

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ORIGINAL ARTICLE

Αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης των ηλικιωμένων που επισκέπτονται τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων του Δήμου Κερατσινίου-Δραπετσώνας και συσχέτιση του δείκτη θρέψης με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και δείκτες υγείας

ΣΚΟΠΟΣ Η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης των ηλικιωμένων που επισκέπτονται τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δήμου Κερατσινίου-Δραπετσώνας και η διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Στην έρευνα συμμετείχαν 150 άτομα, ηλικίας ≥ 60 ετών (45,3% άνδρες και 54,7% γυναίκες), που επισκέπτονταν τα 9 ΚΑΠΗ του Δήμου Κερατσινίου-Δραπετσώνας. Για την αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης τους χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Assessment (MNA) και για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 23.0, με το οποίο πραγματοποιήθηκαν διμεταβλητές αναλύσεις και έλεγχος της συσχέτισης των μεταβλητών. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Στο σύνολο των 150 ατόμων, το 64,7% των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι είχαν καλή θρέψη, το 34% βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, ενώ το 1,3% των ηλικιωμένων ήταν ήδη υποσιτισμένοι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου με τη δοκιμασία ανεξαρτησίας χ^2 , ο δείκτης θρέψης παρουσίασε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p < 0,05$) με το φύλο ($p = 0,001$), την ιδιοκατοίκηση ($p = 0,005$), την οικονομική κατάσταση ($p = 0,021$), την αμειβόμενη εργασία την περίοδο της μελέτης ($p = 0,019$), την κατανάλωση οιοπνεύματος ($p = 0,004$), την ποσότητα οιοπνεύματος ($p = 0,019$), την κατανάλωση οιοπνεύματος με συντροφιά ($p = 0,016$), την πρόσληψη τροφής ($p = 0,000$), την απώλεια σωματικού βάρους ($p = 0,000$), την παρουσία ψυχολογικού stress ή οξέος νοσήματος ($p = 0,000$), την ύπαρξη νευροψυχιατρικών προβλημάτων ($p = 0,002$), τη χρήση > 3 συνταγογραφούμενων φαρμάκων ημερησίως ($p = 0,03$), τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής ($p = 0,045$), την κατανάλωση πλήρων γευμάτων καθημερινά ($p = 0,001$), τους δείκτες πρωτεϊνικής πρόσληψης ($p = 0,003$), την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων ημερησίως ($p = 0,016$), την κατανάλωση αβγών ή οσπρίων ανά εβδομάδα ($p = 0,008$), την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης θρέψης ($p = 0,000$), την εκτίμηση της υγείας σε σχέση με άλλα συνομήλικα άτομα ($p = 0,000$), τη χρήση ιδιόκτητου αυτοκινήτου ($p = 0,042$), καθώς και τον τόπο κατανάλωσης των γευμάτων ($p = 0,002$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Το ποσοστό των ηλικιωμένων σε κίνδυνο υποσιτισμού ήταν υψηλό και ανησυχητικό, αφού το δείγμα αποτελούσαν ηλικιωμένοι που, εκτός από τις συνήθεις χρόνιες παθολογικές καταστάσεις που συνοδεύουν τα γηρατειά, ήταν φαινομενικά υγιή άτομα τα οποία διαβιούσαν ανεξάρτητα στην κοινότητα.

Η διαδικασία της γήρανσης συνιστά μια βιολογική διεργασία με τη δική της δυναμική και ενώ στις ανεπτυγμένες

χώρες η χρονολογική ηλικία διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο, σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες έννοιες όπως η ανάθεση

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2022, 39(1):72-81
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2022, 39(1):72-81

**Ε. Αρβανιτάκη,^{1,2}
Τ. Βασιλάκου¹**

¹Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
²Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Δήμος Κερατσινίου-Δραπετσώνας, Κερατσίνι

Assessment of the nutritional status of elderly people attending the Open Care Centers in the Municipality of Keratsini-Drapetsona, and correlation with socioeconomic status and health indicators

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δείκτης θρέψης
Διατροφή
Ηλικιωμένοι
Κοινότητα
Υποσιτισμός

Υποβλήθηκε 4.3.2021
Εγκρίθηκε 5.4.2021

ή η απώλεια ειδικών κοινωνικών ρόλων προσδιορίζουν την αρχή του γήρατος.¹ Μέχρι πριν από έναν αιώνα λίγοι άνθρωποι έφθαναν σε ηλικία >50 ετών και είναι αναμφισβήτητο ότι βρισκόμαστε μπροστά σε ένα ορόσημο, όσον αφορά στα δημογραφικά δεδομένα, καθώς σε σύντομο χρονικό διάστημα οι ηλικιωμένοι θα είναι περισσότεροι από τα παιδιά και αυτό θα συμβεί για πρώτη φορά στην ιστορία της ανθρωπότητας.^{2,3}

Ο ρόλος της διατροφής και της θρέψης παρουσιάζει μεταβολές με την πάροδο της ηλικίας, ενώ συμβάλλει σημαντικά στην ευεξία, με την έννοια της ενεργητικότητας και της ικανότητας του ατόμου για εκπλήρωση όσων επιθυμεί, διατηρώντας έτσι τον έλεγχο της ζωής του.⁴ Ως υποσιτισμός ορίζεται «η ελαττωματική διατροφική κατάσταση, με κύρια χαρακτηριστικά την ανεπαρκή κατανάλωση τροφής, την έλλειψη όρεξης, την απώλεια μυϊκής μάζας, καθώς και τη μείωση του σωματικού βάρους του ατόμου».⁵ Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι μέχρι το 2015 ο υποσιτισμός θα επηρεάσει 1 στα 6 ηλικιωμένα άτομα του παγκόσμιου πληθυσμού, ενώ μόνο στην Ευρώπη τείνει να έχει επιπτώσεις σε >30 εκατομμύρια πολίτες.⁶ Ο υποσιτισμός επιδρά αρνητικά στην ανθρώπινη δραστηριότητα, στην υγεία και στην επιβίωση, ενώ συνδέεται άμεσα και με την εμφάνιση πλήθους νοσημάτων, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους.⁵

Οι πολυπαραγοντικές αιτίες του υποσιτισμού στους ηλικιωμένους έχουν οδηγήσει τους ερευνητές στην ανάπτυξη πολλών ειδικών εργαλείων διατροφικής αξιολόγησης.⁷⁻⁹ Το Mini Nutritional Assessment (MNA) είναι το πλέον εδραιωμένο εργαλείο διαλογής για ηλικιωμένους σε κοινοτικό και σε κλινικό περιβάλλον, καθώς μπορεί να προβλέψει τον κίνδυνο υποσιτισμού πριν εμφανιστούν σημαντικές αλλαγές στο σωματικό βάρος ή στα επίπεδα της λευκαματίνης στον ορό.⁷

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ο επιπολασμός του υποσιτισμού αυξάνεται συνεχώς στον πληθυσμό των ηλικιωμένων.⁹ Συγκεκριμένα, στον ελλαδικό χώρο, σε μελέτη που διεξήχθη το 2009 σε 151 ηλικιωμένους στα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) της Νέας Φιλαδέλφειας, δεν βρέθηκε κάποιο υποσιτισμένο άτομο, ενώ το 25,8% ήταν σε κίνδυνο υποσιτισμού.¹⁰ Μελέτες που εκπονήθηκαν στον ευρωπαϊκό χώρο είχαν διαφορετικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, σε έρευνα που διεξήχθη στο Helsinki της Φινλανδίας, στο πλαίσιο παρέμβασης για τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης υγιών ηλικιωμένων, παρατηρήθηκε ότι το 7% βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, ενώ οι υπόλοιποι ήταν σε καλή κατάσταση θρέψης.¹¹ Όσον αφορά σε έρευνες στον υπόλοιπο κόσμο, σε μελέτη που διενεργήθηκε στην πόλη Rašt στο βόρειο

Ιράν, το 12,9% των ηλικιωμένων ήταν σε κίνδυνο υποσιτισμού και το 4% ήταν υποσιτισμένο, ενώ φυσιολογική διατροφική κατάσταση είχαν περισσότερες γυναίκες και άτομα με υψηλότερο εισόδημα.¹²

Στην Ελλάδα, οι σημαντικότερες δομές κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα είναι τα ΚΑΠΗ, οι λέσχες φιλίας, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), καθώς και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».¹³ Τα ΚΑΠΗ αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένα άτομα σε τοπικό επίπεδο, παρέχοντας ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Το προσωπικό αποτελείται από ιατρό μερικής απασχόλησης, κοινωνική(ό) λειτουργό, επισκέπτρια(η) υγείας ή νοσηλεύτρια(ή), φυσικοθεραπεύτρια(ή), εργοθεραπεύτρια(ή) και οικογενειακή(ό) βοηθό.¹⁴ Ο βασικός σκοπός των ΚΑΠΗ αφορά στην πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.¹⁵

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Υλικό της μελέτης

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες, ≥60 ετών, που διαβιούσαν ανεξάρτητα στον Δήμο Κερατσινίου-Δραπετσώνας, ήταν φαινομενικά υγιείς και επισκέπτονταν τα 9 ΚΑΠΗ του Δήμου για ψυχαγωγικούς, ιατρικούς και κοινωνικοοικονομικούς λόγους. Η προσέγγιση των ηλικιωμένων στους χώρους των ΚΑΠΗ έγινε κατόπιν αδείας από τη δημοτική αρχή και συνεννόησης με τη διευθύντρια κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης και την προϊσταμένη του τμήματος προστασίας τρίτης ηλικίας – ΚΑΠΗ. Όλοι οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν έδωσαν ενυπόγραφη συναίνεση, αφού πρώτα ενημερώθηκαν σε ατομικό επίπεδο για τον σκοπό της έρευνας και την τήρηση του απορρήτου αναφορικά με τα προσωπικά τους δεδομένα. Το δείγμα αποτέλεσαν 82 γυναίκες και 68 άνδρες. Η επιλογή των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα έγινε με τη μέθοδο του διαθέσιμου δείγματος, καθώς η συλλογή των δεδομένων γινόταν από άτομα που επισκέπτονταν τα ΚΑΠΗ την ημέρα διεξαγωγής της έρευνας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων λάμβανε χώρα δύο φορές την εβδομάδα (5 ώρες/ημέρα) κατά το χρονικό διάστημα από 22 Φεβρουαρίου–22 Μαρτίου 2018.

Μέθοδος

Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MNA, το οποίο θεωρείται βιβλιογραφικά ως το πλέον εδραιωμένο εργαλείο διαλογής για ηλικιωμένους τόσο σε κοινοτικό όσο και σε κλινικό περιβάλλον, με δυνατότητα έγκαιρης πρόβλεψης του κινδύνου υποσιτισμού στα ηλικιωμένα άτομα.⁷ Αναπτύχθηκε από τους Guigoz et al το 1994 και τα πνευματικά του δικαιώματα ανήκουν στο Nestlé Nutrition

Institute, ενώ έχει μεταφραστεί σε >20 γλώσσες.^{5,7,10} Περιλαμβάνει τέσσερις υποκατηγορίες στοιχείων: ανθρωπομετρικά δεδομένα, διατροφική αξιολόγηση, υποκειμενική αξιολόγηση και συνολική εκτίμηση του ατόμου.⁵

Με βάση το σύστημα βαθμονόμησης του MNA υπολογίστηκε ο δείκτης θρέψης (ΔΘ) κάθε ατόμου με ένα εύρος τιμών από 0–30 και βάσει των αποτελεσμάτων οι ηλικιωμένοι ταξινομήθηκαν ως εξής: (α) φυσιολογικά επίπεδα θρέψης (≥ 24), (β) κίνδυνος υποσιτισμού (17–23,5) και (γ) υποσιτισμός (<17).¹⁰

Η συλλογή των ανθρωπομετρικών δεδομένων (ύψος, βάρος, περιφέρεια μέσου βραχίονα και γαστροκνημίας) έγινε με τη χρήση αναστημόμετρου, ζυγαριάς και μέτρου (μεζούρας) του Τομέα Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας της τέως Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (νυν Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής). Το ύψος και το βάρος μετρούνταν μετά την αφαίρεση των υποδημάτων, ενώ δεν αφαιρούνταν τα ενδύματα (μόνο τα βαριά πανωφόρια).

Επίσης, συλλέχθηκαν δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και ιατρικά δεδομένα, καθώς και στοιχεία που αφορούσαν στις συνήθειες και στον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων (κατανάλωση οισιοπνεύματος, λήψη φαρμακευτικών προϊόντων και συμπληρωμάτων διατροφής, επίπεδα φυσικής δραστηριότητας). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με προσωπική συνέντευξη των συμμετεχόντων, εφαρμόζοντας και τον οδηγό συνέντευξης του MNA.¹⁶

Η ανάλυση των δεδομένων διενεργήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 23.0. Υπολογίστηκαν οι συχνότητες των απαντήσεων για όλες τις ερωτήσεις. Για τον έλεγχο των ερευνητικών ερωτημάτων και προκειμένου να εκτιμηθούν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών εφαρμόστηκαν διμεταβλητές αναλύσεις (η διαδικασία Crosstabs) και έλεγχος της συσχέτισης των μεταβλητών με το κριτήριο Chi-square (χ^2).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 150 άτομα. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμάνθηκε από 60–92 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 75,5 έτη. Από τους συμμετέχοντες, το 45% του δείγματος ήταν άνδρες και το 55% ήταν γυναίκες. Η πλειονότητα των ηλικιωμένων ήταν έγγαμοι (48% του δείγματος) και ακολουθούσαν οι χήροι(ες) (40,7% του δείγματος), ενώ αρκετοί από τους συμμετέχοντες (42% του δείγματος) δήλωσαν ότι διέμεναν με τον(τη) σύντροφό τους, 36% ότι έμεναν μόνοι(ες), 10% με τα παιδιά τους και 12% με άλλους. Όσον αφορά στο οικονομικό τους επίπεδο, η πλειοψηφία (62,7% του δείγματος) δήλωσε ότι είχε μέτρια οικονομική κατάσταση, το 16,7% ικανοποιητική και το 20,7% των ατόμων βρισκόταν σε κακή οικονομική κατάσταση, ενώ αμειβόμενη εργασία στο παρόν χρονικό διάστημα δή-

λωσε ότι είχε μόνο το 2,7% του δείγματος. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (84% του δείγματος) ανέφεραν ότι διέμεναν σε ιδιόκτητη κατοικία. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (50,7% του δείγματος) ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, 8% είχαν τελειώσει το Γυμνάσιο, 10% το Γενικό Λύκειο, 0,7% το Τεχνικό Λύκειο, 14% είχαν ολοκληρώσει κάποια Τεχνική σχολή, 1,3% ήταν απόφοιτοι Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ), 2% απόφοιτοι Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ), ενώ 13,3% των ατόμων του δείγματος δήλωσαν ότι δεν κατείχαν κάποιο τίτλο σπουδών (πίν. 1).

Σχετικά με την κατάσταση θρέψης των ηλικιωμένων του δείγματος, το 64,7% είχε καλή θρέψη, το 34% βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, ενώ 2 άτομα (1,3% του δείγματος) ήταν ήδη σε κατάσταση υποσιτισμού (πίν. 2). Οι τιμές του ΔΘ κυμάνθηκαν από 14–28,5, με μέσο όρο το 23,8.

Περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων σε κίνδυνο υποσιτισμού ή σε κατάσταση υποσιτισμού

Από τους 51 συμμετέχοντες που βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, το 82,3% των ατόμων σε κίνδυνο ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 65–85 ετών, καθώς και τα δύο άτομα που ήταν ήδη σε κατάσταση υποσιτισμού. Από την κατανομή συχνοτήτων του ΔΘ ως προς το φύλο των συμμετεχόντων φάνηκε ότι οι γυναίκες κινδύνευαν περισσότερο από τους άνδρες να οδηγηθούν σε κατάσταση υποσιτισμού (καθώς αποτελούσαν το 74,5% των ατόμων σε κίνδυνο), ενώ και τα δύο άτομα που βρισκόταν ήδη σε κατάσταση υποσιτισμού ήταν γυναίκες. Επί πλέον, από τα άτομα που βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, το 37,3% ήταν έγγαμοι, το 45,1% ήταν χήροι(ες), ενώ και οι δύο γυναίκες που βρισκόταν σε κατάσταση υποσιτισμού ήταν χήρες. Επί πλέον, στο δείγμα της παρούσας εργασίας, τα περισσότερα άτομα που βρισκόταν σε διατροφικό κίνδυνο (συγκεκριμένα, το 45,1% των ατόμων σε διατροφικό κίνδυνο), καθώς και τα δύο υποσιτισμένα άτομα, είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Σημαντικό είναι επίσης ότι από τους ηλικιωμένους που βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, το 33,3% αυτών ανέφεραν ότι βρισκόταν σε κακή οικονομική κατάσταση, το 52,9% σε μέτρια και το 13,7% σε ικανοποιητική οικονομική κατάσταση, ενώ από τα άτομα σε κατάσταση υποσιτισμού ένα άτομο δήλωσε κακή οικονομική κατάσταση και ένα μέτρια. Παράλληλα, από τα 51 άτομα σε κίνδυνο υποσιτισμού, μόλις το 7,8% αυτών είχαν αμειβόμενη εργασία στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ενώ τα δύο άτομα που ήταν ήδη σε κατάσταση υποσιτισμού δεν είχαν αμειβόμενη εργασία. Επί πλέον, το 70,6% από τα άτομα που βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού διέμεναν σε ιδιόκτητη κατοικία, καθώς και τα δύο άτομα που ήταν ήδη σε κατάσταση υποσιτισμού. Αξίζει τέλος να υπογραμμιστεί

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
<i>Ηλικία (έτη)</i>		
60–65	16	10,7
66–70	30	20,0
71–75	25	16,7
76–80	37	24,7
81–85	29	19,3
86–90	11	7,3
>90	2	1,3
<i>Φύλο</i>		
Ανδρας	68	45,3
Γυναίκα	82	54,7
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>		
Αγαμος(η)	3	2,0
Έγγαμος(η)	72	48,0
Συζών(ούσα)	1	0,7
Σε διάσταση	4	2,7
Διαζευγμένος(η)	9	6,0
Χήρος(α)	61	40,7
<i>Συγκατοίκηση</i>		
Μόνος(η)	54	36,0
Με σύντροφο	63	42,0
Με παιδιά	15	10,0
Με άλλους	18	12,0
<i>Ιδιοκατοίκηση</i>		
Ναι	126	84,0
Όχι	24	16,0
<i>Οικονομική κατάσταση</i>		
Κακή	31	20,7
Μέτρια	94	62,7
Ικανοποιητική	25	16,7
<i>Ανώτερος τίτλος σπουδών</i>		
Κανένας	20	13,3
Δημοτικό	76	50,7
Γυμνάσιο	12	8,0
Γενικό Λύκειο	15	10,0
Τεχνικό Λύκειο	1	0,7
Τεχνική σχολή	21	14,0
ΤΕΙ	2	1,3
ΑΕΙ	3	2,0

ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

Πίνακας 2. Κατάταξη των συμμετεχόντων ανάλογα με την κατάσταση θρέψης.

Κατάσταση θρέψης	Συχνότητα (n)	Ποσοστό (%)
Καλή θρέψη ($\Delta\Theta > 23,5$)	97	64,7
Κίνδυνος υποσιτισμού ($17 \leq \Delta\Theta \leq 23,5$)	51	34,0
Παρουσία υποσιτισμού ($\Delta\Theta < 17$)	2	1,3
Σύνολο	150	100,0

ΔΘ: Δείκτης θρέψης

ότι το 43,1% των ατόμων σε κίνδυνο υποσιτισμού δήλωσαν ότι έμεναν μόνα, το 31,4% με σύντροφο, το 13,7% με τα παιδιά τους και το 11,8% με άλλους, ενώ από τα δύο άτομα σε κατάσταση υποσιτισμού το ένα έμενε μόνο του και το άλλο με παιδιά.

Συσχέτιση διαφόρων μεταβλητών με τον δείκτη θρέψης

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου με τη δοκιμασία ανεξαρτησίας χ^2 , ο ΔΘ στην παρούσα μελέτη εμφάνισε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το φύλο ($p=0,001 < 0,05$), την ιδιοκατοίκηση ($p=0,005$), την οικονομική κατάσταση ($p=0,021$), την αμειβόμενη εργασία στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ($p=0,019$), την κατανάλωση οιοπνεύματος ($p=0,004$), την ποσότητα οιοπνεύματος (ποτήρια/ημέρα) ($p=0,019$), την κατανάλωση οιοπνεύματος με παρέα ($p=0,016$), την πρόσληψη τροφής το τελευταίο τρίμηνο ($p=0,000$), την απώλεια σωματικού βάρους το τελευταίο τρίμηνο ($p=0,000$), την παρουσία ψυχολογικού stress ή οξέος νοσήματος το τελευταίο τρίμηνο ($p=0,000$), την παρουσία νευροψυχιατρικών προβλημάτων ($p=0,002$), τη χρήση >3 συνταγογραφούμενων φαρμάκων ημερησίως ($p=0,03$), τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής ($p=0,045$), την κατανάλωση πλήρων γευμάτων καθημερινά ($p=0,001$), τους δείκτες πρωτεϊνικής πρόσληψης ($p=0,003$), την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων ημερησίως ($p=0,016$), αλλά και την κατανάλωση αβγών ή οσπρίων ανά εβδομάδα ($p=0,008$), την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης θρέψης ($p=0,000$), την εκτίμηση της υγείας σε σχέση με άλλα συνομήλικα άτομα ($p=0,000$), τη χρήση ιδιόκτητου αυτοκινήτου ($p=0,042$), καθώς και τον τόπο κατανάλωσης των γευμάτων ($p=0,002$) (πίν. 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο υποσιτισμός στους ηλικιωμένους συνιστά μια πολυδιάστατη και πολυπαραγοντική έννοια, που διαμορφώνεται από μια ποικιλία συνθηκών και αλλαγών οι οποίες συμ-

Πίνακας 3. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του δείκτη θρέψης με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και δείκτες υγείας.

Κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και δείκτες υγείας	Μέσος δείκτης θρέψης (ΜΔΘ)	Τυπική απόκλιση	χ^2	Τιμή p
<i>Φύλο</i>				
Ανδρας	24,7	2,1	14,8	0,001
Γυναίκα	23,1	3,0		
<i>Οικονομική κατάσταση</i>				
Κακή	22,1	2,9	11,6	0,021
Μέτρια	24,4	2,4		
Ικανοποιητική	23,9	2,9		
<i>Κατανάλωση οιοπνεύματος</i>				
Ναι	24,6	2,2	11,2	0,004
Όχι	22,6	3,1		
<i>Πρόσφατη πρόσληψη τροφής</i>				
Φυσιολογική πρόσληψη τροφής	24,3	2,3	33	0
Μέτρια μείωση της πρόσληψης τροφής	20,7	3,3		
Σοβαρή μείωση της πρόσληψης τροφής	17,0			
<i>Πρόσφατο ψυχολογικό stress ή οξύ νόσημα</i>				
Ναι	20,9	3,3	26,3	0
Όχι	24,3	2,3		
<i>Φάρμακα/ημέρα (>3)</i>				
Ναι	23,2	2,7	7,0	0,03
Όχι	24,6	2,6		
<i>Συμπληρώματα διατροφής</i>				
Ναι	23,1	3,7	6,2	0,045
Όχι	24,1	2,3		
<i>Αυτοαξιολόγηση κατάστασης θρέψης</i>				
Θεωρεί ότι είναι υποσιτισμένος	21,1	2,8	57,6	0
Δεν θεωρεί ότι έχει προβλήματα θρέψης	25,1	1,8		
Δεν μπορεί να προσδιορίσει την κατάσταση της θρέψης του	23,6	1,8		
<i>Εκτίμηση υγείας σε σχέση με συνομηλικούς</i>				
Όχι τόσο καλή	19,6	2,4	50,4	0
Εξ ίσου καλή	23,4	2,4		
Καλύτερη	25,3	1,8		
Δεν γνωρίζει	23,0	2,0		

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε τιμή $p < 0,05$

βαίνουν στην τρίτη ηλικία,^{5,17} οδηγώντας σε προβλήματα υγείας, καθώς και σε κοινωνικά ζητήματα που επιδεινώνουν την ποιότητα της ζωής τους.¹⁰

Σχετικά με τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος της παρούσας έρευνας, το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι του δείγματος ήταν ως επί το πλείστον έγγαμοι και διέμεναν με τον(την) σύντροφό τους πρέπει να οφείλεται κυρίως στη μορφή της κοινωνικής διάρθρωσης, που δεν επέτρεπε ποικίλες παραλλαγές της οικογενειακής κατάστασης των ατόμων των προηγούμενων γενεών. Από την άλλη πλευρά, τα υψηλά ποσοστά χηρείας που παρατηρήθηκαν στο δείγμα οφείλονται στο ότι συμπεριλήφθηκαν σε αυτό άτομα ηλικίας ≥ 60 ετών.

Το μεγάλο ποσοστό των ατόμων με μέτρια και κακή οικονομική κατάσταση ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι το Κερατσίνι και η Δραπετσώνα είναι ένας Δήμος με μέτριο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Παράλληλα, η υπάρχουσα οικονομική κρίση στη χώρα μας έχει οδηγήσει σε μεγάλη μείωση των εισοδημάτων των ηλικιωμένων.

Η χαμηλή εκπαιδευτική στάθμη των ατόμων του δείγματος αποδίδεται στις δύσκολες πολιτικές και οικονομικές συνθήκες της εποχής κατά την οποία οι ηλικιωμένοι ήταν παιδιά (κατοχή της Ελλάδας από τα γερμανικά στρατεύματα το 1940), με αποτέλεσμα πολλά παιδιά εκείνης της εποχής είτε να μη φοιτήσουν καθόλου στο σχολείο είτε να το διακόψουν, ενώ, παράλληλα, η ανάγκη για εργασία οδηγούσε τους γονείς από πολύ νωρίς να στρέφουν τα παιδιά τους στην αναζήτηση επαγγελματικής απασχόλησης.⁵

Το φαινόμενο ότι τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα (ανεξάρτητα από την κατάσταση θρέψης τους) είχαν δική τους κατοικία πρέπει να αποδίδεται στη βαθιά ριζωμένη πεποίθηση της ελληνικής κοινωνίας για την ανάγκη απόκτησης ιδιόκτητης κατοικίας (άμεση σχέση με την κοινωνική θέση και την κοινωνική αυτοεκπλήρωση).

Τόσο το ποσοστό των ηλικιωμένων που βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, όπως προκύπτει από την παρούσα έρευνα, το οποίο ανήλθε στο 34%, όσο και το ποσοστό εκείνων των ατόμων που ήδη ήταν υποσιτισμένα (1,3%), είναι υψηλά και ανησυχητικά, αφού το δείγμα απαρτιζόταν από ηλικιωμένους που δεν νοσηλεύονταν ούτε διέμεναν σε οίκο ευγηρίας ή άλλο ίδρυμα και επί πλέον, εκτός από τις συνήθεις χρόνιες παθολογικές καταστάσεις που συνοδεύουν τα γηρατεία, ήταν φαινομενικά υγιή άτομα. Σε παρόμοια αποτελέσματα με αυτά της παρούσας έρευνας κατέληξε και άλλη μελέτη,⁵ σύμφωνα με την οποία, από τους 120 υγιείς ηλικιωμένους σε ΚΑΠΗ της Αττικής, το 35,8% βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, ενώ σαφώς υψηλότερο –συγκριτικά με την παρούσα μελέτη– ήταν το ποσοστό (5,8%) των

ηλικιωμένων που ήταν ήδη υποσιτισμένοι. Σε συγχρονική μελέτη η οποία εκπονήθηκε στην Ελλάδα σε 1.831 ηλικιωμένους που διαβίωσαν στην κοινότητα, ο επιπολασμός του μέτριου και του υψηλού διατροφικού κινδύνου ήταν 34,8% και 29,4% στο υπό μελέτη δείγμα, αντίστοιχα.¹⁸ Αντίθετα, σε έρευνα που διεξήχθη στο Helsinki της Φινλανδίας, σε υγιείς ηλικιωμένους οι οποίοι διαβίωσαν ανεξάρτητα στην κοινότητα, παρατηρήθηκε ότι μόλις το 7% των συμμετεχόντων βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, ενώ κανένα άτομο δεν ήταν υποσιτισμένο.¹⁷

Μολονότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του ΔΘ, σε άλλη μελέτη⁵ τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμφάνισαν χαμηλότερο μέσο δείκτη θρέψης (ΜΔΘ) (στατιστικά σημαντική συσχέτιση ΔΘ-ηλικίας), ενώ σε έρευνα που διεξήχθη το 2009 σε 151 ηλικιωμένους στα ΚΑΠΗ της Νέας Φιλαδέλφειας η μέση ηλικία των ατόμων σε κίνδυνο υποσιτισμού ήταν τα 75,6 έτη, παρόμοια με αυτή της παρούσας έρευνας.¹⁰ Άλλες έρευνες έχουν αναδείξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με τον ΔΘ.¹⁹⁻²¹

Από την κατανομή συχνοτήτων του ΔΘ ως προς το φύλο των συμμετεχόντων φάνηκε ότι οι γυναίκες κινδύνευαν περισσότερο από τους άνδρες να οδηγηθούν σε κατάσταση υποσιτισμού, ενώ και τα δύο άτομα που βρίσκονταν ήδη σε κατάσταση υποσιτισμού ήταν γυναίκες. Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με την αυξημένη πιθανότητα του γυναικείου φύλου για εμφάνιση υποσιτισμού αναφέρονται και σε άλλες παρόμοιες έρευνες.^{5,10,22} Αντίθετα, σε μια ελληνική μελέτη, οι γυναίκες είχαν χαμηλότερο κίνδυνο υποσιτισμού από τους άνδρες.¹⁸

Επί πλέον, από τα άτομα που βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, τα περισσότερα ήταν χήροι(ες), ενώ και οι δύο γυναίκες οι οποίες βρίσκονταν σε κατάσταση υποσιτισμού ήταν χήρες, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στον μεγαλύτερο κίνδυνο τον οποίο διατρέχουν οι χήροι(ες) για κοινωνική απομόνωση, καθώς και στις περισσότερες πιθανότητες να ακολουθούν μια μονότονη, οικονομική και ιδιόρρυθμη διατροφή.⁴ Συναφή συμπεράσματα για την αυξημένη εμφάνιση του υποσιτισμού στους χήρους(ες) αναφέρονται και σε άλλες μελέτες.^{19,23}

Από την άλλη πλευρά, στο δείγμα της παρούσας εργασίας, τα περισσότερα άτομα που βρίσκονταν σε διατροφικό κίνδυνο, καθώς και τα δύο υποσιτισμένα άτομα, είχαν μόλις ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Είναι γεγονός ότι τα περισσότερα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δεν γνωρίζουν την αξία της ισορροπημένης και υγιεινής διατροφής, ενώ συχνά δεν αντιλαμβάνονται ορθά τις οδηγίες των ιατρών αναφορικά με το διαιτολόγιο που πρέπει να ακολουθούν λόγω μιας συγκεκριμένης χρόνιας πάθησης.

Παρόμοια αποτελέσματα για την αυξημένη ευπάθεια των ατόμων με χαμηλή μόρφωση για εμφάνιση υποσιτισμού έχουν προκύψει και από άλλες έρευνες.^{5,19,24,25}

Σημαντικό είναι επίσης ότι από τους ηλικιωμένους σε κίνδυνο υποσιτισμού, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι βρίσκονταν σε κακή οικονομική κατάσταση, ενώ από τα άτομα σε κατάσταση υποσιτισμού ένα άτομο δήλωσε κακή οικονομική κατάσταση και ένα μέτρια. Συναφή συμπεράσματα για την αυξημένη εμφάνιση του υποσιτισμού στα ηλικιωμένα άτομα που βρίσκονται σε δυσμενέστερη οικονομική κατάσταση αναφέρουν άλλες αντίστοιχες έρευνες.^{5,26-28}

Παράλληλα, από τα 51 άτομα σε κίνδυνο υποσιτισμού, μόλις το 7,8% αυτών είχαν αμειβόμενη εργασία στο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ενώ τα δύο άτομα που ήταν ήδη σε κατάσταση υποσιτισμού δεν είχαν αμειβόμενη εργασία. Μειωμένη πιθανότητα υποσιτισμού των ηλικιωμένων που δεν εργάζονται αναφέρεται και σε άλλη μελέτη.¹⁹

Επιπρόσθετα, η πλειονότητα των ατόμων που βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού διέμεναν σε ιδιόκτητη κατοικία, καθώς και τα δύο άτομα τα οποία ήταν ήδη σε κατάσταση υποσιτισμού. Άρα, η διαβίωση σε ιδιόκτητη κατοικία δεν δρα προστατευτικά για τον κίνδυνο υποσιτισμού.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να υπογραμμιστεί ότι από τα 51 άτομα σε κίνδυνο υποσιτισμού τα περισσότερα δήλωσαν ότι έμεναν μόνα, ενώ από τα δύο άτομα σε κατάσταση υποσιτισμού το ένα έμενε μόνο του και το άλλο με παιδιά. Παρόμοια συμπεράσματα για την αυξημένη εμφάνιση του υποσιτισμού στα ηλικιωμένα άτομα που διαβιούν μόνα τους περιγράφονται και σε άλλες μελέτες.^{5,19,26,29}

Όσον αφορά στη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με το φύλο ($p=0,001 < 0,05$), αξίζει να αναφερθεί ότι οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερο ΜΔΘ συγκριτικά με τις γυναίκες, ενώ και τα δύο άτομα σε κατάσταση υποσιτισμού ήταν γυναίκες. Η διαπίστωση αυτή μπορεί να συνδέεται με τα υψηλότερα ποσοστά χηρείας στις γυναίκες, αφού οι άνδρες πεθαίνουν νωρίτερα.⁵ Επίσης, οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν χαμηλότερο ατομικό εισόδημα από τους ηλικιωμένους άνδρες και ιδιαίτερα περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από σοβαρές λειτουργικές διαταραχές και ανικανότητες, με επιπτώσεις και στη διατροφική τους κατάσταση.³⁰

Σχετικά με τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με την ιδιοκατοίκηση ($p=0,005 < 0,05$), φάνηκε ότι τα άτομα που δεν διέμεναν σε ιδιόκτητη κατοικία είχαν υψηλότερο ΜΔΘ από τα υπόλοιπα άτομα του δείγματος. Πάντως, είναι γεγονός ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων –ανεξάρτητα από τη διατροφική τους κατάσταση– διέμεναν σε δική τους κατοικία, φαινόμενο που είναι πολύ συνηθισμένο στην ελληνική κοινωνία.

Αναφορικά με τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με την οικονομική κατάσταση ($p=0,021<0,05$), παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με κακή οικονομική κατάσταση είχαν χαμηλότερο ΜΔΘ από τα υπόλοιπα άτομα του δείγματος. Είναι γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι με λιγότερους οικονομικούς πόρους δεν έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν τα απαιτούμενα χρήματα για μια υγιεινή, ισορροπημένη διατροφή και συχνά δυσκολεύονται να μετακινηθούν στα καταστήματα τροφίμων.^{5,31}

Για τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με την αμειβόμενη εργασία στο παρόν διάστημα ($p=0,019<0,05$), αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα που δεν είχαν αμειβόμενη εργασία την περίοδο της έρευνας παρουσίασαν υψηλότερο ΜΔΘ από εκείνα με αμειβόμενη εργασία. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα που δεν εργάζονταν είχαν περισσότερο χρόνο να ασχοληθούν με τη φροντίδα του εαυτού τους και την τήρηση υγιεινότερων επιλογών διατροφής και σωματικής δραστηριότητας σε σχέση με τα εργαζόμενα άτομα (περισσότερος χρόνος για αγορά τροφίμων, μαγείρεμα, διάρκεια γεύματος, ενασχόληση με σωματική άσκηση) ή στο ότι τα άτομα που εργάζονταν σε αμειβόμενη εργασία βρίσκονταν σε κατάσταση μεγαλύτερης ανάγκης.

Επίσης, με βάση τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με την παρουσία νευροψυχιατρικών νοσημάτων ($p=0,002<0,05$), παρατηρήθηκε ότι τα άτομα χωρίς νευροψυχιατρικά νοσήματα είχαν υψηλότερο ΜΔΘ από τα άτομα με μέτρια ή σοβαρή άνοια και κατάθλιψη. Πολλοί ηλικιωμένοι με άνοια δεν διατρέφονται σωστά, καθώς είτε λησμονούν να διατραφούν είτε προσπαθούν να διατραφούν ακόμη και με υλικά που δεν είναι τροφές.³² Εξ άλλου, η άνοια μπορεί να καταστήσει εξαιρετικά δύσκολη τη μάσηση, την ακίνδυνη κατάποση, καθώς και την επικέντρωση του ηλικιωμένου στην κατανάλωση του γεύματός του.^{8,33}

Σχετικά με τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με την κατανάλωση οιοπνεύματος ($p=0,004<0,05$), καθώς και με την προσλαμβανόμενη ποσότητα οιοπνεύματος ($p=0,019<0,05$), τα άτομα που κατανάλωναν οιοπνευμα είχαν υψηλότερο ΜΔΘ από όσους δεν κατανάλωναν. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι με καλή θρέψη κατανάλωναν 0,5–2 ποτήρια οιοπνεύματος ημερησίως, που είναι και η συνιστώμενη ποσότητα για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Αξίζει να αναφερθεί ότι σε άλλη ελληνική μελέτη,¹⁸ το 80% των ατόμων που κατανάλωναν ≥ 3 ποτήρια μπίρας, λικέρ ή κρασιού σχεδόν καθημερινά ήταν άνδρες, με μεγαλύτερο κίνδυνο υποσιτισμού από τις γυναίκες. Η μικρή έως μέτρια κατανάλωση οιοπνεύματος έχει θετική επίδραση στην υπέρταση και στα καρδιαγγειακά νοσήματα των ηλικιωμένων,³⁴ ενώ έχει συσχετιστεί και με αυξημένη οστική πυκνότητα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες,^{35,36}

περιορίζοντας συγχρόνως τον κίνδυνο ανάπτυξης άνοιας στους ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της διατροφικής τους κατάστασης.³⁷

Είναι αξιοσημείωτο ότι τα άτομα τα οποία κατανάλωναν οιοπνευμα με παρέα είχαν υψηλότερο ΜΔΘ από τα άτομα που έπιναν οιοπνευμα μόνα τους (στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με την κατανάλωση οιοπνεύματος με παρέα, $p=0,016<0,05$). Η στατιστικά σημαντική συσχέτιση της θρέψης των ηλικιωμένων με την κατανάλωση οιοπνεύματος με παρέα μπορεί να αντικατοπτρίζει τη γενικότερη θετική επίδραση της κοινωνικότητας και της συντροφικότητας στη θρεπτική κατάσταση των ατόμων.

Ταυτόχρονα, τα άτομα με φυσιολογική πρόσληψη τροφής το τελευταίο τρίμηνο βρίσκονταν σε καλύτερη διατροφική κατάσταση σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα (όπως αντικατοπτρίζεται από τον ΜΔΘ, $p=0,000<0,05$). Φαίνεται ότι στους ηλικιωμένους με μειωμένη πρόσληψη τροφής παρατηρείται μη ανταπόκριση της διατροφής τους στις απαιτήσεις του οργανισμού σε ενέργεια, μακρο- και μικροθρεπτικά συστατικά, με δυσμενείς συνέπειες στη διατροφική τους κατάσταση, τη σωματική αντοχή και την έκβαση νοσηρών –οξέων ή χρόνιων– καταστάσεων.³⁸

Είναι ακόμη αναμενόμενο ότι τα περισσότερα άτομα που βρίσκονταν σε κίνδυνο υποσιτισμού, καθώς και τα δύο υποσιτισμένα άτομα, λάμβαναν >3 συνταγογραφούμενα φάρμακα ημερησίως (στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με την πρόσληψη >3 συνταγογραφούμενων φαρμάκων ημερησίως, $p=0,03<0,05$). Η πολυφαρμακία αποτελεί σύνθετο φαινόμενο στα ηλικιωμένα άτομα, ενώ η χρήση πολλαπλών φαρμακευτικών προϊόντων αυξάνει τον κίνδυνο για ανεπιθύμητες ενέργειες, καθώς και για αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους ή με τα τρόφιμα που καταναλώνουν. Κάποια φάρμακα επηρεάζουν την όρεξη ή τη διαδικασία της πέψης, τον μεταβολισμό και το επίπεδο εγρήγορσης, ενώ άλλα επιδρούν στην αίσθηση της γεύσης ή της όσφρησης, προκαλώντας ακούσια μείωση ή αύξηση του σωματικού βάρους.^{4,39}

Από τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής ($p=0,045<0,05$) στους ηλικιωμένους φάνηκε ότι τα περισσότερα άτομα με καλή θρέψη δεν χρησιμοποιούσαν συμπληρώματα διατροφής, ενώ και τα δύο υποσιτισμένα άτομα λάμβαναν συμπληρώματα διατροφής. Μελέτες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν να έχουν καλό επίπεδο διατροφής χωρίς τη λήψη συμπληρωμάτων.⁴ Επίσης, η λήψη συμπληρωμάτων ενδέχεται να δημιουργήσει γαστρεντερικές διαταραχές στους ηλικιωμένους, όπως ναυτία, έμετο, διάρροια και μείωση της όρεξης για φαγητό,⁴⁰ ενώ είναι ιδιαίτερα σημαντικό να συυπολογίζονται όλες οι πηγές διατροφικής πρόσληψης

βιταμινών και μετάλλων για την αποφυγή των δυνητικά τοξικών δόσεων θρεπτικών συστατικών.⁴

Όσον αφορά στη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με την αυτοαξιολόγηση της κατάστασης θρέψης ($p=0,000<0,05$), οι ηλικιωμένοι που δεν θεωρούσαν ότι είχαν προβλήματα θρέψης εμφάνισαν τον υψηλότερο ΜΔΘ, σε αντίθεση με τα άτομα που θεωρούσαν ότι ήταν υποσιτισμένα και είχαν τον χαμηλότερο ΜΔΘ. Συγχρόνως, από τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με την εκτίμηση της κατάστασης υγείας σε σχέση με άλλα συνομηλικά άτομα ($p=0,000<0,05$) φάνηκε ότι οι ηλικιωμένοι που θεωρούσαν την κατάσταση της υγείας τους καλύτερη σε σχέση με εκείνη άλλων συνομηλίκων ατόμων είχαν υψηλότερο ΜΔΘ από αυτούς που πίστευαν ότι η υγεία τους δεν ήταν τόσο καλή ή ήταν το ίδιο καλή όσο εκείνη άλλων συνομηλίκων τους. Η αυτοαντίληψη του ηλικιωμένου ατόμου για την κατάσταση της θρέψης του, καθώς και η στάση του απέναντι στην υγεία και στη διατροφή, ενδέχεται να αποτελέσουν εμπόδιο στην ανάγκη προσαρμογής σε διατροφικές αλλαγές, επιτείνοντας τον κίνδυνο υποσιτισμού.⁴¹ Είναι αξιοσημείωτο ότι η αντίληψη του ατόμου για τη δυσκολία παρασκευής του γεύματος μπορεί να προβλέψει την πορεία της διατροφικής κατάστασης του ηλικιωμένου. Η αξιολόγηση όχι μόνο των ικανοτήτων αλλά και της πραγματικής κατάστασης της ζωής και της αντίληψης σχετικά με αυτή είναι σημαντικές παράμετροι στην πρόληψη του υποσιτισμού στους ηλικιωμένους.⁴¹

Τέλος, από τη στατιστικά σημαντική συσχέτιση του ΔΘ με τη χρήση ιδιόκτητου αυτοκινήτου για τις μετακινήσεις ($p=0,042<0,05$) προκύπτει ότι τα ηλικιωμένα άτομα που χρησιμοποιούσαν ιδιόκτητο αυτοκίνητο παρουσίασαν υψηλότερο ΜΔΘ από τα άτομα που δεν χρησιμοποιούσαν αυτοκίνητο. Η κατοχή αυτοκινήτου αποτελεί ισχυρό κοινωνικοοικονομικό δείκτη, αναδεικνύοντας τόσο κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, όσο και διαφορές ως προς το φύλο.³⁰ Επίσης, η κατάσταση θρέψης του ηλικιωμένου μπορεί να επηρεαστεί και από τη δυσκολία του να μεταβεί στα καταστήματα για την αγορά των απαραίτητων τροφίμων.⁵ Από την άλλη πλευρά, το υψηλό ποσοστό αυτών που παρουσίαζαν καλή θρέψη, αλλά δεν είχαν ιδιόκτητο αυτοκίνητο, μπορεί να συνδέεται με τη συνήθεια να περπατώντας για τη διεκπεραίωση των εργασιών τους. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η κατάλληλη σωματική δραστηριότητα –περιλαμβανομένου του βαδίσματος– έχει ευεργετική επίδραση στην κατάσταση θρέψης των ηλικιωμένων.

Συμπερασματικά, πρέπει να σημειωθεί ότι, καθώς τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας στα φαινομενικά υγιή ηλικιωμένα άτομα-μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Κερα-

τσινίου-Δραπετσώνας ανέδειξαν ένα σχετικά υψηλό και ανησυχητικό ποσοστό ατόμων σε κίνδυνο υποσιτισμού, θεωρείται επιτακτική η ανάγκη για σχεδιασμό και υλοποίηση παρεμβάσεων οι οποίες θα συμβάλλουν στην έγκαιρη ανίχνευση αυτών των ηλικιωμένων και στη βελτίωση της κατάστασης θρέψης του συνόλου του πληθυσμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας που διαβιούν στο πλαίσιο της κοινότητας.

Η συστηματική και οργανωμένη αξιολόγηση, η παρακολούθηση και η καθοδήγηση των ηλικιωμένων σε θέματα πρόσληψης των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών μέσω της διατροφής τους, μπορεί να συντελέσει στην αποτροπή της επιδείνωσης των διατροφικών τους προβλημάτων, ενώ και η έμφαση στη φυσική δραστηριοποίησή τους –μέσω οργανωμένων προγραμμάτων σωματικής άσκησης στα ΚΑΠΗ– αποτελεί σημαντική παράμετρο διασφάλισης της καλής κατάστασης θρέψης και υγείας.

Είναι ακόμη καθοριστικής σημασίας η διεπιστημονική προσέγγιση του προβλήματος του υποσιτισμού των ηλικιωμένων στην κοινότητα, με τη συνεργασία διαιτολόγων, νοσηλευτών, επισκεπτών υγείας, ιατρών και ψυχολόγων, για την υλοποίηση παρεμβάσεων ολοκληρωμένης φροντίδας, που δεν θα εστιάζουν μόνο σε μια συγκεκριμένη νόσο αλλά θα λαμβάνουν υπ' όψιν τη συνύπαρξη περισσότερων χρόνιων ασθενειών στο ίδιο άτομο (συννοσηρότητα), τα ιδιαίτερα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του κάθε ηλικιωμένου, καθώς και τις ιδιαιτερότητες της περιοχής και της χώρας όπου αυτός ζει.

Περιορισμό της παρούσας έρευνας συνιστά η προέλευση του δείγματος μόνο από μια συγκεκριμένη περιοχή χαμηλής έως μέσης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, γεγονός που δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας για την Αττική ή για ολόκληρο τον ηλικιωμένο πληθυσμό της χώρας.

Επιπρόσθετα, η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων βασίστηκε αποκλειστικά στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και στη μέτρηση ανθρωπομετρικών δεδομένων, ενώ δεν έγινε φυσική εξέταση, καθώς και αιματολογικές και βιοχημικές αναλύσεις, οι οποίες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία είναι στοιχεία απαραίτητα για την ολοκληρωμένη διατροφική εκτίμηση των ηλικιωμένων.

Τέλος, είναι γεγονός ότι η χρήση ποσοτικής διερευνητικής προσέγγισης, η οποία ακολουθήθηκε στην παρούσα συγχρονική έρευνα, δεν επέτρεψε την ουσιαστική και βαθύτερη διερεύνηση σημαντικών πτυχών και παραμέτρων του σοβαρού προβλήματος του υποσιτισμού στον πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Είμαστε ευγνώμονες στα μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Κερατσινίου-Δραπετσώνας για την προθυμία τους να συμμετάσχουν

στην ερευνητική διαδικασία. Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε και στη δημοτική αρχή, στους υπεύθυνους και στους εργαζόμενους των ΚΑΠΗ για τη συνεργασία και τη συμβολή τους στην έκβαση της παρούσας έρευνας.

ABSTRACT

Assessment of the nutritional status of elderly people attending the Open Care Centers in the Municipality of Keratsini-Drapetsona, and correlation with socioeconomic status and health indicators

E. ARVANITAKI,^{1,2} T. VASILAKOU¹

¹Department of Public Health Policy, School of Public Health, University of West Attica, Athens,

²Open Elderly Care Center of the Municipality of Keratsini-Drapetsona, Keratsini, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2022, 39(1):72–81

OBJECTIVE Evaluation of the nutritional status of the elderly people who attend the Open Care Centers in Keratsini-Drapetsona, and investigation of associated factors. **METHOD** The study involved 150 people aged 60 and over (45.3% men and 54.7% women) who were attending the nine Open Care Centers in the municipality of Keratsini-Drapetsona. Demographic and medical data were recorded, and the Mini Nutritional Assessment (MNA) questionnaire was used to assess their nutritional status. Statistical analysis was conducted using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 23.0, and the level of significance was set at $p < 0.05$. **RESULTS** Of the 150 elderly people who participated in the study, 64.7% were found to have good nutritional status, 34.0% were at risk of malnutrition, and 1.3% already fulfilled the criteria for malnutrition. According to χ^2 testing, the Nutrition Indicator Index in this population showed statistically significant correlation with sex ($p=0.001$), home ownership ($p=0.005$), economic status ($p=0.021$), present paid work ($p=0.019$), alcohol consumption ($p=0.004$), amount of alcohol consumed ($p=0.019$), alcohol consumption with others ($p=0.016$), food intake during the last three months ($p=0.000$), loss of weight during the last three months ($p=0.000$), psychological stress or acute illness during the last three months ($p=0.000$), presence of neuropsychiatric problems ($p=0.002$), use of more than three prescription drugs per day ($p=0.03$), use of dietary supplements ($p=0.0045$), daily consumption of full meals ($p=0.001$), protein intake index ($p=0.003$), daily consumption of dairy products ($p=0.016$), weekly consumption of eggs or legumes ($p=0.008$), self-assessment of nutritional status ($p=0.000$), health assessment in relation to peers ($p=0.000$), use of privately owned car ($p=0.042$), and place of meals ($p=0.002$). **CONCLUSIONS** The percentage of elderly people at risk of malnutrition was high and alarming, as the sample consisted of elderly people who, apart from the usual chronic conditions that accompany old age, were seemingly healthy people, living independently in the community.

Key words: Community, Elderly, Malnutrition, Nutrition, Nutrition Index

Βιβλιογραφία

1. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Β, ΝΑΚΑ Ο, ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ-ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ο, ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ Δ, ΤΟΠΙΤΣΟΓΛΟΥ Β, ΤΟΡΤΟΠΙΔΗΣ Δ. Διαχείριση σύνθετων καταστάσεων στα πλαίσια της Γηριατρικής Οδοντιατρικής. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα, 2015:18–40
2. NATIONAL INSTITUTE ON AGING, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health and aging. NIA, NIH & WHO, USA, 2011:273–277
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Are you ready? What you need to know about ageing. World health day 2012 – Toolkit for event organizers. Available at: <https://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/background/en/>
4. BROWN JE. Η διατροφή στον κύκλο της ζωής. Ιατρικές εκδόσεις Λαγού, Αθήνα, 2014:582–623, 621–666, 678–679
5. ΠΛΕΞΙΔΑ Α, ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ Τ, ΚΑΜΠΑ Ε, ΦΑΣΟΗ Γ, ΚΕΛΕΣΗ Μ, ΖΥΓΑ Σ. Αξιολόγηση κατάστασης θρέψης ηλικιωμένων σε Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης και συσχέτιση του δείκτη θρέψης με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και δείκτες υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2015, 32:622–628
6. NESTLÉ NUTRITION INSTITUTE. Malnutrition in the older adult. Available at: https://www.nestle.com/asset-library/documents/library/events/2010-malnutrition-in-older-people/factsheet_malnutrition_e_for-web.pdf
7. NUR ASAA, NUR IMFT, MOHD RAH, NAZRUL HI. Assessing the nu-

- tritional status of hospitalized elderly. *Clin Interv Aging* 2017, 12:1615–1625
8. REDFERN JS, ROSS F. *Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη και Broken Hill Publishers, Κύπρος, 2011:72–83, 289–318
 9. TANVIR A, HABOUBI N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging* 2010, 5:207–216
 10. VASSILAKOU T, TRIANTAFILLOU G, EVRENOGLOU L. Early identification of malnutrition risk among free-living elderly persons in Athens, Greece. *J Aging Res Clin Practice* 2017, 6:193–199
 11. JYVÄKORPI SK, PITKÄLÄ KH, KAUTIAINEN H, PURANENTM, LAAKKONEN ML, SUOMINEN MH. Nutrition education and cooking classes improve diet quality, nutrient intake, and psychological well-being of home-dwelling older people – a pilot study. *J Aging Res Clin Practice* 2014, 1:4–8
 12. BAHRAMI D, MIRZAEI M, SALEHI-ABARGOUEI A. Dietary behaviors of elderly people residing in central Iran: A preliminary report of Yazd Health Study. *Elderly Health Journal* 2016, 2:6–13
 13. ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ-ΚΟΥΡΕΑ Τ. *Δημόσια υγεία: Θεωρία-πράξη-πολιτικές*. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2010:557–584
 14. ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ-ΕΜΚΕ Η. *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες – παρελθόν, παρόν και μέλλον*. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1999
 15. ΑΜΗΡΑ Α, ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ Ε, ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ Α. *Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας στην Ελλάδα*. ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1986
 16. NESTLÉ NUTRITION INSTITUTE. Nutrition screening as easy as MNA. Available at: https://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_english_sf.pdf
 17. HICKSON M. Malnutrition and ageing. *Postgrad Med J* 2006, 82:2–8
 18. KATSAS K, MAMALAKI E, KONTOGIANNI MD, ANASTASIOU CA, KOSMIDIS MH, VARLAMIS I ET AL. Malnutrition in older adults: Correlations with social, diet-related, and neuropsychological factors. *Nutrition* 2020, 71:110640
 19. ALIABADI M, KIMIAGAR M, GHAYOUR-MOBBARHAN M, SHAKERI MT, NEMATY M ET AL. Prevalence of malnutrition in free living elderly people in Iran: A cross-sectional study. *Asia Pac J Clin Nutr* 2008, 17:285–289
 20. MORILLAS J, GARCÍA-TALAVERA N, MARTÍN-POZUELO G, REINA AB, ZAFRILLA P. Detection of hyponutrition risk in non-institutionalised elderly. *Nutr Hosp* 2006, 21:650–656
 21. SALMINEN H, SÄÄF M, JOHANSSON SE, RINGERTZ H, STRENDER LE. Nutritional status, as determined by the Mini-Nutritional Assessment, and osteoporosis: A cross-sectional study of an elderly female population. *Eur J Clin Nutr* 2006, 60:486–493
 22. SOINI H, ROUTASALO P, LAGSTROM H. Nutritional status in cognitively intact older people receiving home care services – a pilot study. *J Nutr Health Aging* 2005, 9:249–253
 23. BROWNIE S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract* 2006, 12:110–118
 24. KABIR ZN, FERDOUS T, CEDERHOLM T, KHANAM MA, STREATFIELD 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, 9:968–974
 25. TIMPINI A, FACCHI E, COSSI S, GHISLA MK, ROMANELLI G, MARENGONI A. Self-reported socio-economic status, social, physical and leisure activities and risk for malnutrition in late life: A cross-sectional population-based study. *J Nutr Health Aging* 2011, 15:233–238
 26. CHEN CC, SCHILLING LS, LYDER CH. A concept analysis of malnutrition in the elderly. *J Adv Nurs* 2001, 36:131–142
 27. FERDOUS T, KABIR ZN, WAHLIN A, STREATFIELD K, CEDERHOLM T. The multidimensional background of malnutrition among rural older individuals in Bangladesh – a challenge for the Millennium Development Goal. *Public Health Nutr* 2009, 12:2270–2278
 28. WADHWA A, SABHARWAL M, SHARMA S. Nutritional status of the elderly. *Indian J Med Res* 1997, 106:340–348
 29. DONINI LM, SAVINA C, CANNELLA C. Eating habits and appetite control in the elderly: The anorexia of aging. *Int Psychogeriatr* 2003, 15:73–87
 30. NETTLETON S. *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 1995:221–262
 31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Risk factors of ill health among older people. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-andstatistics/risk-factors-of-ill-health-among-older-people>
 32. ΖΑΜΠΕΛΑΣ Α. *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα, 2003:325–380
 33. WEI K, NYUNT MSZ, GAO Q, WEE SL, NG TP. Frailty and malnutrition: Related and distinct syndrome prevalence and association among community-dwelling older adults: Singapore Longitudinal Ageing Studies. *J Am Med Dir Assoc* 2017, 18:1019–1028
 34. KALLA A, FIGUEREDO VM. Alcohol and cardiovascular disease in the geriatric population. *Clin Cardiol* 2017, 40:444–449
 35. PANAGIOTAKOS DB, KOURLABA G, ZEIMBEKIS A, TOUTOZAS P, POLYCHRONOPOULOS E. The J-shape association of alcohol consumption on blood pressure levels, in elderly people from Mediterranean Islands (MEDIS epidemiological study). *J Hum Hypertens* 2007, 21:585–587
 36. SOMMER I, ERKKILÄ AT, JÄRVINEN R, MURSU J, SIROLA J, JURVELIN JS ET AL. Alcohol consumption and bone mineral density in elderly women. *Public Health Nutr* 2013, 16:704–712
 37. HOGENKAMP PS, BENEDICT C, SJÖGREN P, KILANDER L, LIND L, SCHIÖTH HB. Late-life alcohol consumption and cognitive function in elderly men. *Age (Dordr)* 2014, 36:243–249
 38. AMARYA S, SINGH K, SABHARWAL M. Changes during aging and their association with malnutrition. *J Clin Gerontol Geriatr* 2015, 6:78–84
 39. ΜΑΝΙΟΣ Γ. *Διατροφική αξιολόγηση: Διαιτολογικό και ιατρικό ιστορικό, σωματομετρικοί, κλινικοί και βιοχημικοί δείκτες*. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα, 2006:4–11, 16–41, 98–105, 199–200, 393–397, 539–543
 40. MUCCIE, JACKSON SHD. Nutritional supplementation in community-dwelling elderly people. *Ann Nutr Metab* 2008, 52(Suppl 1):33–37
 41. IIZAKA S, TADAKA E, SANADA H. Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2008, 8:24–31
- Corresponding author:
E. Arvanitaki, 51 Evinou street, 188 36 Perama, Attica, Greece
e-mail: arvanitaki.eirini20@gmail.com