

شیوع سوء تغذیه و برخی عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بجنورد، 1393

سید حمید نبوی¹؛ طیبه اصلانی^{2*}؛ سارا قربانی²؛ حامد مرتضوی³؛ معصومه طاهرپور⁴؛ سجاد سجادی⁵

چکیده

زمینه: تغذیه نقش بسیار مهمی روی سلامت و بیماری افراد سالمند دارد و سوء تغذیه از موانع افزایش کیفیت زندگی قشر سالمند است. این مطالعه با هدف سنجش سوء تغذیه و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر بجنورد در سال 1393 انجام شد. روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی مقطعی بود. جامعه هدف در این پژوهش کلیه سالمندان شهر بجنورد بودند، که از بین آن‌ها 120 نفر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از مصاحبه، مشاهده و تکمیل پرسشنامه با مراجعه به درب منازل، بیمارستان و مراکز نگهداری سالمندان جمع‌آوری گردید. در این طرح از پرسشنامه بررسی وضعیت تغذیه‌ای (MNA) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کای دو استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین سن سالمندان $71/73 \pm 9/70$ سال بود. $56/7$ درصد نمونه‌ها مرد بودند و 30 درصد سالمندان از تغذیه خوب برخوردار بودند. $62/2$ درصد سالمندان در معرض سوء تغذیه و $7/5$ درصد سالمندان مبتلا به سوء تغذیه بودند. نتایج پژوهش نشان داد که سوء تغذیه در سالمندان مؤنث، تحصیلات پایین‌تر، مصرف دخانیات، سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند و زندگی در مراکز نگهداری نسبت به سالمندانی که در بیمارستان بستری هستند یا زندگی فعالی در جامعه دارند بیشتر است. همچنین مطالعه نشان داد سوء تغذیه با وضعیت اقتصادی ارتباط معنادار ندارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به فراوانی بالای افراد در معرض سوء تغذیه از بین سالمندان و احتمال ابتلای آن‌ها به سوء تغذیه، حمایت از این گروه و مراقبت از آن‌ها برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش بیماری و ناتوانی در این قشر تلاش بیشتری را می‌طلبد.

کلیدواژه‌ها: سوء تغذیه، سالمند، عوامل مرتبط

«دریافت: 1393/9/2 پذیرش: 1393/10/16»

1. مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

2. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

3. مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

4. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

5. گروه آموزشی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

*عهده‌دار مکاتبات: بجنورد، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی، دانشکده بهداشت، تلفن: 09126059206

Email: taslani922@gmail.com

مقدمه

بیش از 26 میلیون نفر و نسبت آن به کل جمعیت به حدود

23 درصد خواهد رسید (2).

از سویی مطالعات دیگر دنیا نشانگر این موضوع بوده

است که وضع تغذیه، نقش بسیار مهمی روی سلامت و

بیماری افراد بالای 65 سال دارد. دانشمندان معتقدند

تغذیه یکی از شاخص‌های سلامت و سوء تغذیه از موانع

افزایش کیفیت زندگی قشر سالمند است. حتی در چندین

طی سال‌های اخیر با کاهش میزان مولید و مرگ و

میر و نیز با افزایش امید به زندگی، تعداد سالمندان جهان

افزایش یافته است. این روند در کشور ایران نیز مشهود

است (1). پیش‌بینی می‌شود علی‌رغم این که جمعیت ایران

هم‌اکنون جوان می‌باشد اما به سرعت به سوی سالخوردگی

برود به طوری که تعداد سالخوردگان آن در سال 2050 به

تغذیه، پیشگیری یا درمان گردد که این امر بر اهمیت غربالگری سوءتغذیه در سالمندان تأکید می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت تغذیه و سوء تغذیه در سالمندان انجام شد تا شیوع سوءتغذیه را در سالمندان فعال جامعه، سالمندان بستری و مراکز نگهداری سالمندان و برخی عوامل مرتبط را شناسایی کند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه به صورت توصیفی-تحلیلی مقطعی در سالمندان بالای 60 سال شهر بجنورد در سال 1393 انجام گرفت. با توجه به $\alpha=0/05$ ، $d=0/09$ و $P=0/4$ در این مطالعه، 120 سالمند وارد مطالعه شدند. نمونه‌گیری در این پژوهش چندمرحله‌ای بوده بدین صورت که سه طبقه مراکز نگهداری سالمندان، بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه و سالمندان فعال سطح شهر در نظر گرفته شد و از هر طبقه 40 سالمند وارد مطالعه شدند. در انتها با توجه به ویژگی‌های هر طبقه، نمونه‌های نهایی به صورت تصادفی یا در دسترس انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه، مشاهده و تکمیل پرسشنامه توسط محققین انجام شد. در سالمندان مقیم مراکز نگهداری در صورت عدم اطلاع کامل سالمند، اطلاعات لازم به کمک فرد مراقب به دست آمد. جهت بررسی سوء تغذیه از پرسشنامه بررسی کوتاه وضعیت تغذیه‌ای (MNA: Mini Nutritional Assessment) استفاده شد. این پرسشنامه 18 گویه‌ای دارای 5 بعد شامل: 1- اندازه‌گیری‌های تن‌سنجی (BMI، دور بازو و ماهیچه ساق پا)، 2- دریافت رژیمی (تعداد وعده‌های غذایی، دریافت غذا و مایعات و بی‌اشتهایی)، 3- خودارزیابی، 4- ارزیابی کلی (وضعیت زندگی فرد و میزان مصرف روزانه دارو، میزان تحرک و مشکلات عصبی روانی) و 5- بیوگرافی فرد می‌باشد. زمان لازم برای پرکردن پرسشنامه 10-15 دقیقه است. طبق این پرسشنامه نمونه‌ها به 3 گروه با تغذیه طبیعی، در معرض خطر سوء تغذیه و مبتلا به آن تقسیم می‌شوند. لذا اگر امتیاز فرد 24 یا بیشتر شود وضعیت تغذیه فرد

مطالعه بین سوءتغذیه و بیماری و مرگ ناشی از عوارض آن ارتباط وجود داشته است (3). سوء تغذیه برای بسیاری از اختلالات بالینی یک نوع ریسک‌فاکتور محسوب می‌شود سوء تغذیه با این که معمولاً در سالمندان شایع است اما تشخیص داده نمی‌شود و در نتیجه پیگیری درمانی هم نخواهد داشت و باعث می‌شود بیماری و مرگ‌ومیر افزایش یابد بنابراین مشکلات اقتصادی زیادی به دنبال دارد (4). به‌طورکلی عوامل مؤثر بر سوءتغذیه به چند دسته تقسیم می‌شوند: عوامل جسمانی (مصرف دارو، ناتوانی در جویدن و کاهش حس بویایی)، عوامل روانی (افسردگی و بی‌اشتهایی، فعالیت‌های روزمره زندگی)، عوامل اجتماعی (کاهش درآمد و ارتباطات اجتماعی، وضعیت تأهل و وضعیت سواد) و عوامل سبک زندگی (سیگار کشیدن و مصرف الکل) (5). تمام عوامل ذکرشده باعث تحلیل رفتن جسم و مستعد کردن سالمند برای بیماری‌های شدید و بستری شدن در بیمارستان می‌شود سوءتغذیه یک عامل مستقل در بستری سالمند در بیمارستان‌ها است (6). نتایج مطالعه‌ای که روی سالمندان تهران انجام شده نشانگر این است که دریافت مواد مغذی روزانه در آن‌ها ناکافی بوده و براساس شاخص توده بدنی 54 درصد زنان و 46 درصد مردان زیر صدک 5 قرار داشته و 47 درصد از کل سالمندان کمبود دریافت انرژی داشته‌اند (7). مطالعه حسینی و همکاران نیز نشان داد که 90/7 درصد سالمندان تحت مطالعه در معرض یا مبتلا به سوء تغذیه هستند (2). مطالعاتی که روی سالمندان دیگر کشورها انجام شده نشانگر همین مطلب و اهمیت توجه به این گروه آسیب‌پذیر و حمایت‌های تغذیه‌ای از آن‌هاست (8-11).

بنابراین تغذیه نامناسب و سوءتغذیه یک مشکل شایع در سالمندان است که گرچه ممکن است جزیی از روند طبیعی پیری تلقی شود اما در حقیقت قابل شناسایی، پیشگیری و درمان است. سهم بزرگی از بیماری‌های مزمن که افراد مسن را درگیر می‌کند می‌تواند توسط بهبود

30 درصد سالمندان وضعیت تغذیه‌ای مناسب، 62/5 درصد در معرض سوء تغذیه و 7/5 درصد دچار سوء تغذیه بودند (جدول 1).

انجام آزمون کای دو نشان داد بین سوء تغذیه و جنسیت، تحصیلات، همراهان زندگی، مصرف دخانیات و وضعیت سالمند در جامعه ($P < 0/001$) رابطه وجود دارد ولی بین سوء تغذیه و سن و وضعیت اقتصادی و سوء تغذیه رابطه آماری وجود ندارد.

بحث

بنا بر یافته‌های مطالعه حاضر، مشاهده شد که مبتلایان به سوء تغذیه و افراد در معرض خطر سوء تغذیه در مجموع 70 درصد سالمندان را شامل می‌گردد.

بررسی وضعیت سوء تغذیه در مطالعات داخلی و خارجی مقادیر متفاوتی را نشان می‌دهد به گونه‌ای که در مطالعه علی‌آبادی و همکاران (12) مبتلایان به سوء تغذیه 12 درصد و در معرض سوء تغذیه 56/2 درصد بوده و در مطالعه اسحاقی و همکاران (6) 40 درصد گزارش شده است. مقالات خارجی (15-13) نیز مقادیر مشابهی ذکر نموده‌اند که از این نظر مشابه مطالعات داخلی می‌باشد. آنچه قابل بیان است این امر می‌باشد که با در نظر گرفتن این که در معرض سوء تغذیه بودن با احتمال مبتلا شدن به سوء تغذیه در آینده همراه خواهد بود مطالعه ما فراوانی سوء تغذیه در جامعه مورد مطالعه را بیش از مطالعات فوق نشان می‌دهد. اما نباید از این امر غافل بود که در این مطالعات سالمندان فعال جامعه مورد

مناسب است، اگر 17 یا کم‌تر شود مبتلا به سوء تغذیه است. امتیاز بین 17-23/5 نیز به‌عنوان در معرض سوء تغذیه طبقه‌بندی می‌شود. پرسشگر باید قسمت ارزیابی پرسشنامه MNA را برای فرد سالمند تکمیل می‌نمود. سپس طبق امتیازها، فرد در یکی از 3 گروه ذکر شده قرار می‌گرفت. این طرح پس از کسب مجوز از شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی و کسب رضایت آگاهانه از سالمندان انجام شد. برای اندازه‌گیری BMI از یک ترازو پرتابل مارک Beurer با دقت 0/1 و برای اندازه‌گیری قد و دور بازو و ساق پا از یک متر نواری استفاده شد. در انتها داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و انجام آزمون آماری و کای دو با استفاده از SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مطالعه حاضر نشان داد که میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه $71/73 \pm 9/70$ سال با دامنه 60-92 سال است. 56/7 درصد سالمند زن و 43/3 درصد مرد بودند. 58 درصد سالمندان بیسواد، 7/5 درصد سواد قرآنی، 26 درصد تحصیلات ابتدایی، 6/7 درصد تحصیلات متوسطه و 1/7 درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. 50/8 درصد تنها و 49/2 درصد همراه فرزندان یا همسرانشان زندگی می‌کردند. 11/7 درصد سیگاری و 88/3 درصد غیرسیگاری بودند. بررسی وضعیت تغذیه در سالمندان نشان می‌دهد که

جدول 1- درصد فراوانی وضعیت سوء تغذیه در گروه‌های مختلف سالمندان در شهر بجنورد، 1393

وضعیت تغذیه			متغیرها
دچار سوء تغذیه	در معرض سوء تغذیه	تغذیه مناسب	
2/5%	32/5%	65%	سالمندان فعال جامعه
12/9%	71%	16%	سالمندان بستری در بیمارستان
8/2%	81/6%	10/2%	سالمندان مقیم مراکز نگهداری
7/5%	62/5%	30%	کل سالمندان

بسیاری از مشکلات دیگر سالمندان، مشکل زنان است تا مردان (9 و 19).

در این مطالعه گرچه سوء تغذیه با وضعیت تحصیلی ارتباط داشت و این یافته در سایر مطالعات نیز مشاهده شده بود از آنجا که وضع تحصیلات پیش‌گویی‌کننده نسبی وضعیت اقتصادی است اما این امر در سالمندان مورد مطالعه دیده نشد. یعنی وضعیت اقتصادی با سوء تغذیه ارتباط نداشت. همچنین مشاهده شد که تنها زندگی کردن یا با همسر و فرزندان زندگی کردن با سوء تغذیه ارتباط دارد.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، سوء تغذیه در سالمندان شهر تهران از فراوانی زیادی برخوردار بوده و همچنین شیوع سوء تغذیه در سالمندان مقیم مراکز نگهداری بیش از سالمندان بستری‌شده در بیمارستان و سالمندان فعال در جامعه می‌باشد.

تشکر و قدردانی

محققین بر خود لازم می‌دانند از کلیه سالمندان شرکت‌کننده در این مطالعه و مراقبین آن‌ها که نهایت همکاری را داشتند تشکر و قدردانی نمایند. لازم به ذکر است که منابع مالی این پژوهش توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی تأمین شده است.

مطالعه قرار گرفتند اما در مطالعه ما سالمندان مراکز نگهداری و سالمندان بستری در بیمارستان‌ها نیز مطالعه شده‌اند که این اختلاف می‌تواند به دلیل شیوع بیشتر سوء تغذیه در این گروه از سالمندان باشد.

یافته دیگر این مطالعه شیوع بیشتر سوء تغذیه در سالمندان مراکز نگهداری سالمندان، سپس سالمندان بستری در بیمارستان‌ها و کم‌تر از همه سالمندان مقیم مراکز نگهداری می‌باشد. به نظر می‌رسد گرچه سالمندان مقیم مراکز نگهداری شبه‌دولتی به دلیل داشتن برنامه مدون و کامل تغذیه‌ای، سوء تغذیه کم‌تری داشته باشند اما متفاوت بودن پیشینه جسمی روانی و اجتماعی و اقتصادی این گروه از سالمندان زمینه‌ساز شیوع بیشتر سوء تغذیه در این گروه می‌باشد. از سوی دیگر شیوع سوء تغذیه در سالمندان بستری در بیمارستان می‌تواند حاکی از ارتباط دوطرفه بیماری و سوء تغذیه و در نتیجه بستری شدن در بیمارستان باشد که این مطالعه با سایر مطالعات همخوانی دارد (16-18).

این مطالعه در راستای دیگر مطالعات نشان داد که جمعیت در معرض سوء تغذیه نیز درصد قابل توجهی را به خود اختصاص می‌دهند بنابراین در برنامه‌های مراقبتی مورد توجه ویژه باید باشد (1-3). یافته دیگر مطالعه بیشتر بودن سوء تغذیه در زنان است که با دیگر مطالعات همخوانی دارد گرچه این ارتباط در مطالعه اسحاقی دیده نشد اما باید اشاره کرد که مشکل سوء تغذیه مانند

References

1. Afkhami A, Keshavarz A, Rahimi A, Jazaieri A, Saerzadeh Y. [The non-dietary factors associated with malnutrition in elderly people in nursing homes in Tehran Shmyranat (Persian)]. Journal of Health Sciences Institute 2007;7(3):211-7
2. Hossini SH, Keshavarz A, Amin A, Maleki M, Bakhshandeh Abkenar H. [Nutritional status and non-diet associated factors of hospitalized heart- failure elderly patients, (Persian)]. Iranian Journal of Aging 2010; 5(16).
3. Volkert D. Malnutrition in the elderly- prevalence, causes and corrective strategies. Clinical Nutrition. 2002;21(Supl.1):110-2.
4. Vosogh S, Kimiagar M. [The nutritional Status of the elderly in Nursing Homes in Tehran(Persian)]. MSc thesis of Nutrition Sciences, Institute of Nutrition and Food Technology, 1991;154
5. Simsek H, Meseri R, Sahin S, Ucku R. Prevalence of food insecurity and malnutrition, factors related to malnutrition in the elderly. European Geriatric Medicine 2010; 4(4):23-6.
6. Eshaghi R, Babak A, Manzori L, Merasi MR. [Nutritional status of the elderly in Esfahan (Persian)]. Iranian Journal of Aging. 2010;5(16):340-5.

7. Ahrari M, Kimiagar M, [the nutritional status of the elderly in nursing homes in the private sector in Tehran(Persian)]. Pajoohandeh Journal 1996;1(1):27-36.
8. Baudure F, Scribans C, Dubernet E, Capdupuy C. Evaluation of the nutritional status of patients over 60-year admitted in a hematology department using the Mini Nutritional Assessment (MNA): a single centre study of 120 cases. J Nutr Health Aging. 2003;7(3):179-82.
9. Christensson L, Unosson M, Eka C. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. Eur J Clin Nutr. 2002;56(9):810-8.
10. Beck AM, Schroll M, Ovenson L. A six months prospective follow up of over 65 years old patients from general practice classified according to nutritional risk by the mini nutritional assessment (MNA). Eur J Clin Nutr. 2001;55:1028-33
11. van Bokhorst-de van der Schueren MA1, Lonterman-Monasch S, de Vries OJ, Danner SA, Kramer MH, Muller M. Prevalence and determinants for malnutrition in geriatric outpatients. Clin Nutr. 2013;32(6):1007-11.
12. Aliabadi M. Kimiagar M, Ghaur Mobarhan M, Eilati Fozabad AL. [Prevalence of malnutrition and som related factor in elderly Khorasan(Persian)]. Journal of Nutriaton Food sciences 2007;2(3):45-56
13. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutr Rev. 1996;54(suppl):59-65
14. Cuyac Lantigua M, Santana Porben S. The Mini Nutritional Assessment of the elderly in the practice of a hospital geriatrics service. Arch Latinoam Nutr. 2007;57(3):255-65.
15. Forminga F, Chivite D, Sole A, Manito N, Ramon JM, Pujol R. Functional outcomes of elderly patients after the first hospital admission for decompensated heart failure(HF). Arch Gerontol Geriatr. 2006;43(2):175-85.
16. Esmael Fakhar R, Zand S. Assessment of nutritonal status and related factors in elderly resident of nursing homes. Journal of health Sciences Institute. 2013;12(2):143-14.
17. Ruize- lopez D, Artacho R, Oliva P, Morenotores R. Nutritional risk in institutionalized older women determind by the mini nutritional assessment (MNA) test: what are the main factors? Nutriton. 2003;19:767-71.
18. Griep MI, Mets IF, Collys K, ponjart I, MassartDL. Risk of malnutritional in retirement homes elderly persons measured by the mini nutritional assessment(MNA). J Gerontol. 2000;55:57-63.
19. Maftoon F, Nik Pour B, Majlesi F, Rahimi Foroushani A, Shariati B. [Elderlies and medical services: demand and utilization in Tehran. (Persian)]. Payesh. 2002;2:51-5.