نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره نهم، شماره دوم، تابستان ۱۴۰۴، صفحات

خلاصه سیاستی

اصلاح تغذیه سالمندان در مراکز مراقبت بهداشتی اولیه، چالش‌ها و راهکارها

نازنین اصغری هنجنی[۱]، علیرضا اولیایی‌منش[۲]، گیتا شفیعی[۳]، میترا ذبیحی[۴]، لیلا آزادبخت*[۵]

۱. دانشجوی دکتری تخصصی علوم تغذیه، گروه تغذیه جامعه دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. استاد سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج، پژوهشکده علوم جمعیتی غدد، پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. کارشناس ارشد تغذیه بالینی، رییس گروه بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۵. *نویسنده مسئول: استاد گروه تغذیه جامعه دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، azadbakhtleila@gmail.com، l-azadbakht@tums.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۱۴

چکیده

رشد روزافزون جمعیت سالمند در ایران نیازمند اقدامات عاجل و کارامد در راستای کاهش و مدیریت بیماری‌های مرتبط با سالمندی برای افزایش کیفیت زندگی این افراد همسو با کاهش بار بیماری‌ها مزمن است. مدیریت برنامه غذایی و اثربخشی خدمات ارائه شده در سیستم مراقبت بهداشتی اولیه به عنوان خط اول بهداشتی کشور می‌تواند نقش مهمی در راستای این هدف مهم اجرا کند و به کاهش نابرابری در ارائه خدمات سلامتی منجر شود.

کلیدواژه‌ها: رژیم غذایی، سالمند، کیفیت زندگی، مراقبت بهداشتی اولیه

یکی از بزرگترین دستاوردهای بشر در قرن بیستم افزایش طول عمر افراد در سراسر جهان به‌ویژه در کشورهایی کم در آمد و با درآمد متوسط است. سازمان جهانی بهداشت افراد بالای ۶۰ سال را سالمند تلقی کرده و گزارش می‌کند که از سال ۲۰۱۵ تا سال ۲۰۵۰ تعداد افراد سالمند دو برابر شده و از ۱۲ درصد به ۲۲ درصد خواهد رسید. شایان ذکر است که ۸۰ درصد درصد این جمعیت در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط ساکن خواهند بود (۱، ۲). در ایران درصد افراد بالای شصت سال از ۵ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۸ درصد درسال ۲۰۱۵ رسیده و پیش‌بینی می‌شود این عدد به ۲۰ درصد در سال ۲۰۴۰ و حدود ۳۱ درصد تا سال ۲۰۵۰ یعنی چیزی حدود چهار برابر خواهد رسید (۳).

از این رو توجه به سالمندی سالم بیش از هر زمان دیگری احساس می‌شود. سازمان جهانی بهداشت سالمندی سالم را به عنوان فرایند ایجاد و حفظ توانایی‌هایی عملکردی برای داشتن زندگی سالم در سال‌های کهنسالی تعریف می‌کند و برای توجه بیشتر به امر سالمندی، دهه ۲۰۲۱ تا ۲۰۳۰ را دهه سالمندی سالم نامیده است (۱، ۴).

در کنار افزایش امید به زندگی باید توجه داشت که طیف وسیعی از بیماری‌ها و ناتوانی‌ها می‌تواند سال‌های عمر را تحت‌تأثیر قرار داده و از کیفیت زندگی بکاهد(۵). چراکه سالمندان به طور ویژه در معرض تغییرات گسترده در ترکیب بدن و عملکرد اندام‌ها هستند که منجر به بهبودی ضعیف از بیماری‌ها و کاهش توانایی‌های آن‌ها می‌شود(۶).

سوءتغذیه به معنی عدم جذب یا دریافت مواد مغذی منجر به تغییراتی در ترکیب بدن (کاهش توده بدون چربی)، توده سلولی بدن و در نتیجه کاهش عملکرد جسمی و ذهنی و پیش‌آگهی ضعیف‌تر بیماری‌ها می‌شود. از این نظر، وضعیت تغذیه‌ای مناسب بازتاب تعادل بین دریافت غذایی سالمند و نیازهای غذایی بدن او است. در همین راستا عادات غذایی نادرست به‌عنوان چهارمین عامل خطر قابل‌تعدیل با بیشترین تأثیر در ازدست دادن سال‌هایی زندگی سالم (۱۱/۴ درصد از کل مرگ‌ومیرها) به ویژه در جمعیت سالمند شناخته شده است (۷-۹) آمارها نشان می‌دهد که شیوع سوءتغذیه در سرتاسر جهان بین ۱۰ تا ۸۵ درصد در گروه‌های سنی مختلف متغیر است. بررسی سیستماتیک ۹۸ مطالعه با جمعیت ۷۹۹۷۶ نفر شیوع سوء تغذیه در سالمندان را ۱۸/۶ درصد گزارش کرد(۷). در رابطه با ایران مطالعات شیوع سوء تغذیه در سالمندان بین ۶۰ تا ۹۰ سال را به معنی کمبود وزن یا امتیاز پایین پرسشنامه ارزیابی وضع تغذیه ۱۰/۷ درصد گزارش کردند (۸).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

مطالعات نشان دادند کـه سـندرم هـای سـالمندی از قبیـل کـاهش عملکرد شناختی، خطر افتادگی، کـاهش وزن و از دسـت دادن اشـتها بـا تشخیص و اقدامات درمانی زودهنگام منجر به کاهش ناتوانی و مرگ‌ومیر می‌شود (۹). یک راه آسان برای شناسایی این موارد، غربالگری بیماران در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه و خانه‌هـای بهداشـت اسـت (۱۰). ایـن مراکز به عنوان اولین سطح دسترسی مردم، خانواده و جامعه بـا خـدمات سلامت شناخته می‌شوند. منظم بودن مشاوره با بیماران در این سیستم و توجهی که بیماران به توصیه‌های پزشکی دارنـد فرصـتی را بـرای مراکـز بهداشتی اولیه فراهم می‌کند تا نقش مهمی در ارتقـای سـلامت، کـاهش استفاده از منابع سیستم بهداشـتی و مقابلـه بـا مشـکلات آتـی جمعیـت سالخورده، از طریق شناسایی و درمان زودهنگام بیماران داشته باشد (۱۱). آنچه که برای مراجع سـالمند در مراکـز خـدمات جـامع سـلامت انجـام می‌شود شامل اندازه‌گیری قد و وزن و محاسبه شاخص توده بدنی (BMI) و پرکردن پرسشنامه ارزیابی وضعیت تغذیه و پرسشنامه کوتاه ارزیابی سـوء تغذیه توسط مراقب سلامت است که باتوجه به امتیاز به‌دست‌آمده افراد از پرسشنامه‌های مذکور، ارجاع به کارشناس تغذیه یا پزشک جهت مشاوره یا تجویز دارو انجام می‌شود. همچنین به تمام مراجعان مکمل کلسـیم ۵۰۰ میلی‌گرم برای ۳ ماه و سه مگادوز ویتامین D با دوز ۵۰/۰۰۰ داده می‌شود.

اما آنچه که بایـد بـه آن توجـه داشـت ایـن اسـت کـه ارائـه خـدمات کارشناس تغذیه به سالمندان در مراکز خدمات جامعه سلامت با چالش‌های متعددی روبه‌رو است کـه باتوجـه‌بـه رشـد روزافـزون جمعیـت سـالمند، و مشکلات زمینه‌ای همراه با سالمندی می‌تواند با پیامدهای منفـی متعـددی همراه باشد. از مهمترین چالش‌های موجود می توان موارد ذیل را نام برد:

ناکافی بودن نیروی انسانی کارشناس

پیش از هر چیز شاید باید به تعـداد افـراد تحـت پوشـش کارشـناس تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت اشاره کرد. اختصاص یک کارشناس تغذیه برای جمعیت حدود چهل هزار نفری در هر مرکـز خـدمات جـامع سلامت که خود چندین پایگاه سلامت را پوشش می‌دهد می‌تواند حکایت از نیاز به افزایش منابع انسانی باشد. اهمیت صرف وقت و توجه بیشـتر در سالمندان در بررسی وضعیت بالینی و تاریخچه دریافت‌های غذایی آنها نیاز به کارشناس مربوطه متخصص را پررنگ‌تر می‌کند.

نقش اثرگذار ناامنی غذایی خانوار

در بسیاری از موارد، مراجع سالمند متوجه اهمیـت تغذیـه و اصـلاح شیوه زندگی در راستای کاهش بار بیماری می‌شود و کارشـناس مربوطـه نقش خود را به خوبی ایفا می‌کند؛ اما متأسفانه نقش پررنگ ناامنی غذایی به هر دو شکل عدم دسترسی اقتصادی و فیزیکی به مواد غـذایی مـانع از تغییر و رسیدن به نتیجه مطلوب می‌شود.

موقعیت مکانی نامناسب مراکز

موقعیت مکانی مراکز و امکانات نامناسب ساختمان می تواند مـانع از مراجعه فرد سالمند به مرکز یا مراجعه به کارشناس تغذیه بعد از بررسـی اولیه توسط مراقب سلامت شود. از سـویی آگـاهی نداشـتن سـالمندان و اطلاع‌رسانی محدود مراکز به سالمندان تحت پوشش خود سهم مهمی در عدم برخورداری افراد از خدمات رایگان ارائه شده در مراکز خدمات جامع سلامت ایفا می‌کند. برنامه‌های پایشی که گاهی به مناسبت پیشـگیری از فشارخون یا دیابت به‌صورت همگانی در مراکز انجام می‌شود در بسیاری از موارد با استقبال ضعیف سالمندان مواجه شده که به دلیـل اطـلاع‌رسـانی ناکافی می‌باشد.

ناکارآمدی سیستم ارجاع

ارجاع به کارشناس تغذیه در اغلب مـوارد پـس از نیازسـنجی توسـط پزشک مستقر در مرکز انجام می‌شود. محدودیت زمانی، فشار کاری بـالا، عدم وجود فرم مناسب ارزیـابی خطـر از عـواملی هسـتند کـه ارجـاع بـه کارشناس تغذیه را محدود می‌کند و رونـد درمـانی ممکـن اسـت عمـدتاً به‌صورت دارودرمانی ادامه یافته و سهم به سزای رژیم‌درمانی در مـدیریت بیماری‌های مورد غفلت قرار گیرد (۵).

ناآگاهی سالمندان از اهمیت تغذیه سالم

نداشتن آگاهی در رابطه بااهمیت تغذیه سالم در افزایش طـول عمـر منجر به عدم مطالبه‌گری یا مراجعه سالمندان برای مشاور تغذیه می‌شود. مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) بیان می‌کند که تصمیم‌گیری در رفتارهـای سلامتی به باورها و ادراک افراد از بیماری‌ها و پیامدهای آن بسیار وابسته است. براساس این مدل برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه نخست افراد بایـد احساس خطر نمایند و در ادامه شدت خطر را درک کنند، با مزایای انجام رفتارهای پیشگیرانه آشنا شوند و با علایم مثبتی که از محیط اطراف خود دریافت می‌کنند، با مشکلات و موانع مرتبط با انجام رفتار سالم آشنا شده، و خود را نیز قادر به انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده بدانند، تا در نهایت به سمت تغییر رفتار سوق پیدا کنند.

عدم توجه به مهارت‌آموزی

نخستین گام در تدوین برنامه‌های آموزشی و ارتقا توانایی افـراد یـک سازمان نیازسنجی و در ادامـه اولویـت‌بنـدی آن‌هـا اسـت. ازآنجـایی‌کـه باارزش‌ترین دارایی یک سازمان نیروی انسانی آن است، برنامه‌هایی که در راستای ارتقای توانایی آن‌ها تعریف می‌شود می‌تواند به صورت یکپارچه به قدرتمند کردن یک سازمان بیانجامد. در سیستم بهداشـتی ایـن افـزایش تخصص با بهره‌وری بهتر افراد، می‌تواند از بروز بیماری‌ها جلوگیری کرده و هزینه‌های سیستم بهداشتی را در سطح کلان کاهش دهد. نیـاز آمـوزش

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

کارشناسان تغذیه با محتوای به روز و کـاربردی (مهـارت‌افزایـی) فراتـر از کتب مرجع احساس می‌شود.

عدم توجه به برنامه‌های غربالگری و ارزیابی تغذیه

بـا توجـه بـه وجـود توامـان چنـدین بیمـاری در سـنین بـالا، بی‌اشتهایی، مشکلات بلع و جویدن، همراهی مشـکلات شـناختی و افسردگی که همگی نیازمنـد مداخلـه فـوری در راسـتای مـدیریت تغذیه است. اهمیـت غربـالگری بـه موقـع بـیش از پـیش احسـاس می‌شود که در صورت عدم مراجعه به موقع زمان طلایی مداخلـه از دست می‌رود. آنچه که جای خالی آن بیش از پیش احساس می‌شود نبود و یا اجرا نشدن برنامه‌های منظم غربالگری است.

عدم پیگیری مراجعه منظم افراد

پیگیری منظم ماهانه برای مراجعه افراد سالمند، می‌تواند نقطه عطفی در رسیدن به نقاط اثر بخش است. محدودیت زمـانی و انسـانی در مراکـز خدمات جامع سلامت منجر می‌شود تا توجـه کـافی بـه پیگیـری مـنظم سالمندان نشده وبررسی اثربخشی خدمات را با مشکل مواجه کند.

عدم توجه به وضعیت مکمل یاری

اجرای مدل مکمل یاری با سه مگادوز ویتامین D بدون بررسی سطح خونی در کلیـه افـراد مراجعـه کننـده و بررسـی دریافـت‌هـای غـذایی و بیماریهای می‌تواند بسیار مشکل‌زا باشد. به خصوص که با توجـه بـه نـوع عرضه آن مصرف مداوم این نوع مکمل در بعضی افراد دیده می‌شود.

اهداف کلی سیاست‌گذاری

- شناسایی نقاط آسیب‌پذیر سیستم مراقبـت بهداشـتی اولیـه در ارائـه خدمات کارشناس تغذیه؛
- ارتقای سلامت سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت؛
- کاهش هزینه‌ها و اسـتفاده از منـابع سیسـتم بهداشـتی و مقابلـه بـا مشکلات آتی جمعیت سالخورده.

راهبردهای اجرایی

۱. افزایش نیروی کارشناس تغذیه به منظور خدمات‌رسانی بهتر؛
۲. شناسایی و ارائه بسته‌های حمایتی در افراد در معرض خطر یـا دچـار ناامنی غذایی به منظور رسیدن به نتیجه مطلوب بعد از مشاوره رژیـم درمانی و اطمینان از توزیع متعادل آن؛
۳. تسهیل دسترسی سالمندان به مشاور تغذیه در افراد دچـار مشـکلات حرکتی در زمان مراجعه؛
۴. اطلاع‌رسانی گسترده به کمک تماس تلفنی، فضای مجـازی و ارسـال پیامک به جهت آگاهی افراد از خدمات دوره‌ای یا مناسبتی مراکز؛
۵. تغییر و ارتقا سیستم ارجاع به کارشناس تغذیه به منظور اطمینـان از مراجعه افراد و گرفتن مشاوره تخصصی تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت؛
۶. ارائه برنامه‌های آموزشی با محتوای به روز و هماهنگ و از پیش تعیین شده براساس مدل باور بهداشتی به صورت منظم در مراکز گردهمایی سالمندان به منظور بهره‌وری حداکثری؛
۷. حمـات‌طلبـی دیگـر سـازمان‌هـا همچـون صـداو سـیما بـه منظـور اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی؛
۸. آموزش مستمر کارشناس تغذیه براساس نیاز علمی آنهـا در راسـتای ارائه مشاوره تخصصی‌تر متناسب با شرح حال بیمـار و بیمـاری‌هـای درگیر با آن؛
۹. غربالگری مستمر سالمندان به منظور شناسایی افراد در معرض خطر؛
۱۰. تدوین و ارائـه نسـخه‌هـای الکترونیـک غربـالگری وضـعیت سـلامت سالمندان با امکان اتصال به مراکز خدمات جامع سلامت تا بدون نیاز به مراجعه حضوری افراد در صورت عدم کسب حـداقل امتیـاز اقـدام عاجل صورت گیرد؛
۱۱. اولویت دادن به پیگیری منظم مراجعه ماهانه سـالمندان تـا حصـول نتیجه مورد نظر با ارسال پیامک یـا تمـاس تلفنـی براسـاس جـداول زمان‌بندی و سازمان یافته؛
۱۲. تغییر رویکرد مکمل یاری در رابطه با کلسیم و ویتـامین D بـه دلیـل خطرات بالقوه موجود و لزوم بررسی تاریخچه دریافت غذایی.

منابع

1. World Health Organization. *Ageing and health*. 2018. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health
2. Béjot Y, Yaffe K. Ageing Population: A Neurological Challenge. Neuroepidemiology 2019; 52(1-2): 76-77.
3. Mehri N, Messkoub M, Kunkel S. Trends, Determinants and the Implications of Population Aging in Iran. Ageing Int 2020; 45: 327–343.
4. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. PLoS One 2014 Jul 21; 9(7): e102149.
5. Matison AP, Milte CM, Shaw JE, Magliano DJ, Daly RM, Torres SJ. Association between dietary protein intake and changes in health-related quality of life in older adults: findings from the AusDiab 12-year prospective study. BMC Geriatr 2022 Mar 16; 22(1): 211.
6. Visvanathan R. Under-nutrition in older people: a serious and growing global problem! J Postgrad Med 2003 Oct-Dec; 49(4): 352-60.
7. Zügül Y, van Rossum C, Visser M. Prevalence of Undernutrition in Community-Dwelling Older Adults in The Netherlands: Application of the SNAQ65+ Screening Tool and GLIM Consensus Criteria.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]

Nutrients 2023 Sep 9; 15(18): 3917.
8. Khaleghi AA, Abdullahi A, Hosseinian-Far A. Salari N, Mohammadi M. The prevalence of malnutrition in Iranian older adults: a systematic review and meta-analysis. J Public Health (Berl.) 2025; 33: 329–336.
9. Morley JE. Rapid Geriatric Assessment: Secondary Prevention to Stop Age-Associated Disability. Clin Geriatr Med 2017 Aug; 33(3): 431-440.
10. Murphy J, Mayor A, Forde E. Identifying and treating older patients with malnutrition in primary care: the MUST screening tool. Br J Gen Pract 2018 Jul; 68(672): 344-345.
11. Bhattarai N, Prevost AT, Wright AJ, Charlton J, Rudisill C, Gulliford MC. Effectiveness of interventions to promote healthy diet in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Public Health 2013 Dec 20; 13: 1203.

Policy Brief

Elderly Nutrition Management in Primary Health Care Centers: Challenges and Solutions

, Alireza Olyaee Manesh[2], Leila Azadbakht[5*]

1.
2. Associate Professor, National Institute of Health Research and Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3.
4.
5. ***Corresponding Author**: Professor, Department of Community Nutrition, School of Nutritional Sciences and Dietetics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, azadbakhtleila@gmail.com, l-azadbakht@tums.ac.ir

Abstract

The rapidly growing elderly population in Iran necessitates urgent and effective measures to reduce and manage aging-related diseases, improving the quality of life for older adults and decreasing the burden of chronic illnesses. Nutritional management and the effectiveness of services provided within the primary health care system, as the first line of the country's health services, can play a significant role in achieving this crucial goal and help reduce inequality in the delivery of health services.

Keywords: Aged, Diet, Primary Health Care, Quality of Life

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-23]