

GERİATRİ DERNEĞİ
EĞİTİM SERİSİ
No: 1

YAŞLILIK DÖNEMİNDE BESLENME SORUNLARI VE YAKLAŞIMLAR



ANKARA, 2008



**YAŞLILIK DÖNEMİNDE
BESLENME SORUNLARI VE YAKLAŞIMLAR**

ISBN: 978-975-92150-3-3

HAZIRLAYANLAR

Doç. Dr. Dilek ASLAN

Geriatrici Derneği Genel Sekreteri
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dr. Meltem ŞENGELEN

Geriatrici Derneği Üyesi
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Onkoloji Enstitüsü Prevanlıf Onkoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nazmi BİLİR

Geriatrici Derneği Üyesi
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Geriatrici Derneği

Tunalı Hilmi Cad. Kaysı İşhanı No: 50/19 Kavaklıdere - ANKARA
Tel: 0312 425 04 46
www.geriatrici.org

Baskı

Öncü Basımevi
Kazım Karabekir Cad. Ali Kabakçı İşhanı No: 85/2 İskitler - ANKARA
Tel: 0312 384 31 20

ÖNSÖZ

***“Toplumun kalitesi ve dayanıklılığı
yaşlı vatandaşlarına gösterilen özen ve saygı ile ölçülür”***

Toynbee

Bilindiği gibi, sağlık genel olarak; “Bedensel, ruhsal ve sosyal bakımlardan tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşlanma ise, yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, tüm organizmanın verimliliğinde görülen azalma, çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin giderek azalması olarak tanımlanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, yaşlanan dünyamızın yaşlanan insanları göz önüne alınarak; öncelikle hekimlerin, yaşlıların özellikle sağlık açısından ayrıcalıklı bir risk grubu oluşturduğunun bilincinde olmaları, daha sonra da toplumda bir duyarlılık oluşmasına katkıda bulunmaları yararlı olacaktır.

Bilimsel iletişimde, deneyimlerin paylaşımında ve kayda geçirilmesinde en önemli rolü oynayan kitaplara katkı sunan hekimlerin, akademik çalışmalarını ve rutin hekimlik uğraşlarını yanında böylesi bir çalışmayı da üstlenmelerinin tıp ortamına yadsınamaz bir katkı sunacağı kesindir.

Söz konusu birikimlerin, deneyimlerin, bilgilerin ve kanıtların günlük rutin hekimlik uygulamalarına yansması da özellikle halkın sağlığının korunması noktasında önem kazanmaktadır. Bu bağlamda; yaşlıların çoklu sorunlarına yönelik olarak Geriatri Derneği tarafından hazırlanan eğitim serisine ait bu kitabın klasik bilgiden ziyade yararlı güncel ve pratik bilgilerle donatılmasına özen gösteren Doç. Dr. Dilek ASLAN’a, Dr. Meltem ŞENGELEN’e ve Prof. Dr. Nazmi BİLİR’e teşekkür eder, okuyucularımıza yararlı olmasını dilerim.

Saygılarımla,
Prof. Dr. Yeşim GÖKÇE-KUTSAL
Geriatri Derneği Yönetim Kurulu Başkanı
www.geriatri.org



SUNU

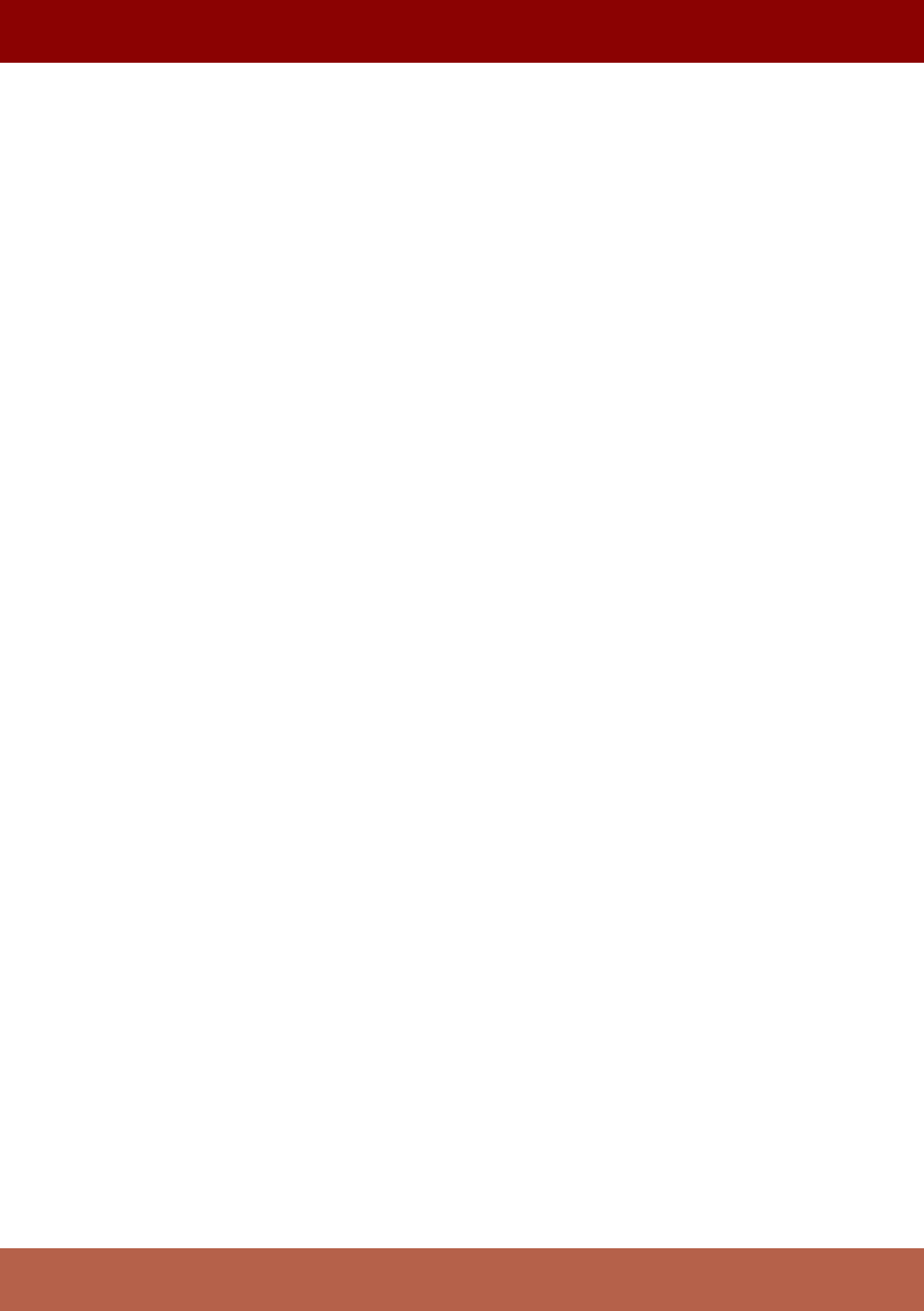
Dünya genelinde yaşlı nüfusun artmasına bağlı olarak yaşlılık dönemi, bu dönemde görülen sağlık sorunları, sorunların çözümleri gibi temel konularda yapılan çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır. Hemen her bilim alanı gibi tıbbi ilgilendiren alanlarda da benzer bir ivme kazanılmıştır. Yaşlı sağlığı ve bu dönemde görülen hastalıklar oldukça geniş bir başlık olmasına rağmen sağlığın korunması kapsamındaki genel felsefe ve yaklaşımlar her yaş grubunda olduğu gibi 65 yaş ve üzeri grup için de geçerlidir.

Geriatric Derneği, kurulduğu 2003 yılından bu yana Türkiye’de ve uluslararası platformda yaşlı sağlığı konusunda çalışmalarını sürdürmektedir. Öncelikli amacı sağlığın korunması ve geliştirilmesi olan Derneğin sürdürdüğü aktiviteler arasında sempozyum, ulusal ve uluslararası kongre, bilimsel toplantı, halk eğitimi etkinlikleri, yarışma, basılı ve görsel materyal hazırlıkları, aktif web sayfası, basın bildirisi paylaşımı gibi pek çok çalışma yer almaktadır. Bilimsel etkinliklerin bir başka örneği de 10. yılını kutladığımız “Türk Geriatric Dergisi”dir.

Geriatric Derneği olarak faaliyetlerimize yeni eklediğimiz “Eğitim Serisi” çalışması ile geriatric alanında çalışan meslektaşlarımızın değerli çabalarına bir parça katkı sunmayı amaçlamaktayız. Bu kapsamda konu önceliklerini de derneğimize gelen taleplere göre belirlemeye çalışacağız.

Yaşlı sağlığı açısından son derece önemli bir konu olan YAŞLILIK DÖNEMİNDE BESLENME SORUNLARI VE YAKLAŞIMLAR başlıklı bu kitabın siz değerli okuyuculara yararlı olmasını diler, kitaba katkı sunan değerli meslektaşım Dr. Meltem Şengelen’e ve değerli hocam Prof. Dr. Nazmi Bilir’e katkıları için Geriatric Derneği Yönetim Kurulumuz adına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Doç. Dr. Dilek ASLAN
Geriatric Derneği Genel Sekreteri



YAŞLILIK DÖNEMİ VE BESLENME SORUNLARI

Dünya nüfusu, doğum ve ölüm hızlarının azalması ve yaşam beklentisinin uzaması ile giderek yaşlanmaktadır. Dünya Savaşları sırasında yaşlanma ve sağlık ilişkisi sadece basit bir “işgücü” potansiyeli olabilme açısından incelenmekteyken bu yaklaşım kronik hastalıkların yetişkin yaş gruplarını etkilemeye başladığı 1950’li yıllardan sonra değişim göstermiştir. Sanitasyon, beslenme, aşılama gibi temel koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi ve antibiyotiklerin bulunması ile başlayan tedavi hizmetlerinin iyileştirilmesi yaşlı nüfusun artmasına neden olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 65 yaş ve üzeri grup olarak tanımlanan yaşlı nüfus hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yılda yaklaşık %5’lik bir artış göstermektedir (Tablo 1). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de yaşlı nüfus değişimi farklı seyretmektedir. Günümüzde yaşlı nüfusun üçte ikisi gelişmekte olan ülkelerde yaşarken 2025 yılında bu payın artacağı tahmin edilmektedir. Bir başka kaynağa göre ise Dünyada var olan 580 milyon yaşlının 335 milyonu gelişmekte olan ülke sınırları içindedir. 2020 yılına gelindiğinde toplam yaşlı nüfusun bir milyar olacağı; bu nüfusun 700 milyonunun da gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı belirtilmektedir. Yaşlı nüfusun artışı ise bu dönemin kendi içinde sınıflandırılmasına neden olmuştur: 65-74, 75-84, 85 ve üzeri. Bu sınıflandırma her gruba özel değerlendirmelerin yapılabilmesi için önemlidir.

Tablo 1. Dünya nüfusunun yıllar içindeki değişimi

Nüfus	Yıl		
	2000	2025	2050
Toplam (milyon)	6055	7823	8900
65 yaş ve üzeri bireyler (%)	6.9	10.4	16.4
80 yaş ve üzeri bireyler (%)	1.1	1.9	4.2

Kaynak: *Men Ageing and Health. Achieving Health Across the Life Span, 1999.*



Bir toplumun en temel sağlık göstergelerinden birisi olan doğuşta beklenen yaşam süresinin artması, sağlık ve hastalıklar konusunda daha ayrıntılı değerlendirmelerin yapılması gerekliliğini doğurmuştur. Beklenen yaşam süresi, gelişmiş toplumların büyük bir kısmı için 80’li yaşlara ulaşmışken gelişmekte olan ve az gelişmiş toplumlar için çok geride kalmıştır. Örneğin; bazı Sahra Altı Afrika lkelerinde doğuşta beklenen yaşam süresi 40’lı yaşların altındadır. Son yıllarda yaşam kalitesinin de bilim literatüründe daha geniş bir yer bulmasıyla birlikte “engelliliğe ayarlanmış yaşam süresi (DALY)” ve “sağlığa ayarlanmış beklenen yaşam süresi (HALE)” kavramı ortaya atılmıştır.

DALY kavramı günümüzde hastalık yükünün önemli bir kısmını oluşturan kronik hastalıkların artmasıyla birlikte önem kazanmıştır. Dünyada 2001 yılında meydana gelen 56.5 milyon ölümün %60’ı kronik hastalıklara bağlıdır; bu da küresel hastalık yükünün %46’sını oluşturmaktadır. Kronik hastalıkların 2020 yılında %57 artış göstereceği öngörülmektedir. Bu hastalıkların neredeyse yarısını beslenme ile yakından ilişkili olan kalp ve damar hastalıkları, şişmanlık ve diabetes mellitus, kanser, alerjik hastalıklar, osteoporoz gibi sorunlar oluşturmaktadır. HALE değerlendirmesi ise bireylerin hastalısız geçirdiği yıllar için kullanılmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi için bu rakamın da st seviyelere çekilmesi önem taşımaktadır. Günümüze dair bazı örneklerle doğuşta beklenen yaşam süresinin ve sağlığa ayarlanmış yaşam yılının farkı açıklanmaya çalışılacaktır: Hollanda’da 55 yaşında bir erkeğin ortalama 22.6 yıl daha yaşayacağı tahmin edilmektedir (doğuşta beklenen yaşam süresi: 77.6 yıl). Bu birey için 22.6 yılın 14 yılının sağlıklı geçirileceği tahmin edilmektedir. Rakamlar Hollanda’lı bir kadın için farklıdır. Aynı toplumda aynı yaş grubunda bir kadın için öngörülen yaşam yılı 27.6 yıl olup bu yılların 16’sının sağlıklı geçirileceği tahmin edilmektedir.

Kadınlar arasında doğuşta beklenen yaşam süresinin erkeklere göre daha uzun olması kadınların sağlıklı geçirdikleri yıl kayıplarının (10.2 yıl) erkeklerden daha fazla olmasıyla (6.8 yıl) sonuçlanmaktadır. DSÖ tarafından Türkiye’de yaşayan ve 60 yaş ve zerindeki HALE değeri kadınlar için 14.2 ve erkekler için de 12.8 yıldır.

Sağlıksız geçen yıllar, yaşlılık döneminde bireylerin başkalarına bağımlı olmalarını artırmaktadır. Örneğin; Güney Asya’da 2025 yılında her

100 çalışan başına 32 yaşlının “bağımlı” şekilde yaşayacağı beklenmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Güney Asya’da bağımlılık durumu (1975, 2025) (%)

Bağımlılık durumu	1975	2025
60 yaş üzeri yaşa bağlı meydana gelen bağımlılık	15	32
45 yaş üzeri ekonomik bağımlılık	18	40

Kaynak: Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older people, 2002.

Yukarıda da ifade edildiği gibi yaşlılık döneminde kronik hastalıklar ve beslenmeye özel sorunlar arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Beslenme sorunları, kendi başına bir sağlık sorunu olarak ortaya çıktığı gibi kronik hastalıkların altında yatan en önemli nedenlerden birisidir. Bu dönemde diğer yaş gruplarında olduğu gibi “yetersiz (malnütrisyon)” ve “dengesiz (şişmanlık)” beslenmeye ilişkin durumlar yaşanmaktadır.

Yetersiz beslenme sorunları

Çoğunlukla “protein-enerji malnütrisyonu” olarak ortaya çıkan yetersiz beslenme sorunları Dünyada sosyo-ekonomik açıdan az gelişmiş bölgelerde ve çoğunlukla da kırsal kesimlerde görülmektedir. Yaşlılık döneminde bireyler daha genç yaşlara göre protein-enerji malnütrisyonu açısından daha savunmasız, duyarlı ve örselenebilir özelliktedirler. Yanlış gıdaların tüketilmesi yaşlıların kronik hastalıklara yakalanma risklerini artırmaktadır.

Altmış beş yaş üzeri grupta malnütrisyon sıklığı çeşitli çalışmalarda farklılık göstermektedir. Herhangi bir nedene bağlı malnütrisyon sıklığı yataklı bir tedavi kurumundaki geriatrik hastalar arasında %1-83; kendi evlerinde yaşayan “sağlam” yaşlılar arasında ise %2-32 arasında değişmektedir. Konu protein-enerji malnütrisyonu olduğunda ise hastanede yatan yaşlılar arasında sıklık %30-65; herhangi bir kurumda (huzurevi, yaşlı bakım evi) yaşayan yaşlılarda ise %25-60 arasındadır. Malnütrisyonun sağlık sonuçları dışında ekonomik yükleri de bulunmaktadır. Birleşik Krallık’ta yapılmış olan bir çalışmada mal-

nütrisyona bağılı olarak gelişen hastalıklarla mücadele için 7.3 milyon sterlin harcandığı vurgulanmıştır.

Yaşlılık döneminde yetersiz beslenme sorunlarının yaşanmasının altında yatan temel nedenler aşağıda sıralanmıştır.

Tablo 3. Yaşlılık döneminde malnütrisyon açısından risk faktörleri

Risk Faktörü	Örnek
Klinik açıdan	Yetersiz diyet Diş sorunları Tad ve koku alma duyusunun azalması Özürlülük durumu ve hareket kısıtlılığı Diğer hastalıklar (kanser, diyabet, inme gibi)
Yaşam davranışları ve sosyal faktörler	Beslenme ile ilgili bilgi düzeyinde yetersizlik Sosyal izolasyon-yalnızlık Yoksulluk Yemek hazırlama kapasitesinin olmaması
Psikolojik faktörler	Konfüzyon Depresyon Anksiyete Demans

Kaynak: Hickson M. Malnutrition and Ageing, 2006.

Yukarıda belirtilenlere ek olarak üzerinde durulması gereken bir konu da malnütrisyon ve gıda güvencesi arasındaki ilişkidir. Gıda güvencesi ile ilgili sorunlar (gıdaların pahalı olması, tarım sektöründe yaşanan sorunlar, yeme alışkanlıklarında farklılaşma, teknolojinin gıda sektöründe yanlış kullanılması gibi) özel bir grup olan yaşlıların etkilenmeleri ile sonuçlanmaktadır.

Dünyada yaşlılık döneminde malnütrisyonla mücadelede bazı anahtar konular aşağıda sıralanmıştır:

1. Yaşlılık döneminde malnütrisyon sorunu halk sağlığı ile ilgili öncelikler arasında alınmalıdır.
2. Sektörlerarası yaklaşım önemlidir.
3. Yaşlı bireylerin, ailelerinin ve yakınlarının bu sorunun çözümleri ile ilgili katılımları önem taşımaktadır.
4. Beslenme eğitimleri programlanmalı ve düzenlenmelidir. Bu programlar bütün sağlık çalışanlarının katılımına yönelik olmalıdır.
5. Toplumda beslenme durumunun değerlendirilmesi açısından kolay yöntemler uygulanmalı, sistemler geliştirilmelidir.
6. Beslenme sorunlarının önlenmesi ile ilgili standart yaklaşımların uygulanabilirliği sağlanmalıdır.

Dengesiz beslenme sorunları

Yaşlılık döneminde yanlış gıdaların fazla (ya da dengesiz) alımı söz konusu olabilir. Bunun sonucunda da başlıca obezite, diabetes mellitus, kanser ve diğer kronik hastalıklar görülür. En önemli dengesiz beslenme sorunu obezitedir. Obezite gerçekte bireyin yaşlılık öncesi yaşam tarzı ile de ilgili olan bir döngünün parçasıdır (Şekil 1). Obezite, var olan diğer sağlık sorunlarının seyrini de etkiler. Örneğin; obez olan bir kronik obstruktif akciğer ya da amfizem hastasının semptomlarının obez olmayan bir hastaya göre daha şiddetli olduğu bilinmektedir. Bu hastalarda mortalite hızı da obez olmayanlara göre daha yüksektir. Abdominal obezite sorunu olan diyabet hastalarında insülin direncinin obez olmayanlara göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Tablo 4’de obeziteye bağlı meydana gelebilecek hastalıkların bazıları belirtilmiştir.

Obezite, yarattığı sağlık sorunlarının yanı sıra mortalite üzerine de etkilidir. Yapılan çalışmalar 40 yaş ve üzeri obez bireylerin doğuştan beklenen yaşam sürelerinin obez olmayan bireylere göre 6-7 yıl daha az olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşlılık dönemine özel bir bilgi de BKİ değeri 27 kg/m²’nin üzerinde olan

kişilerde mortalite hızının BKİ değeri 27'nin altında olanlara göre daha yüksek olduğudur.

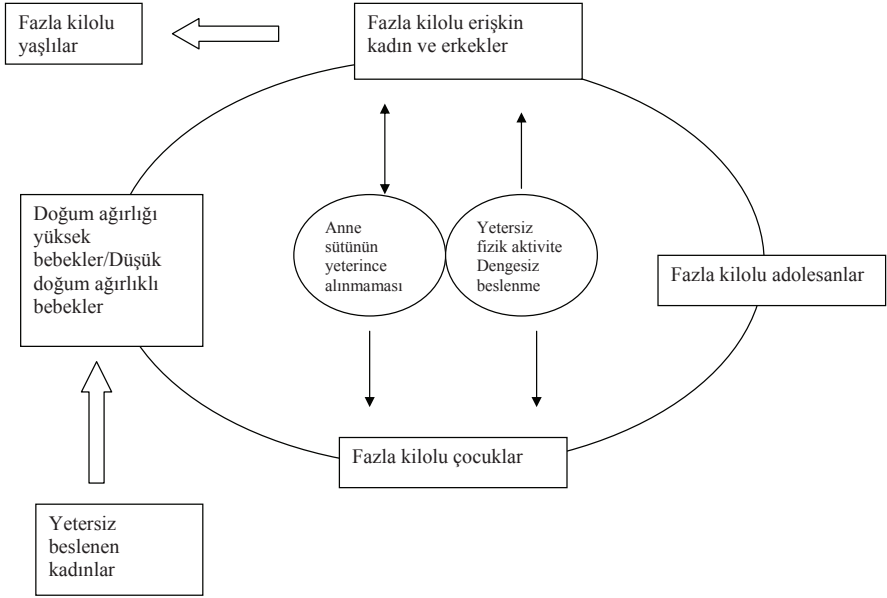
Tablo 4. *Obeziteye bağlı meydana gelebilecek hastalıklar*

Kalp ve damar hastalıkları (iskemik kalp hastalığı, anjina pectoris, MI, hipertansiyon, inme)
Kanser (serviks, uterus, prostat, meme, kolon, rektum, karaciğer, böbrek)
Tip II DM ve insulin direnci
Son dönem karaciğer ve böbrek hastalıkları
Osteoartrit
Pulmoner emboli
Gut
Safra kesesi sorunları
Bel ağrısı
Uyku apnesi
Psikolojik sorunlar
Sosyal sorunlar
Engellilik (disability)
Gebelik komplikasyonları
Cerrahi komplikasyonlar

Kaynak: The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response, 2007.

Son dönemlerde gündemde olan bir hastalık da obezitenin de içinde bulunduğu bir dizi durumun birlikte anıldığı “metabolik sendrom”dur. Metabolik sendrom tanısı koyabilmek için DSÖ tarafından bazı kriterler geliştirilmiştir. Diabetes mellitus (ya da bozulmuş açlık glükozu veya glüköz intoleransı veya insulin direnci) ile birlikte obezite, dislipidemi, kan basıncı yüksekliği, mikroalbuminuri durumlarının en az iki tanesinin bulunması durumuna DSÖ metabolik sendrom demektedir. Burada tanımlanan obezite “santral obezite”dir. Metabolik sendrom sıklığı yaşlılık döneminde artmakta ve %40’ların üzerine çıkmaktadır.

Şekil 1. Obezite ile ilgili “kısır döngü”



Kaynak: EUR/06/5062700/6:5

Yaşlılık döneminde abdominal obezite, glukoz intoleransı, hipertansiyon ve dislipidemi değerlendirmeleri eş zamanlı yapılmalıdır.

Sonuç olarak; beslenme ve sağlık ilişkisi son yıllarda gündeme getirilen aşağıdaki başlıkları kapsamaktadır:

1. Glisemik indeks: Diyetteki ortalama karbohidratların kan glukoz seviyesini referans bir gıda karşısında yükseltme eğilimidir. Basit şekerlerin, yüksek glisemik indeksli gıdaların fazla alımı ve yüksek glisemik yüke (glisemik indeks ve karbohidratların ürünü) yol açan diyetlerin insülin direnci, tip II diyabet, hipertrigliseridemi ve düşük HDL kolesterol değerlerine yol açtığı gösterilmiştir. Yüksek glisemik indeksli bir yemekten sonra glukoz ve insülin konsantrasyonları yükselir; fakat 4-6 saat sonra hipoglisemi gelişir ve glukoz ve serbest yağ asitlerinin konsantrasyonunun artmasını sağlayacak hormonların salınımı uyarılır. Artmış insülin, glukoz ve serbest yağ asitleri, insülin direncine yol açar. İnsülin diren-

cinin, trigliserid seviyesinde artış, HDL kolesterol değerinde düşme ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

2. Kalp sağlığı: Glisemik indeks ve glisemik yük fazla kilolu olanlarda kalp hastalığı riskini artırır.
3. İyilik hali (well-being): Sağlık tanımını yaparken sadece hastalık olmaması durumunun yetersiz kalmasından hareketle “iyilik hali”, fiziksel ve ruhsal fonksiyonların tam olması ve pozitif bir ruh haline sahip olmak olarak tanımlanır. Diyet içeriği ile diyabet, obezite, kardiovasküler hastalıklar, kanser, alerji, osteoporoz ve menopozla ilgili semptomlar önlenabilir ya da azaltılabilir. Diyet ile ayrıca gastrointestinal ve immün sistem fonksiyonları iyileştirilebilir. Sağlığı geliştirip ömrü uzatırken, temel besin maddesi -nutrient-eksikliklerini önleyen ve diyetle ilişkili kronik hastalıkların riskini düşüren diyetler “optimal diyet” olarak tanımlanmaktadır.
4. Günlük öğün sayısı: Yaşlılık dönemine uygun gıdaların özellikle diğer ürünler içinde günlük dozlarının bireysel olarak ayarlanması kronik hastalıkların önlenmesinde önem taşır. Bu doğrultuda sağlıklı gıdaların günlük porsiyonlara uygun olarak yeniden formüle edilmesi ve uygun ambalajlarla pazara sürülmesi önemli rol oynamaktadır.
5. Düşük yağ içeriği olan beslenmeden dengeli yağ içeriği olan diyete geçiş: Özellikle kalp hastalıkları ve Alzheimer hastalığının önlenmesinde etkili olacak bu prensip doğrultusunda gıda ürünleri yeniden formüle edilerek pazara sürülmektedir.
6. Fonksiyonel gıdalar: Kronik hastalıkların gelişiminin önlenmesindeki faydalı etkilerinin yanı sıra iyilik halini artırmaları da göz önünde tutulan gıdalar giderek artan bir hızla pazara sürülmekte ve kullanılmaktadır.

I. Yaşlılık Döneminde Bireyde Meydana Gelen Değişiklikler

Yaşlılık döneminde görülen beslenme sorunlarını daha iyi anlayabilmek için bu dönemde bireyde görülen ve sorunlara temel oluşturacak bazı değişiklikleri incelemek yerinde olur.

1. Fiziksel değişiklikler

a. *Vücut ağırlığı*

Erişkin dönemde vücut ağırlığındaki artış 50-59 yaş dönemine kadar sürer. Altmış yaşından sonraki 20 yıl içinde ise vücut ağırlığı düşme eğilimindedir.

b. *Protein ve kas yapısı*

Yaşlılık döneminde meydana gelen en önemli değişikliklerden birisi vücut kompozisyonundadır. Yağsız vücut kütlesi (lean body mass) erişkin dönemde azalma eğilimindedir ve 80'li yaşlara ulaşıldığında bu azalma hız kazanır. Kadınların yağsız vücut kütlesi erkeklere göre daha azdır; zaman içindeki azalma seyri de daha keskindir.

c. *Hücre içi kütle (body cell mass) azalması*

Vücutta yağsız kütle olarak bilinen alanlar hücre içi kütle (body cell mass), ekstrasellüler sıvı ve kollajen ve kemik mineralleri gibi ekstrasellüler solid yapılardır. Hücre içi kütle enerji harcama sürecinde önemli olduğu bilinir ve yaşlılık döneminde bireyler çok sağlıklı bile olsalar bu yapının azaldığı ifade edilir.

d. *Sarkopeni*

Yaşlılık döneminde kas ve kuvvet kaybı olarak da bilinen sarkopeni herhangi bir hastalık olmaksızın doğal olarak ortaya çıkabilen bir durumdur. Sarkopeni-

nin altında yatan nedenler çok faktörlüdür. Yaşlılık döneminde görülen biyolojik değişimler, fiziksel aktivite azlığına bağlı nedenler, kronik beslenme sorunları en temel nedenler arasında yer alır.

e. Yağ kütlesi

Vücut yağ kütlesi 20-60 yaşları arasında iki katına çıkar; 60 yaşından sonra beden kitle indeksi (BKİ) değerindeki azalmaya bağlı olarak düşmeye başlar. Yağ kütesinin fazlalığı koroner kalp hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus, safra kesesi taşı, osteoartrit, kanser gibi hastalıklara neden olması açısından yaşlı bireyler için tehlikelidir. Özellikle abdominal bölgede biriken yağ miktarı, insülin direncini artırarak diabetes mellitus açısından risklidir. Abdominal obezitenin kalp ve damar hastalıkları ve kanser açısından da tehlikelerinin vurgulanması gerekir.

f. Kemik

Yaşlılık döneminde kemiklerde ve total kalsiyum seviyesinde düşüş olur. Her yaş grubunda kadınların kemik ve total kalsiyum seviyeleri erkeklere göre daha düşüktür. Kadınlar yaşamları boyunca kemiklerinde bulunan kalsiyum düzeylerinin %40'ını kaybederler. Bu azalmanın yarısı menopozdan sonraki ilk beş yıl içinde olur; diğer yarısı ise daha uzun dönemde gerçekleşir. Bu nedenle menopozdan sonraki ilk beş yıl kemiklerdeki mineral kaybını kalsiyum desteği ile önlemek çok önemlidir. Vücudun kalsiyum ihtiyacı bireyin beslenme durumu ile de değişebilir. Örneğin sodyum ve proteinden zengin bir diyetle beslenen bireylerin kalsiyum ihtiyaçlarında da artış meydana gelmektedir. D vitamini alımındaki yetersizlik (serum 125-hidroksi-vitamin D düzeyi; *vitamin D düzeyinin en iyi göstergesidir*) kemik kaybını artırarak osteoporoza neden olur.

2. Enerji regülasyonundaki değişiklikler

Yaşlılık döneminde negatif enerji dengesi yağ kütesindeki azalmanın en önemli nedenidir. Protein dengesi enerji dengesiyle çok yakından ilişkili olduğu için negatif enerji dengesinin bir nedeni de yaşlılık döneminde vücuttaki protein kayıpları olabilir.

a. Diyetle enerji alımındaki azalma

Yaşlılık döneminde bireylerin diyetle enerji alımında azalma meydana gelmektedir. Özellikle tad alma ve koklama duyularında azalma, çiğneme problemleri, yutma ile ilgili sorunlar bu sürecin nedenleri arasındadır. Yaşlılarda rastlanan depresyon daha genç yaşlardaki bireylerden farklı olarak kilo kaybına neden olmaktadır. Gastro-intestinal sistem bozuklukları da yaşlılık döneminde yetersiz beslenme sorunlarına temel oluşturmaktadır.

b. Duyularda azalma

Tad alma duyusu yaşlılık dönemiyle birlikte azalır. Altmış beş yaş üzeri her dört kişiden birisi tatlı, ekşi, tuzlu, acı duyularından en az birisi konusunda sınır düzeydedir. Bu durum dil üzerindeki tad alma cisimciklerinin azalmasına bağlı olarak meydana gelir. Bireylerin yaklaşık %50'si de görmeden tadına baktıkları gıdaları tanımakta zorlanmaktadırlar. Tad alma ve koklama duyularında meydana gelen bu azalma bireylerin yetersiz beslenmesine neden olabilir.

3. Su metabolizması ve dehidratasyon

Dehidratasyon yaşlılık dönemi için önemli bir problem olup her yıl önemli sayıda yaşlı birey bu nedenle tedavi görmektedir. Dehidratasyonun en önemli nedenleri arasında yetersiz sıvı alımı ve artan sıvı kaybı yer almaktadır. Su dengesindeki bu bozulma yaşla birlikte plazma renin aktivitesi ve aldosteron sekresyonundaki azalmaya bağlı olur. Diğer taraftan plazma ADH ya da arginin-vazopressin düzeyleri yaşlı bireylerde artar. Bu iki durum yaşlılık döneminde sıvı alımının azalmış olmasına rağmen dehidratasyona yanıt kapasitesinde artışın olduğunu ortaya koymaktadır.

4. İmmün sistem değişiklikleri

Yaşlılık döneminde immün sistemde değişiklikler meydana gelmektedir. Bu durum aslında bazı sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını kolaylaştırmakta; bireylerin iyileşme sürecini yavaşlatmaktadır. Tüberküloz, kanser, üst solunum yolu enfeksiyonları gibi hastalıklar bu konuda ilk akla gelen durumlardır. T hücre

fonksiyonlarındaki bozulma-gerileme, T hücrelerine bağlı primer ve sekonder antikor yanıtında azalma gibi durumlar sık rastlanılan durumlar arasındadır. Yapılan araştırmalar yaşlılık döneminde yeterli ve dengeli beslenme koşullarının sağlanmasının hücrel ve hümoral immünite düzeyinde ilerlemeler sağladığını vurgulamaktadır.

a. Çoklu doymamış yağ asitleri (PUFA- Poly Unsaturated Fatty Acids)

Yaşlılarda çoklu doymamış yağ asitleri (poliansatüre yağ asitleri)nin fazla alınması T hücresine bağlı immünitede azalmaya neden olmaktadır. Vitamin E alımının engel olduğu ifade edilen bu durumun da nedeninin çoklu doymamış yağ asitlerinin lipid peroksidaz üretimini artırması olduğu bilinmektedir.

b. Vitamin ve mineraller

Vitamin B₆, Vitamin E, selenyum ve çinkonun yaşlılık döneminde immün sistemin güçlendirilmesi için gerekli olduğu ifade edilmektedir.

5. Nörolojik ve kognitif fonksiyonlarda değişiklik

Yaşlanma ile birlikte beyinde dejeneratif değişikliklerin sonucu olarak mental yetersizlik ve demans görülebilmektedir. Bu durum yaşlılık döneminde kişilerin en fazla kaygı duydukları durumlar arasında yer alır. Depresyon, bu dönemde kişilerin yaşamlarını olumsuz etkileyen başka bir sağlık sorunudur.

Yeterli ve dengeli beslenme; enerji sağlaması, nörotransmitter sentezini artırması, oksidatif stresi azaltması, sitokinler üzerindeki etkisi nedeniyle yaşlılarda mental fonksiyonları olumlu etkiler.

II. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunlarının Değerlendirilmesi

1. Diyet ile alınan gıdaların öğrenilmesi

Bu değerlendirme zor bir süreci gerektirebilir. Yaşlının yaşadığı yer, iletişim kurmada zorluk, hafıza faktörü, gözlem çalışmalarının kısıtlılığı, yaşlılık döneminde alınan gıdalara ilişkin ayrıntıların öğrenilmesini zorlaştırmaktadır.

a. Yirmi dört saatlik besin tüketimi: En sık kullanılan yöntemler arasındadır. Katılımcıya son 24 saat içinde yedikleri sorulur. Hafıza faktörünün göz önüne alınması gerekir.

b. Besin kayıt yöntemi: Yenilen gıdaların kişi tarafından kaydedilmesine dayanır. Katılımcıdan kayıt işlemini genellikle yedi gün sürdürmesi istenir.

c. Gıda tüketim sıklığı anketi: Belli bir zaman diliminde tüketilen gıdaların profili hakkında bilgi verir.

d. Gıda öyküsü: Çok pratik bir yöntem olmamakla birlikte bu konuda eğitim almış bir kişi tarafından açık uçlu sorular şeklinde düzenlenir.

e. Planlı olmayan kilo kaybı: Son altı ay içinde vücut ağırlığının %10'unu kaybetmiş olmak önemli bir bulgudur.

2. Vücut ağırlığı ve diğer antropometrik yöntemler

Vücut ağırlığının ölçülmesi bedensel değerlendirmeler arasında en ucuz yöntemlerden birisidir. Vücut ağırlığı makronütrient durumunun değerlendirilmesi açısından pek çok diğer yöntemle karşılaştırılabilir. Var olan vücut ağırlığının zaman içindeki değişimini gözlemek, yaşlı bireyin sağlık durumu ile ilgili kabaca bilgiler verebilir. Vücut ağırlığı kullanılarak bazı indikatörlerin de değerlendirilmesi yapılabilir. Örneğin; boya göre ağırlığın değerlendirildiği BKİ değerlendirmesi en pratik ve yararlı değerlendirme yöntemlerinin başında gelir (Tablo 5). BKİ ve yağ kütlesi ile BKİ ve kas kütlesi

arasında kabul edilebilir sınırlarda korelasyon bulunmaktadır ($r=0.6-0.8$). Ancak; yaşlılarda özellikle vücut yağ kütleindeki değişikliklerin fazla olması nedeniyle BKİ değerlendirmesi ile ilgili çekincelerin bulunduğu unutulmamalıdır.

Tablo 5. DSÖ BKİ değerlendirme kriterleri

BKİ (kg/m ²)	Değerlendirme
18.5 altı	Zayıf
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Hafif şişman
30.0-39.9	Şişman
40 ve üzeri	Aşırı şişman

Kaynak: Obesity: preventing and managing the global epidemic, 2000.

BKİ değerlerinin “normal” sınırlarda olması sağlık açısından istenilen hedeftir. Yaşlılarda BKİ'nin 27 kg/m²'ye kadar olan değerleri normal olarak kabul edilmektedir. BKİ risk eşiği ise 18-22 kg/m²'dir. Yaşlıların yatağa bağımlı olması, yaşa bağlı kifoz oluşması durumlarında BKİ değerlendirmesi yerine boy uzunluğu için “diz boyu ölçümü”, vücut ağırlığı yerine de “üst kol çevresi”, “baldır çevresi” ve “subskapular deri kıvrım karınlığı” ölçümlerinin kullanılması önerilmektedir.

Kullanılan bir başka antropometrik değerlendirme de bel ve kalça çevresi ölçümleridir. Bel çevresinin kadınlarda 88 cm'yi; erkeklerde de 102 cm'yi geçmesi bir risk olarak tanımlanmaktadır. Bel kalça oranının da erkeklerde 1'i; kadınlarda da 0.80'i geçmesi riski artırmaktadır.

Hangi yöntemle yapılırsa yapılsın değerlendirmeler ölçümlere dayalı olmalıdır. Bazen araştırmacılar beyana dayalı hesaplamalar yapmaktadırlar, ancak beyana dayalı yapılan BKİ hesaplamalarının çoğunlukla gerçek değerden daha az olduğu ifade edilmektedir.

3. Vücut bileşenleri

Vücut bileşenlerinin değerlendirilmesi için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler arasında antropometrik ölçümler ve Biyoelektrik İmpedans Analizi (BİA) değerlendirmesinin yanısıra daha kompleks olan dual enerji X-ray absorbtometre, sualtı ağırlık ölçümleri (underwater weighting), nötron aktivasyonu gibi yağ ve yağsız kütle ölçümlerini yapabilen değerlendirmeler yer almaktadır. Tekniklerin sofistike olması onların yaygın kullanılabilirliğinin ve ulaşılabilirliğinin önünde engel olabilir. Bu nedenlere bağlı olarak halen en pratik iki yöntem BKİ ve BİA'dır. BİA uygulamasında; doku yatağına elektrotlar aracılığı ile değişik frekanslarda alternatif akımlar verilir ve akımın voltajındaki düşme “impedans” olarak tespit edilir. Elde edilen impedans değeri kullanılarak vücut yağ yüzdesi, vücut yağ miktarı, yağsız vücut yüzdesi, yağsız vücut kütlesi, vücut su yüzdesi, vücut su miktarı ve beden kitle indeksi gibi vücut bileşenleri hesaplanmaktadır.

Değerlendirmeler vücut kompozisyonlarındaki değişimlere çok duyarlı olup sonuçların güvenilirliği ile ilgili kaygılar yaşanabilir. Bu kısıtlılıklardan dolayı sonuçların çok dikkatli yorumlanması gerekir.

Yaşlılık döneminde bireyin bir tek vücut ağırlığının değerlendirilmesi bile önemli mesajlar verir. Bu durumla karşılaşıldığında kilo değişimine neden olan faktörlerin araştırılması gerekmektedir.

4. Fiziksel fonksiyon değerlendirmesi

Fiziksel fonksiyonun değerlendirilmesi için çok farklı yöntemler kullanılmaktadır. Ancak fonksiyonel kapasite için en yaygın olarak kullanılan yöntem bireylerin beyanına dayalı anket formları üzerinden yapılan değerlendirmelerdir. Bu kapsamda “Katz Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçeği” örnek olarak verilebilir. Bu tür değerlendirmeler beyana dayalı olduğu için yan tutmalara neden olabilir. Ancak; bireyin kendi sağlığı ve kapasitesi ile ilgili algısını ortaya koyması bakımından da çok önem taşımaktadır.

Bireyin fonksiyonel kapasitesi aslında gün içinde yapabildiği aktivitelerle değerlendirilebilir. Örneğin; sandalyeyi kaldırabilme, merdiven çıkabilme gibi değerlendirmeler basit olabileceği gibi kompleks de olabilir. Her ne formatta olursa olsun yapılan değerlendirmelerin kültüre uyarlanması gerekmektedir.

Fonksiyonel kapasite değerlendirmelerinin laboratuvar (ya da ekipman) temelli olan yöntemleri de bulunmaktadır (Örneğin; VO_2max). Bu yöntemlerin uygulanabilirliği diğerlerine göre daha zor olabilir.

5. İmmün fonksiyon değerlendirilmesi

Bu değerlendirmeler için antikor yanıtları ve seviyeleri kullanılabilir (örneğin aşı yapıldıktan sonra antikor yanıtının değerlendirilmesi).

6. Diğer laboratuvar değerlendirmeleri

Bu değerlendirmeler için “biyomarker”lar kullanılmaktadır.

Yukarıda ayrıntıları yazılmış olan yaşı bireylerin beslenme ve fonksiyonel kapasite durumlarının değerlendirilmesi konusunda aşığıda özet bilgiler bulunmaktadır:

a. Temel yaklaşımlar

1. Diyet öyküsü
2. Vücut ağırlığı
3. Boy uzunluğu ölçümü
4. Bel çevresi
5. Orta kol çevresi
6. Deri kıvrım kalınlığının ölçülmesi
7. Fonksiyonel kapasite değerlendirmesi (anket)
8. Geçirilmiş olan enfeksiyon hastalıkları epizodları (anket)

b. İkincil düzey değerlendirmeler

İkincil düzey değerlendirmeler arasında Biyoelektrik İmpedans Analizi (BİA), gecikmiş hipersensitivite reaksiyonu, kimyasal marker değerlendirmeleri ve aşılama sonrası antikor düzeyi değerlendirmesi gibi yöntemler yer almaktadır. Bu değerlendirmeler teknolojiye bağımlıdır. Uygulamaların “temel yaklaşımlar” sonrası belirlenen gereksinimlere göre yapılması önerilmektedir.

III.Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ile Mücadele Yolları ve Sağlık Çalışanı Yaklaşımı

Yapılan çalışmalar yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması sonucu onların beklenen yaşam sürelerinde artma ve yaşam kalitelerinde yükselme olduğunu vurgulamaktadır. Yaşlılık döneminde beslenme sorunları ile mücadele etmenin temel taşlarını ulusal ve uluslararası korunma stratejileri oluşturmaktadır. Uluslararası çalışmaların ulusal uyarlamaları ilgili kamusal yapı içinde koşullara göre düzenlenmelidir.

1. Yaşlılık Döneminde Hekim Tarafından Önerilmesi Gereken Başlıklar

Yaşlı sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından beslenmeyi sağlıklı yaşam davranışları içinde bir bütün olarak görmek gerekir. Yaşlılık döneminde tıpkı diğer yaş gruplarında olduğu gibi temel besi öğelerine gereksinim vardır; ancak bu gereksinimin miktarları farklıdır.

a. Enerji: Yaşlıların hafif fiziksel aktivite yaptığı düşünülduğünde beden ağırlığının kilogramı başına 30 kkal/gün enerji tüketilmesi önerilmektedir. Bu değer ise günlük olarak kadınlarda 1900 kkal; erkeklerde ise 2300 kkal olarak kabul edilmektedir.

b. Protein: Günde vücut ağırlığı başına 0.9-1.1 gram protein alınmalıdır. Hastalık, stres ve ameliyatlarda protein gereksinimi artar. Bazı organ yetersizliklerinde (böbrek, karaciğer) ise protein alımının kısıtlanması gerekir.

c. Karbonhidrat: Yaşlılık döneminde günlük enerjinin %50-60'ının karbonhidratlardan sağlanması önerilir. Karbonhidrat gereksinimi daha çok "kompleks" yapıda bulunan karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Kompleks karbonhidratlar içeren besinler temel olarak tahıllar, kurubaklagillerde bulunur ve enerjinin yanı sıra vücut için gerekli olan protein, vitamin, mineral ve posa da sağlamaktadırlar.

d. Yağlar: Yaşlılarda günlük alınan enerjinin en fazla %30'unun yağlardan sağlanması önerilmektedir. Bu dönemde LDL kolesterolü artırmak yolu ile kardiovasküler hastalıkların riskini artıran sature yağ asitlerinin tüketiminin toplam alınan enerjinin %8'ini geçmemesi önerilmektedir. Ayrıca; soya, zeytinyağı, ayçiçek yağı dengesinin iyi kurulması önerilmektedir. Bu dönem için özellikle ω -3 yağ asitlerinin ağırlıkta olduğu balık, ek olarak yeşil yapraklı sebzelerin tüketilmesi önerilmektedir. Ayrıca margarinlerde bulunan trans yağ asitleri de kalp hastalıkları ile ilişkilendirildiklerinden bisküvi, kek ve diğer tatlıların tüketiminin sınırlandırılması gerekir. Gıdaların kolesterol içeriği günlük 300 mg'ın altında olmalıdır. LDL kolesterol düzeyi yüksek olan, diyabet hastalığı olan ve kalp-damar hastalıkları olan bireylerde günlük alınan kolesterol miktarı 200 mg'ın altında olmalıdır.

Kan homosistein düzeyinin düşük olmasını sağlayabilmek için de yağ içeriği düşük olan gıdaların tüketilmesi önerilir (düşük yağ içeriği olan süt ve süt ürünleri gibi). Bu ürünlerin kullanılması kan homosistein düzeyini azaltarak kalp ve damar hastalıkları riskini %7-9 azaltır.

e. Vitamin ve mineraller: Yaşlılık döneminde vitamin ve mineral gereksiniminin artması temel olarak vücut direncinin ve bağışıklık sisteminin zayıflaması, konik hastalıkların artması, hareketsizlik gibi nedenlere bağlıdır. D Vitamini dışındaki vitamin ve minerallerin eğer yaşlıda başka bir sağlık sorunu yoksa yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanabildiği durumlarda karşılanabildiği ifade edilmektedir. Vitamin ve minerallerin fazla alınmasının da toksik etkiler yapabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle multivitaminlerin hekim kontrolünde yaşlılara sunulması, kullanım açısından gerekli yönlendirmelerin ve kontrollerin yapılabilmesi için çok önem taşır.

f. Sıvı tüketimi: Yeterli sıvı alımı ortalama sedanter bir erkek için günde en az 2900 ml; sedanter bir kadın için ise 2200 ml'dir. Sıvı ihtiyacının en önemli kaynağını su oluşturmaktadır. Suyun vücutta depolanmaması nedeniyle vücut için gerekli olan su miktarı da düzenli olarak her gün dışarıdan alınmalıdır. Pratik olarak yaşlıların günde 2 litre (8-10 bardak) sıvı tüketmesi önerilir. Fiziksel aktivite, hastalık, iklim değişiklikleri, sıvı gereksinimini değiştirebilir.

g. Posa: Posalı gıdalar barsak hareketlerini artırır, kan şekerini düzenler, kan kolesterolünü azaltmaya katkı sağlar, şişmanlığı önler ve barsak kanserine karşı koruyucudur. Bu nedenle bitkisel gıdaların vücutta sindirilemeyen bölümü olarak

da bilinen posalı gıdaların günde 25-30 mg tüketilmesi önerilmektedir. Kuru-baklagiller, kepekli tahıl ürünleri posa içeriği yüksek olan gıdalar arasındadır.

Sonuç olarak yeterli ve dengeli beslenebilmek için aşağıdaki besin gruplarının bir denge içinde tüketilmesi gerektiğinin vurgulanması yerinde olur:

Grup 1: Ekmek, pirinç, makarna

Grup 2: Meyveler

Grup 3: Sebzeler

Grup 4: Et, tavuk, balık, baklagiller, yumurta

Grup 5: Süt, yoğurt, peynir

Grup 6: Hayvansal yağlar, bitkisel yağlar, şeker

Sağlıklı yaşam davranışları bütününde beslenme dışında da önemli başlıklar bulunmaktadır. Bu konuların da hekim tarafından dikkate alınması ve kendisine başvuran bireylere sunulan hizmet içinde vurgu yapılması gerekir:

1. Sigara, alkol ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerden uzak bir yaşam: Bireyler hangi yaşta olursa olsunlar sigara başta olmak üzere tütün ürünleri kullanımından ya da tütün dumanından pasif etkilenimden uzak durmalıdır. Günümüzde en fazla tüketilen tütün ürünü sigaradır. Yaşlılık döneminde sigara dumanından pasif etkilenimin engellenmesi için kapalı alanlarda bu konuya özen gösterilmesi gerekir (örneğin; kahvehaneler). Bu konuda Ocak 2008’de yasalaşmış olan tütün yasası son derece önemli katkılar sağlayacaktır. Alkol ve bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durabilmek de öneriler arasındadır.

2. Fiziksel aktivite yapabilme: Fiziksel aktivite, sağlıklı yaşam davranışlarının önemli bir bileşeni olup “yeterli ve dengeli beslenme konusu ile birlikte ele alınmalıdır. Düzenli olarak haftada 3-5 kez fizik egzersiz yapılması genel sağlık önerileri arasında yer almaktadır. Fizik egzersiz için önerilen süre ise 30 dakikadır. Ancak; bireylerin, özellikle de yaşlıların fizik egzersize başlamadan önce mutlaka hekim kontrolünden geçmeleri gerekir. Fizik egzersizin sıklığına, tipine, süresinin belirlenmesi için hekimlerin önerileri çok önemlidir. Bu dönem için önerilen egzersiz türleri dayanıklılık (yürüyüş, yüzme, bisiklet, dans, su içi egzersizler gibi), kuvvet, esnek-

lik ve denge egzersizleridir. Egzersiz önerileri verilirken etkinliğin türü, süresi, sıklığı ve yoğunluğu çok iyi belirlenmeli; bu konuda bireylere özgü yaklaşımlar geliştirilmelidir.

Fiziksel aktivitenin sağlık açısından yararları aşağıda sıralanmıştır:

- a. Kalp ve damar hastalıkları (%50), kolon kanseri (%50), tip 2 DM (%50) sıklığı azalır.
- b. Ruh sağlığı sorunları ile mücadele daha başarılı olur.
- c. Düşmelerde karşılaşılabilecek sorunların sıklığında azalma olur.
- d. Ağrı ile başedebilme kapasitesini artırır.
- e. Osteoporoz gelişimi %50 azalır.
- f. Özellikle gençlerde riskli davranışların gelişmesi önlenir.
- g. Obezite sıklığı azalır.
- h. Sosyal ve ekonomik kazanımlar sağlanır.

3. *Düzenli uyku:* Bireylerin sağlıklı olabilmeleri için günde düzenli bir şekilde 6-8 saat uyumaları önerilmektedir.

4. *Stresten uzak durabilme becerisinin gelişmesi:* İçsel ve dışsal uyaranlar sonucunda vücudun yarattığı tepki olarak bilinen stres, yaşam koşullarının zorlaşması ile birlikte sağlığı tehdit eden önemli nedenler arasında sayılmaktadır. Kişilerin strese baş edebilmelerine yönelik pek çok yöntem geliştirilmiştir. Sanatsal, sosyal, kültürel aktivitelerde bulunmak, spor yapmak stresle baş etmenin bir yolu olabileceği gibi özel olarak bu konuda geliştirilmiş yöntemleri öğrenmek ve bireysel yaşamlara uyarlamak da bir başka yöntem olabilir. Stresle baş edebilmek için fiziksel egzersiz yapabilmek, aile-arkadaş-sosyal ilişkilerin güçlendirilmesi, bireysel ilgi alanlarının geliştirilmesi, boş zamanların üretken biçimde değerlendirilebilmesi gibi konulara önem verilebilir.

5. *Güvenli bir cinsel ilişki:* Sağlığın bir bütün olduğundan yola çıkarak 65 yaş ve üzeri dönemde de özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaya dikkat etmek gerekir. Korunmasız ilişkilerden de kaçınmak önemli bir konudur.

Kendine herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri gruptan bir bireyle iletişim sırasında hekim bu başlıkları mutlaka vurgulamalıdır. Bunlardan her-

hangi birisinin eksikliğinde bireyin sağlığının korunması için yapılması gereken adımlardan birisi eksik kalır. Özellikle fiziksel aktivite ve beslenme birlikte ele alınmalıdır. Genel yaklaşımların verilmesi sürecinde toplumsal müdahaleler öne çıkarılmalıdır. Toplum tabanlı çalışmalar ve toplumu güdüleyen, toplumdaki bireylerde davranış değişikliği yaratan önceliklere vurgu çok önemlidir. Bu tür programların uygulanabilir, ulaşılabilir, ölçülebilir, gerektiğinde uyarlanabilir özelliklerinin olması gerekir.

Beslenme alışkanlıklarına yönelik genel ve özel değerlendirmeler bu aşamadan sonra geliştirilmelidir. Genel yaklaşımlar uluslararası ve ulusal politikaların öngördüğü şekilde olmalıdır. Özel yaklaşımlar ise bireyin ihtiyacına yönelik olarak düzenlenmelidir. Her iki durum da ekip anlayışı gerektirir. Özellikle bireye özel yaklaşımları geliştirirken hekim ulaşabildiği diyetisyenden yardım alınmalıdır.

Hazırlanmış olan beslenme rehberlerinden de bu aşamada yararlanılabilir. Beslenme rehberleri ile ilgili olarak yanıtlanması gereken bazı sorular bulunmaktadır:

1.1. Beslenme rehberleri ihtiyaçları yeterince karşılar mı?

Günümüzde var olan beslenme rehberleri genellikle tek tek besin öğelerine (yağ, alkol, tuz, şeker, kalsiyum, demir) ya da besin gruplarına (örneğin; meyve-sebze tüketimi fazla, yağ tüketimi az olmalı) yönelik olarak hazırlanmaktadır. Ancak bu yaklaşımın “gıdaların üretim aşaması (ziraat)”, “hazırlanması”, “gıda endüstrisi” gibi aşamaları da kapsayan biraz daha geniş bir bakış açısına sahip olması önem taşır. Dahası, bu yaklaşım, toplumların kültürel özelliklerini de dikkate alır. Nihayetinde beslenme rehberlerinin temel amacı bireylerin ve toplumların “yeterli ve dengeli beslenme” koşullarının sağlanması ve beslenmeye bağlı oluşabilecek sağlık sorunlarının önüne geçilmesidir.

Beslenme rehberleri toplumların beslenme konusundaki eğitim düzeylerinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Beslenme rehberlerinin; uluslararası nitelikte olsalar bile ülke uyarlamalarında kültür gibi o ülkeye özgü diğer özelliklerin içselleştirildiği dökümanlar olmasına dikkat etmek gerekir. Beslenme rehberlerinin hazırlık aşamasında DSÖ ile Uluslararası Gıda ve Tarım Organizasyonu (FAO) ve Dünya Gıda Programı (WFP) gibi uluslararası örgütler önemli rollere sahiptirler.

1.2. Beslenme rehberlerinin hazırlığı nasıl olmalıdır?

Beslenme rehberleri toplumun geneline yönelik olabileceği gibi özel gruplara yönelik olarak da hazırlanabilir. Bu yaklaşımın üç önceliği olmalıdır:

1. Genel yaklaşım: Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ilkelerinden yararlanan bakış açısının beslenme alanına uyarlanması gerekir. Sağlık bir bütündür, beslenme ise bu bütün içerisinde bir yaklaşım ve uygulamalardır. Rehberin anlaşılabilirliğinin artırılması için yaş gruplarına göre sınıflandırmadan yararlanılabilir (bebeklik dönemi, çocukluk çağı, ergenlik dönemi, erişkin dönem, yaşlılık dönemi gibi).

2. Özel gruplar: Özel gruplara yönelik rehberler (örneğin; gebeler, yenidoğanlar, olağandışı durumlarda yaşayanlar gibi). bu koşullarla karşılaşan sağlık çalışanları açısından çok değerlidir. Bu konuda da uluslararası ve ulusal yaklaşımların standardı olmalıdır.

3. Belirli hastalığı olan gruplar: Bu gruba yönelik beslenme rehberi hazırlığı (örneğin; böbrek hastaları, karaciğer hastaları gibi) özellikle ikinci ve üçüncü basamakta çalışan hekimler ve diğer sağlık çalışanları için yönlendiricidir.

Yaşlılara yönelik olarak hazırlanmış olan beslenme rehberleri her ülkede yaygın değildir. Bu konuda Avustralya'da önemli çalışmalar bulunmaktadır. Japonya'nın ise Dünyada yaşlı beslenmesi konusunda özel olarak çalışan tek ülke olduğu ifade edilmektedir. Japonya'da yaşlı beslenmesine yönelik öneriler temel olarak aşağıdaki başlıkları kapsamaktadır:

1. *Öğünlerinizden zevk almaya özen gösterin. Her öğünde besin çeşitliliğine dikkat edin.*
2. *Öğüne sebzelerle ve daha hafif yiyeceklerle başlayın.*
3. *Öğün atlamayın. Düzenli bir öğün alışkanlığı edinmeye özen gösterin.*
4. *Fiziksel olarak aktif olmaya özen gösterin. Acıktığınız zaman besinler daha lezzetli gelecektir, unutmayın!*
5. *Beslenme konusundaki bilgilerinizi artırmaya özen gösterin. Bu konuda topluma yönelik olarak hazırlanmış, bilimsel olarak kanıtlanmış bilgilerden yararlanın.*
6. *Yaşamdan zevk almak için elinizden geleni yapmaya özen gösterin. Beslenme de bu zevkin önemli bileşenlerinden birisidir. Unutmayın!*

Yukarıdaki örnekte yer alan öneriler, aslında basit, anlaşılır ve hemen her toplumda yaşayan bireylere yöneliktir.

Dünyada beklenen yaşam süresinin artması, hastalık nedenlerinin kronik hastalıklar yönünde değişmesi gibi nedenlere bağlı olarak beslenme rehberlerinin içeriğinde de değişiklikler yapılmaya başlanmıştır. Günümüzde beslenme rehberleri temel olarak aşağıdaki hastalıkların önlenmesine yönelik olarak hazırlanmaktadır:

- √ Obezite (özellikle abdominal obezite)
- √ Diabetes mellitus
- √ Kalp ve damar hastalıkları
- √ Kanser (meme, akciğer, kolorektal, prostat, beyin)
- √ Osteopeni, osteoporoz

Yaşlılık ve beslenme konusundaki yaklaşımların da yukarıdaki değişime göre düzenlenmesi gerekir. Bu noktada aşağıdaki konular öne çıkmaktadır:

1. Yaşlılık döneminde duyarlılığın ve örselenebilirliğin artması
2. Kadınlara özel menopoz sonrası durum değişiklikleri
3. Demans ve bilişsel fonksiyonlardaki gerileme
4. Davranışsal ve psikolojik bozukluklar
5. Yeniden görülen enfeksiyon hastalıkları
6. Çevresel sorunlar (kimyasallar, hava kirliliği, iklim değişikliği gibi)
7. Besinlerin yarar-zarar dengesinin değerlendirilebilmesi

Beslenmeye yönelik müdahalelerde de sağlığın korunması yaklaşımının benimsenmesi gerekir. Bu yaklaşım, aslında bütün yaş grupları ve korunabilir sağlık sorunları için benzerdir. Sağlığın korunması birincil, ikincil ve üçüncül olmak üzere üç düzeyde yapılmaktadır. Birincil korunma yaklaşımı, hastalıklar olmadan yapılan müdahaleleri; ikincil korunma, erken tanı ve tedavi hizmetlerini; üçüncül korunma da rehabilitasyon hizmetlerini kapsar. Bu yaklaşımlar yaşlı beslenmesine indirgenğinde aşağıdaki kalp ve damar hastalıklarından korunma örneği akla gelebilir:

Birincil korunma: Lifli gıdaların tüketiminin artırılması, hayvansal gıdaların tüketiminin azaltılması, bireylerin kronik hastalıklara yakalanma sıklığını azaltır.

İkincil korunma: Rutin olarak serum kolesterol düzeyinin takip edilmesi, kalp ve damar hastalıklarının erken tanı ve tedavisi için önemlidir.

Üçüncül korunma: Koroner kalp hastası olan bir kişinin antioksidan desteği alması önemlidir.

Yaşlılık döneminde görülen diğer hastalıklar için de benzer yaklaşımları geliştirmek mümkündür. Bu konuda bazı ayrıntılar Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Yaşlılık döneminde beslenme konusunda korunma yaklaşımları

	Birincil Korunma	İkincil Korunma	Üçüncül Korunma
	Sağlığın Geliştirilmesi	Risklerin azaltılması	Tedavi
Tanımlar	Olası risk faktörlerinin azaltılmasına bağlı olarak hastalıklardan ve sakatlıklardan korunma	Erken tanı olanaklarının (tarama programlarının) artırılması yoluyla semptomların oluşmasından önceki dönemde korunma	Hastalıkların tedavisi
Amaçlar	İyilik halinin davranışsal ve çevresel düzenlemelerle sağlanması	Beslenme koşullarının geliştirilmesi ve genetik-yaşam tarzı nedeniyle duyarlı olan grubun hastalıklarının önlenmesi	Rehabilitasyon hizmetleri
Aktiviteler	Eğitim etkinlikleri	Erken tanı ve tedavi	Akut ya da kronik sağlık sorunlarına yönelik bireysel beslenme programlarının düzenlenmesi

Sonuç olarak sağlıklı olmak için her düzey korunma çok değerlidir. Ancak; birincil korunma yaklaşımının bireyler tarafından daha erken yaşlarda algılanması, benimsenmesi ve uygulanması, toplumların sağlıklı olma hedefi açısından en öncelik verilmesi gereken konu olmalıdır. Bu yaklaşım bütün sağlıklı yaşam davranışları ve özel olarak da pek çok sağlık sorununun altında yatan beslenme konusunda içselleştirilmelidir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

Aslan, D. *Sağlıklı Yaşlanma ve Sağlığın Korunması*. In: Yaşlılık "Sık Rastlanan Sorunlar". Gökçe-Kutsal Y., Selekler; K (Eds). Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007, pp: 7-20.

Diet, Nutrition and The Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf. Erişim tarihi: 8 Ocak, 2008.

DSÖ raporu, 2002: 73; Benefits of Physical Activity. http://www.who.int/moveforhealth/advocacy/information_sheets/benefits/en/index.html. Erişim tarihi: 1 Nisan 2007.

EUR/06/5062700/6:5

Garel P. *Putting medical nutrition onto the international agenda: Actions by the European Nutrition for Health Alliance.* *Clinical Nutrition Supplements* 2007;2(1):39-43.

Güner R. *Yaşlanma Sürecinde Bedensel Etkinlik. Yaşlılarda Beslenme.Geriatri Kitabı İçinde* (Aslan D. Yayına hazırlayan). Geriatri Derneği-TTB Yayınları, 2006: 99-113.

Food and Nutrition Board. Recommended Dietary Allowances. 9th ed. Washington, DC: National Academy Press; 1980; Chidester JC, Spangler AA. Fluid intake in the institutionalized elderly. J Am Diet Assoc 1997;97:23-28.

Healthy Ageing. Practical Pointers on Keeping Well. WHO Western Pacific Regional Office 2005, ISBN 9290610611.

Heinrich M, Prieto J. *Diet and Healthy Ageing 2100: Will we globalise local knowledge systems? Ageing Research Reviews* 2007.

Hickson M. *Malnutrition and Ageing. Postgrad Med J.* 2006 Jan ;82 (963):2-8.

http://www.wpro.who.int/publications/PUB_9290610611.htm

http://www.who.int/director-general/speeches/1999/english/19990407_world_health_day.html. Erişim tarihi: 21 Şubat 2008.

Jong N. *Nutrition and Senescence: Healthy Aging For All in the New Millennium. Nutrition* 2000;16(7-8):537-541

Keep fit for life: meeting the nutritional needs of older people.

http://www.who.int/nutrition/publications/en/nut_older_persons_1.pdf. World Health Organization 2002;8.

Levitan EB, Cook NR, Stampfer MJ, Ridker PM, Rexrode KM, Buring JE, Manson JE, Liu S. Dietary glycemc index, dietary glycemc load, blood lipids, and C-reactive protein. *Metabolism* 2008;57(3):437-43.

Lochs H, Pirlich M. Nutrition in the Elderly. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2001;15(6):869-884.

Men Ageing and Health. Achieving Health Across the Life Span. World Health Organization Publications, 1999, 01WHO/NMH/ NPH 01.2.

Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO Technical Report Series, No. 894; http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf) Erişim Tarihi: şubat 2008.

Selçuk H. Yaşlılarda Beslenme. *Geriatrici Kitabı İçinde* (Aslan D. Ed). *Geriatrici Derneği-TTB Yayınları*, 2006: 159-171.

Schuit AJ. Physical activity, body composition and healthy ageing *Exercice, composition corporelle et vieillissement.* *Science & Sports* 2006; 21: 209-213.

Sitil A, Çavdar C, Yeniçerioğlu Y, Çömlekçi A, Çamsan T. Vücut Kompozisyonunu Değerlendirmede Kullanılan Yöntemler ve Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalardaki Uygulama Alanları. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi I Official Journal of the Turkish Society of Nephrology* 2002,11(4):189-190.

Smith AP. The concept of well-being: relevance to nutrition research. *Br J Nutr* 2005;93 Suppl 1:S1-5.

Temizhan A. Metabolik Sendrom. *Temel Geriatrici Kitabında* (Kutsal YG-Ed, Aslan D-Yrd. Ed), *Güneş Kitabevleri Yayınları*, 2007, pp 493-503.

The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (Eds). WHO publications, 2007.

Wellman NS. Prevention, Prevention, Prevention: Nutrition for Successful Aging. *Journal of the American Dietetic Association* 2007; 107(5):741-743.

World Health Report, 2004.

Yaşlılukta Beslenme. T-HASAK Teknik Rapor No:8. Rakıcıoğlu N, Attila S. *Mart* 2003: pp 16-17.

www.wfp.org. Erişim Tarihi: 1 Mart 2008.

