



Ümraniye Durmuş Tanış Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 65 Yaş Üzeri Hastalarda Malnütrisyon Sıklığı ve İlişkili Durumlar

Prevalence of Malnutrition and Related Conditions in Patients Over 65 Years of Age Admitted to Ümraniye Durmuş Tanış Family Health Center

Furkan BAYRAK¹, Süleyman ERSOY², Emin PALA²

¹Ümraniye Durmuş Tanış Aile Sağlığı Merkezi, Ümraniye, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ümraniye, İstanbul, Türkiye

Öz

GİRİŞ ve AMAÇ: Bu çalışmanın amacı Ümraniye Durmuş Tanış Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda malnütrisyon sıklığını belirlemek ve malnütrisyonla ilişkili olabilecek durumları ortaya koymaktır.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olan bu çalışma Ümraniye Durmuş Tanış Aile Sağlığı Merkezi'ne 1Kasım 2019- 28Şubat 2020 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda yürütülmüştür. Hastalara Mini Nutrisyonel Değerlendirme(MNA) testinin kısa ve uzun formları uygulanmıştır. Ayrıca hastalara demografik ve sosyoekonomik bilgilerini, beslenme durumlarını, tıbbi öyküleri ile antropometrik ölçümlerini içeren bir anket formu doldurtulmuştur. Veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 238 kişi dâhil edilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen katılımcıların %2,1'inde malnütrisyon, %5,0'inde malnütrisyon riski saptanırken, %92,9'unun malnütrisyonu olmadığı saptanmıştır. Malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan hastalar ile malnütrisyonu olmayan hastalar medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık sayısı, kullanılan ilaç sayısı, ikamet yeri, ana öğün sayısı ve günlük tüketilen su miktarı açısından karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Malnütrisyon durumuyla antropometrik ölçümler (vücut kitle indeksi, baldır çevresi ve üst orta kol çevresi) ve yaş durumu kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu($p<0,001$).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Yaptığımız çalışmaya göre birinci basamağa başvuran yaşlı hastalarda malnütrisyon ve malnütrisyon riski sıklığı sırasıyla %2,1 ve %5,0 olarak belirlenmiştir. İleri yaşlarda malnütrisyon sıklığında artış tespit edilmiştir. Malnütrisyonu olan ve olmayan hastalar arasında demografik, sosyoekonomik, beslenme ve tıbbi durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır. Birinci basamak sağlık merkezlerinde bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Malnütrisyon, Yaşlı hasta, Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi

Abstract

INTRODUCTION: The aim of this study is to determine the frequency of malnutrition in patients over 65 years old who applied to Ümraniye Durmuş Tanış Family Health Care Center, and to reveal the conditions that may be associated with malnutrition.

METHODS: This study included patients over 65 years of age who applied to Umraniye Durmus Tanis Family Health Care Center between 1 November 2019 and 28February 2020. This research was conducted as a cross-sectional and descriptive study. Short and long forms of the Mini Nutritional Assessment (MNA) test were applied to the patients. In addition, a questionnaire form containing demographic and socioeconomic information, nutritional status, medical histories and anthropometric measurements was completed by the patients. The data were analyzed using the SPSS 22.0 package program.

RESULTS: A total of 238 people were included in the study. While %2.1 of the participants included in the study had malnutrition and %5.0 of had risk of malnutrition, %92.8 of the participants had adequate nutritional status. Patients at risk of malnutrition and malnutrition were compared with patients without malnutrition in terms of marital status, educational status, income status, number of chronic diseases, number of drugs used, place of residence, number of main meals and daily water consumed, and no significant difference was found between them. When anthropometric measurements (body mass index, calf circumference and upper-middle arm circumference) and age were compared with malnutrition status, statistically significant differences were found ($p<0.001$).

DISCUSSION and CONCLUSION: According to our study, the frequency of malnutrition and malnutrition risk was determined as 2.1% and 5%, respectively, in elderly patients admitted to primary care. An increase in the frequency of malnutrition was detected in older ages. No statistically significant differences were found between demographic, socioeconomic, nutritional and medical conditions between patients with and without malnutrition. More studies are needed on this issue in primary health care centers.

Keywords: Malnutrition, Elderly Patients, Mini Nutritional Assessment

GİRİŞ

Malnütrisyon; enerji, protein ve diğer besin öğelerinin yetersiz, dengesiz veya fazla alınması nedeniyle vücut yapı ve fonksiyonlarının ölçülebilir şekilde olumsuz etkilendiği bir durumdur. Alımdaki yetersizlik veya düzensiz beslenmenin yol açtığı, vücut kompozisyonunun (yağsız kitlede azalma) ve vücut hücre kitlesinin bozulması sonucu ortaya çıkan fiziksel ve mental fonksiyonların azalması ve hastalığın klinik sonucunun kötüleşmesi şeklinde tanımlanmaktadır (1). Tek başına açlık, hastalık ve ileri yaşlanma veya bunların kombinasyonları sonucu malnütrisyon gelişebilir (2).

Toplumda %5,0-15,0 hastaneye yatan hastalarda ortalama %40,0 oranında görülen malnütrisyon, çok önemli bir halk sağlığı sorunudur (3-7). Pek çok organda ciddi sorunlara yol açtığı gibi, hastalık durumlarında prognozu olumsuz etkiler, komplikasyon, genel morbidite ve mortalite oranlarını yükseltir. Fark edildiği zaman doğru nütrisyon desteğiyle olumlu sonuçlar elde etme şansı doğar. Tıpta anlamlı gelişmelere rağmen malnütrisyon, gelişmiş ülkelerde bile önemli ve sık görülen bir sağlık problemi olmayı sürdürmektedir. Son yıllarda sağlık politikaları ve araştırmaları obezite üzerine odaklanmasına rağmen, yetersiz beslenme, daha genel bir terimle malnütrisyon, ekonomi ve sağlık alanında topluma ciddi bir yük getirmektedir (7).

Herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastanın, yetersiz beslenmeye bağlı veya hastalığın oluşturduğu durum sonucu malnütrisyonunda olması tedavinin başarısını olumsuz yönde etkiler. Malnütrisyon iyileşmeyi geciktirip hastanede kalış süresini uzatabilir, enfeksiyonlara karşı duyarlılığı artırır, yaşam kalitesini düşürür ve hatta çoğu hastada ölüm riskini artırır (8,9). Hastaneye başvuruda malnütrisyonu olmayan hastada, hastanede geçirdiği süre içinde malnütrisyon gelişmesi de dikkati çekmiş ve klinisyenlerce önemle vurgulanmıştır. Çeşitli araştırmacılar tarafından

%10-50 arasında görüldüğü bildirilen iyatrojenik malnütrisyonu açan faktörlerin bilinmesi, var olan nütrisyonel bozukluğun daha da kötüleşmesini engelleyebilir ve uygun bir tedavinin oluşturulmasında önemli rol oynar (3,10)

Sağlıkta Dönüşüm Projesi çerçevesinde 2010 yılından itibaren İstanbul ve tüm Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimliği uygulamasında koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkmaktadır. Aşilar ve bebek, çocuk, gebe izlemlerin yanında kronik hastalık takipleri de aile hekimlerince yapılmaktadır. Bu açıdan aile hekimlerinin malnütrisyonu tanınması erkenden tespit ederek tedavisine başlamaları, gerekli gördükleri hastaları ileri basamağa gecikmeden sevk etmeleri önem arz etmektedir (11).

Bu çalışmanın amacı Ümraniye Durmuş Tanış Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaş ve üzeri yaşlı hastalarda malnütrisyon sıklığını belirlemek, malnütrisyonla ilişkili olan durumları tespit ederek bu konuda bilime katkı sağlayacak kanıtlar ortaya koymak, yoğun geriatri polikliniği yapan aile hekimlerinin malnütrisyon konusunda farkındalıklarını artırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmanın Evreni ve Türü

Bu çalışma Ümraniye Durmuş Tanış Aile Sağlığı Merkezi’ne 1 Kasım 2019 – 28 Şubat 2020 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üzeri hastalara uygulanmış gözlemsel kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma olarak yapıldı. Çalışmaya toplamda ulaşılması gereken ve temsil gücü olan örneklem büyüklüğü %15 olasılık oranı %5 kabul edilebilir hata payı, %95 güven aralığı ve %10 veri kaybı göz önüne alınarak 238 kişi dahil edildi. Örneklem büyüklüğü GPower 3,1 programı kullanılarak hesap edildi (12). Çalışmaya 65 yaş ve üzeri poliklinik başvurusu olan tüm hastalar dahil edildi. 65 yaş altı hastalar ve çalışmaya katılmaya rıza göstermeyenler hariç tutuldu.

Hastalara Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi'nin(MNA) kısa ve uzun formları uygulandı (13). Uygulanan MNA testi sonucuna göre hastalar; malnütrisonu olmayan, malnütrisyon riski olan ve malnütrisyonu olan olmak üzere 3 kategoriye ayrıldı. İstatistiksel karşılaştırmalar yapılırken malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan hastalar beraber değerlendirildi. MNA ölçeği kısa(tarama) ve uzun formdan oluşan malnütrisyon tarama ölçeğidir. Kısa formu iştah durumu, kilo kaybı, hareketlilik, vücut kitle indeksi(VKİ), psikolojik stres ve akut hastalıkları sorgulayan 6 maddeden oluşmaktadır. Uzun formu yatağa bağımlılık durumunu, polifarmasiyi, öğün sayısını, bası yarasını, bağımsız yaşayabilme durumunu, tüketilen besin çeşidini, günlük tüketilen su miktarını ve antropometrik ölçümleri sorgulayan 12 maddeden oluşmaktadır. Hastalara ilk önce MNA ölçeğinin kısa formu uygulandı. Toplam 14 puan üzerinden değerlendirilen bu formda 12 ve üzeri puan alanlar malnütrisyonu olmayan hastalar, 8-11arası puan alanlar malnütrisyon riski altında olan hastalar 7 ve altında puan alanlar malnütrisyonlu hastalar olarak kabul edildi. 11 ve altı puan alanlara ölçeğin uzun formu da uygulandı. Toplam 30 puan üzerinden değerlendirilen uzun formda 24 ve üzeri puan alanlar malnütrisyonu olmayan, 17-24 arası puan alanlar malnütrisyon riski olan, 17 puan altında alan kişiler malnütrisyonu olan hastalar olarak değerlendirildi.

Antropometrik ölçümlerden boy, vücut ağırlığı, baldır çevresi ve üst orta kol çevresi ölçümleri kalibrasyonu yapılmış tartı, boy ölçer ve esnemeyen mezurayla tespit edildi. Ayrıca hastalara 17 soruluk demografik ve sosyoekonomik bilgilerini, beslenme durumlarını, tıbbi öyküleri ile antropometrik ölçümlerini içeren bir anket formu uygulandı.

Aynı hastaya sehven tekrar test yapmamak için anket uygulanan her hastaya Aile Hekimliği Sisteminde kullanılan program(NBYS) aracılığıyla bir uyarı oluşturuldu ve gelen her hasta sistemde

uyarısı kontrol edildikten sonra çalışmaya alındı.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS 22.0paket programı kullanılarak analiz edildi. Kolmogorov Smirnov testi ile verilerin dağılımının normal dağıldığı görüldü. Çalışma verilerideğerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra Parametrik veriler için Student-t Testi Ki-Kare, Fisher ExactTestleri ile Pearson ve Spearmans Korelasyon testleri kullanıldı. Elde edilen bulgular %95 güvenle, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolüne Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (23.10.2019 tarih Karar No:217) onay alındı. Araştırmanın Ümraniye Durmuş Tanış Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılabilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden (06 Şubat 2020 tarih ve 2020/08-A kararınca) yazılı izin alındı.

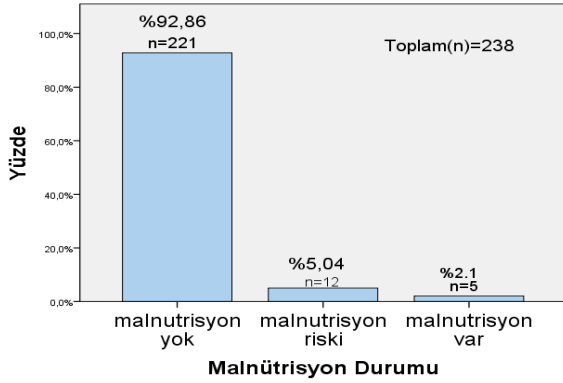
BULGULAR

Çalışmaya Ümraniye Durmuş Tanış Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaş ve üzeri 238 kişi katılmıştır. Katılımcıların %44,5'i erkek, %55,5'i kadındır. Çalışmaya katılanların %66,8'i evli, %3,4'ü bekâr ve %29,8'i dul/boşanmıştır. Ortalama yaş 72,2 ±6,03 yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışmaya katılan hastaların %14,29'u sigara içmektedir. Bunun yanında hastaların sadece %3,36'sı alkol kullanmaktadır. Hastaların gelir durumuna baktığımız zaman %95'inin emekli maaşı varken, %5'inin hiçbir geliri yoktur. Hastaların %18'i kirada otururken, %82'si kendi evinde oturmaktadır (Tablo 2).

Hastaların antropometrik ölçümleriniincelediğimiz zaman vücut kitle indeksi ortalaması 29,1±5,4 olarak belirlendi. Hastaların baldır çevresi ortalaması 36,6±3,9cm, üst orta kol çevresi ortalaması 29,06±3,7cm olarak belirlendi.

Uygulanan MNA Testi'nin kısa formundan 11 puan ve altında alan toplam 17 hastaya testin uzun formu uygulandı.

Malnütrisyon durumlarına göre hastaların %92,9(n=221)'unun malnütrisyonu olmadığı, %5,0(n=12)'inin malnütrisyon riski olduğu, %2,1(n=5)'inin malnütrisyonu olduğu belirlenmiştir(Şekil 1).



Şekil 1. Hastaların malnütrisyon durumlarına göre dağılımları

Hastaların malnütrisyon durumuyla demografik, sosyoekonomik ve tıbbi özelliklerini karşılaştırdığımızda yaş dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 3) ($p<0,001$).

Hastaların kullandığı ilaç sayılarıyla malnütrisyon durumları incelendiğinde aralarında anlamlı bir korelasyon bulunmadı ($p=0,637$). Aynı şekilde kronik hastalık sayısı ile malnütrisyon durumunu incelediğimizde anlamlı bir korelasyon saptanmadı ($p=0,320$) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan hasta oranları sırasıyla %2,1 ve %5 olarak bulundu. Hastalarımızın %92,9'unda malnütrisyon ya da malnütrisyon riski saptanmadı.

Dünya genelinde yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak yaşlılık dönemi, bu dönemde görülen sağlık sorunları, sorunların çözümleri gibi temel

konularda yapılan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Geriatrik yaş grubu gelişen fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıkların artması, ileri yaşa özel hastalıklar olan geriatrik sendromların artması ve çoklu ilaç kullanımı gibi nedenlerle özellik taşıyan bir yaş grubudur. Malnütrisyon da özellikle geriatrik yaş grubunda sık görülen klinik bir durumdur (14).

Yaşlılarda malnütrisyon prevalansı yaşadıkları yere göre değişmektedir. Tüm dünyada yapılan prevalans çalışmaları, geriatrik popülasyonun yaklaşık dörtte birinin (%20-30), hastaneye başvuran yaşlıların %15-45'inin, hastanede yatan yaşlıların %20-65'inin, kurumlarda kalan yaşlıların %25-85'inin ve polikliniklerde görülen veya toplumda yaşayan yaşlıların %5-15'inin malnütrisyonunda olduğunu göstermektedir(15). Ülkemizde yapılan malnütrisyon prevalans çalışmaları, hastaneye başvuran yaşlıların %25-45'inin, hastanede yatan yaşlıların %20-60'ının ve kurumlarda kalan yaşlıların %30-70'inin malnütrisyon veya malnütrisyon riskine olduğunu göstermektedir (16).Bizim yaptığımız prevalans çalışmasında malnütrisyon oranları ülkemizde ve dünyada yapılan diğer çalışmalara kıyasla daha düşük bulundu. Bunun ana sebebi olarak malnütrisyonla ilgili çalışmaların daha çok 2. ve 3. basamak hastanelerde ve özellikle serviste/yoğun bakımda yatan hastalar üzerinde yapılmış olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Ayrıca malnütrisyonu gelişen hastaların Aile Sağlığı Merkezine başvurmadan ziyade 2. ve 3. basamak sağlık tesislerine daha çok başvurduklarını düşünmekteyiz(3,5,7,16).

Aile Sağlığı Merkezlerinde düşük prevalans hekimliği yapılır. Hastane hekimliğinde sık karşılaşılan ciddi hastalıklar aile hekimliği uygulamasında daha az görülür. Birçok kronik ve ciddi seyirli hastalıklarda olduğu gibi malnütrisyonlu hastalarda birinci basamak tedavi merkezlerinden ziyade ikinci ve üçüncü basamak tedavi merkezlerine daha çok başvurmaktadır.

Tablo 1. Hastaların demografik ve sosyoekonomik özellikleri

Değişkenler		n	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	132	55,5
	Erkek	106	44,5
Yaş	65-74 arası	166	70
	75-84 arası	60	25
	85 ve üzeri	12	5
Medeni Durum	Evli	159	66,8
	Bekar	8	3,4
	Dul/boşanmış	75	29,8
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	44	18,5
	Okur-yazar	34	14,3
	İlkokul	119	50
	Ortaokul	16	6,7
	Lise	15	6,3
	Üniversite	10	4,2
İkamet Yeri	Köy	43	18,1
	İlçe merkezi	4	1,6
	İl merkezi	191	80,3
Kiminle yaşıyor	Eşiyle	150	63
	Yalnız	25	10,5
	Çocuklarıyla	60	25,2
	Diğer	3	1,3
Gelir Durumu	Maaşı var	226	94,9
	Yakınları ile ilgileniyor	11	4,7
	Sosyal yardım alıyor	1	0,4
Kira Durumu	Kirada oturuyor	43	18
	Kendi evinde oturuyor	195	82

Tablo 2. Hastaların tıbbi öykü durumları

Değişkenler		n	Yüzde(%)
Sigara	İçiyor	34	14,3
	İçmiyor	204	85,7
Alkol	Kullanıyor	8	3,4
	Kullanmıyor	230	96,6
Kullanılan İlaç Sayısı	5 ve üzeri	93	39,1
	1-4 arası	126	52,9
	Kullanmıyor	19	8
Vücut Kitle İndeksi	30 üzeri	104	43,7
	25-30 arası	78	32,8
	23-25 arası	28	11,8
	21-23 arası	18	7,5
	19-21 arası	4	1,7
	19'dan az	6	2,5
Günlük Ana Öğün Sayısı	1 öğün	2	0,8
	2 öğün	108	45,3
	3 öğün	128	53,8
Günlük Ara Öğün Sayısı	Yapmıyor	61	25,7
	1 ara öğün	142	59,6
	2 ara öğün	30	12,6
	3 ara öğün	5	2,1
Günlük Tüketilen Su Miktarı	1-3 bardak	28	11,8
	4-6 bardak	98	41,2
	7-10 bardak	51	21,4
	11 ve üzeri	61	25,6
Kronik Hastalık	Var	214	89,9
	Yok	24	10,1
Hipertansiyon		160	% 67,2
Diyabet		86	% 36,1
Kalp Damar Hastalıkları		65	% 27,3
Hiperlipidemi		43	% 18,1
Endokrin Bozukluklar		31	% 13
Astım-KOAH		22	% 9,2
Gastro İntestinal Hastalıklar		13	% 5,5
Romatizmal Hastalıklar		9	% 3,8
Kronik Böbrek Hastalıkları		9	% 3,8
Kanser		4	% 1,7
Diğer		71	% 29,8

Tablo 3. Malnütrisyon durumuyla demografik sosyoekonomik ve tıbbi durumların ilişkisi

			Malnütrisyon			P değeri
			var	yok	toplam	
Cinsiyet	Erkek	n	8	98	106	0,828
		%	%7,5	%92,5	%100	
	Kadın	n	9	123	132	
		%	%6,8	%93,2	%100	
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	n	16	181	197	0,319
		%	%8,1	%91,9	%100	
	Ortaokul ve üstü	n	1	40	41	
		%	%2,4	%97,6	%100	
Kronik Hastalık Durumu	Var	n	16	198	214	0,470
		%	%10,4	%89,6	%100	
	Yok	n	1	23	24	
		%	%5,9	%94,1	%100	
Medeni Durum	Evli	n	9	150	159	0,208
		%	%5,7	%94,3	%100	
	Bekâr/dul	n	8	71	79	
		%	%10,1	%89,9	%100	
Gelir Durumu	Maaş var	n	16	210	226	0,598
		%	%7,1	%92,9	%100	
	Maaş yok	n	1	11	12	
		%	%8,3	%91,7	%100	
Ana öğün Sayısı	1 ve 2 öğün	n	10	100	110	0,279
		%	%9,1	%90,9	%100	
	3 ve daha fazla	n	7	121	128	
		%	%5,5	%94,5	%100	
Günlük su tüketimi	0-6 bardak	n	12	114	126	0,130
		%	%9,5	%90,5	%100	
	6 bardak üstü	n	5	107	112	
		%	%4,5	%95,5	%100	
Kullanılan İlaç Sayısı	5 ten az	n	10	135	145	0,854
		%	%6,9	%93,1	%100	
	5 ve üzeri	n	7	86	93	
		%	%7,5	%92,5	%100	
Yaş	65-74 arası	n	6	160	166	<0,001*
		%	%3,6	%96,4	%100	
	75-84 arası	n	6	54	60	
		%	%10	%90	%100	
85 ve üzeri	n	5	7	12		
	%	%41,7	%58,3	%100		

*Pearson Chi-Square Testi: p<0,001

Tablo 4. MNA skoru ile kronik hastalık sayısı ve kullanılan ilaç sayısı arasındaki ilişki

Değişkenler	MNA Skoru	
	Korelasyon katsayısı(r)	P değeri
Kronik hastalık sayısı	0,065	0,320
Kullanılan ilaç sayısı	0,031	0,637

Malnutrisyon kronik hastalığı olan bireylerde sık görülen bir problemdir ve gelişmiş ülkelerde malnutrisyonun ana sebebi hastalıklardır. Toplumda serbest yaşayan 65 yaş ve üzeri 162 bireyin beslenme durumlarını değerlendirildiği bir çalışmada, yaşlıların sahip oldukları kronik hastalık sayısı ile MNA skorları arasında orta derecede negatif korelasyon olduğunu ve sahip oldukları kronik hastalık sayısının MNA skorunu kestiricisi olduğubulunmuştur(17). Bizim çalışmamızda ise kronik hastalık sayısı ile MNA skoru arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı.

‘Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’nda (2013) 65 yaş üstü bireylerin %68’inde hipertansiyon, %28,9’unda diyabet saptanmıştır(18). Bu çalışmada katılımcılarda en sık görülen kronik hastalıkların, hipertansiyon (%67,2), diyabet (%36,1) ve koroner arter hastalığı (%27,3) olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalıkların artışı beraberinde ilaç kullanımının artışı getirir, bu da pek çok yan etki nedeniyle malnutrisyon riskinin artmasına katkıda bulunur (19). Griep ve arkadaşlarının, 61 yaş ve üzerinde, 81 kişiyi dâhil ettikleri çalışmalarında, kullanılan ilaç sayısı ile MNA skoru arasında negatif korelasyon olduğunu ve kullanılan ilaç sayısının, MNA skorunun kestiricisi olduğu gözlenmiştir(20). Bizim çalışmamızda MNA skoru ile kullanılan ilaç sayısı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmadı. Bunun sebebinin bizim çalışmamıza katılan hastaların malnütrisyon oranlarının düşük olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Toplumda bağımsız olarak yaşayan, hastanede yatan ve huzurevinde kalan yaşlılar üzerinde yapılan birçok çalışmada kadınlarda malnutrisyonun erkeklere göre daha sık görüldüğü saptanmıştır (21,22). Bunun yanı sıra cinsiyete göre malnutrisyon sıklığında anlamlı fark olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (23,24) Bizim çalışmamızda kadınlarla erkekler arasında malnütrisyon ve malnütrisyon riski açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Yaşlı bireylerde malnutrisyonu inceleyen ve yaşlılarda, yaşın beslenme durumuyla ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (25,26). Bunun yanı sıra, bazı çalışmalarda, malnutrisyon riski veya malnutrisyonu olan yaşlıların yaş ortalamalarının, beslenme durumu iyi olan yaşlılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (27,28). Bizim çalışmamızda yaş arttıkça malnütrisyon sıklığında artış olduğu görüldü ve bu artış istatistiksel olarak anlamlı çıktı.

Boşanmış olmak ve tek başına yaşıyor olmak beslenme yetersizliği için yatkınlık oluşturmaktadır. Eşler birbirlerine sosyal destektir ve besinlerin hazırlanmasında ve besin tüketiminde birbirlerine yardımcı olurlar. Yalnız yaşamak ve sosyal desteğin olmaması; depresyona, istemsiz ağırlık kaybına ve malnutrisyona yatkınlığı arttırmaktadır (29). Yaşlılarda malnutrisyonu araştıran bazı çalışmalarda medeni durum ile beslenme durumu arasında ilişki bulunmazken (30,31), bazı çalışmalarda evli bireylerde malnutrisyon oranının evli olmayanlara göre daha düşük

olduğu bulunmuştur (32,33). Bizim çalışmamızda evli olanlarda bekâr ya da dul olanlara göre malnütrisyon sıklığı daha düşük çıkmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı.

Öğrenim düzeyinin yüksek olması, beslenme durumunu olumlu olarak etkilemektedir. İyi eğitim alan yaşlıların hastalıkları ve diyetleri konusunda daha bilgili oldukları belirtilmiştir (28). Feldblum ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada malnütrisyonu olan bireyler ile malnütrisyon riski olanları karşılaştırılmış ve malnütrisyonu olanların daha az eğitilmiş oldukları saptanmıştır (28). Bizim çalışmamızda eğitim durumu arttıkça malnütrisyon sıklığının azaldığı görülmekle beraber bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı.

Yapılan pek çok çalışmada gelir düzeyinin beslenme durumunu etkilediği gösterilmiştir. Ekonomik durum; besin temini, besin çeşidi, besin tüketim miktarı, günlük harcamaları, aktiviteleri ve tedavi olanaklarını etkileyerek beslenme durumunu etkilemektedir (28,29). Bu çalışmada katılımcıların aylık gelirlerine göre malnütrisyon ve malnütrisyon riski oranlarında anlamlı farklılık saptanmadı. Bu durum çalışmada düzenli aylık geliri olanların sayısının düzenli geliri olmayanlardan çok fazla olmasına bağlandı.

Çeşitli çalışmalarda MNA ile antropometrik ölçümler arasında korelasyon bulunmuştur (28, 34). Murphy ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada, VKİ ve vücut ağırlığının, MNA'ye göre malnütrisyonu olan bireylerle, beslenme durumu iyi olan bireylerde anlamlı olarak farklı olduğunu bulmuşlardır(34). Yaşlılarda VKİ'nin normal değerleri için en iyi kesişim noktaları konusunda tam bir fikir birliği yoktur (35). DSÖ, yetişkinler için sağlıklı vücut ağırlığı aralığını, VKİ'nin 18,5-24,9 arasında olması olarak tanımlarken, düşük mortalite riskini temel almışlardır (36). Winter ve ark. bağımsız olarak evlerinde yaşayan, 65 yaş ve üzeri bireylerde, VKİ ve mortalite arasındaki ilişkiyi inceleyen, 1990-2013 yılları arasında

yapılmış, 32 prospektif kohort çalışmasının meta analizini yapmışlardır. Çalışmaya toplam 197.940 kişi dâhil edilmiştir. VKİ, 23 kg/m²'nin altında olan yaşlıların ağırlık durumlarının izlenmesinin, kilo kaybının erken teşhis edilmesi ve değiştirilebilir nedenlerin belirlenmesi açısından uygun olacağını belirtmişlerdir (36).Bu çalışmada, MNA'ye göre, malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan yaşlıların VKİ değerlerinin, beslenme durumu iyi olan yaşlıların VKİ değerlerine göre anlamlı olarak düşük olduğu bulundu.

Küçükerdönmez ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada MNA'ya göre malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan yaşlılarla, beslenme durumu iyi olan yaşlıların, VKİ, ağırlık, üst orta kol çevresi(ÜOKÇ), baldır çevresi ölçümlerini karşılaştırmış ve anlamlı farklılık olduğunu ve tüm antropometrik ölçümlerin beslenme durumu iyi olan yaşlılarda daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir(26). Bizim çalışmamızda da ÜOKÇ ve baldır çevresi ölçümleri MNA ölçeğine göre sırasıyla 22cm ve 31cm sınır kabul edilerek hastalar incelendi. İnceleme sonucunda ÜOKÇ ve baldır çevresi malnütrisyon ve malnütrisyon riski olan hastalarda, malnütrisyonu olmayan hastalara göre anlamlı olarak düşük saptandı.

Sonuç

Yaşlı hastalarda malnütrisyon ve malnütrisyon riski sıklığını araştırdığımız çalışmamızda hastaların %2,1'inde malnütrisyon ve %5'inde malnütrisyon riski tespit ettik. Hastaların %92,9'unda ise malnütrisyon yoktu. İleri yaşlarda malnütrisyon sıklığında artış tespit edildi. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında malnütrisyonla ilgili yeterli çalışma bulunmadığı ve bu durumun ihmal edildiği gözlenmektedir. Bu konunun geniş ölçekli ve kapsamlı çalışmalarla irdelenmesi önem arz etmektedir. Çalışmalarda MNA dışında farklı malnütrisyon ölçekleride kullanılarak sonuçlar karşılaştırmalı olarak değerlendirilebilir.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Sobotka L, editor. Basics in clinical nutrition. 4th ed. Galen; 2012.
2. Pirlich M, Schütz T, Kemps M, Luhman N, Minko N, Lübke HJ, et al. Social risk factors for hospital malnutrition. *Nutrition* 2005;21:295-300.
3. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994; 308: 945-8.
4. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003; 22: 235-9.
5. Pirlich M, Schütz T, Norman K, Gastell S, Lübke HJ, Bischoff SC, et al. The German hospital malnutrition study. *Clin Nutr* 2006; 25: 563-72.
6. Elia M, Jones B, Russell C. Malnutrition in various care settings in the UK: the 2007 Nutrition Screening Week Survey. *Clin Med* 2008; 8: 364-5.
7. Gündoğdu H. Malnütrisyon(Derleme). *İç Hastalıkları Dergisi* 2010;17:189-202
8. Allison SP. Malnutrition, disease and outcome. *Nutrition* 2000; 16: 590-3.
9. Gündoğdu H. Protein-enerji malnutrisyonu. İliçin G, Ünal S, Biberoglu K, Akalin S, Süleymanlar G (editörler). *Temel İç Hastalıkları*. Ankara: Güneş Kitabevi, 1996: 1610-6.
10. Butterworth CE Jr. Malnutrition in the hospital. *JAMA* 1974; 230: 879.
11. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri Ve Tarama Rehberi(2015), TC Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Yayın No:991.
12. Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 2009; 41, 1149-1160.
13. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA – It's History and Challenges. *J Nut Health Aging* 2006; 10:456-465.
14. Ülger Z1, Halil M, Cankurtaran M, Yavuz BB, Yesil Y, Kuyumcu ME, Gungor E, İzgi H, İskit AT, Abbasoglu O, Ariogul S. Malnutrition in Turkish nursing homes: a correlate of short term mortality. *J Nutr Health Aging*. 2013 Apr;17(4):305-9.
15. Kaiser MJ1, Bauer JM, Rämisch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, Thomas DR, Anthony PS, Charlton KE, Maggio M, Tsai AC, Vellas B, Sieber CC; Mini Nutritional Assessment International Group. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Sep;58(9):1734-8.
16. Bozoğlu E, Öztürk A, Malnutrisyonun tanımı, sıklığı ve etiyojik faktörler. *Türkiye Klinikleri J Geriatri-Special Topics*. 2016; 2(1); 7-15.
17. Han Y, Li S, Zheng Y. Predictors of nutritional status among community-dwelling older adults in Wuhan, China. *Public Health Nutrition*. 2008; 12(8): 1189–1196.
18. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013). TC Sağlık Bakanlığı, Bakanlık Yayın No:909.
19. Visvanathan R. Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem. *J Postgrad Med*. 2003;49: 352-60.
20. Griep MI, Mets TF, Collys K, Kristoffersen IP, Massart DL. Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the "mini-nutritional assessment". *Journal of gerontology*. 2000; 55(2):57-63.
21. Şahin H, Çiçek B, Yılmaz M, Ongan D, Kaya N, İnanç N. Kayseri ilinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerde beslenme durumu ve yaşam kalitesinin saptanması. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2013; 16 (3): 322-29.
22. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E ve diğerler. Comprehensive assessment of malnutrition risk and related factors in a large group of community-dwelling older adults. *Clinical Nutrition*. 2010; 29: 507–11.
23. Çevik A, Basat O, Uçak S. Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri üzerine olan etkisinin irdelenmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2014; 132-38.
24. Erdoğan T, Tunca H. Dâhiliye polikliniğine başvuran geriatrik hastaların çok yönlü fonksiyonel değerlendirilmesi ve beslenme durumlarının irdelenmesi. *Osmangazi tıp dergisi/Osmangazi Journal of Medicine*. 2016; 38: 1-8.
25. Hengstermann S, Nieczej R, Steinhagen-Thiessen E, Schulz RJ, Which are the most efficient items of mini nutritional assessment in multimorbid patients? *The Journal of Nutrition*. 2008; 12(2).
26. Kucukerdonmez Ö, Koksall E, Rakicioglu N, Pekcan G, Nutritional assessment tools used in the elderly. *Saudi Med J*. 2005; Vol. 26 (10).
27. Arıkbuka MÖ. Kardiyovasküler hastalığı nedeniyle hastaneye yatan bireylerin malnutrisyon durumları ile hastane malnutrisyonun yatış sürelerine etkisi [Doktora tezi].Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi; 2012.
28. Şanlıer N, Yabancı N. Mini nutritional assessment in the elderly: living alone, with family and nursing home in Turkey. 2006; 36 (1): 50-8.
29. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2008; 8(323): 1-8.

30. Erdoğan T, Tunca H. Dâhiliye polikliniğine başvuran geriatrik hastaların çok yönlü fonksiyonel değerlendirilmesi ve beslenme durumlarının irdelenmesi. Osmangazi tıp dergisi/Osmangazi Journal of Medicine. 2016; 38: 1-8.
31. Feldblum I, German L, Castel H, Harman-Boehm I, Bilenko N, Eisinger M, Fraser D, Shahar DR. Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status. Nutrition Journal. 2007; 6:37.
32. Ghimire S, Baral BK, Callahan K, Nutritional assessment of communitydwelling older adults in rural Nepal. Journal. pone.2017; 1-15.
33. Donini LM, Scardella P, Piombo L, Neri B, Asprino R, Proietti AR, Carcaterra S, Cava E, Cataldi S, Cucinotta D, Bella GD, Barbagallo M, Morrone A. Malnutrition in elderly: social and economic determinants. The Journal of Nutrition. 2013; 17(1).
34. Murphy MC, Brooks CN, New SA and Lumbers ML. The use of the Mini-Nutritional Assessment (MNA) tool in elderly orthopaedic patients. European Journal of Clinical Nutrition (2000) 54, 555-62.
35. Rakicioğlu N. Yaşlılık döneminde malnutrisyonun saptanması. 2009. http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/21.pdf Erişim tarihi: 01/05/2020.
36. Winter JE, MacInnis RJ, Wattanapenpaiboon N, Caryl A Nowson. BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. Am J Clin Nutr. 2014;1-17.