

## Dahiliye Polikliniğine Başvuran Geriatrik Hastaların Çok Yönlü Fonksiyonel Değerlendirilmesi ve Beslenme Durumlarının İrdelenmesi

<sup>1</sup>Tuba Erdoğan, <sup>2</sup>Hasan Tunca

<sup>1</sup>Yunus Emre Devlet Hastanesi, İmmunoloji ve Allerji Polikliniği, Eskişehir  
<sup>2</sup>Sıtkı Koçman Üniversitesi, İç Hastalıkları AD, Muğla

\*email: [tubacantc@gmail.com](mailto:tubacantc@gmail.com)

Makale Gönderimi: 04 Mart 2016; Düzeltme: 13 Nisan 2016; Kabul 27 Nisan 2016  
Online 27 Nisan 2016

**ÖZET:** Multipl medikal problemi olan birçok kırılğan yaşlı fonksiyonel kayıp riski taşımaktadır. Doğru tanının konulması ve en uygun tedavinin başlatılmasında çok yönlü fonksiyonel değerlendirme en iyi metoddur. Ayrıca geriatrik değerlendirme bağımsızlığın ve hayat kalitesinin artırılmasına yardımcı olur. Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri, toplum içinde bağımsız yaşayan bireylerde duygu-durum, beslenme, bağımlılık durumlarının değerlendirilmesini ve beslenme durumu üzerine etkilerini incelemek üzere yapıldı. Ankara Numune Hastanesi dahiliye polikliniğine başvuran 133 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların duygu-durumları, beslenme durumları, temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin objektif olarak değerlendirilmesi için Yesavage geriatrik depresyon skalası, mini nütrisyon testi, Barthel günlük yaşam aktiviteleri testi, mobilite testi ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri testi uygulandı. Çalışmaya katılan hastalarda en sık kronik hastalıklar; kardiovasküler hastalık, pulmoner hastalık, diabetes mellitus, serebrovasküler olay, kanser, kognitif bozukluk ve depresyondur. Hastaların %21,1'inin mobilite problemi ve düşme öyküsü olduğu saptandı, bu oran erkeklerin %12,3'ünü ve kadınların %29,4'ünü kapsamaktaydı. Depresyon riski erkeklerde %20, kadınlarda ise %39.7 idi. Malnütrisyon riski %28.6 idi. Malnütrisyon riski yüksek olan grupta depresyon riski daha fazla, bağımlılık ölçüleri yüksek, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri düşük ve mobilite problemleri anlamlı ölçüde daha fazlaydı. Okuma-yazma ve medeni durumun risk faktörü olmadığı görüldü. Birçok hospitalize edilen yada kırılğan yaşlıların beslenmesi yetersiz düzeydedir ve malnütrisyonun hastalıkların progresyonu ilişkisi iyi bilinmektedir. Malnütrisyon riskinin erken saptanması hem hastanın mortalite ve morbiditesi hem de maliyet açısından çok yarar sağlamaktadır. Yaşlıların medikal problemlerinin yanında görme, işitme, yürüme-denge, depresyon ve nütrisyon durumlarının değerlendirilmesi hem fonksiyonel bağımsızlıklarının korunmasında hemde bu gruba ayrılan devlet bütçesinin iyi bir şekilde kullanılmasında yararlı olacaktır.

**ANAHTAR KELİMELELER:** Geriatrik hasta, fonksiyonel değerlendirme, nütrisyon, morbidite

### MULTIFUNCTIONAL EVALUATION AND ASSESSMENT OF THE NUTRITIONAL STATUS OF GERIATRIC PATIENTS ADMITTED TO THE INTERNAL MEDICINE CLINIC

**ABSTRACT:** Patients over 65 years old with multiple medical problems have a high risk of functional loss. Multiple functional evaluation and geriatric assessment are widely used treatment methods. While multiple functional evaluation is being used for accurate diagnosis and appropriate treatment, geriatric assessment is being used to improve the patient's' independence and quality of life. The aim of this study is to evaluate mood, nutrition and dependency status of patients over 65 years old living independently in the community and examine effects of these conditions on nutrition. Results of randomly selected 133 elderly patients, who admitted to Ankara Numune Education and Research Hospital internal medicine department, were included in the study. In order to evaluate mood, nutrition and daily life activities objectively; Yesavage geriatric

depression scale, mini nutrition test, Barthel activities of daily living index test, mobility test, Lawton-Brody instrumental activities of daily living scale test were applied to all patients. Among the patients included in the study, the most common chronic diseases encountered were cardiovascular disease, pulmonary disease, diabetes mellitus, cerebrovascular disease, cancer, cognitive dysfunction and depression. Mobility problem and history of fall were found at twenty one percent of patients (female/male/overall: 29.4%/12.3%/21%). The risk of depression in male and female were 20% and 39.7% respectively. In malnutrition high risk group (28.6% of participants), depression risk and dependency scale were higher, instrumental activities of daily living scale was lower and mobility problems were significantly more common. Educational level and marital status were not found as risk factors for malnutrition. Many hospitalized or fragile patients nutrition level are inadequate and relationship between malnutrition and disease progression are well known. Early detection of malnutrition risk provide benefit in terms of both mortality-morbidity and cost. In addition to medical problems, evaluation of vision, hearing, walking-balance, depression and nutrition status in elderly will be useful for providing functional independency and the use of allocated state budget in good way.

**KEY WORDS:** geriatric patient, functional evaluation, nutrition, morbidity.

## 1. Giriş

Yaşlanma her canlıda görülen, tüm işlevlerde azalmaya neden olan süregen ve evrensel bir süreç olup, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalması olarak tanımlanmaktadır. Yaşlılık ise organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde zamanın ilerlemesiyle ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür (1).

Gelişen teknoloji ve tıbbi olanaklar nedeniyle yaşlı insan sayısında, özellikle gelişmiş ülkelerde dramatik artışlar meydana gelmiştir ve bu artışın devam edeceği varsayılmaktadır. 65 yaş üzerindeki nüfusun oranı 1990 yılında ABD’de %12,7, İsveç’te %17 olarak hesaplanırken, 1995 yılı verilerine göre ülkemizde %4,7’dir (2). 2014 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre ise %8’dir (4). En yüksek yaşlı nüfus oranına 2012 yılında sahip olan ilk üç ülke sırasıyla %24,4 ile Japonya, %21,1 ile Almanya ve %20,8 ile İtalya’dır. Türkiye 2012 yılındaki bu sıralamada 91. sırada yer almaktadır. Hemen tüm dünyada sağlık ve bakım giderleri için ayrılan kaynaklar daha çok gençlere harcanmaktadır. Halbuki AIDS’li veya akciğer kanserli bir hastanın prognozu 85 yaşındaki bir hastadan daha iyi değildir. Ayrıca ataerkil aile tipinden çekirdek aileye geçişte yaşlılara ilgi azalmakta ve huzurevi, geriatri merkezi gibi kurumlara ihtiyaç artmaktadır (3).

Toplumun bir parçası olan yaşlı bireyin, yaşamının bu döneminde yaşam kalitesinin korunması ve aktif yaşam sürmesinin

sağlanması için hekimlerin ve toplumun duyarlı olması gereken konulardır (5).

Bu çalışmanın amacı, hastanemize başvuran bir grup yaşlı hastadan yola çıkarak, ülkemizde geriatrik yaş grubunda duygu-durum, beslenme, bağımlılık durumlarının değerlendirilmesini ve beslenme durumu üzerine etkilerini irdelemektir.

## 2. Gereç ve Yöntemler

Araştırma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye polikliniğine Eylül 2008- Ocak 2009 tarihleri arasında başvuran, toplum içinde bağımsız yaşayan, 65 yaş üzerindeki hastalarda yapıldı. Çalışmaya 68’i kadın, 65’i erkek toplam 133 hasta dahil edildi. Kapsamlı geriatrik değerlendirme kapsamında tüm hastalardan detaylı öykü alındı ve fizik muayene yapıldı. Hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, kiminle birlikte yaşadıkları, daha önce tanı konulmuş hastalıkları, düzenli olarak kullanmakta oldukları ilaçları ayrıntılı bir şekilde sorgulandı.

Hastaların duygu-durumları, beslenme durumları, temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerinin objektif olarak değerlendirilmesi için tüm hastalara Yesavage geriatrik depresyon skalası (GDS) (6), mini nütrisyon testi (MNT) (7), Barthel günlük yaşam aktiviteleri testi (GYA) (8), mobilite testi (9) ve Lawton-Brody enstrümental günlük yaşam aktiviteleri (EGYA) (10) testi uygulanmıştır. GDS 15 soruluk bir test olup, 6 puan üzeri depresyon tanısını

desteklemektedir. MNT 14 puan üzerinden değerlendirilip, 10 puan altı beslenme bozukluğunu göstermektedir. GYA testinde 0 puan tam bağımsızlığı gösterirken, puan yükseldikçe bağımlılık derecesinin artışı; ters olarak EGYA testinde ise 17 puan tam bağımsızlığı gösterirken puan azaldıkça bağımlılık derecesinin artışı düşündürmektedir.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ve çalışma süresince tekrar başvuran hastalar çalışmaya alınmadı.

Hastalardan sözel olarak onamları alınarak testler uygulandı.

*İstatistiksel Analiz*

Bu çalışmada normal dağılan sürekli değişkenler için t testi yapıldı ve ortalama  $\pm$  standart sapma (SS) şeklinde gösterildi. Kategorik değişkenler için pearson kare analizi yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde şeklinde gösterildi. İstatistiksel analizler için SPSS 16.0 programı (IL, Chicago, USA) kullanıldı İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $P<0.05$  olarak kabul edilmiştir

### 3. Bulgular

Çalışmaya alınan 133 hastanın 68(%51.2)'i kadın, 65(%48,8)'i erkekti. Yaş ortalamaları  $73,0\pm 6,3$  yıl ve vücut kitle indeksi ortalaması  $26,9\pm 5,4$  kg/m<sup>2</sup> idi (tablo 1).

**Tablo 1**

*Hastaların ortalama yaş ve vücut ölçüm parametreleri*

	Erkek (n=65)	Kadın (n=68)	Toplam (n=133)
Yaş	73.1 $\pm$ 6.3	72.8 $\pm$ 6.3	73.0 $\pm$ 6.3
Boy	1.68 $\pm$ 0.069	1.58 $\pm$ 0.062	1.63 $\pm$ 0.083
Kilo	71.6 $\pm$ 12.6	72.2 $\pm$ 21.4	71.9 $\pm$ 17.6
VKİ	25.3 $\pm$ 4.4	28.4 $\pm$ 5.8	26.9 $\pm$ 5.4

Hastalar arasında erkeklerin %20'si, kadınların ise %73,5'i okuryazar değildi. Yalnız yaşayanların oranı %16,5 iken, %58,6'sı eşi ile birlikte ve %24,8'inin

akrabalarının yanında yaşamakta idi (tablo 2). Çalışmaya alınan hastalar arasında huzurevinde kalan hasta yoktu.

**Tablo 2**

*Hastaların bazı demografik özellikleri*

	Erkek (n=65)	Kadın (n=68)	Toplam (n=133)
<b>Eğitim</b>			
Okur Yazar Değil	13 (%20.0)	50 (%73.5)	63 (%47.4)
Okur Yazar	17 (%26.2)	6 (%8.8)	23 (%17.3)
İlkokul	31 (%47.7)	10 (%14.7)	41 (%30.8)
Ortaokul	1 (%1.5)	2 (%2.9)	3 (%2.3)
Lise	1 (%1.5)	-	1 (%0.8)
Yüksekokul	2 (%3.1)	-	2 (%1.5)
<b>Medeni Durum</b>			
Evli	53 (%81.5)	30 (%44.1)	83 (%62.4)
Dul	11 (%16.9)	37 (%54.4)	48 (%36.1)
Boşanmış	1 (%1.5)	1 (%1.5)	2 (%1.5)
Çocuk Sayısı	5 $\pm$ 2	4 $\pm$ 2	4 $\pm$ 2
<b>Kiminle Yaşıyor</b>			
Yalnız Yaşıyor	5 (%7.7)	17 (%25.0)	22 (%16.5)
Eşiyile	50 (%76.9)	28 (%41.2)	78 (%58.6)
Akrabasıyla	10 (%15.4)	23 (%33.8)	33 (%24.8)

Çalışmaya alınan hastalarda eşlik eden hastalıklara bakıldığında hipertansiyon %63,2 ile en sık gözlenen hastalık olduğu, bunu

%36,8 ile koroner arter hastalığı, %33,1 ile diabetes mellitus ve %33,1 ile görme problemlerinin izlediği görüldü. KOAH,

koroner arter hastalığı, serebrovasküler olay ve demans erkeklerde daha sık iken diğer hastalıklar kadınlarda daha sık olduğu görüldü (tablo 3). Bunların dışında hipo-hipertiroidi ve malignite diğer sık görülen hastalıklardır.

**Tablo 3***Cinsiyete ve Tüm Olgulara Göre Yandaş Hastalıkların Dağılımı*

	Erkek (n=65)	Kadın (n=68)	Toplam (n=133)
Görme problemi	20 (%30.8)	24 (%35.3)	44 (%33.1)
Astım – KOAH	18 (%27.7)	15 (%22.1)	33 (%24.8)
Benign prostat hipertrofisi	20 (%30.8)	-	-
Osteoartrit	2 (%3.1)	11 (%16.2)	13 (%9.8)
Osteoporoz	1 (%1.5)	16 (%23.5)	17 (%12.8)
Diabetes mellitus	18 (%27.7)	26 (%38.2)	44 (%33.1)
Koroner arter hastalığı	27 (%41.5)	22 (%32.4)	49 (%36.8)
Hipertansiyon	33 (%50.8)	51 (%75.0)	84 (%63.2)
Peptik Ulser	12 (%18.5)	10 (%14.7)	22 (%16.5)
Kolelithiasis	5 (%7.7)	7 (%10.3)	12 (%9.0)
Serebrovasküler olay	4 (%6.2)	2 (%2.9)	6 (%4.5)
Depresyon	1 (%1.5)	1 (%1.5)	2 (%1.5)
Demans	2 (%3.1)	-	2 (%1.5)

Hastaların GYA skor ortalaması  $2\pm 6$  (0-27), EGYA skor ortalaması ise  $12\pm 6$  (0-17) idi. Erkeklerle kıyaslandığında kadınların EGYA skorlarının düşük olduğu görüldü. Hastalara uygulanan GDS’inde 6 puan ve üzeri alanlar depresyon riski var olarak kabul edildi. Hastaların depresyon riski erkeklerde %20, kadınlarda ise %39.7 idi (tablo 4).

Hastaların beslenme durumları ve malnutrisyon riski açısından yapılan mini-

nutrisyon testinde 10 puan ve altı beslenme bozukluğu riski olarak değerlendirildi, erkeklerin %24,6’sında ve kadınların %32.4’ünde risk saptandı (tablo 4). Hastaların düşme öyküleri ve mobilite durumları mobilite testi ile değerlendirildi, erkeklerin %12,3’ünde ve kadınların %29,4’ünde mobilite problemi ve düşme öyküsü saptandı (tablo 4).

**Tablo 4***Cinsiyete ve Tüm Olgulara Göre Yaşam Kalitesi Göstergelerinin Dağılımı*

	Erkek (n=65)	Kadın (n=68)	Toplam (n=133)
GYA	$2\pm 6$ (0-27)	$3\pm 7$ (0-27)	$2\pm 6$ (0-27)
EGYA	$13\pm 6$ (0-17)	$10\pm 6$ (0-17)	$12\pm 6$ (0-17)
GDS	13 (%20.0)	27 (%39.7)	40 (%30.1)
MNT	16 (%24.6)	22 (%32.4)	38 (%28.6)
Mobilite	8 (%12.3)	20 (%29.4)	28 (%21.1)

Hastaların beslenme bozukluğu riski diğer parametreler ile karşılaştırıldı. Hastaların %28.6’sında beslenme bozukluğu mevcuttu. Beslenme bozukluğu olanların yaş ortalaması  $75.5\pm 7.7$  yıl, olmayanların ise  $72.0\pm 5.4$  yıl idi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0.05$ ). Beslenme bozukluğu olan hastaların 16’sı erkek (%42.1), 22’si kadındı (%57.9). Kadın ve erkek bireylerin beslenme bozukluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0.05$ ).

Beslenme bozukluğu olan 38 hastanın 23’ünün (%60.5) okur yazarlığı yoktu. Beslenme bozukluğu olmayan 95 kişinin 40’ının (%42,1) okur yazarlığı yoktu. Eğitim düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ( $p>0.05$ ).

Beslenme bozukluğu olanların 15’i (%39.5), beslenme bozukluğu olmayanların ise 33’ü (%34.7) eşini kaybetmişti. Medeni durumları ile beslenme bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ( $p>0.05$ ).

Beslenme bozukluğu olan grubun %65.8'inde GDS 6 puanın üzerinde yani depresyon riski mevcuttu. Bu oran beslenme bozukluğu olmayan grupta %15.8 idi. Beslenme bozukluğu olan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede depresyon riski mevcuttu ( $p<0.05$ ).

Beslenme bozukluğu olan grubun GYA ölçeği puanı 1 (0-27) iken, beslenme bozukluğu olmayan grubun puanı 0 (0-27) idi. Beslenme bozukluğu olmayan grubun puanı daha düşük olup ( $p<0.05$ ), günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsız oldukları görüldü.

Beslenme bozukluğu olan grubun EGYA ölçeği puanı 4 (0-17), beslenme bozukluğu olmayan grubun EGYA ölçeği puanı ise 17 (0-17) idi. Beslenme bozukluğu olmayan grubun EGYA puanı daha yüksek olup ( $p<0.05$ ), enstrümental günlük yaşam aktivitelerinde daha bağımsızdır.

Beslenme bozukluğu olanların %44.7'sinde mobilite yada denge sorunu mevcuttu. Bu oran beslenme bozukluğu olmayanlarda %11.6 idi. Beslenme bozukluğu olan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede mobilite ve denge sorunu mevcuttu ( $p<0.05$ )(tablo5)

**Tablo 5**

*Beslenme bozukluğu üzerine etkili olabilecek risk faktörlerinin karşılaştırılması*

Değişkenler	MNT (-) (n=95)	MNT (+) (n=38)	p
Yaş	72.0±5.4	75.5±7.7	0.013
Cinsiyet			0.323
<i>Erkek</i>	49 (%51.6)	16 (%42.1)	
<i>Kadın</i>	46 (%48.4)	22 (%57.9)	
Eğitim			0.331
<i>Okur Yazar Değil</i>	40 (%42.1)	23 (%60.5)	
<i>Okur Yazar</i>	17 (%17.9)	6 (%15.8)	
<i>İlkokul</i>	33 (%34.7)	8 (%21.1)	
<i>Ortaokul</i>	2 (%2.1)	1 (%2.6)	
<i>Lise</i>	1 (%1.1)	-	
<i>Yüksekokul</i>	2 (%2.1)	-	
Medeni Durum			0.463
<i>Evli</i>	60 (%63.2)	23 (%60.5)	
<i>Dul</i>	33 (%34.7)	15 (%39.5)	
<i>Boşanmış</i>	2 (%2.1)	-	
GDS	15 (%15.8)	25 (%65.8)	<0.001
GYA	0 (0-27)	1 (0-27)	<0.001
EGYA	17 (0-17)	4 (0-17)	<0.001
Mobilite	11 (%11.6)	17 (%44.7)	<0.001

#### 4. Tartışma

Multipl medikal problemi olan birçok kırılğan yaşlı fonksiyonel kayıp riski taşımaktadır. Çok yönlü fonksiyonel değerlendirme bu tür hastaları değerlendirmenin en iyi metodudur. Doğru tanının konulması ve en uygun tedavinin başlatılmasında erken müdahale önemlidir. Daha önemlisi, geriatric değerlendirme bağımsızlığın ve hayat kalitesinin artırılmasına yardımcı olur (11).

Yakın bir zamana kadar, yaşlılarda hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesinin tartışılması mantığa aykırı görünmekteydi. Bu günlerde bu konu yaşlılarda çok yönlü değerlendirmenin en önemli konusu haline gelmiştir. Bunun sebebi

yaşam süresinin uzaması ve yaşlanmayla meydana gelen değişikliklerin yaşlılığın bir parçası olmasından ziyade kolay çevrilebilir değişiklikler olduğunun farkına varılmasıdır. Koruyucu hekimlik ve tarama programları açısından A.B.D.'de birçok öneriler mevcuttur.

65 yaş üstü popülasyonun hızlı bir şekilde artması sağlık alanındaki çalışmaların ve bütçenin bu yöne kaydırılmasına neden olmuştur. Kronik hastalıklar ve yaşlanma süreci yaşlanan bireyin toplumda bağımsız ve fonksiyonel olarak yetersizliği ile sonuçlanmaktadır. 65 yaş üzeri bireylerin üçte birinde kronik hastalık olduğu tahmin

edilmektedir. En sık kronik hastalıklar bizim çalışmamızda da olduğu gibi kardiovasküler hastalık, pulmoner hastalık, diabetes mellitus, serebrovasküler olay, kanser, kognitif bozukluk ve depresyondur (12). Campbell ve arkadaşlarının 8765 kişi üzerinde yaptığı kronik hastalıklar ve yaş ile ilişkili fizyolojik değişiklikler ile ilgili bir çalışmada, hastaların %18'inde görme bozukluğu, %33.2'sinde duyma problemi ve yaklaşık %34'ünde günlük fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini etkileyen bir ya da daha fazla değişiklik saptanmış (13). Bizim çalışmamızda da hastaların %33.1'inde görme problemi mevcuttu.

Yaşlılarda kronik hastalıkların semptomları sinsidir ve genellikle hasta ve ailesi tarafından yaşlılığın normal gidişatı olarak düşünülerek gözardı edilir. Bir çalışmada toplum içinde yaşayan yaşlıların yaklaşık %26'sının sağlık yada fonksiyonel durumlarındaki değişikliklerini belirgin morbidite ve mortaliteye neden olacak akut atak gelişmeden bildirmedikleri belirtilmiştir (14).

Yaşlılarda mobilite, yürüme güvenliği ve bağımsız yaşam arasında kuvvetli bir ilişki mevcuttur. Yürüme problemi olan kişiler düşme olmadan bile düşme korkusu ve mobilite ve performanslarının kısıtlanma riskinden şikayet etmektedirler. Toplumun %35'ini kapsayan 65 yaş üstündeki kişiler her yıl bir kere düşmekte ve her ne kadar ilerleyen yaşlarda erkek ve kadınlarda düşme benzer sıklıklarda görülse de yaşlılığın erken dönemlerinde kadınlarda erkeklerden daha yaygındır. Düşme insidansı yaşın ilerlemesiyle birlikte artmaktadır. Düşme insidansı 70 yaş için %25, 75 yaş ve üzeri için %35 olarak bildirilmiştir (15-17). Berry ve arkadaşları, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla risk taşıdığını ileri sürmüştür (18). Fleming-Moran ve arkadaşları kadınların erkeklere oranla 1,5 kat fazla risk taşıdığını belirtmiştir (19). Campbell ve arkadaşları, kadınlarda düşmenin daha sık görülmesini kadınlarda görme bozukluklarının daha sık oluşuna ve daha yaşlı oluşlarına bağlamıştır (20). O'Loughlin ve arkadaşları, menapoz sonrası özellikle 60-70 yaş arası kadınlarda düşmenin daha sık olduğunu, 85 yaş sonrası ise hem kadınların hemde erkeklerde düşmenin benzer sıklıklarda olduğunu belirtmişlerdir (21). Bizim çalışmamızda da 65 yaş üstü bireylerin %21,1'inin mobilite

problemi ve düşme öyküsü olduğu saptandı, bu oran erkeklerin %12,3'ünü ve kadınların %29,4'ünü kapsamaktaydı. Bu çalışmada da mobilite problemleri ve düşmenin kadınlarda daha sık olduğu görüldü.

Yaşlılardaki düşmeler genellikle tek bir etkenden ziyade birkaç etkenin bir araya gelmesinden meydana gelmektedir. Tinetti ve arkadaşları en yaygın düşme nedenleri olarak; kazalar, çevresel bozukluklar (yatak, banyo, merdiven), yürüme ve denge bozuklukları, güçsüzlük, artiritle ilişkili ağrı, vertigo, ilaç veya alkol kullanımı, konfüzyon ve kognitif bozukluklar, postural hipotansiyon, vizüel bozukluklar, santral sinir sistemi hastalıkları, senkop ve epilepsiyi işaret etmişlerdir (22,23).

65 yaşın üzerindeki hastaların %5'inde depresyon görülmektedir (24). Depresyon yaşlı bireyleri etkileyen faktörlerdendir. Yaşlanma sağlık, aile üyeleri, arkadaşlar ve bağımsızlık gibi pek çok anlamda kayıpları getirir. Bu kayıplar zaman zaman yaşlı bireylerde bu durumla başa çıkabilme konusunda stres yaratır. Yaşlıların pek çoğunda depresyonla birlikte kronik ağrıya yol açan ek problemler de vardır ve bunlar depresyonun derecesini etkiler. Ancak yaşlılar depresif yakınmalarını açıklarken sıklıkla ağrıyı kullanabilirler. Bu nedenle depresyon tedavisi, kronik ağrı tedavisi ile birlikte yürütülmelidir (25).

Depresyon, sayısız güvenli anti-depresan ilaçlarla ve psikolojik destekle tedavi edilebilir bir hastalıktır. Tedavi edilmemiş depresyonun sonuçları yıkıcı olabilir. İntihar açısından yaşlılar en büyük risk grubudur. ABD'de intiharların %19'u yaşlılar tarafından gerçekleştirilmektedir(25). Bizim çalışmamızda da depresyon riski erkeklerde %20, kadınlarda ise %39.7 idi.

Yetersiz beslenme, yaşlıların yemek ve alışveriş yapma yetilerinin eksilmesine bağlı olarak çok yönlü bir şekilde hastalıklara yakalanmasına, depresyona girmesine ve zayıflamasına neden olur. Yetersiz beslenme ayrıca ülser, zayıflık ve ödeme yol açar (26,27).

Malnutrisyonun prevalansı serbest yaşayan yaşlılarda düşük (%5-10) iken hospitalize edilen yada huzurevinde kalan yaşlılarda bu oran %30-60 kadar yükselmektedir. Malnutrisyon prevalansının yüksek

olmasından dolayı, nutrisyonel tarama rutin klinik pratiğin bir parçası olmalıdır. Tarama sonucunda malnutrisyon riski olanlar tespit edilebilir fakat nedenin saptanması ve tedavi planı için konvansiyonel nutrisyonel değerlendirme gereklidir (28,29).

Feldblum ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada malnutrisyonu olan bireyler ile malnutrisyon riski olanlar karşılaştırılmış ve malnutrisyonu olanların daha az eğitilmiş oldukları, daha fazla depresif semptomlarının olduğu, kognitif ve fonksiyonel durumlarının daha düşük olduğu bulunmuş. Ayrıca, malnutrisyonu olan gruptakilerin daha az sosyal ilişkilerinin ( telefon ve ziyaret açısından) olduğu saptanmıştır. Çiğneme problemlerinin, bulantı ve kusmanın bu grupta daha fazla olduğu bulunmuştur. Çalışma yapılan grubun %18,5'inde malnutrisyon, %81.5'inde malnutrisyon riski saptanmıştır (30). Bir başka çalışmada, malnutrisyon prevalansı %28,8, malnutrisyon riski %62.5 olarak bulunmuş (31). Hospitalize edilmiş çok yaşlı bireylerde (ortalama yaş 84,8+- 8,1 yıl) yapılan bir çalışmada ise malnutrisyon riski %33,2, malnutrisyon ise %49,4 oranında bulunmuş (32). İspanya'da bakımevlerinde kalan bayanlarda yapılan bir çalışmada malnutrisyon prevalansı %7,9, malnutrisyon riski ise %61.8 olarak bulunmuş (33). Bizim çalışmamızda malnutrisyon riski %28.6 idi. Bu çalışmanın polikliniğe başvuran hastalar üzerinde yapılması ve sadece risk taraması yapılmış olması nedeniyle malnutrisyon riskini düşük olarak bulmuş olabiliriz. Çalışmalar arasındaki farklılığın her çalışmada taranan yaşlı gruplarının tiplerinin çeşitliliğine bağlı olabilir.

Daha önce yapılan birçok çalışmada görülmüş ki medeni durum ve sosyal izolasyon, özellikle yakın zamanda yakın vefatı veya zayıf sosyal destek ile birlikte ise malnutrisyon için major risk faktörüdür (34,35). Yine aynı çalışmada dul olan bireylerin evli kişilerle karşılaştırıldığında daha fazla kilo kaybettiği görülmüş. İştah kaybı da beslenmenin bozulmasında belirgin

bir risk faktörüdür. Bizim çalışmamızda malnutrisyon riski ile okuma-yazma oranı ve medeni durum ile anlamlı farklılık saptanmadı. Bunun nedeni ülkemizin sosyokültürel yapısından dolayı sosyal desteğin devam etmesi ve geniş aile yapısı olabilir.

Depresyon yaşlılarda istenmeyen kilo kaybı ve beslenme bozukluğunun en sık nedenidir. Depresyon yaşlılarda sık, tedavi edilebilen fakat genelde farkedilmeyen ve tedavi edilmeyen bir sorundur (36). Bizim çalışmamızda da malnutrisyon riski olan grupta depresyon riski anlamlı düzeyde artmıştı. Malnutrisyon riski olan grupta depresyon riski %65,8 idi.

Malnutrisyon riski fonksiyonel durumla ilişkilidir. Bizim sonuçlarımıza göre malnutrisyon riski olan grupta bağımlılık ölçüleri yüksek, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri düşük ve mobilite problemleri anlamlı ölçüde daha fazlaydı. Ancak günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve malnutrisyon, her biri diğerine de neden olabileceğinden bu sonuç diğer çalışmalarda da kesin olarak kanıtlanamamıştır (37).

## 5. Sonuç

65 yaş üstü populasyon hızlı bir şekilde ülkemizde ve tüm dünyada artmaktadır. Kronik hastalıklar ve yaşlanma süreci yaşanan bireyin toplumda bağımsız ve fonksiyonel olarak yetersizliği ile sonuçlanmaktadır. Yaşlılarda birçok semptom yaşlılığın gidişatı olarak kabul edilerek hastalıkların atlanmasına neden olmaktadır. Yaşlıların medikal problemlerinin yanında görme, işitme, yürüme-denge, depresyon ve nutrisyon durumlarının değerlendirilmesi hem fonksiyonel bağımsızlıklarının korunmasında hemde bu gruba ayrılan devlet bütçesinin iyi bir şekilde kullanılmasında yararlı olacaktır. Bu çalışmadan yola çıkarak kapsamlı geriatrik değerlendirmenin rutin pratikte poliklinik, acil servis, yataklı servisler ve evde bakım veren kişilerce kullanılması önerilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. WHO Technical report series no:835; aging and working capacity 2004.
2. Arnoğul, S. (2006). *Geriatri ve Gerontoloji*. Medikal-Nobel Yayıncılık, Ankara. 149-161.

3. M. Beyazova, Y. G.Kutsal(2000). *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*. Güneş kitabevi; 1341-60.
4. İstatistiklerler yaşlılar, 2014. Türkiye istatistik kurumu haber bülteni. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18620>
5. Palmar RM(1999). Geriatric assessment. *Med Clin North Am* , 83:1503-1523.
6. Burke WJ, Roccafate WH, Wegel SP(1991). The short form of geriatric depresyon scale:a compersion within 30 item form. *J Geriatric psychiatr-neurology*, 4:173-178.
7. Cohendy R, Rubenstein LZ, Eledjam JJ(2001). The mini nutritional asesment short form for preoperative nutritional evaluation of elderly patients. *Aging* ,13:132-138.
8. Jacelon CS(1986). The Barthel index on other indices of functional ability. *Rehabil nurs*, 11:9-11.
9. Mathias S, Nayak USL, Isaacs B(1986). Balance in elderly patients: the 'get-up and go' test. *Arch Phys Med Rehab* , 67:387-389.
10. Lawton MP, Broody EM(1969). Assessment of older people: self-monitoring and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* , 9:176-186.
11. Cathryn AJ(2002).Comprehensive geriatric assessment. *Nutr Metab Care* , 5:19-24.
12. McClane, Kimberly S(2006). Screening Instruments for Use in a Complete Geriatric Assessment. *Clin Nurse Specialist* ,20:201-207.
13. Campbell VA, Crews JE, Moriarity DG, Zack MM, Blackman DK(1999). Surveillance for sensory impairments activity limitations and health-related quality of life in elderly. *Morb Mortal Wkly Rep*, 48:131-156.
14. Williams J, Stokoe IH, Gray S(1964). Old people at home: their unreported needs. *Lancet* ,1:1117-1120.
15. Nevitt MC. Falls in elderly risk factors and prevention. In:Masdeu JC, Sudarsky L, Wolfson L(1997). *Gait Disorders of Aging: Falls and Therapeutic Strategies*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 13-36.
16. Robins AS, Rubenstein LZ, Josephson KR et al(1989). Predictors of falls among elderly people: results of two population-based studies. *Arch Intern Med* ,149:1628-1633.
17. Rubenstein LZ, Josephson KR, Robins AS (1994). Falls in the nursing home. *Ann Intern Med* ,121:442-451.
18. Berry G, Fisher R, Lang S (1981). Detrimental incidents, including falls in an elderly institutional population. *J Am Geriatr Soc* ,29:(7)322-324.
19. Fleming-Moran M, Harlow K (1992). Sex differences in self-reported falling among elderly: associated health and functional status in a national sample of community elders age seventy and older. *Heartland Center on Aging* ,45-59.
20. Campbell A, Reinken J, Allan B et al(1981). Falls in old age: a study of ferquency and related clinical factors. *Age and Ageing*, 10: 264-270.
21. O'Loughlin J, Robitaille Y, Boivin J, et al(1993). Incidence of and risk factors for falls and injurious falls among the community-dwelling elderly. *American Journal of Epidemiology* ,137(3):342-354.
22. Tinetti ME, Claus E, Liu WL(1992). Risk factors for fall-related injuries among community elderly: Methodological issues. In:Vellas B(ed) Falls, Balance and Gait Disorders in the Elderly. Paris,France:Elsevier 6-19.
23. Anders J, Dapp U, Laub S, von Renteln-Kruse W(2007). Impact of fall risk and fear of falling on mobility of independently living senior citizens transitioning of fraility: screening results concerning fall prevention in community. *Z Gerontol Geriatr*, 40(4):255-267.
24. Ganzini L, Smith DM, Fenn DS et al(1997). Depression and mortality in medically ill older adults. *J Am Geriatr Soc* ,45(3):307-312.
25. Berkman LF(1986). Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology* ,124:372-388.
26. Reuben DB, Frank JC, Hirsch SH et al(1999). A randomized clinical trial of outpatient comprehensive geriatric assessment coupled with an intervention to increase adherence to recommendations. *J Am Geriatr Soc* ,47(3):269-276.
27. Lawton MP, Broody EM(1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* ,9:179-186
28. Rush D(1997). Nutrition screening in old people: its place in coherent practice of preventive helath care. *Ann Rev Nutr* ,17:101-125
29. Vellas BLaque S, Andrea S, Pourhashemi F, Rolland Y, Baumgartner R, Garry P(2001). Nutrition assessment in the elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* ,4(1):5-8.
30. Feldblum I, German L, Castel H, Harman-Boehm I, Bilenko N, Eisinger M, Fraser D, Shahar DR(2007). Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status. *Nutrition Journal* ,6:37.
31. Thomas DR, Zdrowski CD, Wilson MM, Conright KC, Lewis C, Tariq S, Morley JE(2002). Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr* ,75(2):308-313.
32. Kagansky N,Berner Y, Koren-Morag N, Perelman L, Knobler H, Levy S(2005). Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients. *Am J Clin Nutr* ,82(4):784-791.
33. Ruiz-Lopez MD, Artacho R, Oliva P, Moreno-Torres R, Bolanos J, de Terasa C, Lopez MC(2003). Nutritional risk in institutionalized older women determined by the Mini Nutritional Assessment test:what are the main factors? *Nutrition*,19(9):767-71
34. Shadar DR, Schultz R, Shahar A, Wing RR(2001). The effect of widow-hood on weight change, dietary intake, and eating behavior in the elderly population. *J. Aging Health* ,13(2):189-199
35. Walker D, Beauchene RE(1991). The relationship of loneliness, social isolation, and physical health to dietary adequacy of independently living elderly. *J Am Diet Assoc* ,91:300-304
36. Evers MM, Marin DB(2002). Mood disorders. Effective management of major depressive disorder in geriatric patient. *Geriatrics* ,57(10):36-40.
37. Mowe M, Bohmer T, Kindt E(1994). Reduced nutritional status in an elderly population (>70 y) is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *Am J Clin Nutr* ,59(2):317-324