Factors Affecting Nutritional Behaviors of ageing population based on BASNEF Model: Sanandaj, Iran,

Hazavehei SMM[1] ، Faghih solaimani P[*2] ، Moeini B[3] ، soltanian AR[4]

Abstract

Introduction and purpose: Aging is a natural an inevitable phenomenon of life. However, the elderly can maintain their physical and psychological health by taking appropriate nutritional behaviors throughout the life. One of the most complete hybrid models to study and identify behaviors for creating a new behavior in the community is BASNEF Model. Therefore, this study was conducted to identify influencing factors on improvement of healthy nutritional behaviors among elderly in Sanandaj, Iran.

Materials and Methods: This was a descriptive and analytical study, which was conducted based on the BASNEF Model on 150 aged people at 18 health centers of Sanandaj, Iran in 2014. Participants were recruited using simple random sampling method. We used a self-developed questionnaire including demographic characteristics using BASNEF model. Data were analyzed by SPSS version 16 using Spearman and Fisher's exact test.

Findings: Findings indicated that attitude regarding behavior (r=0.292, p=0.002), enabling factors (r=0.30, p=0.001), and behavioral intention (r=0.301, p=0.001) were significantly correlated with healthy nutritional behaviors of elderly. However, knowledge, behavioral assessment, and abstract norms had no significant correlation with healthy nutritional behaviors of elderly women. Therefore, physicians were identified as the most effective factor on proper nutritional behavior among the elderly.

Conclusion: According to the results of this study, promoting intention and attitude regarding behavior and enabling factors were influential factors to improve healthy eating among elderly. Therefore, it is recommended to improve dietary status of elderly using nutrition educational interventions.

Keywords: Elderly, Nutrition, Behavior , BASNEF model.

Received: 2015/12/3 Accepted: 2016/02/9

Copyright © 2018 Quarterly Journal of Geriatric Nursing.This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License(http://creativecommons.org/licenses/by /4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

1- Professor of Health Education Health Center , Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
2- Master in Health Education, kurdistan University of Medical Sciences, kurdistan, Iran.
(**Corresponding Author):E-mail:** pari.solaymani@yahoo.com
3 -PhD in Health education, Social determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
4 -Modeling of Non-Communicable Diseases Research Center and Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

بررسی عوامل موثر بر رفتارهای تغذیه ای سالمندان شهر سنندج با استفاده از مدل بزنف

سید محمد مهدی هزاوه یی[۱]، پرشنگ فقیه سلیمانی *[۲]، بابک معینی[۳]، علیرضا سلطانیان[۴]

تاریخ دریافت مقاله: ۹/۱۲ /۱۳۹۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۲۰

چکیده

مقدمه و هدف : سالمندی پدیده ای طبیعی است که نمی‌توان از آن پیشگیری نمود ، ولی می‌توان با رعایت اصول تغذیه صحیح در تمام دوران زندگی، سلامت جسمی و روحی خود را برای سالمندی حفظ کرد. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل موثر بر بهبود و افزایش رفتارهای تغذیه ای سالم در سالمندان شهرسنندج انجام گردید.

مواد و روش ها : مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی می باشد که بر روی ۱۵۰ نفر سالمند در مراکز بهداشتی درمانی شهری سنندج بر مبنای مدل بزنف انجام گرفت. سالمندان بصورت تصادفی ساده وارد مطالعه شدند، پرسشنامه محقق ساخته شامل اطلاعات جمعیت شناختی و سازه های مدل بزنف بود که به صورت خود گزارش دهی و از طریق مصاحبه با سالمند توسط محقق تکمیل شد. داده های به دست آمده با نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون های اسپیرمن و فیشر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: برآورد کلی نتایج نشان داد که تنها نگرش نسبت به رفتار (P=۰.۰۰۲ وr=۰/۲۹۲) ، عوامل قادرکننده (P=۰.۰۰۱ و r=۰/۳۰۷) و قصد رفتار (P=۰.۰۰۱ وr=۰/۳۰۱) با رفتار تغذیه ای سالم سالمندان ارتباط معنادار داشتند و سازه هایی مانند آگاهی ، باور نسبت به ارزیابی رفتار و نرم انتزاعی با رفتار تغذیه ای سالم سالمندان مورد مطالعه همبستگی معنادار نداشتند(P≥۰/۰۵) .پزشک به عنوان قویترین عامل تاثیر گذار بر انجام رفتار تغذیه ای سالم درسالمندان شناخته شد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، از عوامل مهم در بهبود تغذیه سالم سالمندان افزایش قصد و نگرش نسبت به رفتار و عوامل قادر کننده بود . لذا ضرورت و نیاز به انجام مداخلات آموزشی تغذیه سالمندان با هدف بهبود و اصلاح رژیم غذایی پیشنهاد می شود.

کلید واژه: سالمند، تغذیه، رفتار ، مدل بزنف

۱- دکتری آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی،دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲- کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، مرکزبهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
(**نویسنده مسؤول**). **پست الکترونیکی:**pari.solaymani@yahoo.com
۳- دکتری آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴- دکتری تخصصی آمار زیستی، مرکز تحقیقات مدل سازی بیماریهای غیر واگیر و گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی ، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

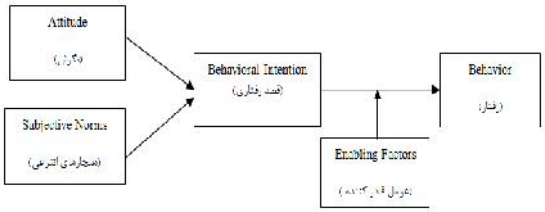
مقدمه

تغذیه سالم در دوره سالمندی موضوع مهمی است که در کشورهای درحال توسعه توجه کمی به آن شده است (۱). تامین سلامت سالمندان به عنوان یکی از مهم‌ترین گروههای آسیب پذیر جامعه از اولویت های بهداشتی جامعه است (۲). گزارش آماری سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ میلادی سن ۶۰ سال و بالاتر به عنوان سالمند در نظرگرفته است (۲). حدود۷۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می دهد و تا سال ۲۰۲۰ این رقم به بیش از یک میلیارد نفر خواهد رسید . درکشور ما براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۷۵ سالمندان حدود ۶/۶ درصد کل جمعیت را شامل می شدند که این رقم در سال ۸۵ این میزان به ۷/۳ درصد رسید و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴/۹درصد برسد (۳). سازمان بهداشت جهانی دوره سالمندی را به سه گروه ۶۰ تا ۷۵ به عنوان سالمند ، ۷۶ تا۹۰ به عنوان سالخورده ، و سن ۹۱ و بالاتر به عنوان کهنسال تقسیم بندی نموده است. دوره سالمندی به جهت فراگیری و آمادگی آنها برای دوره بعدی دارای اهمیت می باشد. اثر بخشی برنامه های آموزش تغذیه در تغییر رفتارهای تغذیه ای سالمندان، در صورت بررسی و شناسایی تغذیه ای امکان پذیر است (۴). عدم رعایت تغذیه سالم بر میزان مرگ، ناتوانی وکیفیت زندگی سالمندان تاثیر بسزایی دارد (۵). نامطلوب بودن وضعیت تغذیه سالمندان زمینه را برای بسیاری از بیماریها از جمله استئوآرتریت ، دیابت ، بیماریهای قلب و عروق و افرایش فشارخون مساعد نموده و مشکلات بسیاری را در عرصه های اقتصادی ، بهداشتی و اجتماعی بوجود می آورد که مقابله با آن نیازمند برنامه ریزی دقیق خواهد بود (۶). تغذیه نامناسب به عنوان یک مشکل شایع در سالمندان، قابل شناسایی، پیشگیری و بهبود است (۷). مطالعات گوناگون نشان داده اند که سالمندان رفتارهای تغذیه ای نامطلوب دارند و از وضعیت تغذیه ای مناسبی برخوردار نیستند(۱۱– ۸)، برای بررسی تحلیل رفتارهای تغذیه ای لازم است از مدل های آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت استفاده نمود (۱۲). یکی از مدلهایی که دراین مورد می توان بهره گرفت ، مدل بزنف می باشد، که از ترکیب دو مدل پرسید[1] و قصد رفتاری حاصل شده است. از این مدل به منظور مطالعه رفتار و برنامه ریزی جهت تغییر آن و تعیین عواملی که در تصمیم گیری افراد برای انجام رفتار موثر هستند بکار گرفته می شود (۱۳). این مدل نقطه شروع برای تحلیل رفتار فردی شخص است. جان هابلی مدل بزنف را از باورها، نگرش ها، هنجارهای انتزاعی همراه با ترکیبی از رویکرد فیش بین و مفهوم عوامل قادر کننده که توسط لارنیس گرین مطرح شده است را با هم ترکیب و این مدل را ارائه نموده است (۱۴). در مطالعه ساکا و همکاران با عنوان سوءتغذیه و ارتباط آن با دیگر سندرم سالمندان در سال ۲۰۱۰ در ترکیه انجام شد، نشان داد که ۴۴٪ سالمندان دچار سوءتغذیه ، ۳۱٪ در معرض ابتلا به سوء تغذیه بودند. و آنها همچنین دریافتند که سالمندان مبتلا به بیماری هایی از جمله افسردگی، بی اختیاری ادرار و کاهش عملکرد شناختی ، وضعیت تغذیه ای نا مناسبتری داشتند . بعلاوه، خطر ابتلا به سوء تغذیه ارتباط مثبت با تعداد سندرم در سالمندان از جمله افسردگی و آلزایمر داشته است (۱۵). از آنجایی که وضعیت تغذیه بر سلامتی و توانایی افراد موثر است و دریافت نامناسب مواد غذایی در دوران سالمندی علاوه بر ایجاد کمبود

1- precede

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

های تغذیه ای موجب تسریع در پیدایش بسیاری از اختلالات خاص این دوران شده و موجب ارائه حجم وسیعی از خدمات درمانی و مراقبتی می گردد (۱۶). بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل موثر برانجام رفتارهای تغذیه ای سالم در سالمندان شهر سنندج انجام شد.



شکل ۱: شمای کلی مدل یزلف

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع توصیفی- تحلیلی و به صورت مقطعی بود که بهار و تابستان سال ۹۳ بر روی ۱۵۰ سالمند تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری سنندج که مایل به شرکت در مطالعه بودند، انجام گرفت. معیارهای ورود به این مطالعه سن ۶۰ سال و بالاتر ،نداشتن مشکل ذهنی و یا آلزایمر، نداشتن بیماری خاص ، تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری و رضایت آگاهانه وکتبی حضور در مطالعه بود. به کلیه سالمندان شرکت کننده توضیح داده شد که شرکت در این پژوهش اختیاری است وکلیه اطلاعات ثبت شده درپرسش نامه ها بدون نام بوده و محرمانه خواهد ماند. از پرسشنامه محقق ساخته برای جمع آوری داده ها استفاده شد. این پرسشنامه شامل دو بخش بود: بخش اول مشخصات دموگرافیک، بخش دوم مشتمل بر سنجش آگاهی (۲۰ سوال سه گزینه ای با مقیاس بلی، خیر، نمی دانم)، باور (۶ سوال) ، نگرش (۸ سوال) ، اعتقادات هنجاری (۱۶ سوال)، هنجارهای انتزاعی (۱۶سوال)، عوامل قادرکننده (۶ سوال)، قصد رفتاری(۵ سوال) ، برای سنجش آگاهی به پاسخ صحیح یک و به پاسخهای غلط و نمی دانم صفر داده شد. سوالات مربوط به سازه های مدل بزنف ، به سبک پرسشنامه های لیکرت و با مقیاس پاسخ دهی ۳ رتبه ای (خیر ، تاحدودی ، بله)طراحی شد که نمره ی یک تا سه تعلق گرفت. برای عملکرد تغذیه ای تعداد واحدهای مصرفی از هر گروه غذایی که حداقل تعداد واحد پیشنهادی توسط هرم غذایی (مصرف روزانه ۱۱-۶ واحد از گروه نان و غلات ، ۴-۲ واحد از گروه میوه ها و ۵ -۳ واحد سبزیجات و ۳-۲ واحد گوشت و حبوبات و ۴-۲ واحد از شیر و لبنیات) از آن تامین شده بود نمره ده اختصاص یافت درصورتی که از گروهها غذایی واحدی مصرف نشده بود نمره صفر اختصاص می یافت و برای مقادیری که کمتر از حداقل توصیه شده توسط هرم بود، تعداد واحدهای مصرف شده به تعداد واحدهای پیشنهاد شده تقسیم و در عدد ده ضرب شد. و در ارتباط بامصرف سه وعده های اصلی غذایی شامل صبحانه، نهار و شام، بصورت مصرف منظم ، نامنظم و یا عدم مصرف مورد بررسی قرار گرفت. رفتار تغذیه ای بصورت میزان مصرف (گروه های اصلی غذایی) مورد بررسی قرار گرفت. مجموع رفتارهای فوق بعنوان میانگین رفتار تغذیه ای سالم محاسبه شد. برای تعیین اعتبار (روایی) محتوایی ابزار اندازه گیری ، پرسشنامه ، در اختیار ده نفر از متخصصین آموزش بهداشت و تغذیه قرار داده شد. بر اساس نظرات آنان، اصلاحات لازم در پرسشنامه اعمال گردید.، روایی پرسشنامه ۷۸/.محاسبه شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه، ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا کرونباخ) برای نمونه ۳۰ نفری محاسبه شد. میزان ضریب آلفا کرونباخ برای بخش آگاهی۷۰٪، باور نسبت به ارزیابی رفتار۷۸٪ ، نگرش نسبت به رفتار۸۲٪ اعتقادات

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

نرمی۸۷٪ ، نرم هـای انتزاعـی ۸۷٪ ، عوامـل قادرکننـده ۸۹٪ و قصد رفتار ۸۹٪ به دست آمد. تجزیه و تحلیـل داده هـا، بـا نـرم افزار spss (نسخه ۱۶) انجام شد. از آزمون آماری اسپیرمن برای همبستگی بین رفتار تغذیه ای سالم و ساز ه های مدل بزنـف و از آزمون فیشر برای سایر متغیر ها استفاده شد.

یافته ها

در این مطالعه، ۱۵۰ سالمند شـرکت داشـتند کـه در محـدوده ی سنی۶۰ تا۸۰ سال بوده و ۹۷ نفر ۶۴.۶ درصد از آنـان زن بودنـد. بیشتر شرکت کنندگان ۷۴.۷درصد متأهل بوده و مابقی یا بیوه ۳۴ درصد و یا مجرد ۱/۳درصد بودند. ۴۸ درصد سـالمندان همـراه بـا همسر و فرزند ، ۱۴ درصد با همسر، ۲۰.۷ درصد با فرزند زنـدگی می کردند و بقیه آنها ۱۷.۳ درصد تنهـا اکثریـت آنهـا ۶۶ درصـد خانه دار و بیکار بودند. نظر سـطح تحصـیلات، ۷۶.۷ درصـد بـی سواد ، ۱۲.۷درصد ابتدایی ، ۶ درصد سیکل و ۴.۷ درصد دیـپلم و بالاتر بودند. بـین رفتـار تغذیـه ای بـا سـطح تحصـیلات رابطـه معناداری وجود داشت ، بدین معنی که هر چه سطح سواد با لاتـر بود،رفتار تغذیه ای سالم بهتر بود (P=۰.۰۰۱) .

میانگین و انحراف معیار مربوط به نمرات آگـاهی، بـاور، نگـرش، اعتقادات نرمی، نرم های انتزاعی، عوامل قادرکننده و قصد رفتاری را در سالمندان شرکت کننده در این مطالعه، به صورت کلی و بـه تفکیک جنس نشان می نمره باور زنان مـورد بررسـی نسـبت بـه سایرحیطه ها بیشتر و حداقل نمـره ، درحیطـه عوامـل قادرکننـده مشاهده گردید(جدول ۱).

جدول شماره ۱: میانگین وانحراف معیار مربوط به نمرات آگاهی ، باور، نگرش، اعتقادات نرمی، نرم های انتزاعی، عوامل قادرکننـده و قصد رفتار در سالمندان مورد بررسی

متغیر	تن M±SD	مرد M±SD	کل M±SD
آگاهی	۷۴.۰۹±۱۴.۴۴	۷۳.۱۸±۱۴/۷۶	۷۳.۷۳± ۱۴.۱۴
باور	۸۳ .۷۱±۴۸.۲۶	۸۲.۲۳ ±۱۶.۵۸	۸۳.۶۱±۱۶.۴۶
نگرش	۷۵.۷۰± ۱۹.۷۸	۷۹.۳۰ ± ۱۶.۷۳	۷۷.۰۰±۱۸.۷۶
اعتقادات نرمی	۷۳.۶۹ ± ۱۶.۳۱	۷۶.۱۸± ۲۰.۵۴	۷۴.۵۵ ±۱۷.۸۴
نرم های انتزاعی	۷۳.۹۱± ۱۶.۸۰	۷۲.۹۵ ± ۱۹.۳۰	۷۳.۵۸ ±۱۷.۶۳
عوامل قادر کننده	۵۸.۵۳ ± ۳۳.۵۵	۵۱/۲۵ ±۳۳/۷۸	۵۵/۹۸±۳۳/۷۰
قصد رفتار	۷۶.۹۱± ۲۲.۳۳	۷۷.۷۳±۲۱.۷۱	۷۷.۲۱ ±۲۲.۴۰

انحراف معیار= SD میانگین =M

بین نگرش، عوامل قادر کننده و قصد رفتاری یک رابطه مسـتقیم وجود دارند، همچنین قصد به رفتـار بـا کلیـه سـازهای مـدل نیـز ارتباط مستقیم دارد(جدول۲).

جدول شماره ۲ : ماتریس همبستگی اسپیرمن سازه های مدل بزنف برای رفتارهای تغذیه ای سالمندان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱.آگاهی	۱							
۲.نگرش	/۳۳*	۱						
۳.عوامل قادرکننده	/۸	/۰۱*	۱					
۴.باور	/۲۲*	/۴۶*	/۲۹*	۱				
۵.اعتقادات هنجاری	/۱۲	/۳۶*	/۳۰*	/۲۶*	۱			
۶.نرم های انتزاعی	/۰۶	/۳۸*	/۳۷*	/۲۰	/۲۶*	۱		
۷.قصد رفتار	/۲۷*	/۶۳*	/۵۲*	/۲۸*	/۴۷*	/۴۴*	۱	
۸.رفتار سالم	/۳۰*	/۲۲	/۲۹*	/۳۱*	/۱۱	/۱۳	/۰۴	۱

* معنی داری در سطح اطمینان ۹۵٪

از دیگر یافته های مطالعه حاضـر، اعتقـادات نرمـی و نـرم هـای انتزاعی افراد تاثیر گذار شامل (پزشک، مربی بهداشت و دوسـتان نزدیک) در یاد آوری و انتخاب مواد غذایی سالمندان شرکت کننده در مطالعه میانگین نمره هنجارهای انتزاعی به تفکیک پزشک ۸۳ ٪ ، مربی بهداشت ۷۶٪ و دوستان نزدیک ۶۳٪ می باشد.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

بر اساس جدول ۳ بین جنس و مصرف منظم یا نامنظم سه وعده اصلی غذایی رابطه معنی داری یافت نشد.

جدول شماره ۳ : رابطه مصرف روزانه سه وعده به صورت منظم ونامنظم با جنسی

وعده غذایی	نحوه مصرف	جنس	فراوانی (٪)	P
صبحانه	منظم	تن	۸۷(۸۹.۷)	
		مرد	۴۹(۹۲.۵)	۰/۵۴
	نامنظم	تن	۱۰(۱۰.۳)	
		مرد	۴(۷.۵)	
نهار	منظم	تن	۹۳(۹۵.۹)	۰/۴۵
		مرد	۴۹(۹۲.۵)	
	نامنظم	تن	۴(۴.۱)	
		مرد	۴(۷.۵)	
شام	منظم	تن	۵۹(۶۰.۸)	۰/۵۹
		مرد	۳۷(۶۹.۷)	
	نامنظم	تن	۲۷(۲۷.۸)	
		مرد	۱۲(۲۲.۶)	

سطح معنا داری =P

برای تعیین رفتار سالم تغذیه ای با استفاده از تحلیل مؤلفه های اصلی هریک از متغیرهایی مانند میزان مصرف شیر، گوشت، میوه و غیره محاسبه گردید و سپس جمع آنها به عنوان رفتار تغذیه ای سالم در نظر گرفته شد. همچنین با توجه به نتایج بدست آمده ۲۹ درصد سالمندان عملکرد مطلوب تغذیه ای داشتند و همچنین بین جنس و مصرف گروههای اصلی غذایی ارتباط معنی داری وجود ندارد. (جدول ۴)

جدول شماره ٤: رابطه رفتارهای تغذیه ای سالم درسالمندان مورد مطالعه با جنسیت

گروه غذایی	مصرف روزانه(واحد)	جنس	(٪) فراوانی	P
لبنیات	مطلوب ۴-۲ ≤	تن	۴۸(۵۰.۶)	
		مرد	۲۱(۴۲.۹)	
	نامطلوب ۴-۲ >	تن	۴۷(۴۹.۵)	۰/۶۶
		مرد	۲۸(۵۷.۱)	
گوشت	مطلوب ۳-۲ ≤	تن	۲۳(۲۳.۷)	۰/۵۴
		مرد	۱۰(۱۸.۹)	
	نامطلوب ۳-۲ >	تن	۷۴(۷۶.۳)	
		مرد	۴۳(۸۱.۱)	
میوه	مطلوب ۴-۳ ≤	تن	۲۸(۲۹.۵)	
		مرد	۱۲(۲۳.۵)	۰/۶۷
	نامطلوب ۴-۳ >	تن	۶۸(۷۰.۵)	
		مرد	۳۹(۷۶.۵)	
سبزی	مطلوب۵ -۳ ≤	تن	۲۲(۲۴.۲)	
		مرد	۱۱(۲۲/۰)	۰/۱۱
	نامطلوب ۵-۳ >	تن	۶۹(۷۵.۸)	
		مرد	۳۹(۷۸/۰)	
نان وغلات	مطلوب ۱۱-۶ ≤	تن	۱۴(۱۴.۴)	۰/۱۸
		مرد	۱۳(۲۴.۵)	
	نامطلوب ۱۱-۶ >	تن	۸۳(۸۵.۶)	
		مرد	۴۰(۷۵.۵)	

سطح معنا داری =P

بحث و نتیجه گیری

اکثر سالمندان مورد بررسی بیسواد و یا کم سواد بوده و بین رفتار های تغذیه ای با سطح تحصیلات سالمندان رابطه معناداری وجود داشت این نتایج با گزارش زمینی و همکاران همخوانی داشت (۱۶). همچنین در مطالعه حشمتی پایین بودن سطح سواد و بی سوادی به عنوان یک متغیر تاثیرگذار در رژیم غذایی معرفی شده است (۱۷). در این مطالعه آگاهی تغذیه ای در سالمندان مورد مطالعه ۷۴ درصد بوده است، دانش تغذیه ای به تنهایی لزوماً نمی تواند منجر به ارتقا ء عملکرد تغذیه ای افراد شود (۱۸). با توجه به نتایج بدست آمده اعتقادات هنجاری و نرم های انتزاعی (فشار اجتماعی) برخی از افراد تاثیر گزار در انتخاب مواد غذایی سالمندان در این مطالعه، پزشکان به عنوان تاثیر گذار ترین افراد ، شناخته شدند که نقش موثری در پیشگیری از سوء تغذیه در سالمندان می توانند ایفاء کنند در حالیکه در مطالعه پینگ و همکاران که در بین دانش آموزان انجام گرفته است ، دوستان به عنوان قوی ترین عامل گزارش شده است (۱۹). نتایج نشان می دهد از بین متغیرهای مدل بزنف، قصد رفتاری و فاکتورهای قادرکننده به عنوان مهمترین فاکتورهای موثر بر انجام رفتارهای تغذیه ای سالم در بین سالمندان معرفی شده اند. از جمله فاکتورهای قادرکننده ای که در مطالعه حاضر مورد ارزیابی قرار گرفته اند ، فقدان امکانات و عدم دسترسی و نداشتن توانایی لازم در تهیه مواد غذایی و هزینه بوده است که با توجه به نتایج به نظر می رسد این عوامل در انجام رفتارهای تغذیه ای سالم در بین سالمندان موثر باشند. نورشاهی و همکاران نیز در مطالعه ای با عنوان مقایسه وضعیت سلامت تغذیه ای مردان سالمند فعال و غیر فعال شهر شیراز نشان دادند که زندگی با درآمد کم می تواند،

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

روی توانایی و قدرت خرید و تهیه مواد غذایی در جهت حفظ یک برنامه غذایی سالم در دوران پیری تاثیر بسزایی داشته باشد فقدان امکانات و عدم دسترسی به آن ، نداشتن مهارت کافی در تهیه مواد غذایی نیز از موانع دیگر ذکر شده در این مطالعه می باشد(۲۰). همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد از متغیرهای قادرکننده ۷۵ درصد مردان و۴۷ درصد زنان مورد مطالعه ، فردی از اعضای خانواده مواد غذایی مورد مصرف آنها را آماده می کند و این وابستگی بیشتر در مردان را نسبت به زنان ، به اعضای خانواده در تهیه و آماده کردن مواد غذایی و دسترسی به مواد غذایی نشان می دهد. مقدار مصرف گروه های اصلی غذایی (شیر و لبنیات، گوشت، میوه و سبزیجات) درسالمندان مورد بررسی با مطالعه انجام شده مشابه همسو می باشد و مقدار دریافت آنها پایین تر از مقدار توصیه شده است (۲۱). میزان مصرف میوه و سبزی در زنان سالمندان نسبت به مردان که با نتایج مطالعات انجام شده در ایران قربانی و همکاران، مالزی و مجارستان همخوانی دارد(۲۶-۲۴)، کاستل و همکاران نیز تاکید کردند که ناتوانی حاصل از وضعیت تغذیه ای بد در زنان سالمند بیشتر خواهد بود(۲۲). یافته های پژوهش حاضر نشان داد که عملکرد تغذیه ای نامطلوب سالمندان مورد مطالعه درکل ۷۱ درصد بوده و با نتایج مطالعات مشابه افغمی و همکاران ، اسحاقی ، ساکا در ترکیه و جان در اسپانیا همسو می باشد(۲۶-۲۳). بعلاوه، مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها نشان می دهد که درصد زیادی از سالمندان ، به سوء تغذیه مبتلا یا در معرض آن هستند (۱۹،۱۸،۱۷،۱۶،۱۴). محدودیت های مطالعه حاضراستفاده صرف از پرسشنامه و خود گزارش دهی جهت جمع آوری اطلاعات از سالمندان بود. نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد از عوامل مهم و تاثیر گذار در بهبود تغذیه سالم سالمندان افزایش قصد و نگرش نسبت به رفتار های تغذیه ای سالم و با ایجاد عوامل قادر کننده بود همچنین در بین سازه های بزنف اعتقادات نرمی و نرم های انتزاعی ، نظر پزشک به عنوان قویترین عامل در انجام رفتارهای تغذیه سالم بود. بنابراین، با استفاده از مداخلات آموزشی مناسب در جهت بهبود وضعیت تغذیه سالمندان گام موثری برداشته و از مصرف غذاهای کم خاصیت و مضر برای سلامتی آنان پیشگیری نموده و با رعایت تعادل و تنوع در مصرف مواد غذایی سبب بهبود رفتارهای تغذیه سالم در این گروه آسیب پذیر شد .لذا ضرورت و نیاز به انجام مداخلات آموزشی تغذیه سالمندان با هدف بهبود و اصلاح رژیم غذایی پیشنهاد می شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله برخود لازم می دانند از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان که در اجرای این طرح حمایت مادی و معنوی به عمل آوردند و همچنین دانشگاه علوم پزشکی کردستان که اطلاعات مورد نیاز طرح را در اختیار نویسندگان قرار دادند تشکر و قدردانی نمایند.

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

■ *References*

1. Torabi P, Kolahdooz F. Elderly nutrition in health and disease. department of health and medical education, office of community nutrition, department of health tehran; tandis, 2004; 56-8. (Persian)

2. Hekmatpoue D, Shamsi M, Zamani M. The effect of healthy lifestyle education programs on promotion of physical activity in elderly of Arak. scientific-research.J shahed university, 2012; 19 (9):74-23. (Persian)

3. KHoshbin S, Radporian L, Farahani A A, Alizadeh M. Integrated and comprehensive elderly care training guide. tehran- tandis, 2007; 75-4. (Persian)

4.GHasemi S, SHrifi. F, Moghsodnia S, Timori F. Effect of nutrition education on nutritional health promotion staff in Tehran Kahrizak nursing home elderly nursing home resident. J Iranian Ageing, 2006; 2(1):14-35.(Persian)

5. KHoshbin S, Ghousi A, Farahani A, Motlag M E. Manual improving a healthy lifestyle in during ageing. 5th ed. Tehran: Tandis, 2012; 71-8. (Persian)

6. EbrahimiFakhar M R, Zand S. Nutritional status and associated factors in elderly residents in nursing homes. J Iranian Ins Health Sci Res, 2013;12(2):143-149. (Persian)

7. Shirazikhah M , Mousavi M T, Sahaf R ,Sarmadi M. Consequence of changes in the elderly people population: elderly women in Iran Life Science Journal 2012;9-4.

8. Eshaghi R, Babak A, Manzori L, Marasi R. Nutritional status of the elderly in Sfahan. J Iranian Ageing, 2006; 2(5): 340-345. (Persian)

9. Ahrari M, kimiagar M. The nutritional status of the elderly living in nursing homes, private sector Tehran. Pajohande, 1997; (1) :27-36 .(Persian)

10. Najimi A, Azad-Bakht l, Hasanzade A.SHarifi-Rad G. The effect of nutritional education on metabolic outcomes based on BASNEF model in elderly patients with type 2 diabetes. J Health Syst Res, 2010; 6(3): 549-558. (Persian)

11. Sadrollahi A, Khalili Z, Hosseinian M, Masoudi Alavi N. Evaluation energy expenditure metabolic equivalent based on the physical activity pattern of weekly in elderly Kashan. Journal of Geriatric Nursing, 2016; 1(4): 9-23

12. Hazavehei S M M, Pirzadeh A , Entezari M H, Hasanzadeh A. The effect of educational program based on BASNEF model on the nutritional behavior of students. zahedan J res med sci, 2011;13(1): 23-29. (Persian)

13.Habley J, Copeman J. Practical health promotion. Peter dacker MISTD,UK. 2008:70-72

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

14. Hazavehei SMM, Sharifirad G, Kargar M. The comparison of educational intervention effect using BASNEF and classic models on improving assertion skill level]. J res health sci, 2008; 8(1). (Persian)

15. Saka B, Kaya O, Ozturk G B, Erten N. Akif Karan M.Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. J Clin Nutr, 2010; 29(1): 745-748.

16. Zamani SN, Bahrainian SA, Ashrafi S, Moqtaderi SH. Impresment Spiritual Intelligence on the Quality of life and Psychological well being among the elderly living nursing home in bandar abbas. Journal of geriatric nursing, 2016; 1(4): 82-94

17. Hshmty H,Behnam Pour N, Haji I brahimi MH, Asadi Z, Chrkzy A R, Dehnadi A. The individual health status of rural elderly mrvarh hill city of golestan province. J Salmand Iranian Aging, 2012;7(24). (Persian)

18. Khezeli M, Ramezankhani A, Bakhtiyari M. Effect of education on nutritional knowledge and stages of fruit and vegetable intake in geriatrics according to stages of change model. J mazandaran univ med sci, 2012; 22(91): 88-98. (Persian)

19. Pingzhu B, Liuming S, Dana l, Giovino GA.Cigarette smoking and its risk factor among elementary school students in beijing. am J public health, 1996; 86: 368-74.

20. Nuor SHahi M, Zar A. Comparison of nutritional and health status of elderly men, active and passive Shiraz. J Ageing Iran, 2007; 2 (3): 210-215. (Persian).
21. Pasdar Y,GHrtapeA,PashaeeT,Neazi P. Nutritional status of elderly people covered by government centers by MNA and its association with biochemical markers in kermanshah in 2009. J Kermanshah Univ Med Sci, 2012; 16(3)): 178-185. (Persian)

22. Castel H, Shahar D, Harman-Boehm I. Gender differences in factors associated with nutritional status of older medical patients. Am J clin nutr, 2006; 25 (2): 128-34.

23. Juan L. Gutie´rrez-Fisac, Esther Lo´pez, Jose R. Banegas, Auxiliadora Graciani,and Fernando Rodrı´guez-Artalejo. Prevalence of overweight and obesity in elderly people in spain.J obe Res, 2004; 12(4): 710-715.

24. Sheshgelany P I, Mahboob S, Sheshgelany M I.Assessmant of nutritional status,food inrake,serum's iron and lipid profile of old people living in khooban elderly institute of tabriz at 1998. J Urmia Univ Med Sci, 2002; 12(4): 314-321. (Persian)

25. Afkhami A, Keshavarz A, Rahimi A, Jazayeri A, H. Sadrzadeh H. Of malnutrition and other dietary factors associated with the elderly and geriatric Tehran Shemranat. J Payesh, 2008; 7(3): 123-133. (Persian)

26. Eliopoulos C. Gerontological nursing. London: Lippincott Williams & Wilkins, 2010: 55-68

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]

27. Ghorbani A, KarimZadeh T, AzadManesh E. Assessing the nutritional status of elderly hospitalized in Hospitals Medical University Qazvin in 2011. J Ageing Iran, 2013; 8(28): 33-40. (Persian)

[Downloaded from jgn.medilam.ac.ir on 2026-11-04]