

بررسی رفتارهای تغذیه‌ای سالمندان در زمینه

پیشگیری از زخم معده در شهر شیراز

نویسندگان: امیر الماسی حشینی^۱، موسی صالحی^۲، بهاره ترک جوکار^۳ و محسن شمس^{۱*}

۱- مربی - گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲- دانشیار - گروه تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت و تغذیه، شیراز، ایران

۳- کارشناس - تغذیه، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دانشکده بهداشت و تغذیه، شیراز، ایران

Email: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

* نویسنده مسئول: محسن شمس

چکیده

مقدمه و هدف: جمعیت سالمندان در ایران رو به افزایش است. و در بین مشکلات عمده آنان تغذیه نامناسب اختلال شایعی می باشد که بیشتر اوقات تشخیص داده نشده و درمان هم نمی شود. در این مطالعه به تعیین رفتارهای تغذیه ای سالمندان در زمینه پیشگیری از زخم معده در شهر شیراز پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مقطعی - تحلیلی بوده که روی ۲۷۰ نفر از سالمندان (۱۸۴ زن و ۸۶ مرد) شهر شیراز صورت پذیرفته است. معیارهای ورود به مطالعه، شامل سالمندان میان ۶۰ تا ۷۰ سال که فاقد بیماری‌های روانی یا جسمی و ذهنی پیشرفته بودند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه-ای متشکل از اطلاعات دموگرافیک، پرسش‌های آگاهی‌سنجی و چکلیست عملکرد تغذیه‌ای سالمندان بوده است؛ در نهایت، اطلاعات تجزیه و تحلیل شدند و برای سنجش ارتباط میان وضعیت تغذیه و مؤلفه‌های دموگرافیک از مدل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

نتایج: در این مطالعه ۴۸ درصد زنان و ۴۱ درصد مردان مسن به بیماری دچار و تحت درمان بودند. شیوع بیماری‌های مختلف مانند پرفشاری خون، آرتروز، پوکی استخوان و دیابت در زنان بیشتر از مردان مشاهده شد. تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که در میان عوامل دموگرافیک رابطه عملکرد صحیح با سطح تحصیلات ($CI=0/18-0/68$)، $OR=0/31$)، درآمد بالا ($CI=1/6-4/3$)، $OR=2/7$)، سن بالا ($CI=1/3-3/8$)، $OR=1/9$) از نظر آماری معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: با عنایت به اینکه امکان مداخله مناسب در اغلب عوامل مؤثر یافت شده در این پژوهش وجود دارد، اهمیت توجه به اصلاح رفتارهای تغذیه‌ای سالمندان و تدارک برنامه‌های مناسب تغذیه‌ای بیشتر از طریق مداخلات آموزشی پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: سالمند، تغذیه، زخم معده

دریافت: ۹۱/۷/۱۰

آخرین اصلاح‌ها: ۹۱/۱۰/۱۸

پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

مقدمه

گذار اپیدمیولوژیک بیماری‌ها»، افزایش امید به زندگی و افزایش تعداد سالمندان را به دنبال داشته و به تبع آن بر تعداد سالخوردگانی که به خدمات پزشکی نیاز دارند، افزوده شده است نسبت افراد مسن در نیمه قرن بیستم در حال افزایش است؛ همچنین امید به زندگی در قرن بیستم، سی سال افزایش یافته است. تا سال ۲۰۳۰ جمعیت بالای ۶۵ سال دو برابر خواهد شد یعنی از ۳۶ میلیون نفر به ۷۲ میلیون نفر می‌رسد؛ بیشترین افزایش، مربوط به جمعیت بالای ۸۵ سال است که در حال حاضر ۴/۶ میلیون نفر بوده، پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ این رقم به ۹/۶ میلیون نفر برسد (۱ و ۲). به دلیل توجه علمی بر فرایند پیری، تحقیق‌هایی متعدد روی آن و سبب‌شناسی بیماری‌های مرتبط با سن متمرکز شده است. تغذیه از جمله عواملی است که تأثیری عمیق بر پیری دارد (۳). مطالعات تغذیه‌ای انجام شده روی روند پیری، شیوع کمبود مواد مغذی را با افزایش سن نشان می‌دهند (۴). بیماری‌های مزمن وابسته به الگوی غذایی از جمله چاقی، اختلال الگوی لیپیدی، اختلال تحمل گلوکز، دیابت ملیتوس و افزایش فشار خون، مسائل اصلی مرتبط با تغذیه سالمندان هستند که سلامت و طول عمر بشر را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۵، ۶ و ۷)؛ یکی دیگر از مشکلات سالمندان، اختلال‌های گوارشی است که در میان سالمندان، شیوعی بالا داشته، از جمله اختلال‌های گوارشی که بسیار در سالمندان مشاهده می‌شود، زخم معده است که سالیانه هزینه زیادی را برای درمان به خود اختصاص می‌دهد. زخم معده به عوارض بسیاری منجر می‌شود که کیفیت زندگی سالمندان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ از جمله علائم آن می‌توان به درد ناحیه اپی گاستر، سوءهاضمه، احتمال نفخ شکم، احساس سنگینی در ناحیه بالای شکم، سیری زودرس، بی‌اشتهایی مختصر و درد و سوزش درد در ناحیه بالا شکم اشاره کرد؛ بنابراین زخم معده می‌تواند وضعیت تغذیه سالمندان را تحت تأثیر قرار دهد و اختلال‌های تغذیه‌ای متعددی را در آنها به وجود آورد (۷ تا ۹).

مطالعه‌ای نشان داد که ۲۵ درصد از سالمندان در رابطه با انرژی دریافتی کمبود داشتند نتایج مطالعه نشان داد که دریافت روزانه اغلب مواد مغذی در آنها ناکافی بوده و بر اساس شاخص توده بدنی ۵۴ درصد از زنان و ۴۶ درصد از مردان، زیر صدک ۵ قرار داشتند. همچنین ۴۷ درصد از کل سالمندان از نظر دریافت انرژی دچار کمبود بودند (۱۰).

مطالعات انجام شده بر روی سالمندان در آسایشگاه‌های دیگر کشورها نظیر اسپانیا (۱۱)، فرانسه (۱۲-۱۳)، سوئیس (۱۴)، سوئد (۱۵-۱۶)، دانمارک (۱۷) بلژیک (۱۸) و انگلیس (۱۹) نیز مؤید، همین مطلب است و ضرورت توجه به حمایت‌های تغذیه‌ای برای این گروه آسیب پذیر جامعه را متذکر می‌گردد.

نتایج مطالعات مختلف در دنیا نشان داده است که وضعیت تغذیه‌ای، نقشی برجسته در سلامت و بیماری افراد ۶۵ سال به بالا دارد و به این امر به خصوص در سالمندان کم‌درآمد و ضعیف، مهم‌ترین عامل است (۱۷ تا ۱۹). برای افراد سالمند به دلیل وجود بیماری ناتوانی جسمی و ناتوانی در جویدن، مصرف زیاد دارو، انزوای اجتماعی و کاهش درآمد، خطر دریافت رژیم ناکافی افزایش می‌یابد عوامل شناخته شده وضعیت بد تغذیه‌ای شامل بیماری‌های مزمن، مسائل بهداشت دهان و دندان، نقصان عملکرد احساسی، ادراکی، انزوای اجتماعی، مصرف داروهای متعدد، وضعیت اقتصادی اجتماعی، ناتوانی فیزیکی، سبک زندگی بدون تحرک، افسردگی و دمانس و کاهش تولید اسید معده هستند؛ این عوامل باعث شده که وضعیت جسمی بدن تحلیل رفته، شخص برای بیماری‌های شدیدتر و در نهایت، بستری در بیمارستان مستعد شود، به گونه‌ای که وضعیت بد تغذیه‌ای باعث افزایش عوارض، مرگ و میر، کاهش کیفیت زندگی و افزایش طول مدت بستری در بیمارستان نیز می‌شود؛ از- طرفی، مطالعاتی که در خصوص وضع تغذیه‌ای و الگوی مصرف سالمندان در کشور ما صورت گرفته است، اغلب روی سالمندان مستقر در آسایشگاه انجام شده است و متأسفانه کمتر تحقیقی روی سالمندان ساکن در منازل

پیشگیری از ابتلا به زخم معده از طریق رعایت رژیم غذایی بود و ۱۰ سوال در مورد عملکرد تغذیه‌ای آنها در مورد زخم معده) طراحی گردید. از جمله این که من به بیماری خاصی مبتلا هستم که مرا مجبور به مصرف نوع خاص و مقدار خاصی از غذا می‌نماید، من در هر روز کمتر از ۲ وعده غذا می‌خورم، من معمولاً مقدار کمی سبزیجات، میوه و لبنیات می‌خورم، من مشکلات دهانی و دندانی خاصی دارم که برای خوردن من مشکل به وجود می‌آورد، من معمولاً پول کافی صرف خرید غذا نمی‌کنم، من اغلب به تنهایی غذا می‌خورم، من معمولاً روزانه ۳ عدد یا بیشتر قرص مصرف می‌کنم که اشتها را کم می‌کند، من اغلب نمی‌توانم برای خود خرید کنم، غذا بپزم و یا خودم را تغذیه نمایم.

روایی پرسش‌نامه از طریق روایی محتوایی و از طریق نظرسنجی از پانل متخصصان شامل اعضای هیئت علمی گروه تغذیه، اپیدمیولوژیست‌ها و متخصصان رشته آموزش بهداشت و ارتقای سلامت سنجیده و پس از رفع برخی از ابهام‌های نسخه نهایی ابزار مورد استفاده قرار گرفت. درخصوص سنجش پایایی از روش همسانی درونی استفاده شد و ضریب آلفا برای پرسش‌های رفتارهای تغذیه‌ای به مقدار ۰/۷۸ و برای قسمت سنجش دیدگاه‌های سالمندان نسبت به زخم معده به مقدار ۰/۸۲ و در قسمت آگاهی از عوامل مؤثر در ایجاد زخم معده به مقدار ۰/۸۵ به دست آمد.

در پژوهش حاضر در قسمت آگاهی سنجی به پاسخ صحیح، امتیاز ۱ و به پاسخ غلط، امتیاز ۰ تعلق گرفت و در نهایت، امتیاز این قسمت بر مبنای ۱۰۰ نمره محاسبه و نمرات ۰ تا ۳۰ به عنوان آگاهی ضعیف و نمرات ۳۱ تا ۶۰ به عنوان آگاهی متوسط و نمره ۶۱ تا ۱۰۰ نیز به عنوان آگاهی خوب در نظر گرفته شده؛ در قسمت عملکرد نیز به رفتار صحیح یا عملکرد صحیح سالمند درخصوص اتخاذ رفتار صحیح پیشگیری از ابتلا به زخم معده امتیاز ۱ و به رفتار غلط، امتیاز ۰ تعلق گرفت و همانند بخش آگاهی سنجی، امتیاز بر مبنای ۱۰۰ و به سه گروه عملکرد ضعیف، متوسط و خوب رتبه‌بندی شد.

انجام شده است؛ لذا پژوهش حاضر نیز با هدف بررسی رفتارهای تغذیه‌ای سالمندان در زمینه پیشگیری از زخم معده در شهر شیراز صورت پذیرفته است تا گامی در جهت حفظ و ارتقای سطح سلامت سالمندان جامعه برداشته شود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مقطعی - تحلیلی بوده که به منظور بررسی رفتارهای تغذیه‌ای درخصوص زخم معده و برخی از عوامل مؤثر بر آن در میان ۲۷۰ نفر از سالمندان شهر شیراز صورت پذیرفته است.

در این پژوهش با توجه به فرمول زیر و در نظر گرفتن ضریب اطمینان ۹۵ درصد، شیوع سوءتغذیه ۲۰ درصد بر اساس منابع مشابه (۸) و میزان حداکثر خطای قابل قبول (۵ درصد) تعداد ۲۴۵ نمونه به دست آمد که برای افزایش دقت نمونه‌گیری تعداد نمونه‌ها به ۲۷۰ نفر افزایش یافت.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 \cdot p \cdot q}{d^2} = \frac{3.84 \times .2 \times .8}{0 / 0025} \approx 270$$

نمونه‌گیری به صورت چندمرحله‌ای از سطح شهر بوده است بدین صورت که اول با نمونه‌گیری خوشه‌ای شهر به پنج قسمت شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شده؛ سپس از درون هر خوشه نمونه‌گیری به صورت آسان از طریق مراجعه به درب منازل صورت گرفته است.

در این پژوهش معیارهای ورود به مطالعه شامل سالمندان بین ۶۰-۷۰ سال که فاقد بیماری‌های روانی و یا جسمی و ذهنی پیشرفته بودند. به گونه‌ای که می‌توانستند بدون محدودیت کارهای روزمره خود را انجام دهند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌ای متشکل از ۴ بخش (۷ سوال در مورد اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، شیوع برخی از بیماری‌ها، درآمد و وضعیت اشتغال)، ۱۰ سوال در مورد آگاهی از پیشگیری از زخم معده و ۱۸ سوال در خصوص دیدگاه سالمندان نسبت به

معده $41/5 \pm 11/8$ بود که در این خصوص، $61/5$ درصد آگاهی ضعیف، $28/1$ درصد آگاهی متوسط، $10/4$ درصد آگاهی خوب داشتند، از نظر بینش نیز، میانگین نمرات سالمندان $63 \pm 9/2$ بود که در این میان $4/4$ درصد ضعیف، $48/1$ درصد متوسط، $47/4$ درصد خوب و از نظر عملکرد در خصوص رعایت رفتارهای تغذیه‌ای صحیح در پیشگیری از ابتلا به زخم معده، میانگین نمرات عملکرد سالمندان $41 \pm 10/78$ بود؛ در این پژوهش، عملکرد $17/8$ سالمندان ضعیف، $74/8$ درصد متوسط و $7/4$ درصد خوب بود؛ در این مطالعه، میان سن و عملکرد ($P=0/026$)، آگاهی و جنسیت ($P=0/044$)، وضعیت تاهل ($P=0/044$)، آگاهی و سطح تحصیلات ($P=0/000$)، آگاهی و وضعیت شغلی ($P=0/002$) ارتباط معنادار مشاهده شد. به گونه‌ای که با افزایش سن، عملکرد درست تغذیه‌ای سالمندان کاهش می‌یافت؛ همچنین آگاهی در زنان و افراد متأهل و دارای تحصیلات بالا و همچنین افراد شاغل بیشتر مشاهده شد. در این پژوهش، 35 درصد شرکت‌کنندگان، احساس سلامتی داشتند، حدود 49 درصد از درد مفاصل و اندام‌ها، 11 درصد از بیماری قلبی - عروقی و بقیه 5 درصد از سرطان رنج می‌بردند. در مطالعه حاضر، میان وضعیت تغذیه سالمندان مورد بررسی و ابتلا به بیماری‌های مختلف، ارتباطی معنی‌دار مشاهده شد ($p < 0/001$).

یافته‌های تحقیق، بیانگر آن است که از نظر سلامت جسمانی، طبق اظهار نظر سالمندان مورد مطالعه 48 درصد زنان و 41 درصد مردان به بیماری، دچار بوده، تحت درمان قرار دارند. شیوع بیماری‌های مختلف، مانند پرفشاری خون، آرتروز، پوکی استخوان و دیابت در زنان بیشتر از مردان مشاهده شد. تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که در میان عوامل دموگرافیک، رابطه عملکرد صحیح با سطح تحصیلات ($OR=0/18-0/68$ ، $CI=0/31$)، درآمد بالا ($OR=1/6-4/3$ ، $CI=2/7$)، سن بالا ($OR=1/3-3/8$)، از نظر آماری، معنی‌دار بود. به گونه‌ای که سطح تحصیلات بالا عاملی محافظتی برای تغذیه سالم بوده‌است.

در قسمت دیدگاه‌های سالمندان در خصوص تغذیه سالم و رعایت رژیم غذایی مناسب برای پیشگیری از ابتلا به زخم معده، پرسش‌ها براساس طیف نگرش پنج پنج‌گزینه‌ای لیکرت طراحی شده، نحوه امتیازدهی نیز به گونه‌ای بود که به پاسخ کاملاً مخالفم امتیاز 0 (نشان-دهنده دیدگاه منفی نسبت به رعایت رژیم غذایی سالم) و به پاسخ کاملاً موافقم امتیاز 4 تعلق گرفت که در نهایت، نمرات این بخش نیز همچون، قسمت آگاهی درباره عوامل مؤثر بر زخم معده براساس 100 نمره محاسبه شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی از پرسش‌نامه‌های بدون نام و نام‌خانوادگی استفاده شد و افراد با رضایت آگاهانه به مطالعه وارد شدند.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، در نهایت از طریق نرم-افزار $spss(16)$ و با استفاده از آزمون‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آزمون‌های تحلیلی تی مستقل، کای اسکویر و آنوا و آنالیز رگرسیون اطلاعات تجزیه و تحلیل شد و سطح معنی‌داری آزمون‌ها $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه، $64/6 \pm 8/64$ سال بود که 68 درصد آنان زن و 32 درصد مرد بودند. از نظر وضعیت تاهل، 85 درصد متأهل و 15 درصد نیز در زمان مطالعه، مجرد بودند. از نظر وضعیت تحصیلی $53/7$ درصد زیردیپلم، $28/5$ درصد دیپلم و $17/8$ درصد بالای دیپلم بودند و از نظر وضعیت شغلی، 94 درصد سالمندان زن خانه‌دار و 6 درصد شاغل و در مردان نیز 83 درصد بیکار یا بازنشسته و 17 درصد نیز به کار اشتغال داشتند (جدول ۱). براساس اظهار نظر سالمندان، بیشترین شیوع بیماری در میان آنان آرتروز 163 نفر (61 درصد)، افسردگی 111 نفر (41 درصد) و پرفشاری خون 109 نفر (40 درصد) بوده‌است (جدول ۲).

از نظر فعالیت بدنی $27/4$ درصد به صورت منظم، $51/1$ درصد به صورت گه‌گاه $21/5$ درصد هرگز ورزش نمی‌کردند. میانگین نمره آگاهی سالمندان در خصوص تغذیه صحیح و عوامل مؤثر بر ایجاد زخم

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک سالمندان مورد مطالعه در شیراز

متغیر		تعداد	درصد
جنس	مرد	۸۷	۳۲
	زن	۱۸۳	۶۸
سن	۶۰-۶۵	۲۲۵	۸۳
	۶۶-۷۰	۴۶	۱۷
تحصیلات	دیپلم و کمتر	۲۵۰	۹۲
	دانشگاهی	۲۱	۸
درآمد	مساوی و کمتر از ۳۰۰۰۰۰۰ تومان	۹۲	۳۴
	بیشتر از ۳۰۰۰۰۰۰ تومان	۱۷۹	۶۶

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماری‌های گزارش شده براساس اظهار نظر سالمندان مورد مطالعه در شهر شیراز

بیماری	سالمندان					
	مرد (n=۸۷)		زن (n=۱۸۳)		جمع کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
پرفشاری خون	۷۶	۴۱	۳۳	۳۸	۱۰۹	۴۰
آرتروز	۱۱۸	۶۵	۴۵	۵۲	۱۶۳	۶۱
دیابت	۳۱	۱۷	۱۲	۱۴	۴۵	۱۶
افسردگی	۸۶	۴۷	۲۵	۲۹	۱۱۱	۴۱
پوکی استخوان	۵۶	۳۱	۲۰	۲۴	۸۰	۲۸
بیماری قلبی	۷۱	۳۹	۳۵	۴۱	۱۰۶	۳۹

جدول ۳. بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با وضعیت آگاهی، بینش و رفتار تغذیه سالمندان شهر شیراز

متغیرها	فراوانی		وضعیت تاهل				انجام فعالیت‌های ورزشی		استعمال دخانیات		جنسیت
	تعداد	درصد	متاهل		مجرد		بلی		خیر		
			تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
عملکرد تغذیه‌ای	ضعیف	۹	۳۲	۶۶	۹	۱۸	۳۹	۸۲	۱۸	۳۳	مرد
	متوسط	۳۹	۱۲۷	۶۲	۲۹	۱۴	۱۶۳	۸۱	۱۹	۳۴	زن
	خوب	۳	۱۵	۷۵	۱	۵	۱۷	۸۵	۱۵	۵۰	مرد
	تعداد کل	۵۱	۱۷۴	۶۴	۳۹	۱۴	۲۱۹	۸۱	۱۹	۳۵	زن
آزمون کای اسکوایر											
آگاهی	ضعیف	۳۸	۱۰۰	۶۰	۳۰	۱۸	۳۴	۲۰	۲۲	۴۱	مرد
	متوسط	۹	۵۵	۷۲	۹	۱۱	۳۲	۴۲	۱۱	۲۸	زن
	خوب	۴	۱۹	۶۷	۰	۵	۸	۲۸	۱۴	۱۸	مرد
	تعداد کل	۵۱	۱۷۴	۶۴	۳۹	۱۴	۷۴	۲۷	۱۸	۳۵	زن
آزمون کای اسکوایر											
بینش	ضعیف	۵	۷	۵۸	۱	۸	۲	۱۶	۴۱	۱۶	مرد
	متوسط	۲۱	۸۸	۶۷	۱۳	۱۰	۳۵	۲۶	۱۶	۳۷	زن
	خوب	۲۵	۷۹	۶۱	۲۵	۱۹	۳۷	۲۸	۱۹	۳۴	مرد
	تعداد کل	۵۱	۱۷۴	۶۴	۳۹	۱۴	۷۴	۲۷	۱۸	۳۵	زن
آزمون کای اسکوایر											

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، وضعیت تغذیه‌ای سالمندان، چندان مطلوب نبود و از طرفی، وجود زندگی بدون تحرک که بیشتر سالمندان زن و مرد گزارش کرده بودند لزوم ارائه آموزش‌های لازم در زمینه اصلاح شیوه زندگی بسیار ضروری و اجتناب‌ناپذیر است لذا یکی از برنامه‌های مداخله‌ای، آموزش حرکات ساده ورزشی به سالمندان و ارائه الگوهای مناسب تغذیه‌ای به آنان است؛ در مجموع با توجه به امید به زندگی بالاتر زنان و از طرفی سطح سواد پایین‌تر زنان سالخورده و درصد بالای وابستگی اقتصادی در میان آنان، لزوم توجه کافی به این قشر در سیاست‌ها و برنامه‌های دولت و نهادهای مربوط احساس می‌شود.

سوءتغذیه، یک عامل خطر برای بسیاری از اختلال‌های بالینی است که با وجود شایع بودن در سالمندان، اغلب تشخیص داده نمی‌شود و لذا درمان هم نمی‌شود. شیوع سوءتغذیه در سالمندان از ۴۰ درصد در سالمندان ساکن در منزل تا ۵۰ درصد در سالمندان بستری و ساکن در مراکز نگهداری سالمندان گزارش شده است (۲۰)؛ در مطالعات دیگر، سوءتغذیه انرژی - پروتئین تا ۱۵ درصد در سالمندان ساکن در منزل و تا ۶۲ درصد در سالمندان بستری در بیمارستان و تا ۸۵ درصد در سالمندان خانه سالمندان و مراکز نگهداری سالمندان گزارش شده است (۲۱ تا ۲۳)؛ از طرفی، سوءتغذیه به افزایش بیماری و مرگ‌ومیر و کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود (۲۴).

این مطالعه نشان داد که سطح درآمد پایین و سن بالا، عامل خطر در عملکرد ضعیف تغذیه‌ای سالمندان در-خصوص پیشگیری از زخم معده بوده است؛ در مقابل، سطح تحصیلات، اثر محافظتی داشت. در مطالعاتی متعدد، تحصیلات به‌طور مستقیم با وضعیت تغذیه‌ای مرتبط بوده است (۲۵) در این تحقیق نیز وضعیت تغذیه‌ای با وضعیت سواد سالمندان ارتباط داشت. شاید تحصیلات بالاتر در خصوص درآمد بیشتر و شیوه زندگی بهتر بوده، در نتیجه، سبب وضعیت تغذیه‌ای بهتر در سالمندان شده است. در این مطالعه، جنسیت در خصوص

وضعیت تغذیه‌ای، بیانگر آن بود که عملکرد ضعیف تغذیه در زنان، بیشتر از مردان است.

در مطالعاتی متعدد، وضعیت تغذیه‌ای سالمندان با وضعیت اقتصادی و سطح درآمد مرتبط بوده است (۲۶ تا ۲۹)؛ در این مطالعه نیز سالمندانی که شاغل بودند در مقایسه با سایرین، وضعیت تغذیه بهتری داشتند. در متاآنالیزی که توسط فانتانا^۱ انجام شده است، سن همبستگی زیادی با عملکرد ضعیف تغذیه‌ای در سالمندان نشان داد (۳۰)؛ مطالعات متعدد دیگری نیز این همبستگی را تأیید می‌کنند (۳۱ تا ۳۳).

در این مطالعه از لحاظ آگاهی در خصوص عوامل مؤثر بر زخم معده، اختلاف جنسیتی دیده شد به گونه‌ای که خانم‌ها آگاهی بیشتری داشتند؛ با وجود این در ارزیابی وضعیت سلامت تغذیه‌ای توسط کاستل^۲ و همکارانش، در افرادی که در خطر سلامت تغذیه‌ای پایین بودند مشاهده کردند که خانم‌ها ۳/۴ برابر آقایان در وضعیت بد تغذیه‌ای قرار دارند (۳۴).

در مطالعه حاضر، میان وضعیت تغذیه سالمندان مورد بررسی و ابتلا به بیماری‌های مختلف، ارتباطی معنی‌دار مشاهده شد؛ به این ترتیب که درصد بیشتری از سالمندانی که سابقه بیماری داشتند، به مشکلات تغذیه‌ای مبتلا بودند؛ مطالعاتی دیگر در فرانسه و آمریکا این ارتباط را تشریح کردند (۳۵ تا ۳۶) در بیماری‌های حاد، تنش‌های فیزیکی و تحریک‌های روانی، نیاز به پروتئین افزایش یافته، می‌تواند به تعادل منفی و همچنین عفونت، تغییر در عملکرد گوارشی و تغییرهای متابولیک در بیماری‌های مزمن منجر شود و می‌تواند کفایت استفاده از رژیم غذایی را تحت تأثیر قرار داده، باعث افزایش مشکلات تغذیه‌ای در سالمندان شود (۳۷).

فعالیت‌های اجتماعی، برقراری دوستی با دیگران، صحبت کردن با آنها، مشارکت در کارهای دسته‌جمعی با همسالان و کمک به دیگران، باعث سلامت روحی و روانی سالمند می‌شود؛ بنابراین نحوه گذراندن اوقات

1. Fontana
2. Castel

این قشر ارائه می‌کنند. لزوم هماهنگی بیشتر میان این سازمان‌ها به منظور جلوگیری از دوباره کاری و استفاده بهینه از اعتبارهای موجود در سال‌های اخیر به شدت احساس شده و به همین دلیل در برنامه‌های توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشور، مسائل سالمندان پیش از پیش مدنظر قرار گرفته است. با توجه به آنچه در خصوص وضعیت تغذیه‌ای سالمندان از این مطالعه به دست آمد، لازم است که دولت، پزشکان و کارشناسان تغذیه در زمینه ابعاد مختلف این مشکل، آگاه شوند و در زمینه رفع آنها برنامه‌ریزی کنند. به منظور انجام مداخلات تغذیه‌ای مناسب، اطلاعات پایه در زمینه وضعیت تغذیه‌ای سالمندان، ضروری است و نتایج این مطالعه، ضمن اینکه می‌تواند پایه و راهنمایی برای انجام سایر مطالعات کشوری قرار بگیرد، می‌تواند زمینه‌ای مناسب برای مداخلات تغذیه‌ای در سالمندان باشد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی سالمندان عزیزی که در این طرح شرکت داشتند، تقدیر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Azizi F, Emami H, Salehi P, Ghanbarian A, Mirmiran P, Mirbolooki M. Cardiovascular risk factors in the elderly: Tehran Lipid and Glucose Study (TLGS). *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2003;5(17): 14-3
2. Larijani B, Gooya MM, Mohajer Tehrani MR, Pajouhi M, Bastan Hagh MH, Ranjbar Omrani Gh. Et al. Osteoporosis; diagnosis and treatment. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran* 2004; 21(4): 323-302
3. Najimi A, Sharifirad Gh, Hasanzadeh A, Azadbakht L. Effect of Nutrition Education on Nutritional Behaviors and Glycemic Control Indices Based on BASNEF Model among Elderly with Type 2 Diabetes. *Journal of Isfahan Medical School* 2011;29(155): 1247-1258
4. Rokoie L, Kimiagar M, Valaie N, Ghafarpour M. Nutritional living style of Tehran-inhabited elders. *Pejouhandeh Quarterly Research Journal* 2000;5(17): 63-57
5. Khezeli M, Ramezankhani A, Bakhtiyari M. Effect of Education on Nutritional Knowledge and Stages of Fruit and Vegetable Consumption in Elders Based on Stages of Change Model. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2012;22(91): 90-100

توسط سالمند با تأثیر بر حالات روحی وی، به طور غیر-مستقیم بر وضعیت اشتها و وضع تغذیه سالمند اثر-می‌گذارد. نتایج مطالعه ای در آمریکا، افسردگی را یکی از عوامل بروز تغذیه نامطلوب در سالمندان معرفی کرد (۳۶) در مطالعه حاضر، درصد بیشتری از سالمندانی که به افسردگی، مبتلا بودند، در مقایسه با آنهایی که مبتلا نبودند، به مشکلات تغذیه‌ای و عملکرد ضعیف در-خصوص تغذیه مناسب، دچار بودند. افسردگی روی اشتها اثر گذاشته، دریافت روزانه و وزن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از این طریق، فرد را برای سوء تغذیه مصرف می‌کند (۳۷).

اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، رسیدگی به سالخوردگان و افراد بی سرپرست را مورد تأکید قرار داده، بر همین اساس، توجه دولت جمهوری اسلامی ایران به ایجاد سازمان‌ها و تصویب قوانین و مقررات مورد نیاز برای تحقق این حمایت قانونی معطوف بوده است. در حال حاضر، سازمان بهزیستی کشور به عنوان مرجع ملی سالمندان به انجام وظیفه، مشغول است و وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و بنیادهای خیریه متعددی در-خصوص مسائل و مشکلات سالمندان، خدمات خود را به

6. Amir Zadeh J, Amir Zadeh N, Salari Sh. Dietary pattern based on RDA effective factors on the elderly people in Urmia in 2003. *Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty* 2005;3(2): 48-40
7. Riahy s, Karamy A, Akbarzadeh M. Effect of feeding on stress- induced gastric mucosal injury in male rat. *Journal of Army University of Medical Sciences of The I.r.iran* 2010;8(1): 16-19
8. Aliabadi M, Kimiagar M, Ghayoor Mobarhan M, IlityFaizabadi AK. Prevalence of malnutrition and factors related to it in the elderly subjects in Khorasan Razavi province, Iran, 2006. *Nutrition Sciences & Food Technology* 2007;2(3): 45-56
9. Mahaki B., Soleimani B., Gholami Parizad E. The Relation between Anthropometric Variables And some specifications of The Elderly In Esfahan, 2004. *Journal of Ilam University of Medical Sciences* 2005;13(4): 33-39
10. Ipchi Sheshgelani P, Mahboob SA, Ipchi Sheshgelani M. Assessment of nutritional status, food intake, serum's Iron and Lipid profile of old people living in Khooban Elderly Institute of Tabriz at 1378. *Urmia Medical Journal* 2002;12(4): 322-314
- 11- Ruiz -lopez D, Artacho R, Oliva P, Morenotores R. Nutritional risk in institutionalized older women determined by the mini nutritional assessment (MNA)

- test: what are the main factors?. *Journal of Nutritional Health of Aging* 2003; 19: 767-71
- 12- 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. *Journal of Nutritional Health of Aging* 2003; 7: 179-82
 - 13- Baumgartner M, Gary P, Lauquise S. Relationships between nutritional markers and the mini nutritional assessment (MNA) in 155 older persons. *Journal of American Geriatric Society* 2000; 48: 1300-1309
 - 14- Griep MI, Mets I, Collys K, Ponjart, I, Massart D. Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the mini nutritional assessment (MNA). *Journal of Gerontology of biological and Medical Sciences* 2000; 55: 57-63
 - 15- Christensson L, Unosson M, Eka C. Evaluation of nutritional assessment techniques in elderly people newly admitted to municipal care. *European Journal of Clinical Nutrition* 2002; 56: 810-18
 - 16- Salletti A, Lindgren EY, Johansson L. Nutritional status according to mini nutritional assessment (MNA) in an institutionalized elderly population in Sweden. *Gerontology* 2000; 46: 139-45
 - 17- Beck AM, Schroll M, Overson 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). *European Journal of clinical Nutrition* 2001; 55: 1028-33
 - 18- Gazzotti C, Albert A, Pepinster A, Petermons J. Clinical usefulness of the mini nutritional assessment (MNA) scale in geriatric medicine. *Journal of Nutritional Health of Aging* 2000; 4: 176-81
 - 19- Murphy MC, Brooks C, New S, Lumbers M. The use of the mini nutritional assessment (MNA) tool in elderly orthopedic patients. *European Journal of clinical Nutrition* 2000; 54: 555-62
 20. Constans T. Malnutrition in the elderly. *Rev Prat.* 2003 Feb 1;53(3):275-9.
 21. Visvanathan R. Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem. *J Postgrad Med* ,2003; 49:352-60.
 22. Alavi Naeini AM, Dorosti Motlagh AR, Aghdak P. Survey of obesity, underweight and associated factors in elderly people, using some of anthropometric indices in Isfahan city, 2004. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2006;16(52): 123-117
 23. Thomas DR, Zdrowski CD, Wilson MM, et al. Malnutrition in subacute care. *Am J Clin Nutr* 2002;75:308-13.
 24. Zazzo JF. Physiopathology and consequences of malnutrition. *Rev Prat* 2003 Feb 1;53(3):248-53.
 25. Dorosty AR, Alavi Naeini AM. Correlation of elderly nutritional status with cardio-vascular disease and diabetes . *Tehran University Medical Journal* 2007;65(3): 68-71
 26. Nordenram G, Ljunggren G, Cederholm T. Nutritional status and chewing capacity in nursing home residents. *Aging* 2001; 13: 370-77
 27. Fiatarone Singh MA, Bernstein MA, Ryan AD. The effect of oral nutritional supplements on habitual dietary quality and quantity in frail elders. *J Nutr Health Aging.* 2000; 4(1):5-12.
 28. Nord M. Food Security Rates Are High for Elderly Households. *FoodReview*, 2002, 25, 2: 19-24.
 29. Abolfotouh MA, Daffallah AA, Khan MY. Central obesity in elderly individuals in south-western Saudi Arabia: prevalence and associated morbidity. *East Mediterr Health J.* 2001 Jul-Sep;7(4-5):716-24.
 - 30- Fontana L., Klein S. Aging, Adiposity, and Calorie Restriction. *JAMA* 2007;297:986-94.
 - 31- Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom (2007) .*The Journal of Qazvin University of Medical Sciences & Health Services* 2009;13(1): 67-72
 - 32- Dey D, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15y longitudinal population study of 70y olds. *European Journal of Clinical Nutrition* . 2001; 66: 482-92.
 - 33 – Ledikwe JH., Smiciklas-Wright H., Mitchell D., Jensen G., Friedmann J., Still C. Nutritional risk assessment and obesity in rural older adults: a sex difference. *American Journal of Clinical Nutrition.* 2003;77(3): 551-558
 - 34- Castel H, Shahar D, Harman-Boehm I. Gender differences in factors associated with nutritional status of older medical patients. *Journal of the American College of Nutrition* 2006;25(2):128-134.
 - 35- Salehi sh, Naji SA, Sargazi M .A study of relationship between fruit and vegetable consumption and related factors in hospitalized elderly people in Zahedan hospitals (1389). *Salmad- Iranian Journal of Ageing* 2012;6(22): 1-14
 - 36- Morely JE, Miller DK, Perry HM, Patrick P. Anorexia of aging, leptin and the mini nutritional assessment (MNA). *Nestle Nutrition Workshop of Clinical Perform Program* 1999; 77: 67-76
 - 37- Harris NG. Nutrition in Aging. In: Mahan LK, Escott SS. *Krause's food nutrition and diet therapy*, 11th Edition, Saunders: Philadelphia, 2004: 287-309

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Twentieth Year,
No.102
December 2012,
January 2013*

Received: 2012/10/3

Last revised: 2013/1/17

Accepted: 2013/1/19

Evaluation of nutritional behavior of elderly people about prevention of gastric ulcers in Shiraz

Amir Almasi Hashyani , Mohsen Shamsi*

Instructor - Department of Public Health, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran.

E-mail: M_shamsi@arakmu.ac.ir

Abstract

Background and Objective: The aged population is growing in Iran. Mal-nutrition is a very common disorder in elderly people, which is not diagnosed in most cases and, therefore, remains untreated.

Aim of this study was to evaluate the nutritional behavior of elderly about prevention of gastric ulcers in Shiraz.

Materials and Methods: This is a cross-sectional and analytical study that carried out on 270 elders (184 women and 86 men) in Shiraz. Inclusion criteria were ages between 60-70 years and without mental or physical illness. Data collection included questionnaire consisting of demographic information, survey knowledge questions and checklist for assessment and nutritional practice. Finally, for data analysis, the relationship between nutritional status and demographic factors was determined using logistic regression.

Results: The results indicated that in terms of physical health, about 48% of the women and 41% of the elder men have disease and treated. Prevalence of various diseases such as hypertension, arthritis, osteoporosis and diabetes were more in women than men. Logistic regression analysis showed that the proper relationship between demographic factors and level of education (OR = 0.31, CI=0.68-1.8), high income (OR =2.7 CI= 1.6-4.3) and higher age (OR= 1.9 CI= 1.3-3.8) was statistically significant.

Conclusion: Considering the possibility of appropriate intervention regarding these factors affecting health of elderly, nutritional behavior modification programs are important for elderly and provision of educational program is proposed.

Key words: elder people, Nutrition, Peptic ulcer