B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 76- Yaşlıların kendileri, personel, yönetim ve politika yapımcılar dâhil olmak üzere yeterli sıvı alımını destekleme stratejileri geliştirmelidir. B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)
- 77- Kurumlardaki yaşlı bireylere yönelik bakım planları, içecekler için kişisel tercihleri, nasıl ve ne zaman verileceklerinin yanı sıra kontinans desteğini de, içeceği teşvik etmek için kaydetmelidir. Bireysel engellerin ve içecek destekleyicilerin değerlendirilmesi, her bir yaşlı bireye özel içmeyi destekleme planlarına yol açmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 78- Düzenleyici düzeyde, kalıcı bireylerde ve hastalarda sıvı desteği risk kurumları tarafından zorunlu izleme ve raporlama stratejisi göz önünde bulundurulmalıdır. GPP - Güçlü fikir birliği (% 100 anlaşma)
- 79- Disfaji belirtileri gösteren yaşlı bireyler, deneyimli bir konuşma ve dil terapisti tarafından değerlendirilmeli, tedavi edilmeli ve izlenmelidir. Beslenme ve sıvı desteği durumları, konuşma ve dil terapisti ve diyetisyen ile iş birliği içerisinde dikkatle izlenmelidir. GPP - Güçlü fikir birliği (% 94 anlaşma)
- 80- Yaşlı erişkinlerde aşırı kan kaybını takiben hacim kaybı, uzanmadan ayağa kalkmak (≥ 30 dk/atım) postüral nabız değişimi veya durdurulamamasına neden olan ciddi postüral baş dönmesi kullanılarak değerlendirilmelidir. B - Güçlü fikir birliği (%100 anlaşma)

81-	Yaşlı bireylerde, kusma veya ishal ile birlikte sıvı ve tuz kaybını takiben hacim azalması, bir dizi belirtilerin kontrol edilmesiyle değerlendirilmelidir. Aşağıdaki yedi işaretten en az dördüne sahip bir kişinin orta ile şiddetli hacim kaybı olabilir: Kafa karışıklığı, akıcı olmayan konuşma, ekstremitelerde güçsüzlüğü, kuru mukoza zarları, kuru dil, sert dil, batık gözler	B - Güçlü fikir birliği (%95 anlaşma)
82-	Hafif / orta / şiddetli sıvı kaybı olan yaşlı bireyler, oral, nazogastrik, subkutan veya intravenöz izotonik sıvılar almalıdır.	B - Güçlü fikir birliği (%95 anlaşma)

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hem dünyada hem ülkemizde gün geçtikçe artan yaşlı nüfusunda görülen fizyolojik değişiklikler ve hastalıklar yaşlı bireylerin beslenmesini ve sağlık durumunu etkilemektedir. Yaşlılarda beslenme durumunu korumak, geliştirmek, yeterli beslenmeyi ve sıvı durumunu desteklemek için bir yöntem yerine, birkaç yöntemin beraber kullanılması, ulusal düzeyde daha detaylı çalışmaların yapılması önerilmektedir. Yaşlı bireylerde beslenme girişimlerinin multidisipliner ekip olarak işbirliği ile tanınması, beslenme ve sağlık durumlarının periyodik olarak değerlendirilmesi sıvı kaybı düzeylerini takip etmek için vücut ağırlığının izlenmesi malnütrisyon ve sıvı kaybı tedavisinde önem taşımaktadır.

Bu makale ile yaşamın her aşamasında bakım veren hemşireler için güncel rehber önerilerinin bilinmesi önerilerin klinik uygulamaya geçirilmesinde hız kazandıracaktır. Yaşlıların beslenme ve sıvı durumu ile yayınlanan bu rehberde öneriler doğrultusunda hasta bakımının gözden geçirilmesine ve klinik uygulamalara yararlı olacaktır.

Finansal destek

Finansal destek bulunmamaktadır.

Çıkar çatışması

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazarlık Katkıları:

Tasarım/Design: M.Y.V.G., M.K.; Literatür tarama/Literature search: M.K.; Yazma/Writing: M.Y.V.G., M.K.

KAYNAKÇA

- Arioğul, S. (2013). Yaşlılarda Malnütrisyon Kılavuzu. Akademik Geriatri Derneği. <http://www.akademikgeriatri.org/files/thn-kitap.pdf>
- Baz, S., Ardahan, M. (2016). Yaşlılarda Malnütrisyon ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 147-153.
- Bratlund, C. V., O'Donoghue, C. R., Rocchiccioli JT. (2010). Dehydrationanddysphagia: Challenges in theolderadult. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 18(3), 1-10.
- Camina-Martín, M. A., De Mateo-Silleras, B., Malafarina, V., Lopez-Mongil, R., Niño-Martín, V., López-Trigo, J. A., et al. (2015). Nutritionalstatusassessment in geriatrics: Consensusdeclarationbythe Spanish society of geriatricsandgerontologynutritionworkgroup. *Maturitas*, 81(3), 414-419 <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.04.018>
- Cemali, M., Cemali, Ö., Zafer, E. (2018). NutritionalStatus, Physical Performance and Fatigue in Geriatrics. *Clinical Nutrition*, 37, S180 <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.06.1653>
- Cindemir, C. (2008). Yeterli Ve Dengeli Beslenmenin Önemi. *Medimagazin*. <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/tr-yeterli-ve-dengeli-beslenmenin-onemi-11-666-16852.html>
- Güleç, E. (2013). Bakımevlerinde Kalan Yaşlı Bireylerin Sıvı Alım Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi. <http://hdl.handle.net/20.500.12397/9888>
- Gürkan, A., Gülseven, B. (2013). Enteral Beslenme Bakımda Güncel Yaklaşımlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 116 – 122. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29624>
- Hodgkinson, B., DipNsg, D. E., Wood, J. (2003). Maintaining oral hydration in olderadults: A systematicreview. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 19-28. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00425.x>
- Hooper, L., Bunn, D., Jimoh, F. O. (2014). Fairweather-Tait SJ. Water-lossdehydrationandaging. Mechanisms of Ageingand Development, 136-137, 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2013.11.009>

- Kıray, Vural, B., Zencir, G., İnci, F. (2018). Üç Farklı Yerleşim Alanında Yaşlıların Beslenme Durumunun İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 1-7. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/513019>
- Mentes, J. (2006). Oral Hydration in Older Adults: Greater awareness is needed in preventing, recognizing, and treating dehydration. *American Journal of Nursing*, 106(6), 40-50. <https://doi.org/10.1097/00000446-200606000-00023>
- Mistura, L., D'Addezio, L., Turrini, A. (2016). Beverage Consumption Habits in Italian Population: Association with Total Water Intake and Energy Intake. *Nutrients*, 8(11), 674. <https://doi.org/10.3390/nu8110674>
- Miller, HJ. (2015). Dehydration in the Older Adult. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(9), 8-13. <https://doi.org/10.3928/00989134-20150814-02>
- Mercanlıgil, Seyit M. (2008). Yaşlılıkta Beslenme Desteği. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 35(2), 63-72.
- Lochs H., Allison S. P., Meier R., Pirlich M., Kondrup J., Schneider S., Pichard C. (2006). Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology, Definitions and General Topics. *Clinical Nutrition*, 25(2), 180-186. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2006.02.007>
- Özgüneş, G. (2013). Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Beslenme Durumunun Taranması: Tarama Testleri Kıyaslaması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Pekcan, G. (2008). Beslenme Durumunun Saptanması. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yayın No: 726 ISBN:978-975-590-242-5 Baskı: Klasmat Matbaacılık Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/A%2014.pdf>
- Rubino M., Jin J., Gramlich L. (2020). Nutritional Assessment in Adults. İçinde *Encyclopedia of Gastroenterology* (2nd., pp. 709-716). <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.66042-7>
- Saka, B., Kaya, O., Ozturk, G. B., Erten, N., & Karan, M. A. (2010). Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatrics syndromes. *Clinical Nutrition*, 29 (6), 745-748. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.04.006>
- Saruhan, S., Pekcan, G. (2001). Yaşlılarda Antropometrik Yöntemlerle Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi, Boy Uzunluğu ve Vücut Ağırlığının Saptanmasında Denklemler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 30(2), 32-41.
- Sobotka L., Schneider SM., Berner YN., Cederholm T., Krznaric Z., Shenkin A. et al. (2009). ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Geriatrics. *Clinical Nutrition*, 28(4), 461-466. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2009.04.004>
- Streicher, M., Themessl-Huber, M., Schindler, K., Sieber, C. C., Hiesmayr, M., & Volkert, D. (2017). Who receives oral nutritional supplements in nursing homes? Results from the nutrition day project. *Clinical Nutrition*, 36(5), 1360-1371. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.09.005>
- Tulukçu, G. (2019). Adana İli'nde İki Farklı Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Malnutrisyon Durumunun Tarama Testleri ile Belirlenmesi [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi
- TR Beslenme Raporu. (2015). Yaşlılık Döneminde Beslenme. Geriatri Derneği. Eğitim Serisi No.1 <http://gidabilgi.com/Kategori/Detay/yaslilik-doneminde-beslenme-02c5bf> www.beslenme.gov.tr
- Volkert D., Beck, A.M., Cederholm T., Cruz-Jentoft A., Goisser S., Hooper L, et al. (2019). ESPEN Guideline on Clinical Nutrition and Hydration in Geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10-47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>
- Üstündağ, H. (2001). Total Parenteral Beslenme. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 5(1), 41-43.
- Yabancı, N., Akdevelioğlu, Y., Rakıcıoğlu, N. (2012). Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(2), 128-135.
- Yentür, E. (2011). Beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Klinik Gelişim Dergisi*, 24(1), 1-4.
- Yeşildemir, Ö., Tek, N.A. (2018). Enteral Beslenme Desteği: Farklı Geriatrik Hastalıklarda Endikasyonlar, Uygulama Yolu ve Ürün Tercihi. *Türkiye Klinikleri Journal Health Science*, 3(1), 71-9.

EXTENDED ABSTRACT

Most of the diseases and health problems usually cause by unbalanced nutrition and malnutrition (Ardahan& Baz, 2016). Malnutrition has been described as an imbalance between intake and a requirement that causes an alteration in a person's metabolism, compromises function and brings on a loss of body mass (Martin et al., 2015). Malnutrition is a nutritional condition in which a deficiency or excess (or imbalance) of energy, protein, and other nutrients causes measurable adverse effects on tissue/body form (body shape, size and composition) and function, and clinical outcome. (Lochs et al., 2006).

Nutritional status in elderly individuals is affected by many factors. (Vural et al., 2018). These factors change in the body during the ageing process, chronic diseases, drugs used, physical, psychological, social and economic condition (Aksoydan, 2008). Evaluation of nutritional status is important for identifying and managing people at high risk of disease and death (Rubino et al., 2020). Proper assessment of nutritional status is an integral part of early detection of malnutrition, identifying risks and causes of possible nutrient deficiencies, preparing action plans to improve patients' nutritional status, and evaluating effects on dietary interventions. (Martin et al., 2015).

Evaluation of Nutritional Status in the Elderly

There are many ways to assess nutritional status in older people:

- *Malnutrition Risk Screenings*
- *Anthropometric Measurements*
- *Laboratory Findings*

Nutrition Methods

Nutritional support treatment should be planned for patients whose malnutrition or malnutrition risk is determined as a result of screening and evaluations. In nutritional support treatment, if elderly individuals have oral intake, oral intake is supported in cooperation with a dietician and oral supplements are given (Ardahan& Baz, 2016). If the enteral support were insufficient, enteral and parenteral mixture or parenteral nutrition routes can be used, respectively (Tek &Yeşildemir, 2018). Enteral nutrition, starting from the mouth to the jejunum; It can be performed directly, with a tube, percutaneous intervention or surgical technique (Gülseven&Gürkan, 2013). 'Total parenteral nutrition (hyperalimentation) is a method used to meet the needs of patients who are not able to take nutrients from the gastrointestinal tract'' (Üstündağ, 2001, p. 41). ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) guidelines on enteral nutrition in geriatrics recommend the use of oral nutritional supplements in patients who are malnourished or at risk of malnutrition in order to increase energy and nutrient intake and to improve or maintain nutritional status (Streicher et al., 2017). Oral nutritional supplements were given tube feeding via nasogastric or percutaneous tubes (Lochs et al., 2006).

Many older individuals have cognitive deficits or other mental disorders that can increase the risk of temporary confusion during physical illnesses. In such cases, the nasogastric tubes may remove by the patient accidentally. In addition, age-related changes in the gastrointestinal tract should not be ignored, especially in critical illnesses and the efficiency of nutrient absorption. Therefore, oral / enteral and parenteral nutrition are not mutually exclusive and complement each other (Sobotka et al., 2009).

Since adequate and proper nutrition of the elderly are effective in increasing the living standards and prevention of diseases, the nutritional status of them should be evaluated regularly (Yabancı et al., 2012). There are guidelines developed on nutrition in the elderly:

1. "ESPEN Guide on Clinical Nutrition and Hydration in the Elderly" developed by the European Society of Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) in 2019
2. "ASPEN and ESPEN Guidelines" developed in 2019 by the American Parenteral and Enteral Nutrition Association (ASPEN), the American Nutrition and Metabolism Definitions Association of the Academy of Nutrition and Dietetics
3. "Nice Guide on Nutrition Recommendations" developed by the British Geriatrics Society in 2009
4. "Clinical Practice Nutrition Guidelines on Nutrition in the Elderly" developed by the Hartford Geriatric Nursing Institute in 2008

Fluid Loss in the Elderly

There is no definitive definition for dehydration in the elderly. While dehydration is defined as faster weight loss of more than 3% of body weight, biochemically, dehydration is usually defined as serum sodium equal to or greater than 148 mmol / L and / or blood urea nitrogen (BUN) ratio greater than 25. is defined as the situation in which it equals (Hodgkinson et al., 2003). Insufficient fluid intake in the elderly results in dehydration (Güleç, 2013). There are some symptoms that can help detect fluid loss. There may be symptoms such as decreased cell volume, confusion, headache, drowsiness, dizziness, dry wrinkled skin, and / or reduced skin turgor. Fluid loss can be defined by reduction in fluid excretion, dry lips, decreased salivary secretion, dry eyes, dry armpit or palm, low blood volume, slow capillary filling, low blood pressure, weak pulse,

fast heartbeat or orthostatic hypotension. (Hooper et al.,2014).

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

Physiological changes and diseases seen in the elderly population, which is increasing day by day both in the world and in our country, affect the nutrition and health status of the elderly. Instead of a method to maintain or improve the nutritional status of the elderly, to support adequate nutrition and fluid status, it is recommended to use several methods together, and to carry out more detailed studies at national level. Diagnosing nutritional interventions in elderly individuals as a multidisciplinary team, periodically evaluating their nutrition and health status, and monitoring body weight to monitor fluid loss levels are important in the treatment of malnutrition and fluid loss. With this article, knowing up-to-date guideline recommendations for nurses providing care at every stage of life will speed up the implementation of these recommendations into clinical practice. In line with the recommendations in this guide published with the nutritional and fluid status of the elderly, it will be useful to review patient care and clinical practices.