

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

محمدرضا اسماعیلی فخار^{۱*}، سلیمان زند^۱

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

فصلنامه پایش

سال دوازدهم شماره دوم فروردین - 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 نفر سالمند 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 Assessment- 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 spss14 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 ۷۷/۲ درصد از مبتلایان به سوء تغذیه دارای ۱ تا ۳ بیماری مزمن جسمی یا محدودکننده بودند. نتایج نشان داد که بین تعداد اختلالات زمینه‌ای با وضعیت تغذیه سالمندان ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/001$). 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

مقدمه

بررسی‌ها نشان می‌دهد که جمعیت ایران همانند دیگر کشورهای جهان در حال پیر شدن است. در حال حاضر جمعیت بالای ۶۰ سال در ایران در حدود ۸ درصد جمعیت و به عبارتی در حدود ۵/۵ میلیون نفر هستند که 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 فراهم نمودن 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 آرتروز، 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 دستیابی به هدف اصلی یعنی بالابردن کیفیت زندگی در جوامع بشری می‌دانند. در چندین مطالعه ارتباط بین سوء تغذیه و افزایش خطر بروز بیماری و مرگ ناشی از عوارض آن به اثبات رسیده است [۷-۹]. 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 - انرژی سالمندانی که در خانه 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 و مداخلات لازم، صورت گیرد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی - 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 ۱۹۹ نفر که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. میزان مصرف مواد غذایی و کالری دریافتی بر اساس برنامه غذایی هفتگی خانه‌های سالمندان تهیه و با استفاده از نرم افزار FPII ارزیابی و میزان کالری پروتئین اختصاص داده شده به هر سالمند براساس recommended dietary allowance- RDA ۲۱۰۰-۱۹۰۰ کالری تعیین گردید. همچنین جهت تعیین وضعیت تغذیه از پرسشنامه MNA استفاده شد، که جهت ارزیابی وضعیت تغذیه سالمندان مورد استفاده و تأیید گردیده است 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 رژیم (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 (امتیاز ۲۴ و بالاتر)، در خطر سوء تغذیه (امتیاز ۵/۲۳-۱۷) و مبتلا به سوء تغذیه (امتیاز کمتر از ۱۷) 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.

معنی دار وجود داشت. بطوریکه شانس ابتلا به سوء تغذیه در افرادی که مبتلا به بیماری مزمن بودند $3/64$ برابر افرادی بود که مبتلا به بیماری مزمن نبودند ($P < 0/003$). شانس ابتلا به سوء تغذیه در سالمندان مبتلا به اختلال شناختی $2/32$ برابر بیشتر از سالمندانی است که مبتلا به اختلال شناختی نمی باشند ($P < 0/038$). شانس ابتلا به سوء تغذیه در سالمندان با اختلال حرکتی $6/7$ برابر بیشتر از سالمندانی است که اختلال حرکتی نداشتند ($P < 0/002$). همچنین شانس ابتلا به سوء تغذیه در سالمندان که دندان خراب دارند $1/75$ برابر ($P < 0/447$), دندان خراب و ناقص دارند 2 برابر ($P < 0/333$), دندان مصنوعی دارند و بدون دندان بودند $3/42$ برابر بیشتر از سالمندانی بود که دندان سالم داشتند. اما این روابط در هیچ موردی معنادار نبود (جدول شماره ۳).

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

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

*آزمون آنالیز رگرسیون لجستیک ارتباط معنی دار آماری بین وضعیت تغذیه ای واحدهای مورد پژوهش با مراکز مورد پژوهش نشان نداد ($P = 0/138$). جهت استفاده از تحلیل رگرسیون لجستیک سطوح در معرض خطر سوء تغذیه و سوء تغذیه با همدیگر ادغام و به صورت دو سطحی (سوء تغذیه دارد و ندارد) تعریف شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی عوامل مورد بررسی در سالمندان ساکن در آسایشگاههای استان مرکزی

تعداد کل	سوء تغذیه دارد	در معرض خطر سوء تغذیه	سوء تغذیه ندارد	P
تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۴۴	۱۶ (۸)	۲۵ (۱۲/۶)	۳ (۱/۵)	اختلال حرکتی
۵۵	۱۲ (۱۹/۷)	۲۹ (۴۷/۵)	۲۰ (۳۲/۸)	اختلال شناختی
۵۸	۱۹ (۹/۵)	۳۲ (۱۶/۱)	۷ (۳/۵)	بیماری مزمن
۱۹	۵ (۲/۵)	۱۲ (۶)	۲ (۱)	اختلال گوارشی
۱۳	۶ (۱۵/۸)	۲۳ (۶۰/۵)	۹ (۷/۲۳)	بی اشتها
وضعیت دندانها				
۹ (۴/۵)	۰ (۰)	۵ (۲/۵)	۴ (۲)	سالم
۵۱ (۲۵/۶)	۴ (۲)	۳۱ (۱۵/۶)	۱۶ (۸)	خراب
۷۷ (۳۸/۷)	۷ (۸)	۳۹ (۱۹/۶)	۲۲ (۱۱/۱)	خراب و ناقص
۲۵ (۱۲/۶)	۶ (۳)	۱۴ (۷)	۵ (۲/۵)	دندان مصنوعی
۳۷ (۱۸/۶)	۳۱ (۶/۵)	۱۷ (۸/۵)	۷ (۳/۵)	بدون دندان
ملاقات با نزدیکان				
۱ (۰/۵)	۱ (۰/۵)	۲ (۱)	۴ (۲)	هفته ای یک بار
۱ (۰/۵)	۱ (۰/۵)	۰ (۰)	۱۱ (۵/۵)	۱۵ روز یکبار
۶ (۳)	۱۷ (۸/۵)	۱۰ (۵)	۳۳ (۱۶/۶)	هر ماه یکبار
۱۹ (۹/۵)	۳۵ (۱۷/۶)	۱۰ (۵)	۶۴ (۳۲/۲)	هر سه ماه یکبار
۲۷ (۱۳/۶)	۴۲ (۲۱/۶)	۱۷ (۸/۵)	۸۷ (۴۳/۷)	بدون ملاقات

* p-value حاصل از آزمون chi-squar ارتباط معنی دار آماری بین وضعیت تغذیه ای واحدهای مورد پژوهش با عوامل مورد پژوهش نشان داد. مقدار احتمالی بیانگر اختلاف نسبت ها است. ** مقدار احتمالی بیانگر جدول توافقی حاصل می باشد.

پس از اخذ نتایج و تحلیل داده ها، وضعیت تغذیه هریک از نمونه ها با استفاده از معیار MNA تعیین و ارتباط آن با عوامل مساعدکننده مورد بررسی قرار گرفت. سپس اطلاعات جمع آوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات از طریق برنامه آماری spss14 و با استفاده از آمار توصیفی مانند شاخص های عددی جهت محاسبه و تعیین سطح وضعیت تغذیه و افسردگی، آزمون آماری کای اسکوتر و تحلیل رگرسیون لجستیک جهت بررسی ارتباط بین سوء تغذیه و عوامل مساعد کننده انجام شد.

یافته ها

از مجموع ۱۹۹ نمونه مورد بررسی در ۴ مرکز نگهداری سالمندان در استان مرکزی $30/7$ درصد مذکر و $69/3$ درصد مؤنث بوده، میانگین سنی نمونه ها ۶۹ سال با $SD = 14/53$ 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 افزار FPII در حد مطلوب بوده است. استفاده از مقیاس بررسی وضعیت تغذیه (MNA) نشان داد که $19/6$ درصد از سالمندان دچار سوء تغذیه، $53/3$ درصد در خطر سوء تغذیه و $27/1$ درصد اختلال سوء تغذیه نداشتند. استفاده از آزمون آماری کای اسکوتر نشان داد که توزیع وضعیت های مختلف در مراکز مورد بررسی همگن بوده و تفاوت آماری معنی دار در وضعیت تغذیه نمونه ها در مراکز مورد بررسی وجود ندارد ($P = 0/138$) (جدول شماره ۱). نتایج حاصل از مصاحبه و بررسی پرونده سلامت سالمندان نشان داد که $21/1$ درصد از نمونه ها به اختلال گوارشی، بی اشتها، اختلال حرکتی، اختلال شناختی، بیماری های مزمن مبتلا نبوده و $28/1$ درصد نیز اختلال افسردگی نداشتند (جدول شماره ۲). همچنین $28/1$ درصد دارای یک اختلال، $26/6$ درصد دارای ۲ اختلال، $19/1$ درصد دارای ۳ اختلال، ۳ درصد دارای ۴ اختلال، ۵ درصد دارای ۵ اختلال و ۱ درصد نیز دارای هر ۶ اختلال فوق بوده اند. آزمون افسردگی GDS نشان داد که $22/6$ درصد از سالمندان مبتلا به افسردگی بوده، $44/2$ 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 متغیرهای از قبیل بیماری مزمن، اختلال شناختی، اختلالات حرکتی و وضعیت دندانها نشان داد که بین بیماری های مزمن و تغذیه ارتباط

جدول ۳: بررسی عوامل موثر بر سوء تغذیه با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک در

سالمندان ساکن آسایشگاههای استان مرکزی

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

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

بحث و نتیجه گیری

مهمترین یافته این مطالعه، بالابودن شیوع اختلال تغذیه در سالمندان مقیم در خانه های سالمندی استان مرکزی بود که با مطالعات انجام شده در ایران تا حدودی همخوانی دارد، بطوری که مطالعه مشابه در خانه های سالمندی تهران و شمیرانات نیز مشخص نمود که ۱۲/۸ درصد از سالمندان این مراکز مبتلا به سوء تغذیه و ۵۶/۲ درصد در خطر سوء تغذیه بوده اند [۱۰]. نتایج فوق نشان می دهد که میزان شیوع سوء تغذیه در سالمندان مقیم خانه های سالمندی بیش از سالمندانی است که در کنار خانواده های خود زندگی می کنند، بطوری که نجاتی در مطالعه خود در سالمندان استان قم مشخص نمود که تنها ۶/۶ درصد از سالمندان مبتلا به سوء تغذیه و ۵۷/۶ درصد نیز در خطر سوء تغذیه قرار داشته اند [۱۶]. مطالعات مشابه خارجی نیز بیانگر آنست که سالمندان مقیم در آسایشگاهها نسبت به سالمندانی که در منازل شخصی خود زندگی می کنند، از نظر اختلالات تغذیه آسیب پذیرتر هستند [۲۰-۱۷]. در نتیجه با توجه به مناسب بودن کالری دریافتی در جیره غذایی واحد های مورد پژوهش (۲۰۰۰ تا ۲۱۵۰ کالری روزانه) به نظر می رسد علت بالا بودن شیوع سوء تغذیه در خانه های سالمندی را باید در عواملی دیگری جستجو نمود. با ورود به دوره سالمندی میزان ناتوانی ها بتدریج افزایش می یابد، بطوریکه میزان شیوع محدودیت های حرکتی در ۷۶ سالگی و بالاتر حتی به ۵۰ درصد نیز میرسد. این محدودیت ها به نوبه خود سبب وابستگی افراد سالمند می گردد. پژوهش ها نشان می دهند که نسبت افراد وابسته در میان سالمندان ۳ برابر بزرگسالان است. نتایج ما نشان داد که ۲۲/۱ درصد از سالمندان مورد بررسی دارای مشکلات و محدودیت های حرکتی بوده و شانس ابتلاء در زنان ۳/۴ بیشتر از مردان است. ادیب نیز در تحقیق خود در جامعه کاشان نشان داد که ارتباط واضحی بین

ناتوانی حرکتی و جنس وجود دارد، بگونه ای 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 داده اند که مشکلات جسمی که منجر به تقاضای درمان و کاهش کیفیت زندگی می شوند، در زنان بارزتر است [۲۲، ۲۳]. این امر می تواند به بیشتر بودن بیماری های مزمن ناتوان کننده در زنان سالمند [۲۴]، تفاوت های فیزیولوژیک و آندوکراین آنها با مردان [۲۵] یا سبک زندگی و کم تحرکی بیشتر در زنان جامعه ما ارتباط داشته باشد [۲۱]. نتایج فوق و این واقعیت که با افزایش شدت ناتوانی های حرکتی احتمال انتقال سالمندان به خانه های سالمندی و مراکز نگهداری افزایش می یابد [۲۶] می تواند توجیه کننده زیاد بودن نسبت ناتوانی زنان نسبت به مردان مقیم در خانه های سالمندی باشد. با افزایش سن شیوع ابتلا به بیماری های مزمن جسمی و روحی افزایش می یابد [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 از ۲ بیماری مزمن بطور همزمان بودند [۲۹]. مصرف داروهای متعدد، بی اشتهایی روانی ناشی از ناتوانی ابتلا به بیماری های مزمن، تغییرات متابولیک ناشی از بیماری های مزمن که موجب افزایش دفع ازت می گردد زمینه های لازم را برای سوء تغذیه فراهم می نماید [۳۰، ۳۱]. نتایج ما نیز نشان داد که بین بیماری های مزمن و تغذیه ارتباط معنی دار وجود دارد ($P=0/003$) 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 از خانواده می تواند زمینه لازم را برای بیماری های جسمی و روحی فراهم می نماید بطوری که روزنبرگ و همکاران طی مطالعه ای به این نتیجه دست یافتند که افراد متأهل نسبت به افراد بیوه و سالمندانی که با خانواده خود زندگی می کنند نسبت به سالمندانی که به تنهایی زندگی می کنند کمتر به پزشک مراجعه نموده و یا در بیمارستان بستری می شوند 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 هفته ای یکبار با نزدیکان خود ملاقات داشته و تقریباً نیمی از آنان حتی ۶ ماه یکبار نیز ملاقاتی نداشته اند. صادقی در گزارش نتایج خود می نویسد: ۱۹ درصد از سالمندان مقیم در خانه های

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 شده است. بدینوسیله از کلیه همکاران دانشکده پرستاری و مامایی و حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، مدیریت و پرسنل مراکز نگهداری سالمندان در استان مرکزی تشکر و قدردانی می شود.

سالمندی تهران هیچ ملاقاتی نداشته ولی ۴۰/۵ درصد از آنان بطور هفتگی با نزدیکان خود ملاقات داشته اند [۳۳]. مقایسه این دو تحقیق نشان می دهد که میزان ملاقات سالمندان مقیم در خانه های سالمندی استان مرکزی نسبت به تهران بسیار کمتر بوده و می تواند دلیلی بر بالا بودن میزان افسردگی در تحقیق ما باشد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که مسئولین بهداشتی باید اهداف مراقبتی خود را بیش از پیش به تأمین نیازهای جسمی سالمندان مقیم در خانه های سالمندی معطوف نمایند. همچنین پیشنهاد می گردد تا با آموزش های همگانی در سطح جامعه نسبت به مشکلات سالمندانی که از خانواده های خود جدا می گردند اطلاع رسانی شده و فرهنگ نگهداری از سالمندان در محیط های گرم خانوادگی را تقویت نمایند.

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 Medicine 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 techniques 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 Medicine 2007;30:361-68
16. Nejati V. Assessing 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

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

18. 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 & 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 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

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 Faculty of Nursing & Midwifery* 2004; 22: 61-7

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

25. Hulme PA, 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. Adib-Hajbaghery 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, Savadkahi S, Bijani A. Prevalence 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 the walls. *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

ABSTRACT

Nutritional status and associated factors in elderly residents in nursing homes

Mohammad Reza Ebrahimi Fakhar¹, 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

* Corresponding author: Arak.-Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

Tel: 0861-4173524

Email: slmnzand@yahoo.com