

278977

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YAŞLILARIN EV KOŞULLARINDA
BESLENME DURUMLARI**

BESLENME VE GIDA BİLİMLERİ PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

SEMA ATILTA

ANKARA — 1986

T.C
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞLILARIN EV KOŞULLARINDA
BESLENME DURUMLARI

BESLENME VE GIDA BİLİMLERİ PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

SEMA ATTİLA

Danışman Öğretim Üyesi: Doç.Dr. Ayten EGEMEN

ANKARA - 1986

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa No:</u>
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER	3
- Yaşlılık	3
- Yaşlılıkta Ortaya Çıkan Sorunlar	6
- Yaşlılıkta Enerji ve Besin Öğeleri Gerek- sinimleri	21
- Yaşlılar İçin Diyet Hazırlama İlkeleri ...	26
III. AMAÇ	32
IV. GEREÇ VE YÖNTEM	33
V. BULGULAR	40
- Yaşlıları Tanımlayıcı Bulgular	40
- Yaşlıların Sahip Olduğu Bazı Olanaklar....	44
- Yaşlıların Alışkanlıkları ile İlgili Bul- gular.....	47
- Yaşlıların Sağlık Durumları ile İlgili Bulgular	49
- Yaşlıların Beslenme Alışkanlıkları Ve Gıda Tüketimleri ile İlgili Bulgular	63
VI. TARTIŞMA.....	80
VII. SONUÇ VE ÖNERİLER	96
VIII. ÖZET.....	102
KAYNAKLAR	104
EKLER	

TABLULARIN LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Genel Nüfus İçinde Yaşlı Nüfus Artışının Yıllara Dağılımı (TÜRKİYE 1955-1980).	4
Tablo 2. Etimesgut ve Çubuk Bölgelerinde 45 ve Üzeri Yaş Gruplarında En Çok Görülen Beş Hastalık ve Morbidite Hızları (1984)	10
Tablo 3. Yetişkinler İçin Önerilen Enerji Gereksinimleri.	22
Tablo 4. Yaşlıların Enerji ve Besin Öğelerinin Gereksinimlerini Karşılacak Besin Tür ve Miktarları.	28
Tablo 5. 65 Yaş ve Üzeri Yaşlılar İçin Önerilen Enerji ve Besin Öğeleri İstihkakları.	29
Tablo 6. Yaşlıların Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Durumları ile İlgili Bazı Araştırma Sonuçları.	31
Tablo 7. Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Düzeyleri.	35
Tablo 8. Yaşlıların Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımları.	40
Tablo 9. Yaşlıların Medeni Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları.	41
Tablo 10. Yaşlıların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları.	42
Tablo 11. Yaşlıların Emeklilik Öncesi Mesleklerine ve Cinsiyete Göre Dağılımları.	42
Tablo 12. Yaşlıların Yaşam Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımları.	43

Tablo 13. Yaşlıların Yaşam Durumları ve Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları.	44
Tablo 14. Yaşlıların Yaşam Durumlarına Göre Oturdıkları Evin Mülkiyet Durumu.	45
Tablo 15. Yaşlıların Yaşam Durumlarına Göre Evlerinde Bulunan Elektrikli Ev Araçlarının Dağılımları	45
Tablo 16. Yaşlıların Yaşam Durumlarının Emeklilik Güvencesine Göre Dağılımları.	46
Tablo 17. Yaşlıların Yaşama Durumlarının Aylık Gelirleri ile İlişkisi.	47
Tablo 18. Yaşlıların Cinsiyete Göre Sigara İçme Alışkanlıkları.	48
Tablo 19. Yaşlıların Cinsiyete Göre Çay İçme Alışkanlıkları.	48
Tablo 20. Yaşlıların Cinsiyete Göre Kahve İçme Alışkanlıkları	48
Tablo 21. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre İşitme Güçlüğü Bulunma Durumları.	49
Tablo 22. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Gözlük Kullanma Durumları.	50
Tablo 23. Yaşlıların Cinsiyete Göre Diş Durumları	51
Tablo 24. Yaşlıların Diş Durumlarının Çiğneme Fonksiyonu ile İlişkisi	51
Tablo 25. Yaşlıların Cinsiyete Göre Genel Sağlık Durumları.	52

Tablo 26. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Genel Sağlık Durumları.	52
Tablo 27. Yaşlıların Yaşam Durumlarının Genel Sağlık Durumları ile İlişkisi.	53
Tablo 28. Yaşlıların Yaşam Durumları ile Doktora Gitme Sıklığı Arasındaki İlişki.	54
Tablo 29. Yaşlıların Cinsiyete Mevcut Hastalıkları ve Şikayetlerine Göre Dağılımları.	54
Tablo 30. Yaşlıların Cinsiyete Göre İlaç Kullanma Durumları	55
Tablo 31. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre İlaç Kullanma Durumları.	55
Tablo 32. Yaşlıların Yaşam Durumları ile İlaç Kullanma Durumlarının İlişkisi.	55
Tablo 33. Yaşlıların Cinsiyete ve Kullandıkları İlaç Türlerine Göre Dağılımları.	56
Tablo 34. Yaşlıların Cinsiyete Göre Vücut Ağırlıklarının Standarda Göre Dağılımları.	57
Tablo 35. Yaşlıların Cinsiyete Göre Arterial Kan Basıncı Dağılımları.	57
Tablo 36. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Arterial Kan Basıncı Dağılımları.	58
Tablo 37. Yaşlıların Vücut Ağırlıklarının Hipertansiyonla İlişkisi	58
Tablo 38. Yaşlıların Vücut Ağırlıkları ile Kalp Hastalığı Şikayeti Arasındaki İlişki.	59

Tablo 39. Yaşlıların Yaşam Durumları ile Vücut Ağırlıklarının İlişkisi.	60
Tablo 40. Yaşlıların Yaşam Durumları ile Günlük Fiziksel Faaliyetlerinin İlişkisi	60
Tablo 41. Yaşlıların Cinsiyete Göre Günlük Fiziksel Faaliyet Durumları.	61
Tablo 42. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Günlük Fiziksel Faaliyet Durumları	61
Tablo 43. Yaşlıların Cinsiyete Göre Anemi Görülme Durumu.	62
Tablo 44. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Anemi Görülme Durumu	62
Tablo 45. Yaşlıların Cinsiyete Göre Günlük Öğün Sayısı.	64
Tablo 46. Yaşlıların Yaşam Durumlarına Göre Günlük Öğün Sayısı.	64
Tablo 47. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Uyguladıkları Diyet Şekilleri	65
Tablo 48. Yaşlıların Cinsiyete Göre Günlük Ortalama Gıda Tüketim Durumları (gm/kişi başına/günde).	68
Tablo 49. Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Günlük Ortalama Gıda Tüketim Durumları (gm./kişi başına/günde).	69
Tablo 50. Yaşlıların Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Ortalamaları (kişi başına/günde).	70

Tablo 51. Yaşlıların Cinsiyete Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Düzeylerinin Dağılımı.	72
Tablo 52. Yaşlıların Yaşam Durumlarına Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Düzeylerinin Dağılımı.	74
Tablo 53. Yaşlıların Cinsiyete Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Ortalamalarının RDA'ya Göre Yüzdesi.	76
Tablo 54. Yaşlıların Gelir Durumlarına Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Düzeylerinin Dağılımı.	78
Tablo 55. Yaşlılarda Anemi Görülme Durumu ile Hayvansal Protein, Demir ve C Vitamini Tüketim Düzeylerinin İlişkisi.	79

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye Nüfus Pramidi	5
Şekil 2. Yetişkin Kadınlarda Günlük Enerji Alınımını ve Harcanması.	23

I- G İ R İ Ő

Canlı organizma döllenmeden itibaren devamlı bir değişme içindedir. Bu değişme intrauterin dönemde ve daha sonraki yıllarda hızlı bir büyüme ve gelişme süreci iken bunu izleyen dönemlerde daha belirgin olmak üzere bir yıpranma süreci biçimindedir. Organizmadaki değişmenin belirgin niteliklerinin etkisiyle yaşamın belli dönemleri ortaya çıkar. Ancak organizma için kaçınılmaz sonuç yaşlılıktır. Yaşamın her döneminin olduğu gibi yaşlılığın da kendine özgü özellikleri, sorunları bulunmaktadır. Ama, önemli olan yaşam süresi olarak erişilmek istenilen uzun yıllara karşın, organizmadaki organik, fizyolojik, psikolojik değişikliklerin istenmediği gerçeğidir. Bu nedenle, istenmeyen bu değişimlerin geç başlatılabilmesi tıbbın erişmek istediği amaçlardandır. Ancak bu sorunun çözümü gerçekte kolay değildir. Çünkü toplumda bu dönemin başlangıç ve niteliklerini kalıtsal, çevresel, sosyo-ekonomik ve kültürel pek çok faktör etkiler. Aslında, çocukluk, gençlik yaşlılık yaşamda bir bütündür. Bir dönem diğerini pek çok yönden etkiler. Beslenme de beklenen yaşam süresini etkileyen önemli etmenlerden birisidir.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra Dünya'da ve Ülkemizde yaşam süresi giderek artmaktadır. Yirminci yüzyılın başında beklenen yaşam süresi ortalama 45-47 yıl iken günümüzde gelişmiş ülkelerin çoğunda bu süre 75 yılı aşmış bulunmaktadır. İki bin yılında yaşam süresinin 80 yılı aşacağı tahmin edilmektedir (1, 2). Böylece toplumda yaşlı olanların oranı giderek artmaktadır.

Toplumda yaşlı sayısının artması, onların bakımı için gerekli sağlık harcamalarını da arttırmaktadır. Yaşlılık dönemindeki sağlık sorunlarının önlenmesinde beslenmenin düzenlenmesi önemli rol oynar. Böylece sağlık harcamaları da bir ölçüde azaltılabilir. Ancak yaşlılara verilecek sağlık hizmeti ve bakımın planlanması onların ülkemiz koşullarındaki sorunlarının neler olduğunu bilmekle mümkündür.

Ülkemizde kurumlarda barınan yaşlıların beslenme sorunlarına yönelik çalışmalar dışında yalnız veya aileleri ile birlikte yaşayan yaşlıların ev koşullarında beslenme durumlarını saptamaya yönelik çalışma bulunmamaktadır. Oysa bu grubun pek çok sorununun yanında beslenme sorunlarının ve nedenlerinin de bilinmesi giderek artan yaşlıların sağlığını korumak ve geliştirmede, önemlidir.

II- G E N E L B İ L G İ L E R

YAŞLILIK

Yaşlılık, çağımızda sorun olarak ele alınan yaşlanma olgusunun oldukça uzun bir dönemidir. Yaşlılık bireysel bir değişim olarak kişinin fiziki ve ruhsal yönden gerilemesi olarak tanımlanabilir. Bir başka deyişle yaşlılık, zaman faktörüne bağlı olarak kişinin değişen çevre koşullarına uyum sağlama gücü ve organizmanın dış ve iç etmenler arasında denge sağlama potansiyelinin azalmasıdır. Büyüme ve gelişmenin tamamlanmasından sonra tüm doku ve organların gün geçtikçe yapılarında yıpranma ve fonksiyonlarında azalma başlamakta ve yaşlanma sürecine girilmektedir (1, 2). Yaşlılığı yıllarla sınırlamak çok zordur. Kronolojik olarak yaşlanmanın kesin sınırı yoktur. Ancak bir sınırlama yapmak gerekirse 45-59 yaş arası orta yaş , 60-74 yaşlı, 75 yaş ve üzeri ileri yaşlılık olarak kabul edilebilir (3, 4).

Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üzerini yaşlı grup olarak kabul etmektedir (2). Biyolojik yaş kronolojik yaşla eş anlamlı değildir. Biyolojik yönü ile ele alınırsa yaşlanma organlar düzeyinde fonksiyon azalması, doku ve hücre düzeyinde ise histolojik değişmeler şeklinde görülür. Yaşlılık, çeşitli duylarda duyarlılığın vücut sistemlerindeki performansın, mental verimliliğin azalması ve hafızanın gerilemesidir (3, 5, 6, 7).

Yirminci yüzyılın başında beklenen yaşam süresi, ortalama 45-47 yıl iken, günümüzde, gelişmiş ülkelerin çoğunda bu süre 75 yılı aşmış bulunmaktadır. Demograflar 2000 yılında 80 yaş üzeri nüfusun 1970'li yıllara göre iki katına çıkacağını varsaymaktadırlar (2). Bugün ülkemizde 60 yaş üzeri nüfus üç milyona yaklaşmıştır (8).

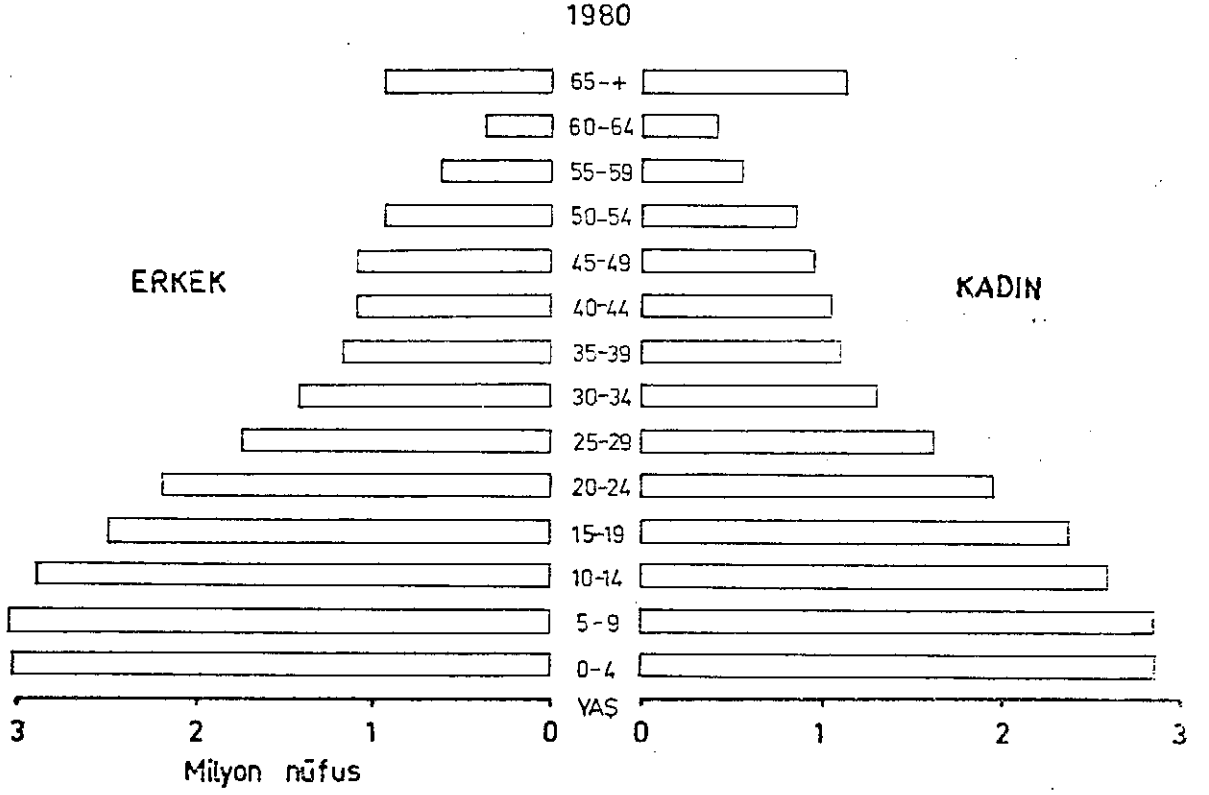
Tablo 1 : Genel Nüfus İçinde Yaşlı Nüfus Artışının Yıllara Dağılımı (Türkiye 1955-1980)

Sayım Yılı	Genel Nüfus	65 Yaş ve Yukarı Nüfus	% Artış
1955	24 006 477	818 201	3.39
1965	31 391 421	1 242 525	3.95
1970	35 605 176	1 656 696	4.65
1975	40 347 719	1 853 251	4.50
1980	44 736 957	2 072 316	4.63

Kaynak No: 8

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki bu artışına bağlı olarak nüfus piramidi de değişmektedir. Şekil 1'de Türkiye nüfus piramidi gösterilmiştir (9).

TÜRKİYE NÜFUS PRAMİTİ



Şekil 1 : Türkiye Nüfus Pramiti

Kaynak No: 9

YAŞLILIKTA ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR

Sosyal Sorunlar: Yaşlılar için sosyal iyilik halinin belirlenmesinde kullanılan ölçütler Dünya Sağlık Örgütünce geliştirilmiştir. Bu ölçütlere göre yaşlılar arasında bazı gruplar daha fazla Medikal ve Sosyal Sorunlara sahiptirler. Dolayısıyla daha fazla bakım ve daha sık bir izlemeye gereksinimleri vardır. Oysa, bu gruplara gerekli bakım verilmediği ve koruyucu önlemler alınmadığında daha önemli sağlık sorunları ortaya çıkar. Sosyal iyilik halinin sağlanması için, bu risk gruplarının bilinmesi gereklidir. Bu gruplar Dünya Sağlık Örgütü tarafından aşağıdaki gibi belirlenmiştir (10);

1. Çok yaşlı grup (80 yaş ve üzeri),
2. Yalnız yaşayanlar (hane halkı bir kişi),
3. Yaşlı kadınlar (özellikle bekar yada dul),
4. Huzur evinde yaşayanlar,
5. Sosyal ilişkiden kopuk yaşayan yaşlılar (tek başına veya çift olarak),
6. Çocuksuz yaşlılar,
7. Kronik bir hastalığı, yada kendi kendine günlük aktivitelerini yerine getirmede yetersizliği olanlar ,
8. Yaşlı çiftten birisinin kronik bir hastalığının yada günlük aktivitelerini yerine getirmede bir yetersizliği olanlar ,

9. Devlet yada Sosyal kuruluşlardan çok az bir destek görerek yaşıyanlar risk gruplarıdır. bu risklerin birden fazla olması yaşlılar için yaşamı daha da güç bir duruma getirmektedir.

Fizyolojik Sorunlar: Çağımızda yaşlılık döneminde ortaya çıkan sağlık, beslenme ve sosyal sorunları her ülke kendi ekonomik koşulları, anlayışı, kültürel ve tarihsel geleneklerine göre çözümlenmeye çalışmaktadır. Yaşlılıkta fizyolojik, tıbbi, psiko-sosyal ve ekonomik değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Bunlar ise, yaşlıların beslenmeleri başta olmak üzere sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Yaşlanma ile birlikte tüm sistemlerde olduğu gibi sindirim sisteminin çeşitli fonksiyonlarında yavaşlama ve atrofiler meydana gelmektedir (11, 12). Ağız ve diş sağlığının bozulması, yaşlılarda çiğneme fonksiyonlarının azalmasına neden olmaktadır. İleri yaşlarda tükürük bezlerinde atrofi, ağız mukozasında kuruluk ve elastikiyetinde azalma meydana gelmektedir. Musin ve amilaz enzimlerinin azalması sindirimin başlangıcını geciktirmektedir. Dil papillaları ve tükürük bezlerindeki atrofi nedeni ile yaşlılarda tat duyuları zayıflamaktadır. Bu durum ise, ileri yaşlarda yemek yemenin verdiği haz duyusunun azalmasına neden olur (13).

Kronik diş eti iltihapları, diş kayıpları ve protez kullanımı gibi diş sorunları da beslenmeyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Yaşın ilerlemesi ile birlikte mide mukozasında atrofi meydana gelmekte ve mide sekresyon fonksiyonları azalmaktadır. Mide asiditesinde azalma yaşlılarda % 35 civarındadır. Mide asiditesinin azalması daha az demir emilimine neden olabilmektedir. Midenin motor fonksiyonlarında da azalma meydana gelir. Kasılma ve dinlenme devreleri, midenin boşalma zamanı uzar. Mukozal atrofiye bağlı olarak ince barsak enzim salgıları azalır. Sindirim için gerekli enzimlerin yetersizliği besinlerin yeterince parçalanamamasına ve absorpsiyonun azalmasına neden olmaktadır. Kalın barsak duvarının elastikiyetini kaybetmesi ve mukus salgısının azalması kalın barsakların boşalma zamanını geciktirmektedir. Bu da yaşlılarda kronik kabızlık şikayetlerinin başlıca nedenini oluşturmaktadır.

Yaşlılarda pankreasda küçülme, amilaz, lipaz ve tripsin enzimlerinde azalma meydana gelmektedir. Yetersiz salgılanan enzimler nedeni ile nişasta, yağ ve proteinlerin sindirimi güçleşmektedir. Yaşlanma ile pankreasın endokrin aktivitesinde fazla değişiklik meydana gelmemekte, insülin salgılanması farklılık göstermemektedir. Kan şekerinin yükselmesi, insülin salgılanmasındaki yetersizlikten çok glomerum filtrasyon hızının azalmasına bağlı bulunmaktadır.

İleri yaşlarda karaciğer ağırlığı ve hacmi azalmaktadır. Bilirübin düzeyi değişmemekte, albüminde çok az azalma, gammaglobulinlerde ise çok az bir artma meydana gelmektedir. Protrombin sentezinde değişme meydana gelmemektedir. Safra

kesesi elastikiyetini kaybetmiş ve kalınlaşmıştır. Safra salgılanmasında değişiklik olmamasına karşın safranın karaciğer hücrelerinden akış hızı yavaşlamıştır. Kolesterol konsantrasyonunun artması yaşlılarda safra taşlarının oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir.

Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan sindirim sistemindeki anatomik ve fizyolojik değişiklikler gıda alınımının veya absorpsiyonunun bozulmasına neden olmaktadır. Bu fizyolojik değişikliklere yaşlı yavaş yavaş uyum sağlamaktadır. Beslenme yetersizliği daima yaşlıların patolojik veya sosyo-ekonomik durumlarındaki bozukluğa paralel olarak artma gösterir. Fizyolojik bu tür değişikliklere ek olarak tatmin edici bir uğraşısı ve işi olmayan yaşlılar ile çevresindeki yakınlarından anlayış görmeyen, yalnız yaşayan yaşlılar arasında oldukça yaygın psikolojik ve psiko-somatik bozukluklar olduğu saptanmıştır (14). Ekonomik yönden yetersiz, sosyal güvencesi olmayan yaşlılarda hem sağlık hem de beslenme düzeni olumsuz yönde etkilenmektedir.

Beslenme İle İlişkili Sağlık Sorunları : İleri yaşlarda enfeksiyon hastalıkları azalırken dejeneratif ve progressif hastalıklar artış göstermektedir (15). Yaşlılarda ölümlerin % 85'i kronik hastalıklardan ileri gelmektedir. Kalp hastalıkları, kanserler, solunum sistemi hastalıkları en sık gözlenen hastalıklardır

Tablo 2 : Etimesgut ve Çubuk Bölgelerinde 45 ve Üzeri Yaş Gruplarında En Çok Görülen Beş Hastalık ve Morbidite Hızları (1984)

BÖLGE	YAŞ GRUPLARI	HASTALIKLAR	ÖNEMLİLİK SIRASI				
			1	2	3	4	5
ETİMESGUT	45-64	Kod No:	A89	A82	A111	A122	A93
		Morbidite "binde"	63	40	38	23	19
	65 +	Kod No:	A82	A93	A89	A111	A84
		Morbidite "binde"	56	34	24	19	17
.....							
ÇUBUK	45-64	Kod No:	A89	A82	A111	A122	A93
		Morbidite "binde"	55	55	30	21	16
	65 +	Kod No:	A89	A92	A121	A93	A122
		Morbidite "binde"	62	62	39	32	27

Hastalık Kodları

- A 89 Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları
- A 82 Hipertansiyon
- A 111 Ürogenital Sistemin Diğer Hastalıkları
- A 122 Eklemle İlgili Olmayan ve Belirtilmeyen Romatizma
- A 93 Bronşit, Amfizem, Astım
- A 84 Kalp Hastalıklarının Diğer Şekilleri
- A 92 Diğer Pnömoniler
- A 121 Artrit, Spondilit

Kaynak No: (16,17)

Hacettepe Üniversitesi sağlık eğitim ve araştırma bölgeleri Etimesgut ve çubuk bölgeleri verileri 45 yaş uzerinde kronik hastalıkların hem sık görüldüğünü hem de ölüm nedenleri arasında önemli yer tuttuğunu göstermektedir (16, 17). Tablo 2'de Etimesgut ve ubuk Bölgelerinde bu yaş grubunda en çok görülen beş hastalık ve morbidite hızları görülmektedir. Her iki bölgede de ilk beş hastalık benzerdir.

Yaşlılık dönemine giren pek çok kişi tansiyon yüksekliğinden duysal bozukluklardan, kas-eklem, iskelet sistemi bozukluklarına bağlı ağrılar ve hareket güçlüklerinden, sindirim sistemi bozukluklarından ve kabızlıktan yakınırlar. Bu hastalıkların pek çoğunda yaşlı kişinin daha önceki hatta doğumdan bu yana uyguladığı beslenme düzeninin etkisi büyüktür.

Yaşlılıkta görülen beslenme ile ilgili hastalıklar ve beslenme düzeninde meydana gelebilecek değişiklikler şöyle sıralanabilir;

1. Kalp ve Damar Hastalıkları: Günümüzde kalp-damar hastalıklarına oldukça sık rastlanmakta ve bu hastalıklara bağlı ölüm oranında da yükselmeler bulunduğunu pek çok araştırma desteklemektedir (18). Hastalığın nemi nedeni ile kalp-damar hastalıklarının oluşumu uzerine birçok epidemiyolojik klinik ve laboratuvar çalışması yapılmıştır. Hastalığın oluşumunda ve ilerlemesinde diğer etmenler yanında diyetin önemli rol oynadığı kabul edilmektedir. Doğumdan sonra yeterince anne sütü alamama, sodyumdan zengin mama ile beslenme, kısacası çocukluk çağında kazanılan yeme alışkanlıklarının

orta yaşta kalp damar hastalıklarına temel hazırladığı ileri sürülmektedir (19). Beslenme alışkanlıkları ile kalp-damar hastalıkları arasında önemli ilişkiler bulunmaktadır. Örneğin, rhesus maymunlarının beslenme alışkanlıkları değiştirilip yüksek kolesterollü besinler verildiğinde arteriosklerozun belirtisi olan plaklar arterlerde görülmüştür (20). Bir diğer araştırmada 40-49 yaş grubunda 12770 erkeğin sağlık kontrolleri yapılmış ve beslenme alışkanlıkları ile kalp hastalıkları arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (21). Japonya'da 40-59 yaş arasındaki çiftlerin diyetleri incelendiğinde diyeti oluşturan besinlerin batı ülkelerinden farklı olduğu ve kalp hastalıklarından ölümün de düşük olduğu gösterilmiştir (22). Benzer sonuçlar Çinli'lerin diyetleri incelendiğinde de gözlenmektedir. Çin diyetleri çok az kolesterol, linoleik ve linolenik asitten zengin çok rereden doymamış yağ asitlerini kapsamaktadır. Bu da koroner tromboz, anginopektoris ve aterosklerozisin az görülmesine neden olarak gösterilmektedir (23).

Plazma total kolesterolünün kalp-damar hastalıklarında risk etmeni olduğu çeşitli çalışmalarla saptanmıştır (19, 20). Çok düşük dansiteli lipoproteinler (VLDL) çok düşük düzeyde kolesterol taşırlar. β veya düşük dansiteli lipoproteinler (LDL) ise plazma kolesterolünün $2/3$ ünü taşırlar ve kalp-damar hastalıklarında esas etkendirler. Kalp damar hastalıklarında risk etmeni olan diğer bir lipit grubu ise çoğunlukla çok düşük dansiteli lipoproteinlerle taşınan trigliseritlerdir.

Genellikle plazma trigliseritlerinin myokart enfarktüslerinden sonra yükseldiği ve birkaç ay yüksek kaldığı gösterilmiştir (24). Diyet posasının serum kolesterol düzeyini etkilediği, yüksek yağlı, az posalı diyetlerin deney hayvanlarında yüksek serum lipit ve serum kolesterol düzeyine yol açtığı ve daha fazla aterojenik etkiye sahip olduğuna işaret edilmektedir(25). Yapılan çalışmalar sonucunda posanın serum kolesterol düzeyini azaltıcı etkisinin diyet posa içeriği yanında diyetin yağ ve kolesterol miktarı ile de ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Posa , barsakta safra tuzlarını bağlayarak geri emilimi engellemekte böylece karaciğerde safra asit sentezini ve kolesterol katabolizmasını arttırmaktadır (26).

Yetişkinlerde oluşan şişmanlıklar kalp-damar hastaları riskini arttırmaktadır (27). Yaşlıların günlük egzersizlerinin ne olduğunu bilmek ve yeterli derecede aktif olup olmadıklarını söylemek oldukça zordur. Yeterince yapılmayan egzersizler dolaşım sistemini oldukça fazla etkilemektedir. Sistemli bir şekilde yapılacak egzersizlerin sağlığın kazanılmasında, fazla kiloların atılmasında yararı büyüktür. Yaşları 36-67 arasında bulunan 21 erkek üzerinde yapılan ve üç ay sonra tekrarlanan bir araştırmada yapılan düzenli hareketlerle deneklerin ağırlıklarında 2.5 kg'lık bir azalma, vücut kas dokusunda hafif bir artma ve serum kolesterol düzeyinde bir düşme görülmüş oksijen tüketim kapasiteside artmıştır (28).

Vücut ağırlığının her % 10'luk artışı ile sistolik kan basıncı % 6.5 mm/Hg, plazma kolesterolü ise 12 mg/dl yükselmektedir(29).

Kalp damar hastalıklarının nedenleri arasında fazla sakkaroz alınımının da bir etken olduğu görüşü vardır. Diyet enerjisinin % 23'ünden çoğu sakkarozdan geldiği zaman kolesterolde yükselme görülmüştür (30, 31).

Fazla tuz tüketiminin hipertansiyon üzerine olumsuz etki yaptığı bilinmektedir. Etiolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte hipertansiyonlu hastalarda fazla tuz alımının zararlı olacağı belirtilmektedir (32).

Soğan, sarmısak gibi yiyeceklerin ise fibrinolitik aktiviteyi arttırarak hipotansif etki oluşturduğu görüşü ileri sürülmektedir. Ancak etki mekanizmaları tam olarak bilinmemektedir (33).

2. Diabet: Fazla besin tüketimi, yaşın ilerlemesi, fiziksel uğraşların kısıtlanmasının glikozun yeteri kadar vücutta kullanılmasını önlediği, bunun sonucunda da diabet oranının arttığı bildirilmektedir (34). Uluslararası Diabet Konseyinin verilerine göre, 65 yaşındaki yaşlı grupta % 16.5 85 yaş ve üzerinde ise % 26 oranında diabet gözlenmektedir (35). 50 yaşın üzerinde yeme alışkanlıklarına ve fiziksel uğraşının azalmasına bağlı olarak oral glikoz tolerans testinde % 17-53

oranında düşme olduğu çalışmalarla gösterilmektedir.

Şişmanlık, diabetin ortaya çıkmasında en etkin faktörlerin başında gelmektedir. A.B.D.'de 45 yaşın üzerindeki kimselerde, normal ağırlıklarından 25 kg. fazla olanlarda diyabetten ölüm, yüzbinde 136 iken, normal ve zayıflarda bu oran yüzbinde 6'dır (36).

Diabet bazı hastalıkların oluşumunu hızlandırıcı bir etken olarak düşünülmektedir. Kalp-damar hastalıklarında arterlerdeki bozukluklar diabetlilerde çok daha fazla görülür. Yaşlanma, diabet ve ateroskleroz patojenetik açıdan yakından ilişkilidir. Daima biri diğerini kolaylaştırmaktadır (11).

3. Anemiler: Yaşlı kişiler, orta yaştaki ve gençlere göre daha az yiyecek tüketmektedirler. Araştırmalar 70 yaş üzerinde kadınlarda diyetle % 19 oranında kalori, % 24 protein % 29 demir ve % 31 oranında da C vitaminin yetersiz tüketildiğini göstermektedir (37). Ekonomik durumu iyi olmayan veya dış sorunu olan yaşlıların et, balık gibi demirden zengin yiyecekleri yiyememeleri, demir emilimini kolaylaştıran C vitamininin yetersiz alınması yaşlılarda demir yetersizliği anemisinin oluşumuna neden olarak gösterilebilmektedir. Ayrıca fazla içilen çay, kahve ve bitkisel yiyeceklerde bulunan taninler, fytatlar, fosfatlar ve posa demir emilimini

olumsuz yönde etkilemektedir (14, 25, 37).

Yeme alışkanlıklarının düzeltilmesi ile demir emiliminde düzelme meydana gelebilmektedir. Demir yetersizliği durumunda hem gençlerde hem de yaşlılarda demirin mukozal geçişi, transferi ve depolanması artmaktadır. Farklı olarak yaşlılar, absorbe olan demiri eritropoetik sistemde daha az kullanmaktadırlar (37).

Yaşlılarda görülen demir yetersizliğinin diğer nedenleri arasında hastalık durumları da önemli yer tutar. Gastrointestinal kanamalara bağlı kronik kan kaybı durumlarında, mide asiditesinin azalması, mide ameliyatları, kronik diare ve steatore gibi hastalık hallerinde demir emilimi azalmaktadır (37, 38). Kronik enfeksiyonlarda, kronik bronşit, üriner sistem enfeksiyonları, B₁₂, folik asit ve protein yetersizliği durumlarında da demir yetersizliği gözlenmektedir (39).

Fiziksel aktivitenin azalmasına paralel olarak diyetle alınan enerjinin azalması yaşa bağlı olarak demir alınımında da yetersizliğe neden olmaktadır (38).

İlaçlara bağlı enemiler yaşlılarda gençlerden daha fazla görülür. Aspirin yaşlılarda daha kolay gastrointestinal kanamalar meydana getirebilmektedir (11, 38).

4. Avitaminozlar: Çeşitli nedenlerle, özellikle dişsizlik, sindirim sistemi bozuklukları ve ekonomik nedenlerle bir kısım yaşlıların diyetlerinde taze sebze ve meyvelere yer verilmediği görülmektedir. Bu şekilde beslenen yaşlılar, yeterli miktarda C vitamini ve karoten (provitamin A) alamadıkları için bu besin elementlerinin eksikliğine bağlı hastalık belirtileri göstermektedirler (14). Böyle beslenen yaşlıların enfeksiyon hastalıklarına karşı dirençlerinin de çok azaldığı saptanmıştır.

A vitamini epitel hücrelerin bütünlüğü için gerekli ve önemlidir. A vitamini eksikliği epitel hücrelerinin keratinizasyonuna neden olabilmektedir. Özellikle yaşlılarda dilde tat hücrelerinin sayısını etkileyen en önemli etken beslenmedir. Yaşlılık malnütrisyonunda tat hücrelerinin yenilenme hızı yavaşlar. Yaşlı deneklerin genel tat duyarlılığında gençlere göre bir azalma bulunmuştur. 70 yaşında, 30 yaşındaki kişilerden % 70 daha az tat tomurcuğu bulunmaktadır (13).

Aynı şekilde çinko yetersizliği de epitel hücrelerinin hiperkeratinizasyonuna neden olabilmektedir. Hücre yenilenmesinde B₁₂ ve folik asitte önemlidir.

Yaşlılarda uzun süreli ilaç kullanımı çeşitli vitaminlerde yetersizliğe neden olabilmektedir. Bu tür uygulamalarda yetersizliği ortaya çıkan vitamin nedeni ile vücudun ilaca karşı hassasiyeti de azalabilmektedir. Örneğin uzun

sürekli cholestyramine, mineral yağları ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımları yağda eriyen vitaminlerde yetersizlik oluşturabilmektedir. Cholestyramine kullanımında B₁₂ yetersizliği olduğu gözlenmiştir. Cholestyramine intrinsik faktör molekülüne bağlanarak B₁₂'nin kullanımını engellemektedir.

Yaşlılarda ayrıca folik asit, vitamin B₆, thiamin yetersizliği, ilerleyen yaşa paralel olarak gözlenebilmektedir. 70 yaşın üzerinde folik asit yetersizliği sıklıkla görülebilmektedir. Yaşlılarda intestinal mukus salgısının ve enzimlerin azalması özellikle folat konjugaz enziminin yetersizliği folat malabsorpsiyonuna neden olabilmekte ve anemi oluşturmaktadır (40).

5. Kanserler: Kanserinin gerçek nedeni bilinmemekle birlikte hastalığın oluşumunda çevresel etmenlerin rolünün büyük olduğu sanılmaktadır. Bazı araştırmacılara göre bütün kanserlerin % 80'i bir veya daha çok çevresel etmenle ilgilidir (41, 42). Bazı kanserlerde beslenme alışkanlıklarının etkisi açık olarak görülmektedir. Orta ve ileri yaşta kronik hastalıklar önem kazanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin yaklaşık yarısı kalp hastalıklarına beşte biri de kansere bağlıdır (15).

Kanser epidemiyolojisi üzerinde toplanan veriler özellikle sindirim sistemi kanserlerinin beslenme ile ilgili olduğunu göstermektedir. Bu ilişkiye genellikle iki neden gösterilmektedir.

Bunlardan biri diyeti oluşturan besinlerin bileşiminde bulunan veya sonradan ilave edilen (gıda katkı maddeleri) veya karışan (tarım ilaçları) yada pişirme esnasında oluşan kanser yapıcı maddelerdir (43, 44). Bu maddeler genellikle yemek borusu, mide ve karaciğer kanserleri ile ilgilidir. Beslenmenin diğer etkisi diyetin bileşimi ile ilgilidir. Diyetle sindirilmeyen karbonhidratların azlığı, yağ miktarının fazlalığı kalın barsak kanserleri ile ilgili görülmektedir. Diyetin az posalı oluşu dışkılama aralığını azaltmakta ve dışkı miktarını yoğunlaştırmaktadır (25).

Yaşlılarda dış sorunları nedeni ile yeterince çiğ sebze ve meyva yenmemesi diyetin posa içeriğinin az olmasına neden olabilmektedir. Aşırı saflaştırılmış tahıl ürünleri yerine daha yüksek randımanlı olanların kullanılması ve diyetle arttırılmasının yararlı olacağı belirtilmektedir.

6. Eklem ve Kemik Bozuklukları: Çocukluk çağlarında büyüme için önemli olan kalsiyum orta ve ileri yaşlarda da aynı şekilde önemini sürdürmektedir. Sık doğum yapan kadınlarda osteomalasia bu grubun sağlıklarını bozan sorunlar arasında yer almaktadır. Artan kalsiyum gereksinimi sağlanamadığı durumlarda kemiklerden kalsiyum çekilmektedir. Bunun sonucu, kemiklerde yumuşama şeklinde belirlenen osteomalasia hastalığı ortaya çıkmaktadır (45, 46). Bunun yanında kemik kaybı şeklinde belirlenen osteoporosiste florid yetersizliğinin

daha etkin olduğu görüşü vardır. Osteoporoz kemikte protein metabolizması bozukluğuna bağlıdır. Yaşlılarda osteoblastik aktivite azalmış ve kemik matriksi teşekkülü gerilemiştir. Kalsiyum ve fosfor metabolizması normal olduğu halde, matriks olmadığı için kemikte bu mineraller oturamaz ve atrofik olay meydana gelir. Genellikle en erken vertebralara ve pelviste görülür. Bu bakımdan sırt ağrısı en sık rastlanan belirtisidir. Yumuşayan kemik dolayısıyla sırt eğilimi artar ve boyda kısalma görülür. Menopoz sonrası kadınlarda, östrojen hormonunun yetersizliğine bağlı olarak sık meydana gelmektedir. Uzun süre hareketsiz kalmaya yol açan hastalıklar, yanlış beslenme, kemik travmaları ve enfeksiyonlar diğer nedenler olarak gösterilebilmektedir. A.B.D'de her yıl menopoz sonrası kadınların % 25'i yaklaşık 5 milyon kadın kırıklar nedeni ile ortopedik sorunlarla karşılaşmaktadır. Yaş ilerledikçe kırıklarla ilgili sorunlar daha da ciddi boyutlar kazanmaktadır. 80 yaş ve üzerinde kırıklar nedeni ile 3 ay hareketsiz yatan yaşlıların % 15'i dolaylı bir nedenle ölmektedir (47).

Yaşlanma ile adale dokusunda da atrofi meydana gelmektedir. 50 yaşın üzerindeki yaşlıların % 97'sinde az veya çok bir adale şikayeti mevcuttur. 65 yaşın üstündeki grupta yapılan bir araştırmada erkeklerin % 10'unun, kadınların % 20'sinin kemik veya adale hastalığı yüzünden çalışamaz durumda oldukları bulunmuştur (11).

YAŞLILIKTA ENERJİ VE BESİN ÖGELERİ GEREKSİNİMLERİ

Enerji: 65 yaş üzeri yaşlı kişilerde enerji gereksinimi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterir. Bu faktörler;

1. Bazal metabolizma hızının azalması,
2. Fiziksel hareketlerin durgunlaşması ve kas hareketlerinin yavaşlaması,
3. Kas hareketlerindeki verimliliğin azalması,
4. Motor yeteneğinin azalması ve bu işi yapmak için hareket sayısının artmasıdır.

Bu faktörlerden ilk ikisi enerji harcamasının azalmasını, son ikisi de artmasını gerektirir (45). Genellikle yaşlılarda bütün hareketler yavaşlamış olduğundan kas hareketlerinin veriminin azalması fazla önemli sayılmaz.

Yaş ilerledikçe vücut kitlesi ve bileşimi değişiklik gösterir. Şayet vücut kitlesi hissedilir şekilde azalmışsa vücut ağırlığı da azalır. Buna paralel olarak enerji harcaması ve gıda alımı da azalma gösterir. Bireysel düzeyde yapılan araştırmalar vücut ağırlığı ile enerji harcaması arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermektedir (48). İleri yaşlarda aktif hücre kitlesindeki azalma, bazal metabolik hızın (BMH) azalmasına neden olmaktadır.

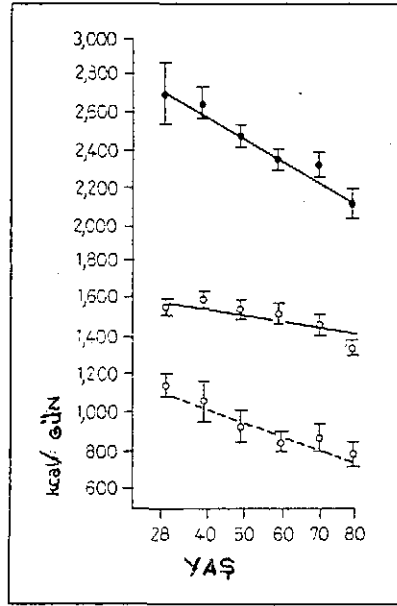
Yaşlanma ile bazal metabolizma hızının azalması biolojik bir olgudur. 40 yaşında yetişkin kadında BMH $34.9 \text{ Kcal/m}^2/\text{saat}$ iken 70 yaşında $31.7 \text{ Kcal/m}^2/\text{saat}$, değerine düşmektedir. Benzer şekilde 40 yaşında yetişkin erkek için BMH $36.3 \text{ Kcal/m}^2/\text{saat}$ iken $33.8 \text{ Kcal/m}^2/\text{saat}$ 'e düşmektedir (48). BMH'nın yaşa bağlı olarak azalmasına rağmen pek çok toplumlarda yaşın ilerlemesi ile birlikte total vücut yağında ve Vücut ağırlığında artma olduğu gözlenmektedir (49). Enerji alınımı vücut ağırlığını dengede tutacak şekilde ayarlanmalıdır. FAO/WHO uzmanlar komitesi enerji alınımında 25 yaş için önerilen enerjinin 40-49 yaş döneminde % 5, 50-59 yaş döneminde % 5, 60-69 yaş döneminde % 10 ve 70-79 yaş döneminde de % 10 oranında azaltılmasını önermektedir (49) (Tablo 3).

Tablo 3 : Yetişkinler İçin Önerilen Günlük Enerji Gereksinimleri

Yaş	Enerji (orta aktiviteye göre)		Önerilen Enerjinin %'si
	65 Kg (Erkek)	55 Kg(Kadın)	
20-39	3000	2200	100
40-49	2850	2090	95
50-59	2700	1980	90
60-69	2400	1760	80
70-79	2100	1540	70

Kaynak No : 49

Yetişkinlerin değişik yaş gruplarındaki enerji gereksinimleri ile ilgili çeşitli araştırmalar mevcuttur. 20-93 yaşları arasındaki kadınların enerji gereksinimleri araştırılmış ve 30 yaşında 2700 Kcal/ gün olan gereksinim 80 yaşında 2100 Kcal/ gün olarak saptanmıştır. Enerjideki bu düşüş bazal metabolik enerjinin (200 Kcal) ve yaşa bağlı fiziksel aktivitenin azalması (400 Kcal) ile paralellik göstermektedir (50) (Şekil 2).



- = Total Enerji
- = Basal Enerji
- - ○ = Fiziksel Faaliyet İçin Harcanan Enerji

Şekil 2 : Yetişkin Kadınlarda Günlük Enerji Alınımı ve Harcanması

Protein: Yaşla ilişkili olarak protein, yaşlanma ile protein metabolizmasında meydana gelen değişiklikler ve yaşlıların günlük protein gereksinimleri olmak üzere iki şekilde değerlendirilmelidir. Yaşın ilerlemesi ile birlikte vücut bileşiminin değişmesi, fizyolojik fonksiyonların ve fiziksel aktivitenin azalması, yiyecek alımının azalması ve hastalıklar nedeni ile protein gereksiniminde değişme olabileceği düşünülmektedir. Oysa yapılan nitrojen denge çalışmaları yaşlılarda günlük 0.75 g /Kg'ın altında protein tüketiminin vücut kas kitlesinde ve fonksiyonlarında kayba neden olduğunu göstermektedir (51).

Yetişkinlik döneminde fazla miktarda protein alımının yaşlanma sürecini etkilememektedir.

Yaşlılarda yeterli protein miktarını saptarken enerji tüketimine de dikkat etmek gerekir. 23-50 yaşlarında yetişkin bir erkeğin kalori ihtiyacı 2700 kalori civarındayken 75 yaştan sonra 2050 kaloriye inmektedir. Fakat protein miktarı her iki yaş grubu içinde 56 g/gün olarak aynı miktar önerilmektedir. Enerjideki azalmaya bağlı olarak yaşlılarda proteinlerden gelen kalori yüzdesi % 8'den % 11'e ulaşmaktadır. Bu oranın % 12-14 den daha az olmaması gerekmektedir. Diyetle iyi kaliteli protein kaynaklarından faydalanılmalıdır.

Yağ : Diyetteki yağ miktarı ve çeşidinin kalp-damar hastalıkları ile ilgili olduğunu belirten araştırma verileri son yıllarda yoğunlaşmaktadır. Kandaki lipit düzeyi ile kalp-damar hastalıkları arasındaki ilişkinin önemli olduğu belirtilmektedir. Diyet kalorisinde yağların oranı % 20-30 civarında olmalıdır. Tüketilen yağların en az yarısı bitkisel sıvı yağlardan sağlanmalıdır. Plazma lipid ve kolesterol konsantrasyonu üzerinde yağ çeşidinin etkisi olmaktadır. Doymuş yağ asitlerinden oluşan yağların kolesterol düzeyini artırdığı çok bağı doymamış (poliansatüre) yağ asitlerini içeren yağların kan lipid ve kolesterol düzeyini düşürdüğü deneyler ile saptanmaktadır. Bu etkiye tek bağı doymamış yağ asitlerini fazla miktarda içeren zeytin yağının da yaptığı tesbit edilmektedir. Bu nedenle zeytin yağı da sağlık için yararlı bir yağ olarak kabul edilmeye başlanmıştır (52).

Vitamin ve Mineraller : Yaşlılarda madensel maddelerin yetişkinlere göre az alınması yada çoğaltılması gerekir diye kesin veriler olmamakla beraber osteoporosis ve demir eksikliği anemisi, bu minerallerin yaşlılıkta normalden az alındığını göstermektedir. Genellikle sindirim sisteminde meydana gelen bozukluklar, iştahsızlık gibi nedenlerle mineral yönünden zengin yiyeceklerin diyetten çıkarılması yaşlılar arasında yetersiz mineral alınımına neden olur. Yetişkinlere önerilen mineraller yaşlılıkta da aynen alınırsa yetersizlik söz konusu olmayacaktır (45).

Yaşlılarda sindirim sistemindeki fizyolojik değişikliklere paralel olarak vitamin yetersizlikleri oluşabilmektedir. Yaşlılarda % 35 oranında mide asit salgısında yetersizlik mevcuttur (12). Bu da özellikle C vitamini absorpsiyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Yetişkin için önerilen vitamin miktarları yaşlılara da yeterli olmaktadır (Bkz. Tablo 5).

Su: Yaşlılar, genellikle su içmekten kaçınırlar. Günlük sıvı alınımları sulu yiyecekler, içecekler ile birlikte dörtte bir litre civarındadır. Bu da kabızlığa, devamlı halsizlik, baş ağrısı ve hemoroitlerin sıkıntı vermesine neden olur. Oysa yeterli miktarda sıvı alınması bu sorunu önleyebilir.

YAŞLILAR İÇİN DİYET HAZIRLAMA İLKELERİ

Yaşlıların gereksinimlerini karşılayacak diyetlerin düzenlenmesinde dikkat edilecek ilkeler şöyle özetlenebilir (14, 45, 53).

1. Diyet, yaşlının enerji, protein, karbonhidrat, yağ, vitamin ve mineral gereksinimlerini dengeli bir şekilde sağlayabilmelidir.

2. Sindirimi kolaylaştırmak amacı ile öğün sayısını arttırıp bir öğünde yenen yiyecek miktarları azaltılmalıdır.

3. Diyetle yer alan yiyecekler bireyin alım gücüne ve alışkanlıklarına uygun, iştah açıcı olmalıdır.

4. Diyetin kıvamı bireyin alabileceği şekilde düzenlenmeli genellikle yumuşak yiyecekler tercih edilmelidir. Sindirimi zorlaştırıcı pişirme yöntemlerinden kaçınmalı ve diyetin posa içeriği yeterli olmalıdır.

5. Diyetle sıvı miktarı arttırılıp tuz miktarı azaltılarak böbreklerin yükü azaltılmalıdır.

6. Diyetin hazırlanmasında bireyin olumsuz beslenme alışkanlıkları, gelir durumu, pişirme ve saklama olanakları yalnızlık durumu, duyu organlarındaki bozukluk göz önünde tutulmalıdır. Yaşlılar diyetleri hakkında eğitilmelidirler.

7. Günde 2-3 bardak çay, 1 fincan kahve sindirimi olumlu yönde etkileyeceğinden engellenmemelidir.

Belirtilen bu özelliklere dikkat edilerek düzenlenecek diyet için günlük yiyecek miktarları Tablo 4'de gösterilmektedir (45).

Tablo 4 : Yaşlıların Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinimlerini Karşılacak Besin Tür ve Miktarları

Besin Grupları	Erkek		Kadın	
	45-65 Yaş gm/gün	65 Yaş ⁺ gm/gün	45-65 Yaş gm/gün	65 Yaş ⁺ gm/gün
1. Et, yumurta, kurubaklagil	75-150 50- 75	75-150 30- 40	75-150 30- 60	75-150 20- 30
2. Süt, yoğurt Peynir	250-300 15- 20	400-500 20- 50	250-300 15- 20	400-500 20- 30
3. Sebze ve Meyva- lar	200-250	200-250	200-250	200-250
4. Ekmek Pirinç, bulgur, makarna, tahıl unu vb.	200-400 60- 90 15- 20	100-300 30- 60 10- 15	100-200 30- 60 10- 15	75-150 20- 40 10- 10
5. Katı yağlar Sıvı yağlar Şeker Bal, pekmez, reçel	20- 25 20- 25 30- 50 20- 25	15- 20 15- 20 20- 30 20- 25	15- 20 15- 20 20- 30 20- 25	5- 10 5- 10 20- 30 20- 25
6. Diğer yiyecekler Fındık-Fıstık Salça Çay	10- 15 5- 10 1- 2	0- 5 5- 10 1- 2	5- 10 5- 10 1- 2	- 5- 10 1- 2

Kaynak No: 45

Tablo 5 : 65 Yaş ve Üzeri Yaşlılar İçin Önerilen Enerji ve Besin Ögeleri İstihkakları

Enerji ve Besin Ögeleri	RDA*		TÜRKİYE	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
Enerji (Kal.)	2200	1700	1800-2000	1500-1800
Protein (gm)	56.0	44.0	65.0	55.0
Kalsiyum (mg)	800	800	500	500
Demir (mg)	10.0	10.0	10.0	10.0
Vitamin A (IU)	5000	4000	5000	5000
Thiamin (mg)	1.2	1.0	1.0	0.7
Riboflavin (mg)	1.4	1.2	1.3	1.0
Niasin (mg)	16.0	13.0	15.0	12.0
Vitamin C (mg)	60.0	60.0	50.0	50.0

* RDA- Recommended Dietary Allowances (Önerilen Besin Miktarları)- 1980

Kaynak No : (14, 45, 54).

Yaşlıların gıda tüketimleri ile ilgili araştırma sonuçları Tablo 6'da özetlenmiştir. Yapılan araştırmaların bazıları ev koşullarında bazıları ise yaşlıların kaldıkları kurumlarda gerçekleştirilmiştir. Ülkemizde yaşlıların beslenme durumlarını incelemeye yönelik fazla sayıda araştırma bulunmamaktadır.

Baykan (55), Türkiye'de yaşlıların barındırıldığı kurumlarda gerçekleştirdiği araştırmada yaşlıların sosyo-ekonomik, sağlık ve beslenme sorunları olduğunu göstermiştir. Araştırma

altı ayrı kurumda, kış, yaz ve sonbahar mevsimlerinde yapılmıştır.

Çubuk ve köylerinde 40 yaş üstü nüfus grubunun beslenme alışkanlıkları ve sağlık durumlarının saptanmasına yönelik Baykan'ın (57) bir diğer araştırması yaşlılıkta ortaya çıkan hastalıkların önlenmesinde beslenmenin önemli bir yeri olduğunu belirtmektedir.

Ankara'nın çeşitli semtlerinde yaşayan ellibeş yaş üstü nüfus grubundaki bireylerin beslenme alışkanlıkları ve sağlık durumlarını saptamaya yönelik Baykan ve Pekcan'ın (58) araştırmaları bu yaş grubunda sağlık ve beslenme sorunlarının önemini belirtmektedir.

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi ve Eğitim hastanesine başvuran emeklilerin genel sağlık ve beslenme alışkanlıklarını saptamaya yönelik bir araştırmada yaşın ilerlemesine bağlı olarak sağlık ve beslenme sorunlarının önem kazandığı belirtilmektedir (53).

Tablo 6 : Yaşlıların Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Durumları ile İlgili Bazı Araştırma Sonuçları

Araştırmacı	Yıl	Cinsiyet	Kalori (Kal.)	Protein (gr)	Kalsiyum (mg)	Fe (mg)	C Vit. (mg.)
Pequignot ve Ark.	1967		2090	67	750	10	111
Dupin ve Ark.	1968		1695	55	-	9	80
			1712	57			
			2046	66			
Clarke, Wakefield.	1975		1290*	63	Yetersiz	-	-
			1315**				
Jansen, Harriil	1977	K	1324*	46	-	8.5	-
		K	1381**	55		9.6	
Kohrs ve Ark.	1979	E	1900*		856		
		E	1670**	-	735	Yeterli	Yeterli
		K	1500*		712		
		K	1290**		515		
Grandjean ve Ark.	1981	E	1812	76	759	12.8	70
		K	1465	51	580	10.3	82
Centre Forch	1982		1465	56	555	6.6	42
Baykan, S.	1972		Fazla*	Fazla	Yetersiz	Yeterli	Sınırd

Kaynak No : (55, 56)

* Yaşlı bakım evlerinde kalanlar

** Kendi evlerinde kalanlar

III- A M A Ç

Bu çalışmanın amacı;

1. Yaşlıların, psikolojik, sosyo-ekonomik ve sağlık durumları ile gıda temini ve beslenme uygulamalarının saptanması ve çeşitli etmenlerle olan ilişkilerinin ortaya konması,
2. Günlük besin tüketimini saptayarak, diyetteki yetersizlik ve dengesizliklerin ortaya çıkarılması,
3. Yaşlıların, hastalıkları olanların uygun bir diyet uygulamasını izleme durumlarının saptanması ve irdelenmesidir.

IV- G E R E Ç V E Y Ö N T E M

Araştırma Yeri ve Örnek Seçimi: Bu çalışma; Ankara İli Çankaya İlçesine bağlı Bahçelievler, Balgat, Altındağ ilçesinin Sultanmurat ve Selversomuncuoğlu Mahallelerinde oturan 65 ve üzeri yaşlı birey bulunan ailelerde yaşlıların beslenme durumlarının saptanması amacı ile planlanmış retrospektif ve kesitsel bir araştırmadır.

Belirlenen mahalleler araştırmacının gıda tüketim araştırmasını yalnız yapma zorunluluğunda olması ve ulaşım kolaylığının sağlanabilmesi göz önünde bulundurularak, rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Bu dört mahalledeki 65 ve üzeri yaşlı birey bulunan aileler muhtarlık kayıtlarının yardımı ile rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Muhtarlık kayıtlarının yetersiz olması nedeni ile her mahalleden rastgele örnekleme yöntemi ile 65 ve üzeri yaşlı bulunan 30 aile alınarak toplam 120 aile araştırma kapsamına alınmıştır. Ancak belirlenen ailelerden adreslerinde bulunabilen ve araştırmaya alınan 87 ailedeki 115 yaşlı birey araştırmanın örneğini oluşturmuştur.

Veri Toplama Yöntemi: Araştırma, Miladi 1920 veya 1336 Rumi yılı ve öncesi doğan, 65 ve üzeri yaşta bireylerle gerçekleştirilmiş ve bu kişiler için "Yaşlı" terimi kullanılmıştır. Araştırma ile ilgili bilgiler aşağıdaki yöntemlerle

toplanmıştır :

1. Yaşlıları tanımlayıcı, sağlık ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgiler; anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anket soruları kapalı uçlu soru tekniği ile hazırlanmış ve araştırmacı tarafından yaşlılara sorularak doldurulmuştur (Ek I).

2. Yaşlıların beslenme ve gıda tüketimleri ile ilgili bilgiler; soruşturma yöntemi ile birbirini izleyen 3 günlük gıda tüketimlerinin incelenmesi ile saptanmaya çalışılmıştır. Evlere gidildiğinde yaşlı bireyin bir önceki günde sabah, öğle, akşam ve öğün aralarında yedikleri yiyeceklerin cins ve miktarları sorulmuş ve bilgiler gıda tüketim formlarına (Ek II) kaydedilmiştir. Yiyecek miktarlarının saptanmasında günlük çekildiğinde, yiyeceğin büyüklüğü kaşık, bardak, avuç gibi ölçüler cinsinden tarif ettirilmiş ve yiyeceklerin pratik ölçüler karşılığı gram olarak değerlerini gösteren cetvelden (Ek III) yararlanılarak yada ölçü kabı veya özel diyet terazisi (2 gm'a hassas, 1000 gm'a kadar tartan Han Son Dictetic Scale Model 1460) kullanılarak saptanmıştır.

Yaşlıların beslenme durumlarının değerlendirilmesi bilgi işlem aracılığı ile yapılmıştır. Yiyeceklerin yenebilen 100 gramlarının sağladığı enerji ve besin elementleri gıda kompozisyon cetvelinden (59) bilgi işleme kaydedilmiştir. Gıda tüketim araştırması bireysel olarak değerlendirilmiştir. Üç günde tüketilen yiyeceklerin ortalama miktarları hesaplanmış,

bu miktarlar üzerinden enerji ve besin ögeleri tüketimleri saptanmıştır. Enerji ve besin ögelerinin yeterlilik durumları aşağıdaki sınırlar içinde değerlendirilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7 : Enerji ve Besin Ögeleri Tüketim Düzeyleri

	Yetersiz	Sınırdaki	Yeterli	Fazla
Enerji- Kal.	Erkek ≤ 1600	1601-1800	1801-2000	2001 \geq
	Kadın ≤ 1200	1200-1500	1501-1800	1801 \geq
.....				
Total Protein gm.	≤ 44	45-54	55-65	66 \geq
Demir- mg.	≤ 8	8.1-10.1	10.1-12.0	12.1 \geq
Kalsiyum-mg.	≤ 300	301-400	401-500	501 \geq
C Vitamini-mg.	≤ 25	26-50	51-75	76 \geq
	Çok düşük	Düşük	sınırdaki	Yeterli
Hayvansal protein gm.	≤ 10	10.1-14.9	15.0-19.9	20.0 \geq

Kaynak No: (14, 60)

Tüketim düzeyleri ayrıca, Amerika Birleşik Devletlerinin yaşlılar için önerilen günlük istihkakları ile (RDA= Recommended Dictary Allowances 1980) karşılaştırılmıştır (54).

3. Yaşlıların beslenme durumlarının antropometrik değerlendirilmesi, kişilerin boy ve ağırlık ölçümleri alınarak yapılmıştır. Ağırlık Ölçümü: Elde taşınabilen 130 Kg. kapasiteli baskül ile yapılmıştır. Ölçümler yapılırken kişilerin hafif ve az giysili olmasına ve yemekten hemen sonra ölçüm yapılmamasına dikkat edilmiştir.

Boy Ölçümü: 2 metrelik çelik mezur ile ölçülmüş ve formlara kaydedilmiştir.

Yaşlıların boy ve ağırlık ölçüleri yetişkinler için cinse göre hazırlanmış standartlarla karşılaştırılmıştır (Ek IV). Vücut ağırlığı;

Zayıf : İdeal ağırlıktan az

Normal: İdeal ağırlıkta

Hafif şişman : İdeal ağırlıktan % 10-25 fazla

Şişman : İdeal ağırlığın % 25'inden fazla, olmak üzere gruplandırılmıştır. Standart olarak "Türkiye İçin Geliştirilmiş Boy ve Ağırlık Standartları" kullanılmıştır (60).

4. Yaşlıların sağlık durumlarının saptanması:

a) Hastalık şikayetleri, ilaç kullanma durumları, doktora gitme sıklıkları soruşturma yöntemi ile araştırılmıştır.

b) Arterial kan basınçları ölçülmüştür. Tansiyon ölçümleri araştırmaya yardımcı sağlık personeli (hemşire) tarafından oturur durumda ölçülmüştür. Şüpheli durumlarda ölçüm tekrarlanmıştır. Arterial kan basıncının sınıflandırılmasında aşağıdaki sınırlar kullanılmıştır (61).

Normal : Sistolik, 140 mm. Hg veya altı

Diastolik, 90 mm. Hg veya altı

Hipertansiyon: Sistolik, 160 mm. Hg ve üzeri

Diastolik, 95 mm. Hg ve üzeri

Normal ve hipertansiyon değerlerinin arası sınırdaki vakalar (hafif hipertansiyon) olarak tanımlanmıştır. .

- c) Kanda hemoglobin miktarı sahli hemoglobinometresi kullanılarak yüzde gram hemoglobin olarak ölçülmüştür. Hemoglobin ölçümleri yardımcı sağlık personeli (hemşire) tarafından yapılmıştır. Hemoglobin değerlendirmesi sonucu bireyler normal veya anemili olarak gruplandırılırken Dünya Sağlık Örgütünce önerilen aşığıdaki sınırlar kullanılmıştır (62).

Erkek Hemoglobin Değerleri (% gm)	Anemi Durumu	Kadın Hemoglobin Değerleri (% gm)
≤ 10	Anemik	≤ 9
10.1-12.0	Hafif anemik	9.1-11.0
12.1-13.0	Şüpheli	11.1-12.0
13 +	Normal	12 +

6. Yaşlıların günlük fiziksel aktiviteleri soruşturma yöntemi ile saptanmıştır. Bireylerin gün boyunca yaptıkları fiziksel faaliyetler hafif, orta olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir.

Hafif Faaliyet : Vaktin % 75'ini; dinlenme, uyku ve oturarak % 25'ini hareket halinde ve ayakta geçirme olarak tanımlanmıştır. Bu tanım içerisinde uyku veya dinlenme, ev içinde oturarak yapılabilecek (el işi, gazete, kitap okuma, oturarak namaz kılma vb.) işler ve çok yakın komşu, manav vb. yerlere gidebilme gibi faaliyetler gruplandırılmıştır.

İzlenimlerdir.

Orta faaliyet: Vaktin % 25 ini dinlenme uyku ve oturarak, % 75'ini hareket halinde ve ayakta geçirme olarak tanımlanmıştır. Bu tanım içerisinde uyku veya dinlenme, yol yürüme, ayakta namaz kılma, ev ile ilgili günlük işlerin (yemek yapma, bulaşık yıkama vb) ayakta yapılabilmesi gibi faaliyetler gruplandırılmıştır (51).

Araştırma Zamanı ve Süresi: Araştırmanın veri toplama ve gıda tüketim araştırması 4 Mart-20 Mayıs 1985 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Günde ortalama 6-7 aileye birbirini izleyen üç gün gidilerek anket ve gıda tüketim bilgileri toplanmıştır. Bu bilgilerin toplanması için her evde ortalama 45-60 dakika harcanmıştır. Veri toplama aşaması 50 işgününde tamamlanmıştır.

Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler; Araştırma kapsamına alınan yaşlıların sağlık durumlarının saptanması amacı ile total lipit, kolesterol, kan şeker düzeylerine bakılmak istenmiş ancak yaşlılar kan vermeyi ve hastane laboratuvarına gelmeyi kabul etmemişlerdir. Bu nedenle araştırmanın planlanmasında düşünülen kan tetkikleri gerçekleştirilememiş, ancak ev koşullarında sadece hemogloblin düzeyine bakılabilmektedir.

Gıda tüketim araştırmasında, bazı yaşlıların öğünlerde yedikleri yiyecekleri hatırlamakta güçlük çektikleri görülmüş, bu durumda evde bulunan, birlikte yemek yiyen kişilerin bilgilerine baş vurulmuştur.

Araştırma kapsamına alınan yaşlılar, genel olarak araştırmaya olumlu yaklaşımda bulunmuşlardır. Özellikle ekonomik durumu iyi olmayan ailelerdeki yaşlılar sağlık durumları ile ilgilenilmesinden, tansiyonlarının ölçülmesinden memnun olmuşlardır.

V- B U L G U L A R

Bu çalışmadan elde edilen bulgular; yaşlıları tanımlayıcı bulgular, yaşlıların sahip olduğu bazı olanaklar, yaşlıların alışkanlıkları, sağlık durumları, beslenme alışkanlıkları ve gıda tüketim durumları olmak üzere beş grupta özetlenmiştir.

I. Yaşlıları Tanımlayıcı Bulgular:

Araştırma kapsamına giren ailelerdeki yaşlıların 72'si (% 62.6) kadın, 43'ü (% 37.4) erkektir. Yaşlıların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde 65-69 yaş grubunda % 64.4, 70-74 yaş grubunda % 13, 75 yaş üzerinde ise % 22.6 oranında yaşlı bulunmuştur. Erkeklerde ortalama yaş 71.7 ± 0.85 , kadınlarda ise 68.5 ± 0.69 dur.

Tablo 8 : Yaşlıların Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımları

Yaş Grupları	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
65-69	20	46.5	54	75.0	74	64.4
70-74	10	23.3	5	6.9	15	13.0
75 +	13	30.2	13	18.1	26	22.6
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$$x^2 = 10.62 \quad Sd = 2 \quad P < 0.05$$

Yaşlıların medeni durumları incelendiğinde, % 63.5'inin evli, % 35.7'sinin dul olduğu görülmektedir (Tablo 9). Kadınların % 52.5'i dul olup anlamlı olarak erkeklerden daha fazladır.

Eğitim durumları incelendiğinde, Tablo 10'da görüldüğü gibi erkeklerin eğitim düzeyleri kadınlara oranla daha yüksektir. Erkeklerde % 25.6 oranında okur-yazar olmayan ve % 30.2 oranında yüksek okul mezunu bulunmasına rağmen, kadınların % 68.0'i okur-yazar olmayıp ancak % 1.4'ü yüksek okul mezundur. Erkekler ve kadınlar arasındaki eğitim farkı istatistiksel olarak da anlamlıdır.

Tablo 9 : Yaşlıların Medeni Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Medeni Durum	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	40	93.0	33	45.8	73	63.5
Dul	3	7.0	38	52.8	41	35.7
Bekar	-	-	1	1.4	1	0.8
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$\chi^2 = 25.19$ Sd= 1 P < 0.05

Tablo 10 : Yaşlıların Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	11	25.6	49	68.0	60	52.1
Okur-yazar	10	23.3	10	13.9	20	17.4
İlkokul	7	16.3	4	5.6	11	9.6
Ortaokul-Lise	2	4.6	8	11.1	10	8.7
Yüksek Okul	13	30.2	1	1.4	14	12.2
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$\chi^2 = 33.59$ $Sd = 4$ $P < 0.05$

Yaşlıların emekli olmadan önceki meslekleri sorulduğunda % 13'ünün serbest (küçük esnaf, çiftçi vb.), % 29.6 'sının çeşitli kamu ve özel kuruluşlarda işçi yada memur statüsünde çalıştıkları saptanmıştır. Kadınların % 91.7'si ev hanımıdır. % 8.3'ü ise öğretmen, işçi veya memur statüsünde çalışarak emekli olmuşlardır (Tablo 11).

Tablo 11 : Yaşlıların Emeklilik Öncesi Mesleklerine ve Cinsiyete Göre Dağılımları

Meslek	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Serbest	15	34.9	-	-	15	13.0
İşçi-Memur	28	65.1	6	8.3	34	29.6
Ev Hanımı	-	-	66	91.7	66	57.4
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

Yaşlıların evlerinde birlikte yaşadıkları kişiler araştırıldığında kadınların % 15.3'ünün yalnız, % 66.6'sının çocuk veya yakınları ile birlikte oturdukları saptanmıştır (Tablo 12). Yalnız yaşayan yaşlıların % 54.5'i (6 kişi) 65-69, % 45.5'i (5 kişi) ise 70 yaş üzerinde bulunmaktadır. Karı-koca birlikte yaşayan yaşlıların ise % 60'ı (18 kişi) 65-69 yaş grubunda, % 40'i (12 kişi) ise 70 yaş üzerindedir. Yaşlıları, çocuk veya yakınları ile yaşamaya iten en önemli nedenlerin sağlık sorunları, yalnız yaşamının getireceği güçlükler ve ekonomik yetersizlikler olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların % 57.4'ünün dört ve daha fazla çocuğu bulunmaktadır. Yalnız yaşayan yaşlılarda hiç çocuğu olmayan bir kişi bulunmaktadır (Tablo 13).

Tablo 12 : Yaşlıların Yaşam Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaşam Durum	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	-	-	11	15.3	11	9.6
Karı-koca birlikte	17	39.5	13	18.1	30	26.1
Çocuk veya yakınları ile birlikte	26	60.5	48	66.6	74	64.3
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

Tablo 13 : Yaşlıların Yaşam Durumları ve Sahip Oldukları Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları

Yaşam Durumu	Çocuk Sayısı								Toplam	
	Hiç + 1		2		3		4+			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	2	18.1	-	-	3	27.3	6	54.6	11	100.0
Karı-koca birlikte	-	-	1	3.3	9	30.0	20	66.7	30	100.0
Çocuk veya yakınları ile birlikte	6	8.1	19	25.7	9	12.2	40	54.0	74	100.0
Toplam	8	6.9	20	17.4	21	18.3	66	57.4	115	100.0

II. Yaşlıların Sahip Olduğu Bazı Olanaklar :

Araştırma grubu yaşlıların % 75.7'si mülkü kendisine veya eşine ait evlerde, % 13.'ü ise kirada oturmaktadır (Tablo 14). Verilen aylık kira miktarı 1985 yılı verilerine göre 2000- 30.000.-TL arasında değişmektedir. Yaşlıların evlerinde radyo, televizyon buzdolabı ve çamaşır makinası bulunma durumu araştırıldığında % 62.6'sının elektrikli ev araçlarına sahip olduğu görülmektedir. Evlerinde bu tür araçlar olmayan, yalnız yaşayan yaşlılar arasında % 18.2, çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayanlar arasında ise % 2.6 oranında olduğu görülmektedir (Tablo 15).

Tablo 14 : Yaşlıların Yaşam Durumlarına Göre Oturdıkları Evin Mülkiyet Durumu

Yaşam Durumu	Oturlan Ev							
	Kendisi veya eşinin		Çocuklarının		Kira		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	9	81.8	1	9.1	1	9.1	11	100.0
Karı-koca birlikte	26	86.7	1	3.3	3	10.0	30	100.0
Çocuk veya yakınları ile birlikte	52	70.2	11	14.9	11	14.9	74	100.0
Toplam	87	75.7	13	11.3	15	13.0	115	100.0

Tablo 15 : Yaşlıların Yaşam Durumlarına Göre Evlerinde Bulunan Elektrikli Ev Araçlarının Dağılımı

Yaşam Durumu	Elektrikli Ev Araçları											
	1		2		3		4		Hiçbiri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	-	-	2	18.2	1	9.1	6	54.5	2	18.2	11	100.0
Karı-koca birlikte	2	6.7	3	10.0	5	16.7	20	66.6	-	-	30	100.0
Çocuk veya yakınları ile birlikte	1	1.4	9	12.2	16	21.6	46	62.2	2	2.6	74	100.0
Toplam	3	2.6	14	12.2	22	19.1	72	62.6	4	3.5	115	100.0

1. Radyo
2. Raydo+Buzdolabı
3. Radyo+ TV+ Buzdolabı
4. Raydo+TV + Buzdolabı + Çamaşır Mak.

Yaşlıların açısından sosyal ve ekonomik güvence önemli bir sorundur. Emeği ile geçinen ve bir sosyal güvenlik kurumundan yararlanamayan yaşlılar, çalışma gücünü kaybettikten sonra yaşlılık sorununu daha çok hissetmektedirler. Bu çalışmada kendisine ait veya eşi nedeni ile emeklilik güvencesi bulunanların oranı % 71.3 olarak saptanmıştır (Tablo 16). Yaşam durumlarına göre incelendiğinde çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayanlar arasında emeklilik güvencesi olmayanların oranı % 35.1, eşi ile birlikte yaşayanlar arasında % 20, yalnız yaşayanlar arasında ise % 9.1 olduğu görülmektedir. Kişi başına düşen aylık gelir durumu incelendiğinde ise aylık geliri \leq 30.000.-TL (günde ortalama 1000.-TL) olanların oranı yalnız yaşayan yaşlılar arasında % 18.2, karı-koca birlikte yaşayanlar arasında % 40, çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayanlar arasında % 77.1'dir (Tablo 17).

Tablo 16 : Yaşlıların Yaşam Durumlarının Emeklilik Güvencesine Göre Dağılımları

Yaşam Durumu	Emeklilik Güvencesi				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	10	90.9	1	9.1	11	100.0
Karı-koca birlikte	24	80.0	6	20.0	30	100.0
Çocuk veya yakınları ile birlikte	48	64.9	26	35.1	74	100.0
Toplam	82	71.3	33	28.7	115	100.0

Tablo 17 : Yaşlıların Yaşam Durumlarının Aylık Gelirleri İle İlişkisi

Yaşam Durumu	Gelir Durumu (Kişi başına/aylık/TL)							
	≤ 30.000		30.001-50.000		50.0001 ≥		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız Yaşıyor	2	18.2	4	36.4	5	45.4	11	100.0
Karı-koca birlikte	12	40.0	8	26.7	10	33.3	30	100.0
Çocuk veya yakınları ile birlikte	57	77.1	11	14.8	6	8.1	74	100.0
Toplam	71	61.7	23	20.0	21	18.3	115	100.0

III. Yaşlıların Alışkanlıkları İle İlgili Bulgular:

Yaşlıların sigara, çay ve kahve içme alışkanlıkları saptanmaya çalışılmıştır. Sigara içme alışkanlığının erkekler arasında % 37.2, kadınlar arasında ise % 27.8 oranında olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

Çay içme alışkanlığı oldukça yaygındır. Özellikle kadınlar arasında çay içme alışkanlığının daha fazla olduğu gözlenmiştir (Tablo 19). Günde beş bardaktan fazla çay içenlerin oranı kadınlar arasında % 34.7, erkekler arasında % 14' dür.

Yaşlılar arasında kahve içme alışkanlığının yaygın olmadığı saptanmıştır. Kahve fiyatlarının son yıllarda hızla artması nedeni ile kadınların % 65.3'ü, erkeklerin ise % 44.2'si kahve içmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 20). Yaşlılar arasında alkol tüketimine sadece iki kişide rastlanmıştır.

Tablo 18 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Sigara İçme Alışkanlıkları

Sigara İçme Alışkanlığı	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İçmiyor	27	62.8	52	72.2	79	68.7
Ara Sıra	2	4.7	9	12.5	11	9.6
Günde 1/2 Paket	4	9.3	3	4.2	7	6.1
Günde 1 Paket	5	11.6	5	6.9	10	8.7
Günde 1 paketten fazla	5	11.6	3	4.2	8	6.9
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

Tablo 19 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Çay İçme Alışkanlıkları

Çay İçme Alışkanlığı (Günde/Bardak)	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ara-Sıra	9	20.9	5	7.0	14	12.2
1-2	9	20.9	16	22.2	25	21.7
3-5	19	44.2	26	36.1	45	39.1
5 +	6	14.0	25	34.7	31	27.0
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

Tablo 20 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Kahve İçme Alışkanlıkları

Kahve İçme Alışkanlıkları (Günde/Fincan)	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İçmiyor	19	44.2	47	65.3	66	57.4
1 Kez	8	18.6	7	9.7	15	13.0
Ara-sıra	16	37.2	18	25.0	34	29.6
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

IV. Yaşlıların Sağlık Durumları İle İlgili Bulgular:

Yaşlılık döneminde oluşan bazı fonksiyonel bozukluklar sonucu çeşitli hastalıklar görülebilmektedir. Araştırmamızda deneklerin gözlük kullanma, işitme, dişlerinin durumu, vücut ağırlıkları, arteriyel kan basınçları ve kan hemoglobin düzeyleri saptanmaya çalışılmıştır. Ayrıca sağlık şikayetleri ve mevcut hastalıkları ile kullandıkları ilaç çeşitleri öğrenilmeye çalışılmıştır.

Yaşlıların % 17.4'ünde işitme güçlüğü bulunmaktadır. Yaş gruplarına göre incelendiğinde 70 yaş üzerindeki yaşlılarda işitme güçlüğü % 39 oranında olduğu görülmektedir. Yaş ilerledikçe duyma yeteneği azalmaktadır. Bu farklılık istatistik olarak da anlamlı bulunmuştur (Tablo 21).

Tablo 21 : Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre İşitme Güçlüğü Bulunma Durumları

İşitme Güçlüğü	Yaş Grupları				Toplam	
	65-69		70 +		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Var	4	5.4	16	39.0	20	17.4
Yok	70	94.6	25	61.0	95	82.6
Toplam	74	100.0	41	100.0	115	100.0

$$\chi^2 = 20.76$$

$$Sd = 1$$

$$P < 0.05$$

Yaşlıların % 37.4'ünün gözlük kullanmadığı, % 62.6'sının yakın veya uzak için gözlük kullandıkları saptanmıştır. Gözlük kullanmayanların çoğunluğu gözlüğe ihtiyaçları olduğunu ancak doktora gidemedikleri için kullanamadıklarını belirtmişlerdir. Yaş grupları arasında istatistik analiz sonucu anlamlı bulunmamıştır (Tablo 22).

Yine fizyolojik yaşlanmanın sonucu yaşlılarda diş sorunları görülmektedir. Diş protezi % 58.2 oranında kullanılmaktadır. Hiç dişi olmayanların oranı % 15.7'dir (Tablo 23). Yaşlılarda çiğneme fonksiyonu diş durumları ile ilişkili bulunmuştur. Hiç dişi olmayanlarla protez kullananlar arasında khi-kare analizi önemli bulunmuştur (Tablo 24).

Tablo 22 : Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Gözlük Kullanma Durumu

Gözlük Kullanma Durumu	Yaş Grupları					
	65-69		70 +		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Uzak+yakın gözlük	15	20.3	13	31.7	28	24.3
Yakın gözlük	28	37.8	16	39.0	44	38.3
Kullanmıyor	31	41.9	12	29.3	43	37.4
Toplam	74	100.0	41	100.0	115	100.0

$$X^2 = 2.55 \quad Sd = 2 \quad P > 0.05$$

Tablo 23 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Diş Durumları

Diş Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Protez	27	62.8	40	55.6	67	58.3
Kayıp diş+dolgu	7	16.3	23	31.9	30	26.1
Hiç dişi yok	9	20.9	9	12.5	18	15.6
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$$X^2 = 5.82 \quad Sd = 2 \quad P > 0.05$$

Tablo 24 : Yaşlıların Diş Durumlarının Çiğneme Fonksiyonu İle İlişkisi

Diş Durumu	Çiğneme Durumu				Toplam	
	Çiğniyor		Çiğneyemiyor		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Protez	56	83.6	11	16.4	67	100.0
Kayıp diş+ dolgu	16	53.3	14	46.7	30	100.0
Hiç dişi yok	9	50.0	9	50.0	18	100.0
Toplam	81	70.4	34	29.6	115	100.0

$$X^2 = 13.47 \quad Sd = 2 \quad P < 0.05$$

Yaşlıların Yaşam Durumlarına Göre Sağlık Şikayetleri:

Yaşlılar arasında sağlık şikayeti bulunanların oranı % 81.7'dir (Tablo 25). Genel olarak eklem ağrıları-romatizma, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, kabızlık, sindirim sistemi bozuklukları ile ilgili sağlık şikayetleri belirtilmiştir (Tablo 29). Sağlık şikayetleri, cinsler ve yaş grupları

arasında önemli bir farklılık göstermemektedir (Tablo 25-26). Yaşlıların sağlık sorunları yaşam durumları göz önüne alınarak incelendiğinde en önemli farklılığın karı-koca birlikte yaşayan yaşlılar arasında olduğu gözlenmektedir. Bu grupta sağlık şikayeti olmayanlar % 23.3'dür. Yalnız yaşayan yaşlıların % 90.9'u, çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlıların ise % 82.4'ünün sağlık sorunları mevcuttur (Tablo 27).

Yaşlılar arasında hastalanmadan kontrol amacı ile doktora baş vuranların oranı oldukça düşüktür

Tablo 25 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Genel Sağlık Durumları

Sağlık Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlıklı	10	23.3	11	15.3	21	18.3
Sağlıklı değil	33	76.7	61	84.7	94	81.7
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$$X^2 = 1.15 \quad Sd = 1 \quad P > 0.05$$

Tablo 26 : Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Genel Sağlık Durumları

Sağlık Durumu	Yaş Grupları				Toplam	
	65-69		70 +		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sağlıklı	12	16.2	9	22.0	21	18.3
Sağlıklı değil	62	83.8	32	78.0	94	81.7
Toplam	74	100.0	41	100.0	115	100.0

$$X^2 = 0.58 \quad Sd = 1 \quad P > 0.05$$

Tablo 27 : Yaşlıların Yaşam Durumlarının Genel Sağlık Durumları İle İlişkisi

Yaşam Durumu	Sağlık Durumu				Toplam	
	Sağlıklı		Sağlıklı değil			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	1	9.1	10	90.9	11	100.0
Karı-koca birlikte	7	23.3	23	76.7	30	100.0
Çocuk veya yakınları ile birlikte	13	17.6	61	82.4	74	100.0
Toplam	21	18.3	94	81.7	115	100.0

$X^2 = 1.16$ $Sd = 2$ $P > 0.05$

Tablo 28 : Yaşlıların Yaşam Durumları İle Doktora Gitme Sıklığı Arasındaki İlişki

Yaşam Durumu	Doktora Gitme Sıklığı										Toplam			
	Ayda		3 Ayda		6 Ayda		Yılda		Hastalanınca				Gitmiyor	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	3	27.2	1	9.1	-	-	2	18.2	1	9.1	4	36.4	11	100.0
Karı-koca birlikte	2	6.7	3	10.0	2	6.7	3	10.0	9	30.0	11	36.6	30	100.0
Çocuk veya yakınları ile birlikte	2	2.7	8	10.8	7	9.5	6	8.1	14	18.9	37	50.0	74	100.0
Toplam	7	6.1	12	10.4	9	7.8	11	9.6	24	20.9	52	45.2	115	100.0

Tablo 29: Yaşlıların Cinsiyete, Mevcut Hastalıkları ve Şikayetlerine Göre Dağılımları

Hastalık Şikayetleri	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kalp-damar hastalıkları	13	33.3	26	66.7	39	100.0
Hipertansiyon	10	29.4	24	70.6	34	100.0
Diabet	5	83.3	1	16.7	6	100.0
Ülser-Sindirim Sistemi Hast.	7	36.8	12	63.2	19	100.0
Kabızlık	14	45.2	17	54.8	31	100.0
Eklem ağrıları, romatizma	18	30.0	42	70.0	70	100.0
Böbrek hastalığı	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Ameliyat geçirmiş	2	16.7	10	83.3	12	100.0

Yaşlıların ilaç kullanma durumları sorulmuş ve % 75.7 (87 kişi) sinin ilaç kullandıkları saptanmıştır (Tablo 30). Kadınların erkeklere göre daha fazla ilaç kullandıkları (Tablo 33), cinsiyete göre farklılığın istatistiksel olarak da önemli olduğu görülmüştür (Tablo 30). Yaşam durumlarına göre incelendiğinde ise yalnız ve karı-koca birlikte yaşayan yaşlılar arasında ilaç kullanma alışkanlığının daha fazla olduğu görülmektedir. Gruplar arasında bu farklılık istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur (Tablo 32). İlaç kullanma durumu yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 31).

Tablo 30 : Yaşlıların Cinsiyete Göre İlaç Kullanma Durumları

İlaç Kullanma Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kullanıyor	28	65.1	59	81.9	87	75.7
Kullanmıyor	15	34.9	13	18.1	28	24.3
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$$X^2 = 4.14 \quad Sd = 1 \quad P < 0.05$$

Tablo 31 : Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre İlaç Kullanma Durumları

İlaç Kullanma Durumu	Yaş Grupları				Toplam	
	65-69		70 +			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kullanıyor	57	77.0	30	73.2	87	75.7
Kullanmıyor	17	23.0	11	26.8	28	24.3
Toplam	74	100.0	41	100.0	115	100.0

$$X^2 = 0.21 \quad Sd = 1 \quad P > 0.05$$

Tablo 32 : Yaşlıların Yaşam Durumları İle İlaç Kullanma Durumlarının İlişkisi

Yaşam Durumu	İlaç Kullanma Durumu				Toplam	
	Kullanıyor		Kullanmıyor			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	10	90.9	1	9.1	11	100.0
Karı-koca birlikte	27	90.9	3	10.0	30	100.0
Çocuk veya yakınları ile birlikte	50	67.6	24	32.4	74	100.0
Toplam	87	75.7	28	24.3	115	100.0

$$X^2 = 7.36 \quad Sd = 2 \quad P < 0.05$$

Tablo 33 : Yaşlıların Cinsiyete ve Kullandıkları İlaç Türlerine Göre Dağılımları

Kullanılan İlaç Türü	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tansiyon	12	34.3	23	65.7	35	100.0
Kalp	9	37.5	15	62.5	24	100.0
Ağrı Kesici	8	18.2	36	81.8	44	100.0
Sakinleştirici, uyku için	2	18.2	9	81.8	11	100.0
Antiasit	2	22.2	7	77.8	9	100.0
Antidiyabetik	3	75.0	1	25.0	4	100.0
Laksatif	2	50.0	2	50.0	4	100.0

Yaşlılar arasında şişmanlık önemli bir sağlık sorunudur. Araştırmamızda kadınlar arasında daha fazla görülmeyle beraber her iki cinste % 32.2 hafif şişman, % 26.1 oranında da şişman saptanmıştır. Cinsler arasında farklılık önemli bulunmuştur (Tablo 34). Yaşın ilerlemesine bağlı olarak vücut ağırlığının artması hipertansiyon, kalp-damar ve diğer bazı hastalıklara neden olabilmektedir. Hipertansiyonun yaşlılar arasında % 42.6 oranında olduğu, % 17.4 yaşlının da hafif hipertansiyonunun olduğu saptanmıştır. Cinsler ve yaş grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Tablo 35-36). Ancak şişmanlıkla hipertansiyon görülme durumunun ilişkili olduğu gözlenmektedir. Hipertansif kişilerin % 42.0'si hafif şişman, % 31.9'u ise şişmandır (Tablo 37). Kalp hastalığı şikayeti olan yaşlıların % 30.8'i hafif şişman, % 25.6'sı da şişman kişilerdir. Fakat şişmanlıkla kalp hastalığı şikayeti

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 38).

Tablo 34 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Vücut Ağırlıklarının Standarda Göre Dağılımları

Vücut Ağırlığı	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf	1	2.3	4	5.6	5	4.3
Normal	23	53.5	20	27.8	43	37.4
Hafif Şişman	14	32.6	23	31.9	37	32.2
Şişman	5	11.6	25	34.7	30	26.1
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$$X^2 = 10.91 \quad Sd = 3 \quad P < 0.05$$

Tablo 35 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Arterial Kan Basıncı Dağılımları

Arterial Kan Basıncı	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal	21	48.8	25	34.7	46	40.0
Hafif hipertansiyon	8	18.6	12	16.7	20	17.4
Hipertansiyon	14	32.6	35	48.6	49	42.6
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$$X^2 = 3.79 \quad Sd = 2 \quad P > 0.05$$

Tablo 36 : Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Arterial Kan Basıncı Dağılımları

Arterial Kan Basıncı	Yaş Grupları				Toplam	
	65-69		70 +			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal	25	33.8	21	51.2	46	40.0
Hafif hipertansiyon	13	17.6	7	17.1	20	17.4
Hipertansiyon	36	48.6	13	31.7	49	42.6
Toplam	74	100.0	41	100.0	115	100.0

$$X^2 = 3.79 \quad Sd= 2 \quad P > 0.05$$

Tablo 37 : Yaşlıların Vücut Ağırlıklarının Hipertansiyonla İlişkisi

Vücut Ağırlığı	Normal		Hipertansif		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf	2	4.3	3	4.4	5	4.3
Normal	28	60.9	15	21.7	43	37.4
Hafif Şişman	8	17.4	29	42.0	37	32.2
Şişman	8	17.4	22	31.9	30	26.1
Toplam	46	100.0	69	100.0	115	100.0

$$X^2 = 18.73 \quad Sd= 3 \quad P < 0.05$$

Tablo 38 : Yaşlıların, Vücut Ağırlıkları İle Kalp Hastalığı Şikayeti Arasındaki İlişki

Vücut Ağırlığı	Kalp Hastalığı Şikayeti					
	Olan		Olmayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Zayıf	2	5.1	3	3.9	5	4.3
Normal	15	38.5	28	36.8	43	37.4
Hafif Şişman	12	30.8	25	32.9	37	32.2
Şişman	10	25.6	20	26.4	30	26.1
Toplam	39	100.0	76	100.0	115	100.0

$$x^2 = 0.14 \quad Sd = 3 \quad P > 0.05$$

Yaşlıların yalnız, eşi veya yakınları ile birlikte yaşama durumlarının vücut ağırlıkları ile ilişkisine bakıldığında yalnız yaşayanların % 36.4'ünün hafif şişman, % 36.4'ünün de şişman olduğu görülmektedir (Tablo 39). Çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılar arasında hafif şişman olanlar % 33.8, şişmanlar ise % 25.7'dir. Yaşlıların günlük fiziksel faaliyetleri değerlendirildiğinde, yalnız yaşayan yaşlıların kendi işlerini kendileri yapmaları nedeni ile orta faaliyette olanların oranı % 63.6 olarak bulunmuştur (Tablo 40). Aynı oran çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayanlar arasında % 28.4'dür. Yani bu grup yaşlılar genellikle ev içinde hafif iş yapan, az hareket eden kişilerdir. Eşi ile birlikte yaşayan yaşlılarda ise şişmanlık oranının daha düşük, fiziksel faaliyetin de daha fazla olduğu gözlenmektedir.

Tablo 39 : Yaşlıların Yaşam Durumları İle Vücut Ağırlıklarının İlişkisi

Yaşam Durumu	Vücut Ağırlığı									
	Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Şişman		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	2	18.2	1	9.0	4	36.4	4	36.4	11	100.0
Karı-koca birlikte	1	3.3	14	46.7	8	26.7	7	23.3	30	100.0
Çocuk veya yakın- ları ile birlikte	2	2.7	28	37.8	25	33.8	19	25.7	74	100.0
Toplam	5	4.3	43	37.4	37	32.2	30	26.1	115	100.0

Tablo 40 : Yaşlıların Yaşam Durumları İle Günlük Fiziksel Faaliyetlerinin İlişkisi

Yaşam Durumu	Günlük Fiziksel Faaliyet					
	Hafif		Orta		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	4	36.4	7	63.6	11	100.0
Karı-koca birlikte	14	46.7	16	53.3	30	100.0
Çocuk veya yakınları ile birlikte	53	71.6	21	28.4	74	100.0
Toplam	71	61.7	44	38.3	115	100.0

Günlük fiziksel faaliyet yaşa ve cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre daha aktif oldukları görülmektedir (Tablo 41). Kadınların % 29.2'si, erkeklerin ise % 53.5'i orta faaliyette bulunmaktadır. Cinsler arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Yaş ilerledikçe hareketler yavaşlamakta fiziki güç azalmaktadır. 65-69 yaş grubunda aktif iş yapabilenler % 43.2 iken 70 yaş üzerinde bu oran % 29.3'dür (Tablo 42).

Tablo 41 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Günlük Fiziksel Faaliyet Durumları

Fiziksel Faaliyet	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hafif	20	46.5	51	70.8	71	61.7
Orta	23	53.5	21	29.2	44	38.3
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$$\chi^2 = 6.74 \quad Sd = 1 \quad P < 0.05$$

Tablo 42 : Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Fiziksel Faaliyet Durumları

Fiziksel Faaliyet	Yaş Grupları				Toplam	
	65-69		70 +		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Hafif	42	56.8	29	70.7	71	61.7
Orta	32	43.2	12	29.3	44	38.3
Toplam	74	100.0	41	100.0	115	100.0

$$\chi^2 = 2.18 \quad Sd = 1 \quad P > 0.05$$

Yaşlıların hemoglobin ölçümlerinin değerlendirilmesi sonucu cinsiyete ve yaş gruplarına göre anemi görülme durumu (Tablo 43-44) de gösterilmiştir. Yaşlılar arasında % 11.3 oranında anemi olduğu görülmektedir. Kadınlar arasında anemi oranının erkeklere göre daha yüksek olduğu ve cinsiyete göre istatistiksel olarak farkın önemli olduğu bulunmuştur. Yaş grupları arasında ise anemi görülme durumu farklılık göstermemektedir.

Tablo 43 : Yaşlılarda Cinsiyete Göre Anemi Görülme Durumu

Anemi Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anemik	4	9.3	9	12.5	13	11.3
Hafif anemik	10	23.3	30	41.7	40	34.7
Şüpheli	6	13.9	15	20.8	21	18.3
Normal	23	53.5	18	25.0	41	35.7
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$$X^2 = 9.69 \quad Sd = 3 \quad P < 0.05$$

Tablo 44 : Yaşlılarda Yaş Gruplarına Göre Anemi Görülme Durumu

Anemi Durumu	Yaş Grupları				Toplam	
	65-69		70 +			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anemik	7	9.5	6	14.6	13	11.3
Hafif anemik	22	29.7	18	43.9	40	34.7
Şüpheli	18	24.3	3	7.3	21	18.3
Normal	27	36.5	14	34.2	41	35.7
Toplam	74	100.0	41	100.0	115	100.0

$$X^2 = 6.37 \quad Sd = 3 \quad P > 0.05$$

V. Yaşlıların Beslenme Alışkanlıkları ve Gıda Tüketimleri İle İlgili Bulgular:

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların beslenme alışkanlıkları üç günlük bireysel gıda tüketim araştırması yapılarak saptanmaya çalışılmıştır. Bu amaçla yaşlıların günlük öğün sayısı, yemeği pişiren kişi, diyet yapıp yapmadıkları, günlük tüketilen yiyecek çeşit ve miktarları saptanmıştır.

Beslenme Alışkanlıkları: Yaşlıların % 73'ü günde üç öğün, % 14.8'i dört ve fazla, % 12.2'si de iki öğün yemektedirler (Tablo 45). Öğün tercihleri cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Yaşam durumlarına göre incelendiğinde, yalnız yaşayan yaşlıların % 54.5'inin dört ve fazla öğün yedikleri gözlenmektedir. Aynı oran çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılar arasında % 9.4'dür. Karı-koca birlikte yaşayan yaşlı grupta temel üç öğün yemek yiyenler % 83.4, dört ve fazla öğün yiyenler ise % 13.3'dür (Tablo 46).

Yaşlıların % 36.5'i evde yemekleri kendileri pişirmektedir % 27.8 yaşlının eşi, % 35.7 yaşlının ise birlikte yaşadığı kızı veya gelini yemek hazırlamaktadır. Yaşlıların % 14.8'ine sağlık durumları nedeni ile özel yemek hazırlanmakta, % 85.2'si ise evde pişen normal yemeği yemektedirler. Genellikle yaşlılar birlikte yaşadıkları yakınları ile birlikte sofraya oturup yemek yemektedirler. Bu oran % 82.6'dır. Yalnız yemek yiyenlerin oranı % 13.9 olarak saptanmıştır. Bazen, aile bireyleri ile birlikte yemek yediklerini

belirtenler ise % 3.5 dir.

Tablo 45 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Günlük Öğün Sayısı

Öğün Sayısı	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İki	4	9.3	10	13.9	14	12.2
Üç	33	76.7	51	70.8	84	73.0
Dört ve fazla	6	14.0	11	15.3	17	14.8
Toplam	43	100.0	72	100.0	115	100.0

$$x^2 = 0.63 \quad Sd = 2 \quad P > 0.05$$

Tablo 46 : Yaşlıların Yaşam Durumlarına Göre Günlük Öğün Sayısı

Yaşam Durumu	Öğün Sayısı						Toplam	
	İki		Üç		Dört ve fazla		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yalnız	2	18.2	3	27.3	6	54.5	11	100.0
Karı-koca birlikte	1	3.3	25	83.4	4	13.3	30	100.0
Çocuk veya yakın- ları ile birlikte	11	14.9	56	75.7	7	9.4	74	100.0
Toplam	14	12.2	84	73.0	17	14.8	115	100.0

Sağlık durumları nedeni ile % 42.6 yaşlıya doktor veya diyetisyen tarafından diyet yapması önerilmiştir. Diyet yapmayanların oranı ise % 57.4'dür. Yaş gruplarına göre yaşlıların uyguladıkları diyet şekilleri Tablo 47'de gösterilmiştir. Uygulanan diyet şekilleri birleştirilmiş, yaş gruplarına göre diyet uygulayan ve uygulamayan yaşlı gruplar arasında istatistiksel khi-kare analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre yaş grupları arasında diyet uygulama durumu farklılık göstermemektedir.

Tablo 47 : Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Uyguladıkları Diyet Şekilleri

Diyet Şekli	Yaş Grupları				Toplam	
	65-69		70 +		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Ülser	3	4.1	1	2.4	4	3.5
Diyabetik	2	2.7	-	-	2	1.7
Tuzsuz	18	24.3	10	24.4	28	24.3
Kalori kısıtlaması + tuzsuz	10	13.5	5	12.3	15	13.1
Diyet yapmıyor	41	55.4	25	60.9	66	57.4
Toplam	74	100.0	41	100.0	115	100.0

$$X^2 = 0.34 \quad Sd = 1 \quad P > 0.05$$

Tüketilen Yiyecek Cins ve Miktarları: Yaşlıların

üç günlük bireysel gıda-tüketim araştırması verilerine göre tükettikleri yiyecek cins ve miktarları cinsiyete göre Tablo 48'de gösterilmiştir. Yiyecek grupları arasında en çok tüketilen başta ekmek olmak üzere tahıl grubu yiyeceklerdir. Cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin kadınlardan daha fazla ekmek tükettikleri görülmektedir. Diğer buğday ürünlerinin tüketim miktarları hemen hemen aynıdır. Yiyecek grupları incelendiğinde süt ve mamüllerinin kadınlar arasında daha fazla tüketildiği görülmektedir.

Et, yumurta ve kurubaklagiller günlük protein ihtiyacının büyük bir kısmını karşılamaları nedeni ile yaşlıların beslenmesi açısından önemli bir grubu teşkil etmektedir. Et tüketiminin erkekler arasında, yumurta ve kurubaklagil tüketiminin de kadınlarda daha fazla olduğu gözlenmektedir.

Toplam sebze ve meyve tüketimleri çok farklı olmamakla beraber erkeklerin meyve, kadınların ise sebze tüketimlerinin biraz daha fazla olduğu görülmektedir.

Yağ tüketimi her iki cinste de hemen hemen aynı miktarlardadır. Her iki cinste de en çok tüketilen yağ cinsi bitkisel sıvı yağlardır.

Şeker ve şekerli yiyeceklerin tüketim miktarı kadınlarda erkeklere göre daha fazladır.

Yaşlılar arasında alkol tüketimine sadece iki kişide

rastlanmıştır. Ülkemizde yaşlılar arasında alkol tüketimi ve alışkanlığı yok denecek kadar azdır. Araştırmamızda 70 ve üzeri yaş grubunda iki erkek günde ortalama bir çay bardağı kadar (85 cc) rakı içtiklerini belirtmişlerdir.

Yiyecek tüketim miktarları yaş gruplarına göre incelendiğinde 65-69 yaş grubu yaşlıların tüketimlerinin daha fazla olduğu görölmektedir (Tablo 49). Sadece ekmek ve şeker tüketim miktarı 70 ve üzeri yaşta diğer yaş grubuna göre biraz daha fazladır.

Tablo 48 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Günlük Ortalama Gıda Tüketim Durumları (gm/kişi başına/günde)

GIDA ÇEŞİTLERİ	ERKEK (n=43)	KADIN (n=72)	GENEL (n=115)
1. TAHILLAR			
Ekmek,	320.0	155.5	216.9
Pirinç,	15.9	15.9	15.9
Diğer buğday ürünleri	31.5	30.1	30.6
2. SÜT VE MAMÜLLERİ			
	119.7	166.1	148.8
3. ET, YUMURTA, KURUBAKLAGİLLER			
Et, tavuk, balık	49.1	32.4	38.6
Yumurta	9.9	13.2	11.9
Kuru baklagil	2.5	7.6	5.6
4. SEBZE, MEYVA			
Sebze	183.8	215.8	203.9
Meyva	106.3	48.5	70.1
5. YAĞLAR			
Tereyağ	2.9	1.7	2.2
Margarin	11.3	11.6	11.5
Sıvı yağ	12.5	12.9	12.8
6. ŞEKER VE ŞEKERLİ MAMÜLLER			
Şeker	26.7	32.6	30.4
Bal, pekmez, reçel, vb.	4.1	5.2	4.8
7. DİĞERLERİ			
Kuru yemiş	0.5	0.1	0.2
Salça	2.1	3.1	2.8

Tablo 49 : Yaşlıların Yaş Gruplarına Göre Ortalama Gıda Tüketim Durumları (gm/kışı başına) günde)

GIDA ÇEŞİTLERİ	65-69 (n=74)	70 + (n=41)	GENEL (n=115)
1. TAHILLAR			
Ekmek, pide, bazlama	200.7	274.8	216.9
Pirinç	15.3	16.9	15.9
Diğer buğday ürünleri	32.6	27.1	30.6
2. SÜT VE MAMÜLLERİ			
	160.9	126.9	148.8
3. ET, YUMURTA, KURUBAKLAGİLLER			
Et, tavuk, balık	38.6	38.7	38.6
Yumurta	13.2	9.7	11.9
Kuru baklagil	7.2	2.8	5.6
4. SEBZE, MEVYA			
Sebze	217.8	178.6	203.9
Meyva	62.1	84.6	70.1
5. YAĞLAR			
Tereyağ	1.5	3.3	2.2
Margarin	12.6	9.5	11.5
Sıvı yağ	13.1	12.1	12.8
6. ŞEKER VE ŞEKERLİ MAMÜLLER			
Şeker	28.1	31.2	30.4
Bal, pekmez, reçel, vb.	2.7	6.6	4.8
7. DİĞERLERİ			
Kuru yemiş	0.2	0.4	0.2
Salça	3.1	2.1	2.8

Tablo 50 : Yaşlıların Cinsiyete ve Yaş Gruplarına Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Ortalamaları (Kişi başına/günde)

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek	Kadın	65-69	70 +	Genel	S \bar{x}
	(n=43)	(n=72)	(n=74)	(n=41)	(n=115)	
Enerji (kalori)	1737	1680	1820	1590	1700 \pm 41.27	
Toplam protein (gn)	57.9	53.7	60.6	51.0	55.3 \pm 1.47	
Hayvansal protein (gn)	20.1	14.7	17.2	17.6	16.7 \pm 1.09	
Kalsiyum (mg)	560	525	561	524	542 \pm 18.73	
Demir (mg)	9.4	9.2	10.6	7.7	9.2 \pm 0.35	
A Vitamini (IU)	4807	5417	5953	4432	5332 \pm 522.81	
Thiamin (mg)	1.23	1.20	1.36	1.07	1.21 \pm 5.55	
Riboflavin (mg)	1.19	1.12	1.25	1.06	1.15 \pm 5.42	
Niasin (mg)	11.4	10.9	12.5	9.8	11.1 \pm 0.33	
C Vitamini(mg)	69	70	73	65	70 \pm 5.52	

Yaşlıların cinsiyete ve yaş gruplarına göre enerji ve besin öğeleri tüketim ortalamaları Tablo 50'de gösterilmiştir. Yaşlıların ortalama enerji tüketimlerinin 1700 + 41.27 kalori olduğu saptanmıştır. Enerjinin % 62'si karbohidratlardan, % 13'ü protein, % 25'i yağlardan sağlanmaktadır.

Yaşlıların cinsiyete göre enerji ve besin öğeleri tüketim düzeyleri Tablo 51'de sunulmuştur. Tüketim düzeyleri Türkiye için önerilen istihkaklar göz önünde bulundurularak düzenlenmiştir. Buna göre yaşlıların % 42.6'sı enerjiyi, % 39.1'i total proteini yeterli tüketmektedirler. Demir tüketiminin yaşlıların % 23.5'inde yetersiz, % 17.4'ünde yeterli tüketildiği görülmektedir. Kalsiyum tüketim düzeyi yetersiz olanlar yaşlıların oranı % 7.8'dir. Erkekler kadınlara oranla daha az kalsiyum tüketmekle birlikte farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Yaşlıların % 36.5'i yeterli C vitamini tüketmektedir. Yetersiz C vitamini tüketimine rastlanmamıştır. Enerji, total protein, demir, ve C vitamini tüketim düzeylerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık bulunmamıştır. Ancak cinsiyete göre hayvansal protein tüketim düzeyleri incelendiğinde istatistiksel olarak farkın önemli olduğu görülmektedir. Erkeklerin % 46.6'sı, kadınların ise ancak % 25.0'i yeterli düzeyde hayvansal protein tüketmektedirler.

Tablo 51 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Düzeylerinin Dağılımı

		Yetersiz		Sınırdaki		Yeterli		Fazla		Önemlilik
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Enerji-Kal	E*	6	13.9	10	23.3	19	44.2	8	18.6	$X^2=5.69$
	K	4	5.6	12	16.7	30	41.6	26	36.1	Sd =3
	T	10	8.7	22	19.1	49	42.6	34	29.6	$P>0.05$
T.Protein-gm	E	1	2.3	17	39.5	14	32.6	11	25.6	$X^2=3.96$
	K	5	6.9	26	36.1	31	43.1	10	13.9	Sd =3
	T	6	5.2	43	37.4	45	39.1	21	18.3	$P>0.05$
Demir-mg	E	9	20.9	15	34.9	10	23.3	9	20.9	$X^2=1.68$
	K	18	25.0	28	38.8	10	13.9	16	22.3	Sd =3
	T	27	23.5	43	37.4	20	17.4	25	21.7	$P>0.05$
Kalsiyum-mg	E	6	13.9	7	16.3	4	9.3	26	60.5	$X^2=5.94$
	K	3	4.2	15	20.8	15	20.8	39	54.2	Sd =3
	T	9	7.8	22	19.1	19	16.5	65	56.6	$P>0.05$
C Vitamini-mgE	E	-	-	12	27.9	15	34.9	16	37.2	$X^2=2.72$
	K	-	-	28	38.9	27	37.5	17	23.6	Sd =3
	T	-	-	40	34.8	42	36.5	33	28.7	$P>0.05$
H.Protein-gm	E	5	11.6	9	20.9	9	20.9	20	46.6	$X^2=10.59$
	K	16	22.2	30	41.7	8	11.1	18	25.0	Sd = 3
	T	21	18.3	39	33.9	17	14.8	38	33.0	$P<0.05$

* E : Erkek (n=43)

K : Kadın (n=72)

T : Toplam(n=115)

Yaşlıların yaşam durumları ile enerji ve besin öğeleri tüketim düzeyleri arasındaki ilişki tablo 52'de sunulmuştur.

Yalnız yaşayan yaşlıların % 45.4'ünün fazla enerji tükettikleri görülmektedir. Çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılarda aynı oran % 25.7'dir. Yalnız yaşayan yaşlılar arasında total proteini yeterli tüketenlerin oranında diğer yaşam gruplarına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Yalnız yaşayan yaşlıların % 45.5'i karı-koca birlikte yaşayanların % 30.0'u, çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlıların ise % 12.2'si yeterli düzeyde total protein tüketmektedir.

Çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılar arasında yetersiz düzeyde demir tüketenlerin oranı diğer yaşam gruplarındaki yaşlılara göre daha fazladır. Yalnız yaşayan yaşlıların % 9.1, karı-koca birlikte yaşayanların % 13.3'ü, çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlıların ise % 29.7'si yetersiz demir tüketmektedirler.

Kalsiyum, C vitamini ve hayvansal protein tüketim düzeylerinin, yalnız ve karı-koca birlikte yaşayanlarda çocuk ve yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılara oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Yaşam durumlarına göre C vitamini ve hayvansal protein tüketim düzeyleri arasındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Tablo 52 : Yaşlıların Yaşam Durumlarına Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Düzeylerinin Dağılımı

		Yalnız		Karı-koca birlikte		Çocuk veya yakınları ile birlikte		Önemlilik
		(n=11)		(n=30)		(n=74)		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Enerji-Kal.	Yetersiz	-	-	2	6.7	8	10.8	
	Sınırdaki	2	18.2	8	26.7	12	16.2	*
	Yeterli	4	36.4	10	33.3	35	47.3	
	Fazla	5	45.4	10	33.3	19	25.7	
T.Protein-gm	Yetersiz	1	9.1	-	-	5	6.8	
	Sınırdaki	3	27.3	11	36.7	29	39.2	*
	Yeterli	5	45.5	9	30.0	31	41.9	
	Fazla	2	18.1	10	33.3	9	12.2	
Demir-mg.	Yetersiz	1	9.1	4	13.3	22	29.7	
	Sınırdaki	6	54.5	10	33.3	27	36.5	$X^2 = 6.69$
	Yeterli	2	18.2	7	23.3	11	14.9	Sd = 6
	Fazla	2	18.2	9	30.1	14	18.9	$P > 0.05$
Kalsiyum-mg.	Yetersiz	2	18.2	2	6.7	5	6.8	
	Sınırdaki	-	-	2	6.7	20	27.0	
	Yeterli	-	-	4	13.3	15	20.3	*
	Fazla	9	81.8	22	73.3	34	45.9	
C.Vitamini-mg.	Yetersiz	-	-	-	-	-	-	
	Sınırdaki	2	18.2	5	16.7	33	44.6	$X^2 = 25.03$
	Yeterli	4	36.4	7	23.3	31	41.9	Sd = 4
	Fazla	5	45.4	18	60.0	10	13.5	$P < 0.05$
H. Protein-gm	Çok düşük	1	9.1	3	10.0	17	23.0	
	Düşük	2	18.2	6	20.0	31	41.9	$X^2 = 14.86$
	Sınırdaki	2	18.2	5	16.7	10	13.5	Sd = 6
	Yeterli	6	54.5	16	53.3	16	21.6	$P < 0.05$

* Tablo sayıları yeterli olmadığı için analiz yapılamadı.

Yaşlıların enerji ve besin öğeleri tüketim ortalamaları 1980 RDA istihkakları ile karşılaştırılarak Tablo 53'de sunulmuştur. Ülkemiz koşullarında yaşlıların % 34'ü RDA'nın erkek ve kadınlar için önermiş olduğu enerji miktarı ve üzerinde enerji tüketmektedirler. Önerilen enerji miktarının 2/3 si (% 67) ve altında enerji tüketenler ise % 17'dir. Kadınların enerji tüketimleri RDA'nın önerdiği miktara daha yakın bulunmuştur. Erkeklerin % 69'u, kadınların % 58'i RDA'ya göre yeterli protein tüketmektedirler. Kalsiyumu günlük önerilen miktar kadar tüketen yaşlıların oranı % 12'dir. Genel olarak yaşlıların % 50'si RDA'ya göre yetersiz kalsiyum tüketmektedirler. Yaşlıların % 28'i demir, % 36'sı A vitamini, % 34'ünde C vitaminini RDA miktarlarının 2/3'sinde az tüketmektedirler. B grubu vitaminler arasında riboflavin ve niasinin yetersiz tüketimi daha fazladır. Thiamin tüketimi yetersiz yaşlıların oranı % 10'dur.

Tablo 53 : Yaşlıların Cinsiyete Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Ortalamalarının RDA'ya Göre Yüzdesi

Enerji ve Besin Öğeleri	Erkek (n=43)	Kadın (n=72)	Genel (n=115)
Enerji-Kal			
Ortalama	1737	1680	1700
RDA	2200	1700	
Yüzde \geq % 100 RDA	23	40	34
Yüzde \leq % 67 RDA	35	7	17
Protein -(gm)			
Ortalama	57.9	53.7	55.3
RDA	56.0	44.0	
Yüzde \geq % 100 RDA	58	69	65
Yüzde \leq % 67 RDA	9	4	6
Kalsiyum -(mg)			
Ortalama	560	525	542
RDA	800	800	
Yüzde \geq % 100 RDA	9	14	12
Yüzde \leq % 67 RDA	42	54	50
Demir -(mg)			
Ortalama	9.4	9.2	9.2
RDA	10.0	10.0	
Yüzde \geq % 100 RDA	37	35	36
Yüzde \leq % 67 RDA	28	29	28
Vit.A -(IU)			
Ortalama	4807	5417	5332
RDA	5000	4000	
Yüzde \geq % 100 RDA	30	26	28
Yüzde \leq % 67 RDA	51	26	36
Thiamin -(mg)			
Ortalama	1.2	1.2	1.2
RDA	1.2	1.0	
Yüzde \geq % 100 RDA	37	38	37
Yüzde \leq % 67 RDA	23	2	10
Niasin -(mg)			
Ortalama	11.4	10.9	11.1
RDA	16.0	13.0	
Yüzde \geq % 100 RDA	7	10	9
Yüzde \leq % 67 RDA	49	24	33
Riboflavin -(mg)			
Ortalama	1.2	1.1	1.2
RDA	1.4	1.2	
Yüzde \geq % 100 RDA	19	33	28
Yüzde \leq % 67 RDA	40	31	34
Vit.C -(mg)			
Ortalama	69	70	70
RDA	60	60	
Yüzde \geq % 100 RDA	47	47	47
Yüzde \leq % 67 RDA	37	32	34

Yaşlıların gelir durumları ile enerji ve besin öğeleri tüketim düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 54'de sunulmuştur.

Yaşlıların enerji ve total protein tüketim düzeyleri ile gelir arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. Buna karşılık aylık gelir miktarı arttıkça C vitamini tüketim düzeylerinde artış olduğu görülmektedir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Hayvansal protein tüketim düzeyindeki artış da, gelirdeki artışa uymaktadır.

Yaşlılarda anemi görülme durumu ile hayvansal protein, demir ve C vitamini tüketim düzeyleri Tablo 55'de incelenmiştir. Demir ve C vitamini tüketim düzeyleri ile anemi görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Anemik olan yaşlılarda hayvansal protein tüketim düzeyinin de düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 54 : Yaşlıların Gelir Durumlarına Göre Enerji ve Besin Öğeleri Tüketim Düzeylerinin Dağılımı

		Gelir Durumu (kişi başına/ayda TL)						Önemlilik
		≤30.000 (n=71)		30.001-50.000 (n=23)		50.001≥ (n=21)		
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Enerji-Kal	Yetersiz	9	12.7	1	4.3	-	-	$\chi^2 = 6.97$ Sd = 4 $P > 0.05$
	Sınırdaki	13	18.3	4	17.4	5	23.8	
	Yeterli	26	36.6	15	65.2	8	38.1	
	Fazla	23	32.4	3	13.0	8	38.1	
T.Protein-gm	Yetersiz	6	8.5	-	-	-	-	$\chi^2 = 6.69$ Sd = 4 $P > 0.05$
	Sınırdaki	28	39.4	10	43.5	5	23.8	
	Yeterli	25	35.2	11	47.8	9	42.9	
	Fazla	12	16.9	2	8.7	7	33.3	
C.Vitamini.mg	Yetersiz	-	-	-	-	-	-	$\chi^2 = 48.80$ Sd = 4 $P < 0.05$
	Sınırdaki	36	50.7	4	17.4	-	-	
	Yeterli	30	42.3	7	30.4	5	23.8	
	Fazla	5	7.0	12	52.2	16	76.2	
H.Protein-gm	Çok düşük	21	29.6	-	-	-	-	*
	Düşük	34	47.8	5	21.7	-	-	
	Sınırdaki	10	14.1	4	17.4	3	14.3	
	Yeterli	6	8.5	14	60.9	18	85.7	

* Tablo, sayıları yeterli olmadığı için analiz yapılamadı.

Tablo 55 : Yaşlılarda Anemi Görülme Durumu ile Hayvansal Protein, Demir ve C Vitamini Tüketim Düzeylerinin İlişkisi

		Anemik (n=13)		Hafif anemik (n=40)		Şüpheli (n=21)		Normal (n=41)		Önemlilik
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
H.Protein-gm	Çok düşük	5	38.4	9	22.5	5	23.8	2	4.9	*
	Düşük	6	46.2	17	42.5	9	42.9	7	17.1	
	Sınırdaki	-	-	5	12.5	4	19.1	8	19.5	
	Yeterli	2	15.4	9	22.5	3	14.3	24	58.5	
Demir-mg	Yetersiz	7	53.8	12	30.0	5	23.8	3	7.3	$X^2 = 28.40$ Sd = 6 $P < 0.05$
	Sınırdaki	2	15.4	23	57.5	8	38.1	10	24.4	
	Yeterli	2	15.4	3	7.5	2	9.5	13	31.7	
	Fazla	2	15.4	2	5.0	6	28.6	15	36.6	
C Vitamini-mg	Yetersiz	-	-	-	-	-	-	-	-	$X^2 = 27.25$ Sd = 6 $P < 0.05$
	Sınırdaki	7	53.8	18	45.0	10	47.6	5	12.2	
	Yeterli	5	38.5	15	37.5	9	42.9	13	31.7	
	Fazla	1	7.7	7	17.5	2	9.5	23	56.1	

* Tablo, sayıları yeterli olmadığı için analiz yapılamadı.

VI. T A R T I Ő M A

Bu çalışmadan elde edilen bulguların tartişılması yaşlıların alişkanlıkları, sağlık durumları, beslenme alişkanlıkları ve gıda tüketimleri olmak üzere gruplandırılarak sunulmuştur.

Yaşlıları Tanımlayıcı Bilgiler : Bu çalışmada kadınlar da ortalama yaş 68.5 ± 0.69 erkeklerde 71.7 ± 0.85 dir. Yaşlıların % 63.5'i evli, % 35.7'si duldur. Dul olan yaşlılar, kadınlar arasında % 52.8 oranında olup erkeklerden fazlıdır. Genellikle kadınlarda beklenen yaşam süresi erkeklere göre 4-5 yıl daha uzundur. Oğuz'un (63), çalışmasında da 65 yaş üzerinde kadınların % 49'u, erkeklerin % 82'si evli bulunmuştur. Ayrıca evliliklerde kadın yaşının erkekten daha küçük olması 60 yaş üzeri nüfusta kadın sayısının daha fazla olmasına neden olabilmektedir (1, 2).

Yaşlıların % 52.1'i okur-yazar değildir (Tablo 10). Eğitim durumu erkeklerde, kadınlardan daha yüksektir. 1980 nüfus sayım sonuçlarına göre 60-64 yaş grubunda erkeklerin % 48'i, kadınların % 82'si okur-yazar değildir. Aynı oran 65 ve üzeri yaşta erkeklerde % 61.6, kadınlarda % 89'a ulaşmaktadır. 1981 yılında Milli Eğitim Bakanlığınca ilân edilen okuma-yazma seferberliğinin bu oranları yaşlıların lehine önemli ölçüde artıracadı sanılmaktadır.

Bu çalışmada yaşlıların % 9.6'sının yalnız, % 26.1'inin karı-koca birlikte, % 64.3'ünün de çocuk veya yakınları ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 12). Yaşlıları çocuk veya yakınları ile yaşamaya iten en önemli nedenlerin sağlık sorunları, yalnız yaşamanın getireceği güçlükler ve ekonomik yetersizlikler olduğu saptanmıştır. Yaşlılar açısından sosyal ve ekonomik güvence önemli bir sorundur. Geliri olmayan veya devletten yaşlı maaşı olan, başkalarının yardımına muhtaç olan yaşlılar giderek artmaktadır. Bu çalışmada kendisine ait veya eşi nedeni ile emeklilik güvencesi olanların oranı % 71.3 olarak saptanmıştır (Tablo 16). Yaşam durumlarına göre incelendiğinde çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayanlar arasında emeklilik güvencesi olmayanların oranı % 35.1, eşi ile birlikte yaşayanlar arasında % 20, yalnız yaşayan yaşlılar arasında ise % 9.1 dir. Bu çalışmada yalnız yaşayan yaşlıların hepsi kadındır ve % 90.9 u emeklilik güvencesine sahiptir. Ekonomik gücün yanında yaşamın gerekleri için kadınlar erkeklere oranla kendi kendilerine daha yeterlidirler. Çünkü, ev yaşantısını sürdürmek geleneksel olarak evde bu tür uğraşı vermeyen erkeğe göre daha kolaydır.

Gülveren'de oturan yaşlılarla gerçekleştirilen bir araştırmada yaşlıların % 22'si yalnız, % 63.3'ü eşi ile birlikte oturmaktadır. Yalnız yaşayan yaşlılar arasında kadınların oranı daha yüksek bulunmuştur (64).

Yaşlıların Alışkanlıkları: Yaşlılarda sigara alışkanlığının erkekler arasında % 37.2, kadınlar arasında ise % 27.8 oranında olduğu saptanmıştır. Kadınların bu çalışmada daha çok sigara içmesi sosyal yaşantısında olan değişmeyle açıklanabilir. Baykan (57) 40 yaş ve üstü bireylerde erkeklerin % 47.2'sinde, kadınların % 8'inde 1-20 yıl sürekli sigara tiryakiliği saptamıştır. Aynı çalışmada günlük içilen sigara miktarının ortalama 1 paket olduğu saptanmıştır. Erkeklerde nefes darlığı, kronik akciğer, kalp hastalıkları ve ülserin daha yaygın olması erkeklerin daha uzun süreli sigara içmeleri ile açıklanmıştır. Gülhane Askeri Tıp Akademisinde ileri yaştaki bireylerle yapılan çalışmada deneklerin % 46'si günde 1/2 -1 paket, % 12.9'u ise günde 1 paketten fazla sigara kullanmaktadır (53).

Denekler arasında çay içme alışkanlığı kahveden daha yaygındır. Kadınlar arasında çay içme alışkanlığının daha fazla olduğu gözlenmiştir (tablo 19). Çay ve kahve fazla alındığında sindirim sistemi ve kalp-damar hastalıklarının bazılarının oluşumunda direkt veya beraberinde içilen sigaradan ötürü dolaylı etki yapabilmektedir. Ayrıca vücuda alınan saflaştırılmış karbonhidrat miktarını arttırmaktadır. Bu da bir yerde şişmanlığa neden olmaktadır. Baykan (57), çalışmasında günde 2-5 bardak çay içenleri % 48, altı ve daha fazla çay içenleri ise % 27.5 olarak saptamıştır. Bu araştırmada ise 3-5 bardak çay içenlerin oranı kadınlarda

% 44.2, erkeklerde % 36.1, beşten fazla çay içenlerin oranı ise % 27.0'dır.

Ankara'da yaşayan ellibeş yaş üzeri bireylerde günde 2-4 bardak çay içenlerin oranı % 50.4, beş ve daha fazla bardak çay içenlerin oranı ise % 34.1'dir (58).

Günde bir fincan kahve içenlerin oranı % 13"dür. Aynı oran Baykan'ın (57) araştırmasında % 13.6 olarak saptanmıştır.

Yaşlıların Genel Sağlık Durumları: Bu araştırmada yaşlılar arasında % 17.4 oranında işitme güçlüğü olduğu saptanmıştır. Yaş ilerledikçe duyma yeteneği azalmaktadır. 70 yaşın üzerindeki yaşlılarda işitme güçlüğü % 39'a ulaşmaktadır. Bu farklılık istatistik olarak da anlamlı bulunmuştur (Tablo 21). Diğer ülkelerde de 60 yaşın üzerindeki kişilerin yaklaşık olarak üçte birinde işitme güçlüğü mevcuttur.

Yaşlıların % 62.6'sı yakın veya uzak için gözlük kullanmaktadırlar. Diş protezi kullananlar % 58.2 oranındadır. Yaşlılarda çiğneme fonksiyonu diş durumları ile ilişkili bulunmuştur (Tablo 22-23). Sevil'in (64) araştırmasında yaşlıların hemen hemen yarısının gözlük kullandığı, üçte birinin işitme güçlüğü bulunduğu, % 65.3'ünün protez kullandıkları saptanmıştır. Baykan (57), Çubuk bölgesinde 40 yaş üzeri nüfusta % 49.2 çürük diş, kadınlarda daha çok olmak üzere (% 63.9) kayıp diş bulunduğunu saptamıştır. Bulgular bu bölgede yetişkinlerde ağız sağlığının çok yetersiz olduğunu göstermektedir.

Soruşturma yöntemi ile yaşlıların % 81.7'sinde sağlık şikayetleri olduğu saptanmıştır. Genel olarak bu şikayetler kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, eklem ağrıları, romatizma, kabızlık, sindirim sistemi bozuklukları ile ilgili sağlık şikayetleridir (Tablo 29). Yaşlılar arasında hastalanmadan kontrol amacı ile doktora baş vuranların oranı oldukça azdır. Yalnız yaşayan yaşlıların sağlık kontrollerinde daha dikkatli oldukları gözlenmiştir. Tek başına yaşayan ve kendi kendine yeterli olmaları gereken yaşlıların sağlıklarını güvence altına almak istemeleri doğaldır. Çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlıların hemen hemen yarısı hiç doktora gitmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 28).

Yaşlılar için sağlık güvencesi, tedavi kuruluşlarından yararlanabilmenin ucuz ve kolay olması önem taşımaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşlılara çeşitli isimler altında değişik sağlık ve sosyal hizmetler verilmektedir (65).

Yaşlıların % 75.7'si ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaç türleri Tablo 33'de belirtilmiştir. Yaşlılarda ilaç kullanımında dikkatli davranmak gerekmektedir. Fazla ve gereksiz ilaç kullanımının çeşitli sakıncaları bilinmektedir. Ayrıca yaşlılarda absorpsiyon bozuklukları ilaç kinetiği üzerine ve beslenmeye olumsuz etki yapmaktadır (66).

Yaşlılar arasında şişmanlık önemli bir sağlık sorunudur. Standarda göre ideal ağırlıktan fazla olanların oranı kadınlar arasında daha fazladır. Her iki cinste % 32.2 hafif şişman, % 26.1 oranında da şişmanlık saptanmıştır (Tablo 34).

Şişmanlık gelişmiş ülkelerin bir sorunu olmakla beraber ülkemizde de kadınlar arasında daha sık görülmektedir. İleri yaşlarda bireylerin enerji alınımında esas, vücut ağırlığının dengede tutulmasıdır. Oysa ülkemizde yapılan çeşitli sağlık ve beslenme araştırmaları ileri yaşlardaki bireylerde enerji dengesizliğini kanıtlamaktadır (55,57,67). G.A.T.A'de yapılan çalışmada ileri yaşta şişmanlık önemli bir sağlık sorunu olarak saptanmıştır (53). Araştırma kapsamına giren deneklerden kadınların % 25'inin normal vücut ağırlığında olmasına karşın, % 37.5'i hafif şişman, % 37.5'i de şişmandır. Erkek deneklerin ise % 6.6'sı zayıf, % 44.7'si normal, % 39.5'i hafif şişman, % 9.2'si ise şişmandır.

Çubuk merkez sağlık ocağı bölgesinde yetişkinlerde 51 yaş üzerinde % 30.9 hafif şişman, % 37.1 şişman olduğu saptanmıştır (68).

Baykan ve arkadaşları (58), Ankara'nın çeşitli semtlerinde yaşayan 55 yaş üstü bireylerde, kadınların % 3.6'sını zayıf, % 28'inin normal vücut ağırlığında, % 46.3'ünü hafif şişman, % 22'sinin de şişman olduğunu saptamışlardır. Erkek deneklerin ise % 6.2'si zayıf, % 42.5'i normal, % 35.5'i hafif şişman, % 15.8'i şişmandır. Her iki araştırmanın verilerine göre yaşlı bireylerden özellikle kadınlarda enerji dengesizliği daha sık görülen bir sağlık sorunudur. Bu araştırmanın bulguları da belirtilen çalışmaların sonuçlarına yakındır.

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak vücut ağırlığının artması hipertansiyon, kalp-damar ve diğer bazı hastalıklara neden olabilmektedir. Yaşlıların % 40'ının tansiyonları normal sınırlar içinde bulunmuştur. Cinsiyette göre incelendiğinde erkeklerin % 32.6'sı, kadınların % 48.6'sının hipertansiyonlu olduğu saptanmıştır (Tablo 35). Hipertansiyon sıklığı kadınlar arasında daha yüksektir. Hipertansiyon görülme sıklığı yaşla artış göstermekte olup 40 yaşın altında seyrekdir. Her yaş grubunda kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (61). Bugün dünyada sayıları çok azalmış olan bazı ilkel toplumlarda hipertansiyon çok az oranda bulunurken, hızlı sosyo-ekonomik değişimin olduğu toplumlarda ise yüksek değerler bulunmaktadır. Hastalığın çok seyrek görüldüğü toplumlarda hem günlük tuz tüketimi azdır (günde 4 gramdan az) hem de bu insanlar düşük kalorili diyetle beslenmekte ve çok fiziksel aktivite göstermektedir (61, 69).

Türkiye'de bazı toplum taramalarında hipertansif hasta yüzdelerinin yaşa ve cinse göre dağılımları incelenmiştir. Sincan'da (70) 1969'da yapılan çalışmada 60 yaş üzerinde erkeklerde % 21, kadınlarda % 43 oranında hipertansiyonlu olduğu bulunmuştur. 1978 Etimesgut (71), çalışmasında ise 60-69 yaş grubunda erkeklerde % 19.4, kadınlarda % 45.5, 70 yaş üzerinde erkeklerde % 33.3, kadınlarda % 47.1 hipertansif hasta olduğu saptanmıştır. Çubuk'ta (72) 1984 yılında yapılan toplum taraması sonuçlarına göre 60-69 yaş grubunda erkeklerde % 37.3, kadınlarda % 46.9, 70 ve üzeri yaşta kadınlarda % 55.6, erkeklerde % 54.8 oranında hipertansif

kişi olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, 65 ve üzeri yaş grubunda saptanan hipertansiyon değerleri Sincan'da saptanan değerden yüksek, Çubuk çalışmasında daha düşük, Etimesgut çalışmasına ise yakın bulunmaktadır. Kadınlarda hipertansiyon daha fazla görülmekle beraber cinsler arasında istatistiki anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (Tablo 35). Yaş grupları arasında da anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (Tablo 36). Etimesgut çalışmasında Keçeci (71) yaş grupları ile tansiyon ilişkisinin önemli olduğunu göstermiştir. 60-69 yaş grubunda % 32.8 olan hipertansiyon oranının 70 ve üzeri yaşta % 40.6'ya ulaştığını belirtmektedir.

Şişmanlıkla hipertansiyon görülme durumunun ilişkili olduğu saptanmıştır. Hipertansif kişilerin % 42'si hafif şişman, % 31.9'u ise şişmandır (Tablo 37). Keçeci (71) de araştırmasında şişmanlıkla hipertansiyon ilişkisinin önemini belirtmiş ve şişman olan kadınlarda hipertansiyon sıklığının yüksek olduğunu göstermiştir.

Kalp hastalığı şikayeti olan yaşlıların % 30.8'i hafif şişman, % 25.6'sı şişman kişilerdir. Fakat kalp hastalığı şikayeti ile şişmanlık arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Işıkaslan (73), kırsal bölgede kalp hastalığı şikayetini 65-69 yaş grubunda % 16.9, 70 yaş üzerinde % 21.2 oranında saptamıştır.

Yaşlıların Beslenme Alışkanlıkları ve Gıda Tüketim

Durumları: Araştırma kapsamına alınan yaşlıların % 73'ü günde üç öğün yemek yemekte-dirler (Tablo45). Öğün sayısının yalnız yaşıyan yaşlılarda daha sık olduğu gözlenmiştir. Yalnız yaşıyan yaşlılar kadındır ve yemeklerini kendileri pişirmektedirler. Yalnız yaşıyan birçok yaşlı yenmesi ve hazırlanması kolay, ucuz yiyeceklerle beslenme eğilimi göstermektedirler. Böylece çay, bisküvi, pasta, makarna, hazır meyve suları ve şekerlemelerden oluşan bir diyetle beslenen pek çok yaşlı bulunduğu yapılan araştırmalarla saptanmış bulunmaktadır (14). Yalnız yemek yemenin psikolojik doyumsuzluğu yaşlılarda ya çok az veya sık sık ve fazla miktarda yemeğe neden olabilmektedir.

Sağlık durumları nedeni ile % 42. 6 yaşlıya diyet yapması önerilmiştir. Yaşlıların beslenme düzenleri içinde tuzsuz yemeğe dikkat ettikleri gözlenmiştir . % 37.4 yaşlının tuzsuz yemek yedikleri saptanmıştır (Tablo 47). Baykan'ın (57) araştırmasında tüm deneklerin yemeklerini normal tuzlu yedikleri, kadınların % 7.9'unun, erkeklerin ise % 5.3'ünün hekim önerisine uyarak tuzsuz yedikleri saptanmıştır. Bir diğer araştırmada ise deneklerin % 73'ünün normal tuzlu, % 8.1'inin tuzsuz yedikleri saptanmıştır (58). Bilindiği gibi sodyum klörür kan basıncını arttırmaktadır. Bu nedenle kan basıncını normal tutmada diyetteki tuz miktarının ayarlanması önemlidir (32).

Yaşın ilerlemesine bağlı olarak fiziksel faaliyetler azalmakta ve yavaşlamaktadır. Eklem bozuklukları, artrozlar ve buna bağlı ağrılar ile hareketler daha da kısıtlanmaktadır. Günlük fiziksel faaliyet yaşa ve cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin kadınlara göre daha aktif oldukları görülmektedir (Tablo 41). Cinsler arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Yaş grupları incelendiğinde ise 65-69 yaş grubunda aktif iş yapabilenler % 43.2 iken 70 yaşın üzerinde bu oran % 29.3'e düşmektedir. Araştırmacılar ileri yaşlardaki şişmanlığın nedeni olarak fiziksel uğraşılardaki azalmaya karşın bireyin beslenme alışkanlığında değişiklik yapmamasını göstermektedir.

Yaşlıların enerji tüketim düzeyleri incelendiğinde kadınların % 36.1 oranında fazla enerji tükettikleri görülmektedir. Fiziksel faaliyetin de kadınlar arasında erkeklerden az olması şişmanlık oranınının kadınlar da yüksek olmasına neden olmaktadır. Yaşam durumuna göre incelendiğinde ise yalnız yaşayan yaşlıların % 45.4 oranında fazla enerji tükettikleri saptanmıştır (Tablo 52). Aynı grup yaşlılar kendi işlerini kendileri yaptıkları için çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılara kıyasla daha aktiftirler. Fakat öğün sayılarının ve enerji tüketiminin fazlalığına paralel olarak yalnız yaşayan yaşlılar arasında şişmanlık oranı yüksek bulunmuştur. Enerji tüketimi ve vücut ağırlığınının karı-koca birlikte yaşayan yaşlılar arasında daha dengeli olduğu söylenebilir.

Yaşın ilerlemesi ve uğraşların azalması kalori gereksinimini de azaltmaktadır. Salvoso ve arkadaşları (74) evde ve kurumlarda kalan yaşlılar üzerinde yaptıkları enerji harcaması araştırmasında ortalama 82 yaşındaki kadınlarda kalori harcamasını 1634, erkeklerde ise 2116 kalori olarak saptamışlardır. Tablo 6'da özetlenen araştırmalar incelendiğinde yaşlı bakım evlerinde yaşayan yaşlılarda enerji ve diğer besin öğelerinin yetersiz tüketildiği görülmektedir (56).

Baykan (55) huzur evlerinde gerçekleştirdiği araştırmasında kalori, protein, yağ, thiamin ve niasinin istihkaktan fazla, kalsiyum, riboflavin, A vitaminin düşük, C vitaminin ise sınırda sağlandığını belirtmektedir.

Yaşlıların ortalama enerji tüketimlerinin 1700 ± 41.27 kalori olduğu bulunmuştur. Erkeklerin diyetlerinin 1737 kalori, kadınların ise 1680 kalori sağladığı saptanmıştır. Yaşlıların ortalama enerji tüketimlerinin % 62'si karbonhidratlardan, % 13'ü protein % 25'i yağlardan sağlanmaktadır.

Yaşlıların enerji ve besin öğeleri tüketim düzeyleri Türkiye için önerilen istihkaklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Ayrıca bu konuda ülkemizde tüketim araştırmalarının yetersiz olması nedeni ile tüketim düzeyleri 1980-RDA değerleri ile karşılaştırılarak ülkemiz koşullarında yaşlıların beslenme durumları daha ayrıntılı olarak açıklanmaya çalışılmıştır.

Enerji Tüketimi: Yaşlıların % 42.6'sı enerjiyi yeterli tüketmektedirler. Erkeklerde yetersiz enerji tüketenlerin

oranı % 13.9, kadınlarda ise % 5.6'dır. Enerji tüketim düzeyi 1980-RDA önerileri ile karşılaştırıldığında RDA'nın 2/3 (% 67)si ve altında enerji tüketen yaşlıların oranı % 17'dir. Erkeklerin % 35'i, kadınların % 7'si yetersiz enerji tüketmektedirler. Kadınların enerji tüketimleri RDA'nın tüketim düzeyine daha yakın bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada yaşlıların enerji tüketimleri 1734 kalori bulunmuştur. RDA'nın önerdiği enerji gereksinimini karşılayabilen yaşlıların oranı % 22'dir (75). Aynı oran bu çalışmada % 34 olarak bulunmuştur. Sonuçlar birbirine yakındır.

Protein Tüketimi: Yaşlıların diyetlerinde iyi kaliteli protein kaynaklarına yer verilmelidir. Diyetteki hayvansal kaynaklı protein yetersizliği yaşlılarda yorgunluk, isteksizlik gibi sağlık sorunları yaratan anemi ile ilişkili bulunmaktadır. Bu çalışmada yaşlıların % 39.1'i proteini yeterli tüketmektedirler. Erkeklerde total protein tüketimi, kadınlara oranla biraz daha düşük bulunmakla beraber aradaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Total protein tüketimi RDA' istihkaklarına göre de yeterli bulunmaktadır. Diğer çalışmalarda da yaşlıların protein gereksinimlerini sağladıkları görülmektedir (56,75). Hayvansal protein tüketimi incelendiğinde erkeklerin % 46.6'sı, kadınların ise ancak % 25'i yeterli düzeyde hayvansal protein tüketmektedirler. Cinsler arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur. Hayvansal protein tüketimi yaşlıların yaşam ve gelir durumları ile de ilişkili bulunmuştur.

Vitamin ve Mineral Tüketimi: Süt ve süttten mamul yiyeceklerin yetersiz tüketilmesi yaşlılar arasında osteoporoz ve kemiklerde kırılmalara yol açar. Bazı yaşlılar gaz yapıyor diyerek süt içmek istemezler. Gerçekten bizim ülkemizde laktoz intoleransı belirtileri gösterenler oldukça fazladır (14). Bu çalışmada kadınlarda erkeklere göre kalsiyum tüketimi biraz daha fazla olmakla beraber aradaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Yaşam durumlarına göre incelendiğinde çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılar arasında kalsiyum tüketiminin daha az olduğu görülmektedir. Genel olarak yaşlılar arasında yetersiz kalsiyum tüketenlerin oranı % 7.8 dir. Baykan (55) araştırmasında huzur evlerindeki yaşlıların süt ve türevlerini az tükettiklerini dolayısı ile kalsiyum tüketiminin de yetersiz olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada saptanan yaşlıların kalsiyum tüketimleri RDA değerleri ile karşılaştırıldığında % 50'sinin yetersiz kalsiyum tükettikleri görülmektedir. Aradaki farklılık RDA' nın yaşlılarda kalsiyum gereksinimini arttırmış olması ile açıklanabilir. ABD'de günde alınması gereken kalsiyum miktarı 800 mg olarak belirlenmiştir. Ancak bazı araştırmacılar bu miktarın 50 yaşın üzerindeki kadınlar ve 60 yaş üzerindeki erkekler için en az 1200 mg/gün olması görüşündedirler (76). Fazla miktarda protein tüketiminin kemik metabolizması üzerindeki rolü araştırılmış ve diyetle saflaştırılmış protein eklenmesinin idrarla kalsiyum atımını arttırarak negatif kalsiyum dengesine neden olduğu sonucuna varılmıştır.

Yaşlılar arasında % 23.5 oranında yetersiz demir tüketimi saptanmıştır. Bu oran kadınlarda erkeklere göre daha fazladır. Yaşlıların demir tüketimleri ile anemi görülme durumu arasındaki ilişki önemli bulunmuştur. Aynı şekilde C vitamini tüketim düzeyi ile anemi görülme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

C vitamini demir emilimini kolaylaştırmaktadır. Demir tüketimi RDA değerleri ile karşılaştırıldığında yaşlıların % 28'inin diyetinin yetersiz olduğu görülmektedir. RDA değerleri ile Türkiye istihkaklarına göre saptanan % 23.5 oranındaki yetersiz demir tüketim düzeyi birbirine yakındır.

Hayvansal protein tüketiminin yetersizliği niasin gereksiniminin yeterince karşılanamamasına neden olmaktadır. Süt ve türevlerinin yeterince tüketilmemesi riboflavin tüketimini sınırlandırmaktadır (Tablo 48). B grubu vitaminler içinde thiamin tüketimi ekmek ve diğer tahıl grubu yiyeceklerin tüketimine bağlı olarak yeterli tüketilmiştir.

A vitamini ülkemizde yetersiz tüketilen besin öğelerindedir (67, 77, 78). Yaşlılar arasında A, C, folik asit ve vitamin D alınımında yetersizlik olduğu gösterilmektedir (12, 75). Huzur evlerinde yaşayan yaşlılarda vitamin tüketimi, evde yaşayan yaşlılara göre yetersiz düzeydedir (55, 74, 79).

Araştırmamızda yaşlıların % 36 A vitaminini, % 34'ünde C vitaminini RDA'nın 2/3 sinde az tüketmektedirler. Sebze ve meyve tüketiminin yetersizliği, hazırlama ve pişirme

yöntemlerindeki hatalı uygulamalar bu vitaminlerin kaybına neden olabilmektedir. Ayrıca C vitamini mevsimlere göre farklı tüketilen bir besin ögesidir. Genel olarak ilkbahar ve kış mevsiminde sebze ve meyvelerin az bulunması tüketimin azalmasına neden olmaktadır (67, 78).

Yaşlıların beslenme durumları sosyo-ekonomik durumları ile yakından ilişkilidir. Emeği ile geçinen ve herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan yararlanamayan yaşlıların çalışma gücünü kaybettikten sonra yaşlılık sorununu daha çok hissettikleri bilinmektedir. Türkiye'de bu sorun özellikle kırsal kesimde daha açık olarak hissedilmektedir. Çalışma gücünü kaybetmiş yaşlıların beslenme, konut, sağlık gibi temel gereksinimleri ağırlaşmaktadır. Ülkemizde yaşlılara sosyal güvenlik hakları emekli sandığı, sosyal sigortalar ve bağ-kur tarafından sağlanmaktadır. Memur veya işçi emeklisi olmayıp, muhtaç yaşlı olanlara devletçe maddi yardım yapılmaktadır (1). Araştırmamızda yaşlıların % 71.3'ü emeklilik hakkına sahiptirler. Çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılar arasında emekliliği olmayanlar % 35.1'dir. Yaşlıları yakınları ile birlikte yaşamaya iten nedenlerin başında ekonomik yetersizlikler gelmektedir.

Yaşlıların gelir durumlarına göre enerji ve besin öğeleri tüketimleri incelendiğinde 50.001.-TL ve fazla aylık gelire sahip olan yaşlılar arasında yetersiz enerji tüketimine rastlanmamıştır (Tablo 54) . Total protein tüketim durumu aynı gelir grubundaki yaşlılarda daha fazladır. Hayvansal proteini çok düşük ve düşük düzeyde tüketenlerin oranı 30.000.-TL ve daha az aylık gelire sahip yaşlılar arasındadır. Et, yumurta, kurubaklagil, süt gibi kaliteli protein kaynaklarının fiyatlarının pahalı olması bu besinlerin tüketim miktarlarını etkilemektedir. Aynı şekilde sebze ve meyve fiyatları, C vitamini tüketim durumunu etkileyebilmektedir. Yurtalın (80) "Türkiye'de Gelir Dağılımı ve Beslenme İlişkisi" konulu araştırmasında gıda maddelerinin nisbi fiyat dengesinin bozulmasının hayvansal kökenli gıdaların tüketimini olumsuz yönde etkilediği, bunun da düşük gelirli ve beslenme sorunlarının en yoğun olduğu toplumsal gruplara yansıdığı belirtilmiştir.

VII. S O N U Ç . V E Ö N E R İ L E R

Ankara'nın dört ayrı semtinde yaşıyan 65 yaş ve üzeri 115 yaşlının ev koşullarında beslenme durumları ile ilgili bu araştırmadan elde edilen başlıca sonuçlar şöyle sıralanabilir;

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların % 62.6'sı kadın, % 37.4'ü erkektir. Yaşlanan nüfusta kadınlar erkeklere göre daha fazla görülmektedir. Bu yaşlı grupta dul olanların çoğunu kadınlar oluşturmaktadır. Medeni durumdaki bu değişiklik yaşlıların sosyal yaşantılarını, rol ve statülerini etkilemektedir.

Erkeklerin eğitim durumu, kadınlara oranla daha yüksektir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Yaşlıların % 9.6'sı yalnız, % 26.1'i karı-koca birlikte, % 64.3'ü çocuk veya yakınları ile birlikte yaşamaktadırlar. Bu çalışmada yalnız yaşıyan yaşlıların hepsi kadındır.

Emeklilik güvencesi bulunan yaşlıların oranı % 71.3 olarak saptanmıştır. Yalnız yaşıyan yaşlılar arasında emeklilik güvencesi olanların oranı daha fazladır.

Yaşlıların sigara, çay, kahve içme alışkanlıkları soruşturulmuş ve sigara içme alışkanlığının erkekler arasında, çay içme alışkanlığının da kadınlarda daha fazla

olduğu saptanmıştır. Alkol alışkanlığına rastlanmamıştır.

Yaşlıların % 17.4'ünde işitme gücü bulunmaktadır. 70 yaş üzerindeki yaşlılarda işitme gücünün % 39 oranında olduğu, yaş ilerledikçe duyma yeteneğinin azaldığı saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Yaşlıların % 62.6'sı yakın veya uzak gözlük, % 58.2'si de dış protezi kullanmaktadırlar.

Yaşlıların % 81.7'si genel sağlık durumları ile ilgili hastalık ve şikayetleri olduğunu belirtmişlerdir. Yaşlılar arasında % 17.4 oranında hafif hipertansiyon, % 42.6 oranında hipertansiyonlu olduğu saptanmıştır. Kadınlarda daha fazla görülmekle beraber, cinsler ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak şişmanlıkla hipertansiyon görülme durumunun ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada kadınlar arasında daha fazla görülmekle beraber her iki cinste % 32.2 oranında hafif şişman, % 26.1 oranında da şişman saptanmıştır. Şişmanlıkla kalp hastalığı şikayeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Yalnız yaşayan yaşlılar arasında şişman olanların oranının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Günlük fiziksel faaliyetler değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlara göre daha aktif oldukları, çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlıların ise hafif iş yaptıkları ve hareketsiz oldukları gözlenmiştir.

Yaşlılar arasında anemi oranı % 11.3 olarak saptanmıştır. Kadınlar arasında anemi oranı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaşlıların beslenme alışkanlıkları, tükettikleri yiyecek cins ve miktarları üç günlük bireysel gıda tüketim araştırması ile saptanmıştır. Yaşlıların % 73.0'ü günde üç öğün yemek yemektedirler. Yalnız yaşayan yaşlıların % 54.5'inin günde dört ve daha fazla öğün yedikleri saptanmıştır.

Yaşlıların ortalama enerji tüketimlerinin 1700 kalori olduğu, % 42.6'sının yeterli enerji, % 39.1'inin de yeterli protein tükettikleri görülmüştür. Enerji, total protein, demir, kalsiyum ve C vitamini tüketim düzeylerinde cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık bulunamamıştır. Ancak hayvansal protein tüketim düzeyinin cinsler arasında farklı olduğu görülmüştür. Erkeklerin % 46.6'sı, kadınların ise % 25'i yeterli düzeyde hayvansal protein tüketmektedirler.

Yaşam durumlarına göre incelendiğinde yalnız yaşayan yaşlıların % 45.4'ü fazla enerji tüketmektedirler. Kalsiyum, C vitamini ve hayvansal protein tüketim düzeylerinin yalnız ve karı-koca birlikte yaşayanlarda çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. Yetersiz düzeyde demir tüketen yaşlılar çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayanlar arasında diğer yaşlılara oranla daha fazladır.

Yaşlıların enerji ve besin öğeleri tüketim ortalamaları 1980-RDA istihkakları ile karşılaştırıldığında kadınların enerji tüketimlerinin RDA'nın tüketim düzeyine daha yakın bulunmuştur. Protein her iki cinste de RDA istihkaklarına göre yeterli, kalsiyum tüketimi ise yaşlıların % 50'sinde yetersiz bulunmuştur. Demir tüketiminin RDA'ya göre % 28 oranında yetersiz olduğu görülmektedir. Yaşlıların % 36'sı A vitaminini, % 34'ü de C vitaminini yetersiz tüketmektedirler.

Yaşlıların gelir durumları arttıkça hayvansal protein ve C vitamini tüketim düzeyleri de artmaktadır.

Yaşlıların demir ve C vitamini tüketim düzeyleri ile anemi görülme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Anemili olan yaşlıların hayvansal protein tüketim düzeylerinin de yetersiz olduğu görülmüştür.

ÖNERİLER:

Yaşlılık döneminde ortaya çıkan sosyo-ekonomik, sağlık ve beslenme sorunları yaşlılar için yaşam koşullarını zorlaştırmaktadır. Orta yaş grubunda ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının yaşlılıkta, kötüye gidişini önlemek için bu kişilerin periyodik olarak sağlık kontrollerine gereken önem verilmelidir. Hastalığın gizli kalması tedaviyi de güçleştirmektedir. Bu nedenle sahada yapılacak sağlık taramalarında yaşlı gruba gereken önem verilmelidir. Bu konuda

yaşlılara yardımcı olacak sağlık personeli yaşlılık ve sorunları konusunda eğitilmelidir.

Sağlık sorunlarının çoğunun arkasında yanlış beslenme alışkanlıkları bulunmaktadır. Yaşlılar arasında önemli bir sağlık sorunu olan şişmanlığın önlenmesi, hipertansiyon kalp-damar, diabet ve diğer bazı hastalıkların önlenmesi açısından önem kazanmaktadır. Bu nedenle yaşlıların yeterli ve dengeli beslenmeleri konusunda eğitilmeleri gereklidir. Bu yaş grubunun yaşlarının ileri olması, çoğunluğunun okuma-yazma bilmemeleri yapılacak eğitimin yüzyüze ve sürekli olmasını gerektirir. Yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları kişilerin de sağlık ve beslenme konusunda eğitilmeleri yararlı olacaktır. Sağlık örgütleri içinde, yaşlıların eğitimleri bu örgütlerde görevlendirilecek halk sağlığı diyetisyenleri tarafından yapılabilir.

Yaşlılar arasında görme, işitme, diş sorunları oldukça yaygındır. Bu tür sorunları yaşlıların kolaylıkla ulaşabilecekleri sağlık merkezleri çözümlenebilir. Yapılacak önlem ve çözüm çabalarının ekonomik olmasına çalışılmalıdır.

Yaşlıların fiziksel faaliyetlerini arttırıcı uğraşlar düzenlenerek hem ruhsal hem de fiziksel olarak daha aktif olmaları sağlanmalıdır. Yaşlıların yürüyüş ve hafif sporları yapmaları teşvik edilmelidir.

Günümüzde yaşlılara verilen sağlık sigortası hizmetleri ve emekli aylıklarının yetersiz kaldığı görülmektedir. Ekonomik

yönden yetersiz durumdaki yaşlıların beslenme ve sağlık durumlarının da olumsuz şekilde etkileneceği düşünülerek ekonomik desteğin günümüz koşullarına göre düzenlenmesi yararlı olacaktır.

Yatalak ve felçli duruma gelen yaşlıların ev koşullarında bakımı büyük sorun yarattığından bu gibi yaşlıların özel kurumlarda bakılması gerekmektedir. Yaşlılara yönelik hastane ve sağlık merkezlerinin kurulması, sayıca arttırılması yararlı olacaktır.

VIII- Ö Z E T

Bu araştırma Ankara İli Çankaya İlçesinin Bahçelievler Balgat, Altındağ İlçesinin Sultanmurat ve Selversomuncuoğlu mahallelerinde oturan 65 yaş ve üzeri yaşlıların beslenme durumlarının saptanması amacı ile gerçekleştirilmiştir. Belirtilen mahallelerde 65 ve üzeri yaşlı birey bulunan 87 aile muhtarlık kayıtlarından yararlanılarak rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Seçilen ailelerdeki 115 yaşlı birey araştırmanın örneğini oluşturmuştur.

Yaşlıların demografik özellikleri (yaş, cins, medeni durum, eğitim, çocuk sayıları) , sosyo-ekonomik durumları, sigara, çay, kahve içme alışkanlıkları, genel sağlık durumları, yaşam durumlarına göre sağlık şikayetleri anket yöntemi ile saptanmıştır. Beslenme alışkanlıkları ve gıda tüketim durumları ise üç günlük bireysel gıda tüketim araştırması yapılarak saptanmıştır.

Araştırma bulgularına göre yaşlıların % 9.6'sının yalnız, % 26.1'inin karı-koca birlikte, % 64.3'ünde çocuk veya yakınları ile birlikte yaşadıkları saptanmıştır. Erkeklerin eğitim durumları kadınlara oranla daha yüksektir. Bu çalışmada yalnız yaşayan yaşlıların hepsi kadındır ve emeklilik güvencesi olanların oranı bu grupta daha fazladır.

Kadınlar arasında çay içme, erkeklerde de sigara alışkanlığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Yaşlıların görme, işitme ve çiğneme fonksiyonlarında yetersizlik olduğu görülmüştür.

Yaşlılar arasında şişmanlık önemli bir sağlık sorunudur. Hipertansiyonla şişmanlık arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu çalışmada kadınlar arasında daha fazla olmak üzere her iki cinste de anemi olduğu görülmüştür.

Yaşlıların beslenme alışkanlıkları ve gıda tüketimleri incelendiğinde enerji, total protein, kalsiyum ve C vitamini tüketim düzeylerinde cinsiyete göre farklılık bulunamamıştır. Erkeklerin hayvansal protein tüketimleri kadınlardan daha fazladır.

Yaşam durumlarına göre incelendiğinde ise enerji tüketiminin yalnız yaşayan yaşlılarda ,kalsiyum, C vitamini, hayvansal protein tüketiminin ise yalnız ve karı-koca birlikte yaşayanlarda çocuk veya yakınları ile birlikte yaşayan yaşlılara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

Yaşlıların gelir durumları arttıkça hayvansal protein ve C vitamini tüketimleri artmaktadır. Anemik olan yaşlıların hayvansal protein tüketimlerinin de yetersiz olduğu, demir ve C vitamini tüketim düzeyleri ile anemi arasında ilişki olduğu saptanmıştır.

K A Y N A K L A R

1. Karanlı, D., Yaşlılık ve Türkiye'de Yaşlı Sorunları. S.S.Y.B. Hıfzısıhha Okulu Sosyal Hizmetler Bölümü, Ankara, 1982.
2. The Uses of Epidemiology In The Study of the Elderly Technical Report Series, No: 706 World Health Organization Geneva, 1984
3. Cohen, J., Caring for the Aged World Health, April, 1972.
4. Baykan, N., Halk Sağlığı Hizmetlerinde Geriatri (Yaşlılık), Yaşlıların Evde Bakımı Sempozyumu, 17 Ocak 1983, SSYB Refik Saydam Merkez Hıfzısıhha Okulu, Ankara, 1983.
5. The Biology of Aging World Health, May, 1982.
6. Antonini, F, M., Why We Grow Old. World Health, April, 1972 .
7. Harper, A.E., Nutrition Aging and Longevity. Amer. J. Clin. Nutr. 36: 737-749, 1982
8. Türkiye İstatistik Yıllığı 100. Yıl Özel Sayısı. Ankara, 1981.
9. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1979-1981, Yayın No: 498 İleri Matbaası, Ankara, 1983.
10. Planning and Organization of Geriatric Services, Report of WHO Expert Committee, Technical Report Series No: 548 World Health Organization, Geneva, 1974
11. Kayahan, Ş., Geriatri, İhtiyarlamanın Biolojisi ve İhtiyarlığın Klinik Özellikleri. Hilal Matbaacılık Koll. Şti. İstanbul, 1970 .
12. Hanck, A., Vitamins in Therapy and Prevention. Current Aspects in Risk Groups. P. 109-116. Hans Huber Publishers. Bern Stuttgart Vienna, 1984.

13. Komohath, K.S., Taste Acuity And Aging. Amer. J. Clin. Nutr. 36: 766-775, 1982.
14. Köksal, O., Yaşlıların Evde Bakımı Sempozyumu. 17 Ocak 1983, SSYB Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Okulu, Ankara, 1983.
15. Bilir, N., Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını No. 86/35 Kısa Dizi No. 3, Ankara, 1986
16. Benli, D., Erdal, R., Bulut, A., Etimesgut Sağlık Bölgesi 1980-1984 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi. H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın No:85/29 .
17. Çubuk Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1984 Yılı Çalışma Raporu. H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın No. 85/31, Ankara, 1986 .
18. Pekcan, G., Kalp-Damar Hastalıklarında Beslenme. Beslenme ve Diyet Dergisi 100. Yıl Özel Sayısı, 10: 91-98, Ankara, 1981.
19. McGill, H.C., Apprasial of Cholesterol As a Cousative Factor in Atherogenesis, Amer. J. Clin. Nutr. 32: 2632-2636,1979
20. Nutrition Reviews, Nutrition and Pathology of Atherosclerosis in Monkeys, Nutrition Reviews, 31: 100, 1973.
21. Nutrition Reviews, International Cooperative Study on Cardiovascular Epidemiology Nutrition Reviews, 28:281, 1970.
22. Keys, A., Kumura, N., Diets of Middle Aged Farmers in Japan. Amer. J. Clin. Nutr. 23: 212, 1970 .
23. Mc. Gill, H.C., The Relationships of Dietary Cholesterol to Serum Cholesterol Concentration And to Atherosclerosis in Man. Amer. J. Clin. Nutr. 32: 2664-2702, 1979

24. Truswell, A.S., Diet and Plazma Lipids-A Reappraisal. Amer. J. Clin. Nutr. 31: 977, 1978
25. Kasap, G., Attila, S., Köksal, O., Posa (Fiber), Beslenme-deki Yeri ve Hastalıklarla İlişkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi 7: 61, 1978.
26. Kay, R.M., Truswell, A.S.,: The Affect of Wheat Fibre on Plazma Lipids and Fecal Steroid Excretion in Man. Brit. J. Nutr. 73: 227, 1977.
27. Jeffey, N., Obesity and Aging. Amer. J. Clin. Nutr.36:809-811, 1982.
28. Wilmore, J. H.L., Haskell, L.W., Use of the Heart Rate Energy Expenditure Relationships in the İndividualized Prescription of Exercise. Amer. J. Clin. Nutr. 24:1186, 1971.
29. Hallie, T.B.V., Obesity: Adverse Effects on Health and Longevity. Amer. J. Clin. Nutr. 32: 2723, 1979.
30. Ahrens, R.A., Sucrose, Hypertension and Coronary Heart Disease Amer. J. Clin. Nutr. 28: 403, 1975.
31. Yudkin, J., More About Scrose and Atherosclerosis. Nutr. Today, 3: 15, 1970.
32. Tobian, L., The Relationship of Salt of Hypertention. Amer. J. Clin. Nutr. 32: 2739, 1979.
33. Chang, L.W., Jchnson, M.A., Effects of Garlic on Carbohydrate Metabolism and Lipid Synthesis in Rats. J. Nutr. 110: 931-936, 1980.
34. Usmen, A., Şeker Hastalığı Tanımı ve Tedavisi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 2: 77, 1973.
35. Horwitz, D.L., Diabetes and Aging. Amer. J. Clin. Nutr.36: 803-808, 1982.

36. Nutrition Reviews, Epidemiology of Diabetes Mellitus Nutrition Reviews, 29: 201, 1971.
37. Nordstrom, J.W., Trace Mineral Nutrition in the Elderly Amer. J. Clin. Nutr. 36: 788-795, 1982.
38. Hallberg, L., Iron Balance and Iron Deficiency in the Elderly Biblthca Nutr. Dieta., No: 33, 107-112 (Karger, Basel), 1983
- x 39. Ventura, A., Senin, U., Monnorino, E., Iron Pathology in the Elderly. İbid. P. 113-120 .
40. Hanck, A., Hornig D., Vitamins: Nutrients and Therapeutic Agents. Hans Huber Publishers, Switzerland, 1985.
41. Wynder, E.L, Dietary Habits and Cancer Epidmiology. American Cancer Society. 43: 1955-1961, 1979.
42. Uzel, A., Kanser ve Beslenme, Beslenme ve Diyetetik Dergisi. 3: 32, 1974
43. Ruacan, Ş., Aksoy, M., Kanserin Beslenme Üzerindeki Genel Etkileri. Beslenme ve Diyet Dergisi 100. Yıl Kongre Özel Sayısı. 10:103-110, 1981.
44. Shubik, P., Food Additives (Natural and Synthetic). American Cancer Society. 43: 1982-1986, 1979.
45. Baysal, A., Beslenme H.Ü. Yayınları A. 13. Ankara, 1977 1985
46. Spencer, H., Kramer, L., Osis, D., Factors Contributing to Calcium Loss in Aging. Amer. J. Clin. Nutr. 36: 776- 787, 1982
47. Albanese, A.A., Calcium Nutrition Throught Life Cycle Biblthca. Nutr. Dieta. No: 33, 80-99 (Karger, Basel), 1983
48. Durnin, J. V.G.A., Body Composition and Energy Expenditure in Elderly people. İbid. P.16-30.
49. Energy and Protein Requirements. WHO Technical Report Series. No: 522. World Health Organization, Geneva, 1973.

50. Munro, H.N., Nutrition and Elderly. *Biblhca Nutr. Dieta.* No: 33, p. 1-15 (Karger, Basel) 1983.
51. Energy and Protein Requirements WHO Technical Report Series No: 724. World Health Organization, Geneva, 1985.
52. Köksal, O., Şahman, N., Zeytinyağının Biolojik Değeri Konusunda Bir Araştırma Türkiye Zeytincilik Sempozyumu 28-29 Kasım, Ankara, 1984.
53. Gürdağ, M., Gülhane Askeri Tıp Fak. ve Eğitim Hastanesine Başvuran veya Tedavi Olan Emeklilerde Emekliliğin Genel Sağlık ve Beslenme Alışkanlıklarına Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Mezuniyet Sonrası Eğitim Çalışma Raporu, Ankara, 1982.
54. Pathy, M.S.J. Principles and Practice of Geriatric Medicine A Wiley Medical Publication, Washington, 1985.
55. Baykan, S., Türkiye'de Yaşlıların Barındırıldığı Altı Kurumda Beslenme Durumu ve Bununla İlgili Bazı Faktörler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ev Ekonomisi Yüksek Okulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü Doktora Tezi, Ankara, 1972.
56. Dumas, A.M., Lagrange, V., Food Consumption in the Aged: A Survey in Nursing Homes of the Paris Area. *Biblhca Nutr. Dieta.* No: 33, P. 75-79 (Karger, Basel) 1983).
57. Baykan, S., Ankara'nın Çubuk İlçesi'ne Bağlı Köylerde Kırk Yaş Üstü Nüfus Grubundaki Bireylerin Beslenme Durumları Üzerine Bir Araştırma H.Ü. Doçentlik Tezi, Ankara, 1976.
58. Baykan, S., Pekcan, G. Ankara'nın Çeşitli Semtlerinde Yaşayan Ellibeş Yaş Üstü Nüfus Grubundaki Bireylerin Beslenme Alışkanlıkları ve Genel Sağlık Durumları, Hacettepe Üniversitesi Tıp /Cerrahi Bülteni, 15:1, 1982 .

59. Besinlerin Bileşimleri, Türkiye Diyetisyenler Derneği. Yayını:1, Ankara, 1985
60. Köksal, O., Türkiye 1974 Beslenme Sağlık ve Gıda Tüketim Araştırması Raporu, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1977
61. Bilir, N., Halk Sağlığı Yönünden Hipertansiyon, H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını No: 86/39, Kısa Dizi No:5, Ankara 1986.
62. Nutritional Anemias Technical Report Series No: 405, World Health Organization, Geneva, 1968.
63. Oğuz, P., Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunlarının Epidemiyolojik İncelemesi. H.Ü. Tıp Fakültesi, Doçentlik Tezi, Ankara, 1982.
64. Sevil, H.T., Yaşlıların Psiko-Sosyal Sorunları. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Aile Sağlığı Programı, Doktora Tezi, Ankara, 1984.
65. WHO Services For Elderly People. Technical Report Series, Geneva, 1983 .
66. Erdal, R. Yaşlılarda İlaç Kinetiği, (Konferans Notları) H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Konferansları, Ankara, 14 Şubat 1986.
67. Baysal, A., Kentleşme ve Mevsimlere Göre Beslenme Durumunda Değişmeler. Beslenme ve Diyet Dergisi 4: 20, 1975 .
68. Yavuz, S. ,Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Erişkin Grupta Obesite Prevelansı ve Bunu Etkileyen Etmenlerin Saptanması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1986 .
69. Epidemiology of Hypertension Med. Clin. North. Amer. 61: 467, 1977 .

70. Aytan, N., Toplumda Hipertansiyon, Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni, 2: 249, 1969
71. Keçeci, M., Etimesgut Sağlık Ocağı Selektör, Radyo ve Etiler Mahallelerinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Yapılan Hipertansiyon Takip Araştırması. H.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 1978.
72. Bilir, N., Hipertansiyon Sıklığı ve Sağlık Yönünden Önemi, Hacettepe Tıp Dergisi, 17: 119, 1984.
73. Işıksalan, M., Kırsal Bölgede 40 Yaşını Aşmış Popülasyonda Kalp Hastalıkları Prevelansı ve Hipertansiyonlu Hastalar Üzerinde Bir Çalışma. H.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 1970.
74. Salvosa, C.B, Payne, D.R., Wheeler, E.F., Energy Expenditure of Elderly People Living Alone or in Local Authority Homes. Amer. J. Clin. Nutr. 24: 1467, 1971.
75. Yearick, S.E., Wang, M.L., Disias, S.J., Nutritional Status of the Elderly: Dietary and Biochemical Findings. Journal of Gerontology, 35: 663- 671, 1980.
76. Munro, H.N., Protein Nutriture and Requirement in Elderly People, Biblthca. Nutr. Dieta, No: 33, P. 61-74 (Karger, Basel) 1983.
77. Uzel, A., Baykan, S., Güneyli, U., Biliker, T., Ankara Etimesgut Köksel Bölgede Beslenme Araştırması. Beslenme ve Diyet Dergisi 2: 97, 1973.
78. Koçoğlu, G., Ankara-Ortabereket Köyünde Aylara ve Mevsimlere Göre Gıda Tüketimindeki Değişiklikler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi.

79. Stredmann, M., Coerene, J. , Harrill, I., Nutritional Status of Elderly Men and Women. J. Am. Dietet. A., 73:132-138,1978.
80. Yurtal, J., Türkiye'de Gelir dağılımı Beslenme ilişkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Nüfus Dinamiği Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1982.

EK-1
ANKET FORMU

YAŞLILARIN EV KOŞULLARINDA BESLENME DURUMLARI

I- TANITIM BİLGİLERİ		
Aile No :	1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3	
Kişi No :	4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6	
Kart No :	7 <input type="checkbox"/>	
Adı-Soyadı :		
Adresi :		
.....		
1. Kaç yaşındasınız?	8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9	
(doğum tarihi yazılacak.....)		
2. Cinsiyet :	10 <input type="checkbox"/>	
1. Erkek, 2. Kadın		
3. Medeni Hali :	11 <input type="checkbox"/>	
1. Evli, 2. Bekar 3. Dul		
4. Eğitim Durumunuz nedir?	12 <input type="checkbox"/>	
1. Okur-Yazar değil		
2. Okur-yazar		
3. Eski yazı okur-yazar		
4. İlkokul		
5. Orta/orta dengi		
6. Lise /lise dengi		
7. Yüksek okul		
5. Mesleğiniz nedir?	13 <input type="checkbox"/>	
1. Mesleği yok		
2. Ev kadını		
3. Küçük esnaf		
4. Çiftçi-köylü		
5. Tüccar		
6. Yüksek memur		
7. Serbest meslek		
6. Daha önce nerede çalışıyordunuz?	14 <input type="checkbox"/>	
1. Serbest (kendi dükkanı vb.)		
2. Kamu kuruluşu		
3. Özel kuruluş		
		7. Ne zaman emekli oldunuz? 15 <input type="checkbox"/>
		(.....yılında)
		1. 1-3 yıl önce
		2. 2-4 yıl önce
		3. 7 +
		8. Halen herhangi bir iş yapıyor musunuz? 16 <input type="checkbox"/>
		1. Evet (açıklayın))
		2. Hayır
		9. Çocuğunuz var mı? 17 <input type="checkbox"/>
		1. Hiç çocuğu yok
		2. Bir çocuğu var
		3. İki çocuğu var
		4. Üç çocuğu var
		5. Dört ve fazla
		10. Evdeki birey sayısı? 18 <input type="checkbox"/>
		1. Yalnız yaşıyor
		2. Karı-koca birlikte
		3. 3-5 kişi
		4. 6 kişi ve fazla
		11. (10. sorunun cevabı 3-4 ise sor) 19 <input type="checkbox"/>
		Çocuklarınızla neden birlikte oturuyorsunuz?
		1. Yalnız yaşamamak için
		2. Maddi nedenler
		3. Sağlık nedenleri
		4. Çocuklara yardım
		5. Diğer (açıklayın.....)
		12. Oturulan ev; 20 <input type="checkbox"/>
		1. Kendisi veya eşinin
		2. Çocuklarının
		3. Kira
		4. Kira verilmeden başkasına ait

13. Evinizde aşağıdaki elektrikli ev araç-
larından hangileri var? 21 22

1. Radyo
2. TV
3. Buzdolabı
4. Çamaşır makinası
5. Hepsi
6. Hiçbiri

14. Aylık toplam geliriniz nedir? 23 25

Emekli Aylığı Kira Geliri

.....

Tarımsal gelir Ticari gelir

.....

Çocuklardan gelen yardım Diğer

.....

Toplam :

11- SAĞLIK VE BESLENME ALIŞKANLIKLARI

15. Boy uzunluğu :cm. 26 28

16. Ağırlık : kg 29 31

17. Tansiyon :mm/Hg. 32

1. Düşük
2. Normal
3. Hafif Hipertansiyon
4. Hipertansiyon

18. Hb.:g/dl 33

1. Normal
2. Hafif anemik
3. Şüpheli
4. Anemik

19. Aşağıdaki hastalıklarla ilgili
olarak herhangi bir şikayetiniz var mı?

34 35

1. Kalp-damar hastalığı
2. Yüksek tansiyon
3. Diabet
4. Ülser, sindirim sistemi hast.
5. Kabızlık
6. Eklem ağrıları, romatizma vb. ağrı
şikayetleri

7. Böbrek hastalığı

8. Diğer hastalığı

9. Sağlıklı

20. İşitme güçlüğüünüz varmı 37

1. Evet
2. Hayır

21. Gözlük Kullanıyormusunuz? 38

1. Devamlı+okuma için ayrı gözlük
2. Sadece iş ve okuma için
3. Kullanmıyor

22. Sigara içermisiniz? 39

1. İçmiyor
2. Günde yarım paket
3. Günde 1 paket
4. Günde 1 paketten çok
4. Ara-sıra

23. Çay içermisiniz? 40

1. İçmiyor
2. Günde 1-2 bardak
3. Günde 3-5 bardak
4. 5 bardaktan fazla
5. Ara-sıra

24. Kahve içermisiniz? 41

1. İçmiyor
2. Günde bir kez
3. Günde birden fazla
4. Ara-sıra

25. Dişlerin durumu 42

1. Alt-üst takma
2. Parsiyel protez
3. Kayıp diş var (.....adet)
4. Dolgu diş var (.....adet)
5. Kayıp diş + dolgu diş
6. Hiç dişi ve protezi yok

26. Yemeklerinizi rahat çiğneyebiliyormusunuz?

1. Evet 43
2. Hayır

27. Herhangi bir ilaç kullanıyormusunuz?

1. Tansiyon ilacı 44 45
2. Antiasit
3. Uyku ve sakinleştirici ilaç
4. Kalp ilacı
5. Ağrı kesici
6. Antidiabetik ilaç
7. Diğer

28. Hastalanmadan yalnız kontrol için 46
doktora gidermisiniz?

1. Hayır
2. Ayda bir
3. Üç ayda bir
4. Altı ayda bir
5. Yılda bir
6. Hastalanınca
7. Diğer

29. Yemekte perhiz yapmanızı, gerektiren
yada bazı yemekleri yemenizi engelleyen
bir hastalığınız var mı? 47

1. Hayır
2. Ülser diyeti
3. Diabetik diyet
4. Tu suz rejim
5. Diğer

30. Bu perhizi yapmanızı size kim söyledi?

1. Doktor 48
2. Diyetisyen
3. Bir diğer sağlık personeli
(.....)
4. Diğer

31. Bu perhizi uygulayabiliyormusunuz?

1. Evet 49
2. Hazırlaması zor uygulayamıyorum
3. Alışamadım
4. Bazen 5. Diğer

32. Size perhiz olarak verilmediği halde
sevmediğinizden dolayı yemediğiniz
yiyecek ve yemekler varmı?

1. Evet (En sevmediğiniz üç tanesi nedir?)
2. Hayır
1.
2.
3.

33. Günde kaç öğün yemek yersiniz? 50

1. İki öğün
2. Üç öğün
3. Dört ve fazla

34. Evde sizin için özel yemek hazırlanır mı?

1. Evet 2. Hayır 51

35. Evde yemekleri kim pişirir? 52

1. Kendisi 2. Karısı
3. Kızı-gelini
4. Diğer (.....)

36. Aile bireyleri ile birlikte mi yemek
yersiniz? 53

1. Yalnız
2. Aile bireyleri ile birlikte
3. Bazen

37. Hergün dışarıya çıkar, yol yürümüsünüz?

1. Evet 2. Hayır 54
3. Bazen

38. Namaz kılar mısınız? 55

1. Hayır 2. Bazen
3. Oturarak kılıyor 4. Ayakta

39. Dün sabah kalktığınız andan itibaren
yaptıklarınızı anlatırmısınız? 56

.....
.....

Araştırmaya göre fiziksel faaliyet:

1. 2. 3.

40. Denekle ilgili görüş ve gözlemler:

Ek:III Çeşitli Yiyeceklerin Pratik Ölçüler Karşılığı
Gram Olarak Değerleri

Yiyecekler	TK Silme	YK Silme	YK Tepeleme	ÇB Silme	SB Silme	BSB Silme	Avuç
Buğday Unu	3	6	30	56	110	140	45
Pirinç Unu	4	9	30	70	135	165	40
Mercimek Unu	5	10	20	90	150	180	30
Soya Unu	3	5	15	80	150	190	-
Şeker	4	9	20	100	190	235	30
Pudra Şekeri	5	10	25	90	165	210	-
Nişasta	3	7	20	50	105	130	40
Tarhana	5	10	-	100	180	230	-
Kuskus	3	5	-	65	130	155	-
Makarna	-	-	-	60	110	120	-
Şehriye	-	10	-	100	190	230	35
Bulgur	5	10	-	85	155	190	35
Pirinç	4	8	15	100	190	235	45
Irmak	5	10	15	80	155	200	35
Soya İrmiği	4	8	-	80	145	180	-
Barbunya	-	-	-	80	150	180	-
Beyaz Fasulye	-	-	-	100	180	230	50
Nohut	-	-	-	100	180	225	-
Buğday	3	6	-	95	185	220	-
K. Mercimek	5	10	-	100	185	235	-
Mısır Tanesi	-	-	-	90	170	220	-
Bitkisel Yağ	5	10	-	115	210	255	-
Margarin erimemiş	5	10	-	110	205	250	-
Marg. erimemiş	5	10	-	100	190	200	-
Salça	5	10	-	-	-	-	-
Tuz	5	10	-	-	-	-	-
Süt	-	-	-	125	230	280	-
Yoğurt	5	13	-	130	240	290	-
Reçel	8	15	-	-	-	-	-

Ek: III 'ün Devamı

Yiyecekler	Bir Adet	Küçük Boy	Orta Boy	Büyük Boy	SB	YK	Avuç
Siyah Zeytin	3						
Peynir (kibrit kut)	30						
Bisküvi (dikdörtgen)	7,5						
Bisküvi kare	10						
Eknek (orta dilim)	50						
Yumurta	50						
Yumurta sarısı	20						
Yumurta akı	25						
Beyin (koyun)	100						
Karaciğer	600						
Akciğer	450						
Kelle	1250						
Soğan (kuru)	-	30	50				
Domates			100				
Limon	60						
Maydanoz (nane)	60						
Kabak (yeşil)			150				
Karnıbahar			540				
Patates			100				
Havuç			100				
Taze fasulye (kıyılmış)					100		
Dolmalık biber		40	60				
Patlıcan		120	200	280			
Portakal			220				
Muz	50						
Kuru incir	12,5						
Kuru kaysı	6				100		
Kuru üzüm					150	10	35
Taze üzüm					100		
Şeftali			190				
Armut		100					
Elma		100	170	220			
Ayva		150	200	280			
Kavun		2000	3500	5000			
Karpuz		2500	3800	6500			
Nar			180				

EK-IV

Kadınlar İçin Boy Uzunluğuna Göre İdeal Ağırlık Tablosu

(Kg)

Boy Uzunluğu-Sm.	Zayıf	Normal	Hafif Şişman	Şişman
147	41 den az	41-49	49.1-59	59 +
150	42 den az	42-51	51.1-61	61 +
152	43 den az	43-52	52.1-62	62 +
155	45 den az	45-54	54.1-65	65 +
158	46 dan az	46-56	56.1-67	67 +
160	47 den az	47-57	57.1-68	68 +
163	48 den az	48-58	58.1-70	70 +
165	50 den az	50-61	61.1-73	73 +
168	50 den az	50-62	62.1-74	74 +
170	53 den az	53-65	65.1-78	78 +
173	55 den az	55-67	67.1-80	80 +
175	56 dan az	56-69	69.1-83	83 +
178	58 den az	58-71	71.1-85	85 +
180	60 dan az	60-73	73.1-88	88 +
183	62 den az	62-75	75.1-90	90 +

EK-IV'ün Devamı

Erkekler İçin Boy Uzunluğına Göre İdeal Ağırlık Tablosu

(Kg)

Boy Uzunluğu-Sını.	Zayıf	Normal	Hafif Şişman	Şişman
152	48 den az	48-58	58.1-68	68 +
155	49 dan az	49-59	59.1-69	69 +
158	50 den az	50-61	61.1-71	71 +
160	51 den az	51-63	63.1-73	73 +
163	53 den az	53-64	64.1-74	74 +
165	54 den az	54-66	66.1-76	76 +
168	56 dan az	56-68	68.1-78	78 +
170	58 den az	58-70	70.1-80	80 +
173	59 dan az	59-73	73.1-83	83 +
175	61 den az	61-75	75.1-85	85 +
178	63 den az	63-77	77.1-87	87 +
180	65 den az	65-79	79.1-89	89 +
183	67 den az	67-81	81.1-91	91 +
186	68 den az	68-84	84.1-94	94 +
188	70 den az	70-86	86.1-96	96 +
191	71 den az	71-87	87.1-97	97 +
193	73 den az	73-89	89.1-99	99 +

