

## Research Paper

# The Relationship Between Loneliness and Nutritional Status in Older People Living in Ramsar City

Maryam Sadeghi Hesari<sup>1</sup> , Abbas Shamsalinia<sup>\*2</sup> , Reza Ghadimi<sup>3</sup> , Nasrin Navabi<sup>4</sup> 

1. Research Committee for Students, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

2. Associate Professor. Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

3. Associate Professor. Social Determinants of Health Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

4. Faculty Member. Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, Iran

**Citation:** Sadeghi Hesari M, Shamsalinia A, Ghadimi R, Navabi N. [The Relationship Between Loneliness and Nutritional Status in Older People Living in Ramsar City (persian)] Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2020 9(2): 642-650

**Resived:** 22 March 2020

**Accepted:** 7 June 2020

**Available Online:** Aug 2020

## Abstract

**Background & Aims:** loneliness has some implications for health. The relationship between loneliness and nutritional status requires careful and principled investigation. Therefore, the aim of this study was to determine the relationship between loneliness and nutritional status of the elderly.

**Methods:** 440 elderly 60 years and older individuals from Social Security Administration, Education Retirees Association, and Health Center were selected randomly Descriptive-Analytical study in 2018. Data collection tools included demographic information questionnaire, UCLA loneliness scale (20-80 Score in four levels; without loneliness, low, moderate and high) and mini nutritional assessment (0-30 score at three levels of malnutrition, at risk of malnutrition and normal nutritional status).

**Results:** The Mean  $\pm$  SD age for the participants was 65.32(6.22). The relationship between nutritional status and loneliness of 68 elderly people without feeling alone ( $<20$ ), 85.3% had normal nutritional status, of 317 elderly people with low loneliness (39- 21), 80.4% had normal nutritional status. Of 52 elderly people with moderate loneliness (59-40), 63.5% were at risk of malnutrition. Loneliness in the elderly was significantly associated with an increased risk of malnutrition (OR = 4.2276, P = 0.00).

**Conclusion:** According to the felling of loneliness, more than half of the elderly and the reverse connection between the feelings of loneliness with the state of nutrition, holding free consultation classes in order to reduce the feeling of retired elderly loneliness by the politicians of the health system.

## Keywords:

Elderly, Loneliness, Nutritional status, Malnutrition.

## \*Corresponding author:

Abbas Shamsalinia

**Address:** Enghelab Square, Imam Sajjad Hospital, Fatemeh Zahra Nursing & Midwifery School Ramsar, Mazandaran, Iran

**Email:** Abbasshamsalinia@yahoo.com

## ارتباط بین احساس تنهایی و وضعیت تغذیه سالمندان شهرستان رامسر

مریم صادقی حصاری<sup>۱</sup>، عباس شمسعلی نیا<sup>۲</sup>، رضا قدیمی<sup>۳</sup>، نسرین نوابی<sup>۴</sup>

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۳. دانشیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۴. عضو هیات علمی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران

## چکیده:

تاریخ دریافت: ۳ فروردین ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: ۱۸ خرداد ۱۳۹۹

تاریخ انتشار: شهریور ۱۳۹۹

**زمینه و هدف:** احساس تنهایی یک عامل سبب‌شناختی در سلامت است، ارتباط آن با وضعیت تغذیه، نیازمند بررسی دقیق و اصولی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط احساس تنهایی با وضعیت تغذیه سالمندان انجام شد.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۷ بر روی ۴۴۰ سالمند ۶۰ سال و بالاتر، از کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی، آموزش و پرورش و مرکز بهداشت شهرستان رامسر که به روش تصادفی طبقه‌ای و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند، انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های ویژگی‌های فردی، احساس تنهایی یوکلا (نمره ۸۰-۲۰ در چهار سطح بدون احساس تنهایی، کم، متوسط و زیاد) و بررسی مختصر وضعیت تغذیه (نمره ۳۰-۰ در سه سطح سوءتغذیه، در معرض خطر ابتلا به سوءتغذیه و وضعیت تغذیه عادی) انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین سنی سالمندان (۶۷/۲۲) ۶۵/۳۲ سال بود. ارتباط بین وضعیت تغذیه و احساس تنهایی از ۶۸ نفر سالمند بدون احساس تنهایی (<۲۰)، ۸۵/۳٪ دارای وضعیت تغذیه عادی، از ۳۱۷ نفر سالمند دارای احساس تنهایی کم (۲۱-۳۹)، ۸۰/۴٪ دارای وضعیت تغذیه عادی، از ۵۲ نفر سالمند دارای احساس تنهایی متوسط (۴۰-۵۹)، ۶۳/۵٪ در معرض خطر ابتلا به سوءتغذیه بودند. احساس تنهایی در سالمندان با معرض خطر ابتلا به سوءتغذیه ارتباط معناداری دارد (OR=۴/۲۷۶، P=۰/۰۰).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به احساس تنهایی بیش از نیمی از سالمندان و ارتباط معکوس بین احساس تنهایی با وضعیت تغذیه، برگزاری کلاس‌های مشاوره رایگان در جهت ارائه راهکارهای کاهش احساس تنهایی سالمندان از سوی سیاست‌گذاران نظام سلامت ضرورت دارد.

## کلید واژه‌ها:

سالمند، احساس تنهایی، وضعیت تغذیه، سوءتغذیه

\*نویسنده مسئول:

عباس شمسعلی نیا

نشانی: رامسر، میدان انقلاب، بیمارستان امام سجاد (ع)، دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا(س)

پست الکترونیک: abbasshamsalinia@yahoo.com

## مقدمه

تنهایی و وضعیت تغذیه سالمندان مداخلات آموزشی درزمینه‌ی احساس تنهایی این گروه از افراد جامعه طراحی کرد.

### روش بررسی:

مطالعه حاضر توصیفی- تحلیلی است که از اردیبهشت تا مردادماه ۱۳۹۷ انجام شد. محیط مطالعه شامل، کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی، آموزش و پرورش و مرکز بهداشت شهرستان رامسر بود. تعداد نمونه ۳۶۷ نفر بود که برای اطمینان بیشتر ۴۴۰ نفر در نظر گرفته شد (آلفای معادل ۰/۰۵، بنای ۰/۱۰ و  $T=0/4$ ). روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی و طبقه‌ای و با استفاده از جدول اعداد تصادفی بود. بدین ترتیب که ابتدا تعداد جمعیت سالمندان هر سه مرکز مشخص شد و سپس بر اساس جمعیت سالمند هر کدام از محیط‌های پژوهش و با توجه به تعداد کل نمونه‌های تعیین شده (۴۴۰ نفر) نسبت هر مرکز تعیین شد. بدین شکل که جمعیت کل کانون بازنشستگان تأمین اجتماعی ۲۰۰۰ نفر (تعداد نمونه ۲۵۲ نفر)، جمعیت کل کانون بازنشستگان آموزش و پرورش ۱۰۰۰ نفر (تعداد نمونه ۱۲۵ نفر)، جمعیت سالمندان مرکز بهداشت شهرستان ۵۰۰ نفر (تعداد نمونه ۶۳ نفر) بود. در این قسمت دقت شد تا سالمندانی که در مرکز بهداشت شهرستان پرونده دارند، با سالمندانی که در کانون‌های بازنشستگی پرونده دارند متفاوت باشند. با توجه به فهرست پرونده‌های موجود در این مراکز و با استفاده از جدول اعداد تصادفی نمونه‌گیری صورت گرفت. سپس اسامی نمونه‌های منتخب و شماره تلفن آن‌ها از پرونده‌ها استخراج شد و در روز دیدار با سالمندان، ابزار پژوهش توسط محقق توزیع داده‌ها جمع‌آوری شد.

### معیارهای ورود

سن ۶۰ و بالاتر، سکونت در شهر رامسر، کسب نمره ۸ از پرسشنامه معیار کوتاه شناختی<sup>(۳۲)</sup>، امکان‌پذیر بودن اندازه‌گیری شاخص‌های تن‌سنجی (شامل: قد، وزن، دور بازو، دور عضله ساق پا)، پر کردن فرم رضایت آگاهانه، نداشتن رژیم غذایی خاص و عدم ابتلاء به بیماری‌های مزمن و بیماری‌های روحی روانی مانند افسردگی، اضطراب و... (طبق پرونده سالمند و خود اظهاری) از معیارهای ورود به این مطالعه بود.

### معیارهای خروج

عدم همکاری با محقق جهت تکمیل بیش از یک‌سوم از پرسشنامه احساس تنهایی و پرسشنامه بررسی مختصر تغذیه‌ای و تمایل به کناره‌گیری سالمند در هر یک از مراحل پژوهش

### ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها

پرسشنامه ویژگی‌های فردی: شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، هم‌خانگی، تعداد فرزند و شغل می‌باشد.

**آزمون کوتاه شناختی:** این پرسشنامه از طریق مصاحبه فردی تکمیل شد. این پرسشنامه شامل ده سؤال و نقطه برش ایده‌آل آن ۸ می‌باشد. روایی و پایایی آن با آلفای ۰/۷۶ و پایایی درونی ۰/۸۹ مورد تأیید قرار گرفته است<sup>(۳۲)</sup>.

مقیاس احساس تنهایی یوکلا (Loneliness scale): UCLA) دارای ۲۰ سؤال در طیف لیکرت چهار درجه‌ای (۱=هرگز تا ۴=همیشه) و دامنه نمرات ۸۰-۲۰ می‌باشد. (نمره ۲۰ و کمتر نشان از عدم احساس تنهایی، نمره ۳۹-۲۱؛ احساس تنهایی کم، نمره ۵۹-۴۰؛ احساس تنهایی متوسط و نمره ۸۰-

تعداد سالمندان جهان در سال ۲۰۵۰ میلادی به دو میلیارد نفر خواهد رسید<sup>(۱)</sup>. در ایران نیز، جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال در سال ۱۳۹۵، ۹/۳ درصد بوده است<sup>(۲)</sup>.

روند رو به رشد جمعیت سالمندان باعث شده است تا در سال‌های اخیر مفهوم سالمندی فعال و سالم در کشورهای مختلف مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت اجتماعی قرار گیرد<sup>(۳)</sup>. عدم توجه به نیازهای سالمندان در ابعاد مختلف به خصوص نیازهای روانی و اجتماعی می‌تواند از طریق بروز پیامدهایی مانند انزوای اجتماعی و احساس تنهایی سالمندی سالم و فعال را مورد تهدید قرار دهد<sup>(۴، ۵)</sup>.

احساس تنهایی حالتی ناخوشایند است که از تفاوت بین روابط بین فردی که افراد خواهان آن هستند و روابطی که با دیگران در شرایط واقعی دارند، نشأت می‌گیرد<sup>(۶)</sup>. عوامل متعددی مانند تجربه فقدان، ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی موجب تجربه احساس تنهایی در سالمندان می‌شوند<sup>(۷)</sup>. به طوری که ۲۵ تا ۵۰ درصد کل جمعیت بالای ۶۵ سال احساس تنهایی را بر حسب سن و جنس تجربه می‌کنند<sup>(۸)</sup>.

احساس تنهایی موجب تغییر در ابعاد مختلف سبک زندگی افراد به‌ویژه وضعیت تغذیه سالمندان می‌شود و از طریق کاهش انگیزه سالمند برای انجام رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت می‌تواند بر وضعیت تغذیه سالمندان تأثیرگذار باشد<sup>(۹)</sup>. اگرچه عوامل متعددی چون فقر و ابتلا به بیماری از عوامل مؤثر بر وضعیت تغذیه سالمندان محسوب می‌شوند<sup>(۹)</sup> اما مطالعات جدید بیشتر بر عواملی چون ایزوله اجتماعی و احساس تنهایی تأکید کرده‌اند<sup>(۱۰)</sup>.

نتایج پژوهش Eskelinen و همکاران<sup>(۱۱، ۱۲)</sup> نشان داد احساس تنهایی می‌تواند به‌عنوان متغیر پیش‌بین وضعیت تغذیه سالمندان تعریف شود<sup>(۱۲)</sup>. نتایج مطالعه بولوس Boulos و همکاران<sup>(۱۳)</sup> (۲۰۱۷) نیز نشان داد احساس تنهایی از عوامل مهم تأثیرگذار بر وضعیت تغذیه می‌باشد<sup>(۱۳)</sup>. از آنجایی که، وضعیت تغذیه‌ای نامناسب با پیامدهای متعددی از جمله تحمیل هزینه‌های زیاد بر سالمند و سیستم‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی- درمانی همراه است، نیاز به شناسایی عوامل مرتبط با وضعیت تغذیه در سالمندان توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی و بویژه پرستاران که یکی از عمده‌ترین مددجویان آنها سالمندان می‌باشند بیش‌ازپیش نمایان است<sup>(۱۴)</sup>. در کوریکولوم پرستاری سالمندی بر ارائه مراقبت‌های مبتنی بر جامعه تأکید شده است<sup>(۱۵)</sup>. از این رو بررسی و تشخیص مشکلات احتمالی سالمندان ساکن جامعه می‌تواند گامی مؤثر در جهت ارتقاء کیفیت زندگی این گروه از افراد جامعه باشد. اگرچه در زمینه‌ی ارتباط بین ویژگی‌های فردی و وضعیت تغذیه‌ای سالمندان مطالعات زیادی در نقاط مختلف جهان و ایران صورت گرفته است<sup>(۱۶، ۱۷)</sup> اما، درباره ارتباط بین عوامل روان‌شناختی مانند احساس تنهایی و وضعیت تغذیه‌ای این افراد مطالعات اندکی در دسترس است که نتایج برخی از این مطالعات ضدونقیض است<sup>(۱۸، ۱۹)</sup>. با توجه به این که در ایران نیز مطالعه‌ای در این زمینه صورت نگرفته است و نیز با توجه به تفاوت‌های فرهنگی جمعیت ایران با سایر جوامع، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین احساس تنهایی و وضعیت تغذیه سالمندان انجام شد تا بتوان با شناخت بهتر ارتباط بین احساس

بدین منظور: وزن سالمند با حداقل پوشش و بدون کفش و با یک ترازوی دیجیتال brisk ساخت کشور آلمان با دقت ۱۰۰ گرم و پس از کالیبراسیون در زمان مشخص و ثابت برای همه نمونه‌ها اندازه‌گیری شد.

تمامی ابزارهای مطالعه حاضر بجز پرسشنامه معیار کوتاه شناختی توسط مشارکت کنندگان تکمیل شده است.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS23 و آزمون‌های توصیفی و استنباطی (آزمون دقیق فیشر، جهت بررسی ارتباط بین احساس تنهایی، وضعیت تغذیه و متغیرهای جمعیت شناختی و آزمون رگرسیون لجستیک، برای کنترل متغیرهای مخدوشگر در رابطه بین وضعیت تغذیه با احساس تنهایی) استفاده شده است ( $p < 0/05$ ).

### یافته‌ها

نمونه‌های مطالعه حاضر شامل ۴۴۰ نفر از سالمندان شهرستان رامسر با میانگین سنی (۶/۲۲) ۶۵/۳۲ سال بودند. از این تعداد ۲۸۸ نفر مرد (۶۵/۵٪) و ۱۵۲ نفر زن (۳۴/۵٪) بودند (جدول ۱). نتایج نشان داد که بعد از تعدیل کردن متغیرهای جمعیت‌شناختی، احساس تنهایی در سالمندان با وضعیت تغذیه ارتباط معناداری دارد ( $OR=4/276$ ,  $P=0/00$ ).

۶۰ نشان از احساس تنهایی زیاد است). این پرسشنامه توسط Russell و همکاران مورد تجدید نظر و روایی و پایایی آن توسط این محقق مورد تأیید قرار گرفته است<sup>(۲۰)</sup>. در ایران نیز از این پرسشنامه در مطالعات متعدد برای بررسی میزان احساس تنهایی سالمندان استفاده شده است (آلفا برابر با ۰/۷۷)<sup>(۲۱، ۲۲)</sup>. در مطالعه حاضر، روایی محتوا و صوری به صورت کیفی انجام شد. پایایی بیرونی (روش آزمون-بازآزمون)  $r=0/94$  بدست آمد و همسانی درونی با روش آلفا کرونباخ ( $r=0/85$ ) تعیین شد.

### ارزیابی مختصر تغذیه‌ای: (Mini Nutritional Assessment)

(MNA:Assessment) دارای ۱۸ سؤال در چهار بعد ۱- بررسی تن‌سنجی (شاخص توده بدنی، دور بازو، دور عضله ساق پا، کاهش وزن)، ۲- ارزیابی کلی (وضعیت زندگی، استفاده از دارو، تحرک)، ۳- بررسی رژیم غذایی (تعداد وعده‌های غذایی، مواد غذایی، مایعات مصرفی، استقلال در غذا خوردن) و ۴- ارزیابی ذهنی (ادراک فرد از سلامت و وضعیت تغذیه) می‌باشد. کسب نمره زیر ۱۷؛ نشان‌دهنده سوء تغذیه، نمره ۱۷ تا ۲۳/۵؛ در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه و نمره ۲۴ یا بالاتر؛ نشان از وضعیت تغذیه‌ای عادی است. حساسیت این پرسشنامه ۹۶٪ و ویژگی آن ۹۸٪ می‌باشد<sup>(۲۳)</sup>. در ایران روایی و پایایی آن توسط قاضی و همکاران به روش روایی محتوا و پایایی آن با آلفا ۰/۶۶ محاسبه شده است<sup>(۲۴)</sup>. در مطالعه حاضر، روایی محتوا و صوری به صورت کیفی محاسبه شد. پایایی بیرونی (روش آزمون-بازآزمون)  $r=1$  محاسبه شد و همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ( $r=0/77$ ) تعیین شد. در این ابزار قسمتی وجود دارد که می‌بایست محقق ارزیابی‌های تن‌سنجی و نمایه توده بدنی (BMI) را انجام دهد.

جدول ۱. ویژگی‌های فردی و اجتماعی سالمندان

| شاخص        | فراوانی        | درصد | شاخص                   | فراوانی | درصد  |
|-------------|----------------|------|------------------------|---------|-------|
| سن (سال)    | ۶۹ تا ۶۰       | ۳۵۱  | تعداد فرزند            | ۷۹/۷۷   | ۷۹/۷۷ |
|             | ۷۹ تا ۷۰       | ۱۶   | کمتر از ۳ فرزند        | ۱۵/۶۸   | ۳۵/۶۸ |
|             | ۸۹ تا ۸۰       | ۱۹   | ۳ تا ۵ فرزند           | ۴/۳۲    | ۵۲/۵  |
|             | بالای ۹۰       | ۱    | بیشتر از ۶ فرزند       | ۰/۲۳    | ۱۰/۶۸ |
| جنس         | مرد            | ۲۸۸  | با همسر                | ۶۵/۴۵   | ۲۱/۵۹ |
|             | زن             | ۱۵۲  | با همسر و فرزندان      | ۳۴/۵۵   | ۶۵/۶۸ |
| سطح تحصیلات | بی سواد        | ۷۷   | با فرزندان             | ۱۷/۵    | ۶/۳۶  |
|             | ابتدایی        | ۹۸   | با بستگان و آشنایان    | ۲۲/۲۷   | ۰/۴۵  |
|             | راهنمایی       | ۵۳   | تنها                   | ۱۲/۰۵   | ۵/۹۱  |
|             | دیپلم و بالاتر | ۲۱۲  | بیکار                  | ۴۸/۱۸   | ۰/۲۳  |
| وضعیت تاهل  | مجرد           | ۵    | آزاد                   | ۱/۱۴    | ۱/۳۶  |
|             | متاهل          | ۳۸۷  | بازنشسته تامین اجتماعی | ۸۷/۹۵   | ۵۸/۸۶ |
|             | مطلقه-متارکه   | ۲۰   | بازنشسته آموزش و پرورش | ۴/۵۵    | ۲۸/۶۴ |
|             | بیوه           | ۲۰   | خانه دار               | ۴/۵۵    | ۹/۳۲  |
|             | همسر مرده      | ۸    | کشاورز                 | ۱/۸۲    | ۱/۵۹  |

نتایج همچنین نشان داد که بین احساس تنهایی و وضعیت تغذیه‌ای ارتباط معنی‌دار آماری وجود داشت (جدول ۲).

جدول ۲. ارتباط بین ابعاد وضعیت تغذیه و شدت احساس تنهایی در سالمندان

| سطح معناداری* | ابعاد وضعیت تغذیه |   |                       | تعداد (n) | متغیرها           |
|---------------|-------------------|---|-----------------------|-----------|-------------------|
|               | عادی<br>(% > ۲۴)  | در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه<br>(% ۱۷ - ۲۳/۵) | سوء تغذیه<br>(% < ۱۷) |           |                   |
| P < ۰.۰۰۱     | ۸۵/۳              | ۱۴/۷  | ۰                     | ۶۸        | بدون احساس (< ۲۰) |
|               | ۸۰/۴              | ۱۹/۲  | ۰/۳                   | ۳۱۷       | کم (۲۱-۳۹)        |
|               | ۳۲/۷              | ۶۳/۵  | ۳/۸                   | ۵۲        | متوسط (۴۰-۵۹)     |
|               | ۰                 | ۱۰۰   | ۰                     | ۳         | زیاد (۶۰-۸۰)      |

\*P < ۰/۰۵

سوء تغذیه بودند. جدول ۳ ارتباط بین وضعیت تغذیه و احساس تنهایی بعد از تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت‌شناختی را نشان می‌دهد. متغیر سن به صورت پیوسته وارد مدل شده است.

بر طبق نتایج از ۶۸ نفر سالمند بدون احساس تنهایی، ۸۵/۳٪ دارای وضعیت تغذیه عادی، از ۳۱۷ نفر سالمند دارای احساس تنهایی کم، ۸۰/۴٪ دارای وضعیت تغذیه عادی، از ۵۲ نفر سالمند دارای احساس تنهایی متوسط، ۶۳/۵٪ در معرض خطر ابتلا به

جدول ۳. ارتباط بین وضعیت تغذیه و احساس تنهایی بعد از تعدیل‌گری متغیرهای جمعیت‌شناختی

| سطح معناداری* | فاصله اطمینان |           | نسبت شانس | متغیرها                         |
|---------------|---------------|-----------|-----------|---------------------------------|
|               | سطح بالا      | سطح پایین |           |                                 |
| P = ۰/۰۰      | ۷/۰۳۲         | ۲/۵۹۹     | ۴/۲۷۶     | احساس تنهایی (کم و زیاد)        |
| P = ۰/۲۴      | ۲/۰۲۳         | ۰/۷۵۲     | ۱/۳۲۲     | سن                              |
| P = ۰/۲۳      | ۲/۳۲۳         | ۰/۸۱۱     | ۱/۳۷۳     | جنس                             |
| P = ۰/۰۲۱     | ۰/۹۶۳         | ۰/۶۳۱     | ۰/۷۸۰     | سطح تحصیلات (بی سواد و با سواد) |
| P = ۰/۰۳      | ۳/۵۸۴         | ۱/۷۶۲     | ۲/۴۲۷     | وضعیت تأهل (مجرد و متأهل)       |
| P = ۰/۹۶      | ۱/۳۹۷         | ۰/۷۲۶     | ۱/۰۰۷     | همخانگی (با همسر و تنها)        |
| P = ۰/۱۲      | ۱/۱۶۶         | ۰/۴۲۲     | ۰/۷۰۲     | کفایت درآمد (بله و خیر)         |

\*P < ۰/۰۵

این ارتباط معکوس و معنی‌دار بود<sup>(۳۰، ۳۱)</sup>. در توجیه این یافته؛ نتایج مطالعات مختلف بیان داشتند، تجربه احساس تنهایی در سالمندان موجب افزایش آسیب‌پذیری در برابر عوامل استرس‌زا به دلیل کاهش ذخایر فیزیولوژیکی، کاهش توانایی در حفظ هموستاز و اختلالات در سیستم‌های مختلف بدن می‌باشد<sup>(۳۲)</sup> اما

## بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین احساس تنهایی و وضعیت تغذیه سالمندان انجام شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که رابطه معکوس معنی‌داری بین متغیر احساس تنهایی با وضعیت تغذیه سالمندان ساکن جامعه وجود داشت. در سایر مطالعات نیز،

تغذیه سالمندان ارتباط معنی داری وجود نداشت. این در حالی است که، نتایج سایر مطالعات نشان می‌دهد که سالمندانی که در کنار خانواده زندگی می‌کنند، کم‌تر به سوء تغذیه مبتلا می‌شوند و از تبعات روانی و افسردگی ناشی از انزوای اجتماعی در امان هستند<sup>(۳۸-۳۹)</sup>.

### نتیجه گیری

با توجه به ارتباط معکوس بین احساس تنهایی و وضعیت تغذیه، توجه ویژه به وضعیت روانشناختی سالمندان از جمله احساس تنهایی ضروری است. لذا نیاز هست که سیاست‌گذاران نظام سلامت تسهیلاتی در زمینه برگزاری کلاس‌های مشاوره رایگان در جهت ارایه راهکارهای کاهش احساس تنهایی سالمندان، در کنار غربالگری وضعیت تغذیه با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد ویژه سالمندان به منظور پیشگیری از بسیاری از بیماری‌های غیرواگیردار و مزمن اهتمام ویژه داشته باشند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی جهت جمع‌آوری اطلاعات از سالمندان بود. همچنین به دلیل این که بیشتر پرونده‌های موجود در کانون بازنشستگان آموزش و پرورش و تامین اجتماعی مربوط به جنس مرد بود، تعداد مردان شرکت‌کننده در مطالعه حاضر تقریباً دو برابر زنان بوده است و این یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه حاضر است. از معیارهای ورود به مطالعه حاضر عدم ابتلاء به بیماری مزمن بود. به دلیل اینکه ابتلاء به بیماری مزمن ممکن است بر وضعیت تغذیه سالمندان تاثیر گذارد، توصیه می‌شود در مطالعات آتی به نقش متغیر ابتلاء به بیماری مزمن به‌عنوان متغیر تعدیل‌گر ارتباط بین احساس تنهایی و وضعیت تغذیه‌ای سالمندان ساکن جامعه پرداخته شود.

### کاربرد یافته‌ها در بالین

با توجه به ارتباط احساس تنهایی و وضعیت تغذیه و نقش این دو عامل در سلامتی سالمندان، اجرای برنامه‌های آموزش ضمن خدمت برای پرستاران و نیز طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مناسب برای سالمندان در زمینه‌های مربوطه برای کاهش احساس تنهایی و بهبود وضعیت تغذیه سالمندان مفید و موثر خواهد بود.

### ملاحظات اخلاقی

این مطالعه پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بابل (کد اخلاق IR.MUBABOL.HRI.REC.1397.027) انجام شد. توضیح درباره اهداف مطالعه، کسب رضایت کتبی، دادن حق کناره‌گیری از مطالعه و رعایت اصل رازداری از دیگر موارد اخلاقی بود که در مطالعه حاضر رعایت شده است.

### تعارض منافع

مقاله حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بابل می‌باشد. تعارض منافع وجود ندارد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی بابل، دانشکده پرستاری فاطمه زهرا(س) رامسر و سالمندان و همچنین کارکنان مراکز کانون بازنشستگان تامین اجتماعی، آموزش و پرورش و مرکز بهداشت شهرستان رامسر و کلیه کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی نمودند، تشکر می‌نماییم. این مقاله با کد مصوب ۹۷۰۵۱۱۶ تاریخ ۹۷/۲۲/۱۳۹۷ در سامانه پژوهان دانشگاه علوم پزشکی بابل ثبت شده است.

در مطالعه دیگری احساس تنهایی ارتباط مستقیمی با وضعیت تغذیه نداشته است<sup>(۳۷)</sup> و علت آن ممکن است تفاوت در محل سکونت نمونه‌های پژوهش باشد که در مطالعه فوق ساکنان روستا و در مطالعه حاضر ساکنان شهر بودند، باشد. در همین راستا، نتایج مطالعه مرور سیستماتیک O'Keefeet و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که تأثیر عوامل روان‌شناختی؛ چون احساس تنهایی و انزوای اجتماعی بر وضعیت تغذیه سالمندان متناقض است<sup>(۳۸)</sup>.

در مطالعه حاضر، بین احساس تنهایی با تمام ابعاد وضعیت تغذیه‌ای (وضعیت تغذیه‌ای عادی، خطر ابتلا به سوء تغذیه و سوء تغذیه) ارتباط معناداری وجود داشت. نتایج مطالعه Eskelinen و همکاران نشان داد، احساس تنهایی با خطر سوء تغذیه و ابتلا به سوء تغذیه همراه است<sup>(۳۹)</sup>. همچنین نتایج مطالعه Ramic و همکاران نشان داد احساس تنهایی سبب افزایش سوء تغذیه در سالمندان می‌شود<sup>(۴۰)</sup>. این در حالی است که نتایج مطالعه مرور سیستماتیک van der Pols-Vijlbrief و همکاران نشان داد، هیچ ارتباطی میان سوء تغذیه و احساس تنهایی در سالمندان وجود نداشته است<sup>(۴۱)</sup>، که با نتایج مطالعه حاضر همسو نمی‌باشد.

در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و وضعیت تغذیه‌ای سالمندان ارتباط معنی‌دار وجود داشت. احساس تنهایی در همه‌ی مراحل زندگی رخ می‌دهد اما شیوع آن در دوره سالمندی یک مشکل اساسی است. به طوری که یافته‌ی مطالعه Haney و همکاران (۲۰۱۷) این مطلب را مورد تایید قرار می‌دهند و همچنین سطح تحصیلات را از عوامل موثر بر وضعیت تغذیه بیان می‌دارد به گونه‌ای که تحصیلات بالاتر سبب کاهش تجربه احساس تنهایی در دوره سالمندی می‌شود<sup>(۴۲)</sup> که با یافته‌ی مطالعه حاضر همسو می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین وضعیت تاهل با وضعیت تغذیه سالمندان ارتباط معنی‌داری وجود داشت. یافته‌های مطالعه Nzabona و همکاران (۲۰۱۶) بر خلاف مطالعه حاضر نشان داد، زنان متاهل احساس تنهایی کم‌تری نسبت به زنان بیوه داشتند<sup>(۴۳)</sup>. در حالی که یافته‌های مطالعه Arslantaş و همکاران (۲۰۱۷) هم‌راستا با مطالعه حاضر نشان داد، زنان بیوه احساس تنهایی کم‌تری را تجربه کردند<sup>(۴۴)</sup>.

در مطالعه حاضر، سن ارتباط معناداری با وضعیت تغذیه نداشته است، ولی در ارزیابی وضعیت سلامت تغذیه‌ای توسط لشکر بلوکی و همکارانش مشخص شد، سن از عوامل مهم در ایجاد سوء تغذیه در سالمندان می‌باشد، به گونه‌ای که با افزایش سن و ورود به دوره سالمندی وضعیت تغذیه‌ای افراد بدتر می‌شود<sup>(۴۵)</sup>، نتایج مطالعه Yang و همکاران نیز نشان داد، افزایش سن عامل مهمی در ایجاد سوء تغذیه در دوره سالمندی می‌باشد<sup>(۴۶)</sup>. از طرفی دیگر نتایج برخی از مطالعات بیان می‌دارد که، سالمندی به خودی خود سبب‌ساز سوء تغذیه نمی‌باشد و افزایش سن عامل خطر محسوب نمی‌شود، بلکه وجود بیماری‌ها و داروهای مصرفی زیاد در این دوره سبب‌ساز سوء تغذیه می‌شود<sup>(۴۷،۴۸)</sup>.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین جنس و وضعیت تغذیه‌ای سالمندان ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت. نتایج مطالعه Kvamme و همکاران نشان داد بین جنس و وضعیت تغذیه ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. به طوری که مردان بیش از زنان در معرض سوء تغذیه قرار داشته‌اند<sup>(۴۹)</sup>.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین هم‌خانگی و وضعیت

## References

1. Tripathi AD, Mishra R, Maurya KK, Singh RB, Wilson DW. The Role of Functional Food Security in Global Health. In: Mishra R, editor. Estimates for World Population and Global Food Availability for Global Health. vol 106. New York (NY): Academic press; 2019. p. 3-24.
2. The results of the general census [Internet]. 2016 [Updated 2019 July 31; cited 2019 July 31]; Available from: [www.amar.org.ir](http://www.amar.org.ir).
3. Foster L, Walker A. Active and successful aging: A European policy perspective. *Gerontologist*. 2014;55(1):83-90. [DOI: 10.1093/geront/gnu028]
4. Richard A, Rohrmann S, Vandeleur CL, Schmid M, Barth J, Eichholzer M. Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS One*. 2017;12(7): 181-242. [DOI: 10.1371/journal.pone.0181442]
5. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *j.puhe*. 2017;152(11):157-71. [DOI: 10.1016/j.puhe.2017.07.035]
6. Holt-Lunstad J, Smith T B, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*. 2015;10(2):227-37. [DOI: 10.1177/1745691614568352]
7. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):799-812. [DOI: 10.1111/hsc.12311]
8. Mousa T, Freeland-Graves J. Motivations for volunteers in food rescue nutrition. *Public health*. 2017;149(8):113-9. [Doi: org/10.1016/j.puhe.2017.04.004]
9. Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A, et al. Risk factors for malnutrition in older adults: a systematic review of the literature based on longitudinal data. *Adv Nutr*. 2016;7(3):507-22. [DOI: 10.3945/an.115.011254]
10. Vesnaver E, Keller HH. Social influences and eating behavior in later life: a review. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2011;30(1):2-23. [DOI: 10.1080/01639366.2011.545038]
11. Imoscopi A, Inelmen EM, Sergi G, Miotto F, Manzato E. Taste loss in the elderly: epidemiology, causes and consequences. *Aging Clin Exp Res*. 2012;24(6):570-9. [DOI: 10.3275/8520]
12. Eskelinen K, Hartikainen S, Nykänen I. Is loneliness associated with malnutrition in older people? *Int J Gerontol*. 2016;10(1):43-5. [DOI: 10.1016/j.ijge.2015.09.001]
13. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(2):286-94. [DOI: 10.1111/ggi.12711]
14. Nazemi L, Skoog I, Karlsson I, Hosseini S, Mohammadi MR, Hosseini M, et al. Malnutrition, prevalence and relation to some risk factors among elderly residents of nursing homes in Tehran, Iran. *ijph*. 2015;44(2):218-24.
15. Hicks KE, Rico J, Beauchesne M. Core curriculum and competencies: A multisite analysis of postgraduate training programs for primary care nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*. 2018;34(6):454-62. [DOI: 10.1016/j.profnurs.2017.12.012]
16. Payvar B, Abbaszade A, Esteki T, Talebighane E, Safavibayat Z. Nutritional status and associated factors in elderly hospitalized in cardiac care unit. *jgn*. 2018;2(4):49-60. [In Persian].
17. Chen SH, Cheng HY, Chuang YH, Shao JH. Nutritional status and its health-related factors among older adults in rural and urban areas. *J Adv Nurs*. 2015;71(1):42-53. [Doi: org/10.1111/jan.12462]
18. Ramic E, Pranjić N, Batic-Mujanović O, Karic E, Alibasic E, Alic A. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arch*. 2011;65(2):92-5.
19. Mushtaq R, Shoib S, Shah T, Mushtaq S. Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(9): 1-4. [Doi: 10.7860/JCDR/2014/10077.4828]

20. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess.* 1996;66(1):20-40. [Doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\_2]
21. Khademi MJ, Rashedi V, Sajadi S, Gheshlaghi SM. Anxiety and loneliness in the Iranian older adults. *Int J Psychol Behav Sci.* 2015;5(2):49-52.
22. Zali M, Farhadi A, Soleimanifar M, Allameh H, Janani L. Loneliness, fear of falling, and quality of life in community-dwelling older women who live alone and live with others. *Educ Gerontol.* 2017;43(11):582-8.
23. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clinics in geriatric medicine.* 2002;18(4):737-57. [DOI: 10.1016/s0749-0690(02)00059-9]
24. Ghazi L, Fereshtehnejad S-M, Abbasi Fard S, Sadeghi M, Shahidi GA, Lökk J. Mini Nutritional Assessment (MNA) is rather a reliable and valid instrument to assess nutritional status in Iranian healthy adults and elderly with a chronic disease. *Ecol Food Nutr.* 2015;54(4):342-57.
25. El Zoghbi M, Boulos C, Awada S, Rachidi S, All Hajje A, Bawab W, et al. Prevalence of malnutrition and its correlates in older adults living in long stay institutions situated in Beirut, Lebanon. *jrhs.* 2013;14(1):11-7.
26. Gale CR, Westbury L, Cooper C. Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and ageing.* 2017;47(3):392-7. [DOI: 10.1093/ageing/afx188]
27. Jung SE, Bishop AJ, Kim M, Hermann J, Kim G, Lawrence J. Nutritional status of rural older adults is linked to physical and emotional health. *J Acad Nutr Diet.* 2017;117(6):851-8. [DOI: 10.1016/j.jand.2017.01.013]
28. O'Keeffe M, Kelly M, O'Herlihy E, O'Toole PW, Kearney PM, Timmons S, et al. Potentially modifiable determinants of malnutrition in older adults: A systematic review. *j.clnu.* 2018; 12(7):1-5. [Doi: 10.1016/j.clnu.2018.12.007.]
29. Ramic E, Pranjic N, Batic-Mujanovic O, Karic E, Alibasic E, Alic A. The effect of loneliness on malnutrition in elderly population. *Med Arch.* 2011;65(2):92.
30. van der Pols-Vijlbrief R, Wijnhoven HA, Schaap LA, Terwee CB, Visser M. Determinants of protein-energy malnutrition in community-dwelling older adults: a systematic review of observational studies. *Ageing Res Rev.* 2014;18(11):112-31. [DOI: 10.1016/j.arr.2014.09.001]
31. Haney, M. Ö., Bahar, Z., Beşer, A., Açıl, D., Yardımçı, T., & Çömez, S. Factors related to loneliness among the elderly living at home in Turkey. *TJFMPC.* 2017; 11(2): 71-78. [DOI: 10.21763/tjfmpe.317717]
32. Alee, N. T., & Hasan, A. loneliness and values as predictors of psychological well-being in old people living in manipur. 2019; 6(5): 401-12.
33. Arslantaş, H., Adana, F., Ergin, F. A., Kayar, D., & Acar, G. Loneliness in elderly people, associated factors and its correlation with quality of life: A field study from Western Turkey. *Iranian journal of public health.* 2015; 44(1): 43.
34. Maître I, Symoneaux R, Issanchou S, De Facq P, Tavarès J, Feyen V, et al., editors. Improving sensory quality of food product to meet the elderly's preferences: which winning strategy? proceedings of the 6 european conference on sensory and consumer research: a sense of life; 2014 Sep 7; Copenhagen. Denmark: HAL; 2014.
35. Vesnaver E, Keller HH. Social influences and eating behavior in later life: a review. *J Nutr Gerontol Geriatr.* 2011;30(1):2-23. [DOI: 10.1080/01639366.2011.545038]
36. Suzana S, Boon P, Chan P, Normah C. Malnutrition risk and its association with appetite, functional and psychosocial status among elderly Malays in an agricultural settlement. *Malays J Nutr.* 2013;19(1):65-75.
37. Poggiogalle E, De Chiara S, Casciani M, Bonanni V, Ienca R, Federici E, et al. Malnutrition in elderly: Social and economic determinants. *Eur Geriatr Med.* 2012(3):86. [DOI: 10.1007/s12603-012-0374-8]
38. Kvamme J-M, Grønli O, Jacobsen BK,



- Florholmen J. Risk of malnutrition and zinc deficiency in community-living elderly men and women: the Tromsø Study. *Public Health Nutr.* 2015;18(11):1907-13. [DOI: 10.1017/S1368980014002420]
39. López JD, Díaz MC. Widowhood, loneliness, and health in old age. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018;53(3):128-33 [DOI: 10.1016/j.regg.2017.09.005]
40. Kucukerdonmez O, Varli SN, Koksall E. Comparison of nutritional status in the elderly according to living situations. *JNHA.* 2017;21(1):25-30. [DOI: 10.1007/s12603-016-0740-z]
41. Mokhber N, Majdi M, Ali-Abadi M, Shakeri M, Kimiagar M, Salek R, et al. Association between malnutrition and depression in elderly people in Razavi Khorasan :a population based-study in Iran. *Iran J Public Health.* 2011;40(2):67.
42. Eftekhar ardebili H, Lashkar boloki F, Jazayeri A, Ariaei M, Minaei M. Nutritional status of elderly people. *sjsph.* 2014;12(2):59-68.