

## İnmeli Yaşlı Bireylerin Bilişsel Düzeyleri ve Beslenme Durumları Arasındaki İlişki<sup>¥</sup>

Mukadder MOLLAOĞLU\*

Tülay KARS-FERTELLİ\*\*

Fatma ÖZKAN-TUNCAY\*\*\*

\* Doç. Dr., Cumhuriyet Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Hemşirelik Bölümü, Sivas  
e-mail:

mukaddermollaoglu@hotmail.com

\*\* Arş. Gör., Cumhuriyet  
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sivas

\*\* Arş. Gör., Cumhuriyet  
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri  
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sivas

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, inmeli yaşlı bireylerin bilişsel düzeyi ve beslenme durumu arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı-kesitsel nitelikte olan bu çalışma, İç Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilimizde bulunan Devlet Üniversitesi Hastanesi Nöroloji Kliniği'ne inme tanısıyla yatan 123 hasta üzerinde yapılmıştır. Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu, Standardize Mini Mental Test ve Mini Beslenme Değerlendirmesi kullanılmıştır. Veriler, yüzdelik hesabı, Bağımsız Gruplarda İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal-Wallis ve Basit Korelasyon Analizi Pearson Korelasyon Katsayısı testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Standardize Mini Mental Test'e göre; inmeli yaşlıların %83'ünde bilişsel düzeyde bozulma olduğu, Mini Beslenme Değerlendirmesi'ne göre, %22.8'inde malnütrisyon geliştiği, %50.4'ünde ise malnütrisyon riski olduğu belirlenmiştir. Çalışmada Standardize Mini Mental Test ve Mini Beslenme Değerlendirme puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşlı hastaların bilişsel durumu ile beslenme durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

**Sonuç:** İnmeli yaşlıların bilişsel düzeyi ile beslenme durumu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının bilişsel durumu bozulan yaşlıları malnütrisyon açısından riskli bireyler olarak değerlendirilmesi ve malnütrisyonun önlenmesine yönelik planlamalar yapması önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Malnütrisyon, inme, yaşlı, yaşlılık.

<sup>¥</sup> Uluslararası Katılımlı 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur, 20-24 Ekim 2009, Sivas.

## The Relationship Between Cognitive Level and Nutritional Status of Elderly Stroke

**Objective:** *This study, the elderly cerebro vascular disease was carried out to examine the relationship between cognitive status and nutrition.*

**Methods:** *This research was designed as a descriptive cross-sectional study. The study was done with 123 elderly stroke hospitalized in neurology clinic of University's Hospital. The data were obtained by the Elderly Identifiable Information Form, Standardized Mini-Mental State Examination and Mini Nutritional Assessment. Percentage calculation, independent samples t-test, One Way ANOVA, Kruskal-Wallis and Simple Correlation Analysis by Pearson Correlation Coefficient tests were used in the evaluation of data.*

**Results:** *According to Standardized Mini-Mental State Examination 83% of the elderly, has been deterioration in cognitive level. According to Mini Nutritional Assessment 22.8% malnourished, 50.4% were at high risk for malnutrition in reputation. The study examined the relationship between the elderly Standardized Mini-Mental State Examination scores and the Mini Nutritional Assessment. When examining the relationship between Standardized Mini-Mental State Examination scores and the Mini Nutritional Assessment to the study of the elderly determined that a positive correlation a significant association between cognitive status and nutritional status.*

**Conclusion:** *In the elderly was a significant correlation between cognitive status and nutrition status. It should be assessment at high risk for malnutrition in elderly people deteriorating cognitive status of individuals of health workers.*

**Keywords:** *Malnutrition, stroke, elderly, old age.*

## Giriş

Malnütrisyon bireylerin yetersiz ve dengesiz beslenme durumu ile ilişkili olarak ortaya çıkabilen, sağlığı ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir problemdir (Aliabadi ve diğ. 2008). Hastane içi ölümlerin ve immün yetersizliğinin artmasına

ve iyileşmenin gecikmesine neden olan malnütrisyon, hastanede yatmakta olan hastaların yaklaşık %50-62'sinde görülmektedir (Dennis ve diğ. 2005, Poels ve diğ. 2006, Hengstermann ve diğ. 2008). Yaygın görülen malnütrisyonun, oluşmasında kronik hastalık, yaşlılık, morbitide, fonksiyonel ve bilişsel durumda bozulma gibi faktörler etkilidir (Elhan ve diğ. 2005, Poels ve diğ. 2006, Aslan ve diğ. 2008). Malnütrisyonun görülmesinde önemli olan bu faktörlerin tümünü içinde bulunduran inme ve yaşlılık, malnütrisyon için önemli risk faktörleridir (Elhan ve diğ. 2005, Appelros ve Andersson 2006, Dion ve diğ. 2007, Ghisla ve diğ. 2007, Aslan ve diğ. 2008, Winkel-Witlox ve diğ. 2008).

Özellikle inmede yaşanan; anoreksiya, çiğneme zorlanma, disfaji, kol ve yüz kaslarında güçsüzlük, Gastrointestinal sistem (GİS) motilitesinde azalma, paralizi ve bilinç düzeyinde bozulma gibi, belirti ve yetersizliklerin malnütrisyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Westergren ve diğ. 2001, Appelros ve Andersson 2006, Tsai ve Chi-Ling 2009). Bu nedenle literatürde immeli bireylerin de malnütrisyon açısından riskli bireyler olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Westergren ve diğ. 2001, Batth ve diğ. 2008, Tsai ve Chi-Ling 2009). Yapılan çalışmalarda immeli hastaların önemli bir kısmının hastaneye girişte beslenmelerinin kötü olduğu, hastanede iken beslenme durumlarının daha da kötüleştiği belirlenmiştir (Gariballa ve diğ. 1998, Perry ve McLaren 2004, Dennis ve diğ. 2005, Tsai ve Chi-Ling 2009). Başka çalışmalarda ise hastanede yatan hastaların %11-62'sinde malnütrisyon görüldüğü, inme sonrası bireylerde malnütrisyon prevalansının ise %9-67 arasında olduğu belirlenmiştir (Elhan ve diğ. 2005, Perry ve McLaren 2004, Poels ve diğ. 2006, Tsai ve Chi-Ling 2009).

Malnütrisyon için diğer önemli risk faktörü olan yaşlılıkta; fiziksel ve bilişsel yetersizliklerin arttığı, fizyolojik değişimlerin yaşandığı, hastalıkların ortaya çıktığı ve bu nedenle malnütrisyonun

daha fazla yaşandığı belirtilmektedir (Unosson ve diğ. 1994, Westergren ve diğ. 2001, Aliabadi ve diğ. 2008). Bununla birlikte yaşlılık döneminde daha fazla oranda inme görülmesi, malnütrisyon riskinin artmasına yol açmaktadır. İnmeli hastaların beslenme durumunun değerlendirildiği çalışmalarda yaşlı hastaların genç hastalara göre beslenme durumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir (Perry ve McLaren 2004, Dennis ve diğ. 2005, Tsai ve Chi-Ling 2009).

Malnütrisyon, yaşlılıkta ve inme sonrası çok sık yaşanan bir problem olmasına rağmen sağlık çalışanları tarafından tanımlanmayan ve değerlendirilmeyen bir konudur. Literatürde konuyla ilgili az sayıda çalışma olması nedeniyle bu alana ilgi ve farkındalığın artırılması gerektiği vurgulanmaktadır (Perry ve McLaren 2004, Elhan ve diğ. 2005, Tsai ve Chi-Ling 2009). İnmeli ve yaşlı bireylerin beslenme durumlarını inceleyen çalışmalar olmakla birlikte inmeli yaşlı bireylerin bilişsel ve beslenme durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

### **Amaç**

Bu çalışma, inmeli yaşlı bireylerde bilişsel düzey ve malnütrisyon arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamaktadır.

### **Araştırma Soruları**

1. İnmeli yaşlı bireylerde bilişsel düzey ve beslenme durumu nasıldır?
2. İnmeli yaşlı bireylerde bilişsel düzeydeki bozulma malnütrisyon riskini artırır mı?

### **Yöntem**

#### **Araştırmanın Türü**

Bu çalışma, tanımlayıcı-kesitsel niteliktedir.

#### **Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Bu çalışma, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi nöroloji kliniğinde Ocak – Haziran 2010 tarihleri arasında yapılmıştır.

### **Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Çalışmada örneklem seçilmemiş yukarıda belirtilen tarihler arasında kliniğe yatan tüm hastalara ulaşılmıştır. Kliniğe bir yıl önce (2009) yatan hasta sayısı 587 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya nöroloji kliniğine inme tanısıyla kabul edilen, 65 yaş ve üzerinde olan, iletişime açık, çalışmaya katılmayı kabul eden 123 birey alınmıştır. Yedi kişi çalışmaya katılmayı kabul etmediği için araştırma dışında tutulmuştur.

### **Etik Boyut**

Çalışmanın yapıldığı kurum yönetiminden etik kurulundan ( 2010/37) izin alınmıştır. Ayrıca, çalışmanın amacı açıklanarak çalışmaya katılmaya istekli olanlara veri formları uygulanmıştır.

### **Araştırmanın Sınırlılığı**

Araştırmanın sadece nöroloji kliniğinde yatan hastalar üzerinde yapılması çalışmanın sınırlılıklarından biri olarak değerlendirilmektedir. Çalışmada ki diğer bir sınırlılık ise, inme tanısı ile yatan bireylerin hepsinin hastane ortamında ve inmeden hemen sonra beslenme durumunun değerlendirilmesidir. Literatürde inmeden bir yıl sonra bilişsel düzeyde iyileşmenin olduğu belirtilmektedir (Appelros 2005). Bununla birlikte, çalışmada yer alan inmeli bireylerin bir yıl sonra kendi ev ortamlarında değerlendirilmeleri araştırmacılar tarafından planlanmıştır.

### **Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu, Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve Mini Beslenme Değerlendirmesi (MBD) kullanılmıştır. Kullanılan formlar yüz yüze görüşülerek uygulanmış, formların uygulanma süresi ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

### **Tanıtıcı Bilgi Formu**

On maddeden oluşan bu form bireylerin sosyodemografik (yaş, cinsiyet, sağlık güvencesi, eğitim ve medeni durumu, başka bir hastalığının olması) özellikleri ve beslenme durumunu etkileyebilecek

bazı değişkenleri (günlük sıvı alımı, yatış süresi, albumin ve hemoglobin düzeyi) belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Perry ve McLaren 2004, Elhan ve diğ. 2005, Tsai ve Chi-Ling 2009).

#### **Standardize Mini Mental Test (SMMT)**

Folstein ve diğ. (1975) tarafından geliştirilen bu ölçek, kolay uygulanabilen ve bilişsel bozukluğun derecesi hakkında bilgi veren bir testtir. Bu test; yönelim, kayıt, dikkat-hesaplama, hatırlama, dil testleri ve yapılandırmayı değerlendiren alt bölümlerden oluşmaktadır. SMMT, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve diğ. (2002) tarafından yapılmıştır. Farklı kesim noktaları kullanılmakla birlikte, genellikle 23 ve altındaki puanlar bilişsel bozukluğun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Yapılan puanlama sonucunda, 21-23 arasındaki puanlar hafif bilişsel bozukluğu; 20 ve altındaki puanlar orta ve ileri düzeyde bilişsel bozukluğu gösterir. Hafif düzeydeki bilişsel bozukluklarda kişi klinik anlamda iş ve sosyal çevresiyle ilgili problemler göstermekle birlikte herhangi bir yardıma ihtiyacı olmadan yaşantısını sürdürebileceği, orta ve ileri düzeydeki bilişsel bozuklukların ise kişinin yaşantısını sürdürebilmesi için yardıma ihtiyacı olabileceği belirtilmektedir (Güngen ve diğ. 2002, Saka ve Özkulluk 2008).

#### **Mini Beslenme Değerlendirmesi (MBD)**

Genel uygulamada, huzurevleri ve hastanelerdeki 65 yaş ve üzerindeki yaşlılarda malnütrisyon riskini değerlendirmede kullanılan bir ölçektir. Vellas ve diğ. (1989) tarafından geliştirilen bu ölçek, dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. MBD ölçeği, tarama ve değerlendirme olmak üzere iki alt boyuttan ve toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte antropometrik (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, üst kol çevresi ve baldır çevresi), genel durumu (yaşam biçimi, aktivite, ilaç kullanımları ve deri lezyonları) beslenme durumu (günlük öğün sayısı, sebze ve meyve alımı, iştah durumu, sıvı tüketimi vb.) ve öznel duruma (beslenme ve sağlık durumunun öznel algılanması)

ilişkin sorular yer almaktadır. Ölçeğin tarama alt boyutundan en yüksek alınacak puan 14 olup, 12 puan ve üzeri "normal/risk yok" 11 puan ve altı ise "malnütrisyon için riskli" anlamına gelmektedir. Tarama alt boyutundan 12 veya üzeri puan alındığında testin geri kalanına devam edilmez, 11 veya altında puan alındığında ise testin geri kalan 12 sorusu (değerlendirme boyutu) da sorgulanır (Elhan ve diğ. 2005, Vellas ve diğ. 1999, Saka ve Özkulluk 2008).

Değerlendirme boyutundan alınacak en yüksek puan ise 16'dır. Tarama ve değerlendirme alt boyutlarından elde edilecek puanlar toplanarak malnütrisyon belirleme puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 30'dur. Malnütrisyon belirleme puanı; >23.5 ise "beslenme sorunu yok", 17-23.5 puanı arasında ise "malnütrisyon riski var", <17 puan ise "malnütrisyonlu" olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın düşmesi malnütrisyonun arttığını göstermektedir (Vellas ve diğ. 1999, Aliabadi ve diğ. 2008).

#### **Verilerin Değerlendirmesi**

Veriler, SPSS (versiyon 16.0) paket programında yüzdeler hesabı Bağımsız Gruplarda İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal-Wallis ve Basit Korelasyon Analizi Pearson Korelasyon Katsayısı testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

#### **Bulgular**

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının  $70.94 \pm 5.48$  olduğu, %50.4'ünün erkek, %77.2'sinin 65-75 yaş aralığında, %78'inin evli, %35.8'i-nin ilköğretim mezunu, % 86.2'sinine başka bir hastalık öyküsü olduğu, %37.4'ünün 7 günden az hastanede kaldığı, %64.2'sinin ise günde 1000-2000 ml. arasında sıvı aldığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre; bireylerin SMMT'ye göre bilişsel durumları incelendiğinde; % 61'inde orta ve ağır düzeyde olmak üzere, %83'ünde bilişsel bozulma yaşandığı belirlenmiştir. Bireylerin MBD dağılımları değerlendiril-

**Tablo 1:** Bireylere İlişkin Tanıtıcı Özellikler (n=123)

| Tanıtıcı Özellikler              | Sayı       | Yüzde |
|----------------------------------|------------|-------|
| <b>Cinsiyet</b>                  |            |       |
| Kadın                            | 61         | 49.6  |
| Erkek                            | 62         | 50.4  |
| <b>Yaş grubu</b>                 |            |       |
| 65-74 yaş                        | 95         | 77.2  |
| 75 yaş ve üstü                   | 28         | 22.8  |
| Yaş ortalaması                   | 70.94±5.48 |       |
| <b>Medeni durum</b>              |            |       |
| Evli                             | 96         | 78    |
| Bekar                            | 27         | 22    |
| <b>Eğitim durumu</b>             |            |       |
| Okur-yazar değil                 | 42         | 34.1  |
| Okur-yazar                       | 37         | 30.1  |
| İlk öğretim                      | 44         | 35.8  |
| <b>Başka bir hastalık öyküsü</b> |            |       |
| Var                              | 106        | 86.2  |
| Yok                              | 17         | 13.8  |
| <b>Hastanede kalış süresi</b>    |            |       |
| 7 günden az                      | 46         | 37.4  |
| 7-14 gün                         | 33         | 26.8  |
| 15-21 gün                        | 31         | 25.2  |
| 22 ve üzeri                      | 13         | 10.6  |
| <b>Günlük sıvı alımı</b>         |            |       |
| 1000 ml'den az                   | 30         | 24.4  |
| 1000-2000 ml                     | 79         | 64.2  |
| 2000 ml'den fazla                | 14         | 11.4  |

**Tablo 2:** Bireylerin SMMT ve MBD Alt Gruplarına Göre Dağılımı (n=123)

| Ölçekler                                     | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| <b>SMMT</b>                                  |      |       |
| Bilişsel bozulma yok (24-30 puan)            | 21   | 17    |
| Hafif bilişsel bozulma (21-23 puan)          | 27   | 22    |
| Orta ve ağır bilişsel bozulma (20-altı puan) | 75   | 61    |
| <b>MBD</b>                                   |      |       |
| Normal (> 23.5 puan)                         | 33   | 26.8  |
| Malnütrisyon riski (17-23 puan)              | 62   | 50.4  |
| Malnütrisyon (malnütrisyon)                  | 28   | 22.8  |

diğinde ise %22.8'inin malnütrisyonlu olduğu, %50.4'ünün malnütrisyon açısından riskli olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışmada bireylerin SMMT (19.97±4.48) ve MBD puan ortalamaları (17.62±6.17) karşılaştırıldığında (Tablo 3); bilişsel durum ve beslenme durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu, Tukey testi sonucuna göre aradaki farkın orta ve ağır bilişsel bozulmanın olduğu gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (p>0.05).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre; bireylerin bilişsel durum puan ortalaması 19.97±4.48 (min:0, max:30), MBD puan ortalamaları ise 17.62±6.17 (min:10, max:28) olarak bulunmuş ve bilişsel durum ile beslenme arasında anlamlı bir ilişki ve pozitif bir korelasyon elde edilmiştir (Tablo 4).

**Tablo 3:** İnmeli Yaşlı Bireylerin Bilişsel Düzey ve Beslenme Durumu Arasındaki İlişki

| SMMT   | MBD<br>X±Sd | F            | p            |
|--|-------------|--------------|--------------|
| Bilişsel bozulma yok (24-30 puan)              | 22.67±2.85  | <b>11.51</b> | <b>0.001</b> |
| Hafif bilişsel bozulma (21-23 puan)            | 21.74±5.04  |              |              |
| Orta ve ağır bilişsel bozulma (20- altı puan)* | 18.57±4.01  |              |              |

\*Fark yaratan grup



**Tablo 4:** İnmeli Yaşlı Bireylerin SMMT ve MBD Puanlarının Korelasyonu

| Ölçek puan ortalamaları | X±Sd       | r     | P            |
|-------------------------|------------|-------|--------------|
| SMMT                    | 19.97±4.48 | 0.509 | <b>0.001</b> |
| MBD                     | 17.62±6.17 |       |              |

## Tartışma

İnme ve yaşlılık malnütrisyonun gelişmesine, malnütrisyon ise inmeli yaşlı bireyin sağlık durumunun daha da kötüleşmesine neden olmaktadır (Porteous ve Markus 2004, Poels ve diğ. 2006, Tsai ve Chi-Ling 2009). Bu nedenle sağlığın devamı için gerekli olan beslenmenin yaşlılıkta olduğu gibi özellikle yaşlı inmeli bireylerde de değerlendirilmesi, durumun tanınması, hastanın beslenme yönünden takip edilmesi gerekmektedir (Berner 2006). Bu değerlendirme, inmeli yaşlı bireylerin beslenme durumlarının saptanması ve iyileştirilmesi açısından önemlidir (Saka ve Özkulluk 2008).

İnmeli yaşlı bireylerin bilişsel düzey ve beslenme durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, bireylerin çoğunluğunun bilişsel durumlarında bozulma olduğu ve %22.8'inin malnütrisyonlu, %50.4'nün ise malnütrisyon açısından riski olduğu belirlenmiştir. Saka ve Özkulluk (2008)'un çalışmasında ise hastanede tedavi altında olan yaşlıların %16'sının malnütrisyonu olduğu, %14'ünün ise malnütrisyon riski taşıdığı saptanmıştır. Yaşlanma ile birlikte gelişen fonksiyon kayıplarının yanı sıra, inmeyle bağlı ortaya çıkan yeti yitimi çalışmamızda yer alan yaşlı hastalarımızda malnütrisyon görülme oranını ve riskini arttırmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da inmeli yaşlı bireylerin yaşadığı bir çok kompleks sorunlar nedeniyle beslenme örüntülerinin bozulduğu belirtilmektedir (Saka ve Özkulluk 2008, Tsai ve diğ. 2008). Poels ve diğ. (2006), inme sonrasında bireylerin %35'inde malnütrisyon görüldüğünü; Tsai ve diğ. (2009) ise inmeli bireylerin %19'unun malnütrisyonlu, %57'sinde ise malnütrisyon riski olduğunu belirlemişlerdir. Barone ve diğ. (2003), Olofsson ve diğ. (2007),

Ghisla ve diğ. (2007), Hengsterman ve diğ. (2008), MBD ile hastanede tedavi alan yaşlıların beslenme durumunu değerlendirdikleri çalışmalarda da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Ayrıca toplumda evde kalan yaşlıların MBD ile beslenme durumlarının değerlendirildiği çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür (Dion ve diğ 2007, Inoue ve Kato 2007, Tsai ve Ku 2007, Souminen ve diğ. 2007, Aliabadi ve diğ. 2008). Tüm bu çalışma sonuçları kliniklerde bu konuya gerekli önemin hala verilmediği, kliniklerde yaşlı ve inmeli bireylerin beslenme durumunun değerlendirilmediğini göstermektedir (Porteous ve Markus 2004, Elhan ve diğ. 2005).

Çalışmada bireylerin bilişsel durumlarına ilişkin SMMT puanları incelendiğinde; bireylerin bilişsel durum puan ortalamasının 19.97±4.48 olduğu, çoğunluğun (%83) bilişsel düzeyinde ileri düzeyde bozulma olduğu belirlenmiştir. Yaşlılıkla birlikte beyin işlevlerinin yavaşlaması ve buna ek olarak inme gibi nörolojik ve bilişsel yetersizlikleri artıran kronik bir hastalığın olması, yaşlı ve inmeli bireylerin ağır bilişsel bozulmalar yaşamasına neden olmaktadır (Appelros 2005, Apperals ve Andersson 2006, Mimi ve diğ. 2006). Çalışmaya alınan bireylerin önemli bir kısmında ileri düzeyde bilişsel bozukluğun saptanması, bireylerin günlük yaşamlarını sürdürebilmesinde ve özellikle beslenme alanında yardıma ihtiyaçlarını ve profesyonel hemşirelik bakımına gereksinimleri olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmada elde edilen bir diğer sonuç ise; inmeli yaşlı bireylerde bilişsel durum ve beslenme arasında pozitif bir ilişkinin olmasıdır (Tablo 4). Yaşam boyu önemli olan beslenme, özellikle yaşlılık döneminde beyin işlevlerinin sürdürülmesi için önemlidir (Ortega ve diğ. 1997). Bilişsel du-

rumun en çok etkilendiği hastalıklardan biri olan immede, beslenme ve yaşlılıkta beslenme durumunun incelendiği birçok çalışmada, inmeli hastalarda ve yaşlılarda beslenme örüntüsünün değiştiği, malnütrisyona yaygın olduğu bildirilmiştir (Poels ve diğ. 2006, Baath ve diğ. 2008, Tsai ve Chi-Ling 2009). Ancak çalışma boyunca ulaşılan literatürde, inmeli hastalarda beslenme ve bilişsel durum arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışmamızın inmeli yaşlı hastalarda beslenme ve bilişsel durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulgusu, bu hastaların bakımını planlarken, bilişsel fonksiyonların devamı için inmeli hastaların beslenmesine dikkat edilmesi açısından önemli bir veri olarak değerlendirilmektedir.

## Sonuç

Bu çalışmada, inmeli yaşlı bireylerin büyük bir kısmının bilişsel durumlarının ileri düzeyde bozulduğu ve çoğunluğunda malnütrisyona olduğu, bilişsel durum ve beslenme durumunun birbirini etkilediği sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık çalışanlarının, inmeli yaşlı bireyleri malnütrisyona açısından risk grubu olarak ele alması, bu gruptaki bireylere beslenme ve bilişsel duruma yönelik geniş değerlendirme yapması ve durumu tanılaması önemlidir. Hasta değerlendirilmesinde, gerekli ölçüklerin kullanılması, risk taşıyan bireylerin malnütrisyona ve bilişsel yetersizlikler açısından izlenmesi, bu sorunun önlenmesine ve azaltılmasına ilişkin gerekli planlamaların yapılması, inmeli bireylerin beslenme durumlarındaki değişimin belirlenmesi için evde izlemlerinin sürdürülmesi ve daha geniş popülasyonda yeni araştırmaların yapılması önerilmektedir.

## Yazarların Katkıları

Çalışma tasarımı: MM, TK-F, FÖ-T

Veri toplama ve/ veya analiz: TK-F, MM

Makalenin hazırlanması: MM, TK-F, FÖ-T

## Kaynaklar

**Aliabadi M, Kimiagar M, Mobarhan MG, Shakeri TM, Nematy M, Ilaty AA, Moosavi AR, Latham-New S** (2008) Prevalence of nutrition in free living elderly people in Iran. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 17(2), 285-289.

**Appelros P** (2005) Characteristics of Mini-Mental State Examination 1 year after stroke. *Acta Neurologica Scandinavica* 112(2), 88-92.

**Appelros P, Andersson A** (2006) Changes in Mini Mental State Examination score after stroke: Lacunar infarction predicts cognitive decline. *European Journal Of Neurology: The Official Journal Of The European Federation Of Neurological Societies* 13(5), 491-495.

**Aslan D, Şengelen M, Bilir N** (2008) Yaşlılık döneminde beslenme sorunları ve yaklaşımlar. Geriatri Derneği Eğitim Serisi, Yayın No:1, Öncü Basımevi, Ankara

**Baath C, Hall-Lord M, Idvall E, Wiberg-Hedman K, Wilde Larsson B** (2008) Interrater reliability using Modified Norton Scale, Pressure Ulcer Card, Short Form-Mini Nutritional Assessment by registered and enrolled nurses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 17(5), 618-626.

**Barone L, Milosavljevic M, Gazibarich B** (2003) Assessing the older person: Is the MBD more appropriate nutritional assessment tool than the SGA? *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 7, 433-437.

**Berner YN** (2006) Yaşlılık ve beslenme. *Turkish Journal of Geriatrics* 9(2), 97-107.

**Dennis M, Lewis S, Warlow C** (2005) Routine oral nutritional supplementation for stroke patients in hospital (FOOD): A multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 365, 755-763.

**Dion N, Cotart JL, Rabilloud M** (2007) Correction of the nutrition test errors of more accurate quantification of the link between dental health and malnutrition. *Nutrition* 23(4), 301-307.

**Elhan A, Kutlay S, Küçükdeveci A, Cotuk C, Oztürk G, Tesio L, Tennant A** (2005) Psychometric properties of the Mini-Mental State Examination in patients with acquired brain injury in Turkey. *Journal Of Rehabilitation Medicine: Official Journal Of The*

UEMS European Board Of Physical And Rehabilitation Medicine 37(5), 306-311.

**Folstein M, Folstein SE, McHugh PR** (1975) Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatr Reserch* 12, 189-198.

**Ghisla MK, Cossi S, Timpini A, Baroni F, Facchi E, Marengoni A** (2007) Predictors of succesful rehabilitation in geriatric patients: Sub-gruop analysis of patient with cognictive impairment. *Aging Clinical and Experimental Research* 19(5), 417-423.

**Güngen C, Ertan T, Eker E** (2002) Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 13(4), 273-251.

**Hengstermann S, Nieczaj R, Steinhagen-Thiesens E, Schulz RJJ** (2008) Which are the most efficient items of mini nutritional assessment in multimorbid patients? *The Journal Nutrition, Health & Aging* 12(2), 117-22.

**Inoue K, Kato M** (2007) Usefulness of the mini-nutritional assessment (MND) to evaluate the nutritional status of jappanese frail elderly under home care. *Geriatry Gerentology International* 7, 238-244.

**Mimi O, Looi PS, Lee FS** (2006) Cognitive function of elderly Haj Pilgrims in Malaysia. *Malaysian Journal of Psychiatry* 15(2), 23-34.

**Olofsson B, Stenvall M, Lundström M, Gustafsson Y, Svensson O** (2007) Nutrition and older people malnutrition in hip fracture patients: An intervention study. *Orthopaedic Nursing* 28(6), 305-13.

**Ortega RM, Requejo AM, Andres P, Navia B, Perea JM, Robles F** (1997) Dietary intake and cognitive function in a group of elderly people. *American Journal of Clinical Nutrition* 66, 803-809.

**Perry L, McLaren S** (2004) An exploration of nutrition and eating disabilities in relation to quality of life at 6 months post-stroke. *Health & Social Care in the Community* 12(4), 288-297.

**Poels BJJ, Brinkman-Zijlker H, Dijkstra PU, Postema K** (2006) Malnutrition, eating difficulties and feeding dependence in a stroke rehabilitation centre. *Disability & Rehabilitation* 28(10), 637-643.

**Porteous L, Markus H** (2004) Malnutrition in stroke and its management. *Current Medical Literature: Stroke Review* 8(1), 6-11.

**Saka B, Özkulluk H** (2008) İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nutrisyel durumun değerlendirilmesi ve malnutrisyonun diğer geriatrik sendromlarla ilişkisi. *Gülhane Tıp Dergisi* 50, 151-157.

**Souminen MH, Sandeli E, Soini H, Pitkala KH** (2007) How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients? *European Journal of Clinical Nutrition* 13(4), 218-223.

**Tsai AC, Ho CS, Chang MC** (2008) Assessing the pravelence of malnutrition with the mini nutritional assesment (MND) in a nationally representative sample of elderly Taiwanese. *Journal of Nutrition, Health & Aging* 12(4), 239-242.

**Tsai AC, Chi-Ling S** (2009) A population-specific Mini-Nutritional Assessment can effectively grade the nutritional status of stroke rehabilitation patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing* 18(1), 82-88.

**Tsai AC, Ku PY** (2007 ) population specific mini nutritional assessment effectively predicts the nutritional state and follow-up mortality of institutionalized elderly Taiwanese of cognictive status. *British Journal of Nutrition* 6, 1-7.

**Unosson M, Ek AC, Bjurulf P, VonSchenck H, Larsson J** (1994) Feeding dependence and nutritional status after acute stroke. *Stroke* 25, 366-71.

**Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourashemi F, Bennahum D, Lauque S, Albaredo JL** (1999) The mini nutritional assessment (MND) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* 15, 116-122.

**Westergren A, Ohlsson O, Hallberg I** (2001) Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing* 35(3), 416-426.

**Winkel-Witlox A, Post M, Visser-Meily J, Lindeman E** (2008) Efficient screening of cognitive dysfunction in stroke patients: Comparison between the CAMCOG and the R-CAMCOG, Mini Mental State Examination and Functional Independence Measure-cognition score. *Disability And Rehabilitation* 30(18), 1386-1391.