بررسی وضعیت تغذیه و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندی

محمدرضا اسماعیلی فخار[1*]، سلیمان زند[1]

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

فصلنامه پایش
سال دوازدهم شماره دوم فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۲ صص ۱۴۹-۱۴۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲
[نشر الکترونیک پیش از انتشار– ۷ اسفند ۹۱]

چکیده

یکی از عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی و تغذیه سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندی، دوری از کانون خانواده است. لذا این مطالعه با هدف بررسی وضعیت تغذیه سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندی و ارتباط آن با برخی بیماری‌های مزمن صورت گرفته است. در این مطالعه مقطعی تعداد ۱۹۹ نفرسالمند ۶۰ ساله و بالاتر با روش سرشماری از سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندی استان مرکزی انتخاب و وارد پژوهش شدند. با استفاده از اندازه‌گیری نمایه‌های تن سنجی، پرسشنامه Mini Nutritional Aassessment- MNA وضعیت تغذیه مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت امتیاز کلی وضعیت تغذیه محاسبه و ارتباط آن با برخی عوامل زمینه‌ای موجود در سالمندان با استفاده از آزمون کای اسکوئر و تحلیل رگرسیون لجستیک و از طریق نرم افزار sspss14 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از کل نمونه‌های مورد بررسی ۱۹/۶ درصد مبتلا به سوء تغذیه، ۵۳/۳ درصد در خطرسوء تغذیه و تنها ۲۷/۱ درصد آنان از وضعیت تغذیه خوب برخوردار بودند. همچنین ۲/ ۷۷ درصد از مبتلایان به سوء تغذیه دارای ۱تا ۳ بیماری مزمن جسمی یا محدودکننده بودند. نتایج نشان داد که بین تعداد اختلالات زمینه‌ای با وضعیت تغذیه سالمندان ارتباط معنی‌دار وجود داشت (P<۰/۰۰۱). ضرورت توجه بیشتر مسئولین خانه‌های سالمندی به نیازهای تغذیه‌ای سالمندان و آموزش‌های همگانی ترویج فرهنگ نگهداری از سالمندان در کانون خانواده از موارد بسیار مهم و اساسی است.

کلیدواژه: سالمندی، تغذیه، خانه‌های سالمندی، بیماری‌های مزمن، سوء تغذیه

* نویسنده پاسخگو: اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، مجتمع پردیس
تلفن: ۴۱۷۳۵۰۳ ۰۸۶۱
E-mail: slmnzand@arakmu.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.2.3]

مقدمه

بررسی‌ها نشان می‌دهد که جمعیت ایران همانند دیگر کشورهای جهان در حال پیر شدن است. درحال حاضر جمعیت بالای ۶۰ سال در ایران درحدود ۸ درصد جمعیت و به عبارتی درحدود ۵/۵ میلیون نفر هستندکه با ادامه این روند در حوالی سال ۱۴۱۰ انفجار سالمندی در ایران رخ خواهد داد و بین ۲۵ تا ۳۰ درصد جمعیت در سنین بالای ۵۰ سالگی قرار خواهند گرفت[۱]. بر این اساس است که امروزه نیاز بیشتری در فراهم‌نمودن مراقبت‌های بهداشتی و آمادگی جهت مراقبت از سالمندان احساس می‌گردد[۲،۳] و حمایت از سالمندان جهت سالم زیستن و برخورداری از زندگی مناسب از بزرگترین چالشهای بخش سلامت در تمامی دنیا است[۴]. از طرفی تأمین سلامت سالمندان بستگی به این نکته دارد که تا چه حد بتوانیم محدودیت‌های عملکردی، بیماری‌های مزمن و سوء تغذیه را در آنان پیشگیری کنیم[۵]. نامطلوب بودن وضعیت تغذیه سالمندان، زمینه را برای بروز بسیاری از بیماری‌ها از جمله استئو آرتریت، دیابت، بیماری‌های قلب و عروق و افزایش فشار خون مساعد نموده و هزینه‌های هنگفتی را بر دولتها تحمیل و مشکلات بسیاری را در عرصه‌های اقتصادی، بهداشتی و اجتماعی بوجود می‌آورد که مقابله با آن نیازمند برنامه‌ریزی‌های دقیق خواهد بود[۶]. دانشمندان، تغذیه مناسب را یکی از شاخص‌های سلامتی و سوء تغذیه را مانعی برای دستابی به هدف اصلی یعنی بالابردن کیفیت زندگی در جوامع بشری می‌دانند. درچندین مطالعه ارتباط بین سوء تغذیه و افزایش خطر بروز بیماری و مرگ ناشی از عوارض آن به اثبات رسیده است[۹-۷]. شیوع سوء تغذیه از ۴ درصد در سالمندان جامعه تا ۵۰ درصد در سالمندان بستری و مقیم در خانه‌های سالمندان گزارش شده است[۱۰] و حتی در برخی مطالعات میزان سوء تغذیه پروتئین ـ انرژی سالمندانی که درخانه سالمندان از آنان نگهداری میشود را تا ۸۵ درصد نیز گزارش شده نموده‌اند[۱۱،۱۲]. بررسی وضعیت تغذیه در سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندی به منظور شناسایی مشکلات عمومی و عوامل زمینه‌ساز سوء تغذیه در آنها می‌تواند شناخت جامعه نسبت به سالمندی و عوامل تهدیدکننده در این دوران تغییر و افزایش دهد. لذا این پژوهش با هدف بررسی وضعیت تغذیه و عوامل مرتبط با آن در سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندی استان مرکزی طراحی شده است تا از این طریق امکان کشف و برطرف نمودن موارد سوء تغذیه از طریق آموزش ومداخلات لازم، صورت گیرد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی ـ مقطعی است که جهت جمع‌آوری داده‌های آن از مصاحبه، مشاهده، معاینه و تکمیل پرسشنامه استفاده شده است. جامعه مورد مطالعه سالمندان (افراد ۶۰ سال و بالاتر) که در خانه‌های سالمندان استان مرکزی (۴ مرکز) مقیم و قادر به مصاحبه و معاینه بودند. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام گرفت که از مجموع ۲۱۷ سالمند مقیم، تعداد ۱۹۹نفر که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. میزان مصرف مواد غذایی وکالری دریافتی بر اساس برنامه غذایی هفتگی خانه‌های سالمندان تهیه و با استفاده از نرم افزار FPII ارزیابی و میزان کالری و پروتئین اختصاص داده شده به هر سالمند براساس recommended dietary allowance- RDA ۲۱۰۰-۱۹۰۰کالری تعیین گردید. همچنین جهت تعیین وضعیت تغذیه از پرسشنامه MNA استفاده شد، که جهت ارزیابی وضعیت تغذیه سالمندان مورد استفاده و تأیید گردیده‌است و در ایران نیز به زبان فارسی ترجمه و پس از استانداردسازی در جمعیت ایرانی مناسب تشخیص داده شده است[۱۳،۱۴]. MNA یک پرسشنامه ۱۸ گویه‌ای شامل اندازه‌گیری‌های تن‌سنجی (BMI)، شامل اندازه‌گیری دور بازو، دور ماهیچه ساق پا و میزان کاهش وزن)، دریافت رژیمی (شامل تعداد وعده‌های غذایی، دریافت مایعات و میزان اشتها، ارزیابی شیوه زندگی، داروهای مصرفی، تحرک و ارزیابی شخصی (نظر شخصی در مورد وضعیت تغذیه و سلامتی) با حداکثر امتیاز ۳۰ است که براساس آن افراد را از نظر وضعیت غذایی با تغذیه مناسب (امتیاز۲۴ و بالاتر)، در خطر سوء تغذیه (امتیاز۲۳/۵-۱۷) و مبتلا به سوء تغذیه (امتیازکمتر از۱۷) رده‌بندی می‌کنند. در این مطالعه علاوه بر وضعیت تغذیه برخی عوامل مساعدکننده سوء تغذیه نیز مورد بررسی قرار گرفتند؛ بدین‌منظور به منظور بررسی سطح شناختی واحدهای مورد پژوهش از پرسشنامه Mini Mental Status Examination-MMSE استفاده شد. در پرسشنامه مزبور سؤالات بر اساس نمره ۳۰-۱ تقسیم شده است. بدین ترتیب که افراد با نمره کمتر از ۲۰ با تخریب شناختی قطعی مطابق پرسشنامه استاندارد شده در نظر گرفته می‌شوند. همچنین در این مطالعه بررسی برخی دیگر از عوامل مساعدکننده کالری اختصاص داده شده به افراد مورد مطالعه در شبانه روز، بیماری‌های مزمن، اختلالات حرکتی، اختلالات گوارشی، وضعیت دندانها و میزان ملاقات با نزدیکان با استفاده از پرونده پزشکی و مصاحبه اخذ گردید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.2.3]

پس از اخذ نتایج و تحلیل داده‌ها، وضعیت تغذیه هریک از نمونه‌ها با استفاده از معیار MNA تعیین و ارتباط آن با عوامل مساعدکننده مورد بررسی قرار گرفت. سپس اطلاعات جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات از طریق برنامه آماری sspss14 و با استفاده از آمار توصیفی مانند شاخص‌های عددی جهت محاسبه و تعیین سطح وضعیت تغذیه و افسردگی، آزمون آماری کای اسکوئر و تحلیل رگرسیون لجستیک جهت بررسی ارتباط بین سوء تغذیه و عوامل مساعد کننده انجام شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۹۹نمونه مورد بررسی در ۴ مرکز نگهداری سالمندان در استان مرکزی۳۰/۷ درصد مذکر و ۶۹/۳ درصد مؤنث بوده، میانگین سنی نمونه‌ها ۶۹ سال با SD=۱۴/۵۳ برآورد گردید. در هر چهار مرکز نگهداری سالمندان، سه وعده غذای اصلی و دو میان وعده برای سالمندان در نظر گرفته شده بود، که کالری تأمین شده از این پنج وعده غذایی بر اساس RDA و با استفاده از نرم افزارFPII در حد مطلوب بوده است. استفاده از مقیاس بررسی وضعیت تغذیه (MNA) نشان داد که ۱۹/۶درصد از سالمندان دچار سوء تغذیه، ۵۳/۳ درصد در خطر سوء تغذیه و ۲۷/۱درصد اختلال سوء تغذیه نداشتند. استفاده از آزمون آماری کای اسکوئر نشان داد که توزیع وضعیت‌های مختلف در مراکز مورد بررسی همگن بوده و تفاوت آماری معنی‌دار در وضعیت تغذیه نمونه‌ها درمراکزمورد بررسی وجود ندارد (P=۰/۱۳۸)(جدول شماره ۱). نتایج حاصل از مصاحبه و بررسی پرونده سلامت سالمندان نشان داد که ۲۱/۱ درصد از نمونه‌ها به اختلال گوارشی، بی اشتهائی، اختلال حرکتی، اختلال شناختی، بیماری‌های مزمن مبتلا نبوده و ۲۸/۱ درصد نیز اختلال افسردگی نداشتند (جدول شماره ۲). همچنین۲۸/۱ درصد دارای یک اختلال، ۲۶/۶ درصد دارای ۲ اختلال، ۱۹/۱درصد دارای ۳ اختلال ،۳ درصد دارای ۴ اختلال، ۵ درصد دارای ۵ اختلال و۱درصد نیز دارای هر ۶ اختلال فوق بوده اند. آزمون افسردگی GDS نشان داد که ۲۲/۶ درصد از سالمندان مبتلا به افسردگی بوده، ۴۴/۲ درصد در خطر افسردگی قرار داشته و ۵ درصد نیز بدلیل اختلال در سطح شناختی قادر به پاسخگویی جهت ارزیابی افسردگی نبودند. نتایج استفاده از آزمون رگرسیون لجستیک جهت بررسی ارتباط وضعیت تغذیه با متغیرهائی از قبیل بیماری مزمن، اختلال شناختی، اختلالات حرکتی و وضعیت دندانها نشان داد که بین بیماری‌های مزمن و تغذیه ارتباط معنی‌دار وجود داشت. بطوریکه شانس ابتلا به سوء تغذیه در افرادی که مبتلا به بیماری مزمن بودند ۳/۶۴ برابر افرادی بود که مبتلا به بیماری مزمن نبودند (P<۰/۰۰۳). شانس ابتلا به سوء تغذیه در سالمندان مبتلا به اختلال شناختی ۲/۳۲ برابر بیشتر از سالمندانی است که مبتلا به اختلال شناختی نمی‌باشند (P<۰/۰۳۸). شانس ابتلا به سوء تغذیه در سالمندان با اختلال حرکتی۶/۷ برابر بیشتر از سالمندانی است که اختلال حرکتی نداشتند (P<۰/۰۰۲). همچنین شانس ابتلا به سوء تغذیه در سالمندان که دندان خراب دارند ۱/۷۵ برابر (P<۰/۴۴۷)، دندان خراب و ناقص دارند ۲ برابر (P<۰/۳۳۳)، دندان مضنوعی دارند و بدون دندان بودند ۳/۴۲ برابر بیشتر از سالمندانی بود که دندان سالم داشتند. اما این روابط در هیچ موردی معنادار نبود(جدول شماره۳).

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وضعیت تغذیه‌ای سالمندان بر مبنای MNA به تفکیک مراکز نگهداری سالمندان در استان مرکزی

	تعداد نمونه در هر مرکز	سوء تغذیه دارد* تعداد (درصد)	در معرض خطر سوء تغذیه تعداد (درصد)	سوء تغذیه ندارد تعداد (درصد)
اراک	۳۹	۱۱(۲۸/۲)	۲۴(۶۱/۵)	۴(۱۰/۳)
تفرش	۶۱	۱۲(۱۹/۷)	۲۹(۴۷/۵)	۲۰(۳۲/۸)
ابراهیم آباد	۳۸	۶(۱۵/۸)	۲۳(۶۰/۵)	۹(۲۳/۷)
دلیجان	۶۱	۱۰(۱۶/۴)	۳۰(۴۹/۲)	۲۱(۳۴/۴)
جمع	۱۹۹	۳۹(۱۹/۶)	۱۰۶(۵۳/۳)	۵۴(۲۷/۱)

*آزمون آنالیز رگرسیون لجستیک ارتباط معنی‌دار آماری بین وضعیت تغذیه ای واحدهای مورد پژوهش با مراکز مورد پژوهش نشان نداد (P=۰/۱۳۸). جهت استفاده از تحلیل رگرسیون لجستیک سطوح در معرض خطر سوء تغذیه و سوءتغذیه با همدیگر ادغام وبه صورت دو سطحی (سوء تغذیه دارد و ندار) تعریف شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی عوامل مورد بررسی درسالمندان ساکن درآسایشگاههای استان مرکزی

	تعدادکل	سوء تغذیه دارد تعداد(درصد)	در معرض خطرسوء تغذیه تعداد(درصد)	سوء تغذیه ندارد تعداد(درصد)	P
اختلال حرکتی	۴۴	۱۶(۸)	۲۵(۱۲/۶)	۳(۱/۵)	۰/۰۰۱*
اختلال شناختی	۵۵	۱۲(۱۹/۷)	۲۹(۴۷/۵)	۲۰(۳۲/۸)	۰/۰۱*
بیماری مزمن	۵۸	۱۹(۹/۵)	۳۲(۱۶/۱)	۷(۳/۵)	۰/۰۱۶*
اختلال گوارشی	۱۹	۵(۲/۵)	۱۲(۶)	۲(۱)	۰/۲۲۳
بی اشتهایی	۱۳	۶(۱۵/۸)	۲۳(۶۰/۵)	۹(۷/۲۳)	۰/۰۰۱*
وضعیت دندان‌ها					۰/۰۸**
سالم	۹(۴/۵)	۰(۰)	۵(۲/۵)	۴(۲)	
خراب	۵۱(۲۵/۶)	۴(۲)	۳۱(۱۵/۶)	۱۶(۸)	
خراب و ناقص	۷۷(۳۸/۷)	۷(۸)	۳۹(۱۹/۶)	۲۲(۱۱/۱)	
دندان مصنوعی	۲۵(۱۲/۶)	۶(۳)	۱۴(۷)	۵(۲/۵)	
بدون دندان	۳۷(۱۸/۶)	۳۱(۶/۵)	۱۷(۸/۵)	۷(۳/۵)	
ملاقات بانزدیکان					۰/۱**
هفته ای یک بار	۱(۰/۵)	۱(۰/۵)	۲(۱)	۴(۲)	
۱۵ روز یکبار	۱(۰/۵)	۱۰(۵)	۰(۰)	۱۱(۵/۵)	
هرماه یکبار	۶(۳)	۱۷(۸/۵)	۱۰(۵)	۳۳(۱۶/۶)	
هرسه ماه یکبار	۱۹(۹/۵)	۳۵(۱۷/۶)	۱۰(۵)	۶۴(۳۲/۲)	
بدون ملاقات	۲۷(۱۳/۶)	۴۳(۲۱/۶)	۱۷(۸/۵)	۸۷(۴۳/۷)	

* p-value حاصل ازآزمون chi-squar ارتباط معنی‌دار آماری بین وضعیت تغذیه‌ایی واحدهای مورد پژوهش با عوامل مورد پژوهش نشان داد . مقدار احتمالی بیانگر اختلاف نسبت ها است.
**مقدار احتمالی بیانگر جدول توافقی حاصل می‌باشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.2.3]

جدول ۳: بررسی عوامل موثر بر سوء تغذیه با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک در سالمندان ساکن آسایشگاههای استان مرکزی

	ضریب رگرسیون لجستیک (B)	مقدار انحراف معیار	OR	P
بیماری مزمن	-۱/۶۰۱	۰/۶۲	۳/۶۴	۰/۰۰۳*
اختلال شناختی	۱/۷۰۸	۰/۲۹	۲/۳۲	۰/۰۳۸*
اختلال حرکتی	۲/۹۸۴	۰/۵۷۰	۶/۷	۰/۰۰۲*
دندان خراب	-۱/۰۹۹	۰/۷۲	۱/۷۵	۰/۴۴۷
دندان خراب وناقص	۲۱/۴۹۷	۰/۶۳	۲	۰/۳۳۳
دندان مصنوعی	۳/۹۳۲	۱/۰۱	۳/۲	۰/۱۶۴
بدون دندان	-۱/۱۹۸	۱/۰۹	۲/۴۲	۰/۱۱۹

*آزمون آنالیز رگرسیون لجستیک ارتباط معنی‌دار آماری بین سوء تغذیه با متغیرهای مورد پژوهش نشان داد.

بحث و نتیجه‌گیری

مهمترین یافته این مطالعه، بالابودن شیوع اختلال تغذیه در سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندی استان مرکزی بود که با مطالعات انجام شده در ایران تا حدودی همخوانی دارد، بطوری که مطالعه مشابه در خانه‌های سالمندی تهران و شمیرانات نیز مشخص نمود که ۱۲/۸درصد از سالمندان این مراکزمبتلا به سوء تغذیه و۵۶/۲ درصد در خطر سوء تغذیه بوده‌اند[۱۰]. نتایج فوق نشان می‌دهد که میزان شیوع سوء تغذیه در سالمندان مقیم خانه‌های سالمندی بیش از سالمندانی است که در کنار خانواده‌های خود زندگی می‌کنند، بطوری که نجاتی در مطالعه خود در سالمندان استان قم مشخص نمود که تنها ۶/۶ درصد از سالمندان مبتلا به سوء تغذیه و۵۷/۶ درصد نیز در خطر سوء تغذیه قرار داشته اند[۱۶]. مطالعات مشابه خارجی نیز بیانگرآنست که سالمندان مقیم در آسایشگاهها نسبت به سالمندانی که در منازل شخصی خود زندگی می‌کنند، از نظر اختلالات تغذیه آسیب‌پذیرتر هستند[۲۰-۱۷]. در نتیجه با توجه به مناسب بودن کالری دریافتی در جیره غذایی واحد های مورد پژوهش (۲۰۰۰تا۲۱۵۰ کالری روزانه) به نظر می‌رسد علت بالا بودن شیوع سوء تغذیه در خانه‌های سالمندی را باید در عواملی دیگری جستجو نمود. با ورود به دوره سالمندی میزان ناتوانی‌ها بتدریج افزایش می‌یابد، بطوریکه میزان شیوع محدودیت‌های حرکتی در۷۶ سالگی و بالاتر حتی به۵۰ درصد نیز میرسد. این محدودیت‌ها به نوبه خود سبب وابستگی افراد سالمند می‌گردد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نسبت افراد وابسته در میان سالمندان ۳ برابر بزرگسالان است. نتایج ما نشان داد که۲۲/۱ درصد از سالمندان مورد بررسی دارای مشکلات و محدودیت‌های حرکتی بوده و شانس ابتلاء در زنان۳/۴ بیشتر از مردان است. ادیب نیز در تحقیق خود در جامعه کاشان نشان داد که ارتباط واضحی بین ناتوانی حرکتی و جنس وجود دارد، بگونه‌ای که ناتوانی شدید و متوسط در زنان به مراتب بیشتر از مردان بوده و در صد ناتوانی شدید در زنان ۶/۵ برابر و ناتوانی متوسط ۳/۵ برابر مردان بوده است[۲۱]. مطالعات انجام گرفته در دیگر کشورها نیز نشان داده‌اند که مشکلات جسمی که منجر به تقاضای درمان وکاهش کیفیت زندگی می‌شوند، در زنان بارزتر است[۲۲،۲۳]. این امر می‌تواند به بیشتر بودن بیماری‌های مزمن ناتوان‌کننده در زنان سالمند[۲۴]، تفاوت‌های فیزیولوژیک و آندوکرین آنها با مردان[۲۵] یا سبک زندگی وکم‌تحرکی بیشتر در زنان جامعه ما ارتباط داشته باشد[۲۱]. نتایج فوق و این واقعیت که با افزایش شدت ناتوانی‌های حرکتی احتمال انتقال سالمندان به خانه‌های سالمندی و مراکز نگهداری افزایش می‌یابد[۲۶] می‌تواند توجیه‌کننده زیاد بودن نسبت ناتوانی زنان نسبت به مردان مقیم در خانه‌های سالمندی باشد. با افزایش سن شیوع ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و روحی افزایش می‌یابد[۲۷] بطوری که در مطالعه انجام شده در بابل ۸۳ درصد از افراد سالمند مورد مطالعه دارای حداقل یک بیماری مزمن بودند[۲۸]. همچنین در بررسی انجام گرفته در کره جنوبی نیز ۴۶/۸ درصد از سالمندان دارای بیش از۲ بیماری مزمن بطور همزمان بودند[۲۹]. مصرف داروهای متعدد، بی‌اشتهایی روانی ناشی از ناتوانی ابتلا به بیماری‌های مزمن، تغییرات متابولیک ناشی از بیماری‌های مزمن که موجب افزایش دفع ازت می‌گردد زمینه‌های لازم را برای سوء تغذیه فراهم می‌نماید[۳۰،۳۱]. نتایج ما نیز نشان داد که بین بیماری‌های مزمن و تغذیه ارتباط معنی‌دار وجود دارد ($P=۰/۰۰۳$) بطوریکه شانس ابتلا به سوء تغذیه در افرادی که مبتلا به بیماری مزمن هستند ۳/۶۴ برابر افرادی است که مبتلا به بیماری مزمن نیستند. دوری ازخانواده می‌تواند زمینه لازم را برای بیماری‌های جسمی و روحی فراهم می‌نماید بطوری که روزنبرگ و همکاران طی مطالعه‌ای به این نتیجه دست یافتند که افراد متأهل نسبت به افراد بیوه و سالمندانی که با خانواده خود زندگی می‌کنند نسبت به سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند کمتر به پزشک مراجعه نموده و یا در بیمارستان بستری می‌شوند که این یافته بیانگر تأثیر مثبت ارتباط اعضاء خانواده در کیفیت زندگی است[۳۲]. نتایج ما نشان داد که تنها ۲ درصد از سالمندان مورد بررسی هفته‌ای یکبار با نزدیکان خود ملاقات داشته و تقریباً نیمی از آنان حتی۶ ماه یکبار نیز ملاقاتی نداشته‌اند. صادقی در گزارش نتایج خود می‌نویسد: ۱۹درصد از سالمندان مقیم در خانه‌های

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.2.3]

سالمندی تهران هیچ ملاقاتی نداشته ولی ۴۰/۵ درصد از آنان بطـور هفتگی با نزدیکان خـود ملاقـات داشـته‌انـد[۳۳]. مقایسـه ایـن دو تحقیق نشان می‌دهد که میزان ملاقات سالمندان مقیم در خانه‌های سالمندی استان مرکزی نسبت به تهران بسیار کمتر بوده و می‌تواند دلیلی بر بالا بودن میزان افسردگی در تحقیق ما باشد. نتایج حاصـل از این پژوهش نشان داد که مسئولین بهداشتی باید اهداف مراقبتـی خود را بیش از پیش به تأمین نیازهای جسمی سـالمندان مقـیم در خانه‌های سالمندی معطوف نمایند. همچنین پیشنهاد می‌گردد تا بـا آموزش‌های همگانی در سطح جامعه نسبت به مشکلات سـالمندانی که از خانواده‌های خود جدا می‌گردند اطلاع رسانی شـده و فرهنـگ نگهداری از سالمندان در محیط‌های گرم خانوادگی را تقویت نمایند.

سهم نویسندگان

حمیدرضا ابراهیمی فخار: طراحی و مدیریت مطالعه
سلیمان زند: تحلیل آماری و نگارش و بازنویسی مقاله

تشکر و قدردانی

این پژوهش بخشی از طرح تحقیقاتی است که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شـده‌اسـت. بدینوسـیله از کلیـه همکـاران دانشکده پرستاری و مامایی و حوزه معاونت پژوهشی دانشـگاه علـوم پزشکی اراک، مدیریت و پرسنل مراکز نگهداری سالمندان در استان مرکزی تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. Heidari M, Shahbazi S. Effect of self-care training program on quality of life of elders. Iran Journal of Nursing 2012; 25: 1-8
2. Hafez G, Bagchi K, Mahaini R. Caring for the elderly: a report on the status of care for the elderly in the Eastern Mediterranean Region. East Mediterr Health Journal 2000; 6:636-43
3. Andrews GA. Promoting health and functioning in an aging population. British Medical Journal 2001; 322: 728-29
4. World Health Organization.Launches new initiative to address the health needs of rapidly aging population. Is available at:http://www.who.int/mediacentre/news/releases/ 2004
5. Malek Afzali H, Baradaran Eftekhary M, Hejazi F, Khojasteh T, Tabrizi R, Faridi T. Social mobilization for health promotion in the elderly. Hakim Research Journal 2007; 9:1- 6
6. Amir Zadeh J, Amir Zadeh N, Salari Sh. Dietary pattern based on RDA effective factors on the elderly people in Urmia in 1383. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty 2005;3: 48-40
7. Ockenga J, Gastell S, Lochs H. Tumour anorexia–tumour cachexia in case of gastrointestinal tumours: standards and visions. Gastroenterol 2002;40:929-36
8. Kyle U.G, Pirlich M, Lochs H, Schuetz T, Pichard C. Increased length of hospital stay in underweight and overweight patients at hospital admission: a controlled population study. Clinical Nutrition 2005;24:133-42
9. Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. Gastroenterol 2001;15:869-84
10. Afkhami A, Keshavarz S.A, Rahimi A, Jazayeri S.A, Sadrzadeh H. Nutritional status and associated non-dietary factors in the elderly living in nursing homes of Tehran and Shemiranat, 2004. Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research 2008;3: 211-17[Persian]
11. Visvanathan R. Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem. Journal Postgrad Medcine 2003;49:352-60
12. Seyed Reza Eshaghi, Ziba Farajzadegan, Anahita Babak. Nutritional status in Esfahan. Salmand- Iranian Journal of Ageing 2007;2: 340-45
13. Sadrzadeh-Yeganeh H, Angoorany P, Keshavarz S.A, Rahimi A, Ahmady B. Comparison of two nutrition education techniquies on breakfast-eating practice in primary school girls, Tehran. Journal of School of Public Health And Institute of Public Health Researches 2006;4: 65-72
14. Hamid Reza Jamaati, Parisa Pajouh, Mehnoosh Nayebi, Nooshin Baghaie, Negar Baghaie, Hassan Khosravani. Ascorbic acid concentration in plasma and white blood cells of patients with bronchial asthma, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease. Tanaffos 2006; 5: 29-35[Persian]
15. Malakouti S.K, Fathelahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani Sh. Validation of geriatric depression scale(GDS-15) in Iran. Journal of the Faculty of Medicine2007;30:361-68
16. Nejati V. Assesing the health status of elderly people in the province of qom (2007). Qom University of Medical Sciences Journal 2009; 13:67-71
17. Ruize- lopez D, Artacho R, Oliva P, Morenotores R. Nutritional risk in institutionalized older women

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.2.3]

determind by the mini nutritional assessment (MNA) test: what are the main factors? Nutriton 2003;19:767-71

18. Griep MI, Mets IF, Collys K, ponjart I, Massart DL. Risk of malnutritional in retirement homes elderly persons measured by the mini nutritional assessment (MNA). Journal of Gerontology of Biological & Medical Sciences 2000;55:57-63

19. Christensson L, Unsson 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

20. Beck AM, Schroll M, Ovenson L. A six monthsprospective follow up of over 65 years old patientsfrom general practice classified according tonutritional risk by the mini nutritional assessment (MNA). European Journal of Clinical Nutrition 2001; 55: 1028-33

21. Adib-Hajbaghery M, Akbari H. The severity of old age disability and its related factors. Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences 2009; 13: 225-34

22. Maftoon F, Nik Pour B, Majlesi F, Rahimi Foroushani A, Shariati B. Elderlies and medical services: demand and utilization in Tehran. Payesh 2002; 2: 51-5[Persian]

23. Ahmadi F, Salar A, Faghihzadeh S. Quality of life in Zahedan elderly population. The Journal of Facultyof Nursing & Midwifery 2004; 22: 61-7

24. Avlund K, Holstein BE, Osler M, Damsgaard MT, Holm-Pedersen P, Rasmussen NK. Social position andhealth in old age: the relevance of different indicators of social position. Scand Journal Public Health 2003;31:126-36

25. HulmePA, Walker SN, Effle KJ, Jorgesen L, McGowen MG, Nelson JD, Pratt EN. Health-promoting lifestyle behaviors of Spanish-Speaking Hispanic adults. Journal of Transcultural Nursing 2003; 14: 244-54

26. AdibHajbaghery M, Masoody Alavi N. evaluating the patients with osteoporotic neck femor bonefractures in Kashan. Feyz-Journal of Kashan University of Medical Sciences 2007; 10: 52-8.

27. Aldrich N, Benson WF. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. Prevention Chronic Diseases 2008; 5: 27

28. Hossini SR, Zabihi A, Savadkohi S, Bijani A. Prevlence of chronic disease in elderly population in AMIRKOLA (2006-2007). Journal of Babol University of Medical Sciences 2008;10:68-75

29. Tootoonchi P. Chronic diseases and senile changes in the elderly population. Payesh 2004; 3: 219-25[Persian]

30. Tajvar M. Elderly health and the review on the different aspects of life. 1st Edition, Arjmand publication: Tehran, 2003

31. Harris NG. Nutrition in Aging. Krause's food nutrition and diet therapy. 11th Edition, Saunders: Philadelphia, 2004

32. Rosenberg M, Everitt J. Planning for aging populations: inside or outside thewalls. Program Planning 2001; 56: 119-168

33. Sadeghi M, Kazemi HR. Prevalence of dementia and depression among residents of elderly nursing homes in Tehran province. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2004; 9: 55-49

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.2.3]

ABSTRACT

Nutritional status and associated factors in elderly residents in nursing homes

Mohammad Reza Ebrahimi Fakhar[1], Soleyman Zand[1*]

1. Instructor of Nursing Departement, School of Nursing & Midwifery, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Payesh 2013; 12: 143-149
Accepted for publication: 24 October 2011
[EPub a head of print-25 February 2013]

Objective (s): To assess nutritional status in an elderly population living in nursing homes.
Method: This was a cross- sectional study of 199 elderly people 60 years old or above living in nursing homes in Arak, Iran. Data on nutrition was collected using the Mini Nutritional Assessment (MNA).
Results: The findings showed that 19.6% of elderly were suffering from malnutrition, 53.3% were at risk of malnutrition, and in 27.1% nutritional status was satisfactory. Of those suffering from malnutrition 77.2% reported 1 to 3 chronic diseases or physical impairments. There were significant associations between nutrition and some health conditions (P<0.001).
Conclusion: The findings suggest that elderly people living in nursing home should be cared for their nutritional status.
Key Words: nutrition-nursing-chronic disease-geriatric depression scale

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1392.12.2.2.3]

* Corresponding author: Arak.-Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
Tel: 0861-4173524
Email: slmnzand@yahoo.com