مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال نهم، شماره 4، زمستان 1393، صفحات 34-27

ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک، اقتصادی- اجتماعی و برخی مشکلات سلامتی با وضعیت تغذیه سالمندان

فرهاد لشکربلوکی[1]، محمد آریایی[2]، سید ابوالقاسم جزایری[3]، حسن افتخار اردبیلی[4]، منصوره مینایی[5]

1- نویسنده مسئول: کارشناس ارشد و Mph سلامت سالمندان، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران، پست الکترونیک: farhadlb51@gmail.com
2- کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران
3- استاد، گروه تغذیه سلولی و مولکولی، دانشکده تغذیه و رژیم درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
4- استاد، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
5- کارشناس مامایی، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران

تاریخ دریافت: 92/12/2 تاریخ پذیرش: 93/4/16

چکیده

سابقه و هدف: کاهش نرخ رشد جمعیت همراه با افزایش امید به زندگی بویژه در کشورهای در حال توسعه موجب پیر شدن جمعیت گردیده است. این مطالعه با هدف پیش بینی برخی از عوامل خطر در تغییرات وضعیت تغذیه سالمندان انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی و توصیفی- تحلیلی حاضر به روش خوشه‌ای 2 مرحله‌ای با مراجعه به درب منازل سالمندان شهر گرگان، با استفاده از پرسشنامه ارزیابی مختصر تغذیه (MNA) و تن‌سنجی در 541 سالمند انجام گردید. داده‌ها با آزمون آماری آنووا یک طرفه و رگرسیون خطی سلسله مراتبی تجزیه و تحلیل شدند. ارتباط متغیرهای کیفی با آزمون کای دو سنجش شد.

یافته‌ها: شیوع سوء تغذیه و ریسک ابتلا به آن به ترتیب 4/8% و 44/7% بود. زنان نمره کمتری از نظر وضع تغذیه بدست آوردند. 58/8% سالمندان روزانه بیش از 3 نوع دارو استفاده می‌کردند و بین مصرف بیش از 3 دارو با وضعیت تغذیه ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. 22/4% سالمندان بدون خانواده زندگی می‌نمودند و بین زندگی به تنهایی با وضعیت تغذیه نیز ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. فراوانی مصرف روزانه 3 وعده غذای اصلی و همچنین میوه و سبزی و نیز منابع غذایی پروتئینی در سالمندان با وضعیت تغذیه خوب بیش از سالمندان در معرض ابتلاء یا مبتلا به سوء تغذیه بود. وضعیت اقتصادی- اجتماعی و سن با وضعیت تغذیه ارتباط معکوس آماری داشت. همچنین وضعیت روحی و دندان با سوء تغذیه ارتباط مستقیم داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع سوء تغذیه و ریسک ابتلاء به آن در سالمندان و تأثیرپذیری آن از مؤلفه‌هایی نظیر وضعیت اقتصادی و اجتماعی، افسردگی، الگوی غذایی و سلامت دهان و دندان، به نظر می‌رسد علاوه بر مداخلات تغذیه‌ای، حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی بویژه برای زنان ضروری و حائز اهمیت است.

واژگان کلیدی: سالمند، MNA، سوء تغذیه، افسردگی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی

• مقدمه

همراه با بهبود شرایط بهداشتی و خدمات پزشکی و افزایش امید به زندگی، جمعیت سالمندان در حال رشد است (1). جمعیت سالمندان 60 سال و بالاتر در کشورهای در حال توسعه در سال 2002 برابر 400 میلیون نفر برآورد شد و تخمین زده می‌شود که تا سال 2025 به 840 میلیون نفر برسد(2). سرشماری ملی نفوس و مسکن ایران در سال 1390 نشان داد جمعیت سالمندان ایران با حدود 1 درصد رشد نسبت به سال 1385 به رقم 8/2 درصد رسیده است(3) بر اساس برآوردهای جمعیت شناختی جمعیت سالمندان در پایان چشم انداز 20 ساله 14/7 درصد جمعیت کشور را شامل می‌گردد (5، 4). سالمندان گروه بالقوه آسیب پذیری برای سوء تغذیه می باشند (6). نامطلوب بودن وضعیت تغذیه سالمندان زمینه را برای بروز بیماری‌ها از جمله استئوپروز، دیابت، بیمارهای قلبی عروقی و افزایش فشار خون مساعد

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

نموده و هزینه‌های بهداشتی هنگفتی را بـه دولـت‌هـا تحمیـل مـی‌کنـد و مشـکلات بسـیاری را در عرصـه‌هـای اقتصـادی، اجتماعی و بهداشتی به وجـود مـی‌آورد (7). مطالعـات نشـان می‌دهند وضعیت نامناسب تغذیه ای موجب افزایش مرگ و میر و کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. سهم بزرگی از بیمـاری‌هـای مزمن سالمندان، با بهبود تغذیه، قابل پیشگیری یا درمان است (8).

همچنین از بین عوامل اجتماعی، اقتصادی و فردی، عوامل اقتصادی قوی‌تـرین رابطـه را بـا رضـایت‌منـدی سـالمندان از زندگی دارند. به عبارتی دیگر صعود یا نزول وضعیت اقتصادی سالمندان بیش ازسایر عوامل باکاهش یا افزایش رضـایتمندی آنها از زندگی همبستگی دارد (9). تحقیقـات نشـان مـی‌دهـد سالخوردگانی که هزینه زندگی آنان بر عهده خودشان اسـت، نسبت به سایر سالخوردگان از سلامت روانی و رضایت بیشتری برخوردارند. وجود این همبستگی معنی‌دار می‌تواند به آن علت باشد که با افزایش قدرت اقتصادی، سالمندان به لحاظ مالی از کمک اعضاء خانواده بی نیاز می شوند از سوی دیگر پشـتوانه مالی قوی، امید به آینده و آرامش خاطر را در آنها تقویت می نماید (10).

در حـال حاضـر اطلاعـات کمـی دربـاره وضـعیت تغذیـه سالمندانی کـه خـارج از مراکـز نگهـداری سـالمندان زنـدگی مـی‌کننـد و همـین طـور ارتبـاط ویژگـی‌هـای دموگرافیـک، اقتصادی و اجتماعی بر وضعیت تغذیه سالمندان ایـران وجـود دارد. هدف از مطالعه حاضر پیش‌بینی برخی از عوامل خطر در وضعیت تغذیه سالمندان می‌باشد.

• مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع بررسـی مقطعـی و توصـیفی- تحلیلـی است. با توجه به محدود بودن حوزه مطالعه در منطقه شـهری گرگان و در نظر گرفتن مقدار شیوع سوء تغذیه سالمندان برابر 40%، سطح اطمینان 95%، توان آزمون 80%، دقت آزمـون 5% و پس از اعمـال ضـریب اصـلاح در مجمـوع 541 سـالمند 60 سـال و بـالاتر وارد مطالعـه شـدند. نمونـه گیـری بـه صـورت خوشه‌ای 2 مرحله ای انجام شد، چهـارچوب آمـاری خانوارهـا براساس آخرین سرشماری خانوار تعریف گردید و بـا محاسـبه فاصله بین خوشه‌ها تعداد 40 سرخوشه مـورد شناسـایی قـرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه سن 60 سال و بالاتر، تغذیـه از راه دهان ومعیارهای عدم ورود بـه مطالعـه شـامل بسـتری شدن در بیمارستان طی 3 ماه گذشته، سـابقه عمـل جراحـی وسیع، قطع عضو، اقامت در مراکز نگهداری سالمندان و ابـتلاء به بیماری هایی نظیر سرطان در زمان پرسشگری بود. بررسی با مراجعه درب منـزل و توسـط پرسشـگران آمـوزش دیـده و مجرب و به وسیله پرسشنامه ارزیـابی مختصـر تغذیـه MNA (Mini Nutritional Assessment) و نیـز انجـام تـن‌سـنجی جمع آوری شد. MNA یک ابزار ساده، سریع و بـا حساسـیت بالا (96%) و ویژگی (98%) برای غربالگری افـراد مسـن تـر در زمینـه سـوء تغذیـه اسـت (11). پرسشـنامه MNA قـبلاً در مطالعات مختلفی جهت ارزیابی وضعیت تغذیه سالمندان مورد استفاده قرار گرفته و تأیید شده است. در ایران نیز این ابزار پس از استاندارد سازی در جمعیت ایرانـی مناسـب تشـخیص داده شده است (ضریب پایایی پرسشنامه MNA در مطالعه سـکینه نوری و همکاران، ارزیابی و بیش از 0/7 گزارش گردید) (12).

پرسشنامه در مجموع شامل 39 سؤال بـود کـه در بخـش MNA و تن‌سنجی با 17 سؤال، سوء تغذیه را ارزیـابی نمـود، به این ترتیب که امتیاز مساوی یا کمتر از 17 به منزلـه سـوء تغذیه یا کمبود دریافت پـروتئین و انـرژی و همچنـین امتیـاز برابر 17/5 تا 23/5 در معرض سوء تغذیه خوانده شد و امتیـاز 24 و بیشتر از آن نشانه وضعیت تغذیه‌ای خوب بود. سـنجش وزن با ترازوی پرتال با دقت 0/1 Kg و با حداقل لباس و بدون کفش و سنجش قد، محیط وسط بازو و محـیط عضـله پشـت سـاق بـا متـر نـواری بـا دقـت 0/5 Cm انجـام گرفـت. بـرای سالمندانی که قادر به ایستادن سـرپا نبودنـد از انـدازه گیـری طول زانو برای محاسبه قد اسـتفاده شـد. ورود سـالمندان بـه طرح کاملاً اختیاری و همراه با تکمیل فرم رضـایت نامـه بـود. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گرگـان تأیید شده است.

داده‌ها با استفاده از نـرم‌افـزار SPSS 16 تجزیـه و تحلیـل گردید. نرمـال بـودن توزیـع متغیـرهـا بـا اسـتفاده از آزمـون کولموگروف – اسـمیرونف بررسـی شـد (P=0/3). بـه منظـور مقایسه میانگین‌ها از آزمون One Way Anova استفاده شـد. در نهایت به منظور پیش‌بینی برخی عوامل خطر موثر در سوء تغذیه از رگرسیون خطی گام به گام استفاده شد. در گـام اول شاخص‌های دموگرافیک (سن و جنس) وارد بلوک یک شـدند. در گام دوم شاخص وضـعیت اقتصـادی اجتمـاعی (سـال‌هـای تحصیل، قدرت تـامین هزینـه مـواد غـذایی بـر مبنـای خـود اظهـاری سـالمندان) وارد بلـوک دو و در گـام سـوم برخـی از شاخص‌های سلامتی (مشـکلات روحـی، مشـکلات مـرتبط بـا دندان) وارد بلوک سوم شدند.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

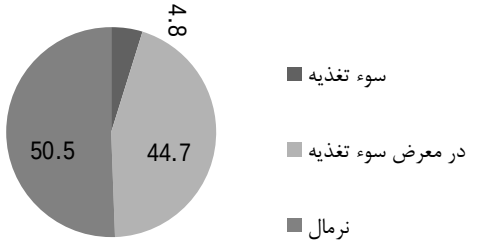
• یافته‌ها

34/01 درصد (n=184) سالمندان مورد بررسی، مرد و 65/9 درصد(n=357) را زنان تشکیل می‌دادند. 64/5 درصد شرکت‌کنندگان در گروه سنی 69-60 سال، 26/5 درصد در گروه سنی 79-70 و 9 درصد در گروه سنی 80 سال به بالا قرار داشتند. متوسط سن سالمندان در این مطالعه 6/91±67/94 سال بود. 40/6 درصد نمونه‌ها بی سواد بودند. همچنین ابتلاء به بیماری‌های غیر واگیر بر مبنای خود گزارش‌دهی (self reporter) برای تمامی موارد بررسی شده (فشار خون بالا، دیابت، قلبی عروقی، استئوپروز، تری گلیسرید بالا و مشکلات مفصلی به جزء سرطان) در زنان بیش از مردان بود که تفاوت آماری بین دو جنس در مورد ابتلاء به فشار خون بالا (p=0/016)، دیابت (p=0/03)، استئوپروز (p=0/0001)، تری گلیسرید بالا (p=0/001) و مشکلات مفصلی (p=0/001) معنی‌دار بود. همچنین 58/8 درصد سالمندان روزانه بیش از 3 نوع دارو استفاده می‌نمودند. در مطالعه حاضر مصرف بیش از 3 دارو در روز با وضعیت تغذیه سالمندان ارتباط آماری معنی‌دار داشت (p=0/001) به صورتی که فراوانی مصرف روزانه بیش از 3 دارو در روز در سالمندان مبتلا به سوء تغذیه نزدیک به 2 برابر سالمندان با وضعیت تغذیه مطلوب بود. در 13/5درصد موارد کاهش وزن ناخواسته بیش از 3 کیلوگرم طی 3 ماه گذشته مشاهده شد. همچنین 51/9 درصد سالمندان به علت وجود بیماری یا شرایط ویژه از یک رژیم یا برنامه غذایی خاص پیروی می‌نمودند.

یافته‌های این تحقیق همچنین نشان داد 22/4 درصد سالمندان زندگی بدون همسر و خانواده را می‌گذرانند و بین وضعیت تغذیه سالمندان و زندگی به تنهایی (بدون همسر و خانواده) نیز ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت (p=0/003) و شیوع سوء تغذیه در سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کردند بیش از سالمندانی بود که همراه با خانواده زندگی می‌نمودند.

این مطالعه نشان داد، 36/4 درصد سالمندان به منظور تأمین غذای خود درآمد کافی نداشتند و یا به کمک‌های مالی ارگان‌های حمایتی وابسته بودند. از سوی دیگر 43/1 درصد سالمندان (n=233) با مشکلات دندان و جویدن غذا روبرو بودند، این مسئله در زنان شیوع بیشتری نسبت به مردان داشت. همچنین 21/7 درصد سالمندان طی 3 ماه قبل تا زمان پرسشگری دچار مشکلات روحی و افسردگی خفیف تا شدید بودند. اطلاعات بیشتر در زمینه مشخصات دموگرافیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی و مشکلات سالمندان بر اساس وضعیت تغذیه در جدول 1 آمده است.

با توجه به امتیاز MNA، 44/7 درصد سالمندان در معرض ابتلاء به سوء تغذیه قرار داشتند و 4/8 درصد آنان مبتلاء به سوء تغذیه بودند (نمودار 1). میانگین و انحراف معیار MNA در کل برابر 3/63±23/37 و در مردان برابر 3/66±24/3 و در زنان برابر 3/52±22/89 بود. وضعیت تغذیه در رابطه با جنس تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد (p=0/0001) همچنین شیوع سوء تغذیه در زنان 5/6% و در مردان 3/2% بود که این تفاوت بر اساس جنس از نظر آماری معنی‌دار بود (p=0/001). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد میانگین MNA بر حسب گروه‌های سنی "69-60" و "79-70" و "80 سال و بالاتر" به ترتیب 3/65±23/59، 3/59±23/25 و 3/42±22/16 بود که ارتباط معنی‌دار و معکوس بین افزایش سن و وضعیت تغذیه را نشان داد (p=0/031).



نمودار 1. وضعیت تغذیه سالمندان شهر گرگان بر اساس امتیاز MNA

48/24 درصد سالمندان در این بررسی مصرف مستمر و روزانه میوه و سبزی داشتند که کمترین و بیشترین میزان مصرف روزانه میوه و سبزی به ترتیب مربوط به سالمندان مبتلاء به سوء تغذیه و سالمندان خوب تغذیه شده با فراوانی 3/06 و 64/75 درصد بود. همچنین فراوانی مصرف میوه و سبزی در سالمندان با وضعیت تغذیه خوب نزدیک به 2 برابر مصرف نسبت به سالمندان در معرض خطر سوء تغذیه بود (جدول 1). همچنین 57/1 درصد سالمندان مصرف مستمر و روزانه انواع مواد پروتئینی (گوشت ها، تخم مرغ و حبوبات و مغز ها) داشتند که کمترین و بیشترین میزان مصرف به ترتیب مربوط به سالمندان مبتلاء به سوء تغذیه و سالمندان خوب تغذیه شده با فراوانی 2/91 و 56/6 درصد بود (جدول 1). 91/1 درصد سالمندان روزانه 3 وعده غذای اصلی دریافت می‌نمودند، کمترین و بیشترین میزان مصرف3 وعده غذای اصلی در روز به ترتیب مربوط به سالمندان مبتلاء به سوء

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

تغذیه و سالمندان خوب تغذیه شده بـا فراوانـی 3/24 و 53/3 درصد بود (جدول 1).

بررسی شاخص‌های تن‌سنجی نظیر نمایه توده بدنی، میانه دور بازو، دور ساق پا و همچنین دور کمر نیز ارتباط آماری بـا وضعیت تغذیه نشان داد (به ترتیب (p=0/01)، (p=0/0001)، (p=0/0001)، (p=0/015)) به این ترتیب که با کاهش امتیاز MNA (بـدتر شـدن وضـع تغذیـه) میـانگین هـر یـک از شاخص‌های فوق نیز کاهش می‌یافت.

آزمون رگرسیون نشان داد بین وضعیت اقتصادی اجتماعی، سن و سوء تغذیه ارتباط معکوس وجود دارد. همچنین این آزمون ارتباط مستقیم معنی‌داری را بین مشکلات روحی و مشکلات دندانی و جویدن غذا با سوء تغذیه نشان داد. متغیرهای در نظر گرفته شده در مدل رگرسیون 26/4 درصد کل تغییرات را شامل می‌شود. (جدول 2).

جدول 1. مشخصات دموگرافیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی و مشکلات سالمندان بر اساس وضعیت تغذیه

		وضعیت تغذیه			
		مبتلا به سوء تغذیه	در معرض خطر سوء تغذیه	سوء تغذیه ندارد	جمع
		تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
گروه سنی (به سال)	64-60	(4/6)10	(43/7)95	(51/6)112	(40/1)217
	69-65	(5/3)7	(39/6)52	(54/9)72	(24/2)131
	74-70	(2/2)2	(44/8)39	(52/8)46	(16)87
	79-75	(7)4	(47/3)27	(45/6)26	(10/53)57
	≥80	(6/1)3	(59/1)29	(34/6)17	(9/0)49
جنس	مرد	(3/2)6	(35/1)65	(61/6)114	(34/2)185
	زن	(5/6)20	(49/7)177	(44/6)159	(65/8)356
وضعیت اقتصادی اجتماعی	تحصیلات بی سواد	(7/5)17	(56/6)127	(35/7)80	(41/4)224
	با سواد	(2/8)9	(36/3)115	(60/8)193	(58/6)317
	عدم قدرت تامین هزینه‌های مواد غذایی	(8/6)17	(52/3)103	(39)77	(36/4)197
مشکلات سلامتی	مشکلات روحی	(10/9)12	(63/6)70	(25/4)28	(20/3)110
	مشکلات دندانی	(9/4)22	(51/5)120	(39/05)91	(43/0)233
	بیماری زمینه‌ای	(5)25	(46/5)231	(48/5)241	(91/86)497
تواتر مصرف میوه و سبزی	روزانه	(3/06)8	(32/18)84	(64/75)169	(48/24)261
	هفتگی	(4/85)10	(55/3)114	(39/8)82	(38/0)206
	بندرت	(10/8)8	(59/4)44	(29/7)22	(13/67)74
تواتر مصرف پروتئین	روزانه	(2/91)9	(40/45)125	(56/6)175	(57/1)309
	هفتگی	(6/84)5	(52/05)38	(41/09)30	(13/5)73
	بندرت	(7/54)12	(49/68)79	(42/76)68	(29/4)159
دفعات مصرف وعده غذایی	کمتر و مساوی 2 وعده کامل در روز	(20/8)10	(58/3)28	(20/8)10	(8/9)48
	3 وعده غذایی کامل در روز	(3/24)16	(43/4)214	(53/3)263	(91/1)493

جدول 2. عوامل پیش بینی کننده دموگرافیک، وضعیت اقتصادی اجتماعی و مشکلات سلامت بر وضعیت تغذیه

متغیر پیش بینی کننده‌ها	طبقه بندی	β	تغییراتF	P-value	تغییر R^2	سطح معنی‌داری تغییر R^2
مشخصات دموگرافیک	سن	-0/33	13/97	0/005	0/049	0/001
	جنس	-0/874		0/112		
وضعیت اقتصادی اجتماعی	سال‌های تحصیل	0/751	10/54	0/0001	0/104	0/001
	قدرت تامین هزینه‌های مواد غذایی	-1.262		0/0001		
مشکلات سلامتی	مشکلات روحی	1/555	7/76	0/0001	0/111	0/001
	مشکلات دندان	2/123		0/0001		
کل تغییرات R^2					0/264	0/001

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

• بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد درصد قابل توجهی از سالمندان در معرض ابتلاء به سوء تغذیه می‌باشند. این ریسک با توجه به ارتباط وضعیت تغذیه سالمندان با وضعیت سلامت دندان‌ها، وضعیت روحی، شاخص‌های تن‌سنجی و نیز الگوی مصرف مواد پروتئینی و میوه جات و همچنین مسائلی نظیر از دست دادن همسر و زندگی به تنهایی، مصرف روزانه بیش از 3 دارو و نیز وابستگی بخشی از سالمندان به حمایت‌های مالی ارگان‌های حمایتی می‌تواند ریسک ابتلاء را افزایش داده یا وخامت اوضاع را تشدید نماید.

برآورد شیوع سوء تغذیه و ریسک ابتلاء به آن در مطالعه حاضر از نتایج برخی مطالعات (16-13) کمتر بود که به نظر می‌رسد متأثر از انتخاب سالمندان از بین خانوارهای تحت پوشش کمیته امداد امام و مراکز نگهداری سالمندان و به تبع، شرایط خاص اقتصادی و اجتماعی و روحی روانی سالمندان ساکن در خانه‌های سالمندان باشد. در مطالعه حاضر بیشترین شیوع سوء تغذیه و ریسک ابتلاء به آن در گروه‌های مختلف سنی مربوط به گروه سنی 64-60 سال می‌باشد؛ چنین استنباط می‌شود که مرگ و میر با زمینه سوء تغذیه در سالمندان رسیدن سالمندان به سنین بالاتر را محدود می‌نماید لذا عمدتاً سالمندانی به سنین بالاتر می‌رسند که سطح سلامت بالاتری دارند. از سوی دیگر مقایسه شیوع سوء تغذیه و ریسک ابتلاء به آن به تفکیک گروه‌های سنی نشان می‌دهد با رسیدن به گروه‌های سنی بالاتر، مجموع شیوع سوء تغذیه و ریسک ابتلاء افزایش می‌یابد که استنباط می‌شود متأثر از افزایش مشکلات مربوط به جویدن غذا و دندان و نیز زندگی کردن به تنهایی و افسردگی باشد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر از نظر شیوع سوء تغذیه با نتایج برخی مطالعات (18، 17) مشابهت داشت. مطالعه انجام شده در اصفهان (19) شیوع کمتری از سوء تغذیه را در سالمندان گزارش نمود، البته با توجه به تقسیم‌بندی استان‌ها از نظر ضریب امنیت غذایی و قرار داشتن استان اصفهان در ردیف استان‌های با ضریب امنیت غذایی بالا و قرار داشتن گرگان در استانی با درجه نسبتاً امن غذایی (20) این تفاوت منطقی و قابل انتظار است.

نتایج مطالعه حاضر در خصوص ارتباط جنس با وضعیت تغذیه همانند مطالعه انجام گرفته درخراسان رضوی (19) بود، جنس در ارتباط با وضعیت تغذیه بوده و سوء تغذیه در زنان بیش از مردان بود. با توجه به مطالعات مختلف می‌توان بیان داشت در اکثر جوامع زنان سالمند در مقایسه با مردان از تحصیلات و وضعیت مالی نامناسب‌تری برخوردارند لذا بیش از مردان در معرض سوءتغذیه قرار دارند (21). همچنین مصرف منابع غذایی پروتئینی به ویژه انواع گوشت‌ها، لبنیات و حبوبات و تخم‌مرغ در بین گروه‌هایی سالمندان بر اساس وضعیت تغذیه کاملاً متفاوت بود و بیشترین میزان مصرف روزانه منابع غذایی پروتئینی در سالمندانی دیده شد که وضعیت تغذیه خوبی داشتند. همچنین با توجه به مصرف کمتر برخی گروه‌های غذایی از جمله گوشت‌ها در گروه زنان و نیز سالمندانی که به تنهایی زندگی می‌کنند انتظار می‌رود آسیب پذیری این گروه‌ها افزایش یابد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد زندگی بدون همسر یا خانواده در سالمندان شانس ابتلاء به سوء تغذیه را افزایش می‌دهد؛ این موضوع با نتایج مطالعات صورت گرفته درخراسان رضوی (19) ، تهران (22) و مطالعه جنوب برزیل (23) مشابهت دارد. تنهایی، انزوای اجتماعی و تجرد و درپی آن بی اشتهایی سبب تشدید کاهش دریافت مواد غذایی در سالمندان و یکی از خطرات بالقوه وضعیت تغذیه و سلامت این گروه می‌باشد (24). تنهایی و بی میلی به غذا خطر ابتلاء به سوء تغذیه‌ای را پیچیده‌تر و بیشتر می‌کند و افراد را به سمت ابتلاء به سوء تغذیه سوق می‌دهد (26، 25).

شیوع افسردگی در مطالعه حاضر کمتر از مطالعه انجام گرفته در قم (18) و کاشان (27) بود که ممکن است به دلیل متفاوت بودن تکنیک‌های ارزیابی متفاوت و نیز استفاده از روش self reporter در مطالعه حاضر باشد. مواجهه با مشکلات روحی و تنش‌های روانی- عاطفی تأثیر زیادی بر سلامت تغذیه‌ای سالمندان دارد.

نتایج مطالعه حاضر در خصوص شیوع مشکلات دندانی با مطالعه انجام شده در کرمانشاه (14) مشابه بود. تغییرات ایجاد شده در وضعیت و تعداد دندان‌های سالمندان بر وضعیت تغذیه و الگوی دریافت غذا و در نهایت سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد (28). شیوع بیشتر مشکلات دندانی و جویدن در زنان نسبت به مردان در مطالعه حاضر و آسیب پذیری سلامت زنان، لزوم توجه بیشتر به این گروه را یادآور می‌گردد.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

مقطعی بودن مطالعه حاضر و اندازه گیری همزمان مواجهه و پیامد که از خصوصیات این نوع مطالعات است، امکان بررسی رابطه علیتی را ضعیف‌تر می‌سازد لذا تحلیل نتایج باید با احتیاط بیشتری صورت پذیرد. همچنین دسترسی کمتر به مردان در طول پرسشگری به علت حضور در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی خارج از منزل از محدودیت‌های طرح بود.

با توجه به شیوع سوء تغذیه و ریسک ابتلاء به آن در سالمندان و متأثر بودن نزدیک به 26 درصد تغییرات آن از مؤلفه‌های مختلفی چون وضعیت اقتصادی و اجتماعی، افسردگی، الگوی غذایی و سلامت دهان و دندان به نظر می‌رسد علاوه بر مداخلات تغذیه‌ای برای این گروه خاص تامین بسترهای لازم به منظورحمایت‌های اجتماعی و اقتصادی به ویژه زنان ضروری و حائز اهمیت است. همچنین نیاز به مطالعه بیشتر در خصوص عوامل مرتبط و موثر بر سوء تغذیه این گروه احساس می‌شود.

سپاس‌گزاری

این تحقیق حاصل گرنت معاونت تحقیقات و فن آوری همراه با حمایت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان می‌باشد بدینوسیله از معاونت‌های مذکور سپاس‌گزاری می‌گردد.

References

1. Motih Haghshenas N. Sociological aspects of aging populations and Active aging challenges in Iran. J of sociological studies. 2011; 1(2): 133-147[in Persian].
2. WHO. The Report of the World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Aging Male 2002: p.1-37.
3. Selection of General Population and Housing Census 2011.The Statistical Center of Iran. 2012 Available from: URL: http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=1603 Accessed 2014 Nov 17[in Persian].
4. Gheysaryan E. Aspects of social and economic phenomenon of aging in IRAN. The Civil Registration Available from: URL: https://www.sabteahval.ir/Upload/Modules/Contents/asset 114/55.pdf Accessed 2014 Nov 17[in Persian].
5. Adib-Hajbaghery M, Aghahoseini S.The evaluation of disability and its related factors among the elderly population in Kashan, Iran. BMC public Health 2007; 7: 261-265.
6- Active ageing: a policy framework. Geneva. WHO.2002. Available from: URL: http://www.who.int/whr/2003/chapter1/en/index4.html. Accessed 2014 Nov 17.
7. Dorosty AR, Alavi Naeini AM. Correlation of elderly nutritional status with cardio-vascular disease and diabetes. J of tums, 2007; 65(3): 68-71[in Persian].
8. Eshaghi R, Babak A, Manzori L, Meraci M R. Nutritional status of the elderly in 2007. Iranian J Ageing. 2007; 2(5):340-345 [in Persian].
9. Gholizadeh A, Shirani A.The relationship between individual, family, social and economic life satisfaction of elderly. Iranian J Applied Sociology (J of Humanities University) 2010; 21(37):69-82[in Persian].
10. Hoyung H. Money & Daily Life In Old Age. British Journal . 1995; 26 (2):13-17-Medica 1.
11. Vellas, B, Lauque, S, Andrieu, S, Nourhashemi, F, Rolland, Y, Baumgartner, R, et al.. Nutrition assessment in the elderly. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2001; 4: 5–8.
12. Nouri Saeidlou S, Kutlay Merdol T, Mikaili P, Bektas Y. Assessment of the Nutritional status And Affecting of elderly people living at six nursing Home in URMIA, IRAN. International j of Academic Research. 2011; 3, (1): part1, 173-181.
13. Sharif Zadeh G, Modi M, Akhbari h.The health status of elderly people covered by the Imam Khomeini Relief Committee. Iranian J Elderly (aged Iranian) 2010; 5(17): 52-59 [in Persian].
14. Pasdarkhshknab Y, Qrtph A, Pashaie T, Alqasy S, Niazy P, Haghnazaei L. Nutritional status of elderly people covered by government centers in Kermanshah in 1387, according to MNA and its association with biochemical markers. KUMS (behboud) in August and September 1390; 15(3): 178-185[in Persian].
15. kabir zn, ferdous t, cederholm t, Khanam ma, streatfied k, wahlin k. Mini Nutritional Assessment of rural elderly people in Bangladesh: the impact of demographic, socio-economic and health factors. Public Health Nutrition 2006; 9(8): 968-974.
16. Hosseini S, Keshavarz S A, Amin A, Maleki M, Bakhshandeh Abkenar H. Non-dietary factors and nutritional status in older people diagnosed with heart failure. Iranian J Ageing 2010; 5(16): 61-66.
17. Afkhami A, Keshavarz A, Rahimi E, Zajaeri A, Sadrzade Y. State of malnutrition and non-dietary factors associated with elderly people in Tehran and Shemiranat geriatric nursing. Iranian J Monitoring (J of the Institute of Health Sciences, University Jihad) .2008;7:211- 217. [in Persian]
18. Nejati V. Assessing the health status of elderly people in the province of Qom 2007. JQUMS, Spring 2009; 13(1): 67-72.
19. Aliabadi M, Kimiaghar M, Chior Mobarhan M, Ielati Faizabadi AA. Prevalence of malnutrition and some related factors in Khorasan Razavi province. Iranian J of

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

Nutrition and Food Seiences.2007; 2(3): 45-56 [in Persian].

20. Kolahdoz F, Najafi F.A textbook of National system for monitoring food security and nutrition in the food security situation in the country and developed the first map . Press; 2012. P 63 [in Persian].

21. Wadhawa A, Sabharwal M, Sharma S. Nutritional status of the elderly. Indian J Med Res. Oct1997; 106: 340-8.

22. Panaghi L, Abarshy Z, Mansouri N, Dehghani M. Quality of life and demographic characteristics associated with the elderly in Tehran. Iranian J Elderly 2009; 4 (12): 77-87 [in Persian].

23. Maria Laura Da Costa Louzada, P. Chagas Durgante,.R. J. De Marchi, F. Neves Hugo, J. Balbinot Hilgert, D. M. Pereira Padilha, M. Terezinha Antunes. Healthy eating index in southern brazilian older adults and its association with socioeconomic, behavioral and health characteristics. The j of nutrition, health & aging. January 2012, Volume 16, Issue 1,pp 3-7 .

24. Katherine L. Tucker and Buranapin S. Nutrition and Aging in Developing Countries. J. Nutr. 2001: 131: 2417s-2423s.

25. Kabir Z N, Ferdous T, Cederholm T, rt al. Mini Nutritional Assessment of rural elderly people in Bangladesh: the impact of demographic, socio-economic and health factors. Public Health Nutr. 2006 Dec: 9(8):968-74.

26. Von Heideken Wagert P, Gustavsson JM, et al. Health status in the oldest old. Age and sex differences in the Umea 85+ Study. Aging Clin Exp Res. 2006 Apr: 18(2):116-26.

27. Joghataii M T, Nejati M. Health status of the elderly in the city of Kashan. Iranian J Ageing. 2006; 1 (1): 3-10 [in Persian].

28. Ansai T, Hamasaki T, Awano Sh, Akifusa S, Kato Y, Arimoto T, et al. Relationship between oral health and exercise function of elderly persons 80 years old in Fukuoka Prefecture. J Dental Health. 2000 50:783-9 [Article in Japanese].

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

Association of Demographic, Socio-economic Features and Some Health Problems with Nutritional Status in Elderly

Lashkarboloki F[1], Aryaei M[2], Djazayery A[3], Eftekhar-Ardebily H[4], Minaei M[5]*

*1.*Corresponding author: Department of Health, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran*
Email: farhadlb51@gmail.com
2. Faculty of Medicine, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
3. Prof, Dept. of Nutrition and Biochemistry, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Prof, Dept. of Health Education, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Department of Health, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Received 21 Feb, 2014 **Accepted 7 Jul, 2014**

Background and Objectives: Ever decreasing rate of birth and death accompanied with the increasing rate of life expectancy has led to the increase of old population, especially in the developing countries. This study aimed to estimate the association of demographic, socio-economic features and some health problems with the nutritional status in older people.

Materials and Methods: A cross-sectional study was designed and conducted by utilizing two-stage cluster sampling. The total of 541 subjects were included. MNA questionnaire was used to evaluate the nutrition status of the elderly. Data were analyzed using one way ANOVA and hierarchical linear regression. The relationship between qualitative variables was also evaluated by Chi-square test.

Results: The prevalence of malnutrition and the risk of getting malnutrition was 4.8% and 44.7 %, respectively. The women participants got lower score in nutritional status. The old people taking more than three drugs were were suffering from malnutrition by 58/8 %. About 22/4 % of the subjects lived alone, and there was a statistically significant relation between living alone and malnutrition. Daily consumption of 3 main meals, fruits and vegetables, and good sources of protein was higher in the elderly with well nutritional status than in at-risk and malnurished eldely. There was a significant relationship between dental and mental conditions and malnutrition, and also age and socio-economic features were negatively related with the nutritional status.

Conclusion: Considering the relationship between malnutrition and such factors as socio-economic status, depression, dietary patterns and oral health, it seems that besides nutritional intervention, socio-economic support has noticeable importance, especially for women.

Keywords: Elderly, MNA, Malnutrition, Depression, Socio-economic status

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]