

بررسی وضعیت تغذیه و عوامل مرتبط با آن در سالمندان شهر رشت

نسرين معصومی^۱ (M.Sc) - شیرین جفرودی^۲ (M.Sc) - *دکتر عاطفه قنبری^۳ (Ph.D) - دکتر احسان کاظم نژاد^۴ (Ph.D) - فاطمه شجاعی^۵ (M.Sc) - ابوالحسن رفیعی^۶ (M.Sc)

*نویسنده مسئول: رشت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی

E mail: at_ghanbari@gums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۷/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۱۸

چکیده

مقدمه: سوءتغذیه اختلالی بالینی و عامل خطری بسیار معمول در سالمندان است که زمانی به عنوان بخشی از روند طبیعی پیری تلقی می شد ولی در حقیقت قابل شناسایی، پیشگیری و درمان است و تشخیص زودهنگام آن، امکان مداخله بموقع را فراهم می سازد. لذا بررسی وضعیت تغذیه سالمندان و تشخیص علل و عوامل موثر بر آن می تواند در طراحی و اجرای مداخله مناسب کمک شایانی نماید.

هدف: تعیین وضعیت تغذیه سالمندان بازنشسته در دو بخش غربالگری و تکمیلی بر حسب برخی مشخصات دموگرافی

مواد و روش ها: این پژوهش مطالعه ای مقطعی از نوع تحلیلی بود که در آن ۱۹۴ نفر سالمند بازنشسته از موسسه های دولتی به روش نمونه گیری تصادفی منظم، انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. در جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه دو بخشی، بخش اول اطلاعات دموگرافی و بخش دوم پرسشنامه ۱۸ موردی بررسی مختصر تغذیه (MNA) که دارای دو بخش غربالگری و تکمیلی است، استفاده شد. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری کروسکالوالیس، من ویتنی یو و اسپیرمن مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج: ۸۷/۱ درصد سالمندان تغذیه طبیعی، ۱۲/۹ درصد امکان سوءتغذیه و ۴ درصد سوءتغذیه داشتند. در بررسی ارتباط بین وضعیت تغذیه و مشخصه های دموگرافی، یافته ها نشانگر ارتباط وضعیت تغذیه با جنس ($p < 0/002$) و درآمد ($p < 0/013$) بود که وضعیت تغذیه طبیعی در زنان و سالمندان با درآمد بالاتر، بیشتر بود.

نتیجه گیری: با توجه به میزان «امکان سوءتغذیه» که در این مطالعه بدست آمد، لازم است دولتمردان و کارکنان حرف پزشکی در مورد این مشکل و ابعاد آن آگاه باشند و با توجه به ارتباط سوءتغذیه با میزان درآمد در مورد رفع عامل خطر فقر اقدام لازم انجام گیرد.

کلید واژه ها: تغذیه / سالمند / وضعیت بهداشتی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و یکم شماره ۸۴، صفحات: ۶۵-۷۰

مقدمه

برای رویارویی با پدیده سالمندی و پیامدهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن فراهم نیست، و این که تامین بهداشت و سلامت سالمندان ضروری است، بر ای تعیین نوع و حجم خدمات، نیازمند شناخت وضع موجود هستیم. (۴) اگر چه سالمندان در بسیاری از کشورها بسیار بهتر از گذشته زندگی می کنند؛ نگرانی عمده، رشد جمعیت سالمندان، افزایش شیوع بیماری های مزمن و ناتوانی ها است یعنی شرایطی که با فرایند پیری همراه است و نیازمند توجهی خاص می باشد (۵). آثار افزایش سن موجب تغییر مشخص در سلامت و عملکرد دستگاه بدن از جمله دستگاه گوارش می شود. این تغییرها شامل کاهش ترشح بزاق، اشکال در بلع غذا، تاخیر تخلیه مری و معده و کاهش حرکت معدی روده ای از یک سو (۶) و بروز بیماری های مزمن، بستری مکرر، مصرف دارو، تنهایی، افسردگی، نبودن بهداشت دهان و

گسترش مراقبت های بهداشتی اولیه، بهبود شرایط اقتصادی و اجتماعی و بالاخره پیدایش فناوری جدید پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری ها، موجب افزایش جمعیت افراد ۶۰ سال به بالا شده است که این افراد طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت سالمند نامیده می شوند. (۱) حدود ده درصد جمعیت جهان در سال ۲۰۰۰ را سالمندان تشکیل می دادند و پیش بینی شده است که این رقم تا سال ۲۰۵۰ به ۲۱ درصد خواهد رسید و در واقع از هر ۵ نفر ۱ نفر سالمند خواهد بود (۲). طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، ایران با داشتن بیش از ۷/۲ درصد سالمند بالای ۶۰ سال به کشوری سالمند تبدیل شده است چرا که بر اساس تعریف سازمان ملل وقتی جمعیت بالای ۶۰ سال کشوری به بیش از ۷ درصد برسد آن کشور سالمند محسوب می شود (۳) با توجه به این که اکثر سالمندان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند و آمادگی لازم در این کشورها

۱۲۴ نفر انتخاب شدند.

برای بررسی اطلاعات عمومی سالمندان از پرسشنامه مشخصات دموگرافی و در بررسی وضعیت تغذیه از پرسشنامه استاندارد بررسی مختصر تغذیه (MNA) Mini Nutritional Assessment استفاده شد که در کتاب‌های مختلف مرجع معرفی شده‌اند (۱۵ و ۳). این پرسشنامه شامل ۲ بخش است: قسمت اول بخش غربالگری شامل ۶ سوال، که برای تمام شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. واحدهای پژوهش در صورت کسب نمره ۱۲ و بالاتر وضعیت تغذیه طبیعی و با کسب نمره ۱۱ و کمتر در وضعیت «امکان سوءتغذیه» قرار می‌گرفتند. قسمت تکمیلی پرسشنامه (از سوال ۷-۱۸) صرفاً در سالمندانی تکمیل شد که در ۶ سوال اول امتیاز ۱۱ یا کمتر (امکان سوءتغذیه) احراز نموده بودند. نمره ۱۷-۲۳/۵ خطر سوءتغذیه و کمتر از ۱۷ سوءتغذیه در نظر گرفته شد برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه‌ها از اعتبار محتوا استفاده شد بدین ترتیب که در اختیار ۱۵ نفر از استادان و صاحب‌نظران دانشکده‌های پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت و تهران قرار گرفت و پس از جمع‌آوری پیشنهادها و اعمال نظر اصلاحی، پرسشنامه‌های نهایی تنظیم و برای بررسی پایایی آن از روش آزمون مجدد بر ۱۱ سالمند، استفاده و پایایی ابزار ۹۸ درصد محاسبه شد. پژوهشگر پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشکده و مراجعه به سازمان‌های تامین اجتماعی و بازنشستگی کشور از لیست بازنشستگان بالای ۶۰ سال با نمونه‌گیری تصادفی منظم، نام، نام خانوادگی و شماره تلفن آنها را یادداشت کرده و با تماس تلفنی در صورت تمایل فرد آنها را به کانون بازنشستگان همان سازمان دعوت می‌کرد. در نهایت از ۲۱۰ نفر، ۱۶ نفر (۸ نفر به علت ناتوانی جسمی در مراجعه، ۱ نفر به علت مسدود بودن تلفن، ۱ نفر به دلیل تغییر محل زندگی، ۳ نفر به علت فوت و ۳ نفر به دلیل نداشتن تمایل جهت همکاری) از مطالعه حذف شدند. سرانجام ۱۹۴ سالمند (۱۳۷ مرد و ۵۷ زن) مورد بررسی قرار گرفتند. لازم به ذکر است طبق نظر مشاور آمار چون تعداد افراد ناتوان جسمی که توانایی مراجعه به کانون و شرکت در مطالعه را نداشتند، کمتر از ۱۵ درصد کل نمونه‌ها بود از مطالعه حذف شدند. پرسشنامه توسط پژوهشگر تکمیل و پس از گردآوری،

دندان و کیفیت زندگی پایین از سوی دیگر، تغذیه سالمند را تحت شعاع قرار داده و آنها را هر چه بیشتر در معرض سوءتغذیه و خطر ناشی از آن قرار می‌دهد (۸ و ۷). این در حالی است که تغذیه یکی از مهم‌ترین اجزا حفظ سلامت است (۹ و ۱۰) به نحوی که نتیجه مطالعه‌های اپیدمیولوژی نشان می‌دهد که سوءتغذیه ارتباط قوی با مرگ و میر بالا در افراد مسن دارد (۱۱). میزان مرگ و میر در افراد با کاهش وزن به میزان ۱/۶ کیلوگرم یا بیشتر، ۴/۹ بار بیش از افراد بدون کاهش وزن است. افرادی که شاخص توده بدنی کمتر از ۲۳/۶ کیلوگرم بر متر مربع داشتند مرگ و میرشان ۲۲/۶ درصد و ۲۰ برابر افرادی بوده که شاخص توده بدنی آنها در محدوده ۲۸ - ۲۳/۶ قرار داشت (۱۲). در تحقیق بر سالمندان شهر کاشان ۶۸/۳ درصد از افراد سالمند در معرض ابتلای به سوءتغذیه و ۵/۸ درصد دچار به سوءتغذیه بودند (۱۳). همچنین، علی‌آبادی عواملی نظیر تحصیلات، جنس، درآمد و ابتلای به بیماری را از عوامل موثر در وضعیت تغذیه معرفی دانسته است (۱۴) سوءتغذیه اختلالی بالینی و عامل خطر بسیار معمولی در سالمندان است که در حقیقت قابل شناسایی، پیشگیری و درمان بوده و تشخیص زودهنگام آن، امکان مداخله بموقع را فراهم می‌سازد. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت تغذیه سالمندان در دو سطح غربالگری و تکمیلی بر حسب مشخصات دموگرافی (سن، جنس، تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و ابتلای به بیماری‌ها) در شهر رشت انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی و جامعه پژوهش کلیه بازنشستگان سازمان بازنشستگی کشوری و سازمان تامین اجتماعی شهر رشت بودند. با مطالعه مقاله‌های متعدد (۱۳ و ۷) تعداد نمونه با فاصله اطمینان ۹۵٪ و دقت ۵٪ و $P=0/58$ ، ۱۹۰ نفر برآورد شد که با اعمال ۱۰ درصد ریزش تعداد کل ۲۱۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی منظم از فهرست بازنشستگان بالای ۶۰ سال و با توجه به جمعیت بالاتر بازنشستگان در سازمان تامین اجتماعی، از سازمان بازنشستگی کشوری ۸۶ نفر و از سازمان تامین اجتماعی

داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری نظیر کروسکال‌والیس (تأهل)، تحصیلات و درآمد با وضعیت تغذیه)، من‌ویتنی‌یو (جنس و ابتلا به بیماری با وضعیت تغذیه) و اسپیرمن (سن با وضعیت تغذیه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

اکثر واحدهای پژوهش (۷۰/۶ درصد) مرد و میانگین و انحراف معیار سنی آنها $66/1 \pm 4/5$ ساله با حداکثر سن ۸۳ سالگی و حداقل ۶۰ سال بود. توزیع واحدهای پژوهش برحسب مشخصات دموگرافی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: توزیع واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات

مشخصات دموگرافیک		تعداد (درصد)
جنس	مرد	۱۳۷ (۷۰/۶٪)
	زن	۵۷ (۲۹/۴٪)
وضعیت تاهل	متاهل	۱۵۴ (۷۹/۴٪)
	مجرد	۵ (۲/۶٪)
	جدا از همسر	۱۰ (۵/۲٪)
	همسر مرده	۲۵ (۱۲/۹٪)
	بی سواد	۶۶ (۳۴٪)
	زیر دیپلم	۴۷ (۲۴/۳٪)
سطح تحصیلات	دیپلم	۵۲ (۲۶/۸٪)
	تحصیلات	۲۹ (۱۴/۹٪)
	دانشگاهی	۴۴ (۲۲/۷٪)
وضعیت درآمد (تومان)	۲۰۰-۴۰۰ هزار	۴۴ (۲۲/۷٪)
	۴۰۰-۶۰۰ هزار	۸۹ (۴۵/۹٪)
	۶۰۰ هزار به بالا	۶۱ (۳۱/۴٪)
ابتلا به بیماری	بلی	۱۲۸ (۶۶٪)
	خیر	۶۶ (۳۴٪)

۶۶ درصد سالمندان سابقه ابتلا به بیماری مزمن داشتند که از بین ۸ بیماری مورد بررسی دیابت با اختصاص ۴۲/۹ درصد، بیشترین بیماری‌های قلبی عروقی با ۳۹/۸ درصد در رتبه بعدی قرار داشتند. میانگین نمره واحدهای پژوهش در بخش

غربالگری $12/9 \pm 1/4$ بود و ۸۶/۵ درصد سالمندان از نظر تغذیه طبیعی و «امکان سوء تغذیه» در سالمندان ۱۳/۵ درصد بدست آمد میانگین نمره در بخش تکمیلی $21/5 \pm 2$ بود و ۳/۹ درصد واحدها دچار سوء تغذیه بودند. نتایج آماری وضعیت تغذیه واحدهای پژوهش در دو بخش غربالگری و تکمیلی بر حسب مشخصات دموگرافی در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: نتایج آماری وضعیت تغذیه واحدهای مورد پژوهش بر حسب

مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک	تغذیه	نوع آزمون	قضاوت
سن	غربالگری	اسپیرمن	$P < 0/2$
	تکمیلی	اسپیرمن	$P < 0/2$
جنس	غربالگری	من ویتنی یو	$P < 0/02$
	تکمیلی	من ویتنی یو	$P < 0/146$
وضعیت تاهل	غربالگری	کروسکال والیس	$P < 0/06$
	تکمیلی	کروسکال والیس	$P < 0/31$
تحصیلات	غربالگری	کروسکال والیس	$P < 0/95$
	تکمیلی	کروسکال والیس	$P < 0/291$
درآمد	غربالگری	کروسکال والیس	$P < 0/013$
	تکمیلی	کروسکال والیس	$P < 0/731$
ابتلا به بیماری	غربالگری	من ویتنی یو	$P < 0/422$
	تکمیلی	من ویتنی یو	$P < 0/455$

بحث و نتیجه‌گیری

وضعیت تغذیه یکی از مهم‌ترین بعدهای سلامت سالمندان محسوب می‌شود. در این تحقیق ۸۶/۵ درصد سالمندان از نظر در حد تغذیه طبیعی و ۱۳/۵ درصد امکان سوء تغذیه قرار داشتند و ۳/۹ درصد دچار سوء تغذیه بودند. در مطالعه جغتیایی در کاشان با عنوان «بررسی وضعیت سلامت سالمندان»، ۵/۸ درصد دچار سوء تغذیه بودند (۱۳) همچنین، نجاتی نیز در مطالعه خود با هدف تعیین وضعیت سلامت سالمندان قم، میزان سوء تغذیه را ۶/۶ بدست آورد (۱۶). میانگین سن افراد با وضعیت تغذیه طبیعی $65/9 \pm 4/7$ و در امکان سوء تغذیه $67/03 \pm 4/1$ بود ولی بر اساس آزمون اسپیرمن ارتباط بین سن و وضعیت تغذیه معنی‌دار نبود. در مطالعه مارچی (Marchi) و همکاران که با هدف تعیین ارتباط

ابتلای به سوء تغذیه در واحدهای با درآمد ۲۰۰-۴۰۰ هزار تومان ۳۳/۴ درصد و امکان در درآمد متوسط و بالای ۶۰۰ هزار تومان صفر است لذا بر اساس آزمون کروس کالوالیس بین وضعیت تغذیه در بخش غربالگری و درآمد ارتباط معنی دار است ($p < 0/013$) که بومن (Bowman) نیز در مطالعه خود میزان درآمد را به دلیل تأثیر بر قدرت خرید مواد غذایی یکی از دلایل سوء تغذیه در افراد سالم می داند (۱۸). در بخش تکمیلی تغذیه به رغم آن که ۳۳/۴ درصد افراد دارای درآمد ۲۰۰-۴۰۰ هزار تومان سوء تغذیه داشتند ولی ارتباط تغذیه با درآمد در این بخش معنی دار نبود که دلیل آن شاید کم بودن تعداد نمونه ها در بخش تکمیلی باشد. در زمینه ارتباط تغذیه با ابتلا به بیماری نتایج نشان داد که در بخش غربالگری تغذیه ۸۶/۷ درصد واحدهای دچار بیماری و ۸۶/۴ درصد بدون سابقه ابتلای به بیماری، از نظر وضعیت تغذیه طبیعی بودند که بر اساس آزمون من ویتنی یو، ارتباط تغذیه با ابتلای به بیماری معنی دار نیست و در بخش تکمیلی تغذیه با این که ۱۰ درصد سالمندان مبتلا به بیماری سوء تغذیه داشتند و این درصد در سالمندان بدون ابتلا صفر بود اما بر اساس آزمون من ویتنی یو بین ابتلای به بیماری و وضعیت تغذیه در بخش تکمیلی ارتباط معنی دار وجود نداشت. شاید دلیل معنی دار نبودن، تعداد کم نمونه ها در بخش تکمیلی باشد (۲۶ نفر). مارچی و همکاران نیز در تحقیق خود یافتند که بین ابتلای به بیماری مزمن در سالمندان و تغذیه در بخش غربالگری و تکمیلی ارتباط وجود دارد که این ارتباط از نظر آماری معنی دار نبود (۷). به طور کلی نتیجه مطالعه ما نشان داد که وضعیت تغذیه طبیعی در سالمندان زن و سالمندان با درآمد بالاتر بیشتر از سایر گروه ها است.

با توجه به آنچه که در مورد سوء تغذیه و قرار داشتن در معرض سوء تغذیه از این مطالعه بدست آمد لازم است دولتمردان و کارکنان حرف پزشکی در زمینه مشکل و عوامل مرتبط با آن آگاهی داشته باشند و در رفع آن برنامه ریزی کنند. در تحقیق ما به رغم آن که جامعه پژوهش صرفاً بازنشستگان اداری بودند و درآمد عامل مهمی در وضعیت تغذیه بود، ۴ درصد از سالمندان دچار سوء تغذیه بودند. این یافته اهمیت مطالعه مشابه بر سالمندان کشور را روشن تر می سازد چرا که

بین بهداشت دهان و وضعیت سلامت که بر ۴۷۱ سالمند مستقل در جنوب برزیل انجام شد بین وضعیت تغذیه با سن ارتباط وجود داشت ولی از نظر آماری معنی دار نبود (۷). در ارتباط جنس با وضعیت تغذیه در بخش غربالگری، ۸۹/۵ درصد زنان و ۸۵/۴ درصد مردان تغذیه طبیعی داشتند و امکان سوء تغذیه در ۱۰/۵ درصد زنان و ۱۴/۶ درصد مردان بدست آمد که بر اساس آزمون من ویتنی یو ارتباط تغذیه در بخش غربالگری و جنس معنی دار بود ($P < 0/02$) ولی در بخش تکمیلی تغذیه با این که ۵ درصد مردان سوء تغذیه داشتند و این درصد در زنان صفر بود ارتباط وضعیت تغذیه و جنس در بخش تکمیلی معنی دار نبود که یافته های پژوهش مارچی و همکاران نیز مؤید همین مطلب بود یعنی امکان سوء تغذیه در مردان بیش از زنان است (۷). شاید نسبت کم زنان (۲۹/۴٪) در مقایسه با مردان (۷۰/۶٪) دلیل معنی دار نبودن آماری باشد. نتایج وضعیت تغذیه بر حسب وضعیت تأهل نشان داد که امکان سوء تغذیه در سالمندان همسر مرده و متأهل به ترتیب ۱۶ و ۱۴/۳ درصد است که هم در بخش غربالگری و هم در بخش تکمیلی ارتباط تأهل و وضعیت تغذیه بر اساس آزمون کروس کالوالیس معنی دار نیست. در مطالعه مارچی و همکاران نیز ارتباط وضعیت تغذیه با تأهل معنی دار نبوده است (۷). در این مطالعه درصد امکان سوء تغذیه در سالمندان همسر مرده بیشتر بود. تنهایی و انزوای اجتماعی و پیامد آن بی میلی به غذا می تواند خطر سوء تغذیه را در سالمندان افزایش دهد (۱۴ و ۱۷) در ارتباط تغذیه با تحصیلات نتایج نشان داده شد که بیشترین درصد تغذیه طبیعی (۸۹/۷٪) و کمترین درصد امکان سوء تغذیه (۱۰/۳٪) در سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی وجود دارد. همچنین، هیچکدام از سالمندان دارای تحصیلات دانشگاهی دچار سوء تغذیه نبودند که این یافته، یافته های تحقیق مارچی و همکاران را تایید می کند (۷). شاید تحصیلات بالاتر در ارتباط با درآمد بیشتر و شیوه زندگی بهتر باشد که موجب وضعیت تغذیه بهتر در سالمندان می شود (۱۴). در ارتباط درآمد با وضعیت تغذیه نتایج نشان داد که امکان سوء تغذیه در واحدهای با درآمد ۲۰۰-۴۰۰ هزار تومان ۲۲/۷ درصد و در آمد بالای ۶۰۰ هزار تومان ۱۱/۵ درصد بوده است

مشابه بر سالمندان شهر می‌تواند نتایج متفاوت و با قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتر داشته باشد. این مقاله با استفاده از داده‌های یک پایان‌نامه در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان به نگارش در آمده‌است.

جهت هر گونه مداخله مناسب، جمع‌آوری اطلاعات پایه از جمعیت هدف مهم‌ترین گام است. با توجه به این‌که مطالعه ما صرفاً بر سالمندان بازنشسته انجام شد، به نظر می‌رسد مطالعه

منابع

1. Malek Afzali H, Baradaran Eftekhari M, Hejazi F, Toktam KH, Tbrizi R, Faridi T. Social Mobilization for Health Promotion in Elderly. J Hakim Research 2006; 9(4): 1-7.[Text in Persian]
2. Bandayrel K, Wong Sh. Systematic Literature Review of Randomized Control Trials Assessing the Effectiveness of Nutrition Interventions in Community- Dwelling Older Adults. J Nutrition Education and Behavior 2011; 43(4): 251-62.
3. Dadkhah A. Elderly Intensive Care Sytem in USA and Japan and Indices Delivery in Iran to Elderly Services Program. J Ageing 2007; 2(3): 166-77.
4. Sattari B. The Assessment of Social and Health Status in Village's Orders with Village Promotion Program. J Ageing 2006; 1(2): 132-39.
5. G A Park. Social And Prevention Medical Text Book. Shojaei Tehrani H, Malek Afzali H. 5th Edition. Tehran; Samat, 2008.[Text in Persian]
6. Nieuwenhuizen WF, Ween H, Rigby P, Hetherington MM. Older Adult and Patients in Need of Nutritional Support: Review of Current Treatment Options and Factors Influencing Nutritional Intake. J Clinical Nutrition 2010; 29(2): 160-9.
7. Marchi R, Hugo N F, Hilgert J B, Padilha DMP. Association between Oral Health Status and Nutritional Status in South Brazilian Independent-Living Older People. J Nutrition 2008; 24(6): 546-53.
8. Appleton KM. Increases in Energy, Protein and Fat Intake Following the Addition of Sauce to an Older Person's Meal. J Appetite 2009; 1 (52):161-65.
9. Ghasemi S, Mousavi N. Older's Health Guide, Nutrition and Health Care. Tehran; Sadr, 2002.[Text in Persian]
10. Smeltzer S, et al. Brunner & Suddarths Text Book of Medical Surgical Nursing. 11th Edition. Philadelphia; Lippincott William & Wilkins, 2008.
11. Ulger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Gungor E, Ariogul S. Comprehensive Assessment of Malnutrition Risk and Factors in A Large Group of Community-Dwelling Older Adults. J Clinical Nutrition 2010; 29(4): 507-11.
12. Champan LM. Nutritional Disorder in the Elderly. J The Medical Clinical of North American 2006; 90(5): 887-07.
13. Joghataii M, Nejati V. Assessing the Health Status of Elderly People in Kashan. J Ageing 2006; 1(1): 3-8.
14. Ali Abadi M, Kimiagar M, Ghayour Mobarhan M, Ilati Feiz Abadi A. Prevalence of Malnutrition and Factors Related to it in The Elderly Subjects in Khorasan Razavi Province Iran. J Nutrition Science & Food Technology 2007; 2(3): 45-56.
15. Maghsoudi Sh. Primary Health Care in Older People. Tehran; University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2006.[Text in Persian]
16. Nejati V. Assessing the Health Status of Elderly People in the Province of Qom. J Qazvin University of Medical Sciences 2009; 13(1): 67-72. [Text in Persian]
17. Eshaghi SR, Babak A, Manzori L, Marasi M. Assessment of Nutritional Status of Elderly People in Isfahan. J Ageing 2007; 2(5): 340-44.[Text in Persian]
18. Bowman S. Low Economic Status is Associated with Suboptimal Intakes of Nutritious Food by Adults in the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2002. J Nutrition Research 2007; 27(9): 515-23.

Nutritional Status Assessment and Related Factors in the Retired Senile

Masomy N.(M.Sc)¹- Jefroodi Sh.(M.Sc)²- *Ghanbari A.(Ph.D)²- Kazemnejad E.(Ph.D)²- Shojaei F.(M.Sc)¹-
Rafiei A.H.(M.Sc)¹

***Corresponding Address:** Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN

E mail: at_ghanbari@gums.ac.ir

Received: 9/Oct/2011 Accepted: 6/Jul/2012

Abstract

Introduction: Malnutrition is a clinical disorder and a usual risk factor in older people, that was considered as a natural part of geriatrics process in the past, but nowadays it is found that malnutrition is detectable, preventable and treatable and its early diagnosis can lead us to on time intervention. Thus, older people's nutritional status and detecting its causes can help caregivers to plan and implement appropriate interventions.

Objective: The aim of this study is nutritional status assessment in the retired senile by some demographic characters in two parts: screening and complementary.

Materials and Methods: This study is a descriptive-cross sectional one on 194 senile retired from governmental organizations who were assessed by simple sampling. In this study, we use a questionnaire consisting of two parts: one part for demographic data and the other called MNA (Minimal Nutrition Assessment) that has 18 items and two parts: screening and complementary parts. Data were analyzed by SPSS version 16 using statistical tests including Krauskal Wallis, Man Whitney and Spierman.

Results: Findings showed that 87.1 percent of the participants had normal nutrition and 12.9 percent of them had probable malnutrition and 4 percent were with malnutrition. Among the demographic factors (age, sex, marital status, educational status, income and co morbidity), nutrition was found to be related to sex (0/002) and income (p<0.013) significantly. Thus, the normal nutritional status was high in female older people and in senile with higher income.

Conclusion: Considering the high probability of malnutrition demonstrated in this study, it is necessary for the clinicians and authorities to receive related education and become aware of this issue and respective consequences. Also, it is necessary to implement plans and programs to relieve poverty as a main risk factor in malnutrition.

Key words: Aged/ Health Status/ Nutrition

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 84, Pages: 65-70

1. Faculty of Nursing, Abhar, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, IRAN

2. Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, IRAN