وضعیت سوء تغذیه و عوامل غیر رژیمی مرتبط با آن در سالمندان ساکن آسایشگاه‌های سالمندان تهران و شمیرانات

آزاده افخمی: * کارشناس ارشد علوم بهداشتی در تغذیه، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سیدعلی کشاورز: استاد، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر عباس رحیمی: استادیار، گروه آمار، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سید ابوالقاسم جزایری: دانشیار، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
هاله صدرزاده یگانه: مربی، گروه تغذیه و بیوشیمی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره سوم تابستان ۱۳۸۷ صص ۲۱۷-۲۱۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۲/۲۹

چکیده

سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها، علاوه بر اختلالات دندانی و مصرف داروهای مختلف، مشکلات دیگری نظیر افسردگی و بی‌اشتهایی نیز دارند که باعث می‌شود از لحاظ تغذیه‌ای آسیب‌پذیرتر از دیگر سالمندان باشند. بررسی حاضر مقطعی و از نوع توصیفی ـ تحلیلی است. در این بررسی با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای، ۲۹۰ سالمند مرد و زن از پانزده آسایشگاه واقع در شهرستان‌های تهران و شمیرانات به صورت تصادفی انتخاب شدند. نمایه‌های تن سنجی نمونه‌ها اندازه‌گیری شده و برای آنها پرسشنامه MNA (Mini Nutritional Assessment) و پرسشنامه‌ای مربوط به عوامل غیر رژیمی مرتبط با وضع تغذیه سالمندان تکمیل گردید. در نهایت امتیازات کلی وضع تغذیه بر اساس MNA محاسبه شده و ارتباط عوامل مورد بررسی با امتیاز MNA مورد تحلیل قرار گرفت. در بررسی حاضر، براساس MNA، ۱۲/۸ درصد از سالمندان مورد بررسی مبتلا به سوء تغذیه و ۵۶/۲ درصد در معرض سوء تغذیه بودند. در تجزیه و تحلیل داده‌ها مشخص شد که بین وضعیت تغذیه سالمندان مورد بررسی بر اساس MNA و مصرف روزانه دارو، بیماری حاد یا تنش روانی در سه ماهه اخیر، توانایی حرکت، مشکلات عصبی ـ روانی، افسردگی، وضعیت گذراندن، نظر شخصی در مورد وضع تغذیه و وضع سلامت خود، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت.

با توجه به درصد بالای سالمندان مبتلا به سوء تغذیه و در معرض سوء تغذیه در آسایشگاه‌ها، ضرورت انجام مداخلات تغذیه‌ای به چشم می‌خورد. در ضمن به منظور تشخیص به موقع سوء تغذیه احتمالی، تکمیل این پرسشنامه برای تمامی سالمندان در زمان پذیرش در آسایشگاه، پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: عوامل غیر رژیمی، سوء تغذیه، سالمندان، آسایشگاه سالمندان، تهران

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان شهید کلاهدوز(دولت)، خیابان مطهری، خیابان اخلاقی، کوچه بهرام، بن بست فروزنده، پلاک ۱۶، واحد۱۵، طبقه ۴ شمال غربی، کدپستی: ۱۹۳۹۸۵۵۳۵۳
تلفن: ۲۲۵۵۳۹۱۸
E-mail: ra79628@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.3.1]

مقدمه

کاهش تدریجی میزان‌های موالید و مرگ و میر و به موازات آن افزایش امید به زندگی، باعث افزایش تعداد سالمندان جهان شده است[۱]. طی سال‌های اخیر در ایران نیز افزایش تعداد سالمندان به چشم می‌خورد[۲].

در تهران در مقایسه با دیگر استان‌های کشور، سالمندان بیشتری تحت پوشش آسایشگاه‌ها قرار دارند[۳]. سالمندان دارای مشکلاتی نظیر اختلالات دندانی، مصرف داروهای مختلف و ابتلا به انواع بیماری‌ها هستند[۴].

سالمندان مقیم در آسایشگاه‌ها مشکلات دیگری نظیر افسردگی و بی‌اشتهایی ناشی از آن را، علاوه بر موارد بالا، پیدا می‌کنند که باعث می‌شود از لحاظ تغذیه‌ای، آسیب پذیرتر از دیگر سالمندان باشند و این موضوع، اهمیت انجام این بررسی را نشان می‌دهد[۵].

هدف از این بررسی، تعیین وضعیت تغذیه و برخی عوامل غیر رژیمی مرتبط در سالمندان ساکن خانه‌های سالمندان تهران و شمیرانات در سال ۱۳۸۳ است. به علاوه نتایج به کاهش هزینه‌های درمانی ناشی از این بیماری‌ها کمک می‌کند.

مطالعه‌ای در سال ۱۳۷۰ به منظور بررسی وضع تغذیه سالمندان ساکن آسایشگاه‌های دولتی تهران صورت پذیرفت. نتایج نشان داد که ۲۵ درصد از سالمندان در رابطه با انرژی دریافتی کمبود داشتند[۶].

نتایج مطالعه دیگری در همان سال بر روی سالمندان ساکن آسایشگاه‌های خصوصی تهران نشان داد که دریافت روزانه اغلب مواد مغذی در آنها ناکافی بوده و بر اساس شاخص توده بدنی (Body Mass Index-BMI)، 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[۵].

مطالعات مشابهی بر روی سالمندان ساکن آسایشگاه‌های اصفهان[۷]، یزد [۸]، زابل [۹] و تبریز [۱۰] انجام گرفت و نتایج این مطالعات، یافته‌های بررسی‌های تهران را تأیید نمود و حکایت از نامطلوب بودن وضع تغذیه سالمندان در آسایشگاه‌ها داشت.

مطالعات انجام شده برروی 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 آسیب‌پذیر جامعه را متذکر می‌گردد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی ـ تحلیلی و مقطعی بوده و جامعه آماری مورد مطالعه شامل تمامی سالمندان زن و مرد ساکن در خانه‌های سالمندان تهران و شمیرانات در سال ۱۳۸۳ بوده است.

حجم نمونه با استفاده از فرمول $n=[(p.q)z^2] / d^2$ محاسبه شده است. در این فرمول p نسبت سوء تغذیه در سالمندان، d خطای مجاز در برآورد این نسبت، z ضریب اطمینان و n حجم نمونه است. با توجه به مطالعات انجام شده [۵، ۷، ۱۰] به طور متوسط شیوع سوء تغذیه، ۵۰ درصد در نظر گرفته شد و با اطمینان ۹۵ درصد و خطای برآورد کمتر از ۱۰ درصد، تعداد ۳۸۴ نمونه به دست آمد.

برای تعدیل حجم‌نمونه‌درجمعیت آماری کوچک (کل جمعیت ۱۲۰۰ نفر)، از فرمول زیر استفاده شد:

$$n^*=n / [\,1+(n / N)\,]$$

بنابراین در این مطالعه، ۲۹۰ سالمند مورد بررسی قرار گرفتند.

روش نمونه‌گیری، به صورت خوشه‌ای است. در ابتدا از فهرست ۳۱ خانه سالمندان شهر تهران به صورت تصادفی ساده، ۱۵ خوشه انتخاب و با مراجعه به هر آسایشگاه از فهرست افراد به نسبت ظرفیت به صورت تصادفی ساده تعدادی را انتخاب کرده و پرسشنامه‌ها را برای آنها تکمیل نمودیم. از آن جائی که افراد ساکن خانه سالمندان از لحاظ عوامل تن‌سنجی و رژیمی تا حد قابل قبولی ناهمگن بودند، لذا می‌توان پاسخ‌های آنها را از یکدیگر مستقل دانست و لذا ضریب اثر طرح خوشه‌ای در تعیین حجم نمونه منظور نگردیده است. ضمن آن که بودجه و زمان طرح نیز اجازه بررسی افراد بیشتر را نمی‌داد.

برای گردآوری داده‌ها از روش مشاهده و پرسشنامه استفاده شد. مقادیر تن‌سنجی وزن، ارتفاع زانو، دور وسط بازو (MAC=Mid Arm Circumference)، دور ساق پا (CC=Calf Circumferenc)، اندازه‌گیری شد و قد و نمایه توده بدن(BMI) محاسبه گردید.

پرسشنامه عوامل رژیمی مرتبط با وضعیت تغذیه سالمندان مورد بررسی تکمیل و از پرسشنامه MNA (Mini Nutritional Assessment) برای درجه‌بندی وضع تغذیه سالمندان استفاده شد.

پرسشنامه MNA شامل: اندازه‌گیری‌های تن سنجی (وزن، قد، ارتفاع زانو، نمایه توده بدن، دور وسط بازو، دور ساق پا)، جنس، سن، وجود کاهش وزن، زندگی به تنهایی، مصرف دارو، ابتلا به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.3.1]

بیماری حاد یا تنش روانی، توانایی حرکت، ابتلا به مشکلات عصبی ـ روانی، وجود زخم بستر، تعداد وعده‌های غذایی روزانه، مصرف محصولات لبنی، مصرف گروه حبوبات و تخم‌مرغ، مصرف انواع گوشت‌ها، مصرف نشانگرهای دریافت پروتئین، مصرف میوه و سبزی، وضعیت اشتها، مصرف مایعات، توانایی خوردن غذا به تنهایی، ارزیابی شخصی از وضعیت تغذیه، نظر شخصی در مورد وضعیت سلامت است.

در پایان، امتیازهای داده شده در پرسشنامه MNA را با هم جمع کرده و اگر امتیاز کمتر از ۱۷ بود، نتیجه می‌گیریم که سالمند مبتلا به سوء تغذیه است. اگر امتیاز بین ۱۷ تا ۲۳/۵ بود، سالمند در معرض سوءتغذیه قرار دارد و اگر امتیاز بین ۲۴ تا ۳۰ بود، سالمند وضعیت تغذیه‌ای خوبی دارد. همچنین ابتلا به افسردگی و نحوه گذراندن اوقات درآسایشگاه توسط سالمند مورد بررسی قرارگرفت.

برای انجام آزمون‌های آماری از نرم‌افزار آماری SPSS 11 استفاده شد. ارتباط بین متغیرهای مستقل کیفی و وضعیت تغذیه (متغیر وابسته) با آزمون Chi-square (کای دو) انجام شد. در جداول ۲×۲ از تست دقیق فیشر استفاده گردید. با ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن و با رسم نمودار پراکنش، ارتباط بین نمره کلی وضع تغذیه (متغیر وابسته) و متغیرهای مستقل کمی بررسی گردید.

یافته‌ها

بر اساس یافته‌ها ۳۵/۹ درصد از سالمندان مورد بررسی مرد و ۶۴/۱ زن با میانگین سنی۷۷/۴۷ و انحراف معیار ۸/۷۰ سال بودند. بر اساس وضعیت امتیازکلی MNA، ۱۲/۸ درصد ازسالمندان مورد بررسی، در گروه مبتلا به سوء تغذیه (امتیاز کمتر از ۱۷) و ۵۶/۲ درصد از سالمندان مورد بررسی در گروه در معرض سوء تغذیه (امتیاز بین ۱۷ تا ۲۳/۵) قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار برای امتیاز کلی وضع تغذیه بر اساس MNA به ترتیب، ۲۱/۵ و ۴/۰۳ بود. توزیع فراوانی عوامل مورد بررسی در سالمندان در جدول شماره ۱ آمده است.

بر اساس نتایج این بررسی، ۸/۹ درصد از افرادی که روزانه کمتر از ۳ دارو مصرف می‌کردند و ۲۰/۴ درصد از آنهایی که روزانه بیشتر از ۳ دارو مصرف می‌کردند، مبتلا به سوء تغذیه بودند و بین وضعیت تغذیه سالمندان و مصرف دارو ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد(P=۰/۰۲).

همچنین ۲۸ درصد از افرادی که سابقه بیماری حاد داشته و ۷ درصد از افرادی که این سابقه را نداشته‌اند، وضعیت تغذیه‌ای نامطلوب داشته‌اندکه به وضوح نشان می‌دهد که افرادی که سابقه بیماری حاد یا تنش روانی در ماه‌های اخیر داشته‌اند، به مراتب بیشتر در معرض سوء تغذیه قرار دارند(P<۰/۰۰۰۱).

۹/۳ درصد از سالمندانی که راه می‌روند و ۲۴/۶ درصد از آنهایی که راه نمی‌روند، مبتلا به سوء تغذیه بودند که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار است(P<۰/۰۰۰۱).

۲۶/۳ درصد از افرادی که دمانس شدید یا افسردگی داشتند، ۱۳/۸ درصد از آنهایی که دمانس خفیف داشتند و ۶/۸ درصد از سالمندانی که مشکلات عصبی ـ روانی نداشتند، مبتلا به سوء تغذیه بودند که این اختلاف بین گروه‌ها معنادار بود. افرادی که مبتلا به مشکلات عصبی ـ روانی بودند، در مقایسه با کسانی که مشکلات روانی نداشتند، بیشتر در معرض سوء تغذیه قرار دارند(P<۰/۰۰۰۱). افرادی که افسردگی داشتند، در مقایسه با کسانی که افسردگی نداشتند، بیشتر مبتلا به سوء تغذیه بودند(۲۱/۱ در مقابل ۱۰/۷ درصد)، (P<۰/۰۰۰۱). ۶/۳ درصد از افرادی که روز خود را با مطالعه، تماشای تلویزیون و گوش دادن به رادیو، صحبت با دیگران، عبادت، قدم زدن و کمک به دیگران می‌گذرانند و ۱۶/۸ درصد از آنهایی که روز خود را با درازکشیدن و استراحت سپری می‌کنند، مبتلا به سوء تغذیه بودند و این بیانگر ارتباط فعالیت فکری و جسمی با وضعیت تغذیه است(P=۰/۰۰۲).

بین احساس سالمند در مورد وضع تغذیه خود با وضع واقعی تغذیه‌اش، ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت(P<۰/۰۰۰۱). به این معنی که درصد بیشتری از سالمندانی که احساس نامطلوبی نسبت به وضع تغذیه خود داشتند، مبتلا به سوء تغذیه بودند.

همچنین بین ارزیابی سالمند از وضعیت سلامت خود با وضع تغذیه‌اش، ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد(P<۰/۰۰۰۱). به این ترتیب که درصد بیشتری از سالمندانی که نظر نامساعدی نسبت به وضع سلامت خود داشتند، مبتلا به سوء تغذیه بودند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.3.1]

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی عوامل مورد بررسی در سالمندان ساکن آسایشگاه‌های تهران و شمیرانات

عوامل مورد بررسی	تعداد	درصد	افراد مبتلا به سوء تغذیه در هر گروه	
			تعداد	درصد
مصرف روزانه دارو				
بیشتر از ۳ دارو	۹۸	۳۳/۸	۲۰	۲۰/۴
کمتر از ۳ دارو	۱۹۲	۶۶/۲	۱۷	۸/۹
سابقه بیماری حاد یا تنش روانی در ۳ ماه گذشته				
بلی	۷۰	۲۴/۱	۲۰	۲۵/۶
خیر	۲۲۰	۷۵/۹	۱۷	۷/۷
توانایی حرکت				
بلند می‌شود ولی راه نمی‌رود	۶۵	۲۲/۴	۱۶	۲۴/۶
راه می‌رود	۲۲۵	۷۷/۶	۲۱	۹/۳
مشکلات عصبی ـ روانی				
دمانس شدید یا افسردگی	۵۷	۱۹/۷	۱۵	۲۶/۳
دمانس خفیف	۸۷	۳۰	۱۲	۱۳/۸
بدون مشکل عصبی ـ روانی	۱۴۶	۵۰/۳	۱۰	۶/۸
احساس شخص در مورد وضعیت تغذیه خود				
مبتلا به سوء تغذیه	۲۱	۷/۲	۱۲	۵۷/۱
نظری ندارد	۱۴۲	۴۹	۲۰	۱۴/۱
بدون مشکلات تغذیه‌ای	۱۲۷	۴۳/۸	۵	۳/۹
ارزیابی از وضع سلامت خود در مقایسه با همسالان				
خوب نیست	۴۲	۱۴/۵	۱۵	۳۵/۷
نمی‌داند	۶۶	۲۲/۸	۱۱	۱۶/۷
خوب است	۵۱	۱۷/۶	۶	۱۱/۸
بهتر است	۱۳۱	۴۵/۲	۵	۳/۸
نحوه گذراندن اوقات				
استراحت	۱۷۹	۶۱/۷	۳۰	۱۶/۸
انجام فعالیت	۱۱۱	۳۸/۳	۷	۶/۳

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر بر اساس MNA، ۱۲/۸ درصد از سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های تهران و شمیرانات، مبتلا به سوء تغذیه و ۵۶/۲ درصد از آنان در معرض سوء تغذیه بودند. نتایج بررسی‌های مشابه در اسپانیا[۱۱]، سوئیس[۱۴]، سوئد [۱۵، ۱۶، ۲۰] و بلژیک [۱۸] نیز حکایت از وجود سوء تغذیه در بین سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های این کشورها دارد و این می‌تواند بیانگر آسیب‌پذیر بودن سالمندان آسایشگاه‌هابه نسبت دیگر سالمندان باشد.

در مطالعه‌ای بر روی سالمندان ساکن آسایشگاه در اسپانیا، مصرف چند دارو به عنوان یک عامل خطر تغذیه‌ای در سالمندان معرفی شد و ارتباط معنی‌داری بین تعداد داروهای خورده شده و امتیاز کلی وضع تغذیه بر اساس MNA وجود داشت [۱۱] که این ارتباط در بررسی حاضر نیز مشاهده شد.

مطالعات مشابه خارجی [۱۲، ۱۸، ۲۰] و مطالعات داخلی [۵، ۶، ۲۱] نیز این ارتباط راتأیید کردند. مصرف چند دارو (Poly pharmacy) ازعوامل خطر کمبود تغذیه‌ای است و می‌تواند منجر به عوارضی نظیر کاهش اشتها، تغییر در حس چشایی، یبوست، ضعف، خواب‌آلودگی، اسهال و تهوع و نیز باعث کاهش دریافت مواد غذایی و بروز سوء تغذیه گردد[۲۲].

در مطالعه حاضر، بین وضعیت تغذیه سالمندان مورد بررسی و سابقه بیماری حاد یا تنش روانی در سه ماه گذشته، ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد($P<۰/۰۰۰۱$).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.3.1]

به این ترتیب که درصد بیشتری از سالمندانی که سابقه بیماری حاد یا تنش روانی در سه ماهه اخیر داشتند، مبتلا به سوء تغذیه‌بودند. مطالعات دیگری در فرانسه و آمریکا این ارتباط را تشریح کردند[۲۳، ۲۴]. در بیماری‌های حاد، تنش‌های فیزیکی و تحریک‌های روانی، نیاز به پروتئین افزایش یافته و می‌تواند منجر به تعادل منفی ازت شود. همچنین عفونت، تغییر در عملکرد گوارشی و تغییرات متابولیک در بیماری‌های مزمن، می‌توانند کفایت استفاده از ازت رژیم غذایی را تحت تأثیر قرار داده و باعث افزایش دفع ازت شوند[۲۵].

نتایج مطالعه‌ای بر روی سالمندان دانمارکی نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین توانایی حرکت با وضعیت تغذیه سالمندان بر اساس MNA وجود دارد[۱۷]. در بررسی حاضر نیز درصد بیشتری از سالمندانی که توانایی حرکت کمتری دارند، مبتلا به سوء تغذیه بودند. سالمندانی که توانایی حرکت ندارند، به دلیل منزوی شدن و عدم ارتباط با دیگران، شرایط روحی ـ روانی نامساعدی دارند که منجر به کاهش اشتها و کاهش دریافت مواد غذایی و در نهایت سوء تغذیه می‌گردد[۲۶]. مطالعه‌ای در سوئد نشان داد که بین پایین بودن سطح ادراک در سالمندان ساکن آسایشگاه و سوء تغذیه، ارتباط معنی‌داری وجود دارد[۲۷]. در مطالعه حاضر نیز بین وضعیت تغذیه سالمندان مورد بررسی و مشکلات عصبی ــ روانی آنها ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد($P<۰/۰۰۰۱$). به این ترتیب که درصد بیشتری از سالمندانی که دمانس شدید یا افسردگی داشته‌اند، مبتلا به سوء تغذیه بوده‌اند. نتایج مطالعات دیگر نیز با نتایج ما هماهنگی داشت[۲۰، ۲۳]. فراموشی و اختلال در حافظه، به دریافت کم مواد مغذی منجر شده و فرد را در خطر سوء تغذیه قرار می‌دهد[۲۸].

در مطالعه ما بین چگونگی گذراندن اوقات توسط سالمند و وضع تغذیه سالمندان مورد بررسی، ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد($P=۰/۰۰۲$). به این ترتیب که درصد کمتری از سالمندانی که بیشتر اوقات خود را صرف مطالعه نمودن، گوش کردن به رادیو و دیدن تلویزیون، صحبت با دیگران، عبادت، قدم زدن و کمک به دیگران می‌کنند، به نسبت آنهایی که اکثر اوقات خود را دراز کشیده و استراحت می‌کنند، مبتلا به سوء تغذیه هستند. مطالعه‌ای بر روی سالمندان ساکن در آسایشگاه‌ها در بلژیک نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین وضع تغذیه و عملکرد اجتماعی سالمندان وجود دارد[۲۰].

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 می‌گردد[۲۶]. بنابراین نحوه گذراندن اوقات توسط سالمند با تأثیر بر حالات روحی وی، به طور غیر مستقیم بر وضعیت اشتها و وضع تغذیه سالمند اثر می‌گذارد.

نتایج مطالعه‌ای در آمریکا، افسردگی را یکی از عوامل بروز تغذیه نامطلوب در سالمندان معرفی کرد[۲۴]. در مطالعه حاضر، درصد بیشتری از سالمندانی که مبتلا به افسردگی بودند، در مقایسه با آنهایی که مبتلا نبودند، دچار سوء تغذیه هستند. افسردگی بر روی اشتها اثر گذاشته و دریافت روزانه، هضم و وضعیت وزن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و از این طریق فرد را مستعد سوء تغذیه می‌کند[۲۵].

در مطالعه فعلی، بین احساس سالمند در مورد وضع تغذیه خود و ارزیابی سالمند از وضعیت سلامتش با وضعیت تغذیه وی، ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت($P<۰/۰۰۰۱$).

مطالعه‌ای بر روی سالمندان ساکن در آسایشگاهی در اسپانیا نشان داد که ارزیابی شخصی از وضع تغذیه و سلامت، راه مناسبی برای ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای است و یافته‌های این پژوهش، اهمیت دیدگاه شخصی از وضعیت سلامت و وضعیت تغذیه‌ای(ارزیابی شخصی) را در سالمندان ساکن آسایشگاه‌ها گوشزد می‌کند[۱۱].

با توجه به درصد بالای سالمندان مبتلا و در معرض سوء تغذیه در آسایشگاه‌ها، ضرورت انجام مداخلات تغذیه‌ای به چشم می‌خورد. همچنین داشتن برنامه غذایی متناسب با شرایط سالمندی که تأمین‌کننده نیازهای آنها باشد، توصیه می‌گردد. در ضمن به منظور تشخیص به موقع سوء تغذیه احتمالی، تکمیل این پرسشنامه برای تمامی سالمندان در زمان پذیرش در آسایشگاه، پیشنهاد می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.3.1]

منابع

۱- مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در ایران، طرح بین‌المللی اقدام در مورد سالخوردگی، ۱۹۹۹، ۴

۲- پورجعفری حمید، آبایی حمیدرضا، بررسی و مقایسه ضریب سالمندی در ایران و جهان طی دو سرشماری عمومی نفوس و مسکن، سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵، در: مجموعه مقالات کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان. چاپ اول، کتاب آشنا، تهران، ۱۳۸۱

۳- کارنامه سازمان بهزیستی کشوردر سال۱۳۷۵، در: ویژگی‌های اقتصادی ـ اجتماعی سالمندان ایران، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، مرکز آمار ایران، مدیریت انتشارات و اطلاع‌رسانی، تهران، ۱۳۸۱

4- Mitchell MK. Nutrition across the life span. Saunders company: Philadelphia, 2002

۵- احراری مهشید، کیمیاگر مسعود، بررسی وضع تغذیه سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان بخش خصوصی شهر تهران، پژوهنده، ۱۳۷۵، ۱، ۳۶-۲۷

۶- وثوق سیمین، کیمیاگر مسعود، بررسی وضع تغذیه سالمندان ساکن در آسایشگاه‌های دولتی شهر تهران، پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، ۱۳۷۰، ۱۵۴

۷- صفوی سیدمرتضی، کاظمی راحله، بررسی وضع تغذیه سالمندان مجتمع صادقیه اصفهان در: چکیده مقالات چهارمین کنگره تغذیه ایران امنیت غذا و تغذیه از علم تا عمل، تهران، ۱۳۷۵: ۱۴

۸- کاسب فاطمه، طالبان فروغ اعظم، اشراقیان محمود، بررسی وضعیت تغذیه سالمندان آسایشگاه نشاط استان یزد، در: خلاصه مقالات پنجمین کنگره تغذیه ایران امنیت غذا و تغذیه‌خانوار، تهران، ۱۳۷۸، ۱۲۴

۹- کرجی بانی منصور، منتظری‌فر فرزانه، جعفریان محبوبه، محمدی مهدی، بررسی وضعیت تغذیه‌ای سالمندان آسایشگاه محمدآباد شهرستان زابل، در: مجموعه مقالات کنگره بررسی مسائل سالمندی در ایران و جهان، چاپ اول، کتاب آشنا، تهران، ۱۳۸۰

۱۰- ایپچی پرینناز، محبوب سلطانعلی، بررسی وضعیت تغذیه‌سالمندان مرکز خوبان تبریز از دیدگاه میزان دریافت غذایی، آهن سرم و الگوی چربی‌های خون، مجله علمی ـ پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۱۳۸۰، ۱۲، ۲۲ـ۳۱۴

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? Nutrition 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, Lauquse 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 IF, Collys K, Ponjart, I, Massart DL. 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, Ovenson 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 CN, New SA, Lumbers ML. The use of the mini nutritional assessment (MNA) tool

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.3.1]

in elderly orthopedic patients. European Journal of clinical Nutrition 2000; 54: 555-62

20- Griep MI, Mets IF, Collys K, Ponjart I, Massart DL**.** 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

۲۱- رکوعی لامیا، کیمیاگر مسعود، ولایی ناصر، غفارپور معصومه، بررسی الگوی مصرف مواد غذایی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ساکن شهر تهران، در: مجموعه مقالات سالمندی (مسائل روانشناختی، ورزش و تغذیه در سالمندی)، چاپ اول، گروه بانوان نیکوکار، تهران، ۱۳۷۹

۲۲- غلامی خیرالله، دریاباری مروارید، بررسی تجویز داروها در خانه‌های سالمندان، پایان‌نامه دکترای پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۳

23- Compan B, Castri, A, Plaza JM, Battandier F. Epidemiological study of malnutrition in eldely patients in acute, sub-acute and long term care using in the mini nutritional assessment (MNA). Journal of Nutritional Health of Aging 1999; 3: 146-51

24- 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

25- Harris NG**.** Nutrition in Aging. In: Mahan LK, Escott SS. Krause's food nutrition and diet therapy, 11th Edition, Saunders: Philadelphia, 2004: 287-309

۲۶- تاجور مریم، بهداشت سالمندان و مروری بر جنبه‌های مختلف زندگی آنان، چاپ اول، ارجمند، تهران، ۱۳۸۲

27- Nordenram G, Ljunggren G, Cederholm T. Nutritional status and chewing capacity in nursing home residents. Aging 2001; 13: 370-77

۲۸- میرمیران پروین، آزادبخت لیلا، تنظیم برنامه غذایی در دوران‌های مختلف زندگی، جلددوم، چاپ دوم، طبیب، تهران، ۱۳۸۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-09]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1387.7.3.3.1]