

The Relationship between Social Isolation and the Risk of Malnutrition in the Elderly Covered by Comprehensive Health Centers in Gorgan in 2022-2023

Faezeh Sadeghi¹, Ghanbar Roohi^{2*}, Hamideh Mancheri³, Naser Behnampour⁴, Mahbobeh Brojerdi⁵

1- Geriatric Senior Nursing Student, School of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

2- Assistant Professor, Doctorate in Health Care Management, Member of the Faculty of Nursing and Midwifery, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences. Gorgan, Iran.

3- Assistant Professor, PhD in Nursing. Member of the Faculty of Nursing and Midwifery. Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences. Gorgan, Iran.

4- Assistant Professor, Ph.D in Biostatistics. Member of the Academic Staff, Director of the Department of Biostatistics, Gorgan University of Medical Sciences. Faculty of Health, Gorgan, Iran.

5- Instructor, Senior Expert in Geriatric Nursing, Member of the Academic Staff of the Faculty of Nursing and Midwifery. Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences. Gorgan, Iran.

Corresponding author: Ghanbar Roohi, Assistant Professor, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Email: roohi_43@yahoo.com

Received: 2025/01/4

Accepted: 2025/02/9

Abstract

Introduction: Aging is associated with physical, social and psychological changes, and the feeling of loneliness is one of the characteristics of the old age that can cause disturbances in the nutrition of the elderly. This research aims to relate social isolation with the risk of malnutrition in the elderly under the comprehensive health centers of Gorgan. It was done in 1401-1402.

Methods: This cross-sectional study was conducted with a descriptive-analytical approach in 1402-1401. The research population was the elderly covered by comprehensive health centers in Gorgan city, who were selected by simple random method without placement in the number of 120 samples. To collect data, social isolation (Luben) and malnutrition (MNA) questionnaires were used. SPSS version 20 software and Fisher-Pearson's exact chi-square tests at 95% confidence level were used for data analysis.

Results: The results showed that the rate of social isolation of the elderly is 4.9% and the rate of malnutrition in the elderly is 12.9% and 21.5% are at risk of malnutrition. No significant difference was found between malnutrition and social isolation of the elderly ($P=0.381$), there was no significant relationship between demographic variables (gender, level of education, marriage, ethnicity, illness, occupation, illness) with social isolation and malnutrition. ($P>0.05$).

Conclusions: Although the results of this study showed that there is no significant relationship between social isolation and malnutrition in the elderly, a significant proportion of the elderly were malnourished, and since nutrition is an important factor for enjoying a quality life. It seems that the attention of the planners in the field of aging can improve the life of the elderly.

Keywords: Malnutrition, Social isolation, Aging.

ارتباط انزوای اجتماعی با خطر سوءتغذیه در سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲

فائزه صادقی^۱، قنبر روحی^{۲*}، حمیده منجری^۳، ناصر بهنام پور^۴، محبوبه بروجردی^۵

- ۱- دانشجو، ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
 ۲- استادیار، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
 ۳- استادیار، دکترای پرستاری، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
 ۴- استادیار، دکترای آمار زیستی، عضو هیات علمی مدیر گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی گرگان، دانشکده بهداشت، گرگان، ایران.
 ۵- مربی، کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

نویسنده مسئول: قنبر روحی، استادیار، دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، عضو هیات علمی دانشکده پرستاری مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

ایمیل: roohi_43@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵

چکیده

مقدمه: سالمندی با تغییرات جسمانی، اجتماعی و روانی همراه است و احساس تنهایی یکی از ویژگی‌های دوران سالمندی است که می‌تواند باعث اختلال در تغذیه سالمند شود، این پژوهش با هدف ارتباط انزوای اجتماعی با خطر سوءتغذیه در سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ انجام شد.

روش کار: این مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی-تحلیلی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ انجام شد. جامعه پژوهش، سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان بودند که به روش تصادفی ساده بدون جایگذاری به تعداد ۱۲۰ نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های انزوای اجتماعی (لوبن) و سوء تغذیه (MNA) استفاده شد. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمونهای کای - دو، دقیق فیشر و پیرسون در سطح اطمینان ۹۵٪ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میزان انزوای اجتماعی سالمندان ۴/۹ درصد و میزان سوء تغذیه در سالمندان ۱۲/۹ درصد و در معرض خطر سوء تغذیه ۲۱/۵ درصد می‌باشد. بین سوء تغذیه و انزوای اجتماعی سالمندان تفاوت معنا داری یافت نشد ($P=0/381$)، بین متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت، میزان تحصیلات، تاهل، قومیت، بیماری، شغل، بیماری) با انزوای اجتماعی و سوء تغذیه ارتباط معنا داری وجود نداشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: اگر چه نتایج این مطالعه نشان داد که بین انزوای اجتماعی و سوء تغذیه در سالمندان ارتباط معنی داری وجود ندارد اما نسبت قابل توجهی از سالمندان دچار سوء تغذیه بودند و از آن جایی که تغذیه عامل مهمی برای بر خورداری از زندگی با کیفیت می‌باشد به نظر می‌رسد توجه برنامه ریزان حوزه سالمندی به این موضوع می‌تواند موجب ارتقاء زندگی سالمندان گردد.

کلیدواژه‌ها: سوء تغذیه، انزوای اجتماعی، سالمندی.

مقدمه

سالمندی فرایندی است که از بدو تولد در بدن همه موجودات زنده اتفاق می افتد. امروزه دنیا با مشکل سالمندی مواجه است و روز به روز جمعیت سالمند افزوده می شود و بر اساس آخرین سرشماری انجام شده در ایران در سال ۱۳۹۴ تقریباً ۹/۳ درصد از کل جمعیت را افراد ۶۵ سال به بالا تشکیل می دهد که پیش بینی می شود تا سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمند به ۲۴ هزار نفر می رسد و ایران در مدت کوتاهی با کهنسنت سن مواجه خواهد شد (۱). در این دوره از یک سو، منابع تامین نیازها کاهش می یابد و از سوی دیگر وسعت و نوع نیازها افزایش می یابد (۲). دوران سالمندی با تغییرات جسمانی، اجتماعی و روانی همراه است که از آن جمله می توان به کاهش نسبی قوای جسمانی، بازنشستگی و ازدست دادن موقعیتهای و مسئولیتهای شغلی و کاهش ارتباطات اجتماعی فرد اشاره کرد، تنهایی یا احساس تنهایی یکی دیگر از ویژگیهای این مرحله از زندگی است. فرد سالخورده هر چند وقت یکبار شاهد مرگ یکی از دوستان، بستگان، آشنایان و همسن و سال خود می باشد؛ از این رو هر روز بیش از پیش احساس تنهایی به او دست می دهد (۳). احساس تنهایی اغلب زمانی بروز می کند که ارتباط سالمند با دیگران تضعیف شده، از نظر عاطفی و برقراری ارتباط با دیگران احساس کمبود را تجربه می کند (۴). سالمندانی که تنها زندگی می کنند تمایل کمتری به زندگی اجتماعی دارند؛ این ویژگی می تواند رضایت آنها را از زندگی کاهش دهد (۵). اختلال سالمندان را می توان به عنوان یک عامل خطر اندازه گرفت، جمعیتی که با بیماری، وابستگی، انزوای اجتماعی و تنهایی مواجهه است (۶). انزوای اجتماعی یک نگرانی رو به رشد سلامت عمومی است که بسیاری از افراد مسن را تحت تأثیر قرار می دهد و در سطح جهانی، تا ۵۰ درصد از افراد مسن بالای ۶۰ سال در معرض خطر انزوای اجتماعی هستند. افزایش انزوای اجتماعی در میان سالمندان می تواند نتیجه عوامل مختلفی از جمله پراکندگی خانواده، از دست دادن عزیزان و همسالان، بازنشستگی، کاهش تحرک و درآمد، و کاهش سلامت باشد (۷). انزوای اجتماعی به معنای فقدان عینی تعامل با دیگران است (۸). عدم امکان مشارکت کامل در فعالیت های اجتماعی یا مشارکت اجتماعی، بعدی از طرد اجتماعی را تشکیل می دهد که می تواند هم بر کیفیت زندگی افراد و هم بر برابری و انسجام جامعه تأثیر بگذارد (۹). انزوای اجتماعی بر سالمندانی که خانواده یا دوستان نزدیکی ندارند و تنها ارتباط اجتماعی آنها خارج از خانه،

فائزه صادقی و همکاران

مانند مراکز اجتماعی و عبادتگاه ها است بیشتر تأثیر می گذارد (۱۰). با افزایش سن، انزوای اجتماعی و تنهایی به مسائل مهمی تبدیل می شود که ممکن است بر مصرف غذا و در نتیجه بر وضعیت تغذیه تأثیر بگذارد (۱۱). مشکلات اجتماعی می تواند منجر به کاهش مصرف غذا شود (۱۲). شرایط اجتماعی مانند تنها غذا خوردن و کمک ناکافی برای خرید مواد غذایی و تهیه غذا نیز ممکن است به خطرات تغذیه ای در افراد مسن کمک کند (۱۳). در همین راستا در ارزیابی وضعیت تغذیه ای باید عوامل متعددی مانند تغییرات فیزیولوژیکی پیری و علل چند عاملی آن، یعنی انزوای اجتماعی، تنهایی و مزمن بودن بیماری ها را در نظر گرفت (۱۴). بهبود وضعیت تغذیه ای به صورت مستقل و یا به همراه فعالیت های جسمانی نقش برجسته ای در سلامت جسمانی و روانی و اجتماعی افراد مسن دارد (۱۵). به طور کلی گرسنگی، فقر، دریافت غذا و مواد مغذی ناکافی، ناتوانی عملکردی، انزوای اجتماعی، زندگی تنها، مناطق جمعیتی روستایی و شهری، افسردگی، زوال عقل، وابستگی، بهداشت ضعیف دهان و دندان، مشکلات جویدن و بلعیدن، بیماری های حاد یا مزمن مرتبط با تغذیه و استفاده از دارو های متعدد جزو مواردی هستند که می توانند فرد سالمند را در معرض خطر سوء تغذیه قرار دهد (۱۶). تغذیه یکی از مهم ترین اجزای حفظ سلامت است (۱۷). سوء تغذیه به معنای دریافت ناکافی مواد مغذی یا اختلال جذب همراه با کاهش چربی و توده عضلانی بوده (۱۸)، که در سالمندان می تواند باعث وابستگی در مراقبت، کاهش کیفیت زندگی و افزایش مرگومیر شود (۱۹). در سطح جهانی شیوع سوء تغذیه ۱۵ تا ۲۹ درصد است (۲۰). نتایج یک مطالعه مقطعی در چند مرکز در کشور پرتقال که در آن ۱۱۴۴ بیمار بررسی شدند، نشان داد ۳۶ درصد از سالمندان در خطر سوء تغذیه و ۷/۹ درصد دچار سوء تغذیه بودند (۲۱).

از آنجایی که وضعیت تغذیه ای نامناسب با پیامدهای متعددی از جمله تحمیل هزینه های زیاد بر سالمند و سیستمهای ارائه دهنده های خدمات بهداشتی درمانی همراه است نیاز به شناسایی عوامل مرتبط با وضعیت تغذیه در سالمندان توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی و بویژه پرستاران که یکی از عمده ترین مددجویان آنها سالمندان می باشند بیش از پیش نمایان است (۱۷). بنابراین با توجه به اهمیت موضوع، محدود بودن مطالعات در این زمینه و عدم انجام آن در شهر گرگان، محققین بر آن شدند تا مطالعه ای را باهدف ارتباط بین انزوای اجتماعی با خطر سوء تغذیه در سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت

شهر گرگان انجام دهند تا گامی مؤثر در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این گروه از افراد جامعه بر دارند.

روش کار

این مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی - تحلیلی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بر روی ۱۲۰ نفر از سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان که با استفاده از مطالعه Buffel, T (۲۲) و فرمول زیر به دست آمد انجام شد.

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 [P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2)]}{(P_1 - P_2)^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه:

داشتن سن بالای ۶۰ سال، ساکن شهر گرگان، نداشتن مشکلات شناختی و روانی (بر اساس خود گزارش دهی و اطلاعات پرونده) امکان پذیر بودن اندازه گیری شاخص های تن سنجی (قد، وزن، دور عضله) داشتن سواد خواندن و نوشتن می باشد.

این مطالعه پس از تصویب در شورای پژوهشی و اخذ مجوز کمیته اخلاق دانشگاه، (کد اخلاق IR.GOUMS.REC.1401.476)، محقق به مراکز بهداشتی درمانی شهر گرگان معرفی و لیست واجدین شرایط هر مرکز بر اساس سامانه ناب اخذ و مبتنی بر سهمیه نمونه در آن مرکز، نمونه ها به روش تصادفی ساده بدون جایگذاری از میان اسامی واجد شرایط انتخاب و با آنها تماس گرفته شده و ضمن توضیح در مورد اهداف و چگونگی اجرای تحقیق، از آنها دعوت شد که در تحقیق مشارکت نمایند. با کسب رضایت آگاهانه کتبی تکمیل نمودند.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه شامل: پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه معتبر مقیاس انزوای اجتماعی لوین این ابزار اولین بار توسط لوین در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. نسخه اصلی این پرسشنامه ۱۰ سؤالی می باشد اما نسخه ۶ سؤالی آن شامل دو خرده مقیاس خانواده و دوستان است که در این پژوهش از نسخه ۶ سؤالی آن استفاده شد که سه سؤال نخست در مورد افراد خانواده و سه سؤال بعدی در مورد دوستان است. جمع نمرات این شش سؤال در طیف لیکرت شش گزینه های (صفر=ندارد، یک=یک نفر، دو=دو نفر، سه=سه و چهار نفر، چهار=چهار تا هشت نفر و پنج=نه نفر و بیشتر) بین ۰ تا ۳۰ است. نقطه برش برای افرادی که در معرض انزوای اجتماعی نمره $LSNS-6 < 12$ می باشد که نیاز به بررسی بیشتر توسط متخصصین را دارد. نقطه برش کمتر یا مساوی شش را هر دو خرده مقیاس خانواده و دوستان جهت اهداف مداخله ای بیان می دارد. این پرسشنامه توسط توکلی و همکاران در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جهت تعیین روایی، محاسبه CVI

و CVR با استفاده از پانل متخصصان توسط ۱۳ نفر انجام شد. مقدار CVR قابل قبول برای ۱۳ نفر برابر ۰/۵۴ و مقدار CVI قابل قبول نیز ۰/۷۹ است که برای این پرسشنامه مقادیر $CVI=0/97$ و $CVR=0/91$ حاصل شد. برای پایایی کل پرسشنامه مقدار آلفای کرونباخ ۰/۸۹۶ محاسبه شد (۲۳). پرسشنامه ارزیابی مختصر تغذیه ای (MNA) پرسشنامه ارزیابی وضعیت تغذیه ای برای غربالگری سالمندان در زمینه سوء تغذیه است. این پرسشنامه شامل ۱۸ سؤال است که سؤالات در مورد اندازه گیری تن سنجی، دریافت مواد غذایی، تعداد وعده های غذایی، دریافت غذا، مایعات و مصرف داروها، تحرک، وجود استرس حاد، فراموشی یا افسردگی، ارزیابی نظر شخصی او در زمینه سلامت و تغذیه اش است. این پرسشنامه شامل: دو قسمت غربالگری و بررسی تکمیلی است که کل امتیاز برای این پرسشنامه ۳۰ امتیاز است. بخش غربالگری شامل شش گویه (پنج گویه را بیماران پاسخ می دهند و یک مورد نیز اندازه گیری نمایه توده بدنی که توسط فرد ارزیاب پس از سنجش قد و وزن بیمار محاسبه می گردد. (وزن بیمار با استفاده از ترازوی دیجیتال seca با دقت ۰/۱ kg در شرایط حداقل لباس و بدون کفش، و تعیین قد با استفاده از متر نواری با دقت ۰/۵ cm محاسبه شد)، سقف امتیاز ۱۴ است. در صورت کسب امتیاز ۱۲ و بیشتر از این قسمت، نیازی به تکمیل نمودن قسمت دوم نبوده و وضعیت تغذیه ای، عادی تلقی می گردد؛ اما در صورت کسب امتیاز ۱۱ و یا کمتر از این بخش، قسمت بررسی تکمیلی نیز کامل می گردد. تعداد گویه های قسمت تکمیلی ۱۲ (۱۰ گویه را بیماران پاسخ می دهند و دو گویه که شامل اندازه گیری عضله دور بازو و عضله ساق پا بود توسط پژوهشگر تکمیل می گردد) و سقف امتیاز آن ۱۶ است. بر اساس جمع امتیازات کسب شده از دو قسمت پرسشنامه، بیماران از نظر وضعیت تغذیه ای به سه نوع وضعیت تغذیه ای عادی (امتیاز ۲۴ تا ۳۰)، در معرض خطر سوء تغذیه (۱۷ تا ۲۳) و دچار سوء تغذیه (امتیاز کمتر از ۱۷) تقسیم می گردد. این پرسشنامه در مطالعات مختلف برای

فائزه صادقی و همکاران

معیار توصیف شد. نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. برای تعیین ارتباط بین نمره انزوای اجتماعی و نمره خطر سوء تغذیه از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای تعیین ارتباط بین صفات کیفی طبقه بندی شده از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. سطح معنی داری کلیه آزمون های آماری برابر ۰/۰۵ بود.

یافته ها

یافته ها نشان داد که میانگین سنی این افراد $66/63 \pm 5/45$ سال با دامنه سنی ۸۵-۶۱ سال می باشد. ۵۲ نفر (۵۱٪) از شرکت کنندگان مرد و بقیه (۴۹٪) زن بوده اند. ۴۲/۲ درصد از سالمندان دارای تحصیلات ابتدایی، ۸۲/۴ درصد سالمندان متاهل هستند که از این تعداد ۵۷/۸ درصد فارس و بقیه ترکمن (۱۱/۸٪) و سیستانی (۳۰/۴٪) هستند. نتایج مطالعه نشان داد که ۶۳/۷ درصد از سالمندان دارای بیماری زمینه ای و ۳۰/۴ درصد از سالمندان بیکار هستند. نتایج مطالعه ما نشان داد که ۵ نفر (۴/۹٪) از سالمندان دارای بیماری زمینه ای و ۴۲/۲٪ از سالمندان بیکار هستند مشخصات جمعیت شناختی در جدول ۱ آمده است.

ارزیابی وضعیت سوء تغذیه سالمندان مورد استفاده قرار گرفته و تأیید شده است. در ایران نیز این ابزار پس از استانداردسازی در جمعیت ایرانی مناسب تشخیص داده شده است (۲۴، ۲۵). معصومی و همکاران برای تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از اعتبار محتوا استفاده کردند که برای این منظور پرسشنامه در اختیار ۱۵ نفر از استادان و صاحب نظران دانشکده های پرستاری و مامایی شهید بهشتی رشت و تهران قرار گرفت پس از جمع آوری پیشنهادات و اعمال نظر اصلاحی، پرسشنامه نهایی تنظیم شد. برای بررسی پایایی آن از روش آزمون مجدد بر ۱۱ سالمند، استفاده و پایایی ابزار ۹۸ درصد محاسبه شد (۲۶). در مرحله بعد طبق پرسشنامه MNA قد و وزن بیمار اندازه گیری شد. (وزن بیمار با استفاده از ترازوی دیجیتال seca با دقت ۰/۱ kg در شرایط حداقل لباس و بدون کفش، و تعیین قد با استفاده از متر نواری با دقت ۰/۵ cm محاسبه شد) و سپس دور عضله ساق پا و بازو اندازه گیری شد.

داده ها بعد از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ شد. داده های حاصل از صفات کیفی با استفاده از جداول توزیع فراوانی و داده های حاصل از صفات کمی با محاسبه میانگین و انحراف معیار توصیف شد. نرمال بودن توزیع داده های حاصل از صفات کمی با محاسبه میانگین و انحراف

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مذکر	۵۲
	مونث	۴۹
میزان تحصیلات	ابتدایی	۴۳
	راهنمایی	۲۳
	دیپلم	۱۷
	فوق دیپلم	۶
وضعیت تاهل	لیسانس و بالاتر	۱۳
	متاهل	۸۴
	مطلقه	۱
قومیت	بیوه	۱۷
	فارس	۵۹
	ترکمن	۱۲
بیماری	سیستانی	۳۱
	دارد	۶۵
	ندارد	۳۷
شغل	بیکار	۴۳
	آزاد	۱۶
	کشاورزی	۲۱
	کارمند باز نشسته	۲۲

می باشند. آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین انزوای اجتماعی و وضعیت تغذیه سالمندان رابطه معنی داری وجود ندارد ($P=0/381$). جدول ۲. همچنین یافته نشان داده است که میانگین و انحراف معیار نمره حاصل از پرسشنامه انزوای اجتماعی لوین برای سالمندان برابر $4/38 \pm 18/10$ به دست آمد.

نتایج مطالعه ما نشان داد که تعداد ۵ نفر (۴/۹٪) از سالمندان دچار انزوای اجتماعی می باشند و از ۵ نفری که دارای انزوای اجتماعی می باشند همه دارای تغذیه نرمال هستند. بقیه سالمندان ۹۷ نفر (۹۵/۱٪) دچار انزوای اجتماعی نمی باشند و از ۹۷ نفری که انزوای اجتماعی ندارند ۱۳/۴ درصد دارای سوء تغذیه و ۲۲/۷٪ دارای خطر سوء تغذیه

جدول ۲: ارتباط بین انزوای اجتماعی با وضعیت تغذیه ای سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱

انزوای اجتماعی	سوء تغذیه	در معرض خطر سوء تغذیه	تغذیه نرمال	P-value
دارد	فراوانی	۰	۵	*۰/۳۸۱
	درصد	۰	۴/۹	
ندارد	فراوانی	۱۳	۶۲	
	درصد	۱۳/۴	۶۳/۹	

معناداری وجود ندارد ($P=0/560$). آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین تاهل و وضعیت انزوای اجتماعی و سوء تغذیه رابطه معناداری وجود ندارد، همچنین آزمون پیرسون نشان داد که بین قومیت و وضعیت تغذیه رابطه معنی داری وجود ندارد ($P=0/454$). همچنین آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین وضعیت تغذیه و بیماری رابطه معناداری وجود دارد ($P=0/59$). جدول ۳ رابطه بین ویژگی های جمعیت شناختی و متغیرهای انزوای اجتماعی و وضعیت تغذیه ای را نشان می دهد.

بر اساس نتایج این مطالعه، ۵/۸ درصد از سالمندان مرد دارای انزوای اجتماعی و ۴ درصد از سالمندان زن فاقد انزوای اجتماعی هستند. همچنین آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین انزوای اجتماعی و جنسیت سالمندان رابطه معناداری وجود ندارد. ($P=0/519$) و آزمون کای دو نشان داد بین وضعیت تغذیه سالمندان رابطه معنی داری وجود ندارد ($P=0/287$). آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین سطح تحصیلات و وضعیت تغذیه سالمندان رابطه معناداری وجود ندارد ($P=0/178$). همچنین آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین سطح تحصیلات و انزوای اجتماعی سالمندان رابطه

جدول ۳: ارتباط بین مشخصات جمعیت شناختی با انزوای اجتماعی و وضعیت تغذیه ای سالمندان تحت پوشش مراکز جامع سلامت شهر گرگان سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱

مشخصات دموگرافیک	انزوای اجتماعی		وضعیت تغذیه ای		P-value
	دارد	ندارد	سوء تغذیه	در معرض خطر سوء تغذیه	
جنسیت	مذکر	فراوانی	۳	۹	**۰/۲۶۹
		درصد	۵/۸	۱۷/۳	
	مونث	فراوانی	۲	۱۳	
		درصد	۴	۲۶	
میزان تحصیلات	ابتدایی	فراوانی	۲	۱۱	*۰/۵۹۳
		درصد	۴/۷	۲۵/۵	
	راهنمایی	فراوانی	۱	۴	
		درصد	۴/۳	۱۷/۴	
لباس و بالاتر	دیپلم	فراوانی	۱	۶	*۰/۶۱۴
		درصد	۵/۹	۳۵/۳	
	فوق دیپلم	فراوانی	۱	۰	
		درصد	۱۶/۷	۰	
لباس و بالاتر	فراوانی	۰	۱	*۰/۶۱۴	
	درصد	۰	۷/۷		

فائزه صادقی و همکاران

		۵۵	۱۷	۱۲	۷۹	۵	فراوانی	متاهل	
		۶۵/۵	۲۰/۲	۱۴/۳	۹۴/۵	۵/۵	درصد		
*۰/۶۸۸	*۰/۶۰۶	۱	۰	۰	۱	۰	فراوانی	مطلقه	وضعیت
		۱۰۰	۰	۰	۱۰۰	۰	درصد	تاھل	
		۱۱	۵	۱	۱۷	۰	فراوانی	بیوه	
		۶۴/۷	۲۹/۴	۵/۹	۱۰۰	۰	درصد		
		۲۸	۱۴	۷	۵۸	۱	فراوانی	فارس	
		۶۴/۴	۲۳/۷	۱۱/۹	۹۸/۳	۱/۷	درصد		
***۰/۴۰	*۰/۶۵	۱۰	۰	۲	۱۲	۰	فراوانی	ترکمن	قومیت
		۳/۸۳	۰	۷/۱۶	۱۰۰	۰	درصد		
		۱۹	۸	۴	۲۷	۴	فراوانی	سیستانی	
		۶۱/۳	۲۵/۸	۱۲/۹	۸۷/۱	۱۲/۹	درصد		
*۰/۰۵۹	*۰/۳۵۰	۳۹	۱۴	۱۲	۶۲	۲	فراوانی	دارد	بیماری
		۶۰	۲۱/۵	۱۸/۵	۹۶/۹	۳/۱	درصد	ندارد	
		۲۴	۱۳	۶	۴۱	۲	فراوانی	بیکار	
		۵۵/۸	۳۰/۲	۱۴	۹۵/۲	۴/۸	درصد		
		۱۳	۱	۲	۱۴	۲	فراوانی	آزاد	
		۸۱/۳	۶/۲	۱۲/۵	۸۷/۵	۱۲/۵	درصد		
*۰/۳۳۲	*۰/۳۰۶	۱۳	۴	۴	۲۰	۱	فراوانی	کشاورز	شغل
		۶۲	۱۹	۱۹	۹۵/۲	۴/۸	درصد		
		۱۷	۴	۱	۲۳	۰	فراوانی	کارمند باز	
		۷۷/۳	۱۸/۲	۴/۵	۱۰۰	۰	درصد	نشسته	

*آزمون دقیق فیشر، **کای دو، ***آزمون پیرسون

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر گرگان انزوای اجتماعی کمی دارند و میزان سوء تغذیه را متوسط گزارش کردند و افراد در معرض خطر سوء تغذیه رو به بالا می باشد یافته ها نشان داد بین انزوای اجتماعی و خطر سوء تغذیه ارتباط معناداری وجود ندارد.

مطالعه حاضر میزان انزوای اجتماعی در سالمندان را ۴/۹ درصد نشان داد، در مطالعه خراشادی زاده و همکاران (۱۴۰۲) نشان دادند که میزان انزوای اجتماعی در سالمندان ۴۷/۲ درصد بود که از این مقدار، ۳۳/۲ درصد در معرض خطر بودند و ۱۴ درصد نیاز به مداخله داشتند. همچنین وضعیت انزوای اجتماعی در سطح خانواده بهتر و کمتر از سطح دوستان بود (۲۷). مطالعه محمد نژاد و همکاران (۲۰۲۳). تنهایی و انزوای اجتماعی در سالمندان به علت از دست دادن همسر، ازدواج فرزندان، اختلال در تحرک، اختلال در بینایی و شنوایی می باشد (۲۸). مطالعه قربانی و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که انزوای اجتماعی در بین سالمندان فعال و غیر فعال ارتباط معنی داری دارد و سالمندان فعال

حمایت خانواده و دوستان بالاتری نسبت به سالمندان غیر فعال دارند (۲۹). از دلایل مغایرت می تواند فاصله گرفتن از دوران کووید و تغییراتی که در افزایش ارتباط و همچنین فرهنگ متفاوت باشد. مطالعه اسلامی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد، بین متغیرهای جنسیت، شغل، تحصیلات، سابقه سوء مصرف مواد، سابقه بیماری مزمن، مشکلات بینایی و محل سکونت با شیوع انزوای اجتماعی ارتباط معناداری وجود داشت و میزان انزوای اجتماعی ۵۹/۳ درصد بود (۳۰). در مطالعه حاضر بین فاکتورهای جنسیت، شغل، تحصیلات و بیماری با انزوای اجتماعی رابطه معنی داری وجود ندارد که از دلایل آن می تواند تفاوت در ابزار مورد استفاده شده مطالعه باشد. مطالعه حصاری و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که بین وضعیت تاھل و سطح تحصیلات و احساس تنهایی با وضعیت تغذیه سالمندان ارتباط معناداری وجود دارد ولی بین سن و جنس و هم خانگی با وضعیت تغذیه ارتباط معناداری وجود نداشته است (۳۱). یافته های این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر مغایرت دارد که دلیل آن می تواند وضعیت فرهنگی و قومیتی هر منطقه و تغییراتی که در طی این سال ها بعد از کرونا به وجود آمد و تفاوت در

(۳۵). نتایج مطالعه حاضر همسو با این مطالعه می باشد و طبق مطالعه حاضر ۲۱/۸ درصد افراد در معرض خطر سوء تغذیه می باشند. مطالعه Del Brutto OH (۲۰۲۲) نشان داد که ارتباط معنا داری بین خطر اجتماعی بالا و وضعیت تغذیه وجود دارد و افزایش سن و فشار بالا با وضعیت تغذیه ارتباط مستقیمی دارد (۳۶). مطالعه A.V. SCHORR و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد افراد مسن عرب سطح بالاتری از افسردگی، تنهایی و سوء تغذیه برخوردارند. شرکت کنندگان یهودی تحصیلات بیشتری را نسبت به شرکت کنندگان عرب دارا می باشند و احساس سوء تغذیه با احساس تنهایی و افسردگی ارتباط مستقیمی دارد و ارتباط معنا داری با جنسیت، سن، تحصیلات، و وضعیت تاهل ندارد (۳۷). نتایج همسو با مطالعه می باشد.

نتیجه گیری

اگر چه نتایج این مطالعه نشان داد که بین انزوای اجتماعی و سوء تغذیه در سالمندان ارتباط معنی داری وجود ندارد اما نسبت قابل توجهی از سالمندان دچار سوء تغذیه بودند، و از آن جایی که تغذیه عامل مهمی برای برخورداری از زندگی با کیفیت می باشد به نظر می رسد توجه برنامه ریزان حوزه سالمندی به این موضوع می تواند موجب ارتقاء زندگی سالمندان گردد.

سیاسگذاری

این مطالعه برگرفته از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد سالمندی دانشکده پرستاری مامایی گرگان بوده و در پایان، پژوهشگران این مطالعه از همکاری مرکز تحقیقات، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، کارکنان مراکز جامع سلامت و سالمندان عزیزی که ما را در این پژوهش یاری کردند، کمال سپاسگذاری را به عمل می آورند.

محل سکونت می باشد. مطالعه جعفری پور و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد بیش از نیمی از افراد از لحاظ وضعیت سوء تغذیه در وضعیت طبیعی (۶۹/۱٪) قرار داشتند (۳۲). مطالعه پایور و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند از ۲۵۴ سالمند، ۴۳ نفر (۱۶/۹٪) مبتلا به سوء تغذیه، ۹۵ نفر (۳۷/۴٪) در معرض خطر سوء تغذیه و ۱۱۶ نفر (۴۵/۷٪) دارای تغذیه طبیعی بودند. وضعیت تغذیه با سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، شغل، بیماری مزمن و مصرف بیش از ۳ دارو ارتباط معنا داری داشت. (۳۳). در حالی که در مطالعه حاضر وضعیت تغذیه با سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل، بیماری و شغل ارتباط معنا داری ندارد از دلایل مغایرت با مطالعه ما بستری بودن این سالمندان در بیمارستان می باشد که باعث افت وضعیت تغذیه، تضعیف روحیه و سایر متغیرها می شود همچنین در مطالعه حاضر هم فرهنگ و سبک زندگی متفاوت می باشد. مطالعه رضائی و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که وضعیت تغذیه ای اکثر سالمندان غیر نرمال می باشد و درصد قابل توجهی با کمبود ریز مغزی مواجه بودند. اغلب سالمندان بین ۶۰ الی ۷۵ سال و زن بودند و اکثر سالمندان (۵۹/۴٪) از نظر تغذیه در معرض خطر قرار داشتند و ۱۷/۸ درصد مبتلا به سوء تغذیه بودند و افراد با تغذیه نرمال برابر با ۲۲/۸ درصد بود. بین سن، جنس و طول اقامت در بیمارستان، بیماری و وضعیت تغذیه ای ارتباط معنا داری وجود نداشت و تنها بین فعالیت فیزیکی و وضعیت دندان با وضعیت تغذیه ای رابطه معناداری وجود داشت (۳۴). مطالعه رجبی و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که حدود ۲ درصد سالمندان مبتلا به سوء تغذیه بودند و تاهل، شغل، تحصیلات، و وضعیت زندگی با وضعیت تغذیه نمره معنی داری نداشت و سالمندانی که دارای شاخص توده بدنی نرمال بودند نسبت به سالمندان با اضافه وزن و چاق وضعیت بهتری را نشان داد و آمار خطر سوء تغذیه بالا می باشد،

Reference

1. Khodamoradi A, Hassanipour S, Daryabeigi Khotbesara R, Ahmadi B. The trend of population aging and planning of health services for the elderly: A review study. Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences. 2018;6(3):81-95.
2. Razeghi Nasrabad HB, Rashidi F. Physical and Mental Health Status of the Elderly in the Context of Age Structural Transition: A Study in

3. Seyfzadeh A, Hagighatian M, Mohajerani A. The Relationship Between Social Isolation and Health Among the Tehranian Elderly. J Educ Community Health. 2017;4(3):19-25. <https://doi.org/10.21859/jech.4.3.19>
4. Alahverdi M, Ahadi H, Khalatbari J. Prediction of Life Satisfaction based on Attitude to Illness and Feeling of Loneliness with the Mediation of

- Emotional Balance and Mental Endurance in the Elderly. *Islamic Life Style*. 2023;7(1):149-61.
5. Tümer A, Dönmez S, Gümüşsoy S, Balkaya NA. The relationship among aging in place, loneliness, and life satisfaction in the elderly in Turkey. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(2):822-9. <https://doi.org/10.1111/ppc.12855>
 6. Barakat MM, Elattar NF, Zaki HN. Depression, anxiety and loneliness among elderly living in geriatric homes. *American Journal of Nursing Research*. 2019;7(4):400-11.
 7. Boamah SA, Weldrick R, Lee TJ, Taylor N. Social Isolation Among Older Adults in Long-Term Care: A Scoping Review. *J Aging Health*. 2021;33(7-8):618-32. <https://doi.org/10.1177/08982643211004174>
 8. Gauthier A, Lagarde C, Mourey F, Manckoundia P. Use of Digital Tools, Social Isolation, and Lockdown in People 80 Years and Older Living at Home. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph19052908>
 9. Buffel T, Buffel, T., Rémillard-Boilard, S. and Phillipson, C. (2015) Social isolation among older people in urban areas. A review of the literature for the Ambition for Ageing Programme in Greater Manchester, Manchester: Manchester Institute for Collaborative Research on Ageing. 2015.
 10. Hannani S, Sarraf Shahri N, Sharifi R, Moradi majd P, Beiranvand Z, Kamboozia K, et al. The Impact of Covid-19 Pandemic on the Social Isolation of the Elderly: A Review Article. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2022;17(3):58-64.
 11. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(2):286-94. <https://doi.org/10.1111/ggi.12711>
 12. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr*. 2010;29(6):745-8. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2010.04.006>
 13. Ingham N, Labonté K, Dube L, Paquet C, Nielsen DE. A More Supportive Social Environment May Protect Against Nutritional Risk: A Cross-Sectional Analysis Using Data From the Canadian Longitudinal Study on Aging. *J Nutr*. 2023;153(6):1793-802. <https://doi.org/10.1016/j.tjnut.2023.01.020>
 14. Ganhão-Arranhado S, Póinhos R, Pinhão S. Determinants of Nutritional Risk among Community-Dwelling Older Adults with Social Support. *Nutrients*. 2023;15(11). <https://doi.org/10.3390/nu15112506>
 15. Mahmoodi Z, Rahimian-Boogar I, Talepasand S. The Prediction of Age-Related Cognitive Decline and Executive Functions Based on Social Isolation, Physical Activity and Nutritional Habits in Older Adults. *Aging Psychology*. 2024;9((437-54).
 16. Ghadimi R, Moradi Z, Sajadi P. Assessment of Nutritional Status and Associated Risk Factors in Older People. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2020;30(191):31-41.
 17. Barzegar F, Ilali ES, Enderami A, Yazdani-Charati J. Relationship between Nutritional Status with Self-esteem and Happiness in the Elderly in Health Centers in Amol, Iran 2023. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2024;34(232):109-22.
 18. Besora-Moreno M, Llauradó E, Tarro L, Solà R. Social and Economic Factors and Malnutrition or the Risk of Malnutrition in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*. 2020;12(3). <https://doi.org/10.3390/nu12030737>
 19. Kok WE, Haverkort EB, Algra YA, Mollema J, Hollaar VRY, Naumann E, et al. The association between polypharmacy and malnutrition(risk) in older people: A systematic review. *Clin Nutr ESPEN*. 2022;49:163-71. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2022.03.007>
 20. Aljohani SL. Assessment of factors predicting the nutritional status of geriatric people in Tabuk, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2025;14(1):268-75. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1683_23
 21. Novrouzi R, Ghaffari M, Sabouri M, Marashi T, Rakhshanderou S. Investigating the Effect of Self-care on the Nutritional Status of the Elderly by Structural Equation Modeling Analysis. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2023;18(1):46-59. <https://doi.org/10.32598/sija.2022.3368.1>
 22. Buffel, T., Rémillard-Boilard, S. and Phillipson, C. (2015) Social isolation among older people in urban areas. A review of the literature for the Ambition for Ageing Programme in Greater Manchester, Manchester: Manchester Institute for Collaborative Research on Ageing. 2015.

23. Tavakoli Ghouchani H, Lashkardoost H, Khankolabi M, Asghari D, Hekmatara E, Nabavi SH. Validity and Reliability of Persian Version of Lubben Social Network-6 Scale in Elderly Adult. North Khorasan University of Medical Sciences. 2020;12(2):64-9. <https://doi.org/10.52547/nkums.12.2.64>
24. Bahadori A, Houzuri M, Mohammadsalehi n. Assessment of the Nutritional Status of Elder People in Qom (Iran) 2014 -15. Qom Univ Med Sci J. 2020;14:34-43. <https://doi.org/10.52547/qums.14.10.34>
25. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? J Nutr Health Aging. 2006;10(6):466-85; discussion 85-7.
26. Masomy N, Jefroodi S, Ghanbari A, Kazemnejad E, Shojaei F, Rafiei A. Nutritional Status Assessment and Related Factors in the Retired Senile. Journal title. 2012;21(84):65-70.
27. Khorashadizade F, Sharifian E, Nabavi H, Gerivani T. Investigation of Social Isolation in the Elderly and its Related Factors. North Khorasan University of Medical Sciences. 2023;15(1):27-33. <https://doi.org/10.32592/nkums.15.1.27>
28. Mohammadnejad S, Bazzyar J, Karamelahi Z, Chehreh R, Daliri S. Corona virus and elderly social isolation: A systematic review. Iranina Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility. 2023;25(11):88-97.
29. Qorbani T, Hejazi Dinan P, Ahmadpour A. The Effect of Gender and Level of Physical Activity on Quality of Life and Sleep of Elderly in Kurdistan Province; One Year after Beginning of Social Isolation Caused by Coronavirus Pandemic. Journal of Gerontology. 2023;7(4):75-88.
30. Eslami R, Shahrokhi Z, Daneshfar M, Ghorbani Noghabi R, Hosseinpour B, Sadeghmoghadam L, et al. Study of social isolation and related factors in the elderly of gonabad city in 2022. Journal of Gerontology. 2023;8(1):41-50.
31. Sadeghi Hesari M, Shamsalinia A, Ghadimi R, Navabi N. The Relationship Between Loneliness and Nutritional Status in Older People Living in Ramsar City. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2020;9(2):642-50.
32. Jafaripour S, Omidvar N, Eini-Zinab H, Rezaei M, Rezazadeh A. Prevalence of Frailty and Its Relationships with Malnutrition in Elderly Living in Tehran City, 2021. Iranian Journal of Nutrition Sciences and Food Technology. 2023;17(4):19-29.
33. Payvar B, abbaszadeh A, estaki T, talebi ghane E, safavibayat Z. Nutritional status and associated factors in elderly hospitalized in cardiac care unit. Journal title. 2016;2(4):49-60. <https://doi.org/10.21859/jgn.2.4.49>
34. Rezaei O, Fattah Moghaddam L, Banihashem S, Arab Ghahestany D, Akhavan Zanjani H, Mansouri P, et al. Relationship of Health Status and Micronutrients Level With Nutritional Status of the Elderly With Psychological Disorders. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2022;17(2):218-31. <https://doi.org/10.32598/sija.2021.3154.2>
35. Rajabi S, Mansorian M, Azadi NA. Survey the Demographic Factors, Pattern and Nutritional Status of Elderly Referring to the Health Centers of Khodabandeh City in 2020. Journal of Health. 2023;14(1):67-78.
36. Del Brutto OH, Rumbea DA, Mera RM, Recalde BY, Sedler MJ. Social Determinants of Health (Social Risk) and Nutritional Status Among Community-Dwelling Older Adults Living in a Rural Setting: The Atahualpa Project. J Prim Care Community Health. 2022;1 3: 21501319221087866. <https://doi.org/10.1177/21501319221087866>
37. Schorr AV, Yehuda I, Tamir S. Ethnic Differences in Loneliness, Depression, and Malnutrition Among Older Adults During COVID-19 Quarantine. J Nutr Health Aging. 2021;25(3):311-7. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1540-z>