

# خلاصه سیاستی

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

نازنین اصغری هنجنی<sup>۱</sup>، علیرضا اولیایی منش<sup>۲</sup>، گیتا شفیعی<sup>۳</sup>، میترا ذبیحی<sup>۴</sup>، لیلیا آزادبخت<sup>۵\*</sup>

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، 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، azadbakht@tums.ac.ir، azadbakhtleila@gmail.com

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۵/۱۴

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹

### چکیده

رشد روزافزون جمعیت سالمند در ایران نیازمند اقدامات عاجل و کارآمد 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 کشورهای کم درآمد 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 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 در سال 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 تحت تأثیر 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).

### موقعیت مکانی نامناسب مراکز

موقعیت مکانی مراکز و امکانات نامناسب ساختمان می تواند مانع از مراجعه فرد سالمند به مرکز یا مراجعه به کارشناس تغذیه بعد از بررسی اولیه توسط مراقب سلامت شود. از سویی آگاهی نداشتن سالمندان و اطلاع رسانی محدود مراکز به سالمندان تحت پوشش خود سهم مهمی در عدم برخورداری افراد از خدمات رایگان ارائه شده در مراکز خدمات جامع سلامت ایفا می کند. برنامه های پایشی که گاهی به مناسبت پیشگیری از فشارخون یا دیابت به صورت همگانی در مراکز انجام می شود در بسیاری از موارد با استقبال ضعیف سالمندان مواجه شده که به دلیل اطلاع رسانی ناکافی می باشد.

### ناکارآمدی سیستم ارجاع

ارجاع به کارشناس تغذیه در اغلب موارد پس از نیازسنجی توسط پزشک مستقر در مرکز انجام می شود. محدودیت زمانی، فشار کاری بالا، عدم وجود فرم مناسب ارزیابی خطر از عواملی هستند که ارجاع به کارشناس تغذیه را محدود می کند و روند درمانی ممکن است عمدتاً به صورت دارودرمانی ادامه یافته و سهم به سزای رژیم درمانی در مدیریت بیماری های مورد غفلت قرار گیرد (۵).

### ناآگاهی سالمندان از اهمیت تغذیه سالم

نداشتن آگاهی در رابطه با اهمیت تغذیه سالم در افزایش طول عمر منجر به عدم مطالبه گری یا مراجعه سالمندان برای مشاور تغذیه می شود. مدل اعتقاد بهداشتی (HBM) بیان می کند که تصمیم گیری در رفتارهای سلامتی به باورها و ادراک افراد از بیماری ها و پیامدهای آن بسیار وابسته است. براساس این مدل برای اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه نخست افراد باید 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 می کنند، با مشکلات و موانع مرتبط با انجام رفتار سالم آشنا شده، و خود را نیز قادر به انجام رفتارهای پیشگیری کننده بدانند، تا در نهایت به سمت تغییر رفتار سوق پیدا کنند.

### عدم توجه به مهارت آموزی

نخستین گام در تدوین برنامه های آموزشی و ارتقا توانایی افراد یک سازمان نیازسنجی و در ادامه اولویت بندی آن ها است. از آنجایی که با ارزش ترین دارایی یک سازمان نیروی انسانی آن است، برنامه هایی که در راستای ارتقای توانایی آن ها تعریف می شود می تواند به صورت یکپارچه به قدرتمند کردن یک سازمان بیانجامد. در سیستم بهداشتی این افزایش تخصص با بهره وری بهتر افراد، می تواند از بروز بیماری ها جلوگیری کرده و هزینه های سیستم بهداشتی را در سطح کلان کاهش دهد. نیاز آموزش

مطالعات نشان دادند که سندرم های سالمندی از قبیل کاهش عملکرد شناختی، خطر افتادگی، کاهش وزن و از دست دادن اشتها با تشخیص و اقدامات درمانی زودهنگام منجر به کاهش ناتوانی و مرگومیر می شود (۹). یک راه آسان برای شناسایی این موارد، غربالگری بیماران در مراکز مراقبت های بهداشتی اولیه و خانه های بهداشت است (۱۰). این مراکز به عنوان اولین سطح دسترسی مردم، خانواده و جامعه با خدمات سلامت شناخته می شوند. منظم بودن مشاوره با بیماران در این سیستم و توجهی که بیماران به توصیه های پزشکی دارند فرصتی را برای مراکز بهداشتی اولیه فراهم می کند تا نقش مهمی در ارتقای سلامت، کاهش استفاده از منابع سیستم بهداشتی و مقابله با مشکلات آتی جمعیت سالخورده، از طریق شناسایی و درمان زودهنگام بیماران داشته باشد (۱۱). آنچه که برای مراجع سالمند در مراکز خدمات جامع سلامت انجام می شود شامل اندازه گیری قد و وزن و محاسبه شاخص توده بدنی (BMI) و پرکردن پرسشنامه ارزیابی وضعیت تغذیه و پرسشنامه کوتاه ارزیابی سوء تغذیه توسط مراقب سلامت است که باتوجه به امتیاز به دست آمده افراد از پرسشنامه های مذکور، ارجاع به کارشناس تغذیه یا پزشک جهت مشاوره یا تجویز دارو انجام می شود. همچنین به تمام مراجعان مکمل کلسیم ۵۰۰ میلی گرم برای ۳ ماه و سه مگادوز ویتامین D با دوز ۵۰/۰۰۰ داده می شود. اما آنچه که باید به آن توجه داشت این است که ارائه خدمات کارشناس تغذیه به سالمندان در مراکز خدمات جامع سلامت با چالش های متعددی روبه رو است که باتوجه به رشد روزافزون جمعیت سالمند، و مشکلات زمینه ای همراه با سالمندی می تواند با پیامدهای منفی متعددی همراه باشد. از مهمترین چالش های موجود می توان موارد ذیل را نام برد:

### ناکافی بودن نیروی انسانی کارشناس

پیش از هر چیز شاید باید به تعداد افراد تحت پوشش کارشناس تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت اشاره کرد. اختصاص یک کارشناس تغذیه برای جمعیت حدود چهل هزار نفری در هر مرکز خدمات جامع سلامت که خود چندین پایگاه سلامت را پوشش می دهد می تواند حکایت از نیاز به افزایش منابع انسانی باشد. اهمیت صرف وقت و توجه بیشتر در سالمندان در بررسی وضعیت بالینی و تاریخچه دریافت های غذایی آنها نیاز به کارشناس مربوطه متخصص را پررنگ تر می کند.

### نقش اثرگذار ناامنی غذایی خانوار

در بسیاری از موارد، مراجع سالمند متوجه اهمیت تغذیه و اصلاح شیوه زندگی در راستای کاهش بار بیماری می شود و کارشناس مربوطه نقش خود را به خوبی ایفا می کند؛ اما متأسفانه نقش پررنگ ناامنی غذایی به هر دو شکل عدم دسترسی اقتصادی و فیزیکی به مواد غذایی مانع از تغییر و رسیدن به نتیجه مطلوب می شود.

### راهبردهای اجرایی

۱. افزایش نیروی کارشناس تغذیه به منظور خدمات‌رسانی بهتر؛
۲. شناسایی و ارائه بسته‌های حمایتی در افراد در معرض خطر یا دچار ناامنی غذایی به منظور رسیدن به نتیجه مطلوب بعد از مشاوره رژیم درمانی و اطمینان از توزیع متعادل آن؛
۳. تسهیل دسترسی سالمندان به مشاور تغذیه در افراد دچار مشکلات حرکتی در زمان مراجعه؛
۴. اطلاع‌رسانی گسترده به کمک تماس تلفنی، فضای مجازی و ارسال پیامک به جهت آگاهی افراد از خدمات دوره‌ای یا مناسبتی مراکز؛
۵. تغییر و ارتقا سیستم ارجاع به کارشناس تغذیه به منظور اطمینان 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. حمایت‌طلبی دیگر سازمان‌ها همچون صدا و سیما به منظور اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی؛
۸. آموزش مستمر کارشناس تغذیه براساس نیاز علمی آنها در راستای ارائه مشاوره تخصصی‌تر متناسب با شرح حال بیمار و بیماری‌های درگیر با آن؛
۹. غربالگری مستمر سالمندان به منظور شناسایی افراد در معرض خطر؛
۱۰. تدوین و ارائه نسخه‌های الکترونیکی غربالگری وضعیت سلامت سالمندان با امکان اتصال به مراکز خدمات جامع سلامت تا بدون نیاز به مراجعه حضوری افراد در صورت عدم کسب حداقل امتیاز اقدام عاجل صورت گیرد؛
۱۱. اولویت دادن به پیگیری منظم مراجعه ماهانه سالمندان تا حصول نتیجه مورد نظر با ارسال پیامک یا تماس تلفنی براساس جداول زمان‌بندی و سازمان یافته؛
۱۲. تغییر رویکرد مکمل یاری در رابطه با کلسیم و ویتامین D به دلیل خطرات بالقوه موجود و لزوم بررسی تاریخچه دریافت غذایی.

کارشناسان تغذیه با محتوای به روز و کاربردی (مهارت‌افزایی) فراتر از کتب مرجع احساس می‌شود.

### عدم توجه به برنامه‌های غربالگری و ارزیابی تغذیه

با توجه به وجود توامان چندین بیماری در سنین بالا، بی‌اشتهایی، مشکلات بلع و جویدن، همراهی مشکلات شناختی و افسردگی که همگی نیازمند مداخله فوری در راستای مدیریت تغذیه است. اهمیت غربالگری به موقع بیش از پیش احساس می‌شود که در صورت عدم مراجعه به موقع زمان طلایی مداخله 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 زمانی و انسانی در مراکز خدمات جامع سلامت منجر می‌شود تا توجه کافی به پیگیری منظم سالمندان نشده و بررسی 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 کلیه افراد مراجعه کننده و بررسی دریافت‌های غذایی و بیماری‌های می‌تواند بسیار مشکل‌زا باشد. به خصوص که با توجه به نوع عرضه آن مصرف مداوم این نوع مکمل در بعضی افراد دیده می‌شود.

### اهداف کلی سیاست‌گذاری

- شناسایی نقاط آسیب‌پذیر سیستم مراقبت بهداشتی اولیه در ارائه خدمات کارشناس تغذیه؛
- ارتقای سلامت سالمندان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت؛
- کاهش هزینه‌ها و استفاده از منابع سیستم بهداشتی و مقابله با مشکلات آتی جمعیت سالخورده.

### 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.

- 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 Olyaei Manesh<sup>2</sup>,

Leila Azadbakht<sup>5\*</sup>

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