

# Yaşlılarda Beslenme Sağlığını Etkileyen Faktörler: Balıkesir İli Göçmen Konutları Beldesi Örneği

- Suzan SÖNMEZ\*
- Prof.Dr. Ayla Bayık TEMEL\*\*
- Arş.Gör. Bilgin Kıray VURAL\*\*

## Özet

### Amaç

Araştırma, yaşlılarda beslenme risk düzeyini ve beslenmeyi etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yürütülmüştür.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı araştırma, 01 Aralık 2005 – 01 Nisan 2006 tarihleri arasında yürütülmüş olup, araştırmanın evrenini Balıkesir Göçmen Konutları beldesinde yaşayan 60 yaş ve üstü 167 yaşlı birey oluşturmuştur. Olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen, gönüllü 65 kadın ve 65 erkek araştırma kapsamına alınmıştır.

Veriler bir araştırmacı tarafından ev ziyaretleri yapılarak yüz yüze görüşme yolu ile toplanmış, yaşlıların boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak, yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini, genel sağlık durumunu, beslenme ve sağlık alışkanlıklarını, sosyal destek durumunu belirlemeye yönelik 48 soruluk anket formu kullanılmıştır. Ayrıca beslenme risk düzeyinin belirlenmesinde "Beslenme Sağlığını Belirle" kontrol listesinden yararlanılmıştır. Bu listeye göre toplam puanı 0-2 arasında olanlar iyi, 3-5 arasında olanlar orta derecede riskli, 6 ve üzeri olanlar yüksek derecede beslenme riski olan yaşlılar olarak değerlendirilmiştir.

### Bulgular ve Sonuç

Yaşlıların %29.2'si 60-64 yaş grubundadır, %36.2'si okur-yazardır, %66.2'si evlidir ve %22.3'ü yalnız yaşamaktadır. Yaşlıların sağlık sorunları nedeniyle %33.8'inin diyet uyguladığı, %40.0'inin öğün saatlerini önemsemediği, %25.4'ünün bazen yemek yaptığı belirlenmiştir. "Beslenme Sağlığını Belirle" kontrol listesine göre yaşlıların beslenme risk düzeyi açısından %19.5'ünün iyi, %40.7'sinin orta, %39.8'inin yüksek risk taşıdığı saptanmıştır. Erkeklerin kadınlara, ileri yaştaki yaşlıların genç yaşlılara, dulların evli olanlara, çocuğu olmayanların çocuk sahibi olanlara, gelir durumu kötü olanların iyi olanlara, hiç dişi olmayanların dişi olanlara veya protez kullananlara ve her gün düzenli ilaç kullananların, aralıklı ilaç kullananlara veya hiç ilaç kullanmayanlara göre beslenme risk düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Yaşlılık, beslenme düzeyi, beslenme sağlık riskleri

## Abstract

### Factors Affecting Nutrition Health of the Elderly: The Sample of "Göçmen Konutları Beldesi in Balıkesir"

#### Purpose:

The purpose of this research is to analyse nutritional risk level and the factors affecting nutrition of the elderly.

#### Methods:

The descriptive research was carried out between 01 December 2005 and 1 April 2006. The population of the study was consisted of 167 elderly at and over the age of 60 who lived in Immigrant Settlement area of, Balıkesir province. The sample of the research was consisted of 130 volunteered elderly (65 women, 65 men) who were selected with nonprobability sampling technique.

The data were collected through face-to-face interview by a researcher during home visits and height and weight of the elderly were measured. A questionnaire form, was used in order to collect data on socio-demographic characteristics, general health status, eating and health habits, social support status. In addition "Determine Your Nutritional Health" checklist was used as data collection instrument to evaluate. According to this list, the ones whose total score is between 0 and 2, between 3 and 5, and is 6 and above are considered to be good, at medium level of risk and at high level of nutritional risk, respectively.

#### Findings And Results

According to the study results, 29.2% of the elderly were in 60 - 64 age group, 36.2% were literate, 66.2% were married and 22.3% were living alone. It was found out that 33.8% were on a diet due to health reasons, 40.0% pastover the meal times of meals, 25.4% cooked meals sometimes. According to "Determine Your Nutritional Health-Checklist", nutritional level of 19.5% of the elderly was good, 40.7% were at medium level and 39.8% were at high level of nutritional risk.

It was found out that nutritional risk was higher in men than women, in the ones at older ages than the ones at younger ages, in widowed ones than the married ones, in ones without children than the ones with children, in ones with a bad level of income than the ones with a good level of income, in the ones with no teeth than the ones with teeth or with dental prothesis and in the ones taking their medicine regularly everyday than the ones who take medicine with intervals or the ones who do not take any medicines.

It was found out that sex, age, marital status, having children, income, teeth health and medicine taking were the factors affecting the level of the elderly people.

**Key words:** Elderly, nutritional status, nutritional health risks.

\*Eczacıbaşı İlaç Firması

\*\*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği AD.

## Giriş

Yaşlanma her canlıda görülen tüm işlevlerde azalmaya neden olan, süregelen ve evrensel bir süreç olarak tanımlanabilir (Parlar 2006). Yaşlanma hem kronolojik hem de biyolojik bir olgudur. Doğumla başlayan yaşam döngüsü ölüme değin sürer. İnsan organizması bu döngünün her aşamasında değişiklikler gösterir (Koçar 2002). Son yüzyılda ortalama yaşam süresinin uzaması ile yaşlı nüfusun oranı giderek artmıştır. Ülkemizde 2000 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 69.1 yıla, 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı da Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2003) verilerine göre yaklaşık %6.9'a ulaşmıştır (Gözüm 2002, TNSA-2003)). Birleşmiş Milletlerin istatistiklerine göre, 2050 yılında Türkiye nüfusu 100.664.000 olacaktır (Kutsal Y.G 2005). Bu nüfus içinde yaşlıların oranı da artacaktır.

Yaşlılığın başlangıcını fizyolojik olarak belirlemek güçtür, psikolojik olarak ise olanaksızdır (Koçar 2002). Yaşlılar için sağlıklı yaşam ilkeleri; sağlıklı beslenme ve boşaltım, düzenli fizik egzersiz, sigara içilmemesi, yeterli uyku ve dinlenme, uygun konut, çevre ve stres ile baş edebilmedir. Sağlıklı yaşam ilkeleri, yaşlının optimum sağlık düzeyine ulaşmasını sağlamanın yanı sıra yaşlıyı birçok hastalıktan da koruyacaktır (Gözüm 2002).

Yaşlıların iyi beslenme düzeyine sahip olması, hem kendisi hem de toplum sağlığı açısından yarar sağlar. İyi beslenme yaşlıların çoğunluğunun enerjik, mutlu ve bağımsız bir yaşam sürmesini kolaylaştırır (Rakıcıoğlu 2002).

Sağlıklı, mutlu ve dinç bir yaşlılık için, çocukluktan beri uygulanmış yeterli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir. Yaşlı beslenmesinde diyet, yaşlının alışkanlıklarına, gereksinimlerine uygun, yaşamın devamlılığını sağlayacak, hastalık oluşumunu ve varsa hastalığın ilerlemesini önleyecek biçimde planlanmalıdır (Şanlıer, Arlı 1998). Yaşlanma süreciyle beden bileşimi ve organların işlevlerinde oluşan değişiklikler yaşlının besin alımı, besin öğelerinin sindirimi ve metabolizmasını etkilemekte ve sağlık sorunlarının ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (Baysal 2003).

Fizyolojik olarak tat ve koku duyusunun azalması, eksik diş ve tüm dişlerin eksikliği, takma diş kullanma, sindirim sularında azalma, kan dolaşımının yavaşlaması ve alışkanlıklar, yaşlılıkta beslenmeyi etkileyen bazı faktörlerdir. Tükürük salgısının, gastrik hareketlerin ve enzim üretiminin azalması nedeniyle çiğneme ve sindirim sorunları da, yaşlılarda beslenme sorunları arasındadır (Karadakovan 2002, Khorshid 1996, Rakıcıoğlu 2002).

Sosyal olarak yalnız yaşayan yaşlı bireylerin, psikolojik sorunları yanı sıra hazır yiyecekleri seçmesi, alışverişlerini yapamamaları, besinlerini hazırlayamamaları ve sürekli ilaç kullanmaları beslenme problemlerine neden olurken, fiziksel aktivitenin tamamen azalması ve yaşlıların birbirlerine bağımlı olarak yaşamaları beslenme sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Karadakovan 2002, Yabancı 2005). Yalnız yaşayan birçok yaşlı yenmesi ve hazırlanması kolay, ucuz yiyeceklerle beslenme eğilimi göstermektedirler. Yaşlıların beslenme düzenleri ve belirli besin öğelerini tüketme davranışlarında, yaşam biçimlerinin de etkili olduğu görülmüştür (Atilla, Egemen 1991). Ayrıca yaşlanmaya bağlı olarak yaşlılarda kalp-damar, solunum, üreme ve boşaltım, mide barsak, kas iskelet, sinir, immün sistemler ve beş duyu ile ilgili değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Karadakovan 2002, Güzey 1992). Bu durumların da beslenme düzeyini ve davranışlarını etkileyeceği açıktır.

Yaşlı kişilerin beslenme alışkanlıklarını değiştirmek oldukça zordur. Alıştığı ve sevdiği şekilde yemek yeme yaşlının en büyük zevklerinden biri, hatta en başta gelenidir. Bütün bunlar göz önüne alınırsa, uygun beslenme biçimi, programlı ve planlı olması gereken bir öğretim konusudur. Uygun bir beslenme ve yaşam biçimiyle, bedenin savunma sistemini güçlendirecek başarılı yaşlanma sağlanabilir (Baysal 2003).

Madrid'de 2002 yılında gerçekleşen "Uluslararası Yaşlanma Asamblesi" Eylem Planında "bütün yaşlılar için gıda maddelerine ulaşım ve yeterli beslenmenin sağlanması" hedeflerden biri olup, Türkiye'nin de içinde bulunduğu ülkeler tarafından kabul edilmiş ve yaşlıların beslenme ve

sağlık durumunun iyileştirilmesine yönelik projeler başlatılmıştır (Esen 2006).

Yaşlıların sağlıklı bir şekilde beslenmeleri, hem kendi sağlıkları hem de toplum sağlığı açısından büyük yararlar sağlamaktadır. Bu nedenle yaşlılarda beslenme düzeyinin ve beslenme sağlığı riskinin ve beslenmeyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Yaşlıların beslenme düzeylerini saptamak için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, beslenme riskini belirlemek amacıyla Mini-Nutritional Assessment (MNA) kontrol listesi kullanılmış olup evde yaşayan yaşlılarda yetersiz beslenme (<17) oranı %5.6 olarak saptanmıştır (Küçükerdönmez 2002). Bu çalışmada kullanılmış olan "Determine Your Nutritional Health" Checklist (NSI Checklist) "Beslenme Sağlığını Belirle" kontrol listesi son yıllarda bu amaçla yararlanılan araçlardan birisidir (Charney 2005, Bobroff 2006, Kuczmarski, Teresa 2006, Clarke 1993).

Gerek kamu kuruluşlarında, gerekse kendi ev ortamında yaşayan yaşlıların beslenme düzeylerinin ve risklerinin saptanması, sağlığın sürdürülmesinde yaşlı gruba hizmet veren hemşireler için de önemli bir rol ve sorumluluktur. Beslenme risk düzeyinin saptanması hemşirelere ve aile yakınlarına uyarı niteliği taşıdığı için, malnutrisyon riskinin erken tanısını da sağlar. Bu doğrultuda sorunlar saptanabilir ve toplumsal çabalara yönelebilir.

### **Amaç**

Bu araştırma 60 yaş ve üstü yaşlı bireylerin beslenme sağlığı açısından beslenme risk düzeyini değerlendirmek ve etkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

### **Gereç ve Yöntem**

Tanımlayıcı alan araştırması, 01 Aralık 2005 – 01 Nisan 2006 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırma Grubu: Araştırmanın evrenini, Balıkesir İl'inde Göçmen Konutları Beldesi'nde yaşayan 60 yaş ve üstü 167 yaşlı oluşmuştur. Olasılıksız örneklem yöntemi ile araştırmaya katılmaya gönüllü 65 kadın ve 65 erkek araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 16 yaşlı ve

araştırmanın veri toplama sürecinde evlerinde bulunmayan 21 yaşlı araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırma grubunun tümü Bulgaristan'dan göç ederek, bölgeye yerleşmiş yaşlılardır. Araştırmacılardan birinin bu etnik özelliğe sahip olması, yaşlılara ulaşmada kolaylık sağlamıştır.

**Veri Toplama Araçları:** Veri toplama aracı olarak; yaşlıların sosyo-demografik özelliklerini (11 soru), genel sağlık durumunu (11 soru), beslenme ve sağlık alışkanlıklarını (25 soru), sosyal destek durumunu (1 soru) belirlemeye yönelik anket formundan yararlanılmıştır. Ayrıca beslenme sağlık risk düzeyinin belirlenmesinde "Beslenme Sağlığını Belirle" kontrol listesi (Determine Your Nutritional Health-Checklist) (10 soru) kullanılmıştır. Bu kontrol listesi Amerikan Diyetisyenler Derneği, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi ve Ulusal Yaşlılık Konseyi işbirliği ile geliştirilmiştir (Kuczmarski, Teresa 2006, Clarke 1993, Charney 2005). Bu araç beslenme düzeyine ilişkin farkındalığı, beslenme sağlık düzeyini ortaya koymaktadır, klinik tanı aracı değildir, ancak algılanan beslenme sağlığının ve önerilen diyeti yeterince almayan bireylerin belirlenmesinde yararlanılmaktadır. Kontrol listesinin maddelerine "evet" yanıtının verilmesi durumunda puan kazanılır. Evet yanıtı verilmesi durumunda 1. maddeye; 2 puan, 2.maddeye; 3 puan, 3.maddeye; 2 puan, 4.maddeye; 2 puan, 5.maddeye; 2 puan, 6.maddeye; 4 puan, 7.maddeye; 1 puan, 8.maddeye; 1 puan, 9.maddeye; 2 puan, 10.maddeye; 2 puan verilerek beslenme risk puanı hesaplanır. Bu listeye göre, beslenme sağlık risk düzeyi açısından toplam puanı 0-2 arasında alanlar iyi, 3-5 arasında alanlar orta derecede riskli, 6 ve üzeri puan alanlar da yüksek derecede beslenme riski olan bireyler olarak değerlendirilirler (Beck, Ovesen, Osler 1999, Bobroff 2006, Kuczmarski, Teresa 2006, Clarke 1993, Charney 2005, <http://www.geriatricsreviewsyllabus.org.>, [http://classes.kumc.edu/som/.](http://classes.kumc.edu/som/)).

**Veri Toplama Süreci:** Veriler bir araştırmacı tarafından ev ziyareti yapılarak yüz yüze görüşme şeklinde toplanmış, yaşlıların boy ve kilo ölçümleri olabildiğince az giysili olarak alınmıştır.

**Verilerin Analizi:** Araştırmada verilerin istatistik-

sel analizi SPSS 11.5 programında yapılmıştır. Elde edilen bulgular sayı, yüzde, varyans analizi yöntemi ile değerlendirilmiştir.

## Bulgular ve Tartışma

### 1. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Yaşlıların %29.2'si 60-64 yaşlarındadır, %66.2'si evlidir. Yaşlıların %42.3'ü ilkokul üzeri eğitim almıştır. Yaşamını en uzun süre ile kentte geçiren yaşlıların oranı %51.5'tir. Yaşlıların %7.7'sinin sosyal güvencesi yoktur, sosyal güvencesi olanların büyük çoğunluğu (%42.3) SSK kurumuna bağlıdır ve %81.5'inin emekli ödeneği dışında geliri bulunma-

maktadır Yaşlıların %7.7'sinin çocuğu yoktur. Yalnız yaşayan yaşlıların oranı %22.3'tür (Tablo-1).

Yaşlıların desteklenmesi ve korunması aile hayatı açısından oldukça önemlidir. Aile, yaşlıların bakımında birincil ve destek sistemi olarak en büyük öneme sahiptir (Öztop ve Telsiz 2001). Araştırmaya alınan yaşlılara destek olan kişilerin hangi konularda sosyal destek verdiklerini belirtmeleri istenmiştir. Buna göre, kız çocukların ziyaret ederek (%63.8), yemek pişirerek (%70.0), ekonomik olarak (%19.2); erkek çocukların yemek pişirerek (%3.8), ekonomik olarak (%73.8); erkek kardeşin ziyaret ederek

**Tablo-1: Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Yaş	Sayı	Yüzde
60 - 64	38	29.2
65 - 69	30	23.1
70 - 74	29	22.3
75 - 84	22	16.9
85 ve üstü	11	8.5
<b>Medeni durum</b>		
Boşanmış	11	8.5
Dul	33	25.4
Evli	86	66.1
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur - yazar değil	28	21.5
Okur - yazar	47	36.2
İlkokul mezunu	21	16.2
Ortaokul mezunu	28	21.5
Lise mezunu	6	4.6
<b>En uzun yaşadığı yerleşim birimi</b>		
Köy, kasaba, ilçe	63	48.5
Kent	67	51.5
<b>Sosyal güvence</b>		
Emekli sandığı	22	16.9
SSK	55	42.3
Bağkur	19	14.6
Yeşil kart	24	18.5
Sosyal güvence yok	10	7.7
<b>Çocuk sahibi olma durumu</b>		
Hiç çocuğu olmayan	10	7.7
Çocuğu olan	120	92.3
<b>Birlikte yaşadığı kişiler</b>		
Eş	44	33.8
Eş ve çocuklar	50	38.5
Akraba-arkadaş	7	5.4
Yalnız yaşayan	29	22.3
<b>TOPLAM</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

(%63.1), ekonomik olarak (%13.8); kız kardeşin ziyaret ederek (% 55.4), yemek pişirerek (%14.6); arkadaşların ziyaret ederek (%68.5); komşuların ziyaret ederek (%80.0), yemek pişirerek (%38.5) destek verdikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar, beklenen bir durum olarak toplumsal cinsiyet rollerinde kadınların besin hazırlamada erkeklere göre etkin olduklarını göstermiştir. Çalışmada yaşlıların beslenmesinde sosyal destek açısından ailelerin, akrabaların, arkadaşların ve komşuların büyük bir bölümünün yaşlılara destek vermesi, grubun etnik özelliklerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Ancak, toplumsal ve aile dinamiklerindeki değişimler nedeniyle sosyal destek kaynaklarının ve yaşlı bireyler için toplum destek hizmetlerinin önemi burada açıkça fark edilmektedir.

## 2. Yaşlıların Genel Sağlık Durumu

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %75.4'ü herhangi bir sağlık sorunu olduğunu, ve bu nedenle %33.8'i de diyet uyguladığını belirtmiştir. Çekal'in üç huzurevinde yaptığı araştırmada, yaşlıların %75.4'ünün herhangi bir hastalığı olduğu ve %28.9'unun diyet yaptığı saptanmıştır (Çekal 2003). Arlı ve arkadaşları da yaptıkları araştırmada, yaşlıların % 77.8'inin herhangi bir sağlık sorunu olduğunu belirlemişlerdir (Arlı ve ark.2003). Sonuçlar bu araştırmayla benzerdir. Özbayır ve Dramalı yürüttükleri çalışmada, yaşlıların %68.0'inin, Eşer ise %47.0'sinin kronik hastalık nedeniyle diyet uyguladığını saptamışlardır (Dramalı, Özbayır 1992, Eşer 1998). Bu araştırmada ise; yaşlıların büyük çoğunluğunun sağlık sorunu olmasına rağmen diyet uygulamadığı görülmektedir. Diyet uygulama yüzdelerindeki farklılığın çalışma gruplarının eğitim düzeyleri, hastalıklarının türü, şiddeti yanı sıra hastalıkla baş etmede özbakım bilgi ve becerilerinin yetersizliğinden kaynaklanmış olacağı düşünülmüştür.

Araştırmaya katılan yaşlıların, %83.8'inin görme, %33.1'inin işitme, %3.8'inin tat alma probleminin olduğu belirlenmiştir (Tablo-2). Yürütülen farklı bir çalışmada yaşlılarda görme problemi %71.0, işitme problemi %57.0 oranındadır (Ekici, Özdemir 2003).

Bu sorunların yaşlılarda beslenmeyi etkileyen faktörler olduğu bilinmektedir (Baysal 1989).

Yaşlıların, %73.1'i iştah durumunu iyi, %20.0'si kötü olarak nitelendirmektedir. Eşer'in çalışmasında benzer oranda yaşlıların %72.0'sinin iştahının iyi olduğunu saptamıştır (Eşer 1998). Yaşlıların %26.9'u ara sıra konstipasyon sorunu yaşadığını, %20.0'si iki-üç günde bir boşaltımını gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Yaşlıların yemeklerden sonra %5.4'ünün sürekli, %39.2'sinin ise genellikle gaz sorunu yaşadığı saptanmıştır. Yaşlılıkta hareketsiz yaşam, posasız beslenme alışkanlıkları ve mide barsak sistemi bozuklukları nedeniyle konstipasyon yaygındır (Bayık 2005).

Yaşlıların %56.9'u her gün ilaç almakta, %6.9'u doğal vitaminler dışında vitamin desteği almaktadır. Yapılan bir çalışmada yaşlıların %25.0'inin günde iki, %23.3'ünün beş ve daha fazla ilaç aldığı belirlenmiştir (Tosun, Akbayrak 2002). Yaşlılarda fiziksel sağlık sorunları yaygındır. Ancak sağlık personelinin iyi öykü almadan bu sorunların çözümünde çoklu ilaç önerme yaklaşımı, yaşlı sağlığını olumsuz etkileyecek fark edilmemiş önemli bir sorundur.

Yaşlılar vücut yapısı bakımından değerlendirildiğinde; vücut yapısı açısından beden kitle indeksine göre %39.2'sinin normal, %45.4'ünün hafif şişman olduğu belirlenmiştir. Dramalı ve Özbayır yürüttükleri çalışmalarında yaşlıların %25.0'ini, Atilla ve Egemen ise başka bir araştırmada %32.0'sini hafif şişman olarak bulmuşlardır (Dramalı, Özbayır 1992, Atilla, Egemen 1991).

Yaşlılarda besleme durumunu etkileyen bir başka etmen de diş kaybıdır. Takma diş, yaşlıların taze sebze, meyve ve et tüketimini azaltırken bu besinlerin yetersiz tüketilmesi vitamin C, folik asit, β-karoten yetersizliklerine neden olmaktadır (Yabancı 2005). Çalışmada yaşlıların %14.6'sı sağlıklı ve kendi dişleri olduğunu, %45.4'ü eksik dişlerinin olduğunu, %34.6'sı protez kullandığını belirtmişlerdir. (Tablo-2). Araştırmadaki bulgulara göre yaşlıların diş bakımını önemsemedikleri veya ekonomik yetersizlik nedeniyle ihmal ettikleri düşünülmüştür.

**Tablo-2: Yaşlıların beslenme düzeyini etkileyen sağlık yakınmalarının dağılımları**

	Sayı	Yüzde
<b>Sağlık Yakınmaları *</b>		
Önemli sağlık sorunu olan	98	75.4
Sağlık sorunu nedeniyle diyet uygulayan	44	33.8
Sağlık sorunu nedeniyle ilaç alanlar	110	84.6
Görme problemi olan	109	83.8
İşitme problemi olan	43	33.1
Tat alma problemi olan	5	3.8
İştahsızlık	26	20.0
Aşırı iştahlılık	9	6.9
Konstipasyon sorunu olan	62	47.7
Yemeklerden sonra gaz şikayeti olan	109	83.8
Zayıf olan	10	7.7
Hafif şişman olan	59	45.4
Şişman olan	10	7.7
<b>Dişlerin durumu **</b>		
Sağlıklı ve kendi dişleri	19	14.6
Eksik dişleri var	59	45.4
Protez	45	34.6
Hiç dişi yok	7	5.4
<b>TOPLAM</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

\*Satır yüzdesi alınmıştır.

\*\*Kolon yüzdesi alınmıştır.

### 3. Yaşlılarda Sağlıklı Yaşam Davranışları

Yaşlıların spor yapma alışkanlıkları incelendiğinde, %58.5'inin egzersiz yaptığı saptanmıştır. Buna göre yaşlıların %23.1'i her gün, %28.5'i haftada üç beş kez yürüyüş yapmaktadır. Düzenli egzersizin koroner arter hastalığı riskini azalttığı, kan basıncını düzenlediği, yaşlanmayı geciktirdiği ve yaşam süresini uzattığı kabul edilmektedir (Yabancı 2005). Yaşlılar arasında egzersiz yapma davranışının yaygınlığı olumlu ve iyi bir özbakımdır.

Araştırmada yaşlıların sigara/alkol içme gibi olumsuz alışkanlıkları incelendiğinde, %21.5'inin sadece sigara kullandığı, %10.0'unun sadece alkol kullandığı saptanmış olup, her ikisini de kullananların oranı %18.5'dir. Sigara içen yaşlıların %33.8'inin günde bir paket sigara içtiği, yirmi yıl ve üzerinde sigara içenlerin oranının %36.2 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan yaşlıların %84.6'inin hiç alkol kullanmadığı, yalnızca %15.4'inin her gün yemekten önce veya sonra alkol kullandığı saptanmıştır. Yılmaz ve Gürdağ'ın çalışmasında, yaşlıların %32.0'sinin devamlı sigara

kullandığı, %46.0'sinin günde bir-iki paket sigara içtiği, %9.0'unun devamlı alkol kullandığı belirlenmiştir (Yılmaz, Gürdağ 1982). Sigara içme alkole göre daha yaygın bulunmuştur.

### 4. Yaşlıların Beslenme Algısı ve Beslenme Alışkanlıkları

Araştırmaya katılan yaşlılara "yemek yemek size ne anlam ifade ediyor?" sorusu yöneltildiğinde; %28.5'i "vücudun gereksinimidir", %8.5'i "mutluluk kaynağıdır", %36.9'u "sağlıklı olmaktır", %26.2'si ise "hiçbir anlam ifade etmiyor" yanıtlarını vermişlerdir. Bu açıklamalara göre yaşlıların büyük çoğunluğunun beslenmenin sağlık için önemini farkında olduğu, az bir oranın ise (%8.5) bu fizyolojik gereksinimi bir mutluluk duygusu olarak da algıladığı ve önemsedığı fark edilmiştir. Yaşlıların dörtte biri için yemek yemenin hiçbir anlam ifade etmemesi, bu grubun beslenme düzeyi açısından riskli olabileceğini düşündürmüştür.

Yaşlılara daha iyi beslenmeleri için devlet, belediye veya özel sektörden beklentileri olup olmadığı sorulmuştur. Yaşlıların %54.6'sı gıda

**Tablo-3: Yaşlıların beslenme alışkanlıklarına göre dağılımı**

Beslenme Alışkanlıkları	Sayı	Yüzde
<b>Beslenme saatlerine uyma durumları</b>		
Öğünlerini saatinde yiyenler	28	21.6
Öğün saatlerine uymakta zorlananlar	51	39.2
Öğün saatlerini önemsemeyenler	51	39.2
<b>Yemekleri tercih şekilleri</b>		
Tuzlu,acı ve baharatlı	10	7.7
Tuzsuz ,acı ve baharatı az	13	10.0
Sulu ve bol sebzeli	49	37.7
Katı, kızartma ve hamur işleri	2	1.5
Bol etli	40	30.8
Diğer	16	12.3
<b>Et ve et ürünlerini tüketme sıklığı</b>		
Her gün	32	24.6
Haftada 1-2 kez	58	44.6
Haftada 3-4 kez	32	24.6
Ayda 1-2 kez	8	6.2
<b>Tercih edilen et türü</b>		
Sadece beyaz et (tavuk,balık vb.)	50	38.5
Sadece kırmızı et türleri	15	11.5
Beyaz ve kırmızı etin her ikisi	65	50.0
<b>TOPLAM</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

yardımı yapılmasını, %13.8'i aş evleri açılmasını, %1.5'i para yardımı yapılması, %30.0'u ise hiçbir yardım istemediklerini ifade etmişlerdir. Beslenme düzeyinin geliştirilmesinde, yaşlıların gereksinimlerine yönelik bu görüşlerinin, önerilerinin ve beklentilerinin ülkemizde devlet politikalarında ve yerel yönetim hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesinde yararlı olacağı düşünülmüştür. Bu eksiklikler fark edilen, hissedilen ancak henüz gerçekleştirilmemiş hizmetlerdir.

Yemeklerinde yaşlıların %7.7'sinin tuzlu, acı ve baharatlı, %37.7'sinin sulu ve bol sebzeli, %30.8'inin bol etli yemek çeşitlerini tercih ettiği belirlenmiştir. Et ve et ürünlerinin tüketim sıklığı incelendiğinde yüzde %24.6'sının et ve et ürünlerini her gün yemeğe dikkat ettiği, %44.6'nın haftada bir veya iki defa yemeğe önem verdiği saptanmıştır. Eşer'in araştırmasında her gün et tüketen yaşlıların oranı (%16.0) oldukça düşüktür (Eşer 1998). Yaşlıların %38.5'inin sadece beyaz et (tavuk, balık vb) tükettiği, %11.5'inin salam, sosis ve sucuk türlerini tükettiği, %50.0'sinin ise beyaz ve kırmızı etin her ikisine de yemeklerinde yer verdiği belirlenmiştir.

Yaşlılıkla birlikte alınan besinlerin mide ve barsaklardan atılma süresi yavaşlar, asit salgısı azalır. Yaşla safra kesesinde taş oluşumu artar, yağlı besinlerin sindirimi güçleşir. Böbrek işlevlerinde azalma olur. Aşırı proteinli gıdalar ve tuz böbreklerin yükünü arttıracığından yaşlıların bu tür gıdaları çok tüketmemeleri önerilir (Bayık 2005).

### 5. Yaşlılarda Beslenme Düzeyini Belirleme Durumu

Araştırmada yaşlıların beslenme sağlık risk düzeyi belirleme durumları değerlendirilmiştir. Buna göre yaşlıların %55.4'ünün yediği yiyeceğin türünü/miktarını etkileyen bir hastalığı olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların %3.1'i günde iki öğünden daha az yemek yemektedir. Yaşlılar beslenme yetersizliğine karşı duyarlıdırlar ve yetersiz-dengesiz beslendiklerinde sağlıkları hızla bozulur (Boyacıoğlu 2005). Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %74.6'sının günde üç-dört öğün, %22.3'ünün ise günde dört öğünden fazla yemek yediği saptanmıştır. Az ve sık yemek yemek, birçok kronik hastalığın tedavisinde

önemlidir. Kan şekerinin düzenlenmesinde, şişmanlığın ve kalp-damar hastalıklarının tedavisinde öğün sayısının artırılması önerilir (Yabancı 2005). Yaşlıların %21.5'inin öğünlerini saatinde yediği, %38.5'inin öğün saatlerine uymakta zorlandığı, %40.0'inin öğün saatlerini önemsemediği saptanmıştır. Katılımcıların %39.2'si beslenme saatleri dışında ara öğünlerinin olduğunu bildirmişlerdir. Sonuçlar yaşlıların öğün sıklığının iyi olduğunu ancak öğün saatlerine uymama davranışlarının yaygın olduğunu göstermiştir.

Yaşlıların %24.6'sı sebze, meyve veya süt ürünlerini az yemektedir. Yaşlıların %40.0'inin yemeklerden birkaç saat sonra ara öğün olarak sebze ve meyve yediği, ancak %24.6'sının sebze ve meyve tüketmeye önem vermediği ortaya çıkmıştır. Ayrıca yaşlıların %4.6'sının sadece sabahları süt ve süt ürünleri aldığı saptanmıştır.

Hemen hemen her gün bira, şarap ve benzeri içkiden üç dubleden fazla içtiğini ifade eden yaşlı oranı %15.4'tür. Yaşlıların %54.6'sının yemek yemeyi zorlayan diş veya ağız problemi olduğu, %16.9'unun ihtiyacı olan yiyeceği almakta zorlandığı saptanmıştır.

Yaşlılara, "Çoğu kez yemeklerinizi yalnız mı yersiniz?" sorusu sorulduğunda, %21.5'i "evet" yanıtını vermiştir. Yaşlıların %40.2'sinin aile üyeleri, %28.5'inin eş, %9.8'inin komşu/akrabasıyla birlikte yemek yediği saptanmıştır. Bu araştırmadaki bulgulara benzer olarak Eşer'in çalışmasında yaşlıların %82.0'si yemeğini ailesi veya bir yakını ile birlikte yemektedir (Eşer 1998).

Yaşlıların %23.8'i günde üç ve daha fazla ilaç almaktadır, %10.0'u istemeden son altı ayda kilo almış veya vermiştir.

Bazen alış-veriş yapma, yemek pişirme veya kendini besleme açısından fiziksel olarak güçsüz hissettiğini belirten yaşlı oranı %59.2'dir (Tablo-4). Yaşlıların %25.4'ünün ise bazen yemek yaptığı belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre yaşlıların çoğunun kendi işini görebilecek ve beslenmesini sağlayabilecek kadar fiziksel güce sahip olmadıklarını hissetmesi üzüntü verici ancak yaşlılıkta beklenen

bir durumdur. Burada, toplum destek hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Bu sonuçlara göre yaşlıların beslenme düzeyini etkileyen en yaygın riskler arasında hastalığın varlığı, ağız-diş sağlığı sorunu ve fiziksel güçsüzlük olduğu söylenebilir. Quigley ve Hermann'ın 18.488 kişi üzerinde "Beslenme Sağlığını Belirle" kontrol listesi kullanılarak Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptıkları araştırmada, yaşlıların %69.0'unun yediği yiyeceğin türünü/miktarını etkileyen bir hastalığı olduğu, %16.0'sının günde iki öğünden daha az yemek yediği, %21.0'inin sebze, meyve veya süt ürünlerini az yediği, %1.0'i hemen hemen her gün bira, şarap ve benzeri içkiden üç dubleden fazla içtiği saptanmıştır. Yaşlıların %31.0'nin yemek yemeyi zorlayan diş veya ağız problemi olduğu, %24.0'ünün ihtiyacı olan yiyeceği almakta zorlandığı, %72.0'sinin yalnız yemek yediği, %89.0'unun günde üç ve daha fazla ilaç aldığı, %45.0'inin istemeden son altı ayda kilo alıp veya verdiği, %86.0'sinin bazen alış-veriş yapmanın, yemek pişirme veya kendini besleme açısından fiziksel olarak güçsüz hissettiği saptanmıştır (Quigley, Hermann 2004). Araştırma bulguları ile Quigley ve Hermann'ın çalışma sonuçları karşılaştırıldığında "yiyeceğin türünü/miktarını etkileyen bir hastalığı olması" risk faktörü açısından benzer bulunmuştur. İki grupta saptanan risk farklılıklarının ise her iki gruptaki yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma olanakları, sağlık sorunlarının türleri, yaş faktörü, sosyal destek, aile yapıları ve toplumsal özelliklerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada "Beslenme Sağlığını Belirle" Kontrol Listesine göre, 0-2 puan alan %19.5 oranında yaşlının beslenme sağlığı risk düzeyinin iyi olduğu, 3-5 puan alan yaşlının %40.7 oranında orta, 6 ve üzeri puan alan yaşlının ise %39.8 oranında yüksek derecede beslenme riski altında olduğu saptanmıştır. "Beslenme Sağlığını Belirle" Kontrol Listesine göre Groot ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların %11.0'inin beslenme düzeyi iyi, %41.0'inin orta düzeyde risk, %48.0'inin yüksek düzeyde risk altında olduğu bulunmuştur



**Tablo-4:** Yaşlıların “Beslenme Sağlığını Belirle” kontrol listesi maddelerine göre dağılımı

<b>“Beslenme Sağlığını Belirle” Kontrol Listesi</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>1- Yediği yiyeceğin türünü/miktarını değiştirmeyi etkileyen bir hastalığın olması</b>		
Evet (2 puan)	72	55.4
Hayır (0 puan)	58	44.6
<b>2- Günde 2 öğünden daha az yemek yeme</b>		
Evet (3 puan)	4	3.1
Hayır (0 puan)	126	96.9
<b>3- Sebze, meyve veya süt ürünlerini az yeme</b>		
Evet (2 puan)	32	24.6
Hayır (0 puan)	98	75.4
<b>4- Hemen hemen her gün bira, şarap ve benzeri içkiden 3 dubleden fazla içme</b>		
Evet (2 puan)	20	15.4
Hayır (0 puan)	110	84.6
<b>5- Yemek yemede kişiyi zorlayan diş veya ağız sorunları</b>		
Evet (2 puan)	71	54.6
Hayır (0 puan)	59	45.4
<b>6- İhtiyaç olan yiyeceği her zaman satın alma zorluğu</b>		
Evet (4 puan)	22	16.9
Hayır (0 puan)	108	83.1
<b>7- Çoğu kez yemeklerini yalnız yeme</b>		
Evet (1 puan)	28	21.5
Hayır (0 puan)	102	78.5
<b>8- Günde 3 ve daha fazla ilaç alma</b>		
Evet (1 puan)	31	23.8
Hayır (0 puan)	99	76.2
<b>9- İstemediği son 6 ayda kilo alma ya da verme</b>		
Evet (2 puan)	13	10.0
Hayır (0 puan)	117	90.0
<b>10- Bazen alış-veriş yapmak, yemek pişirmek veya kendisini beslemek açısından fiziksel olarak güçsüz hissetme</b>		
Evet (2 puan)	77	59.2
Hayır (0 puan)	53	40.8
<b>Beslenme Sağlığı Risk Düzeyi</b>		
0-2 puan	25	19.5
3-5 puan	53	40.7
6 ve üzeri	52	39.8
<b>TOPLAM</b>	<b>130</b>	<b>100.0</b>

(Groot et al 1998). Danimarka toplumunda yapılan bir araştırmada da “Beslenme Sağlığını Belirle” kontrol listesine göre yaşlıların %29.7’sinin beslenme düzeyi iyi, %51.0’inin orta düzeyde risk, %19.3’ünün ise yüksek düzeyde beslenme sağlık riski altında bulunduğu saptanmıştır (Becket et.al 1999).

Tablo-5’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan erkeklerin beslenme sağlık risk düzeyi puanı, kadınlara göre daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada farklı olarak kadınların erkeklerden iki kat daha fazla risk altında olduğu belirlenmiştir (Quigley, Hermann 2004). Toplumumuzda kadınların kadın rolü olarak

**Tablo 5: Sosyo-demografik özellikleri ile “Beslenme Sağlığını Belirle” kontrol listesi puan ortalamalarının dağılımı**

Sosyo demografikler	n	$\bar{x}$	SD	İstatistik	p
<b>Cinsiyet</b>					
♀Kadın	65	4.38	2.59	t=-2.79	0.006
♂Erkek	65	5.95	3.55		
<b>Yaş</b>					
60-64	38	4.07	2.85	F=8.36	0.000
65-69	30	5.10	2.86		
70-74	29	5.03	3.48		
75-84	22	4.95	3.11		
85 ve üzeri	11	9.90	3.28		
<b>Medeni durum</b>					
Boşanmış	11	5.63	3.23	F=6.218	0.003
Evli	33	6.75	3.34		
Dul	86	4.50	3.07		
<b>Çocuk sahibi olma</b>					
Çocuğu olmayan	10	8.20	2.85	F=3.44	0.001
1 çocuk	17	4.76	3.05		
2 çocuk	62	5.12	3.23		
3 çocuk ve üzeri	41	4.65	3.26		
<b>Gelir durumu</b>					
İyi	41	3.60	2.46	F=17.83	0.000
Orta	78	5.38	3.22		
Kötü	11	9.45	2.06		

besin hazırlama, pişirme alışkanlıkları yanı sıra erkeklere göre daha fazla sosyal iletişimde bulunmaları ve kendi sağlıklarına daha dikkat etmeleri bu sonuçta etkili faktörler olarak düşünülmektedir. Bu sonuç, kadınların sağlık sorunları ve yaş faktörü ile de ilgili olabilir.

Beslenme sağlık düzeyi risk puanı 60-64 yaş grubunda  $4.07 \pm 2.85$ , 85 yaş ve üstü yaşlılarda ise  $9.90 \pm 3.28$ 'dir. Yapılan ileri analizde farkın 85 yaş ve üstü bireylerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu farkın doğrudan yaş faktöründen değil, yaşın ilerlemesiyle birlikte giderek artan fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının artışı, diş kayıpları, ilaç kullanma sıklığının artışı gibi nedenlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Evli yaşlılarda beslenme sağlık risk düzeyi puanı, dul ve boşanmış yaşlılara göre daha düşüktür. Yapılan ileri analizde farkın dul bireylerden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çocuk sahibi olan yaşlılarda beslenme sağlık

risk düzeyi puanı, hiç çocuğu olmayan yaşlılara göre daha düşük bulunmuştur (Tablo 5). Yapılan ileri analizde farkın hiç çocuğu olmayan yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu sonuç çocuksuz yaşlıların beslenme riskinin fazla olduğunu göstermiştir.

Evli çiftlerin fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik açıdan birbirlerini desteklemeleri yanı sıra evli çiftlerin çoğunluğunun çocuk sahibi olması ve sosyal destek olanaklarının olması da beslenme durumlarında destekleyici olumlu faktörler olarak düşünülmüştür.

Beslenme bilgi ve para işidir. Bu çalışmada da gelir durumunu kötü olarak değerlendiren yaşlılarda beslenme sağlığı risk puanı yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Yapılan ileri analizde farkın geliri kötü olan yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Yaşlıların gelir durumu kötüleştikçe beslenme riski artmaktadır. Bu durum yaşlıların düşük gelirleri ve yüksek sağlık harcamaları nedeniyle temel besin gerek-

sinimlerini karşılamakta güçlük yaşayabileceklerini düşündürmektedir. Şanlıer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlıların %17.1'inin geliri kötü olduğu için yiyecek alamadığı saptanmıştır (Şanlıer ve ark 2003).

Önemli bir sağlık sorunu olan yaşlıların beslenme sağlık risk düzeyi puanı, önemli bir sağlık sorunu olmayanlara göre daha yüksektir. Bir sağlık sorunu nedeniyle diyet uygulayan ve uygulamayan yaşlılar arasında beslenme sağlık risk düzeyi puanı açısından fark saptanmamıştır.

Her gün ilaç kullanan yaşlılarda ara sıra ya da hiç ilaç kullanmayan yaşlılara göre beslenme sağlığı risk puanı daha yüksektir. Yapılan ileri analizde farkın her gün ilaç kullanan yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir

Bu çalışmada hiç dişi olmayan yaşlıların beslenme sağlığı risk puanı, kendi dişi olan, eksik

dişi olan veya protez kullananlara göre daha yüksektir. Yapılan ileri analizde farkın hiç dişi olmayan yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Benzer biçimde iştahsız olduğunu bildiren yaşlılarda da beslenme sağlığı risk puanı, iştahı iyi/normal ve aşırı iştahlı olanlara göre yüksektir. Beden kitle indeksi farklı olan gruplar arasında beslenme sağlık risk düzeyi puanı açısından yapılan analizde gruplar arası fark belirlenmemiştir (Tablo 6).

Yalnız yemek yiyenlerin beslenme sağlık risk düzeyi puanı birlikte yemek yediği kişiler mevcut olan yaşlılara göre daha yüksektir. Yaşlılarda beslenme sağlık risk düzeyi puanı ile yemek yapabilme durumu açısından gruplar arası fark belirlenmemiştir. Yemeklerini öğün saatlerinde yiyen yaşlıların beslenme sağlık risk düzeyi puanı, öğün saatlerine uymakta zorlananlara ve öğün saatini önemsemeyenlere göre daha düşüktür. Yapılan Tamhane ileri analizde farkın öğün saatlerine

**Tablo 6: Genel sağlık durumu ile "Beslenme Sağlığını Belirle" kontrol listesi puan ortalamalarının dağılımı**

Genel Sağlık Durumu	n	$\bar{x}$	SD	İstatistik	p
<b>Önemli bir sağlık sorunu olan</b>					
Olan	98	5.42	3.03	t=2.64	0.015
Olmayan	32	3.75	3.33		
<b>Diyet uygulama</b>					
Uygulayan	44	5.65	2.47	t=1.84	0.068
Uygulamayan	86	4.68	3.45		
<b>İlaç Kullanma</b>					
Her gün ilaç kullanan	74	5.83	3.14	F=2.73	0.004
Aralıklı ilaç kullanma	9	3.44	2.18		
Kısa süreli rahatsızlıklarda	27	4.33	2.82		
Hiç ilaç kullanmayan	20	4.60	4.22		
<b>Diş durumu</b>					
Sağlıklı kendi dişleri	19	2.57	3.07	F=8.14	0.000
Eksik dişleri var	59	6.16	2.79		
Protez	45	4.64	3.43		
Hiç dişi yok	7	7.14	2.03		
<b>İştah durumu</b>					
İyi - normal	95	4.46	2.80	F=12.47	0.000
Kötü - iştahsız	26	7.80	3.85		
Aşırı iştahsız	9	5.00	2.59		
<b>Beden kitle indeksi</b>					
Zayıf	10	6.50	3.56	F=1.48	0.221
Normal	51	5.17	3.71		
Hafif Şişman	59	4.86	2.59		
Şişman	10	3.60	2.75		

uymakta zorlananlardan ve öğün saatini önemsemeyenlerden kaynakladığı belirlenmiştir. Spor yapmayan yaşlıların, düzenli spor yapan yaşlılara göre beslenme sağlık risk düzeyi puanı daha yüksektir. Kötü alışkanlığı olan ve olmayan, alkol alan ve almayan yaşlıların beslenme sağlık risk düzeyi puanı ile yapılan analizde gruplar arası fark belirlenmemiştir (Tablo 7).

Erkek olan, ileri yaşta, dul, hiç çocuğu olmayan, gelir durumu kötü olan, önemli bir sağlık sorunu olan, diş kaybı olan, kötü iştahı olan, her gün ilaç kullanan, yalnız yemek yiyen, öğün saatlerine uymakta zorlanan/önemsemeyen ve spor yapmayan yaşlılarda beslenme sağlığı açısından risk puanı yüksek bulunmuş olup, bu yaşlıların malnutrisyon riski taşıdıkları sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 7: Beslenme alışkanlığı ve sağlıklı yaşam davranışları ile “Beslenme Sağlığını Belirle” kontrol listesi puan ortalamalarının dağılımı**

Beslenme Alışkanlığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları	n	$\bar{x}$	SD	İstatistik	p
<b>Beslenme Alışkanlığı</b>					
<b>Birlikte yemek yediği kişiler</b>					
Olan	23	4.60	3.04	t=-3.26	0.001
Olmayan	107	6.91	3.17		
<b>Yemek yapabilme durumu</b>					
Yapabilen	75	4.77	2.65	F=0.91	0.403
Bazen yapabilen	33	5.03	4.27		
Yapamayan	22	5.81	2.93		
<b>Beslenme saatlerine uyma</b>					
Öğün saatlerinde yiyenler	28	2.96	1.79	F=8.986	0.000
Öğün saatlerine uymakta zorlananlarda	51	5.23	3.40		
Öğün saatlerini önemsemeyenler	51	5.92	3.09		
<b>Sağlıklı Yaşam Davranışları</b>					
<b>Düzenli spor yapma</b>					
Yapanlar	76	4.31	2.59	t= -2.897	0.005
Yapmayanlar	54	6.00	3.67		
<b>Kötü Alışkanlıklar</b>					
Sigara	28	4.00	3.05	F=2.073	0.107
Alkol	13	4.38	2.14		
Sigara ve alkol	24	6.04	3.34		
Yok	65	5.20	3.26		
<b>Alkol kullanma</b>					
Özel zamanlarda alkol alan	7	3.57	1.39	F=1.422	0.239
Her gün yemekten önce veya sonra alanlar	17	6.11	3.40		
Sık olamamak kaydıyla alanlar	13	6.61	2.95		
Hiç alkol almayanlar	93	4.83	3.23		

### Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonuçları yaşlıların %19.5'inin beslenme sağlık risk düzeyinin iyi, %40.7'sinin orta derecede, %39.8'inin yüksek olduğunu göstermiştir. Yaşlıların sağlıklı beslenme alışkanlıkları yeterli değildir.

Yaşlılık döneminde beslenme sorunları yaygın bir durumdur. Bu nedenle yaşlı bireyin beslenme durumu, belli aralıklarla değerlendirilmeli ve beslenme programlarının hazırlanmasında bu sonuçlar göz önünde bulundurulmalıdır. Yaşlıların beslenme durumunun değerlendirilmesinde,

yapılan araştırmada kullanılan bu ölçekten sağlık kuruluşlarında ve evde bakım hizmetlerinde sağlık personeli ve hemşireler yararlanabilirler. Ülkemizde bu yöntemin kullanımı ile ilgili bilimsel çalışmalara rastlanmamıştır. Yöntem pratiktir, hızlı bir tanılama yöntemi olarak beslenme durumunun değerlendirilmesini sağlar. Bu nedenle yaşlı merkezlerinde, özel ve resmi huzurevlerinde, yaşlı bakım evlerinde ve hastanelerde “Beslenme Sağlığını Belirle” kontrol listesi tüm sağlık personeli ve yaşlı eğitimi ile ilgilenen kişilere öğretilmeli, yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirilerek, yaşlı sağlığı ve beslenmesi ile ilgili önlemler alınmalıdır.

Beslenme sağlık riski yüksek olarak belirlenen yaşlılar için hazırlanacak diyet programlarında yaşlının hastalığı ve ilaç kullanımı yanı sıra, fiziksel ve sosyal özellikleri de dikkate alınmalıdır. Özellikle yaşlı erkekler, ileri yaştakiler ve hiç çocuğu olmayan yalnız yaşayan yaşlılar sosyal yönden desteklenmelidir.

Yaşlıların beslenme düzeyinin geliştirilmesi için yaşlılara yönelik sağlık eğitimi programları doğrudan veya medya yoluyla hazırlanmalıdır. Yaşlılara beslenmeleriyle ilgili yakınlarıyla baş etmede yöntemler öğretilmelidir. Yaşlılara yapılan eğitimlerde öğün saatlerinin ve fiziksel egzersizin önemi vurgulanmalıdır. Yerel yönetimler toplum beslenme programları düzenleyerek yaşlıların sıcak, üç öğün hazır sıcak yemek servisi hizmetleri yönünde örgütlenebilirler.

Bu çalışmada kullanılan ölçme aracının daha geniş örnekleme farklı sosyal yapıda yaşlı gruplarına uygulanarak genellenmesi yönünde araştırmaların yürütülmesi yararlı olacaktır.

## Kaynaklar

- 1- Arlı M, Şanlıer N, Demirel H. (2003). Yaşlılarda Stres ve Beslenme İlişkisi, II. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Denizli, 81-91.
- 2- Atilla S, Egemen A. (1991). Yaşlıların Ev Koşullarında Beslenme Durumları, Beslenme ve Diyet Dergisi, 20: 70-78.
- 3- Bayık A. (2005). Yaşlılıkta Beslenme, Yaşlı Hasta

Bakım Kursu Ders Kitabı, İzmir, 29.

- 4- Baysal A. (2003). “Yaşlılıkta Beslenme”, II. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Denizli, 1-9.
- 5- Beck AM, Ovesen L, Osler M. (1999). The “Mini Nutritional Assessment” (MNA) and The “Determine Nutritional Health” Checklist (NSI Checklist) as Predictors of Morbidity and Mortality in an Elderly Danish Population, British Journal of Nutrition, 81, 31-36. Erişim tarihi: 07.09.2006.
- 6- Bobroff L. (2006). Determine Your Nutritional Health, <http://edis.ifas.ufl.edu/HE944> Erişim tarihi: 07.09.2006.
- 7- Boyacıoğlu S. (2005). Beslenme, Sağlıklı Yaşlanma, Öncü Basımevi, Ankara. 175-178.
- 8- Charney C. (2005). Nutrition Screening and Assessment in Older Adults, Today's Dietitian, vol 7;5, 10-14. Erişim tarihi: 07.09.2006.
- 9- Clarke MP. (1993). Nutrition Screening Determine Your Risk, Cooperative Extension Service Kansas State University <http://www.oznet.ksu.edu/library/fntrz/gt332.pdf> Erişim tarihi: 07.09.2006.
- 10- Çekal N. (2003). Huzurevlerinde Kalan Yaşlıların Beslenme Servisi Örgütünden Memnuniyet Düzeyleri. II. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Denizli, 209-216.
- 11- Dramalı A, Özbayır T. (1992). Toplumda Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Beslenme Durumları ve Bu Konuda Bilgilerinin Saptanması, Uluslararası Hemşireler Birliği Sempozyum, Ankara, 238-241.
- 12- Ekici B, Özdemir S. (2003). Yaşlı Bireylerin Sağlık ve Evde Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi, Hemşirelik Forumu, Temmuz-Ağustos, 27-36.
- 13- Esen A. (2006). Yaşlılık ve Beslenme, Ed: Çiçek Fadiloğlu, İleri Geriatri Hemşireliği, Meta Basım, 63-76.
- 14- Eşer İ. (1998). Yaşlıların Beslenme Durumu ve Bu Durumu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, İ.Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 4:4, 45-52,
- 15- Fadiloğlu Ç. (2006). Yaşlılığın Toplumsal Boyutu, Ed: Çiçek Fadiloğlu, İleri Geriatri Hemşireliği, Meta Basım, 19-34.
- 16- Gözüm S. (2002). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Bakımı, I. Ulusal Geriatri Kongresi, Antalya, 103-105.
- 17- Groot LCPGM, Beck AM, Schroll M, Staveren WA. (1998). Evaluating the DETERMINE Your Nutritional Health Checklist and the Mini Nutritional Assessment as Tools to Identify Nutritional Problems in Elderly

- Europeans. European Journal of Clinical Nutrition, vol 52; 12, 877-883. Erişim tarihi:07.09.2006.
- 18- Güzey A. (1992). Yaşlılık ve Beslenme, Türk Hemşireler Dergisi, 42;2, 11-12.
- 19- Khorshid L. (1992). Sağlıklı Yaşlanma İlkeleri, Sağlıklı Yaşlanma, Uluslararası Hemşireler Birliği Sempozyum Kitabı, Ankara, 334-337.
- 20- Khorshid, L. (1996). Yaşlıların Beslenmesi ve Hemşirelerin Sorumlulukları, E.Ü.H.Y.O.Dergisi, 12;3, 141-146.
- 21- Koçar H. (2002). Yaşlı Dünyada, yaşlılık ve Geriatrik Tıp, I.Ulusal Geriatri Kongresi, Antalya, 3-6.
- 22- Kuczmarski MF, Cooney T. (2006). Validation of the Determine Your Nutritional Health Checklist, Erişim tarihi: 07.09.2006. [http://nutritionandaging.fiu.nedu/Center\\_Initiatives/Rural\\_America/Kuczmarski\\_..](http://nutritionandaging.fiu.nedu/Center_Initiatives/Rural_America/Kuczmarski_..)
- 23- Küçükerdönmez Ö, Köksal E, Rakıcioğlu N, Pekcan G. (2002). Altmışbeş Yaş ve Üzeri Bireylerde Beslenme Durumunun Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma, I.Ulusal Geriatri Kongresi, Antalya, 177.
- 24- Nutrition Screening: Determine Your Nutritional Health Checklist <http://www.geriatricsreviewsyllabus.org/content/agscontent/grs6nutr.htm...> Erişim tarihi: 07.09.2006
- 25- Nutritional Status Assessment Form, Erişim tarihi:07.09.2006 [http://classes.kumc.edu/som/amed900/ExposureSkills/nutritional\\_status\\_assessment.h...](http://classes.kumc.edu/som/amed900/ExposureSkills/nutritional_status_assessment.h...)
- 26- Öztop H, Telsiz M. (2001). Yaşlı Ana-Babaların Yetişkin Çocukları İle İlişkileri, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi,1(1), 57-62.
- 27- Parlar S. (2006). Yaşlılarda Görülen İnkontinans, Ed: Çiçek Fadiloğlu, İleri Geriatri Hemşireliği, Meta Basım, 117-128.
- 28- Rakıcioğlu N. (2002). Yaşlılık ve Beslenme, I.Ulusal Geriatri Kongresi, Antalya, 117-121.
- 29- Şanlıer N, Arlı M. (1998). Yaşlılıkta Beslenme, Sürekli Tıp Eğitimi, 7;12.
- 30- Şanlıer N, Tokyürek Ş, Arpacı F. (2003). Yaşlıların Gelir Yönetiminde Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi, II.Ulusal Yaşlılık Kongresi, Denizli, 383-390.
- 31- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2003. (2004). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara,18.
- 32- Tosun N, Akbayrak N. (2002). Çeşitli Rahatsızlıklarda Geriatri Polikliniğine Başvuran Yaşlı Hastaların İlaç Kullanım Özellikleri ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Hemşirelik Forum Dergisi, cilt 5;6, 40-45.
- 33- Yabancı N. (2005). Yaşlılık ve Beslenme, III Ulusal Yaşlılık Kongresi, İzmir,163-175.
- 34- Yılmaz İ, Gürdağ M. (1982). Yaşlılık ve Yaşlılıkta Beslenme, Beslenme ve Diyet Dergisi, cilt 11, 17-29.