

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Αξιολόγηση κατάστασης θρέψης ηλικιωμένων σε Κέντρα Ανοικτής Περιθαλψής και συσχέτιση του δείκτη θρέψης με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και δείκτες υγείας

ΣΚΟΠΟΣ Η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης των ηλικιωμένων σε Κέντρα Ανοικτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων και η συσχέτιση του δείκτη θρέψης με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και τους δείκτες υγείας. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το δείγμα περιελάμβανε 120 ηλικιωμένα άτομα, που ήταν μέλη των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δημοτικού Διαμερίσματος Αττικής. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Assessment (MNA), που περιελάμβανε τέσσερις κατηγορίες μεταβλητών: Τα ανθρωπομετρικά δεδομένα, τη διατροφική αξιολόγηση, την υποκειμενική εκτίμηση και μια συνολική αξιολόγηση του ατόμου. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Το 58,3% των ατόμων βρέθηκε ότι ήταν σε καλή κατάσταση θρέψης, ενώ το 35,8% βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού και το 5,8% σε κατάσταση υποσιτισμού. Ο δείκτης θρέψης βρέθηκε ότι σχετιζόταν με την ηλικία, την οικονομική και την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τη συγκατοίκηση. Επίσης, τα άτομα με υπέρταση και με διάφορες άλλες παθήσεις εμφάνισαν πιο χαμηλό δείκτη θρέψης, ενώ υψηλότερο δείκτη θρέψης εμφάνισαν τα άτομα που έκαναν εργασίες στο σπίτι. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Ένας σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων ατόμων βρίσκεται σε κίνδυνο υποσιτισμού, γι' αυτό θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της κατάστασης.

Η τρίτη ηλικία έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία για τη δημογραφία όλων των χωρών του δυτικού κόσμου, εξ αιτίας της συνεχιζόμενης γήρανσης του πληθυσμού.¹ Οι γεροντολόγοι αντιμετωπίζουν τη γήρανση ως μια σειρά αλλαγών που συμβαίνει σε τέσσερα επίπεδα: Στο βιολογικό, στο χρονολογικό, στο ψυχολογικό και στο κοινωνικό επίπεδο. Οι εν λόγω αλλαγές μπορούν να επηρεαστούν από γεγονότα ζωής, ασθένειες, γενετικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, αλλά και από τον τρόπο ζωής του ατόμου.²

Επί πλέον, σημαντική είναι η μεταβολή που παρατηρείται

στη σύσταση του σώματος με την αύξηση της ηλικίας. Η γήρανση συνοδεύεται από μείωση κατά 2–3% της άλιπης μάζας σώματος, από αύξηση και ανακατανομή του σωματικού λίπους, καθώς και από μείωση του σωματικού νερού.³ Η απώλεια μάζας και δύναμης λόγω ηλικίας, κατάσταση γνωστή ως σαρκοπενία, οδηγεί σε παράλληλη μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού κατά 15–20%, καθώς και των ενεργειακών απαιτήσεων των ηλικιωμένων ατόμων.⁴

Οι διατροφικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας οφείλονται σε οικονομικούς

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(5):622–628
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(5):622–628

Α. Πλεξίδα,¹
Τ. Βασιλάκου,²
Ε. Καμπά,³
Γ. Φασόη,³
Μ. Κελέση,³
Σ. Ζυγά⁴

¹Δημοτικά Ιατρεία Ν. Ηρακλείου,
Ν. Ηράκλειο Αττικής

²Τομέας Διατροφής και Βιοχημείας,
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

³Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή
Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας,
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Αθήνας, Αθήνα

⁴Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών
Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας
Ζωής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου,
Σπάρτη

Assessment of the nutritional index of the elderly in an Open Care Center and correlation with their socioeconomic status and health indicators

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δείκτης θρέψης
Δημογραφικά στοιχεία
Διατροφή
Ηλικιωμένοι
Υποσιτισμός

Υποβλήθηκε 7.2.2015
Εγκρίθηκε 17.2.2015

παράγοντες, έλλειψη ικανότητας για προετοιμασία της τροφής, διαταραχές όσφρησης και γεύσης ή αδυναμία ικανότητας μάσησης και πέψης, καθώς και σε ψυχολογικούς, κοινωνικούς ή συναισθηματικούς παράγοντες.⁵

Ο υποσιτισμός είναι ένα συχνό και σοβαρό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους ανθρώπους. Σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση,⁶ ο υποσιτισμός καθορίζεται ως η ελαττωματική ή η ανεπαρκής διατροφική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή κατανάλωση τροφής, έλλειψη όρεξης, απώλεια μυϊκής μάζας και απώλεια σωματικού βάρους. Σε περίπτωση που δεν υπάρξει παρέμβαση, το ηλικιωμένο άτομο ακολουθεί μια φθίνουσα πορεία, η οποία οδηγεί στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας και σε μειωμένη ποιότητα ζωής.⁶ Ο υποσιτισμός στα ηλικιωμένα άτομα είναι μια πολυδιάστατη και πολυπαραγοντική έννοια, καθώς περιλαμβάνει φυσιολογικά και ψυχολογικά στοιχεία. Συνήθως, συνυπάρχει με την απώλεια, την εξάρτηση, τη μοναξιά, τις χρόνιες ασθένειες και μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας ακόμη και θνητότητας, καθώς και σε μειωμένη ποιότητα ζωής του ατόμου.⁷

Οι επιπτώσεις του υποσιτισμού στην ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων αναφέρθηκαν και σε άλλες έρευνες,^{6,7} όπου επισημάνθηκε η συσχέτιση ανάμεσα στη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων και την ποιότητα ζωής, τη νοσηρότητα και τη θνητότητα. Πρόκειται για μια συσχέτιση που αποδίδεται στην πτωχή διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων και στις συνέπειες του υποσιτισμού.

Ωστόσο, η επιλογή τροφίμων είναι το αποτέλεσμα της επίδρασης πολλών παραγόντων. Εκτός από τους βιολογικούς και τους ψυχολογικούς παράγοντες, πολλοί κοινωνικοοικονομικοί και κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες επιδρούν στη διαιτητική συμπεριφορά και τις διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων. Ουσιαστικά, ο άνθρωπος επιλέγει μεταξύ των τροφίμων που μπορεί να βρει στο περιβάλλον του. Η διαθεσιμότητα των τροφίμων εξαρτάται από παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με το κλίμα και τη γεωμορφολογία ενός τόπου, τη μεταφορά και τις προηγούμενες εμπειρίες με τα τρόφιμα, τη βιομηχανία, την πολιτική και την οικονομία του κράτους. Από όλα τα τρόφιμα τα οποία είναι διαθέσιμα, ο κάθε άνθρωπος επιλέγει ορισμένα για το διαιτολόγιό του υπό την επίδραση διαφόρων οικονομικών, θρησκευτικών, πολιτισμικών και κοινωνικο-ψυχολογικών παραγόντων.

Σε αυτό λοιπόν το πλαίσιο, κύριος στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η ανίχνευση του κινδύνου υποσιτισμού σε δείγμα ατόμων της τρίτης ηλικίας που διαβιούσαν ελεύθερα. Αυτό προγραμματίστηκε να επιτευχθεί μέσα από τον υπολογισμό του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων της συγκεκριμένης κοινότητας που υποσιτίζονταν ή βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού και τη σκιαγράφηση των δημογρα-

φικών τους χαρακτηριστικών. Οι ειδικοί σκοποί της εργασίας περιελάμβαναν τη διερεύνηση των συσχετίσεων ανάμεσα στο δείκτη θρέψης και τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και τους δείκτες υγείας, καθώς και την αξιολόγηση της ανίχνευσης του κινδύνου υποσιτισμού στην κοινότητα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Υλικό της μελέτης

Το δείγμα της παρούσας μελέτης περιελάμβανε 120 ηλικιωμένα άτομα, κατοίκους Δημοτικού Διαμερίσματος της Αττικής, που ήταν μέλη των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) ή είχαν επισκεφθεί τα δημοτικά ιατρεία του συγκεκριμένου δήμου. Αναλυτικότερα, το δείγμα αποτελείτο από 49 άνδρες (40% του δείγματος) και 71 γυναίκες (60% του δείγματος), ενώ η επιλογή των συμμετεχόντων στην έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο του διαθέσιμου δείγματος. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν σε καθημερινή βάση για περίπου 1–2 ώρες κάθε ημέρα, από τις 10 Νοεμβρίου 2012 έως τις 8 Δεκεμβρίου 2012. Η προσέγγιση του δείγματος πραγματοποιήθηκε μετά από επικοινωνία και συνεννόηση της ερευνήτριας με τον υπεύθυνο των ΚΑΠΗ του δήμου, ενώ η ενημέρωση και η προσέγγιση των ατόμων για το σκοπό της έρευνας γινόταν σε ατομικό επίπεδο στο πλαίσιο της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν ήταν εφικτό να ολοκληρωθεί η συνέντευξη, τα ερωτηματολόγια δεν συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα.

Μέθοδος

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Assessment (MNA), τα πνευματικά δικαιώματα του οποίου ανήκουν στο Nestle Nutrition Institute. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με προσωπική συνέντευξη των ηλικιωμένων σε ατομικό επίπεδο, εφαρμόζοντας τον οδηγό της συνέντευξης του ερωτηματολογίου MNA.^{8,9}

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τέσσερις υποκατηγορίες στοιχείων, που είναι τα ανθρωπομετρικά δεδομένα, η διατροφική αξιολόγηση, η υποκειμενική αξιολόγηση και μια συνολική εκτίμηση του ατόμου. Σύμφωνα με το σύστημα βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται ο δείκτης θρέψης του ατόμου, που κυμαίνεται από 0–30. Το άτομο που φέρει δείκτη θρέψης >24 χαρακτηρίζεται ως καλά σιτισμένο, το άτομο το οποίο συγκεντρώνει 17–23,5 βαθμούς ως δείκτη θρέψης βρίσκεται σε κίνδυνο υποσιτισμού, ενώ το άτομο που έχει δείκτη θρέψης <17 βαθμούς χαρακτηρίζεται ως υποσιτισμένο.¹⁰

Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε από τους ερευνητές για τη συλλογή των δημογραφικών και των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, στις οποίες περιλαμβάνονται το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η συγκατοίκηση και η ιδιοκατοίκηση, καθώς και χρόνια νοσήματα, όπως διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, υπερχοληστερολαιμία, οστεοπόρωση, δυσκοιλιότητα, παρουσία κάποιας άλλης ασθένειας, κάπνισμα, κατανάλωση οινόπνευματος και ενασχόληση με οικιακές εργασίες.

Για τη συλλογή των ανθρωπομετρικών δεδομένων –βάρους, ύψους και περιφέρεια βραχίονα– έγινε χρήση αναστημόμετρου, ζυγαριάς και ταινίας μέτρησης (μεζούρας). Η στατιστική επεξεργασία διενεργήθηκε με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 17.0. Κατά τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις της περιγραφικής στατιστικής και η δοκιμασία ανεξαρτησίας χ^2 (Chi Square), όπου το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε τιμή $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά χαρακτηριστικά

Γενικά στοιχεία: Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 72,65 έτη, με ακραίες τιμές τα 60–90 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων ανήκε στην κατηγορία των 66–70 ετών, ενώ ελάχιστα ήταν τα άτομα της τελευταίας κατηγορίας (86–90 ετών). Το 40% των ατόμων ήταν άνδρες και το 60% του δείγματος ήταν γυναίκες. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Υγεία: Ως προς τις συνήθειες (κάπνισμα, οινόπνευμα), τα συμπληρώματα διατροφής και τα συνυπάρχοντα νοσήματα, ποσοστό 14,2% ανέφερε ότι καπνίζει και το 35% του δείγματος ανέφερε ότι καταναλώνει οινόπνευμα. Το 8,3% ανέφερε ότι λάμβανε συμπληρώματα διατροφής και το 60,8% λάμβανε φάρμακα (πίν. 2).

Συσχέτιση με το δείκτη θρέψης

Όσον αφορά στη συσχέτιση του δείκτη θρέψης με τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν ανάμεσα στο δείκτη θρέψης και την ηλικία, την οικονομική κατάσταση, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την ιδιοκατοίκηση και τη συγκατοίκηση.

Στον πίνακα 3 παρατηρείται ότι, με βάση το δείκτη θρέψης, περισσότερο από το μισό δείγμα των ηλικιωμένων (58,3%) βρισκόταν σε καλή κατάσταση θρέψης, το 35,8% ήταν σε κίνδυνο υποσιτισμού και το 5,8% ήταν σε κατάσταση υποσιτισμού. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμφάνιζαν χαμηλότερο μέσο δείκτη θρέψης, γεγονός που δείχνει το σημαντικό ρόλο τον οποίο διαδραματίζει η ηλικία στο δείκτη θρέψης και τη σίτιση του ατόμου. Η αύξηση της ηλικίας μπορεί να συνδεθεί με πιο πολλά προβλήματα υγείας, καθώς και με περισσότερες πιθανότητες το άτομο να μένει μόνο του, χωρίς να ακολουθεί μια ορθή και ισορροπημένη διατροφή.

Το ποσοστό των ατόμων που βρίσκονταν σε κίνδυνο

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
<i>Φύλο</i>		
Άνδρες	49	40,0
Γυναίκες	71	60,0
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>		
Άγαμος(η)	3	2,5
Παντρεμένος(η)	62	51,7
Διαζευγμένος(η)	12	10,0
Χήρος(α)	43	35,8
<i>Έχουν δικό τους σπίτι</i>		
Ναι	107	89,2
Όχι	13	10,8
<i>Διαμένουν...</i>		
Μόνος(η)	38	13,7
Με σύντροφο	51	42,5
Με παιδιά	23	19,2
Με άλλους	8	6,7
<i>Οικονομική κατάσταση</i>		
Κακή	33	27,5
Μέτρια	63	52,5
Καλή	24	20,0
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>		
Κανένα	12	10,0
Δημοτικό	64	53,3
Γυμνάσιο	16	13,3
Γενικό Λύκειο	16	13,3
Τεχνική σχολή	4	3,3
ΑΕΙ/ΤΕΙ	6	5,0
Μεταπτυχιακό	2	1,7
Σύνολο	120	100,0

ΑΕΙ/ΤΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

υποσιτισμού αλλά και των ήδη υποσιτισμένων ατόμων ήταν αρκετά υψηλό, αν ληφθεί υπ' όψη ότι το δείγμα της έρευνας προήλθε από ένα φαινομενικά υγιή πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων που δεν ήταν ούτε τρόφιμοι γηροκομείων και ιδρυμάτων ούτε νοσηλευόμενοι.

Με βάση τη δοκιμασία ανεξαρτησίας χ^2 βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με την ηλικία. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας (60–65 ετών και 66–70 ετών) εμφάνισαν υψηλότερο δείκτη θρέψης σε σύγκριση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Επίσης, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο δείκτη θρέψης και την οικονομική κατάσταση (πίν. 4). Παρατηρήθηκε

Πίνακας 2. Κατάταξη των ατόμων που καπνίζουν, καταναλώνουν οινοπνευμα, λαμβάνουν συμπληρώματα διατροφής και φάρμακα και κάνουν οικιακές εργασίες, καθώς και τα συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας.

	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
<i>Συνήθειες</i>		
Κάπνισμα	17	14,2
Οινοπνευμα	42	35,0
<i>Συμπληρώματα-φάρμακα-οικιακές εργασίες</i>		
Συμπληρώματα διατροφής	10	8,3
Φάρμακα	73	60,8
Οικιακές εργασίες	98	81,7
<i>Συνυπάρχοντα νοσήματα</i>		
Διαβήτης	25	20,8
Υπέρταση	63	52,5
Υπερχοληστερολαιμία	37	30,8
Οστεοπόρωση	14	11,7
Κακοήθεια	4	3,3
Δυσκοιλιότητα	39	32,5

Πίνακας 3. Κατάταξη των ατόμων με βάση την κατάσταση θρέψης.

Κατάσταση θρέψης	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Καλή θρέψη ($\Delta\Theta > 23,5$)	70	58,3
Κίνδυνος υποσιτισμού ($17 \leq \Delta\Theta \leq 23,5$)	43	35,8
Υποσιτισμός ($\Delta\Theta < 17$)	7	5,8
Σύνολο	120	100,0

$\Delta\Theta$: Δείκτης θρέψης.

Πίνακας 4. Δείκτης θρέψης ($\Delta\Theta$) σε σχέση με την οικονομική κατάσταση.

Οικονομική κατάσταση	Μέσος $\Delta\Theta$	Τυπική απόκλιση	χ^2 (τιμή p)
Κακή	21,54	3,99	
Μέτρια	23,38	2,90	12,29 (0,01)
Καλή	25,75	2,26	
Σύνολο	23,35	3,42	

ότι τα άτομα με υψηλότερο δείκτη θρέψης βρίσκονταν σε καλύτερη οικονομική κατάσταση.

Στον πίνακα 5 φαίνεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο δείκτη θρέψης και την οικογενειακή κατάσταση. Οι χήροι(ες) και οι διαζευγμένοι(ες) εμφάνισαν χαμηλότερο δείκτη θρέψης σε σύγκριση με τους έγγαμους και τους άγαμους, που παρουσίασαν υψηλότερο επίπεδο θρέψης.

Επί πλέον, διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα άτομα

Πίνακας 5. Δείκτης θρέψης ($\Delta\Theta$) σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

Οικογενειακή κατάσταση	Μέσος $\Delta\Theta$	Τυπική απόκλιση	χ^2 (τιμή p)
Άγαμος(η)	26,00	2,64	
Παντρεμένος(η)	23,98	3,21	
Διαζευγμένος(η)	23,41	2,81	20,12 (0,00)
Χήρος(α)	22,23	3,68	
Σύνολο	23,35	3,42	

που βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, καθώς και τα υποσιτισμένα άτομα, ήταν κυρίως γυναίκες.

Ακόμη, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο δείκτη θρέψης και το μορφωτικό επίπεδο, καθώς όσο πιο υψηλό μορφωτικό επίπεδο είχαν τα άτομα τόσο υψηλότερος ήταν ο μέσος δείκτης θρέψης (πίν. 6).

Όσον αφορά στην ομάδα των υποσιτισμένων ηλικιωμένων, επρόκειτο για άτομα τα οποία στην πλειοψηφία τους δεν είχαν κάποια μόρφωση ή είχαν χαμηλή μόρφωση (απόφοιτοι Δημοτικού), ήταν χήροι σε ποσοστό 71,4%, είχαν μέτρια ή κακή οικονομική κατάσταση και οι μισοί ζούσαν μόνοι τους. Επί πλέον, είναι εμφανές ότι τα άτομα με πιο υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Γυμνάσιο-Μεταπτυχιακό) εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα του δείκτη θρέψης. Το χαμηλότερο μέσο δείκτη θρέψης είχαν τα άτομα που διέμεναν μόνοι τους.

Αναφορικά με τη συσχέτιση του δείκτη θρέψης με την ύπαρξη προβλημάτων υγείας, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις εντοπίστηκαν ανάμεσα στο δείκτη θρέψης και την ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης (πίν. 7).

Τα άτομα που έπασχαν από υπέρταση εμφάνισαν χαμηλότερο μέσο δείκτη θρέψης (22,55) σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς υπέρταση.

Πίνακας 6. Δείκτης θρέψης ($\Delta\Theta$) σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

Μορφωτικό επίπεδο	Μέσος $\Delta\Theta$	Τυπική απόκλιση	χ^2 (τιμή p)
Κανένα	20,16	4,23	
Δημοτικό	23,62	2,97	
Γυμνάσιο	24,31	3,91	
Γενικό Λύκειο	26,00	2,57	27,60 (0,01)
ΑΕΙ/ΤΕΙ	27,00	0,70	
Μεταπτυχιακό	27,50	0,70	
Σύνολο	23,35	3,42	

ΑΕΙ/ΤΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Πίνακας 7. Δείκτης θρέψης σε σχέση με την παρουσία υπέρτασης.

Υπέρταση	Μέσος δείκτης θρέψης	Τυπική απόκλιση	Συχνότητα (n)	χ^2 (τιμή p)
Ναι	22,55	3,48	63	1,06 (0,00)
Όχι	24,22	3,17	57	

Επίσης, το κάπνισμα και η κατανάλωση οιοπνεύματος δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με το δείκτη θρέψης των ατόμων, σε αντίθεση με την ενασχόληση με τις οικιακές εργασίες, για την οποία διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση (πίν. 8). Τα άτομα που έκαναν οικιακές εργασίες εμφάνισαν καλύτερο μέσο δείκτη θρέψης (23,44) σε σύγκριση με τα άτομα τα οποία δεν ασχολούνταν καθόλου με τις οικιακές εργασίες.

Πίνακας 8. Δείκτης θρέψης σε σχέση με τις οικιακές εργασίες.

Οικιακές εργασίες	Μέσος δείκτης θρέψης	Τυπική απόκλιση	Συχνότητα (n)	χ^2 (τιμή p)
Ναι	23,44	3,26	98	7,47 (0,02)
Όχι	22,90	4,13	22	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων που βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, αλλά και των ήδη υποσιτισμένων ατόμων, ήταν αρκετά υψηλό, αν ληφθεί υπ' όψη ότι το δείγμα της έρευνας προερχόταν από ένα φαινομενικά υγιή πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων που δεν ήταν ούτε τρόφιμοι γηροκομείων και ιδρυμάτων ούτε νοσηλεύσιμοι. Και σε προηγούμενη έρευνα που διεξήχθη σε ηλικιωμένους,¹¹ το ποσοστό του δείγματος που βρέθηκε σε κίνδυνο υποσιτισμού ήταν 47,5%. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το ποσοστό των ηλικιωμένων που βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού ήταν σχετικά αυξημένο και αυτό συνδέεται και με τους υπόλοιπους παράγοντες της ζωής των ηλικιωμένων, όπως τις συνθήκες διαβίωσης. Ωστόσο, για τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων ρόλο διαδραματίζει ένα σύνολο παραγόντων, όπως αν το άτομο μένει μόνο του, πόσα γεύματα καταναλώνει κατά τη διάρκεια της ημέρας, ποιος έχει αναλάβει την προετοιμασία των γευμάτων και αν αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας.⁵

Τα άτομα με καλύτερη οικονομική κατάσταση εμφανίζουν αυξημένο μέσο δείκτη θρέψης. Τα ηλικιωμένα άτομα

σε κακή οικονομική κατάσταση συχνά δεν έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν τα χρήματα που απαιτούνται για μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, ενώ μπορεί να εμφανίζουν και δυσκολίες να μετακινηθούν και να προσέλθουν στα καταστήματα τροφίμων.⁴ Η είσοδος του ατόμου στη συνταξιοδότηση μετά το τέλος της επαγγελματικής του πορείας σηματοδοτεί αλλαγές σε οικονομικό επίπεδο, καθώς η σύνταξη είναι χαμηλότερη σε σύγκριση με το μισθό,¹² με αποτέλεσμα να μειώνεται και το οικονομικό επίπεδο των ηλικιωμένων ατόμων. Τα ηλικιωμένα άτομα λόγω οικονομικής δυσχέρειας μπορεί να αποφεύγουν την αγορά ακριβών ή ποιοτικών τροφίμων.¹³ Τα οικονομικά προβλήματα που εμφανίζει μια μερίδα των ηλικιωμένων βρίσκονται στο επίκεντρο της ζωής τους και συνδέονται άμεσα με τους τομείς της υγείας και της κοινωνικής ευημερίας.¹⁴

Επί πλέον, παρατηρήθηκε ότι τα περισσότερα άτομα που βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, όπως και τα υποσιτισμένα άτομα, ήταν κυρίως γυναίκες. Αυτό μπορεί να συνδέεται και με τα υψηλότερα ποσοστά χρειάς που παρουσιάζονται και αφορούν κυρίως στις γυναίκες, καθώς οι άνδρες πεθαίνουν νωρίτερα.

Όσον αφορά στην ομάδα των υποσιτισμένων ηλικιωμένων, πρόκειται για άτομα τα οποία στην πλειοψηφία τους δεν είχαν κάποια μόρφωση ή είχαν χαμηλή μόρφωση (απόφοιτοι δημοτικού), ήταν χήροι σε ποσοστό 71,4%, είχαν μέτρια ή κακή οικονομική κατάσταση και οι μισοί έμεναν μόνοι τους. Επίσης, τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού ήταν ηλικίας >71 ετών, ενώ το 35,8% από τα άτομα της ομάδας ήταν χήροι, είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και βρίσκονταν σε μέτρια ή σε κακή οικονομική κατάσταση. Όπως έχει βρεθεί και σε προηγούμενες έρευνες,^{2,6,12} το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και η οικονομική και η οικογενειακή κατάσταση, φάνηκε ότι καθορίζουν τις συνθήκες μέσα στις οποίες ζουν τα άτομα. Έτσι, τα ηλικιωμένα άτομα που χαρακτηρίζονται από χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, καθώς και τα άτομα που διαμένουν μόνα τους λόγω χρειάς, βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, γεγονός που αντικατοπτρίζει τις διατροφικές τους συνήθειες.

Επί πλέον, είναι εμφανές ότι τα άτομα με πιο υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Γυμνάσιο-Μεταπτυχιακό) εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα του δείκτη θρέψης. Το χαμηλότερο μέσο δείκτη θρέψης είχαν τα άτομα που διέμεναν μόνα τους. Τα ηλικιωμένα άτομα που ζούσαν μόνα τους είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να απομονωθούν και χρειάζονταν υποστήριξη.¹⁵ Επίσης, όταν το ηλικιωμένο άτομο ζει μόνο του, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να ακολουθεί μια μονότονη, οικονομική και ιδιόρρυθμη διατροφή, που υστερεί σε πολλά στοιχεία.⁵

Όσον αφορά στη σύνδεση του δείκτη θρέψης με την ύπαρξη προβλημάτων υγείας, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις εντοπίστηκαν ανάμεσα στο δείκτη θρέψης και την ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης, καθώς και την παρουσία άλλων παθήσεων, εκτός από αυτές που αναφέρθηκαν και για τις οποίες δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις (διαβήτης, οστεοπόρωση, υπερχοληστερολαιμία, κακοήθεια). Με βάση τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ),¹⁶ τα κυριότερα νοσήματα και οι διαταραχές της υγείας που παρατηρούνται στην τρίτη ηλικία είναι η αρτηριακή υπέρταση, η καρδιαγγειακή νόσος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, τα αναπνευστικά προβλήματα και άλλα. Επίσης, το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με το δείκτη θρέψης των ατόμων, σε αντίθεση με την ενασχόληση με οικιακές εργασίες, για την οποία διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Τα ηλικιωμένα άτομα που ασχολούνται με οικιακές εργασίες βρίσκονται σε καλύτερη σωματική κατάσταση και αυτό τους βοηθά να διατηρήσουν καλύτερη κατάσταση υγείας, με αποτέλεσμα να έχουν και έναν καλύτερο δείκτη θρέψης (23,44). Μέσα από την ενασχόλησή τους με το σπίτι, τα ηλικιωμένα άτομα εξασφαλίζουν ένα επίπεδο ανεξάρτητης διαβίωσης, ενώ μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους και τη διατροφή τους. Η λήψη φαρμάκων και συμπληρωμάτων διατροφής δεν βρέθηκε να σχετίζεται με το δείκτη θρέψης. Αντίθετα, ο Moore¹³ υποστήριξε ότι η συχνή χρήση φαρμάκων ή και ο συνδυασμός πολλών φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε ανορεξία, ελαττωμένη απορρόφηση θρεπτικών συστατικών, δυσκοιλιότητα και σε ανεπιθύμητες ενέργειες. Επίσης, και σε άλλες μελέτες είχε παρατηρηθεί ότι το κάπνισμα, το stress και η χρήση φαρμάκων αυξάνουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων για βιταμίνη C, εύρημα το οποίο σημαίνει ότι υπάρχουν αυξημένες διατροφικές ανάγκες σε ηλικιωμένους με καταχρήσεις.²

Συμπερασματικά, στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ένας σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων ατόμων δημοτικού διαμερίσματος της Αττικής οι οποίοι βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού ή ήταν ήδη υποσιτισμένοι. Ο εν λόγω αριθμός ήταν μεγάλος, δεδομένου ότι τα στοιχεία προήλθαν από τον «υγιή» πληθυσμό των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα και όχι από κάποια ομάδα ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα. Επρόκειτο κυρίως για ηλικιωμένους που ήταν

ανεξάρτητοι και μπορούσαν να μετακινηθούν αυτόνομα για να φθάσουν στο ΚΑΠΗ ή στα δημοτικά ιατρεία. Όμως, οι ηλικιωμένοι που διαμένουν στην κοινότητα και οι οποίοι χαρακτηρίζονται από χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ενδεχομένως δεν γνωρίζουν τις αρχές της ισορροπημένης και υγιεινής διατροφής ή δεν μπαίνουν καθόλου σε μια διαδικασία αναζήτησης τέτοιου είδους ενημέρωσης, παραμένοντας σε πρακτικές του παρελθόντος. Η συγκεκριμένη κατάσταση μπορεί να αλλάξει μέσα από την εφαρμογή διαιτητικών και διατροφικών παρεμβάσεων σε επίπεδο κοινότητας, που θα στοχεύουν στη βελτίωση της διατροφικής τους κατάστασης.

Σύμφωνα και με άλλους ερευνητές,^{11,12} για τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων στην κοινότητα απαιτείται η εφαρμογή προγραμμάτων με στόχο τη διατροφική αγωγή (σε ομαδικές παρουσιάσεις), τη διατροφική συμβουλευτική, μέσα από ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες, καθώς και την παροχή συμπληρωμάτων διατροφής μετά από συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό, την παροχή βοήθειας από τους κοινωνικούς λειτουργούς για την αγορά των τροφίμων και την παροχή θρεπτικών γευμάτων σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα. Στην τρέχουσα έρευνα ήταν πολύ λίγα τα άτομα που χρησιμοποιούσαν συμπληρώματα διατροφής. Αυτό μπορεί να μην οφείλεται στην έλλειψη ανάγκης για τέτοιου είδους συμπληρώματα αλλά στην ελλιπή ενημέρωση ή στο χαμηλό εισόδημα.

Η ανίχνευση των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο υποσιτισμού στην κοινότητα με τη χρήση του ερωτηματολογίου MNA είναι μια απλή και οικονομική διαδικασία, η οποία μπορεί να αποτελέσει και το έναυσμα για περισσότερη ενημέρωση και πληροφόρηση των ηλικιωμένων αναφορικά με θέματα διατροφής και σύνδεσης με την υγεία και την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων. Οι διατροφικές παρεμβάσεις μπορεί να εφαρμοστούν και σε επίπεδο πρόληψης, ώστε να μειωθούν τα ποσοστά των ατόμων τα οποία βρίσκονται σε κίνδυνο υποσιτισμού. Τα ποσοστά αυτά φαίνεται ότι αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας και τις κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Λαμβάνοντας υπ' όψη τις σημερινές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες είναι σημαντικό να υπάρξει μεγαλύτερη προσοχή, ενδιαφέρον, αλλά και ευαισθητοποίηση των ηλικιωμένων και της πολιτείας σχετικά με μια ισορροπημένη διατροφή, που θα συμβάλλει και στην εξασφάλιση καλύτερης υγείας και ποιότητας ζωής.

ABSTRACT

Assessment of the nutritional index of the elderly in an Open Care Center and correlation with their socioeconomic status and health indicators

A. PLEXIDA,¹ T. VASILAKOU,² E. KABA,³ G. FASOI,³ M. KELESI,³ S. ZYGA⁴

¹Primary Health Clinics, Neo Iraklion, Attica, ²Department of Nutrition and Biochemistry, National School of Public Health, Athens, ³Department of Nursing, School of Health and Welfare, Technological Educational Institute of Athens, Athens, ⁴Department of Nursing, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, University of the Peloponnese, Sparta, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(5):622–628

OBJECTIVE To evaluate the nutrition index of elderly persons in an Open Care Center for the Elderly and its correlation with their socioeconomic status and health indicators. **METHOD** The sample consisted of 120 elderly people who attended the Open Care Center for the Elderly in a municipality of Attica. The Mini Nutritional Assessment (MNA) questionnaire was used, which includes four categories of variables, namely anthropometric data, nutritional evaluation, subjective evaluation and an overall assessment of the individual. **RESULTS** Of the sample of elderly individuals, 58.3% were found in good nutritional status, 35.8% at risk of malnutrition and 5.8% in a state of malnutrition. The nutrition index found to be related to age, economic and marital status, educational level and cohabitation. Those with hypertension and several other diseases registered a lower nutrition index and those who did housework a higher nutrition index. **CONCLUSIONS** As a significant number of elderly people are at risk of malnutrition, more emphasis needs to be given to the prevention and treatment of this condition.

Key words: Demographic variables, Diet, Elderly, Malnutrition, Nutrition index

Βιβλιογραφία

1. ΚΟΤΖΑΜΑΝΗΣ Β. Δημογραφική και κοινωνική γήρανση: Μύθοι και πραγματικότητα. Στο: Κοτζαμάνης Β, Μαράτου-Αλιπράντη Λ (Επιμ.) *Γήρανση και κοινωνία*. ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1996:1–31
2. MAHAN LK, ESCOTT-STUMP S, RAYMOND JL, KRAUSE MV. *Krause's food and the nutrition care process*. 13th ed. Elsevier Saunders, St Louis, Mo, 2012
3. ΚΟΥΡΕΑ-ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ Τ. *Βασικές αρχές δημόσιας υγείας*. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2007
4. ΖΑΜΠΕΛΑΣ Α. *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Εκδόσεις Πασχάλιδης, Αθήνα, 2003
5. ΡΗΓΑ ΑΒ, ΚΑΤΣΟΓΙΑΝΝΗ Ε, ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Ψυχοκοινωνική ταυτότητα των ηλικιωμένων – και των δύο φύλων – σε σχέση με τις διατροφικές τους συνήθειες: Μελέτη περιπτώσεων. Στο: Σιάμπος Γ (Επιμ.) *Πληθυσμός και ανάπτυξη στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Κορφή, Αθήνα, 2003:512–521
6. CHEN CC, SCHILLING LS, LYDER CH. A concept analysis of malnutrition in the elderly. *J Adv Nurs* 2001, 36:131–142
7. BROWNIE S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract* 2006, 12:110–118
8. VELLAS Β, VILLARS Η, ABELLAN G, SOTO ME, ROLLANDY, GUIGOZY ET AL. Overview of the MNA – its history and challenges. *J Nutr Health Aging* 2006, 10:456–463
9. GUIGOZY Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – what does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006, 10:466–485
10. EDINGTON J. Problems of nutritional assessment in the community. *Proc Nutr Soc* 1999, 58:47–51
11. SKARUPSKI ΚΑ, PELKOWSKI JJ. Multipurpose senior centers: Opportunities for community health nursing. *J Community Health Nurs* 2003, 20:119–132
12. MAES M. Poverty persistence among the elderly in the transition from work to retirement. *J Econ Inequal* 2013, 11:35–56
13. MOORE MC. Διαιτολογία. Στο: Κουρσουμπά Θ, Μπαγκκλάρα-Κατσιλάμπρου Ε, Τσαρούχη Α (Επιμ.) *Pocket guide to nutritional care*. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2000
14. CARDENAS A, LOPEZ L. Analysis matrix of resilience in the face of disability, old age and poverty. *International Journal of Disability, Development and Education* 2010, 57:175–189
15. ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ Τ. *Δημόσια υγεία*. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2007
16. GUILBERT JJ. The World Health Report 2006: Working together for health. *Educ Health (Abingdon)* 2006, 19:385–387

Corresponding author:

S. Zyga, 3 Leonidou street, GR-231 00 Sparta, Lakonia, Greece
e-mail: zygass@uop.gr