بررسی وضعیت تغذیه سالمندان بستری در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۰

(مقاله پژوهشی)

* **اعظم قربانی[۱]، تکتم کریم‌زاده[۲]، یاسین آزادمنش[۳]**

چکیده:

هدف: وضعیت تغذیه در سالمندی موضوع مهمی است که در کشورهای در حال توسعه به آن توجه کمی شده است. وضعیت تغذیه وابسته به ارتباط بین عوامل فردی و محیطی است و بر میزان مرگ، ناتوانی و کیفیت زندگی سالمندان تأثیر بسزایی دارد. این مطالعه با هدف تعیین وضعیت تغذیه سالمندان بستری در مراکز آموزشی- درمانی شهر قزوین انجام شد تا با شناخت عوامل مؤثر در این امر، اقدامات لازم برای ارتقاء سلامت سالمندان انجام گیرند.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی بر روی ۲۳۳ سالمند (۱۵۱ زن و ۱۷۱ مرد) با سن بالاتر از ۶۰ سال که در دو مرکز آموزشی- درمانی شهر قزوین بستری شده بودند، انجام شد. وضعیت تغذیه با استفاده از پرسش نامه بررسی تغذیه‌ای مختصر ارزیابی شد. داده‌ای حاصل با استفاده از آزمون‌های مجذورخی، تعیین همبستگی و مدل رگرسیون تحلیل شدند

یافته‌ها: در میان سالمندان مورد بررسی، ۲۹/۸٪ دارای وضعیت تغذیه مناسب بودند. ۱۳/۴٪ دچار سوءتغذیه و ۴۲/۹۵٪ در معرض سوءتغذیه بودند. تعداد افراد دچار سوءتغذیه در زنان بالاتر از مردان بود (۲۵/۸٪ در مقابل ۷/۲٪، P<۰/۰۰۱)؛ درحالی‌که میانگین شاخص توده بدنی در زنان بالاتر از مردان بود. وضعیت تغذیه با شاخص توده بدنی، سن، دور کمر و نسبت دور کمر به باسن ارتباط معنی‌داری داشت. ناتوانی خروج از منزل، زندگی غیر مستقل و مصرف نکردن روزانه مرغ و ماهی یا گوشت از عوامل خطر برای اختلال تغذیه شناخته شدند.

نتیجه‌گیری: این مطالعه میزان بالای سوءتغذیه را در سالمندان بستری در بیمارستان نشان داد. با ارزیابی وضعیت تغذیه در این افراد می‌توان به شناسایی این افراد و درمان جهت بهبود وضعیت آنها کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: وضعیت تغذیه، سالمندان، بستری

تاریخ دریافت: ۹۰/۹/۲۷ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۱/۲۵

۱- کارشناس‌ارشد آموزش پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک

۲- پزشک عمومی، محقق مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت ویژه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

* آدرس نویسنده مسئول:قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک

* تلفن: ۰۲۸۱-۳۳۶۰۰۸۴

* رایانامه: mdrc46@yhoo.com

مقدمه

امروزه با پیشرفت‌های پزشکی، اقتصادی و اجتماعی، میزان مرگ‌ومیر کاهش یافته و امید به زندگی افزایش می‌یابد. در واقع با گذشت زمان جمعیت جهان به سمت سالمندی پیش می‌رود، به‌طوری‌که WHO این قرن را قرن سالمندی نامیده است. طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ میزان ۷/۲۸ درصد از جمعیت کشور (حدوداً معادل ۵ میلیون و دویست هزار نفر) را سالمندان تشکیل می‌دهند(۱).

براساس نتایج به دست آمده از ارزیابی سازمان بهداشت جهانی بر مبنای اطلاعات سال ۲۰۰۷ میلادی، شاخص امید به زندگی در مردان ایرانی ۷۱ سال و در زنان ۷۳ سال می‌باشد(۲). اگر چه کشورهای پیشرفته و کشورهایی که اقتصاد آنها در حال شکوفایی است، بالاترین تعداد سالمندان را دارند، اما رشد جمعیت سالمند در کشورهای در حال توسعه به ویژه در آسیا افزایش چشمگیری خواهد داشت. به‌طوری‌که تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۵۰، ٪۷۲ سالمندان جهان، یعنی حدود ۸۶۰ میلیون نفر در کشورهای در حال توسعه به سر خواهند برد(۱).

وضعیت تغذیه در سالمندی موضوع مهمی است که در کشورهای در حال توسعه به آن توجه کمی شده است. عامل تغذیه بر میزان مرگ، ناتوانی و کیفیت زندگی سالمندان تأثیر بسزایی دارد. سالمندان به دلایلی چون بیماری‌های مزمن، مسائل بهداشت دهان و دندان، نقصان عملکرد احساسی ادراکی، انزوای اجتماعی، مصرف داروهای متعدد، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، ناتوانی فیزیکی، سبک زندگی بدون تحرک، افسردگی

و دمانس و کاهش اسید معده دچار اختلال تغذیه‌ای می‌شوند و این عوامل موجب تحلیل وضعیت جسمانی سالمند شده و فرد را مستعد بیماری‌های شدیدتر و در نهایت بستری در بیمارستان می‌نماید. مطالعات نشان داده‌اند که سوءتغذیه یک عامل مستقل در بستری سالمندان در بیمارستان است(۳،۴). تحقیقات نشان می‌دهد تعداد زیادی از بیماران سالمند بستری و ساکن در خانه‌های سالمندان سوءتغذیه دارند؛ به‌طوری‌که یک مطالعه مقطعی در چند مرکز در پرتغال که در آن ۱۱۴۴ بیمار بررسی شدند نشان داد که ۳۶ درصد از سالمندان در خطر سوءتغذیه و ۷/۹ درصد دچار سوءتغذیه بودند(۵). در یک مطالعه دیگر که بر روی ۱۹۷ سالمند بستری در برزیل، با استفاده از سیستم غربالگری تغذیه‌ای انجام شد، نشان داد ۵۴/۷ درصد دچار سوءتغذیه و تنها ۲۹/۲ درصد دارای تغذیه مناسب بودند(۶). در ایران برآورد می‌شود، ٪۴۵ سالمندان درمعرض خطر سوءتغذیه و ٪۱۲ دارای سوءتغذیه باشند(۷).

تغییرات فیزیولوژیک دوران سالمندی و شیوع بیماریها، ناتوانی‌های مختلف مانند بیماریهای مربوط به بلع (با شیوع ٪۲۲-۱۶ در سنین ۵۰ سالگی و حتی ٪۶۰ در سالمندانی که در خانه، مراقبت می‌شوند) و مصرف داروها و عوارض جانبی آنها، نه تنها بر روی دریافت بلکه بر نیاز فرد تأثیر می‌گذارد. عدم دسترسی مستقیم به غذای مورد علاقه و بالاخره جنبه‌های روانی مساله نظیر احساس طرد شدن از سوی خانواده، سالمندان را جزء افراد آسیب‌پذیر قرار می‌دهد(۸).

از آنجایی که وضعیت تغذیه بر سلامتی و توانایی افراد مؤثر است و دریافت نامناسب مواد غذایی در دوران سالمندی علاوه بر ایجاد کمبودهای تغذیه‌ای، موجب تسریع در پیدایش بسیاری از اختلالات خاص این دوران شده و موجب ارائه حجم وسیعی از خدمات درمانی و مراقبتی می‌گردد؛ به خصوص در سالمندان بستری که وضعیت تغذیه‌ای نامناسب می‌تواند برروند بهبود آنان نیز تأثیر مستقیم داشته باشد(۴،۹)، مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت تغذیه‌ای سالمندان بستری در بیمارستان‌های آموزشی قزوین انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی، بیماران مراجعه کننده به بیمارستان‌های بوعلی سینا و شهید رجایی قزوین (لازم به ذکر است که دانشگاه علوم پزشکی قزوین دارای ۶ مرکز آموزشی درمانی می‌باشد که مطالعه فوق در بیمارستان‌هایی که دارای فیلدهای داخلی و جراحی بودن انجام شد) که سن بالاتر یا مساوی ۶۰ سال داشتند، مورد مطالعه قرار گرفتند. بخش‌های این بیمارستان‌ها عبارت از بخش‌های داخلی، جراحی، قلب و عروق، مغز و اعصاب، اورولوژی، ارتوپدی و چشم پزشکی بودند که از این میان، بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی برای شرکت در این مطالعه انتخاب شدند. پروپوزال این طرح تحقیقاتی در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی قزوین مورد تأیید قرار گرفت. با در نظر گرفتن شیوع ۶۵ درصدی اختلالات تغذیه و خطای ۰/۰۵، تعداد نمونه ۳۶۴ نفر در نظر گرفته شد. افراد مورد مطالعه به صورت سرشماری، به ترتیب پذیرش در بخش‌ها انتخاب شدند. پس از توضیح در مورد اهداف مطالعه، ۳۲۲ نفر با رضایت وارد مطالعه شدند. تمام این افراد توانایی خروج از تخت را جهت اندازه‌گیری قد و وزن دارا بودند.

مشخصات دموگرافیک افراد در پرسش‌نامه با استفاده از پرونده افراد ثبت شد. از پرسش‌نامه استاندارد بررسی تغذیه‌ای مختصر[1] (MNA) که در جمعیت ایرانی استانداردسازی شده بود،(۱۰،۱۱) جهت ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای سالمندان استفاده شد. این پرسش‌نامه حاوی ۱۸ پرسش در ۴ بخش آنتروپومتری، ارزیابی عمومی، ارزیابی و خود ارزیابی می‌باشد. کسب نمره ۲۴ یا بالاتر از این پرسش‌نامه، نشان‌دهنده وضعیت تغذیه‌ای طبیعی بود، افرادی که نمره ۱۷ تا ۲۳/۵ کسب کردند، در معرض سوءتغذیه و افرادی که نمره کمتر از ۱۷ داشتند، مبتلا به سوءتغذیه بودند(۱۲).

وزن با حداقل پوشش و بدون کفش با استفاده از ترازوی دیجیتال با دقت ۱۰۰ گرم اندازه‌گیری شد. ترازو هر روز توسط پژوهشگر کالیبره می‌شد. قد این افراد با استفاده از متر نواری در وضعیت ایستاده و بدون کفش درحالی‌که کتف‌ها در شرایط طبیعی قرار داشتند، با دقت ۰/۱ متر اندازه‌گیری شد. نمایه توده بدنی (BMI) با تقسیم وزن (برحسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب متر) محاسبه شد.

دور کمر، دور باسن و دور بازو با استفاده از متر نواری غیر قابل ارتجاع با دقت ۰/۱ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد. دور کمر در باریک‌ترین ناحیه و دور باسن در برجسته‌ترین قسمت اندازه‌گیری شد. دور کمر (WC) بالاتر یا مساوی ۱۰۲ سانتی‌متر در مردان و بالاتر یا مساوی ۸۸ سانتی متر در زنان به عنوان چاقی شکمی در نظر گرفته شد.

1- Mini Nutritional Assessment

داده‌ها پس از جمع‌آوری به کمک نرم‌افزار SPSS ۱۹ پردازش شدند. جهت مقایسه و تحلیل داده‌ها و تعیین عوامل مؤثر بر سوءتغذیه سالمندان از آزمون مجذور کای استفاده شد. جهت ارزیابی میزان تأثیر هر کدام از عوامل بر وضعیت تغذیه‌ای سالمندان از مدل رگرسیون استفاده شد. میزان اثر توسط OR و حدود اطمینان آن ارائه گردید. در آزمون‌های انجام شده سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۳۲۲ بیمار با میانگین سنی ۷۰/۳۶±۷/۸ سال بررسی شدند. ۱۷۱ نفر (۵۳/۱٪) مذکر بودند. ۲۱۶ (۶۷/۱٪) سالمند در بخش‌های داخلی و ۱۰۶ نفر (۳۲/۹٪) در بخش‌های جراحی بستری بودند. میانگین BMI نمونه‌ها، ۲۵/۸۸±۴/۸۸ کیلوگرم برمتر مربع بود. BMI با جنس و سن ارتباط معنی‌دار داشت (P=۰/۰۰۲ و P=۰/۰۱۳) (جداول شماره ۲ و ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی BMI برحسب رده‌های سنی*

رده سنی (سال) BMI (کیلوگرم بر متر مربع)	۶۰-۶۹	۷۰-۷۹	بالاتر یا مساوی ۸۰	کل
کمتر از ۱۹	(۳۱/۲)۵	(۵۶/۲)۹	(۱۲/۵)۲	(۱۰۰)۱۶
۱۹-۲۰/۹۹	(۴۴/۴)۱۲	(۴۰/۷)۱۱	(۱۴/۸)۴	(۱۰۰)۲۷
۲۱-۲۲/۹۹	(۳۹)۱۶	(۳۶/۶)۱۵	(۲۴/۴)۱۰	(۱۰۰)۴۱
بالاتر یا مساوی ۲۳	(۶۰/۷)۱۲۵	(۳۰/۶)۶۳	(۸/۷)۱۸	(۱۰۰)۲۰۶

* اعداد به صورت تعداد (درصد فراوانی) آورده شده‌اند.

جدول ۲. توزیع فراوانی BMI برحسب جنس*

جنس BMI (کیلوگرم بر متر مربع)	مرد	زن	کل
کمتر از ۱۹	(۵/۲)۹	(۴۳/۸)۷	(۱۰۰)۱۶
۱۹-۲۰/۹۹	(۷۰/۴)۱۹	(۲۹/۶)۸	(۱۰۰)۲۷
۲۱-۲۲/۹۹	(۷۸)۳۲	(۲۲)۹	(۱۰۰)۴۱
بالاتر یا مساوی ۲۳	(۵۱/۹)۱۰۷	(۴۸/۱)۹۹	(۱۰۰)۲۰۶

* اعداد به صورت تعداد (درصد فراوانی) آورده شده‌اند.

۹۶ نفر (۲۹/۸٪) وضعیت تغذیه‌ای نرمال داشتند، ۱۳۸ نفر (۴۲/۹٪) در معرض خطر سوءتغذیه و ۴۳ نفر(۱۳/۴٪) مبتلا به سوءتغذیه بودند. ارتباطی بین وضعیت تغذیه‌ای و بخش بستری وجود نداشت (P=۰/۴۸).

بین وضعیت تغذیه‌ای با سن (P=۰/۰۳۴)، جنس (P<۰/۰۰۱))، دور مچ دست (P=۰/۰۳۷)، BMI، دور کمر، WHR و دور بازو (P<۰/۰۰۱) ارتباط معنی‌داری وجود داشت (جدول شماره ۳).

بین وضعیت تغذیه‌ای و وضعیت اشتها ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱) و هر چه میزان کاهش وزن در سالمندان بیشتر بود، وضعیت تغذیه‌ای هم ضعیف‌تر بود (P<۰/۰۰۱).

وضعیت تغذیه‌ای با وجود مشکلات عصبی روانی (مانند افسردگی شدید، دمانس خفیف)، زخم پوستی یا زخم بستر ارتباط معنی‌دار داشت (P<۰/۰۰۱).

BMI پایین (OR=۳/۷۶ ،CI۹۵٪= ۶/۴۸-۲/۱۸) و مصرف بیش از سه نوع دارو در روز (OR=۳/۴۵ ،CI٪۹۵=۶/۹۷-۱/۷، P<۰/۰۰۱) از عوامل خطر برای اختلال تغذیه شناخته شدند؛ درحالی‌که توانایی خروج از منزل) (CI۹۵٪=۱۴/۷-۲/۳۲، OR=۵/۸۴)، زندگی مستقل (OR=۴/۵۵ ،CI۹۵٪=۱۰/۵۳-۱/۹۶) و مصرف روزانه مرغ و ماهی یا گوشت (CI٪۹۵=۶/۹۸-۱/۷، OR=۳/۴۵) از عوامل محافظتی در مقابل اختلالات تغذیه‌ای بودند (جدول شماره۴و۳).

جدول ۳. تعیین ارتباط بین برخی متغیرهای دخیل در ارزیابی تغذیه با وضعیت تغذیه‌ای سالمندان بستری

متغیر	OR	(CI٪۹۵)	مقدار احتمال
شاخص توده بدنی	۳/۷۶۳	۶/۴۸۳-۲/۱۸۴	<۰/۰۰۱
زندگی مستقل	۴/۵۵۰	۱۰/۵۳۹-۱/۹۶۵	<۰/۰۰۱
مصرف بیش از سه نوع دارو در روز	۳/۴۵۰	۶/۹۸۸-۱/۷۰۴	۰/۰۰۱
استرس روانی یا بیماری حاد جسمی در سه ماه اخیر	۲/۷۴۹	۵/۷۸۲-۱/۳۰۷	۰/۰۰۸
توانایی حرکت	۵/۸۴۵	۱۴/۷۰۱-۲/۳۲۴	<۰/۰۰۱
مشکلات عصبی- روانی	۹/۳۷۷	۷۳/۱۸۸-۱/۲۰۱	۰/۰۳۳
مصرف پروتئین	۴/۱۸۹	۹/۹۴۴-۱/۷۶۵	۰/۰۰۱

جدول ۴. ارتباط بین نمرات MNA و اندازه‌های آنتروپومتری سالمندان بستری در بیمارستان‌های آموزشی قزوین

متغیر	تغذیه خوب MNA≥۲۴	در معرض سوءتغذیه MNA۱۷-۵/۲۳	سوءتغذیه MNA<۱۷	F	مقدار احتمال
تعداد(درصد)	(۱۳/۴)۹۶	(۴۲/۹)۱۳۸	(۱۳/۴)۴۳		
سن (mean±SD)	۷/۲۰±۶۹/۷۷	۸/۲۹±۶۹/۶۲	۷/۸۰±۷۳/۰۹	F=۳/۴۳	۰/۰۳۴
زن/ مرد	۲۶/۷۰	۷۲/۶۶	۱۱/۳۲	X=۲۷/۹۵	<۰/۰۰۱
وزن (کیلوگرم)	۱۱/۳۰±۷۱/۹۶	۱۴/۳۳±۶۸/۸۵	۱۸/۴۵±۶۷/۳۴	F=۲/۰۸	۰/۱۲
قد (سانتی‌متر)	۱۶۴/۸۸±۸/۴۴	۸/۶۱±۱۶۳/۱۱	۹/۳۸±۱۶۶/۰۲	F=۲/۳۲	۰/۱
BMI (کیلوگرم بر متر مربع)	۴/۰۴±۲۶/۵۲	۴/۷۲±۲۵/۸۰	۵/۶۷±۲۴/۲۷	F=۳/۴۵	۰/۰۳۳
دور کمر (سانتی‌متر)	۱۵/۹۷±۱۰۵	۱۶/۶۴±۹۷/۲۲	۱۷/۵۲±۸۷/۳۳	F=۱۷/۲۸	<۰/۰۰۱
دور باسن (سانتی‌متر)	۱۳/۱۴±۱۰۲/۰۲	۱۳/۳۷±۱۰۱/۷۵	۲۲/۷۵±۹۷/۸۵	F=۱/۲۵	۰/۲۸
WHR	۰/۱۲±۱/۰۳	۰/۱۱±۰/۹۵	۰/۲۰±۰/۹۱	F=۱۳/۹۵	<۰/۰۰۱

جدول ۵. وضعیت تغذیه بیماران بستری بر حسب مشخصات فردی و متغیرهای دخیل در ارزیابی تغذیه

وضعیت تغذیه / متغیرها		سوءتغذیه MNA<۱۷	در معرض خطر MNA۱۷-۵/۲۳	خوب MNA≥۲۴	کل (n٪)
BMI	کمتر از ۱۹	(۶۲/۵)۱۰	(۲۵)۴	(۱۲/۵)۲	(۱۰۰)۱۶
	۱۹-۲۰/۹۹	(۱۵/۴)۴	(۸۴/۶)۲۲	(۰)۰	(۱۰۰)۲۶
	۲۱-۲۲/۹۹	(۱۰/۸)۴	(۴۸/۶)۱۸	(۴۰/۵)۱۵	(۱۰۰)۳۷
	بالاتر یا مساوی ۲۳	(۱۲/۶)۲۵	(۴۷)۱۹	(۳۹/۹)۷۹	(۱۰۰)۱۹۸
جنس	مرد	(۷/۲)۱۱	(۵۲/۲)۷۲	(۴۵/۸)۷۰	(۱۰۰)۱۵۳
	زن	(۲۵/۸)۳۲	(۵۳/۲)۶۶	(۲۱)۲۶	(۱۰۰)۱۲۴
بخش بستری	داخلی	(۱۶/۱)۳۰	(۴۷/۳)۸۸	(۳۶/۶)۶۸	(۱۰۰)۱۸۶
	جراحی	(۱۴/۳)۱۳	(۳۶/۲)۵۰	(۲۹/۲)۲۸	(۱۰۰)۹۱
وضعیت اشتها در سه ماه اخیر	کاهش شدید اشتها	(۵۷/۱)۱۲	(۴۲/۹)۹	(۰)۰	(۱۰۰)۲۱
	کاهش متوسط اشتها	(۲۲/۳)۲۷	(۶۲)۷۲	(۱۵/۷)۱۹	(۱۰۰)۱۲۱
	بدون کاهش اشتها	(۳)۴	(۴۰)۵۴	(۵۷)۷۷	(۱۰۰)۱۳۵
کاهش وزن در سه ماه اخیر	کاهش وزن بیش از ۳ کیلوگرم	(۲۵/۷)۹	(۷۱/۴)۲۵	(۲/۹)۱	(۱۰۰)۳۵
	کاهش وزن بین ۱ تا ۳کیلو گرم	(۸/۵)۵	(۶۲/۷)۳۷	(۲۸/۸)۱۷	(۱۰۰)۵۹
	بدون کاهش وزن	(۲/۹)۳	(۳۰/۵)۳۲	(۶۶/۷)۷۰	(۱۰۰)۱۰۵
	اطلاعی ندارد	(۳۳/۳)۲۶	(۵۶/۴)۴۴	(۱۰/۳)۸	(۱۰۰)۷۸
زندگی مستقل	بلی	(۱۶/۵)۳۶	(۴۶/۳)۱۰۱	(۳۷/۲)۸۱	(۱۰۰)۲۱۸
	خیر	(۱۱/۹)۷	(۶۲/۷)۳۷	(۲۵/۴)۱۵	(۱۰۰)۵۹
مصرف بیش از سه نوع دارو در روز	بلی	(۶/۴)۹	(۵۴/۴)۶۴	(۴۸/۲)۶۸	(۱۰۰)۱۴۱
	خیر	(۲۵)۳۴	(۵۴/۴)۷۴	(۲۰/۶)۲۸	(۱۰۰)۱۳۶
توانایی در حرکت	محصور در تخت یا صندلی	(۶۸/۴)۱۳	(۳۱/۶)۶	(۰)۰	(۱۰۰)۱۹
	قادر به خروج از تخت / صندلی است اما نمی‌تواند به خارج از منزل برود	(۳۵/۵)۲۲	(۵۱/۶)۳۲	(۱۲/۹)۸	(۱۰۰)۶۲
	قادر به خروج از منزل است	(۴/۱)۸	(۵۱)۱۰۰	(۴۴/۹)۸۸	(۱۰۰)۱۹۶
مشکلات عصبی- روانی	افسردگی یا دمانس شدید	(۸۵/۷)۶	(۱۴/۳)۱	(۰)۰	(۱۰۰)۷
	دمانس خفیف	(۵۰)۲۰	(۴۵)۱۸	(۵)۲	(۱۰۰)۴۰
	بدون مشکل عصبی- روانی	(۷/۴)۱۷	(۵۱/۷)۱۱۹	(۴۰/۹)۹۴	(۱۰۰)۲۳۰

بحث

در مطالعه حاضر، ۴/۹ و ۱۳/۴ درصد از سالمندان بستری در بیمارستان به ترتیب در معرض خطر سوءتغذیه و دچار سوءتغذیه بودند که با نتایج مطالعه علی‌آبادی (۲۰۰۸) مبنی بر ۱۲ درصد سوءتغذیه در سالمندان غیر بستری همخوانی دارد(۷). این میزان نسبت به نتایج ارائه شده در بیماران سالمند در افریقای جنوبی (٪۵ سوءتغذیه و ۵۰/۴ درصد در معرض سوءتغذیه)(۱۳)، و در ترکیه (٪۱۳ سوءتغذیه و ٪۳۱ در معرض سوءتغذیه)(۱۴) کمی متفاوت است. از میان کشورهای آسیایی، میزان سوءتغذیه در جمعیت ژاپنی، ۱۹/۹ درصد(۱۵) و در بنگلادش ۲۶ درصد گزارش شده است(۱۶). این تفاوت می‌تواند به علت امید به زندگی بالاتر در جمعیت ژاپنی و امید به زندگی پایین‌تر در جمعیت بنگلادشی باشد.

مطالعات متعدد نشان دادند که شیوع سوءتغذیه در سالمندان بستری در بیمارستان بسیار بیشتر از بقیه گروه‌ها است؛ به‌طور مثال در اسپانیا (۲۰۰۳)، ۵۱ درصد سالمندان بستری و در امریکای لاتین (۲۰۰۳)، ۵۰/۲ درصد سالمندان بستری دچار سوءتغذیه اعلام شده‌اند (۱۷،۱۸). وضعیت تغذیه‌ای بیماران بستری ارتباط مستقیم با وضعیت بالینی آنها دارد. ضمن اینکه سالمندانی که مبتلا به سوءتغذیه هستند دوره بیماری طولانی‌تری خواهند داشت(۱۹) و میزان بروز بیماری‌های اکتسابی در بیمارستان، مرگ‌ومیر و عوارض بالینی در این دسته بیش‌تر(۲۰)، مدت اقامت آنها در بیمارستان طولانی‌تر(۲۰،۲۱)، میزان بروز عفونت در آنها بالاتر(۲۲)، ترمیم زخم‌ها با تأخیر(۲۳) و میزان مرگ‌ومیر در آنها افزایش خواهد داشت(۲۴).

در مطالعه حاضر بین سن و وضعیت تغذیه‌ای ارتباط معنی‌دار وجود داشت؛ بدین معنی که، سوءتغذیه و احتمال خطر آن در سالمندان مسن‌تر بیش‌تر بود. مطالعات متعدد نیز این مسئله را تأیید کرده‌اند(۷،۱۵،۱۷،۱۸،۲۵). راکاندیو و همکاران نیز در مطالعه خود در اسپانیا گزارش کرده‌اند که بین سن و بروز سوءتغذیه ارتباط وجود دارد و سوءتغذیه در سالمندان جوان‌تر از ۶۴ سال کمتر دیده می‌شود(۲۶).

در مطالعه حاضر بین BMI و وضعیت تغذیه ارتباط وجود داشت، که با نتایج سایر مطالعات هم‌خوانی دارد(۷،۲۷ ۲۸). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که سوءتغذیه با BMI پایین‌تر ارتباط دارد. در مطالعاتی در ایران، شیلی و هلند مشخص شد که میزان ابتلا به سوءتغذیه در سالمندان با BMI پایین‌تر بیشتر است (۷،۲۹،۳۰). اما، این ارتباط نمی‌تواند مؤید این مسئله باشد که BMI به تنهایی در تعیین شیوع سوءتغذیه مفید است؛ بلکه، تعیین مجموعه‌ای از اطلاعات می‌تواند در غربالگری تغذیه‌ای سالمندان مؤثرباشد(۶،۳۱).

در مطالعه حاضر، زنان از وضعیت تغذیه‌ای پایین‌تری برخوردار بودند، که با نتایج مطالعات انجام شده در ایران(۷)، مالزی(۳۲) و مجارستان(۳۳) همخوانی دارد. این در حالی است که میانگین BMI در زنان بالاتر از مردان بود. این تفاوت‌ها می‌تواند به علت تفاوت‌های بیولوژیکی مردان و زنان و احتمال بالاتر عادات تغذیه‌ای غلط در زنان باشد(۳۲). کاستل و همکاران نیز تأکید کردند که ناتوانی حاصل از وضعیت تغذیه‌ای بد در زنان سالمند بیشتر خواهد بود(۳۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که مصرف دارو درسالمندان با وضعیت تغذیه‌ای آنان ارتباط دارد و سالمندانی که بیش از سه دارو در روز مصرف می‌کنند از وضعیت تغذیه‌ای بدتری برخوردارند که این نتایج با نتایج مطالعاتی علی‌آبادی و همکاران(۷)، هیرش و همکاران(۲۹) و سردا و همکاران(۲۵) هم‌خوانی دارد. اغلب سالمندان به طور متوسط دارای ۳ تا ۷ بیماری یا اختلال زمینه‌ای هستند و بایستی داروهای متعدد دریافت کنند، سالمندانی که در بیمارستان بستری بوده و یا در مراکز نگهداری مراقبت می‌شوند، گاهی مجبور به مصرف بیش از ۱۰ دارو هستند که داروها اغلب از طریق تأثیر بر اشتها، جذب مواد غذایی، متابولیسم و دفع، بر روند جذب و وضعیت تغذیه‌ای سالمندان تأثیر می‌گذارند(۳۵)؛ ضمن این‌که سوءتغذیه ممکن است پیامد بسیاری از مشکلات مانند مصرف ناکافی مواد حاوی پروتئین، میوه، سبزیجات، مایعات و کاهش اشتها به دنبال استفاده از داروهای متعدد باشد(۳۶).

مطالعه حاضر نشان داد که بین محیط دور عضله کاف و وضعیت تغذیه ارتباط وجود دارد. درشر و همکاران نیز در مطالعه‌ای بر روی سالمندان سوئدی تأکید کردند که محیط دور عضله کاف یک متغیر معتبر در تعیین سوءتغذیه می‌باشد و بین این متغیر و ناتوانی فرد ارتباط وجود دارد(۳۷).

باید در نظر گرفت، سوءتغذیه هنوز یک مشکل ناشناخته در بیماران بستری است این مشکل اغلب منجر به افزایش از کارافتادگی و مرگ‌ومیر و هزینه‌های بیمارستانی و طول مدت

اقامت در بیمارستان می‌گردد. در صورتی که سوءتغذیه در افراد مبتلا ادامه یافته و یا تشخیص داده نشود و یا درمان نگردد می‌تواند موجب کاهش پیامد درمان و افزایش هزینه‌های بستری گردد(۳۸).

علی‌رغم نبود اطلاعات کافی در زمینه شغل، میزان درآمد و بیماری‌های همراه سالمندان که از محدودیت‌های مطالعه محسوب می‌شود، نتایج این تحقیق در خصوص وضعیت تغذیه‌ای و ناتوانی و مشکلات ناشی از آن مطلب مهمی را مشخص کرد که نشان دهنده سودمندی استفاده از یک ابزار معتبر مانند MNA در غربالگری سالمندان می‌باشد(۲۵). چرا که تشخیص و شناسایی سریع سوءتغذیه و نیاز به حمایت تغذیه‌ای بیماران سالمند بسیار ضروری است. این موارد می‌تواند گویای این واقعیت باشد که سیستم بهداشت و درمان در زمینه غربالگری تغذیه‌ای سالمندان بستری توجه بیشتری نیاز دارد و عملا کار زیادی در این خصوص انجام نشده است. با توجه به اهمیت غربالگری تغذیه‌ای بیماران به خصوص سالمندان، و با توجه به ارتباط بین وضعیت تغذیه‌ای با سن، BMI و میزان درآمد ضروری است برنامه‌هایی در جهت ارتقاء سطح اگاهی در زمینه تغذیه مناسب و اصلاح الگوی غذای مصرفی سالمندان طراحی و اجرا گردد. با توجه به شیوع سوءتغذیه، به نظر می‌رسد فرهنگ تغذیه‌ای در بین سالمندان ایرانی نیاز به اصلاح دارد.

پیشنهاد می‌شود غربالگری تغذیه‌ای در برنامه درمانی و به هنگام پذیرش بیماران در بیمارستان انجام و از نتایج بهره‌برداری شود. مطالعات بیشتر با حجم نمونه بالاتر در سالمندان بستری در بخش‌های مختلف داخلی، جراحی و بخش‌های ویژه صورت گیرد و مطالعات مشابه با در نظر گرفتن متغیرهای بیشتر دموگرافیک و آزمایشگاهی انجام شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه میزان بالای سوءتغذیه را در سالمندان بستری در بیمارستان نشان داد. با ارزیابی وضعیت تغذیه در این افراد با استفاده از پرسش نامه MNA می‌توان به شناسایی این افراد و درمان جهت بهبود وضعیت آنها کمک کند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله ازمعاونت محترم پژوهشی دنشگاه علوم پزشکی قزوین که امکانات مالی انجام طرح را فراهم نموده‌اند و کارشناسان پژوهش و کلیه مسئولین بخش‌ها و همکاران پرستار و بیماران سالمند که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

REFERENCES منابع

1. Iran. Statistical center of Iran. Census of population and housing. Tehran; 2006.
2. Ishaghi S R, Babak A, Manzoori L, Merasi M R. The Nutritional status of the elderly and their associated factor in Isfahan. Salmand Iranian Journal of Ageing. 2007; 2 (5): 340-5.
3. Oliveira MR, Fogaca KC, Leandro-Merhi VA. Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. Nutr J. 2009; 8: 54.
4. Morely JE. Undernutrition in older adults. Family Practice 2012; 29(suppl 1): i89-i93.
5. Amaral TF, Matos LC, Teixeira MA, Tavares MM, Alvares L, Antunes A. Undernutrition and associated factors among hospitalized patients. Clin Nutr. 2010 Oct; 29 (5): 580-5.
6. Coelho AK, Rocha FL, Fausto MA. Prevalence of undernutrition in elderly patients hospitalized in a geriatric unit in Belo Horizonte, MG, Brazil. Nutrition 2006 Oct; 22 (10): 1005-11.
7. Aliabadi M, Kimiagar M, Ghayour-Mobarhan M, Shakeri MT, Nematy M, Ilaty AA, et al. Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: A cross-sectional study. Asia Pac J Clin Nutr. 2008; 17 (2): 285-9.
8. Ham R. Primary care geriatrics. 5 ed. Philadelphia, Pennsylvania: Mosby Elsevier; 2009.
9. Eliopoulos C. Gerontological nursing. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
10. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. Nutrition Reviews. 1996 Jan; 54 (1 Pt 2): S59-65.
11. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition 1999 Feb; 15 (2): 116-22.
12. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clin Geriatr Med. 2002 Nov; 18 (4): 737-57.
13. Charlton KE, Kolbe-Alexander TL, Nel JH. The MNA, but not the DETERMINE, screening tool is a valid indicator of nutritional status in elderly Africans. Nutrition 2007 Jul-Aug; 23 (7-8): 533-42.
14. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clin Nutr. 2010 Dec; 29 (6): 745-8.
15. Kuzuya M, Kanda S, Koike T, Suzuki Y, Satake S, Iguchi A. Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. Nutrition 2005 Apr; 21 (4): 498-503.
16. Kabir ZN, Ferdous T, Cederholm T, Khanam MA, Streatfied K, Wahlin A. Mini Nutritional Assessment of rural elderly people in Bangladesh: The impact of demographic, socio-economic and health factors. Public Health Nutr. 2006 Dec; 9 (8): 968-74.
17. Mias C, Jurschik P, Massoni T, Sadurni M, Aguila JJ, Sola R, et al. Assessment of the nutritional status of elderly patients treated at a home-hospital unit. Nutr Hosp. 2003 Jan-Feb; 18 (1): 6-14.
18. Correia MI, Campos AC. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN study. Nutrition 2003 Oct; 19 (10): 823-5.
19. Planas M, Audivert S, Perez-Portabella C, Burgos R, Puiggros C, Casanelles JM, et al. Nutritional status among adult patients admitted to an university-affiliated hospital in Spain at the time of genoma. Clin Nutr. 2004 Oct; 23 (5): 1016-24.
20. Leandro-Merhi VA, Braga de Aquino JL. Nutritional status and length of hospital stay for surgical patients. Nutr Hosp. 2010 May-Jun;25 (3): 468-9.
21. Edington J, Boorman J, Durrant ER, Perkins A, Giffin CV, James R, et al. Prevalence of malnutrition on admission to four hospitals in England. The Malnutrition Prevalence Group. Clin Nutr. 2000 Jun;19 (3): 191-5.
22. Paillaud E, Herbaud S, Caillet P, Lejonc JL, Campillo B, Bories PN. Relations between undernutrition and nosocomial infections in elderly patients. Age and Ageing 2005 Nov;34 (6): 619-25.
23. Poulsen I, Rahm Hallberg I, Schroll M. Nutritional status and associated factors on geriatric admission. J Nutr Health Aging. 2006 Mar-Apr; 10 (2): 84-90.
24. Payette H, Coulombe C, Boutier V, Gray-Donald K. Weight loss and mortality among free-living frail elders: A prospective study. The journals of gerontology 1999 Sep;54(9): M440-5.
25. Cereda E, Valzolgher L, Pedrolli C. Mini nutritional assessment is a good predictor of functional status in institutionalised elderly at risk of malnutrition. Clin Nutr. 2008 Oct;27(5): 700-5.
26. Pablo AM, Izaga MA, Alday LA. Assessment of nutritional status on hospital admission: Nutritional scores. Eur J Clin Nutr. 2003 Jul; 57(7): 824-31.
27. Fontana L, Klein S. Aging, adiposity, and calorie restriction. JAMA. 2007 Mar; 297 (9): 986-94.

28. Ledikwe JH, Smiciklas-Wright H, Mitchell DC, Jensen GL, Friedmann JM, Still CD. Nutritional risk assessment and obesity in rural older adults: A sex difference. Am J Clin Nutr. 2003 Mar; 77(3): 551-8.
29. Hirsch S, Salazar AM, de la Maza MP, Molina AM, Navarrete A, Lera L, et al. Karnofsky Performance Scale and Mini Nutritional Assessment predict mortality in geriatric patients. Longevity Science 2005; 2(1): 17-22.
30. Wyka J, Biernat J, Mikolajczak J, Piotrowska E. Assessment of dietary intake and nutritional status (MNA) in Polish free-living elderly people from rural environments. Arch Gerontol Geriatr. 2012 Jan;54 (1): 44-9.
31. Galvan O, Joannidis M, Widschwendter A, Bonatti H, Sprinzl GM, Rehak P, et al. Comparison of different scoring methods for assessing the nutritional status of hospitalised patients. Wien Klin Wochenschr 2004 Sep 30;116 (17-18): 596-602.
32. Harith S, Shahar S, Yusoff N, Kamaruzzaman S, Jun Hua P. The magnitude of malnutrition among hospitalized elderly patients in University Malaya Medical Centre. Health and the Environment Journal 2010; 1(2): 64-71.
33. Lelovics Z, Bozo RK, Lampek K, Figler M. Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. Arch Gerontol Geriatr. 2009 Jul-Aug;49 (1): 190-6.
34. Castel H, Shahar D, Harman-Boehm I. Gender differences in factors associated with nutritional status of older medical patients. J Am Coll Nutr. 2006 Apr; 25 (2): 128-34.
35. Stanga Z. Basics in clinical nutrition: Nutrition in the elderly. European e- Journal of Clinical Nutrition and Metabolism 2009; 4(6): e289–e99.
36. Ruiz-Lopez MD, Artacho R, Oliva P, Moreno-Torres R, Bolanos J, de Teresa C, et al. Nutritional risk in institutionalized older women determined by the Mini Nutritional Assessment test: What are the main factors? Nutrition 2003 Sep; 19 (9): 767-71.
37. Drescher T, Singler K, Ulrich A, Koller M, Keller U, Christ-Crain M, et al. Comparison of two malnutrition risk screening methods (MNA and NRS 2002) and their association with markers of protein malnutrition in geriatric hospitalized patients. Eur J Clin Nutr. 2010 Aug; 64 (8): 887-93.
38. Corish CA, Kennedy NP. Protein-energy undernutrition in hospital in-patients. Br J Nutr. 2000 Jun;83 (6): 575-91.