



دراسة ميدانية حول تأثير العادات الغذائية على صحة كبار السن في المجتمع القطري وما يقدمه المركز من رعاية غذائية لكبار السن

إعداد/ مركز تمكين ورعاية كبار السن
مكتب التخطيط والتطوير



دراسة ميدانية حول تأثير العادات الغذائية على صحة كبار السن في المجتمع القطري وما يقدمه المركز من رعاية غذائية لكبار السن

إعداد/ مركز تمكين ورعاية كبار السن
مكتب التخطيط والتطوير
الدوحة 2016

دراسة ميدانية حول تأثير العادات الغذائية
على صحة كبار السن في المجتمع القطري
وما يقدمه المركز من رعاية غذائية لكبار السن

فريق العمل

إعداد الدراسة

مدير مكتب التخطيط والتطوير	مريم إبراهيم الأنصاري	الباحث الرئيسي
اختصاصي بحوث	شيماء يوسف الكواري	الباحث المساعد
باحث إحصاء	ياسمين محمد شمسي	المعالجة الإحصائية

الإخراج الفني والتصميم هيثم الطيب محمد

تدقيق لغوي شريف الشريف

حقوق الطبع محفوظة لـ : مركز تمكين ورعاية كبار السن

- الدوحة - الطبعة الأولى 2016
- لا يجوز إعادة نشر هذه الدراسة أو أجزاء منها إلا بإذن خطي مسبق من مركز تمكين ورعاية كبار السن

المحتويات

الباب الأول

5

الفصل الأول - الإطار العام للدراسة

7

7 أولاً: المقدمة

10 ثانياً: مشكلة الدراسة

11 ثالثاً: أهمية الدراسة

11 رابعاً: أهداف الدراسة

11 خامساً: منهجية البحث

12 سادساً: حدود الدراسة

12 سابعاً: مفاهيم ومصطلحات الدراسة

الفصل الثاني - الدراسات السابقة

15

الفصل الثالث - الإطار النظري للدراسة

22

22 الغذاء وكبار السن

22 أولاً: العادات الغذائية

23 ثانياً: الحالة الغذائية والمستوى الصحي لكبار السن

26 ثالثاً: الاحتياجات الغذائية لكبار السن

28 رابعاً: العادات الغذائية الصحية لكبار السن

29 خامساً: كيفية قياس الحالة الغذائية عند كبار السن

31 دور مركز تمكين ورعاية كبار السن في مجال الرعاية الغذائيّة لكبار السن

31 أولاً: إنشاء وحدة التغذية

33 ثانياً: التوعية ودورها الوقائي

37 الفصل الرابع - إجراءات الدراسة الميدانية

37	أولاً: مجتمع الدراسة
37	ثانياً: العينة وطريقة اختيارها
38	ثالثاً: منهجية الدراسة وأدواتها
38	رابعاً: ثبات الاستبيان
39	خامساً: المعالجة الإحصائية للبيانات
39	القسم الأول/ خصائص العينة
44	القسم الثاني/ المشاكل الصحية
49	القسم الثالث/ العادات الغذائية عند كبار السن
64	القسم الرابع/ دور مركز تمكين ورعاية كبار السن في تقديم الخدمات الغذائية لكبار السن

70 الفصل الخامس - خلاصة النتائج والتوصيات

70	خلاصة النتائج
72	التوصيات

76 المصادر والمراجع**77 الملاحق**

77	الملحق رقم (1): جداول الصدق والثبات
83	الملحق رقم (2): استمارة تقييم الحالة الغذائية لكبار السن في دولة قطر والخدمات الغذائية المقدمة من مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان)

الباب الأول

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الفصل الثاني: الدراسات السابقة

الفصل الثالث: الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

أولاً: المقدمة

تعد فئة كبار السن في المجتمع من الفئات التي تحتاج إلى رعاية واهتمام، ولخصوصية هذه المرحلة في حياة الإنسان فقد أولتها الشرائع السماوية أهمية خاصة وفي مقدمتها الشريعة الإسلامية، وهو ما يتجلى في قول الله تعالى في سورة الإسراء:

(وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا، إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَوْفٌ وَلَا نَهْرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا) (23) وَأَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذَّلْمِ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا) (24).

ويشهد العالم تحولاً بشرياً مؤاده تزايد فئة كبار السن 60 سنة وما فوق، نتيجة لمشيئة الله سبحانه وتعالى، ثم لزيادة التطور العلمي والتقني في المجال الطبي من الناحية الوقائية والعلاجية مما أدى إلى قلة نسبة وفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة من العمر وارتفاع العمر المتوقع للحياة بإذن الله، إلى جانب زيادة الوعي الصحي والبيئي. فقد تغيرت التركيبة السكانية تغيراً كبيراً في نسبة كبار السن إلى المجموع الكلي للسكان، وهي نسبة تتجه نحو الزيادة المطردة بحيث أصبحت أعداد كبار السن تتزايد بسرعة واستمرارية بين سكان العالم، تبعاً لإحصاءات منظمة الصحة العالمية فإنه في عام 2050 سيكون هناك ملياراتاً من شخص فوق عمر 60 سنة على مستوى العالم منهم 80% سيعيشون في البلدان النامية، وسوف تواجه جميع البلدان مشكلات كبيرة لضمان جاهزية نظمها الصحية والاجتماعية للاستفادة من هذا التحول الديمغرافي، وسوف تتضاعف المتطلبات الحياتية التي تقدمها الدول لهذا القطاع المتزايد النمو من أفراد المجتمع.

ومن المتطلبات الحياتية الهامة التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة، وتعتبر "التغذية السليمة المتوازنة" من أهم مظاهرها، حيث يتصف كبار السن عادة بتغيرات فسيولوجية ونفسية وصحية مثل انخفاض التمثيل الغذائي، ونقص وظائف الأجهزة كالجهاز الهضمي، وكثرة الشكوى من عسر الهضم، وسوء الامتصاص، وضعف حاستي التذوق والبصر، وضعف التوازن، واللياقة البدنية والحركية، ونقص المناعة والإصابة بالأمراض المزمنة كالسكر، وارتفاع ضغط الدم. ونتيجة لهذه التغيرات ومظاهرها فإن ذلك يجعل كبار السن فئة جديرة بالدراسة والتحليل لمعرفة المشكلات التي تؤثر على تغذيتهم. ويعد تقييم الحالة الغذائية إحدى الطرق المفيدة التي تساعد على الاكتشاف المبكر لاحتمالية حدوث مشكلات متعلقة بنقص الغذاء.

والتغذية هو العلم الذي يبحث في العلاقة ما بين الغذاء والجسم الحي، ويشمل ذلك تناول الطعام وهضمه وامتصاصه واستقلابه في الجسم، وما ينتج عن ذلك من تحرير الطاقة اللازمة للحياة والتكاثر وصيانة الأنسجة، وكذلك التخلص من الفضلات، أي أن علم التغذية يُعنى بجميع عمليات التقويض والبناء التي تجري في الجسم مع ربطها بالغذاء المتناول وما يحتويه من العناصر الغذائية. وقد كشفت الدراسات البحثية الحديثة التي أجريت عن الغذاء وعلاقته بالسن والنوع، أن كل مرحلة عمرية يمر بها الإنسان تستوجب أنواعاً معينة من الطعام، ففي مرحلة الطفولة تختلف احتياجاته عن مرحلة المراهقة وعن مرحلة النضوج عن مرحلة الشيخوخة، كما أكدت الدراسات أن كل مرحلة عمرية ترتبط بنوع معين من الطعام والنظام الغذائي؛ مما يعطى الجسم أقصى استفادة من تلك العناصر المعينة فى تلك المرحلة من العمر، ومع التقدم في السن يحتاج الإنسان إلى رعاية وعناية فائقة، وخاصة فيما يتعلق بتغذيته اليومية حتى لا يتعرض لمشاكل صحية مختلفة، ومن المعروف أن هناك علاقة بين التغذية وتقدم العمر وأن للتغذية أثراً على وظائف الجسم ودوراً في الوقاية من أعراض الكبر والشيخوخة، ولأن كل عضو في الجسم يفقد وظيفته بالتلف التدريجي للخلايا، وبالتالي يفقد الجسم حيويته.

وتلعب التغذية وسبل تنظيمها في سن الشيخوخة دوراً هاماً في الحياة؛ لأن مرجع معظم الأمراض في هذه السن، يكون ذو صلة وطيدة بالجانب التغذوي للشخص المصاب، ويعرف عموماً هذا المجال المرتبط بالتغذية والأمراض الناتجة في التغذية الطبية ” بسوء التغذية“. وسوء التغذية يحتوي على فرعين أساسيين هما: حالات التغذية التي يترتب عليها نقصان الوزن ”ضعف“، أو حالات التغذية التي يترتب عليها زيادة الوزن ”سمنة“، وفي كلا الحالتين ينتج تأثير سلبي على الوظائف الفسيولوجية لأعضاء الجسم المختلفة، ويأتي التأثير السلبي على أداء الجسم كوحدة متكاملة، مما يدعو إلى ضرورة النظر في نمط الغذاء اليومي للمسنين في هذه الحالة بطريقة علمية متقدمة.

وبناءً على ذلك تعتبر تغذية كبار السن مهمة جداً؛ لأن معظم الأمراض التي تصيب المسنين تكون مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بسوء التغذية، سواء كانت التغذية تؤدي إلى سمنة مفرطة أو نقصان حاد في الوزن، وكون تقدم العمر يؤدي إلى تغير في وظائف الأعضاء، والأداء الجسدي، مما يؤكد أهمية دور العناية بالتغذية الجيدة عند المسنين عموماً. (د. حسن حميدة - مستشار التغذية العلاجية - ألمانيا).

وأظهرت الدراسة التي نشرتها ”جورنال أوف أميركان ميديكال أسوسياشن / غاما“ أن الأمراض المرتبطة بالقلب والشرايين انخفضت بنسبة 65% لدى أولئك الذين يقومون بتمارين رياضية لمدة 30 دقيقة على الأقل في اليوم. كما أسهم النظام الغذائي المتوسطي لدى 180 من الذين يعانون من السمنة (99 رجلاً و81 امرأة) بعد أكثر من سنتين، في خفض كبير للوزن لدى المجموعة بكاملها وانخفاض معدل ضغط الدم والسكر والكوليسترول والتريغليسيريدي لديهم. وقد علق الدكتور مؤيد

ستامبلر من جامعة هارفرد في افتتاحية نشرتها مجلة "غاما" بالقول إن "نتائج هذه الأبحاث تظهر أن الأوان لم يفت قط، وأن اعتماد نظام غذائي ونمط حياة صحيين يحدث فارقاً كبيراً".

ولأهمية الغذاء المناسب لكبار السن أدرجت وثيقة مدريد الدولية للشيخوخة 2002 ضمن خطة عملها في التوجه الثاني ذي الأولوية (توفير الخدمات الصحية والرفاه في سن الشيخوخة) كهدف واضح في القضية رقم 1 وهو: الهدف 3 الذي ينص على "توفير التغذية الملائمة لجميع كبار السن" على أن يتم تنفيذه من خلال الإجراءات التالية: كفالة حصول كبار السن على الماء النقي والغذاء السليم على قدم المساواة مع الآخرين؛ وتحقيق الأمن الغذائي بتوفير إمدادات غذائية سليمة وكافية من الناحية التغذوية على كل من الصعيدين الوطني والدولي، والعمل في هذا الصدد على ألا يستخدم الغذاء والدواء كوسيلتين لفرض ضغوط سياسية، وتشجيع التغذية الصحية مدى الحياة ابتداءً من مرحلة الطفولة، مع إيلاء عناية خاصة لكفالة التغذية الملائمة للرجال والنساء في جميع مراحل العمر؛ وتشجيع نظام غذائي متوازن لتوفير الطاقة الملائمة ودرء النقص في العناصر المغذية الدقيقة، ويفضل الاعتماد في ذلك على الأغذية المحلية من خلال وضع أهداف تغذوية وطنية؛ وإيلاء عناية خاصة لحالات النقص التغذوي والأمراض المقترنة بها لدى وضع وتنفيذ برامج تعزيز الصحة والوقاية لدى كبار السن، وتوعية كبار السن وعامة الجمهور، وخاصة مقدمي الرعاية في القطاع غير الرسمي، بالاحتياجات الغذائية لكبار السن، بما في ذلك المقادير الملائمة من الماء والسعرات الحرارية والبروتينات والفيتامينات والمعادن؛ وتوفير خدمات طب الأسنان بأسعار معقولة لدرء ومعالجة الإصابات التي قد تعوق الأكل وتسبب سوء التغذية، ودمج الاحتياجات الغذائية المحددة لكبار السن في مناهج البرامج التدريبية لجميع العاملين والمختصين في مجال الرعاية الصحية وأنواع الرعاية ذات الصلة، وكفالة تأمين القدر الكافي والملائم من التغذية والأغذية المتيسرة لكبار السن في المستشفيات وغيرها من أماكن الرعاية.

وتعتبر دولة قطر من الدول التي شهدت زيادة في التطور العلمي والتقني خاصة في المجال الصحي، وتغيرت فيها التركيبة السكانية تغيراً كبيراً في نسبة كبار السن إلى المجموع الكلي للسكان، وهي نسبة تتجه نحو الزيادة المطردة؛ بحيث أصبحت أعداد المسنين تتزايد بسرعة واستمرارية في المجتمع القطري. فقد ارتفع عدد الأشخاص الذين بلغوا سن 60 سنة فأكثر عام 2015 إلى (54.531) ألف نسمة بنسبة 2.27% من إجمالي عدد السكان في قطر، ويحتمل أن تتزايد هذه النسبة بشكل كبير في السنوات القادمة، والزيادة في أعداد المسنين لا بد أن تكون لها آثارها العميقة على الاحتياجات الحياتية والصحية والغذائية التي توفرها الدولة لكبار السن.

ومن هنا تبرز أهمية هذه الدراسة الحالية التي تهدف إلى استطلاع رأي المستفيدين بالخدمات التي يقدمها مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان) حول العادات الغذائية عند كبار السن وتأثيرها

على صحتهم بشكل عام، أما الأهمية العلمية فتتمثل بإضافة دراسة جديدة في مجال رعاية كبار السن، لاسيما أن الدراسات في هذا الجانب قليلة، أما الأهمية التطبيقية فتتمثل بما تتوصل إليه الدراسة من نتائج وتشخيص لأهم المشكلات الغذائية التي يعاني منها كبار السن، وتقديم التوصيات المناسبة، وإيجاد الحلول العلمية لمعالجتها والتخفيف من أثارها السلبية بما يسهم في تفادي أية مضاعفات قد تؤثر على صحة هذه الفئة العمرية في المجتمع. ونأمل أن توفر هذه الدراسة قاعدة من المعلومات التي تساعد على التدخل العلاجي والتوعوي لهذه الفئة فيما يختص بالغذاء والتغذية السليمة.

وتنقسم الدراسة إلى (4) فصول حيث شمل الفصل الأول الإطار العام للدراسة؛ وهو يشمل التعريف (المقدمة، مشكلة الدراسة، أهمية الدراسة، أهداف الدراسة، حدود الدراسة، مصطلحات الدراسة)، أما الفصل الثاني فيتناول الدراسات السابقة العربية والأجنبية، ويتضمن الثالث الإطار النظري للدراسة، وينقسم إلى بحثين هامين؛ حيث تناول في المبحث الأول الغذاء وكبار السن، أما المبحث الثاني فتناول ما يقدمه مركز تمكين ورعاية كبار السن من استشارات ورعاية تغذوية لكبار السن، وعُني الفصل الرابع بإجراءات الدراسة الميدانية، وتحليل وتفسير نتائج الاستبانة، بالإضافة إلى المقترحات والتوصيات والمراجع.

ثانياً: مشكلة الدراسة

إن كبار السن أكثر عرضة لسوء التغذية بسبب العادات الغذائية غير السليمة، فغالباً لا يتم إمداد كبار السن بالعناصر الغذائية اللازمة لهم بشكل كاف، وربما بسبب معاناتهم من مشاكل الهضم أو فقدان الشهية أو لتراجع معدل تناولهم للطعام بشكل عام، لذا فإن كبار السن يحتاجون لرعاية وتغذية خاصة، حيث إن وظائف أجسامهم تكون قد شهدت تغيراً كبيراً عن فترات حياتهم السابقة. وانطلاقاً من الاهتمام بهذه الفئة العمرية الهامة في المجتمع فقد تم التركيز على إجراء هذه الدراسة لتحديد حقيقة المشكلات الغذائية التي قد يتعرض لها كبار السن، وتتلخص مشكلة الدراسة في السؤال الرئيسي التالي:

ما تأثير العادات الغذائية على صحة كبار السن؟

وتندرج من السؤال الرئيسي بعض التساؤلات الفرعية:

1. ما العادات الغذائية الشائعة عند كبار السن؟
2. هل هناك علاقة بين العادات الغذائية والإصابة بالأمراض المزمنة؟
3. ما مدى الوعي لدى كبار السن بأهمية تناول الأطعمة الصحية؟
4. ما مدى استعانة كبار السن بمراكز الصحة الغذائية وأخصائي التغذية؟

5. كيف يتم تقييم الحالة التغذوية لكبار السن؟

6. ما مدى مساهمة مركز تمكين ورعاية كبار السن في توفير نظام غذائي لكبار السن، يتناسب مع حالتهم الصحية؟

ثالثاً: أهمية الدراسة

1. تنطلق أهمية الدراسة من أهمية التغيرات الحاصلة في مستوى الاستهلاك الغذائي ونمط الحياة التي أدت إلى إحداث تغيرات كبيرة في الحالة الصحية والغذائية لكبار السن، حيث ارتفعت نسبة انتشار الأمراض المزمنة التي لها علاقة بالتغذية.
2. أنها تتناول شريحة هامة في المجتمع، وهم فئة كبار السن.
3. عدم وجود دراسات علمية تناولت بالدراسة والتحليل موضوع تأثير العادات الغذائية على صحة كبار السن بالمجتمع القطري.
4. قد تتوصل الدراسة إلى نتائج يمكن في ضوءها استخلاص توصيات لتحسين العادات الغذائية عند كبار السن.
5. توضيح دور مركز تمكين ورعاية كبار السن في تقديم الرعاية الغذائية للمنتسبين للمركز.

رابعاً: أهداف الدراسة

1. دراسة بعض العادات الغذائية و نوعية الغذاء المتناول عند كبار السن.
2. دراسة تأثير العادات الغذائية غير السليمة على ظهور المشاكل الصحية على كبار السن.
3. التعرف على أهم العادات الغذائية وعلاقتها بالإصابة بالأمراض المزمنة.
4. التعرف على طرق تقييم الحالة الغذائية لكبار السن.
5. التعرف على دور مركز تمكين ورعاية كبار السن في تقديم الرعاية الغذائية للمنتسبين للمركز.

خامساً: منهجية البحث

تعتمد الدراسة في جزئها النظري على المنهج الوصفي والتحليلي وفي جزئها العملي على دراسة ميدانية، حيث يتم حساب مؤشرات إحصائية تتعلق بهذه الظاهرة معتمداً على برنامج Excel. وتتضمن هذه الدراسة جزئين: جزءاً نظرياً وجزءاً عملياً، في الجزء النظري، والذي يعتبر أساسياً في الدراسة، لأنه لا يمكن دراسة العادات والممارسات الغذائية عند كبار السن في المجتمع القطري

ما لم يكن هنالك أسس نظرية تركز عليها الدراسة، حيث تم الاطلاع على مصادر عدة للتعريف بالمصطلحات الأساسية، كما تم الاطلاع على أهم الدراسات المحلية والخارجية لتحديد المشاكل الغذائية الأساسية التي يعاني منها كبار السن.

أما الجزء العملي فهو عبارة عن دراسة ميدانية حول العادات الغذائية عند كبار السن، لذلك لجأت الباحثات إلى وضع استمارة إحصائية لاستطلاع رأي المستفيدين من خدمات مركز تمكين ورعاية كبار السن شملت المعلومات الديمغرافية، والمشكلات الصحية التي يعاني منها كبار السن، والعادات الغذائية التي يمارسها كبار السن للتعرف على العادات والممارسات الغذائية السائدة. كما تم التطرق إلى تقييم دور مركز تمكين ورعاية كبار السن في مجال تقديم الرعاية والاستشارات التغذوية لكبار السن المستفيدين من خدمات المركز.

سادساً: حدود الدراسة

1. المجال البشري: اقتصرت الدراسة على عينة من كبار السن المستفيدين من خدمات مركز تمكين ورعاية كبار السن، والبالغ عددهم (302) مسناً مجالاً بشرياً للدراسة، ومن كلا النوعين (ذكور، إناث).

2. المجال المكاني: تم تحديد المجال المكاني بدار الرعاية التابع لمركز تمكين ورعاية كبار السن.

3. المجال الزمني: استغرقت عملية جمع البيانات ما يقارب الشهر، حيث امتدت من تاريخ 1 مارس 2016 حتى 30 مارس 2016.

سابعاً: مفاهيم ومصطلحات الدراسة

• **الشيخوخة:** تعرف الشيخوخة بأنها ضعف الجسم المضطرب في وقاية ذاته، مع الزيادة المتصاعدة في عمليات الهدم الذاتي، وأن يكون نمو الضعف في وقاية الذات ناتجاً عن عجز الجهاز المناعي، وزيادة الهدم الذاتي، وضعف آلية ترميم التلف، وكل هذه العوامل تعود لأسباب عديدة منها التغير في الكفاءة المناعية، والتحول الجسدية، والنقص في إفراز الهرمونات والتغير في تركيب البروتينات وعمليات التمثيل.

• **المسن:** كل شخص بلغ الستين عاماً فما فوق إلى نهاية العمر، ومرحلة كبر السن هي فترة من الحياة تحدث فيها تغيرات فسيولوجية، وبيولوجية (جسمانية، عقلية، نفسية) تسبب مشاكل لطبيعة الإنسان.

• **الغذاء:** هو كل ما يدخل الجسم من مأكولات ومشروبات سواء عن طريق الفم أو الحقن، والتي

تمد الجسم بالطاقة، وتساعد على النمو، وإصلاح الأنسجة التالفة، وتنظيم العمليات الحيوية في الجسم.

- **العادات الغذائية:** هي الممارسات والسلوكيات اليومية المتبعة في اختيار وتناول واستعمال الأغذية المتوفرة وهي تشمل جميع عمليات إنتاج الغذاء وتخزينه وتصنيعه وتوزيعه وتناوله.
- **الغذاء الصحي:** هو الغذاء المتوازن الذي يحتوي على كافة العناصر الغذائية اللازمة لضمان صحة الجسم، وهو الغذاء الذي يحتوي على العناصر الغذائية الضرورية للجسم وليس بكميات عالية، لذا فإن عملية توازن الغذاء تعتمد على خليط من الأغذية لتكميل النواقص.
- **العناصر الغذائية:** هي مجموعة من العناصر الكيميائية والمركبات العضوية، يزودنا بها الطعام بمقادير مناسبة، وينتج عن استهلاكها تحرير الطاقة، وتنظيم العمليات البيولوجية في الجسم، وتحقيق النمو، وصيانة الأنسجة والتكاثر، ويؤدي أي نقص منها إلى تغيرات وأعراض مرضية في الجسم، وتشمل الكربوهيدرات، والبروتينات، والدهون، والمعادن والفيتامينات، والماء.
- **الاحتياجات الغذائية:** هي أقل كمية من العناصر الغذائية المأخوذة، التي يمكن بواسطتها المحافظة على الوظائف الطبيعية للجسم وسلامته.
- **الحالة الغذائية:** الحالة الفيزيولوجية للفرد الناتجة عن العلاقة الموجودة بين تناول المغذيات والمتطلبات من جهة، وعن قدرة الجسم على هضم وامتصاص واستخدام هذه المغذيات من جهة أخرى.
- **مؤشر كتلة الجسم:** نسبة الوزن مقابل الطول وتحسب كالآتي: الوزن بالكيلو غرام مقسوماً على الطول المربع بالمتر.
- **متطلبات الطاقة الغذائية:** كمية الطاقة الغذائية الضرورية للفرد بغية الحفاظ على وظائف الجسم والصحة والنشاط الطبيعي.
- **التغذية:** الطعام المتكامل المتوازن لجسم الإنسان بالمواد الغذائية التي تساعد على البناء والنمو وبقاء الصحة، وتصنف إلى خمس مجموعات إضافةً إلى الماء، وهذه المجموعات هي: السُّكريات، الدهون، البروتينات، الفيتامينات، المعادن.
- **سوء التغذية:** يقصد به حدوث تدهور أو ضعف في الصحة نتيجة تناول أغذية غير متكاملة (غير متوازنة) إما بزيادة أو نقص واحد أو أكثر من العناصر الغذائية.
- **قلة التغذية:** تأتي نتيجة نقص التغذية و/أو نتيجة سوء الامتصاص و/أو سوء استخدام المغذيات المستهلكة نتيجة الإصابة المتكررة بالأمراض المعدية. وهي تشمل نقص الوزن بالنسبة إلى السن ونقص الطول بالنسبة إلى السن (التقزم) ونقص الوزن بشكل خطير بالنسبة إلى الطول

(الهزال) والنقص في الفيتامينات والمعادن (سوء التغذية من حيث المغذيات الدقيقة).

- **نقص الوزن:** انخفاض الوزن بالنسبة إلى السنّ لدى الأطفال وانخفاض مؤشر كتلة الجسم عن 18.5 لدى البالغين، ما يشير إلى الوضع السائد الناجم عن عدم كفاية تناول الأغذية أو فترات سابقة من نقص التغذية أو تردي الحالة الصحية.
- **الهزال:** انخفاض الوزن بالنسبة إلى الطول، وعادةً ما يكون ذلك نتيجة لخسارة في الوزن بسبب فترة حديثة من الجوع الشديد أو المرض.
- **الإفراط في التغذية:** عندما يفوق متناول الأغذية متطلبات الطاقة الغذائية باستمرار، فإن التغذية الزائدة تأتي نتيجة متناول غذائي مفرط مقارنة بمتطلبات المغذيات الغذائية.
- **زيادة الوزن والبدانة (السمنة):** زيادة وزن الجسم مقابل الطول بشكل غير طبيعي نتيجة تكسّس مفرط للدهون، وغالباً ما تكون تجلياً للإفراط في التغذية. وتُعرف زيادة الوزن بتراوح مؤشر كتلة الجسم بين 25 وما يقل عن الـ 30، أمّا البدانة فتُعرف ببلوغ مؤشر كتلة الجسم الـ 30 أو ما فوق.
- **الحالة الصحية:** هي حالة الإنسان بدون أي داء أو أمراض، والصحة يجب أن تكون البدنية والعقلية والاجتماعية، فالعقل السليم في الجسم السليم. والإنسان السليم هو الذي يشعر بالسلامة البدنية، وهو ذو نظرة واقعية للعالم، ويتعامل مع الأفراد بصورة جيدة. ومعنى الصحة يشمل أمرين: السلامة من الأمراض، وذهاب المرض بعد حلوله.
- **الأمراض المزمنة:** أمراض تدوم فترات طويلة وتتطور بصورة بطيئة عموماً. وتأتي الأمراض المزمنة، مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، في مقدمة الأسباب الرئيسية للوفاة في شتى أنحاء العالم.
- **مشكلات الشيخوخة الصحية:** يصاب الشخص المسن بأعراض مرضية مختلفة وقد تأتي جميعها - أحياناً- في آن واحد، وهو ما نطلق عليه "مشكلات الشيخوخة"، مثل: اضطرابات الإدراك (نتيجة للذهيان والخرف والاكْتئاب)، سلس البول، اختلال التوازن والسقوط، ضعف الحواس الخمس خاصة (السمع، البصر)، أمراض القلب، السكر وارتفاع ضغط الدم الروماتيزمي، وهشاشة العظام، واضطرابات سوائل الجسم وأملاحه، أمراض الجهاز الهضمي..الخ.
- **أخصائي التغذية:** هو ذلك الشخص المؤهل تأهيلاً علمياً وعملياً في مجال التغذية، بحيث تكون له القدرة على التعامل مع المريض وتخطيط البرنامج الغذائي المناسب للحالة الصحية التي يعاني منها، وهو ذلك الشخص الذي له القدرة على إعطاء المعلومات الغذائية للفرد والمجتمع بصورتها الصحيحة، بعيدة كل البعد عن التزييف أو اللاواقعية، وهو القادر على تخطيط برامج غذائية توعوية من شأنها أن تسهم في تغيير العادات والسلوكيات الغذائية الخاطئة إلى أخرى صحيحة.

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

إنَّ المعرفة العلمية تتميز بالتراكمية، وتعتبر الأبحاث والدراسات التي سبقت أي دراسة معينة عبارة عن تمهيد، إمَّا نظري يساعد البحث الجديد على التصور العام للموضوع، وأمَّا قاعدة ميدانية تسهل المقارنة، وتدعم النتائج المتوصل إليها، ولا يمكن أن نقول جزماً أنَّ البحث المتناول لم تسبقه أي دراسات لأنَّ يمكن أن نعثر على البعض منها تمس الموضوع في جانب معين، قد لا يكن بالضرورة في التخصص المدروس، بل يكون أحياناً في تخصصات قريبة منه. وفي هذا الجانب اخترنا بعض الدراسات التي تمسَّ الموضوع المدروس في جوانب مختلفة، ومن ضمن الدراسات الرائدة في هذا المجال:

1. دراسة مريم موسى حسن هوسا (2004م) ”تقييم الحالة التغذوية لدى المسنات بمدينة الرياض“:

تم إجراء هذه الدراسة بهدف تقييم الحالة التغذوية والصحية للمسنات بمدينة الرياض، اللاتي يعشن خارج دور الرعاية الاجتماعية، لمعرفة بعض المشكلات التغذوية والصحية وكذلك عاداتهن الغذائية. فقد ارتفع عدد المسنات بالمملكة اللاتي تزيد أعمارهن عن 60 عاماً بنسبة 4.4%. ونظراً لما تتصف به هذه الفئة من تغيرات فسيولوجية، ونفسية، وصحية، وانعكاس ذلك على الوضع التغذوي لهن، لذا تم اختيار عينة من 115 مسنة، كعينة عشوائية طبقية من المسنات المترددات على المراكز الصحية بمدينة الرياض التابعة للشئون الصحية بمدينة الرياض اللاتي يبلغن 60 عاماً وأكثر، حيث تم أخذ أوزانهن باستخدام ميزان طبي معايير وأطوالهن بمقياس الطول المدرج، وتم سحب عينة دم منهن بعد 12 ساعة صيام لإجراء التحاليل اللازمة، حيث تم تقدير كل من الكوليسترول الكلي، والدهون الثلاثية، وكذلك الجلوكوز، والألبومين، وفيتامين «ب 12»، وحمض الفوليك، ومستوى الحديد في الدم وهيموجلوبين الدم. وتم تصميم استبيان عن: المعلومات الديمغرافية، والتاريخ الغذائي، والصحي للتعرف على العادات الغذائية السائدة ونمط استهلاك الوجبات والغذاء المستهلك.

وأشارت هذه النتائج إلى أن المتغيرات الكيموحيوية تقع ضمن الحدود الطبيعية للمسنات ما عدا كل من الكوليسترول الكلي، والجلوكوز حيث كان متوسطهما مرتفعاً عن الحدود الطبيعية، وتبين أن نسبة الارتفاع في مستوى الكوليسترول الكلي والجلوكوز هو 79.2% و59.1% على التوالي، ووجد أن 50.5% مصابات بحموضة المعدة، كما أن 32.6% يعانين من الإمساك، وأن 95.8% فقدن

أسنانهن، و25.3% لديهن فقد آلي، و50% منهن يستخدمن طقم أسنان. وتبين انخفاض المستوى التعليمي لديهن، حيث بلغت نسبة الأمية 94.7%، وكانت النسبة العظمى منهن من المتزوجات، والأرامل بنسبة 42.1% و51.6% على التوالي، وجميعهن من ربات البيوت. ووجد أن 95.8% من أفراد العينة يتناولن الأدوية بصفة يومية، و32.6% كن يتناولن ثلاث وصفات يومية، واتضح أن 57.9% من أفراد العينة يتناولن ثلاث وجبات يومية. أما بالنسبة للوجبات الخفيفة فإن 56.8% لا يتناولن أي وجبة خفيفة خلال اليوم، وأن 58.9% يعانون من وجود مشكلة في إفراز اللعاب وبلع الطعام. أما عدم الإحساس بطعم ورائحة الطعام فقد كانت نسبة 65.3% لا يوجد لديهن مشكلة، أما الشهية للطعام فإن 21.1% كانت ضعيفة لديهن ووجد أن معظم أفراد العينة 91.6% لا يعانون من أية صعوبة في تناول الطعام بمفردهن ودون مساعدة. وكان 73.7% منهن يضيفن الملح إلى الطعام. وبالنسبة لتنظيم مواعيد الأكل في أوقات محددة، فقد وجد أن 45.3% ليس لديهن مواعيد منتظمة للأكل، وكانت 62.1% منهن لا يستخدمن المكملات الغذائية (الفيتامينات والمعادن) وتبين أن القدرة الشرائية لدى 75.8% كانت كافية، ووجد أن 84.2% يتناولن الطعام مع العائلة. وتوصلت الدراسة إلى أن الحالة التغذوية لهن تعتبر جيدة ويوصى بإجراء المزيد من الدراسات على حالتهم التغذوية بحيث تشمل غير المترددات على المراكز الصحية، وكذلك الاهتمام بالتوعية الغذائية والصحية لهن عن طريق تقديم المحاضرات، والبرامج المرئية والمسموعة؛ لأن الغالبية منهن أميات.

2. "المبادئ التوجيهية الغذائية التي تهدف للتصدي لمشاكل التغذية في دولة قطر" 2015:

نُشرت هذه الدراسة في مجلة "أخبار الخليج"، وتهدف إلى معالجة المشاكل الغذائية والصحية في المجتمع، وتطرح عدة اقتراحات للتغلب على تلك القضايا. وقدمت الدراسة استنتاجات دقيقة ومصيرية فيما يخص المشاكل الصحية الناجمة عن الإفراط في تناول الأطعمة التي تزيد من تفاقم تلك المشاكل وبالتالي الأمراض الناجمة عنها. وتحدثت الدراسة في العموم عن تلك المشاكل غير مُستهدفة لفئة عمرية أو شريحة اجتماعية معينة، وقالت الدراسة إن دولة قطر تواجه نوعين من المشاكل الغذائية والصحية موضحة من خلال المجلس الأعلى للصحة أن تلك المشاكل ناجمة من التغيير في نمط الحياة ونقص تناول المواد المغذية. وأشارت الدراسة إلى أن الدولة بحاجة إلى مواجهة التحديات الكبيرة لمنع ومكافحة المشاكل الناجمة عن التغذية والأمراض المزمنة ذات الصلة بالنظام الغذائي بنشر الوعي وبخفض معدلات السمنة وزيادة الوزن، وزيادة معدلات النشاط البدني وتحسين الوضع الغذائي، ويهدف هذا التوجه إلى الحد من معدلات الإعتلال والوفيات التي تُعزى إلى الأمراض المزمنة غير المعدية. وأبانت الدراسة أن الأمراض التي تنقلها الأغذية هي مشكلة تثير قلق جميع دول مجلس التعاون الخليجي فكان لا بد من طرح هذه التوجهات الغذائية للتعامل مع عبء

هذه الأمراض خصوصاً أنّ البعض من هذه الأمراض يساهم في 50% من مجموع الوفيات في دول مجلس التعاون الخليجي، وكان هدف الدراسة هو وضع وتفعيل المبادئ التوجيهية لدعم وتعزيز أنماط الحياة الصحية من خلال نظام غذائي وافي ونشاط بدني يمنع الأمراض المزمنة الناجمة أو ذات الصلة بالنظام الغذائي. وخلصت الدراسة إلى ضرورة التصدي لتلك المشاكل الصحية التغذوية المنشأ للوقاية من الأمراض والسيطرة عليها والمرتبطة بالنظام الغذائي في دولة قطر، فشملت مبادئ التوجيه الغذائي أن يكون ذو تكلفة معقولة ومُتاحة والتي تُستهلك عادة من العامّة، والتركيز على الأغذية التقليديّة. وكما شجعت الدراسة على أهميّة النشاط البدني.

By Joseph Varghese. Reporter Staff. The Gulf News. 29 August 2015

3. دراسة مصيقر (2002م) في البحرين ”دراسة عن نمط الحياة وعلاقته بأمراض القلب“:

بينت الدراسة أن هناك علاقة وطيدة بين نمط الحياة والتغذية والرياضة والإصابة بالأمراض المزمنة، وأوضحت النتائج أن الحليب الكامل الدسم لا يزال هو الأكثر تفضيلاً عند عينة الدراسة، ووجد أن 52% يتناولون الحليب الكامل الدسم، و7% يتناولون حليباً قليل الدسم، و8% يتناولون الحليب الخالي من الدسم، أما الباقيون 33% فلا يتناولون الحليب. ويعد الجبن القابل للدهن أكثر أنواع الجبن استهلاكاً، حيث صرح 42% أنهم يتناولون هذا النوع من الجبن وهو غني بالدهون والكوليسترول. وتُبين الدراسة أن المصابين بارتفاع ضغط الدم والسكري هم معظم الذين لا يمارسون أي نوع من النشاط الرياضي والذين لا يتناولون الخضار والفاكهة الطازجة بشكل يومي.

4. دراسة حسب الله وجعفر (2003م) في سلطنة عمان ”السمنة كمنبئ لأمراض القلب والأوعية الدموية في الدول المتقدمة“:

تؤكد الدراسة والتي شملت (المسح الوطني لارتفاع ضغط الدم بهدف تحديد معدل انتشار السمنة بين العمانيين فوق 18 سنة)، فقد أمكن التعرف على 13.3% مصابين بالسمنة، وكانت السيدات أكثر سمنة 17.6%، من الرجال 7.5%، وقد أوضحت النتائج أن هناك خطورة عالية بين السيدات والأشخاص البالغين، الذين تبلغ أعمارهم (45) عاماً فأكثر وعلى الذين لا يمارسون أنشطة عضلية تذكر. كما لوحظ أيضاً وجود خطورة عالية بين السيدات المطلقات والأرامل واللاتي دون التعليم الإعدادي وذوات الدخول المنخفضة، ومن هذه النتائج تم اقتراح علاج للسمنة، يتمثل في تقليل الغذاء، وتعديل السلوك والمجهود البدني، كما يضم برامج مكافحة السمنة، وإرشادات تعديل السلوك والجانب الحركي.

5. دراسة عفاف حمزة بشير عامر 2001م ”دراسة الحالة الغذائية والصحية لدار المسنين بمنطقة المدينة المنورة“:

استهدفت الدراسة تقييم الحالة الغذائية والصحة لدار المسنين بمنطقة المدينة المنورة، ومدى جدوى الاستفادة من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والتعرف على المقاييس الأنثروبومترية والتحليل الطبية، ومدى التوازن في الغذاء اليومي، وكيفية التخطيط لإعداد وجبات غذائية صحية. وقد اشتملت العينة على 66 من الذكور و33 من الإناث، وبعد التحليل الإحصائية تبين أن متوسط أعمارهم ما بين 59 - 72 وأن 96.960% من الذكور، و90% من الإناث لا يقرؤون وأن جميع النزلاء ليس لديهم أولاد وأن 93.930% من الذكور ليس لديهم عمل سابق وكذلك 100% من الإناث. أما الحالة المرضية فمستقرة نتيجة تناول الأدوية، ولا يوجد فقر دم ظاهر. ويعاني 93% من الذكور، و66% من الإناث من أمراض نفسية. أما الأنشطة فتكاد تكون معدومة للنزلاء، ولا يوجد أي مشاركة اجتماعية خارج الدار.

6. دراسة جعفر (2000م) ”مرض ترقق العظام والوقاية منه“:

ورد فيها أن البروتينات من العوامل الغذائية المرتبطة بصحة العظام، حيث ثبت أنه يوجد لدى المسنين ارتباط مباشر بين نقص تناول البروتينات وبين انخفاض الكثافة المعدنية للعظم، وانخفاض القدرة على الحركة، ويكون عادة نقص تناول البروتينات مترافقاً مع سوء تغذية شامل، حيث يؤدي قلة المتناول إلى زيادة طرح الكالسيوم في البول، لذا فإنه من المهم أن يتناول المسنون كميات كافية من البروتينات، كما أن زيادة تناول البروتينات تكون مصحوبة بزيادة إخراج الكالسيوم في البول، وأن زيادة جرام واحد من البروتينات من الأطعمة يؤدي إلى فقدان 1 مليجرام من الكالسيوم في البول مما يترتب عليه انخفاض الكثافة المعدنية للعظم، وبالتالي يحدث نقص في الكتلة العظمية مما يؤكد ضرورة التوازن في تناول البروتينات.

7. خالد سليمان النمير (1998م) ”دراسة المسنون والغذاء رعاية صحية خاصة“

وقد أظهرت هذه الدراسة أن المسنين أكثر عرضة لسوء التغذية بسبب عوامل متعددة تشمل العوامل الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية. من جانب آخر فإن العوامل الفسيولوجية وبعض الظروف الاجتماعية لها تأثير على الحالة الصحية للمسنين، ففي حين أن العوامل الفسيولوجية تؤثر على قدرة المسنين على استهلاك الغذاء اليومي وهضمه وتمثله، مما يقود إلى سوء الحالة التغذوية لديهم نجد أن الظروف الاجتماعية والاقتصادية تجعلهم عرضة للإحباط، ومن ثم فقد

الشهية للطعام وبالتالي سوء التغذية. وعلى سبيل المثال فإن المسنين الذين يعيشون مع زوجات غير قادرات على خدمة المنزل بسبب المرض أو العجز قد يكونون عرضة لسوء التغذية بسبب الممارسات التغذوية والعادات الغذائية غير السليمة، وأعداد كبيرة من المسنين قد لا يوجد لهم أقرباء يرعونهم وبالتالي عليهم أن يبحثوا عن دور تؤويهم يجدون فيها الرعاية، وما زالت دور رعاية المسنين محدودة في بلادنا العربية بفضل التمسك بالقيم الإسلامية، حيث ما زالت الأسرة المسلمة تقوم بواجباتها نحو المسنين، وتعمل على رعايتهم وتوفير الأمن والاستقرار لهم، إلا أن التطور السريع الذي طرأ على المجتمع بفضل التقدم في الرعاية الصحية وارتفاع مستوى المعيشة وزيادة العمر المتوقع للفرد، وبالتالي زيادة نسبة كبار السن يجعل من الضروري الاهتمام بالمسنين والإعداد الجيدة لاحتواء مشكلات هذه الشريحة.

وانطلاقاً من هذا الاهتمام فإنه يتحتم على المهتمين بالصحة من أطباء واختصاصيي علم نفس واختصاصيي تغذية وغيرهم التركيز على إجراء الأبحاث كل في مجاله؛ لتحديد حقيقة هذه المشكلات التي قد يتعرض لها المسنون، وإيجاد الحلول العلمية لتفادي أية مضاعفات قد تؤثر على صحة هذه الفئة العمرية في المجتمع، وقد كان الغرض من هذا البحث تقويم الحالة الصحية والخدمات الغذائية والوعي التغذوي والقناعة بالخدمات الغذائية. كما أوضحت النتائج أن أفراد العينة ينقصهم الكثير من الوعي بأمور غذائهم، كما وجد أن 90.9% من أفراد العينة مقتنعون بأن عدد الوجبات المقدمة لهم كان كافياً، وظهر أن 69.7% مقتنعون بأن مواعيد الوجبات مناسبة، كما أن 78.7% منهم مقتنعين بأن كمية الوجبات كافية أما عن طريقة الطهي فقد أجاب 54.5% بأنها مقبولة، أما عن تماشي الوجبة مع الأكل الشعبي فلقد رأى 63.6% منهم أنها تتماشى معه إلى حد ما، كما تبين من الدراسة أن 20.4% من أفراد العينة يعانون مرضاً أو أكثر من أمراض الشيخوخة الباطنية (السكري، ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب) حيث شكلت نسبة الإصابة بمرض السكري 14.3% من أفراد العينة، في حين وجد 51.5% من أفراد العينة فقدوا بعض أسنانهم. (منى حميد حاتم، 2011).

8. دراسة عبد المنعم مادق حسن (1997م) "تغذية المسنين"

وتناقش الدراسة موضوع العزلة الاجتماعية والفراغ العاطفي عند المسنين وكذلك الشعور بالقلق الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى فقدان الشهية لتناول الطعام، ويتسبب في حدوث بعض التغيرات الهرمونية التي تنتج عنها قلة إفراز العصارات الهضمية في المعدة والأمعاء، وبالتالي يفقد الجسم المقدرة على الامتصاص الكامل للمواد الغذائية، ومن الجانب الآخر فإن تناول العقاقير التي تستعمل لمعالجة القلق كثيراً ما تؤدي إلى فقدان الشهية، لذا فإن تناول المسن لوجباته برفقة أقرانه أو أفراد العائلة يمنع الكثير من المشاكل، وعند مقارنة المشاكل التغذوية للمسنين الذين يعيشون في منازلهم

بأولئك الذين يعيشون بدور المسنين، وجد أن الفئة الأخيرة تعاني من بعض أعراض سوء التغذية، وانعكست في نقص التركيز بفيتامين «ج»، وحمض الفوليك، والألبومين، والزنك في الدم، ولوحظ أن الوجبات المقدمة في هذه الدور قد تحتوي على بعض العناصر الغذائية دون المستوى الموصى به، وبالذات الحديد وحمض الفوليك، والألياف الغذائية، وأن نزلاء المستشفيات منهم يعانون من نقص الزنك، وفيتامين «د»، والثيامين، وحمض الفوليك، والكالسيوم، وأنهم لا يتناولون غذاءً كاملاً إذا تركوا بمفردهم أوقات تناول الطعام. (مريم موسي هوسا، 2004م).

9. دراسة عفت عبد القادر زهران، هند مبارك باخشوين (1994م) ”تقييم الحالة الغذائية لمجموعة من المسنين بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية“:

وكان الغرض من هذه الدراسة هو تقييم الحالة الغذائية لمجموعة من المسنين والمسنات السعوديين المقيمين في دار الرعاية الاجتماعية بمدينة الرياض. واشتملت عينة الدراسة على 38 مسناً منهم 20 مسناً و18 مسنة. وقد أظهرت النتائج نقص غذاء هذه المجموعة من المسنين من الطاقة وفيتامين «أ» الريتينول وحمض الأسكوربيك «ج» والحديد والزنك عن ثلثي التوصيات اليومية لهذه العناصر الغذائية، وأظهر مؤشر الغذاء الكلي أن 40 في المائة من المسنين و12% من المسنات يعانون من النقص الغذائي في 3 عناصر أو أكثر. كما اتضح أن نسبة الاستهلاك اليومي من البروتين والدهون الحيوانية تشكل حوالي 60% من الاستهلاك اليومي من العنصرين الغذائيين.

10. دراسة (National Foundation to End Senior Hunger 2012) ”تسليط الضوء على صحة كبار السن“:

أجريت هذه الدراسة في الولايات المتحدة على كبار السن البالغة أعمارهم 60 عاماً وأكثر وهدفت إلى رؤية المشاكل الصحية الناتجة من التغذية غير الصحية لدى كبار السن، وجاءت نتائج الدراسة أن 1 من كل 12 كبير سن يعيش في أمريكا لا يتغذى بشكل صحي، وعليه تم حصر الأمراض التي يكون كبير السن عرضة لها مثل السمنة ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب والشرابين والاكنتاب، وتسعة أمراض أخرى غيرها، مما يوضح أهمية التغذية السليمة لصحة كبار السن.

11. دراسة (Irving et al 1999)

(Nutritional and cognitive status in elderly subjects living in service flats and the effect of nutrition education on personnel)

وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة الحالة الغذائية والإدراكية لدى المسنين وتأثير الثقافة لدى الأفراد، واستمرت الدراسة لمدة ستة شهور بالإضافة إلى برنامج مكون من ست ساعات للذين يعيشون في منازل خدماتية، وشارك فيها 93 مسناً، متوسط أعمارهم 81 سنة، 75% منهم من

النساء باستخدام القياسات الانثروبومترية، والشهية، والتحليل العلمي الموضوعي، ومصل الزلال وإجراء اختبار دهني بسيط، وكذلك الإجابة على الاستبيان المعد قبل، وبعد ستة شهور توصلوا إلى أن مؤشر كتلة الجسم كان عادياً في البداية 26.6 (31%) و25.6 (32%) للنساء ثم ارتفع عند الرجال إلى 27.0 (34%) وأن مصل الزلال ارتفع من 39.1 (29%) للنساء ثم ارتفع عند الرجال إلى 41.2 (35%) ووجدوا أن 41% منهم لديهم إعاقة إدراكية، و15% إلى 20% ظهرت عليهم أعراض واضحة لسوء التغذية، ويعزف الكثير من المسنين عن تناول الطعام نتيجة الشعور بالاكتئاب، وأن مساعدة أفراد العائلة في خلق أنشطة اجتماعية يساعد كثيراً في التخلص من الشعور بالاكتئاب. (مريم موسى هوسا، 2004م).

12. دراسة (Morley, J.E. 1996)

“Anorexia in older persons: epidemiology and optimal treatment”

“فقدان الشهية لدى كبار السن: علم الأوبئة والعلاج الأمثل”

جاء في هذه الدراسة أن فقدان الشهية لدى المسنين نتيجة طبيعية للتقدم في العمر، وذلك بسبب النقص في النشاط البدني، وتباطؤ عمليات التمثيل الغذائي. وفقدان الشهية الفسيولوجي سببه انخفاض في الدافع نحو التغذية (dynorphin)، وزيادة في الأثر الإشعاعي لهرمون المعدة والأمعاء ومادة (cholecystokinin)، وكذلك يلعب نقص أكسيد النترريك دوراً في عملية التشبع المبكر التي تشيع بين المسنين، ويعتبر الاكتئاب من أبرز الأسباب التي تؤدي إلى فقدان الشهية لديهم، وكذلك الإصابة بالسرطان والتهاب المفاصل حيث تؤدي إفرازاتهما إلى تحرير مواد (cystokines) ووجد أن الاستخدام الكافي للأدوية ومكملات السعرات الحرارية، والتغذية الأنبوبية الداخلية تلعب دوراً في معالجة فقدان الشهية ويؤدي نقص الزنك في الجسم إلى فقدان الشهية. (مريم موسى هوسا، 2004م).

الفصل الثالث

الإطار النظري للدراسة

• الغذاء وكبار السن

أولاً: العادات الغذائية

العادات الغذائية هي عبارة عن السلوكيات التي يتبعها الإنسان في كيفية اختيار وإعداد وطهي وتقديم وتناول وحفظ غذائه، وكذلك تتمثل العادات الغذائية في مواعيد تناول الغذاء وفي عدد الوجبات في اليوم ونوعها ونوعية المشروبات المتناولة مع الأطعمة، ونوعية الأطعمة المقدمة في المناسبات وغيرها (العوضي، 1984م). وقد أدى التغير الاقتصادي والاجتماعي السريع في العقدين الماضيين إلى تغيرات كبيرة في العادات الغذائية للمجتمع. وهذا بدوره انعكس على الحالة الصحية والتغذوية. وقد ساعد ارتفاع مستوى الفرد إلى الرفاهية والاعتماد على الخدم والمربيات والتنقل بالسيارات مما ساهم في تقليل الحركة. ونتيجة التطور الكبير في جميع المجالات والانفتاح على العالم انتقلت العديد من العادات الغذائية المختلفة إلى المجتمع مثل الوجبات السريعة المليئة بالدهون والكولسترول بعد أن كان اللبن والتمر والخبز الأسمر أهم الأغذية في الماضي.

ومن الصعب أن يتم تغيير أو تطوير طبيعة تلك العادات السائدة في المجتمعات والتي تتوارث من جيل إلى جيل آخر لأنها متوغلة في النفس البشرية بشكل عميق ولها ارتباطها بمراحل نمو الإنسان وما صاحبها من تغيرات اقتصادية واجتماعية وتعليمية ونفسية. وتسهم العوامل الاجتماعية بشكل كبير في تكوين العادات الغذائية وفي التأثير عليها، فمثلاً العقائد الدينية لها تأثيرها حيث تحرم تناول بعض أنواع الأطعمة، وهناك شعائر دينية مثل الصيام ومظاهر الاحتفال بالمناسبات الدينية تجعل الأفراد يتناولون أنواعاً من الأطعمة والإحجام عن أنواع أخرى، كما أن انخفاض المستوى التعليمي أو الأمية يعيق تطور العادات الغذائية الاستهلاكية وقد تساعد على انتشار العديد من الخرافات الغذائية، كما أنها تحول دون اتباع الأساليب الصحية عند تناول الغذاء وحمايته من التلوث، كما أن الموقع الجغرافي يؤثر على النوعية الغذائية واختيار أنواع من الأغذية أكثر من الأخرى، فمثلاً الأفراد في السواحل البحرية والجزر معتادون على استهلاك الأسماك والمنتجات البحرية ويعتمد سكان البادية والصحاري على تناول الحليب ومشتقاته، واللحوم والحبوب والتمر، بينما يعتمد الفلاحون على تناول القمح والخضروات والفواكه الموسمية والبقول. بينما يكون غذاء سكان المدن متميزاً بالتنوع والتطور نوعاً ما. ويؤثر الدخل في العادات الغذائية وفي نوع الغذاء الذي تستهلكه الأسرة فهو المسئول الرئيسي عن نوع وكمية الأغذية التي تتناولها الأسر. فمثلاً هناك الأسرة

الميسورة التي تتناول وجبات أحسن وأفضل من الناحية النوعية والكمية من الأسرة محدودة الدخل، ولا شك أن الفقر هو أحد الأسباب المباشرة لأمراض سوء التغذية. وهناك عوامل أخرى أدت إلى حدوث نوع من التغيير في عادات وآداب الغذاء في المجتمع بواسطة الاحتكاك بالوافدين لهذا حيث يحدث هناك التقاء للثقافات الوافدة مع ثقافة مجتمع البلد الغذائية فيحدث تغيير في عادات وآداب الغذاء في المجتمع فيستجد بعض العادات والآداب ويندثر بعضها.

وتعد العادات الغذائية من العوامل المهمة للإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة حيث تبين دراسة مصيقر (2002م) في مملكة البحرين أن هناك علاقة وطيدة بين نمط الحياة والتغذية والرياضة والإصابة بالأمراض المزمنة، حيث أوضحت الدراسة أن المصابين بالأمراض المزمنة أقل تناولاً للخضروات والفواكه الطازجة مقارنةً بالأصحاء، ووجد أن 56% من المصابين بالأمراض المزمنة يتناولون الفواكه والخضروات الطازجة يومياً مقابل 64% عند الأصحاء، ويؤثر مستوى الوعي الغذائي لجميع أفراد المجتمع على تطوير العادات الغذائية التي تدخل في توجيه دفة سياسات الأمن الغذائي والتخطيط الغذائي على المستوى الوطني، كما أن هذه السياسات تؤثر بدورها على العادات الغذائية لجميع أفراد المجتمع، وبالتالي فإن تلك العادات تسهم في تقرير الحالة الغذائية والمستوى الصحي للمجتمعات بشكل عام.

ثانياً: الحالة الغذائية والمستوى الصحي لكبار السن

لقد أدت زيادة أعداد كبار السن في العقدين الماضيين إلى زيادة الاهتمام بهذه الفئة الحساسة للأمراض؛ حيث تزيد المشكلات الصحية لهذه الفئة، ومن أخطر هذه المشكلات سوء التغذية حيث تشير العديد من الأبحاث أن غذاء المسنين لم يصل للحد المطلوب لهم، حيث أشار المسح التغذوي الأوروبي الكبير EURONUT SENECA الذي أجري على مستوى 12 دولة أوروبية ان نسبة كبيرة من كبار السن كان معدل العناصر الغذائية المتناولة أقل من الموصى به مما يجعلهم في خطر لنقص الفيتامينات والمعادن، كما أن تناول الطاقة والبروتين في الغالب يكون منخفضاً عند المسنين إلا أن الحكم العام على المسنين بصورة ثابتة ليس صحيحاً، لأن هناك عوامل كبيرة تؤثر على هذه النتائج ومن أهمها العوامل الصحية، والاجتماعية، والاقتصادية، والنفسية، كما أن هناك بعض الملاحظات العامة التغذوية التي تؤثر على صحة كبار السن، وهي أنهم لا يتناولون ثلاث وجبات يومياً، كما أن بعضهم يقضون وقتاً طويلاً قد يصل إلى ثلاثة أيام متتالية بدون طعام، أو يعتمدون على أنواع غذائية غير صحية وخالية من العناصر الأساسية. كذلك فإن هناك عوامل مساعدة تحد من تناول كبار السن الغذاء بصورة جيدة مثل العادات الغذائية السيئة، وانخفاض المصادر المادية الجيدة، والمشكلات الصحية والنفسية مثل الإحباط والضعف النفسية الناتجة عن فقد رفيق الحياة (الزوج أو الزوجة)، والصعوبة في الحصول أو إعداد الطعام. وأخيراً انعدام الوعي الغذائي أو قلة (انخفاض

الثقافة الغذائية). لذلك فإن من التوصية لهذه الفئة الحساسة زيادة النشاط الاجتماعي ومن أمثلتها تناول الطعام مع الآخرين، وخصوصاً مع من يرتاح لهم المسنون ويحبونهم مثل الأبناء والأصدقاء والأقارب. فالعامل الاجتماعي للمسنين له تأثير مباشر على مستوى التغذية لديهم؛ حيث أنه يؤثر على نقص تناول الطعام، مما يؤثر بالتالي على سوء ونقص التغذية. كما أن هناك العديد من المتغيرات التي لها علاقة بالتقدم بالعمر، والتي تؤثر على الاحتياجات الغذائية لكبار السن. لذلك فإن هناك عوامل أساسية لا بد أن تكون في الحسبان عند تقويم الحالة الغذائية وتحديد الاحتياجات الغذائية لدى هذه الفئة الحساسة، ومن أهم هذه العوامل: الاختلافات الفردية الصحية، النشاط الحركي، وظائف الأعضاء ونشاطها، كما أن الفرد ما بين عمر 40 - 80 عاماً يفقد أكثر من 40% من حجم العضلات مع انخفاض ونقص شديد في محتوى الماء الكلي في الجسم، وكذلك زيادة نسبة مخزون الدهون المتناول الكلي من الطاقة والذي يمكن أن يكون منخفضاً في المسن، وأن 20% من الأشخاص فوق 60 عاماً يتناولون أقل من 1000 كيلو كوري لكل يوم. كل هذه التغيرات سابقة الذكر ناتجة عن الحد من النشاط الحركي لكبار السن. كما أن هناك تغييراً أساسياً في محتويات الجسم لدى كبار السن وهو الفقد من عنصر الكالسيوم (ca) من العظام، حيث تعمل العوامل التالية في زيادة الفقد:

- انخفاض معدل النشاط الحركي والعضلي (الرياضة).
- انخفاض المعدل المتناول من الكالسيوم في الغذاء.
- انخفاض معدل هرمون الاستروجين وخصوصاً لدى النساء.
- انخفاض معدل امتصاص الكالسيوم في الأمعاء.

وكل هذه العوامل السابقة تؤدي إلى انخفاض معدل الكالسيوم في الجسم مما يؤدي إلى الإصابة بمرض تخلخل العظام، ومع تقدم العمر تفقد بعض الأعضاء وظائفها أو تقل في حساسيتها، حيث يفقد المسن حاسة العطش أو الرغبة في تناول الماء، مما يؤثر على صحة كبار السن. وقد يؤدي إلى حدوث الجفاف، لذلك يوصى بأن يتناول المسن كمية جيدة من الماء والعصائر والمشروبات التي سوف تزيد من مستوى السوائل داخل الجسم ليقوم الجسم بجميع الوظائف الأساسية، كما أن من أهم المشكلات التي يتعرض لها المسن والتي تنتج كذلك من تناول واستهلاك عديد من الأدوية والعقاقير مع أو مع عدم وجود مشكلات في الفم، فيؤدي ذلك إلى عدم القدرة على تذوق الطعام، مما يعيق قابلية المسن لتناول الأغذية المختلفة، فيترتب على ذلك قلة التناول اليومي للغذاء والذي بدوره له علاقة بسوء التغذية. كما أن الانخفاض والنقص في امتصاص العديد من العناصر الغذائية وخصوصاً الكالسيوم الذي ينتج من نقص في فيتامين «د» يؤدي إلى حدوث مشكلات في التغذية، ويترتب على ذلك نقص وسوء في التغذية لكبار السن. بالإضافة للعديد من المشكلات الصحية والتي يتعرض لها المسن والتي لها بعد كبير في التأثير على الحالة الغذائية مثل مشكلات الأسنان، أمراض

القلب، وانخفاض النشاط اليومي، الالتهابات والعدوى والاكتئاب. إلا أن الناحية النفسية لها دور مهم جداً في التأثير على التغذية مثل فقد الزوج أو أشخاص مهمين في حياة المسن، حيث توضح النتائج ارتفاع معدل عيش المسنين لوحدهم في الدول الغربية إذ يزيد على 60% للسيدات و20% من الرجال يعيشون لوحدهم مما يؤثر على انخفاض معدل ما يتناوله المسن الذي له دور كبير في نقص وسوء التغذية، لذلك نجد هنا دور الإسلام في المحافظة على كبار السن، حيث حث القرآن الكريم على الاهتمام بالوالدين، وجعل ذلك من أساس الدين الحنيف، كما حث الرسول صلى الله عليه وسلم على الاهتمام والرعاية للوالدين وجعله من أفضل الأمور التعبدية. وبالرغم من أن أكثر الأسباب لحدوث نقص وسوء في التغذية لدى كبار السن هي المشكلات الاجتماعية، ومشكلات الأسنان والعوامل النفسية، واستخدام العقاقير والأدوية إلا إن هناك أسباباً أخرى مثل العدوى والالتهابات خصوصاً التهاب الرئتين الذي يجب عدم اغفاله.

لذلك فإن الفسيولوجية المرضية لسوء نقص التغذية تعتمد على واحد أو أكثر من العوامل التالية: قلة وانخفاض المتناول من الطعام والعناصر الغذائية، وقلة وانخفاض امتصاص الطعام المهضوم نتيجة لأمراض الأمعاء الدقيقة، زيادة الاحتياجات من البروتين والطاقة أو العناصر الغذائية والناجم من العدوى والالتهابات أو الضغوط كل هذه التغيرات والناجمة عن مشكلات مرضية للأجهزة والأعضاء الحساسة في الجسم لها مترتبات ناتجة عن سوء التغذية. (بحث د. فادي عكاري. غذاء المسنين).

العوامل المؤثرة في الحالة الغذائية لكبار السن:

إن إحدى السمات المميزة للتغيرات الفسيولوجية لدى المسنين هي نقص المقدرة على التفاعل مع التغيرات الداخلية (داخل الجسم) والخارجية (البيئة)، مما ينجم عنها عدة مشاكل مثل: تأخر الشفاء من الأمراض واستعادة الاتزان البدني، والتغيرات الفسيولوجية التي تنتج عن الشيخوخة من أهمها التغيرات في مكونات الجسم، وتشمل زيادة كمية الدهون، وانخفاض معدل التمثيل القاعدي للطاقة، ونقص في عضلات الجسم، والتغيرات في وظائف الجهاز الهضمي، ووظائف الكلى، والوظائف الحركية، وتغيرات في الفم والحواس، حيث انخفاض في الخملات المسؤولة عن حاسة التذوق باللسان فتقل المقدرة على معرفة المذاق الحلو من المالح وزيادة المأخوذ من الملح، والسكر، وانخفاض في نهايات أعصاب الشم، فتقل درجة الشم، وتقل حاسة التذوق مما يسبب فقد الشهية، (عبدالقادر، 2001م).

كما إن الشيخوخة تسبب عجزاً في إفراز غدد اللعاب مما يؤثر سلبياً على هضم الكربوهيدرات التي تساعد أنزيمات اللعاب على هضمها، وكذلك فإن بعض العقاقير التي قد يتناولها المسنون قد تؤدي إلى جفاف الفم من اللعاب. كما أن مشاكل الأسنان قد لا تكون منتشرة بين المسنين، ولكن قد تنجم المشاكل عن أطقم الأسنان، مما يجعل عملية المضغ مؤلمة فيزدرد المسن الطعام دون مضغ أو يعدل طعامه فيحرم نفسه من الأغذية المفيدة التي تحتوي على ألياف.

وكذلك قد تتأثر الحالة الغذائية لدى كبار السن بالأسباب النفسية؛ كالخرف فهو يؤدي بالمرسن إلى حالة نسيان ما إذا تناول طعامه أو لا، أو الاكتئاب مما يسبب للمرسن عدم الرغبة في تناول الطعام وأيضاً القلق. أو أسباب اجتماعية أخرى؛ حيث تؤثر العادات الاجتماعية في دولنا العربية بشكل كبير في تغذية المرسن، فهو قد يقع عرضة لتلبية جميع المناسبات الاجتماعية من حوله والتي تتوفر فيها الغذاء غير المناسب لحالته الصحية، أو قد يقع المرسن في شبك العزلة الاجتماعية والوحدة التي تؤدي به إلى عدم الرغبة في تناول الطعام.

الأمراض المزمنة وعلاقتها بالتغذية لدى كبار السن:

ولللغذاء علاقة وثيقة بالأمراض التي تؤدي إلى الوفاة، حيث أفادت الدراسات أن الأسباب العشرة التي تؤدي إلى الوفاة كانت كلها على علاقة وطيدة بالغذاء، أو بتناول الكحول باستثناء اثنين منها. كما أن حوالي 70% من الوفيات التي تحدث بين المرسنين (65 سنة وأكثر) وأن أكثر أسباب الوفاة هي أمراض القلب، والسرطان. ثم تأتي أمراض الرئة، وداء السكري، والحوادث، والالتهابات. وتلعب التغذية دوراً في كثير من هذه الأمراض، فمثلاً هناك الأسباب الغذائية المختلفة التي ترتبط بأمراض القلب وعلاقة الدهون والألياف بالسرطان، وأثر السكري والالتهابات الناتجة عن سوء التغذية. عموماً فإن التغذية الصحية جزء لا يتجزأ من صحة المرسنين، واستقلالهم، وحياتهم، ورغم أن معظم المرسنين ممن يتعدون 70 عاماً من العمر في الولايات المتحدة يبدون في صحة جيدة، إلا أن حوالي 85% من الأفراد الذين لا يعيشون في دور العجزة يعانون من مرض مزمن واحد أو أكثر، ونصفهم على الأقل يعانون من أمراض بسبب سوء التغذية. (مريم موسي هوسا، 2004).

ونذكرت منظمة الصحة العالمية في آخر تقرير لها أن الأمراض غير المعدية مثل أمراض القلب، أمراض الرئة المزمنة، السكتة الدماغية وسوء التغذية تعد السبب الرئيسي في ارتفاع نسبة الوفاة بين المرسنين، مشيرة إلى أن التغذية السليمة قد تقلل من مضاعفات تلك الأمراض.

ثالثاً: الاحتياجات الغذائية لكبار السن

تعتبر تغذية كبار السن مهمة جداً؛ لأن معظم الأمراض التي تصيب كبار السن مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بسوء التغذية سواء كانت تؤدي إلى سمنة مفرطة أو نقصان في الوزن بصورة كبيرة، كون تقدم العمر يؤدي إلى تغير في وظائف الأعضاء والأداء الجسدي، مما يؤكد أهمية العناية بالتغذية الجيدة، ومن أهم الاحتياجات الغذائية لكبار السن ما يلي:

- **الطاقة:** مع تقدم السن تقل الاحتياجات للطاقة تدريجياً ويرجع السبب في انخفاض الاحتياجات الغذائية للمسنين نتيجة قلة النشاط والحركة وكذلك انخفاض نسبة الأنسجة العضلية مما يقلل معدل الطاقة المستهلكة للتمثيل الأساسي.
 - **البروتين:** يجب على كبار السن التركيز على تناول نسبة جيدة من البروتين بحيث تقدر المخصصات الغذائية الموصى بها للشخص الذي عمره أكبر من 50 سنة هي تقريباً 60 غراماً للرجل و50 غراماً للمرأة مع مراعاة الزيادة في البروتينات ذات الكفاءة العالية والمنخفضة.
 - **الدهون:** يفضل الإقلال من تناول الدهون بحيث لا تزيد عن 30% من السعرات الحرارية الكلية، وخاصة الدهون المشبعة للوقاية من أمراض القلب وتصلب الشرايين، بالإضافة إلى كون هضم وامتصاص الدهون يكون بطيئاً عند كبار السن.
 - **الكربوهيدرات:** يفضل الإقلال من السكريات البسيطة وزيادة استهلاك السكريات المعقدة بالنسبة لكبار السن لتمثل 45% - 65% من مجموع السعرات الحرارية الكلية اليومية.
 - **الفيتامينات والعناصر المعدنية:** يجب على المسن أن يحصل على حاجته من الفيتامينات والعناصر المعدنية خاصة فيتامين A-E-C-B6-B12 بالإضافة إلى الحديد والكالسيوم ويمكن للمسن الحصول على حاجته من الفيتامينات والمعادن إذا ما تنوعت مصادر الطعام وخصوصاً الخضار والفواكه.
 - **الماء والألياف الغذائية:** يجب أن يحصل كبار السن على أطعمة غنية بالألياف مثل الخضروات والفواكه والخبز الأسمر والحبوب مما يساعدهم على تجنب الإمساك، مع ضرورة شرب 8 أكواب من الماء يومياً.
 - **الدعم الغذائي:** إن الدعم الغذائي ضروري للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على حاجتهم من الغذاء عن طريق تناول الطعام والشراب. وقد تصبح الحاجة إلى الدعم الغذائي ماسة في الحالات التالية: عند من يعاني من صعوبة في بلع الطعام، وعند من يعاني من اضطراب في الشهية، أو من لديه نقص حاد في التغذية، وعند من يعاني من نقص الامتصاص للمواد الغذائية بسبب مرض في جهاز الهضم ففي هذه الحالات يعطى المريض التغذية بواسطة إبرة أو قثطرة توضع في الوريد، أو بواسطة أنبوب للتغذية يصل إلى المعدة عبر الأنف أو الفم.
- إن إعطاء الدعم الغذائي له فوائد وله مخاطر في نفس الوقت، ويجب على العائلات التي يحتاج أحد أفرادها إلى الدعم الغذائي أن تناقش جميع الخيارات المتاحة مع الطبيب.

رابعاً: العادات الغذائية الصحية لكبار السن

تختلف احتياجات الغذاء مع تقدم العمر من فرد لآخر. هذا حسب العوامل الوراثية، والنشاط البدني، وأوجه الاختلاف في نمط الغذاء اليومي في سني الطفولة والشباب. وقد تؤثر بعض العادات الغذائية والسلوك اليومي للشخص على ظهور بعض المشاكل الغذائية أو الأمراض المزمنة في سن الشيخوخة. من هنا يتضح لنا أهمية التغذية الجيدة لكبار السن لكي يتمتعوا بصحة وعافية جيدة. ولتحسين السلوك الغذائي لكبار السن، هناك جوانب يجب أخذها بالاعتبار منها:

- الإقلال من تناول الدهون المشبعة الموجودة في اللحوم الحمراء، الزبدة، السمنة والقشطة؛ للوقاية من أمراض القلب وتصلب الشرايين والسمنة.
- الإقلال من تناول السكر والحلويات مثل الكيك والبوظة والشوكولاته.
- التركيز على تناول كميات جيدة من الألياف الغذائية كالخبز الأسمر، الحبوب الكاملة، البقوليات، الخضار والفواكة، لإمداد الجسم بالفيتامينات والأملاح المعدنية ومضادات الأكسدة التي تزيد من مناعة الجسم ومقاومته للأمراض كما تحمي من الإصابة بالإمساك.
- عدم الإفراط في تناول أملاح الصوديوم أو المواد الحاوية على نسبة كبيرة من الأملاح مثل المعلبات، المخلل، الزيتون وذلك لتفادي ارتفاع ضغط الدم إلى جانب حدوث مشاكل في الكلى.
- الإكثار من تناول الماء والسوائل مع ضرورة الاعتدال في تناول الشاي والقهوة كونها مصدراً رئيسياً للكافيين، لتجنب حدوث الأرق ولين العظام.
- الإكثار من تناول الحليب ومنتجاته قليلة الدسم للحفاظ على سلامة العظام.
- يفضل تناول 5 وجبات خفيفة بدلاً من ثلاث وجبات رئيسية لتجنب الإصابة بعسر الهضم، مع ضرورة تناول الأطعمة الطازجة سهلة الهضم وتجنب الأطعمة والأغذية السريعة والمعلبات.
- يفضل أن يكون العشاء مبكراً لمنع اضطراب النوم بسبب الانتفاخ بالغازات.
- الإكثار من تناول الأسماك كونها قليلة الدهون وغنية بمادة omega-3 fatty acid.
- ضرورة ممارسة الرياضة وخاصة رياضة المشي، وممارسة الأعمال والهوايات التي يحبها المسن.
- محاولة تجنب المشاكل الغذائية التي يتعرض لها المسن، والتي تؤدي إلى زيادة في الوزن وما يرافقها من أمراض مثل الكولسترول والسكري أو نقص في الوزن؛ مما يؤدي إلى جفاف الجسم ونقص في الفيتامينات والمعادن.
- محاولة التقليل من تناول الأغذية المقلية والتركيز على تناول الأغذية المسلوقة أو المشوية.
- محاولة تناول الطعام مع الأصدقاء والأقارب، وذلك لتشجيعه على الأكل كون الوحدة من أسباب قلة الأكل.

خامساً: كيفية قياس الحالة الغذائية عند كبار السن

قياس الحالة الغذائية في المجتمع يهدف إلى الحصول على معلومات كافية تساعد في التعرف على المشكلات التغذوية التي تؤثر على الصحة العامة، وكذلك التعرف على أسباب هذه المشكلات، وذلك للمساعدة في اتخاذ التدابير الوقائية والسيطرة على هذه المشكلات.

ولكي نتعرف على المعلومات المطلوب الحصول عليها لقياس الحالة التغذوية والغذائية لا بد أن نتفهم العوامل التي تؤثر على الحالة الغذائية للفرد في المجتمع. ومن أهم العوامل السببية للحالة الغذائية ما يلي: ما يتناوله الفرد من غذاء، واستهلاك الفرد للغذاء داخل الأسرة، وعلى الوعي الغذائي لاختيار الطعام.

وقد ورد في كتاب (تقييم الحالة الغذائية) للدكتورة منى خليل عبد القادر أستاذة التغذية وعلوم الأطعمة بقسم التغذية في كلية الاقتصاد المنزلي بجامعة حلوان في مصر، نموذج استمارة لتقييم الحالة الغذائية للمسنين مع ملاحظة تنص على أن استخدام المقاييس الوقائية بالنسبة للمسنين يجب أن تبدأ على الأقل من سن 50 عاماً قبل ظهور الأعراض والمشاكل الغذائية. وعند تطبيق المقاييس الوقائية في المراحل المتقدمة من العمر، مما يجعل تأثيرها على المسن تكون أقل ما يمكن.

استمارة لتقييم الحالة الغذائية للمسنين

مستوى التقييم	أقل مستوى
الفحوصات الغذائية	<ul style="list-style-type: none">• الوجبات التي تؤكل يومياً أو أسبوعياً ومدى انتظامها.• عدد مرات تناول أطعمة الوقاية.• تناول الفيتامينات والأملاح المعدنية ومركبات البروتين.• المعلومات العامة عن التغذية ومصدرها.
معلومات طبية واجتماعية واقتصادية	<ul style="list-style-type: none">• الأمراض المزمنة.• وجود إعاقة.• التدخين، الخمر، المخدرات.• أعراض مثل النزيف والدوخة، فقدان الذاكرة، فقدان الشهية، الصداع، تغيرات في عملية الإخراج، التبول، تغيرات في النظر والسمع.• العلاج موصوف بواسطة الطبيب أو بدون روثة.• الاسم، العنوان، رقم تلفون الطبيب المعالج أو أقرب الاصدقاء أو أفراد العائلة.• المعيشة بمفرده أو مع زوج أو صديق.• مصدر الدخل.
فحوص طبية ومقاييس جسمية	<ul style="list-style-type: none">• الطول، الوزن.• وجود نحافة أو سمنة.• ضغط الدم، معدل النبض، ضربات القلب.• الشحوب، لون الجلد وملمسه.• حالة الأسنان واللثة وصحة الفم.• أثر المقابلة والفحص.• فحص النظر والسمع بدقة.• أي دليل واضح على الإهمال.
فحوص معملية	<ul style="list-style-type: none">• هيموجلوبين.• مستوى السكر في الدم والبول.• تحليل البول (اللون، الرائحة، الصفراء، درجة الحموضة، جلوكوز، البيومين، دم، أجسام كيتونية).• تحليل البراز (اللون، اللمس، دم).

مستوى التقييم	مستوى متوسط
الفحوصات الغذائية	<ul style="list-style-type: none"> كل ما سبق + الأطعمة المفضلة والمرفوضة. البدع الغذائية، التسهيلات لتحضير الوجبات والمعلومات، ميزانية الطعام. الوجبات اليومية المعتادة وما تحتويه من: لحوم، ألبان ومنتجاتها، فواكه، خضروات، حبوب، العناصر الغذائية، بروتين، دهن، سعرات، كربوهيدرات، ماء، فيتامينات، أملاح، السعرات الفارغة.
معلومات طبية واجتماعية واقتصادية	<ul style="list-style-type: none"> كل ما سبق + التاريخ العائلي للزوج والوالدين والأبناء أو أي أقارب يعيشون في نفس المنزل، وجود ألم (مكانه، تكراره، مدته، صفاته)، الصحة العقلية والنفسية. الدخل، كمية وكفاية (التغذية، المنزل، الملابس، المواصلات).
فحوص طبية ومقاييس جسمية	<ul style="list-style-type: none"> ما سبق + فحص الرأس والرقبة (الأنف، الزور، الأسنان)، فحص الصدر، الكشف الطبي، فحص الحوض والشرج، تقييم الحالة العصبية والنفسية.
فحوص معملية	<ul style="list-style-type: none"> ما سبق + فحص الدهون في الدم، الحديد بالدم والحديد الكلي المرتبط، تحليل البول، صورة كرات الدم الحمراء وعدد كرات الدم البيضاء، أشعة الصدر.

مستوى التقييم	أعلى من المتوسط
الفحوصات الغذائية	<ul style="list-style-type: none"> ما سبق + استرجاع 24 ساعة. التاريخ الغذائي، تاريخ طريقة تجهيز الطعام السابقة والحالية.
معلومات طبية واجتماعية واقتصادية	<ul style="list-style-type: none"> ما سبق + التاريخ الاجتماعي، التاريخ الاقتصادي ويشمل مصدر الدخل وكميته. التقييم العقلي (الاتجاه نحو كبر السن).
فحوص طبية ومقاييس جسمية	<ul style="list-style-type: none"> ما سبق + فحص كامل للأعصاب من حيث الإحساس والحركة. فحص كامل للعين، فحص للأذن.
فحوص معملية	<ul style="list-style-type: none"> ما سبق + إذ ينصح بعمل: البروتين الكلي بالدم والألبومين والكرياتين، نيتروجين اليوريا بالدم، فحص كامل للعظام والمفاصل، اختبار مدى تحمل الجلوكوز بالدم. فحص الكلى والحالبين، المثانة لوجود حصوات بها أو بالمرارة، فحص الأنسجة المحتمل إصابتها بأورام سرطانية، الأملاح والفيتامينات بالدم والبول.

ومن المفترض أن الطرق المستخدمة في المستوى المتوسط تجرى في مراكز رعاية المسنين المجهزة طبياً، والتقييم على أعلى مستوى يجرى في المستشفى، ويتوقف استخدام هذه الطرق على التسهيلات المتاحة من حيث الأجهزة والمتخصصين. (منى خليل عبد القادر، 2001).

• دور مركز تمكين ورعاية كبار السن في مجال الرعاية الغذائية لكبار السن

كلما زادت أعداد كبار السن كلما تعددت وتنوعت الاحتياجات وظهرت المشكلات في الوفاء بتلك الاحتياجات، الأمر الذي يجعل رعاية المسنين قضية ملحة من قضايا العصر.

وتختلف المجتمعات في تعاملها مع هذه الظاهرة، ففي المجتمعات التقليدية يشغل كبار السن فيها مكانة عالية على عكس المجتمعات الحديثة التي تنخفض بها مكانة كبار السن، والمجتمع القطري قد مر ولا يزال بالعديد من المتغيرات في جميع المجالات، وبطبيعة الحال فإن هذه التغيرات كان لها الأثر الكبير على أوضاع كبار السن من حيث الاهتمام والرعاية من قبل الأسرة ومن قبل المجتمع. لذا حرصت دولة قطر على توفير أفضل الخدمات والبرامج لكبار السن، باعتبارهم جزءاً لا يتجزأ من المجتمع حيث تعمل على رعايتهم من منطلق أنه واجب ديني ووطني.

ومن هنا جاءت فكرة إنشاء مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان) لتقديم خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية المناسبة لكبار السن، ويستقبل هذا المركز حالات كبار السن من الذين بلغوا الستين عاماً دون أقارب أو أبناء أو من عجزت أسرهم عن تلبية احتياجاتهم، وتمكنهم من الانتفاع بالمستويات الملائمة من الرعاية الداخلية التي تؤمن لهم الحماية والحفز الاجتماعي في بيئة إنسانية مأمونة، وتعتبر الرعاية التغذوية من الخدمات التي يقدمها المركز لكبار السن.

أولاً: إنشاء وحدة التغذية

يحرص المركز على ضمان سلامة الغذاء المقدم لكبار السن ونوعيته وسلامته وجودة الأغذية بهدف دعم الصحة العامة وحماية كبار السن من الأمراض المنقولة بالغذاء. ومن حرص المركز على تقديم خدمة متميزة تم إنشاء وحدة متخصصة في المجال الغذائي لكبار السن. وتتبع وحدة التغذية قسم الرعاية الصحية تحت إدارة الرعاية الداخلية، وقد بدأ العمل في وحدة التغذية في مركز تمكين ورعاية كبار السن بتاريخ 2012/09/02 حيث بدأ تشغيل الوحدة بتعيين مفتش للأغذية، ومن ثم تم ضم أخصائيين تغذية للوحدة يتناوبون على العمل في الفترة الصباحية والمسائية، وكان الدور ينحصر في عمل تقييم غذائي نحدد من خلاله الحمية المناسبة لكل مسن متواجد في مبنى الاستضافة، بالإضافة إلى الإشراف على الوجبات القادمة من مؤسسة حمد الطبية وتوزيعها على كبار السن.

ويقدم المركز رعاية تغذوية لكبار السن تعتمد على مجموعة من المعايير العالمية للتغذية والأهداف الصحية تمثلت فيما يلي:

- توفير التغذية الصحية السليمة لكبار السن في مبنى النزلاء التابع لمركز رعاية وتمكين كبار السن.
- الإشراف على تقديم الوجبات اليومية التي تصل من مؤسسة حمد الطبية، والتأكد من أن جميع الوجبات متوفرة لجميع النزلاء وتصل للغرفة المناسبة.
- الإشراف على مطبخ مبنى الإيواء والعاملين فيه، وعلى تحضير وجبة خفيفة (سلطة فواكه) تقدم بشكل يومي لجميع كبار السن في المبنى.
- عمل تقييم غذائي لكل كبير سن يدخل إلى مبنى النزلاء في النموذج المخصص لذلك، وتوضع في ملف النزيل مع المتابعة الدورية (تشمل متابعة الوزن ونتائج تحليل الدم).
- عمل لائحة بحميات النزلاء بشكل دوري تتضمن رقم الغرفة واسم النزيل ونوع الحمية وإرسالها إلى مؤسسة حمد الطبية ليتم إرسال وجبات الفطور الغداء والعشاء والوجبات الخفيفة.
- عمل مرور يومي على غرف النزلاء والتأكد من مدى رضاهم عن الوجبات المقدمة والتأكد من ملاءمة كل حمية لكل نزيل.
- التغيير في نوع الحمية إذا دعت الحاجة لذلك على حسب التغييرات الصحية التي تطرأ على النزيل، وحتى لا يمل النزلاء من التكرار.
- التواصل والتنسيق الدائم مع مؤسسة حمد الطبية لكونها الجهة المزودة بكافة وجبات كبار السن على مدار اليوم.
- الحرص على تقديم الحميات الغذائية المختلفة لكبار السن داخل المركز باختلاف حالتهم الصحية فمنهم من تقدم له حمية السكري أو الضغط على حسب الأمراض المصاحبة، ومنهم من تقدم لهم حمية غذاء ليّن نظراً لفقدانهم لبعض أو جميع أسنانهم، ومنهم من تقدم لهم حمية خاصة إذا كان يعاني من عرض معين كالإمساك أو الإسهال.
- مراقبة موظفي المطبخ والتأكد من التزامهم بتطبيق الشروط الصحية - عند تحضير الطعام وتقديمه - من غسل الأيدي ولبس القفازات وغيرها.

- الإشراف والمراقبة على نظافة أماكن حفظ وتوزيع الطعام وإعداد المشروبات.
 - وقاية كبار السن من أمراض سوء التغذية.
 - رفع المستوى الغذائي لكبار السن.
 - التواصل مع قسم الرعاية الاجتماعية وقسم التمريض أثناء الدوام وأثناء العطل للوقوف على أي طارئ يحدث، واتخاذ الإجراء المناسب في الوقت نفسه.
- ولوحدة التغذية دور بارز في الفعاليات والمعارض والحملات التوعوية التي ينظمها المركز عن طريق تقديم النصائح الغذائية والإرشادات التي تقدم للجمهور، والتعريف أيضاً بدور وحدة التغذية في المركز. ومن ضمن هذه الفعاليات التي يقيمها المركز أو التي يشترك بها مع الهيئات والمؤسسات المجتمعية الأخرى.
- تقوم الوحدة بعمل تقييم للحالة الغذائية لكبار السن من خلال استمارة تقييم صُممت في ضوء المعايير العالمية مع ما يتناسب وطبيعة المسن في المجتمع المحلي، ومن أهم المعايير التي يتم الأخذ بها معيار: قياس الدم، الوزن والطول، والحالة الصحية لكبار السن.

ثانياً: التوعية ودورها الوقائي

توفر التوعية التغذوية مهارات حياتية أساسية وتستهدف غرس وتعزيز أنماط غذائية سليمة في سياق اجتماعي واقتصادي محدد. وقد ترمي هذه التوعية إلى توفير معارف ومهارات كافية لمساعدة الأفراد على إنتاج وشراء وتجهيز وإعداد وتناول الأغذية التي يحتاجون إليها هم وأسراهم لإشباع احتياجاتهم التغذوية. ويتطلب هذا من الناحية الأساسية، الإلمام بالمكونات الغذائية التي تشكل طعاماً مغذياً، وبخير السبل التي يستطيع بها الأفراد إشباع احتياجاتهم التغذوية من الموارد المتاحة.

والتوعية التغذوية مفيدة في مساعدة الأفراد على اتباع نظم غذائية أكثر صحة، وفي تحسين مستوى تغذيتهم. كما أن بوسعها أن توفر معرفة كافية وأن تشجع وتساعد على غرس الثقة في نفوس الأفراد بشأن قدرتهم على الاختيار السديد. ولما كان النظام الغذائي المتبع ونقص النشاط البدني قد تم ربطهما بعدد من الأمراض الشائعة غير المعدية في جميع أنحاء العالم، فإن التوعية التغذوية ينبغي أن تشمل أيضاً توجيهات بشأن أساليب الحياة الصحية، وبشأن النشاط البدني بوجه خاص.

لذلك تتضافر جميع الجهود المبذولة من قِبَل مركز تمكين ورعاية كبار السن، والإعلام بجميع وسائله لرفع وتعزيز الوعي الأسري بأهمية تناول غذاء صحّي وممارسة أنشطة وتمارين تساعد كبار السن على البقاء بصحة جيدة. ويعمل المركز من خلال التوعية المجتمعية والمحاضرات وورش العمل وتسليط وسائل الإعلام الضوء على مواضيع الغذاء والصحة لترفع من إدراك كبار السن للعلاقة الجدلية بين الغذاء والصحة، وتعزز من معارفهم وتشجعهم على الالتزام بالمقايير التي يتناولونها من الغذاء ونوعيتها.

الباب الثاني

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية والمعالجة الإحصائية

الفصل الخامس: خلاصة النتائج والتوصيات

المراجع

الملاحق

الفصل الرابع إجراءات الدراسة الميدانية

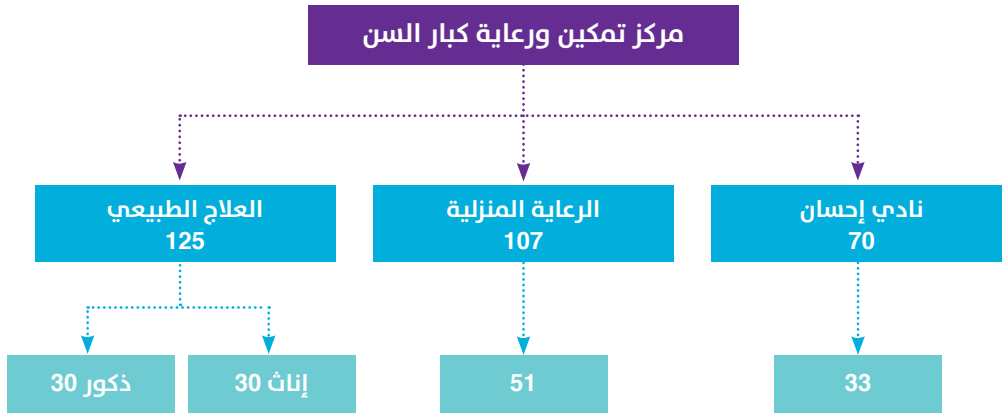
أولاً: مجتمع الدراسة

يمثل مجتمع الدراسة كبار السن المستفيدين من خدمات مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان) من خلال خدمة الرعاية المنزلية، العلاج الطبيعي، ونادي إحسان.

ثانياً: العينة وطريقة اختيارها

نظراً لتوافر قائمة شهرية بأسماء المستفيدين من خدمات مركز تمكين ورعاية كبار السن تم اعتماد طريقة العينة الطبقية⁽¹⁾ وهي من العينات العشوائية (Stratified Sample) مع 90% فترة ثقة⁽²⁾، حيث تم أخذ عينة من كل مجموعة (Strata) بما يتوافق مع عدد المستفيدين فيها، الشكل (1).

الشكل (1): مجتمع الدراسة وحجمه وحجم العينة



1. العينة الطبقية: هي عملية تجزئة المجتمع الإحصائي إلى عدد من الطبقات المتجانسة، ومن ثم اختيار عينة عشوائية من كل طبقة لتشكيل حجم العينة المطلوب.
2. نعني بالفترة مجموعة القيم التي تقع بين قيمتين، والمقصود هنا بالفترة التي تشمل قيمة المعلومة المجهولة باحتمال معلوم فيمكننا تقديره بفترة يصاحبها مقدار ثقة معلوم، والثقة هي مقدار الاحتمال الذي نثق به ويسمى بمعامل الثقة فقولنا ثقة مقدارها 90% يعني أن هناك فرصة قدرها 90 من 100 بأن الفترة تضم قيمة المتوسط الحقيقي للمجتمع م.

ثالثاً: منهجية الدراسة وأدواتها

تعتمد الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي؛ بما أنها مسح لآراء المستفيدين من خدمات مركز تمكين ورعاية كبار السن.

استخدمت الباحثات الاستمارة كأداة هامة من أدوات البحث العلمي تميّزت بالمرونة وأيضاً باحتوائها على معلومات أفادت البحث بغزارتها. وتتكون الاستمارة من أربعة أقسام متمثلة في التالي:

- **القسم الأول:** البيانات الأولية وتشمل الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي الحالة المهنية والمعاناة من إعاقة أم لا.
- **القسم الثاني:** المشاكل الصحية التي قد يعاني منها كبير السن وتؤثر على غذائه.
- **القسم الثالث:** العادات الغذائية الصحية اليومية لدى كبار السن.
- **القسم الرابع:** دور مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان) في تقديم الخدمات الغذائية لكبار السن.

رابعاً: ثبات الاستبيان

يقصد بثبات الاستبيان الحصول على نفس النتائج عند تكرار القياس باستخدام نفس الأداة وفي نفس الظروف، ومن الطرق الشائعة في قياس ثبات الاستبيان تطبيق الاستبيان على نفس المجموعة مرتين على أن تكون هناك فترة مناسبة بين المرة الأولى والثانية حتى لا يؤدي تذكر الأسئلة في المرة الأولى إلى تغيير النتائج في المرة الثانية، فإذا حصلنا على معامل ارتباط مرتفع أمكن الاطمئنان إلى إمكانية تطبيق هذا الاستبيان وتقييم نتائجه، وقد تم تطبيق دراسة استطلاعية علي عينة مكونة من 17 شخص بفاصل زمني يتراوح بين 15 و20 يوم، وتم حساب نسبة الارتباط من خلال (Spearman Correlation) على القسم الثاني والثالث من الاستمارة فقط، كما تم استبعاد القسم الأول لاحتوائه على البيانات الأولية والقسم الرابع لأنه يقيس خدمات المركز.

ومن الجدول (1) يلاحظ كبر قيمة معامل الارتباط بين أفراد العينة المستهدفة في بعض الأسئلة وتوسط قيمة معامل الارتباط في الأخرى بين المرتين الأولى والثانية، وتتراوح قيمة معامل الارتباط بين (60% - 100%) كما يلاحظ معنوية كل قيم معامل الارتباط وذلك عند مستوى معنوية 1% و5% مما يدل على ثبات الاستبيان. (انظر جداول قياس الثبات في الملحق).

الجدول (1): حساب نسبة الارتباط من خلال ارتباط سبيرمان (Spearman correlation)

ت	رقم السؤال	السؤال	حجم العينة	معامل الارتباط	الدلالة
1	200	المعاناة من الأمراض العضوية	17	1	0.01
2	201	المعاناة من مشاكل الجهاز الهضمي	17	1	0.01
3	202	المعاناة من مشاكل في الأسنان أو اللثة	17	0.935	0.01
4	203	استخدام أطقم أسنان	17	0.874	0.01
5	204	المعاناة من مشاكل في بلع الطعام وإفراز اللعاب	17	0.685	0.01
6	205	صعوبة في التحكم بطريقة الأكل	17	1	0.01
7	300	كمية الماء المتناولة يومياً	17	0.717	0.01
8	301	كمية المشروبات الأخرى المتناولة يومياً	17	0.685	0.01
9	302	عدد الوجبات الرئيسية المتناولة يومياً	17	0.717	0.01
10	303	عدد الوجبات الخفيفة	17	0.941	0.01
11	304	الأكل في أوقات محددة	17	0.787	0.01
12	305	تناول الفواكه والخضروات الطازجة	17	0.748	0.01
13	306	تناول الأغذية المعلبة والمفروزة	17	0.806	0.01
14	307	تناول اللحوم (البيضاء والحمراء)	17	0.745	0.01
15	308	تناول الحلويات والسكريات	17	0.602	0.05
16	309	تناول الوجبات السريعة	17	0.863	0.01
17	310	نسبة الملح المضاف للطعام	17	0.947	0.01
18	311	الشهية للطعام	17	0.809	0.01
19	312	اتباع نظام غذائي	17	0.696	0.01
20	313	التعامل مع مراكز الصحة الغذائية	17	0.941	0.01
21	314	ممارسة الرياضة	17	0.685	0.01

خامساً: المعالجة الإحصائية⁽³⁾ للبيانات

القسم الأول/ خصائص العينة:

في القسم الأول من الاستبيان تم جمع بعض المعلومات الأولية عن أفراد العينة والمتمثلة في الجنس، العمر الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الحالة المهنية، المعاناة من إعاقة.

1. الجنس وحجم العينة:

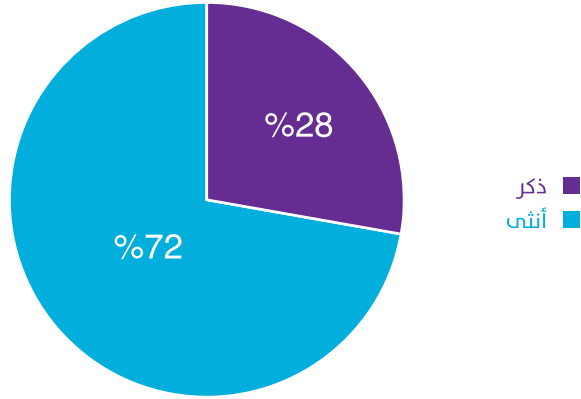
يوضح الجدول (2) والشكل (2) التوزيع النسبي للعينة المستهدفة حيث يتضح لنا أن عدد الذكور في العينة 28% مقابل ما يقارب 72% من الإناث، ويرجع السبب هنا أن نادي إحسان يختص بتقديم خدماته للإناث فقط.

الجدول (2): عدد ونسبة أفراد العينة حسب الجنس

النسبة	العدد	الجنس
28.08	41	ذكر
71.92	105	أنثى
100	146	المجموع

• ملاحظة: الاختلاف بين مجموع النسب في الجداول والرسوم البيانية الواردة نتيجة جبر الأعداد

الشكل (2): نسبة أفراد العينة حسب الجنس



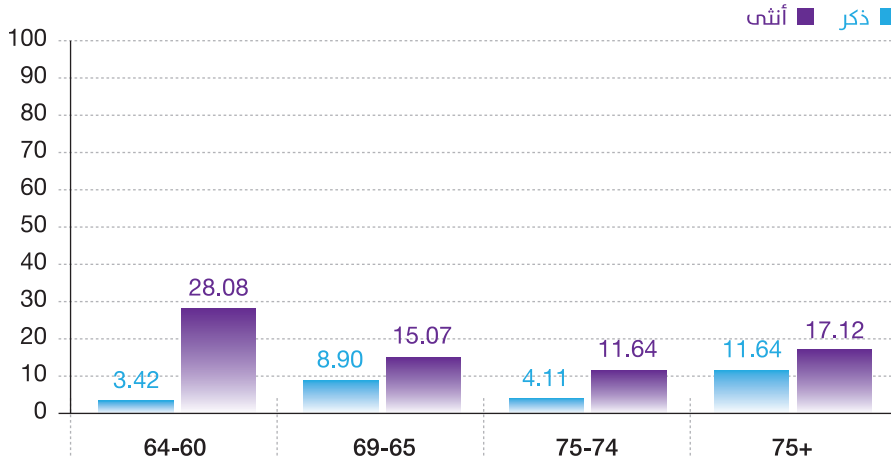
2. العمر:

يوضح الجدول (3) والشكل (3) عمر العينة، حيث تمثل أعمار المستفيدين من خدمات مركز تمكين ورعاية كبار السن من 60 عاماً وأكثر، ما يقارب 32% منهم من الفئة العمرية 60 وحتى 64 سنة ومثلت الإناث 28% منهم وتليها نسبة المستفيدين من أفراد العينة البالغة أعمارهم 75 عاماً وأكثر بنسبة 17% للإناث وما يقارب 12% للذكور.

الجدول (3): نسبة أفراد العينة حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر	أنثى	المجموع
64 - 60	3.42	28.08	31.51
69 - 65	8.90	15.07	23.97
74 - 70	4.11	11.64	15.75
75+	11.64	17.12	28.77
المجموع	28.07	71.91	100.00

الشكل (3): التوزيع النسبي لعمر العينة حسب الجنس



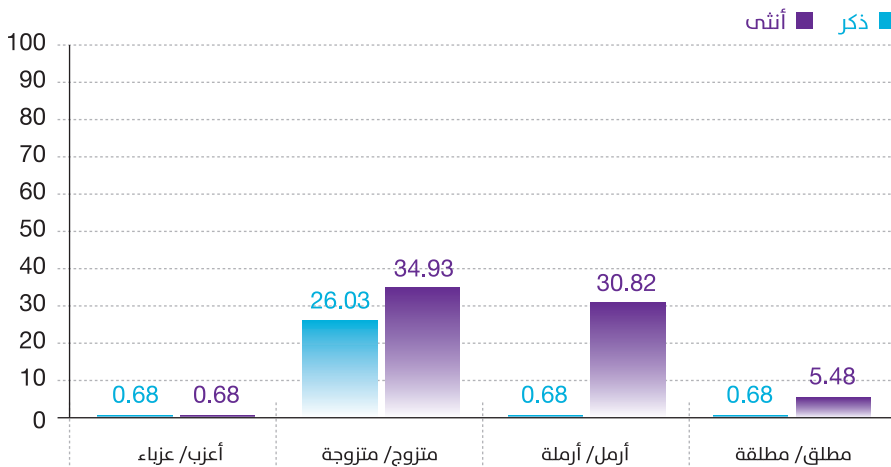
3. الحالة الاجتماعية:

يوضح الجدول (4) والشكل (4) الحالة الاجتماعية لأفراد العينة حيث أن ما يقارب 61% منهم من المتزوجين وما يقارب 32% من الأراامل بنسبة 31% للإناث، والعزاب والمطلقين ما يقارب 8% فقط.

الجدول (4): التوزيع النسبي للحالة الاجتماعية لأفراد العينة حسب الجنس

المجموع	أنثى	ذكر	الحالة الاجتماعية
1.37	0.68	0.68	أعزب/ عذباء
60.96	34.93	26.03	متزوج/ متزوجة
31.51	30.82	0.68	أرمل/ أرملة
6.16	5.48	0.68	مطلق/ مطلقة
100.00	71.92	28.08	المجموع

الشكل (4): التوزيع النسبي للحالة الاجتماعية لأفراد العينة حسب الجنس



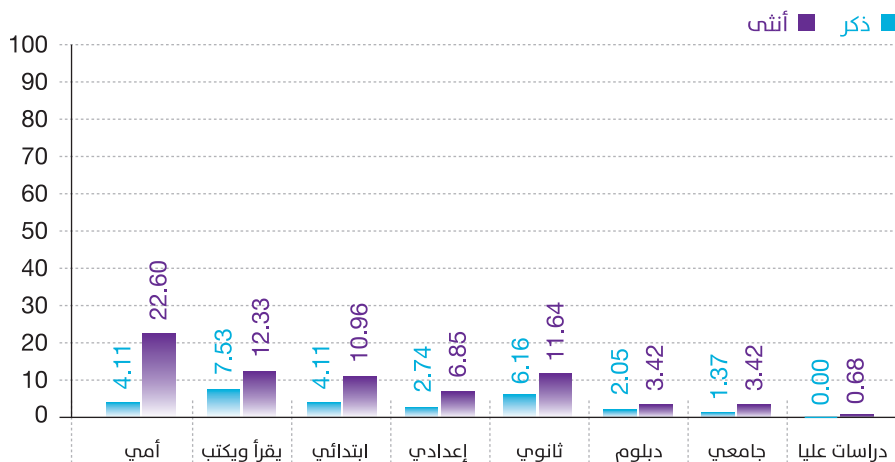
4. المستوى التعليمي:

من الجدول (5) يتضح أن غالبية أفراد العينة من الأميين بنسبة 27%، وما يقارب 20% منهم فقط يقرأون ويكتبون وتلتها في النسبة حملة الشهادة الثانوية بنسبة تقارب 18% ومن ثم حملة الشهادة الابتدائية بنسبة 15%. كما يلاحظ من الشكل (5) أن النسبة الأكبر للذكور من الذين يقرأون ويكتبون بنسبة تقارب 8% أما الإناث فالنسبة الأكبر لهن من الأميين بما يقارب 23%.

الجدول (5): التوزيع النسبي للمستوى التعليمي لأفراد العينة حسب الجنس

المجموع	أنثى	ذكر	المستوى التعليمي
26.71	22.60	4.11	أمي
19.86	12.33	7.53	يقرأ ويكتب
15.07	10.96	4.11	ابتدائي
9.59	6.85	2.74	إعدادي
17.80	11.64	6.16	ثانوي
5.47	3.42	2.05	دبلوم
4.79	3.42	1.37	جامعي
0.68	0.68	0.00	دراسات عليا
100.00	71.92	28.08	المجموع

الشكل (5): التوزيع النسبي للمستوى التعليمي لأفراد العينة حسب الجنس



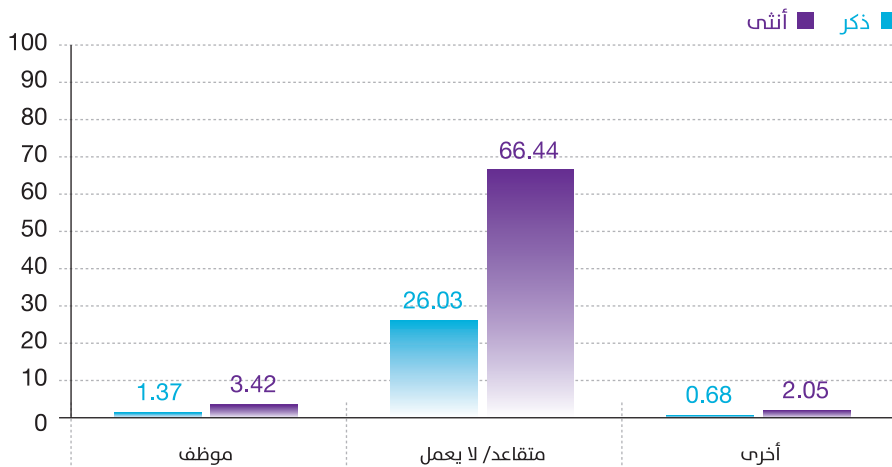
5. الحالة المهنية:

من الجدول (6) والشكل (6) يتضح أن ما يقارب 93% من أفراد العينة من المتقاعدين أو الذين لا يعملون⁽⁴⁾ وبلغت نسبة الذكور 26% وما يقارب 67% من الإناث. أما باقي أفراد العينة 7% فهم من الموظفين في الدولة أو من لديهم أعمال حرة أو متطوعين.

الجدول (6): التوزيع النسبي للحالة المهنية لأفراد العينة حسب الجنس

الحالة المهنية	ذكر	أنثى	المجموع
موظف	1.37	3.42	4.79
متقاعد/ لا يعمل	26.03	66.44	92.47
أخرى ⁽⁵⁾	0.68	2.05	2.73
المجموع	28.08	71.92	100.00

الشكل (6): التوزيع النسبي للحالة المهنية لأفراد العينة حسب الجنس



6. المعاناة من إعاقة:

يوضح الجدول (7) والشكل (7) ما إذا كان أفراد العينة يعانون من إعاقات أو لا، وجاءت النتائج أن ما يقارب 7% فقط منهم لديهم إعاقة مثلت الإناث منهن ما يقارب 4% والذكور ما يقارب 3%.

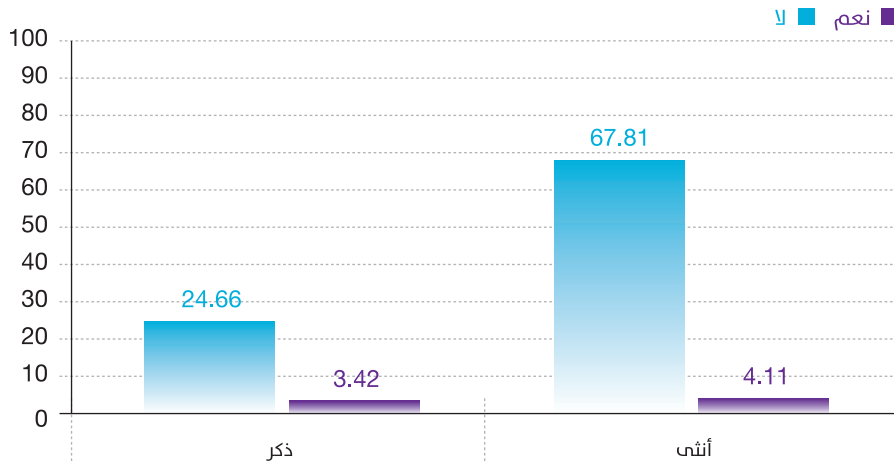
الجدول (7): التوزيع النسبي لمدى المعاناة من إعاقة بين أفراد العينة حسب الجنس

المعاناة من إعاقة	ذكر	أنثى	المجموع
لا	24.66	67.81	92.47
نعم	3.42	4.11	7.53
المجموع	28.08	71.92	100.00

4. تم تمثيل ربات البيوت في فئة (لا تعمل).

5. أخرى تمثلت في أصحاب الأعمال الحرة أو المتطوعين سواء بمقابل مادي أو من غير مقابل مادي.

الشكل (7): التوزيع النسبي لمدى المعاناة من إعاقة بين أفراد العينة حسب الجنس



القسم الثاني/ المشاكل الصحية:

في القسم الثاني من الاستمارة تم سؤال أفراد العينة عن المشاكل الصحية التي قد يعاني منها كبير السن وقد تكون شائعة لمن هم في سن الـ 60 وأكثر، ومن هذه الأسئلة ما إذا كان الفرد يعاني من أمراض عضوية كالضغط والسكر وغيرها من هذه الأمراض، والمعاناة من مشاكل في الجهاز الهضمي كالإمساك وحموضة المعدة وغيرها، إضافةً إلى ما إذا كان يعاني من مشاكل في الأسنان واللثة أو مشاكل في بلع الطعام أو صعوبة في الأكل.

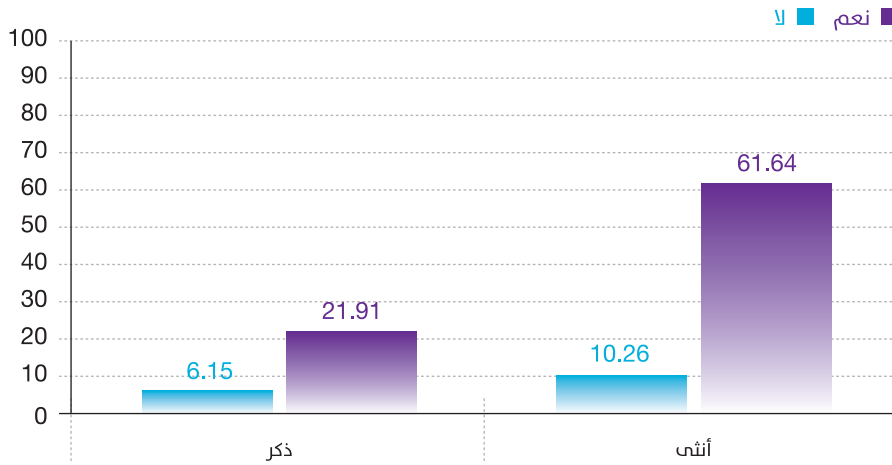
1. المعاناة من الأمراض العضوية:

يوضح الجدول (8) والشكل (8) ما إذا كان أفراد العينة يعانون من الأمراض العضوية كالضغط والسكر والكولسترول وغيره من هذه الأمراض. ويتضح أن ما يقارب 84% من أفراد العينة يعانون من هذه الأمراض. وتركزت لدى الذكور البالغ أعمارهم 75 عاماً وأكثر بنسبة 10% أما الإناث فجاءت النسبة الأعلى لدى البالغة أعمارهن من 60 وحتى 64 عاماً بنسبة تقارب 24% وتليها في النسبة الفئة العمرية 75 عاماً وأكثر بنسبة 15%.

الجدول (8): التوزيع النسبي لمدى المعاناة من الأمراض العضوية حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر		أنثى	
	نعم	لا	نعم	لا
64 - 60	1.37	2.05	4.11	23.97
69 - 65	6.85	2.05	2.05	13.01
74 - 70	3.42	0.68	2.05	9.59
75+	10.27	1.37	2.05	15.07
المجموع	21.91	6.15	10.26	61.64

الشكل (8): التوزيع النسبي لمدى المعاناة من الأمراض العضوية حسب الجنس



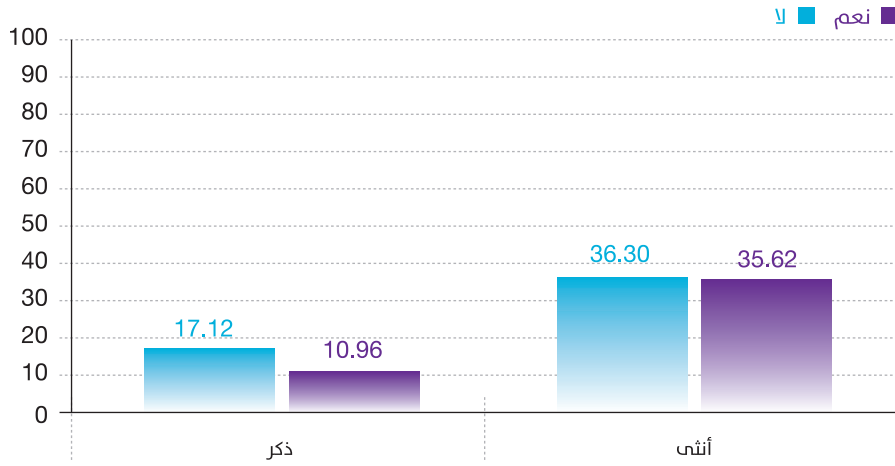
2. المعاناة من مشاكل الجهاز الهضمي:

من الجدول (9) والشكل (9) يتضح أن النسبة الأكبر من الذكور من أفراد العينة لا يعانون من مشاكل في الجهاز الهضمي والمتمثلة في حموضة المعدة، الإمساك، الإسهال وما إلى ذلك من الأمراض بنسبة تقارب 11%، أما الإناث من أفراد العينة فجاءت نسبهم متساوية بما يقارب 36% لكل من لديهن أو ليس لديهن مشاكل في الجهاز الهضمي، وتركزت مشاكل الجهاز الهضمي لدى النساء البالغة أعمارهن من 60 إلى 64 عاماً بنسبة تقارب 12% ومن ثم البالغة أعمارهن 75 عاماً فأكثر، أما الرجال فجاءت النسبة الأعلى للبالغ أعمارهم 75 عاماً بنسبة 6%.

الجدول (9): التوزيع النسبي لمدى المعاناة من مشاكل في الجهاز الهضمي حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر		أنثى	
	لا	نعم	لا	نعم
64 - 60	2.74	0.68	16.44	11.64
69 - 65	6.85	2.05	7.53	7.53
74 - 70	1.37	2.74	4.79	6.85
75+	6.16	5.48	7.53	9.59
المجموع	17.12	10.95	36.30	35.62

الشكل (9): التوزيع النسبي لمدى المعاناة من مشاكل في الجهاز الهضمي حسب الجنس



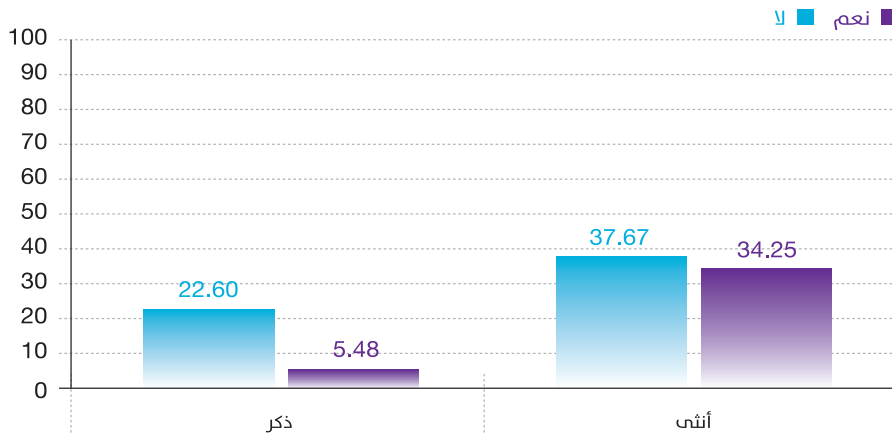
3. المعاناة من مشاكل في الأسنان أو اللثة:

يوضح الجدول (10) والشكل (10) أن غالبية الذكور ليس لديهم أي مشاكل في الأسنان أو اللثة بنسبة تقارب 23% مقابل ما يقارب 6% فقط من الذين يعانون من المشاكل، وتركزت لدى الفئة العمرية 75 عاماً وأكثر. أما الإناث اللاتي لا يعانين من مشاكل في الأسنان واللثة فقاربت نسبتهن 38%، بنسبة تقارب 13% منهن للفئة العمرية 75 عاماً وأكثر ومن ثم الفئة العمرية من 60 وحتى 64 عاماً بما يقارب 12%. أما اللاتي يعانين من مشاكل في الأسنان واللثة فمثلن 34%، بنسبة تقارب 16% للفئة العمرية من 60 وحتى 64 عاماً.

الجدول (10): التوزيع النسبي لمدى المعاناة من مشاكل في الأسنان أو اللثة حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر		أنثى	
	نعم	لا	نعم	لا
64 - 60	0.00	3.42	11.64	16.44
69 - 65	0.68	8.22	8.22	6.85
74 - 70	1.37	2.74	4.79	6.85
75+	3.42	8.22	13.01	4.11
المجموع	5.48	22.60	37.67	34.25

الشكل (10): التوزيع النسبي لمدى المعاناة من مشاكل في الأسنان أو اللثة حسب الجنس



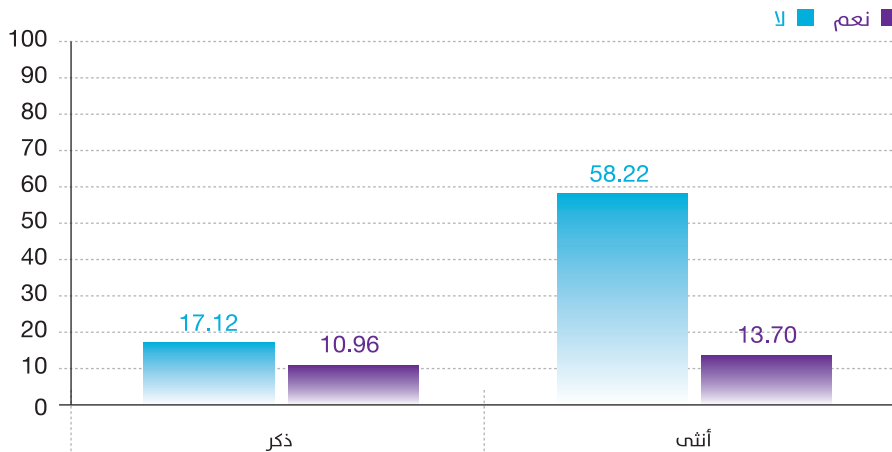
4. استخدام أطقم أسنان:

يتضح من الجدول (11) والشكل (11) أن ما يقارب 25% من أفراد العينة فقط يستخدمون أطقم أسنان بنسبة تقارب 11% للذكور مع ما يقارب 7% للفئة العمرية 75 عاماً وأكثر، و14% للإناث بما يقارب 5% للفئة العمرية من 60 إلى 64 عاماً. وهذا يتطابق مع إجابة السؤال السابق حيث مثلت مشاكل الأسنان واستخدام الأطقم مع نفس الفئات العمرية.

الجدول (11): التوزيع النسبي لاستخدام أطقم أسنان حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر		أنثى	
	نعم	لا	نعم	لا
64 - 60	0.00	3.42	4.79	23.29
69 - 65	1.37	7.53	2.74	12.33
74 - 70	2.74	1.37	3.42	8.22
75+	6.85	4.79	2.74	14.38
المجموع	10.96	17.12	13.70	58.22

الشكل (11): التوزيع النسبي لاستخدام أطقم أسنان حسب الجنس



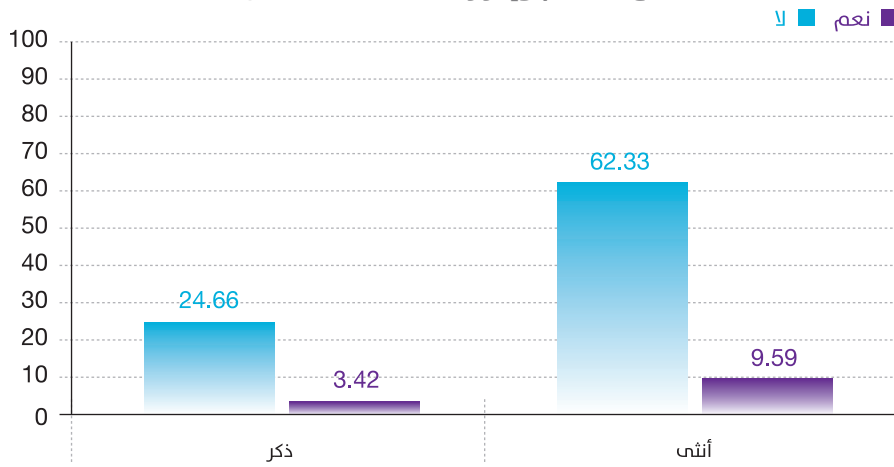
5. المعاناة من مشاكل في بلع الطعام وإفراز اللعاب:

يوضح الجدول (12) والشكل (12) أن ما يقارب 87% من أفراد العينة لا يعانون من مشاكل عند بلع الطعام أو إفراز اللعاب. بالمقابل ما يقارب 3% من الذكور لديهم هذه المشكلة ومتركة لدى الفئة العمرية من 70 وحتى 74 بنسبة 1%، أما الإناث فما يقارب 10% منهن لديهن مشاكل عند بلع الطعام وإفراز اللعاب، وتتركز عند الفئة العمرية من 60 وحتى 64 عاماً بنسبة 4% وتليها عند الفئة العمرية من 65 إلى 69 عاماً بنسبة تقارب 3%.

الجدول (12): التوزيع النسبي للمعاناة من مشاكل في بلع الطعام وإفراز اللعاب حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر		أنثى	
	لا	نعم	لا	نعم
64 - 60	2.74	0.68	23.97	4.11
69 - 65	8.22	0.68	12.33	2.74
74 - 70	2.74	1.37	10.96	0.68
75+	10.96	0.68	15.07	2.05
المجموع	24.66	3.42	62.33	9.59

الشكل (12): التوزيع النسبي للمعاناة من مشاكل في بلع الطعام وإفراز اللعاب حسب الجنس



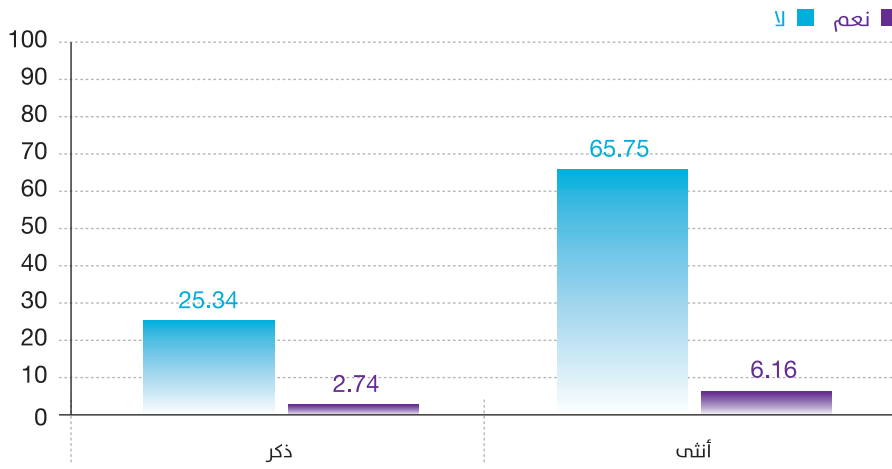
6. صعوبة في التحكم بطريقة الأكل:

من الجدول (13) والشكل (13) يتضح أن ما يقارب 9% من أفراد العينة يعانون من صعوبة في التحكم بطريقة الأكل، منهم ما يقارب 3% من الذكور، وبنسبة 1% للفئة العمرية 75 عاماً وأكثر. وما يقارب 6% منهن إناث بنسبة تقارب 3% للفئة العمرية 75 عاماً وأكثر.

الجدول (13): التوزيع النسبي لمدى الصعوبة في التحكم بطريقة الأكل حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر		أنثى	
	لا	نعم	لا	نعم
64 - 60	2.74	0.68	26.71	1.37
69 - 65	8.90	0.00	13.70	1.37
74 - 70	3.42	0.68	10.96	0.68
75+	10.27	1.37	14.38	2.74
المجموع	25.34	2.74	65.75	6.16

الشكل (13): التوزيع النسبي لمدى الصعوبة في التحكم بطريقة الأكل حسب الجنس



القسم الثالث/ العادات الغذائية عند كبار السن:

في القسم الثالث من الاستمارة تم التطرق إلى العادات الغذائية الصحية لدى أفراد العينة والمتمثلة في عدد أكواب الماء التي يشربها الفرد في اليوم، ونوع وعدد الوجبات الغذائية، ومقدار تناوله للفاكهة والحلويات والسكريات واللحوم، إضافة إلى ما إذا كان يتبع نظاماً غذائياً ويمارس الرياضة.

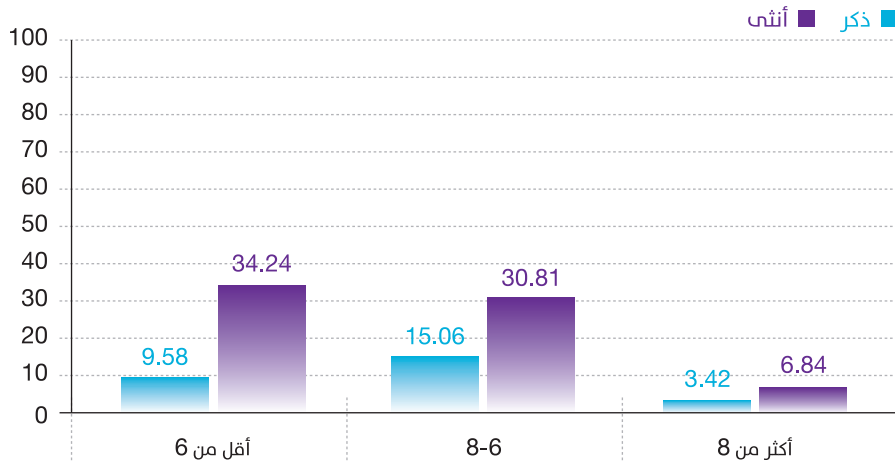
1. كمية أكواب الماء المتناولة يومياً:

يتضح من الجدول (14) والشكل (14) أن ما يقارب 44% من أفراد العينة لا يأخذون القدر الكافي من الماء يومياً، وتزيد هذه النسبة لدى الذكور البالغ أعمارهم 75 عاماً وأكثر بنسبة ما يقارب 5% والإناث البالغة أعمارهن من 60 إلى 64 عاماً بما يقارب 16% وتليها الإناث من الفئة العمرية 75 عاماً وأكثر بنسبة تقارب 10%. وفي المقابل فإن 46% من أفراد العينة يشربون من 6 إلى 8 أكواب من الماء يومياً، وما يقارب 10% من أفراد العينة يشربون أكثر من 8 أكواب يومياً من الماء، وهذا يدل على وعي كبار السن من أفراد العينة بأهمية شرب الماء للجسم.

الجدول (14): التوزيع النسبي لكمية الماء المتناولة يومياً حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر			أنثى		
	أقل من 6	8 - 6	أكثر من 8	أقل من 6	8 - 6	أكثر من 8
64 - 60	0.68	2.74	0.00	15.75	8.90	3.42
69 - 65	2.05	6.16	0.68	3.42	10.27	1.37
74 - 70	1.37	1.37	1.37	5.48	4.79	1.37
75+	5.48	4.79	1.37	9.59	6.85	0.68
المجموع	9.58	15.06	3.42	34.24	30.81	6.84

الشكل (14): التوزيع النسبي لكمية الماء المتناولة يومياً حسب الجنس



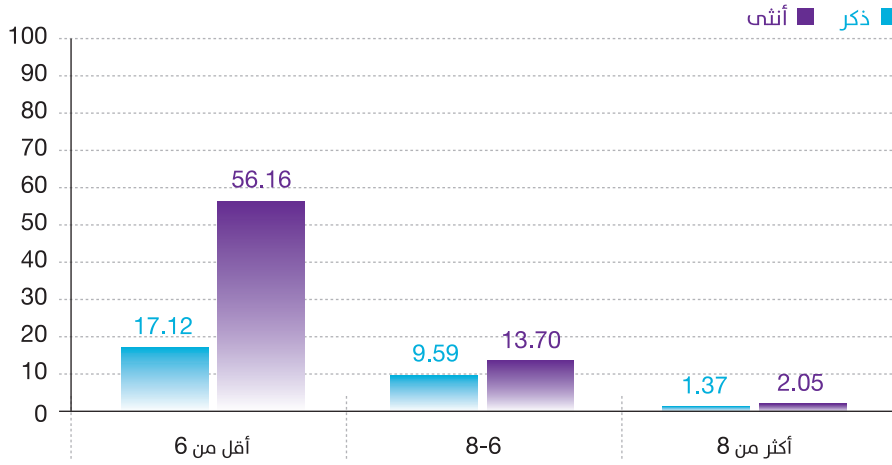
2. كمية أكواب المشروبات الأخرى المتناولة يومياً:

يُبين الجدول (15) والشكل (15) كمية المشروبات الأخرى المتناولة يومياً والمتمثلة في الشاي والقهوة والمشروبات الغازية والعصائر وغيرها، ويلاحظ أن ما يقارب 27% من أفراد العينة يسرفون في شرب هذه المشروبات والتي تكون غالباً متمثلة في الشاي والقهوة، ونجد الزيادة لدى الذكور بما يقارب 11% والإناث بنسبة تقارب 16%. كما أن أكثر من 73% من أفراد العينة لا يسرفون في تناول هذه المشروبات؛ وهذا يدل على وعي أفراد العينة بمضار هذه المشروبات في حال زادت عن الحد المطلوب.

الجدول (15): التوزيع النسبي لكمية المشروبات الأخرى المتناولة يومياً حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر			أنثى		
	أقل من 6	8 - 6	أكثر من 8	أقل من 6	8 - 6	أكثر من 8
64 - 60	2.74	0.68	0.00	21.23	6.16	0.68
69 - 65	4.79	4.11	0.00	10.27	4.11	0.68
74 - 70	2.05	1.37	0.68	10.27	0.68	0.68
75+	7.53	3.42	0.68	14.38	2.74	0.00
المجموع	17.12	9.59	1.37	56.16	13.70	2.05

الشكل (15): التوزيع النسبي لكمية المشروبات الأخرى المتناولة يومياً حسب الجنس



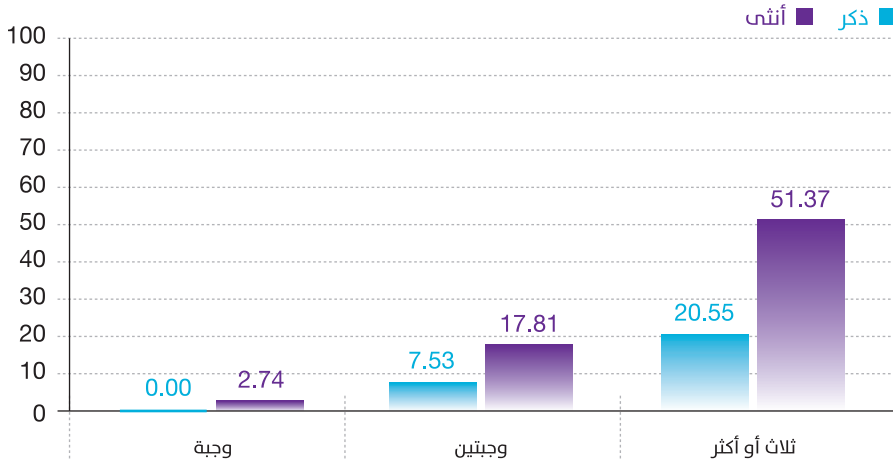
3. عدد الوجبات الرئيسية المتناولة خلال اليوم:

من الجدول (16) والشكل (16) يتضح لنا عدد الوجبات الرئيسية المتناولة يومياً والمتمثلة في وجبة الفطور، والغداء والعشاء. ومن الملاحظ أن ما يقارب 72% من أفراد العينة يتناولون 3 وجبات في اليوم و25% منهم يتناولون وجبتين فقط خلال اليوم، وفي الأغلب تكون متمثلة بوجبة الإفطار ووجبة الغداء، ما يقارب 3% فقط يتناولون وجبة واحدة رئيسية خلال اليوم والمتمثلة بشكل كبير في وجبة الغداء.

الجدول (16): التوزيع النسبي لعدد الوجبات الرئيسية المتناولة يومياً حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر			أنثى		
	وجبة	وجبتان	ثلاث أو أكثر	وجبة	وجبتان	ثلاث أو أكثر
64 - 60	0.00	1.37	2.05	0.00	9.59	18.49
69 - 65	0.00	3.42	5.48	1.37	2.05	11.64
74 - 70	0.00	0.68	3.42	0.00	2.74	8.90
75+	0.00	2.05	9.59	1.37	3.42	12.33
المجموع	0.00	7.53	20.55	2.74	17.81	51.37

الشكل (16): التوزيع النسبي لعدد الوجبات الرئيسية المتناولة يومياً حسب الجنس



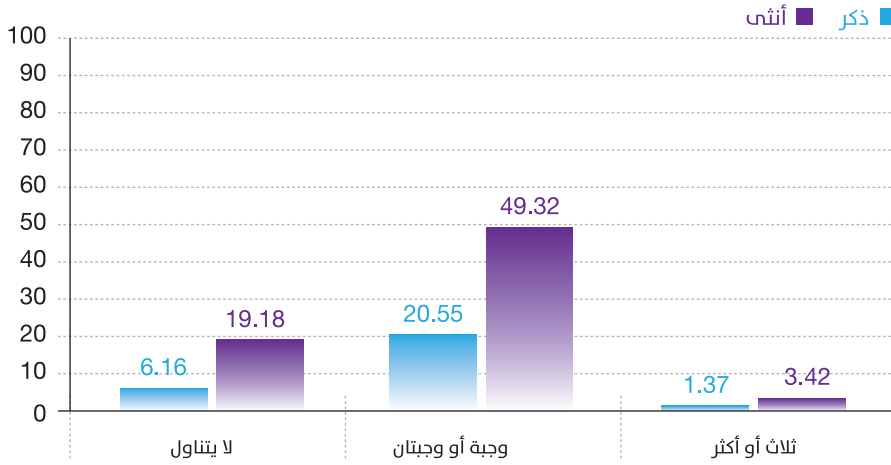
4. عدد الوجبات الخفيفة المتناولة خلال اليوم:

يتضح من الجدول (17) والشكل (17) عدد الوجبات الخفيفة المتناولة خلال اليوم. ومن الملاحظ أن ما يقارب 21% من الذكور يتناولون وجبة أو اثنتين خلال اليوم بنسبة تقارب 9% لمن هم 75 عاماً وأكثر، وما يقارب 8% لمن هم بين 65 و69 عاماً، كما أن ما يقارب 6% منهم لا يتناولون الوجبات الخفيفة. أما الإناث فمنهن 19% لا يتناولن الوجبات الخفيفة ويكتفين بالوجبات الرئيسية خلال اليوم و49% منهن يتناولن وجبة أو وجبتين خلال اليوم بنسبة 21% لمن هن في سن 60 إلى 64 عاماً، وما يقارب 12% لمن هن في سن 75 عاماً وأكثر، وما يقارب 9% لمن هن بين 65 و69 عاماً. وتأتي الوجبات الخفيفة في الغالب لدى كبار السن على شكل الفاكهة لدى البعض أو قطعة من الحلويات والسكريات. كما يتم تناول وجبة خفيفة لدى بعض أفراد العينة عوضاً عن وجبة العشاء حتى لا تسبب عسر في الهضم لديهم.

الجدول (17): التوزيع النسبي لعدد الوجبات الخفيفة المتناولة يومياً حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر			أنثى		
	لا يتناول	وجبة أو وجبتان	ثلاث أو أكثر	لا يتناول	وجبة أو وجبتان	ثلاث أو أكثر
64 - 60	0.00	3.42	0.00	6.85	21.23	0.00
69 - 65	0.68	7.53	0.68	4.79	8.90	1.37
74 - 70	3.42	0.68	0.00	2.74	7.53	1.37
75+	2.05	8.90	0.68	4.79	11.64	0.68
المجموع	6.16	20.55	1.37	19.18	49.32	3.42

الشكل (17): التوزيع النسبي لعدد الوجبات الخفيفة المتناولة يومياً حسب الجنس



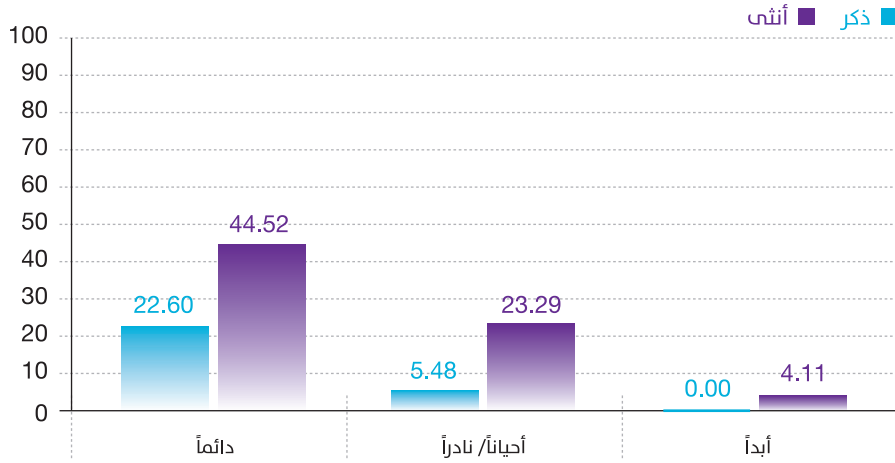
5. الأكل في أوقات محددة:

من الجدول (18) والشكل (18) يتضح لنا أن أكثر من 65% من أفراد العينة يأكلون وجباتهم في أوقات محددة دائماً، كما أن 5% من الذكور فقط أحياناً أو نادراً ما يأكلون في أوقات محددة بنسبة 1.37% لكل فئة عمرية. أما الإناث 13% من الفئة العمرية 60 إلى 64 عاماً أحياناً أو نادراً ما يأكلون في أوقات محددة وتليها نسبة 5% من الفئة العمرية 75 عاماً وأكثر. كما أن 4% من الإناث لا يلتزمون أبداً بأوقات محددة لتناول وجبات الطعام. وقد يرجع سبب تناول الوجبات الغذائية في أوقات غير محددة إلى التقيد بوقت عمل الأبناء.

الجدول (18): التوزيع النسبي لمدى الأكل في أوقات محددة حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر			أنثى		
	أبداً	أحياناً/ نادراً	دائماً	أبداً	أحياناً/ نادراً	دائماً
64 - 60	0.00	1.37	2.05	13.01	13.01	2.05
69 - 65	0.00	1.37	7.53	1.37	13.01	0.68
74 - 70	0.00	1.37	2.74	3.42	8.22	0.00
75+	0.00	1.37	10.27	5.48	10.27	1.37
المجموع	0.00	5.48	22.60	23.29	44.52	4.11

الشكل (18): التوزيع النسبي لمدى الأكل في أوقات محددة حسب الجنس



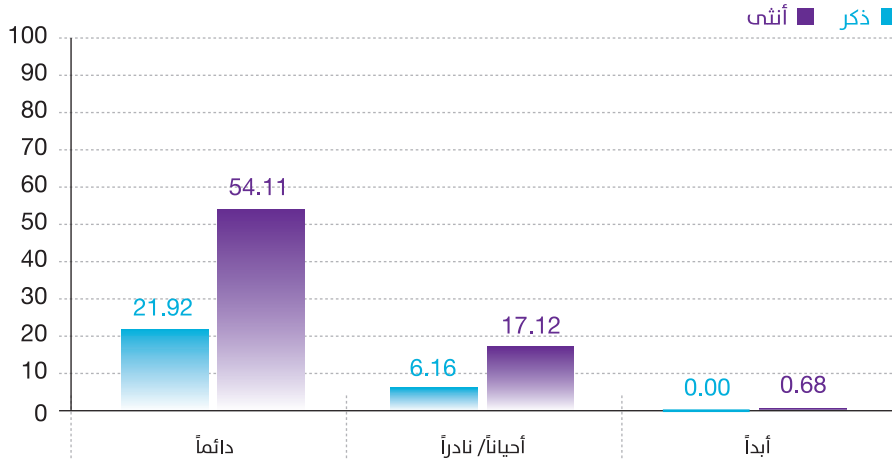
6. تناول الفواكه والخضروات الطازجة:

من الجدول (19) والشكل (19) يتضح أن ما يقارب 22% من الذكور في العينة يتناولون الفاكهة بشكل دائم أي بشكل يومي و6% منهم يتناولونها أحياناً، أما الإناث فنجد أن 54% منهم يتناولن الفاكهة بشكل يومي و17% منهم بشكل نادر. ويدل ارتفاع النسبة إلى أكثر من 75% من أفراد العينة لتناول الفاكهة والخضروات بشكل يومي إلى ارتفاع ثقافة كبار السن إلى أهمية الغذاء الصحي وضرورة إدخاله في البرنامج الغذائي اليومي.

الجدول (19): التوزيع النسبي لتناول الفواكه والخضروات الطازجة حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر			أنثى		
	دائماً	أحياناً/ نادراً	أبداً	دائماً	أحياناً/ نادراً	أبداً
64 - 60	2.05	1.37	0.00	23.29	4.79	0.00
69 - 65	8.22	0.68	0.00	12.33	2.74	0.00
74 - 70	3.42	0.68	0.00	8.22	3.42	0.00
75+	8.22	3.42	0.00	10.27	6.16	0.68
المجموع	21.92	6.16	0.00	54.11	17.12	0.68

الشكل (19): التوزيع النسبي لتناول الفواكه والخضروات الطازجة حسب الجنس



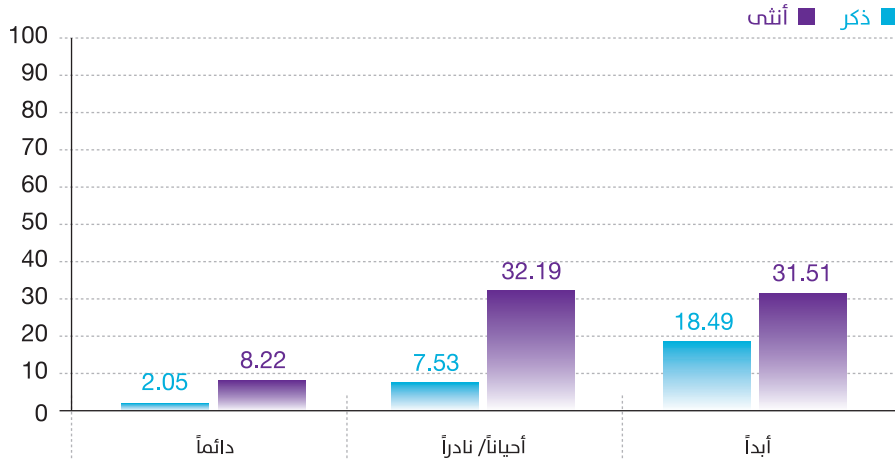
7. تناول الأغذية المعلبة والمجمدة:

من الجدول (20) والشكل (20) يتبين أن 50% من أفراد العينة لا يتناولون الأطعمة المعلبة والمجمدة أبداً بنسبة تقارب 18% للذكور، وما يقارب 32% للإناث. كما مثل الذين يتناولونها بشكل نادر ما يقارب 40%، ويرجع السبب هنا إلى عدم توفر بعض الخضروات والفواكه في بعض المواسم، مما يضطر بعضهم إلى أخذ المجمد منها أو استسهال طبخ الأطعمة المعلبة.

الجدول (20): التوزيع النسبي لتناول الأغذية المعلبة والمجمدة حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر			أنثى		
	دائماً	أحياناً/ نادراً	أبداً	دائماً	أحياناً/ نادراً	أبداً
64 - 60	0.00	0.68	2.74	3.42	13.70	10.96
69 - 65	1.37	2.05	5.48	2.05	6.16	6.85
74 - 70	0.68	2.05	1.37	1.37	2.05	8.22
75+	0.00	2.74	8.90	1.37	10.27	5.48
المجموع	2.05	7.53	18.49	8.22	32.19	31.51

الشكل (20): التوزيع النسبي لتناول الأغذية المعلبة و المجمدة حسب الجنس



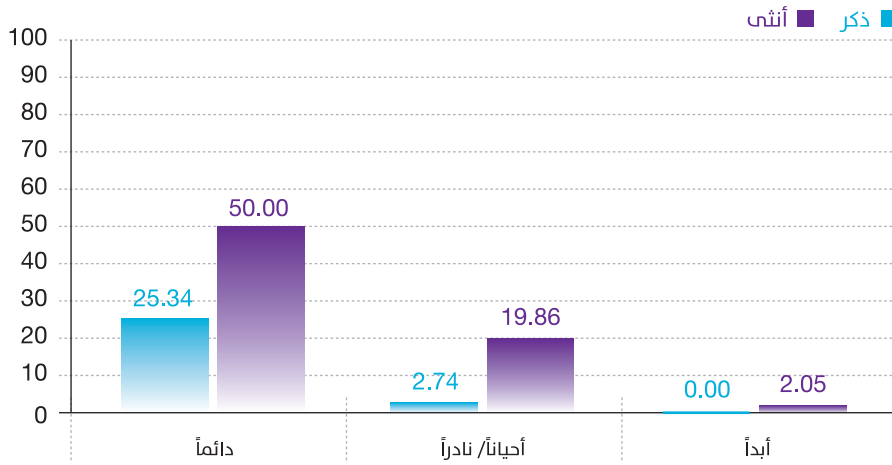
8. تناول اللحوم (الحمراء والبيضاء):

من الجدول (21) والشكل (21) يتضح أن 25% من الذكور يعتمدون على اللحوم الحمراء أو البيضاء في غذائهم اليومي، و فقط ما يقارب 3% يأكلونها أحياناً وليس بشكل يومي، أما الإناث فإن 50% منهن يأكلن اللحوم بشكل يومي، وما يقارب 20% منهن يأكلنها أحياناً أو نادراً بنسبة 6% لمن هن في 75 عاماً وأكثر، كما أن 2% من الإناث لا يأكلن اللحوم أبداً بل يعتمدن على النظام النباتي في الأكل.

الجدول (21): التوزيع النسبي لتناول اللحوم حسب الجنس والعمر

العمر	أُنثى			ذكر		
	أبداً	أحياناً/ نادراً	دائماً	أبداً	أحياناً/ نادراً	دائماً
64 - 60	0.68	5.48	21.92	0.00	0.00	3.42
69 - 65	0.68	2.74	11.64	0.00	0.00	8.90
74 - 70	0.00	5.48	6.16	0.00	0.68	3.42
75+	0.68	6.16	10.27	0.00	2.05	9.59
المجموع	2.05	19.86	50.00	0.00	2.74	25.34

الشكل (21): التوزيع النسبي لتناول اللحوم حسب الجنس



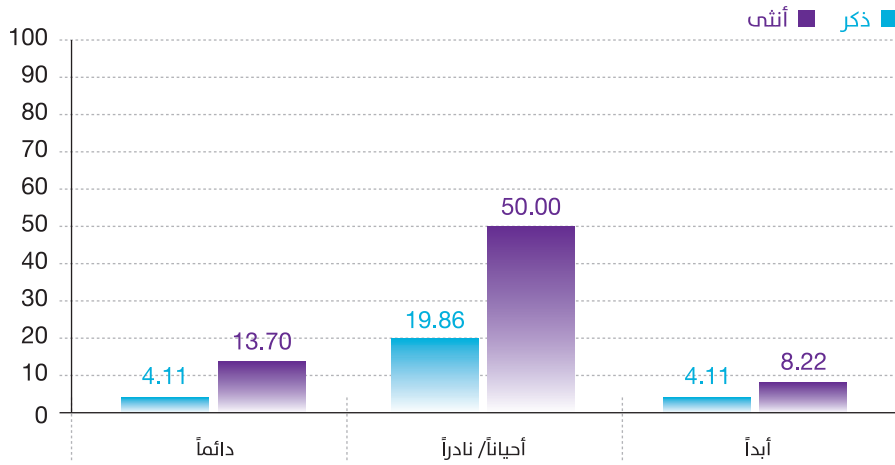
9. تناول الحلويات والسكريات:

يوضح الجدول (22) والشكل (22) مدى تناول السكريات والحلويات من قبل كبار السن من أفراد العينة، ويتضح أن ما يقارب 70% من أفراد العينة يتناولونها بشكل نادر، منهم ما يقارب 20% من الإناث في المرحلة العمرية 60 إلى 64 عاماً و10% من الذكور ممن هم في عمر 75 عاماً وأكثر ونسبة مماثلة للإناث ممن هن في المرحلة العمرية 65 إلى 69 عاماً، إضافة إلى ذلك فإن 12% من أفراد العينة لا يتناولون الحلويات والسكريات أبداً وإنما يكتفون بالفاكهة والتمر بشكل خاص.

الجدول (22): التوزيع النسبي لتناول الحلويات والسكريات حسب الجنس والعمر

العمر	ذكور			إناث		
	دائماً	أحياناً/ نادراً	أبداً	دائماً	أحياناً/ نادراً	أبداً
64 - 60	0.68	2.05	0.68	5.48	19.86	2.74
69 - 65	2.05	4.79	2.05	4.11	10.27	0.68
74 - 70	0.00	3.42	0.68	1.37	7.53	2.74
75+	1.37	9.59	0.68	2.74	12.33	2.05
المجموع	4.11	19.86	4.11	13.70	50.00	8.22

الشكل (22): التوزيع النسبي لتناول الحلويات والسكريات حسب الجنس



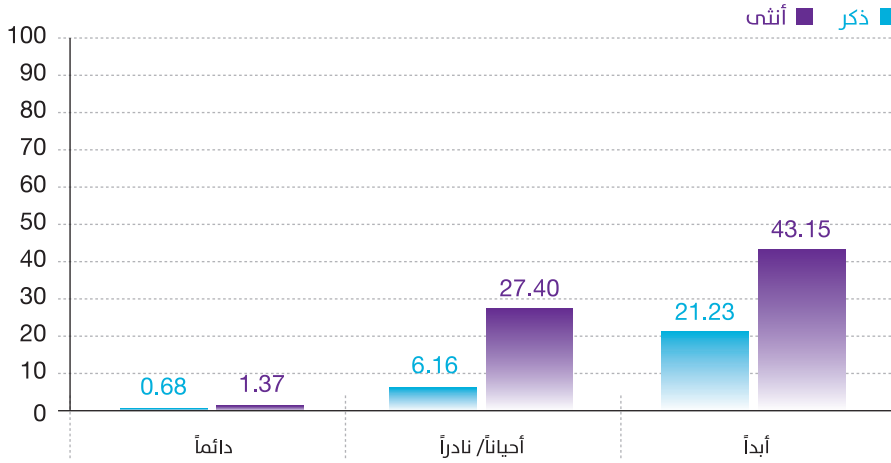
10. تناول الوجبات السريعة:

من الجدول (23) والشكل (23) يتضح لنا مدى تناول كبار السن للوجبات السريعة، فقد أظهرت النتائج أن 21% من الذكور لا يتناولونها أبداً و6% منهم يتناولونها بشكل نادر، 3% منهم لمن هم في عمر 75 عاماً وأكثر. أما الإناث فإن 43% منهن لا يتناولنها أبداً مقابل 27% لمن يتناولنها أحياناً أو نادراً. كما مثلت نسبة كبار السن الذين يتناولون الوجبات السريعة دائماً ما يقارب 2% من مجموع أفراد العينة.

الجدول (23): التوزيع النسبي لتناول الوجبات السريعة حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر			أنثى		
	دائماً	أحياناً/ نادراً	أبداً	دائماً	أحياناً/ نادراً	أبداً
64 - 60	0.68	0.00	2.74	1.37	7.53	19.18
69 - 65	0.00	2.05	6.85	0.00	8.22	6.85
74 - 70	0.00	0.68	3.42	0.00	4.11	7.53
75+	0.00	3.42	8.22	0.00	7.53	9.59
المجموع	0.68	6.16	21.23	1.37	27.40	43.15

الشكل (23): التوزيع النسبي لتناول الوجبات السريعة حسب الجنس



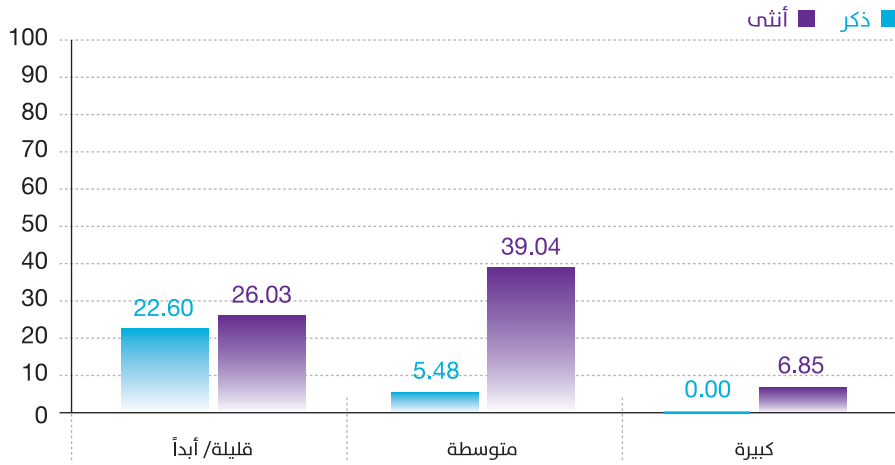
11. نسبة الملح المضافة للطعام:

الجدول (24) والشكل (24) يوضح أن 93% من أفراد العينة يفضلون أن يكون الطعام بدون ملح أو قليل إلى متوسط، وبالمقابل فإن ما يقارب 7% منهم يفضلون أن يكون الطعام مالحاً. وسبب تفضيل الغالبية قلة كمية الملح أو عدمها إصابتهم بارتفاع ضغط الدم أو لتجنب الأمراض والأضرار الناتجة عن زيادة كمية الملح في الطعام.

الجدول (24): التوزيع النسبي لنسبة الملح المضافة للطعام حسب الجنس والعمر

أنثى			ذكر			العمر
كبيرة	متوسطة	قليلة/ أبداً	كبيرة	متوسطة	قليلة/ أبداً	
2.05	17.12	8.90	0.00	1.37	2.05	64 - 60
2.05	10.27	2.74	0.00	0.68	8.22	69 - 65
1.37	6.16	4.11	0.00	1.37	2.74	74 - 70
1.37	5.48	10.27	0.00	2.05	9.59	75+
6.85	39.04	26.03	0.00	5.48	22.60	المجموع

الشكل (24): التوزيع النسبي لنسبة الملح المضافة للطعام حسب الجنس



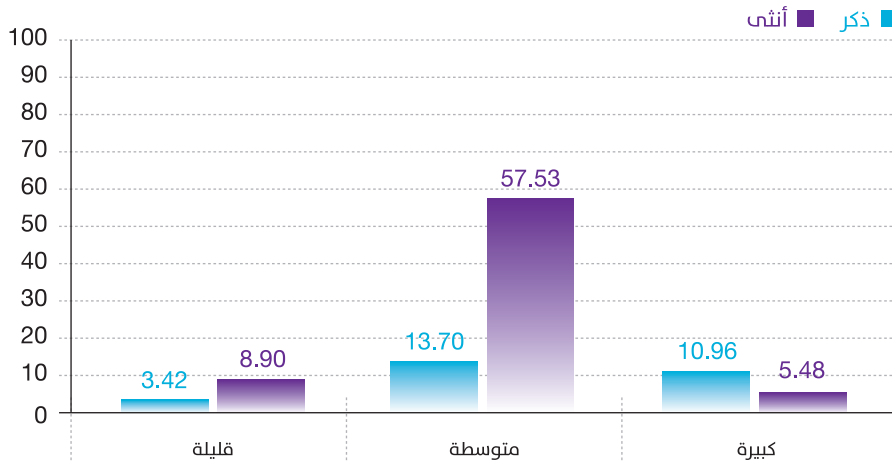
12. الشهية للطعام:

يوضح الجدول (25) والشكل (25) مدى إقبال كبار السن من أفراد العينة على الطعام. ومن الملاحظ أن ما يقارب 14% من الذكور إقبالهم على الطعام في الحد الطبيعي، وما يقارب 11% منهم لديهم شهية كبيرة للطعام، بنسبة 5% لمن هم في عمر 65 إلى 69 عاماً. أما الإناث فإن ما يقارب 58% منهن شهيتهن طبيعية للطعام وما يقارب 9% ليس لديهن رغبة في الطعام، كما بلغت نسبة الإناث اللاتي يتمتعن بشهية كبيرة للطعام 5%، وبنسبة 2% لمن هن في عمر 60 إلى 64 عاماً.

الجدول (25): التوزيع النسبي للشهية للطعام حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر			أنثى		
	كبيرة	متوسطة	قليلة	كبيرة	متوسطة	قليلة
64 - 60	2.05	0.68	0.68	2.05	22.60	3.42
69 - 65	5.48	2.74	0.68	1.37	11.64	2.05
74 - 70	1.37	1.37	1.37	0.68	10.27	0.68
75+	2.05	8.90	0.68	1.37	13.01	2.74
المجموع	10.96	13.70	3.42	5.48	57.53	8.90

الشكل (25): يوضح التوزيع النسبي للشهية للطعام حسب الجنس



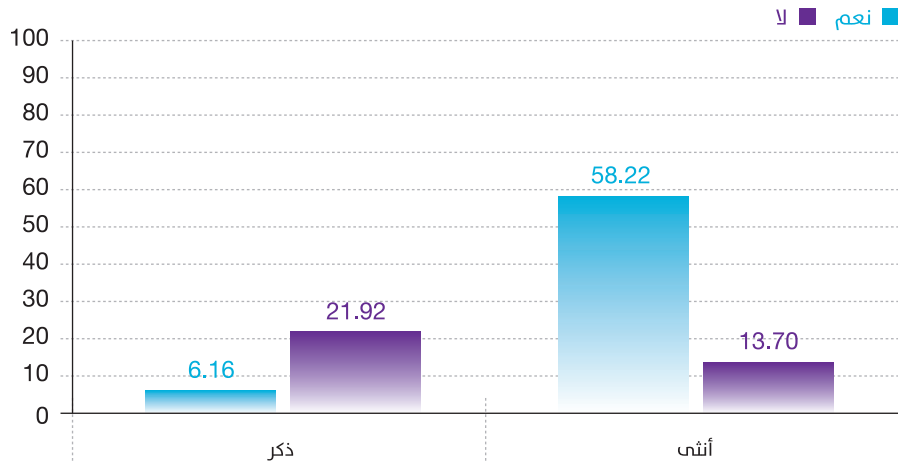
13. اتباع نظام غذائي:

يوضح الجدول (26) والشكل (26) أن الإناث يتبعن الأنظمة الغذائية أكثر من الذكور، فما يقارب 22% من الذكور لا يتبعون أي نظام غذائي، و فقط 6% منهم يتبعون نظاماً غذائياً بنسبة تقارب 3% لكل من هم في عمر 75 عاماً وأكثر والفئة العمرية من 65 إلى 69 عاماً. أما الإناث فمنهن 58% يتبعن نظاماً غذائياً بنسبة 23% لمن هن في الفئة العمرية من 60 إلى 64 عاماً، ويليهن من هن في عمر 75 عاماً وأكثر بنسبة 14%، ومن ثم الفئة العمرية من 65 إلى 69 عاماً بنسبة 12%.

الجدول (26): التوزيع النسبي لمدى اتباع نظام غذائي حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر		أنثى	
	لا	نعم	لا	نعم
64 - 60	3.42	0.00	4.79	23.29
69 - 65	6.16	2.74	2.74	12.33
74 - 70	3.42	0.68	3.42	8.22
75+	8.90	2.74	2.74	14.38
المجموع	21.92	6.16	13.70	58.22

الشكل (26): التوزيع النسبي لمدى اتباع نظام غذائي حسب الجنس



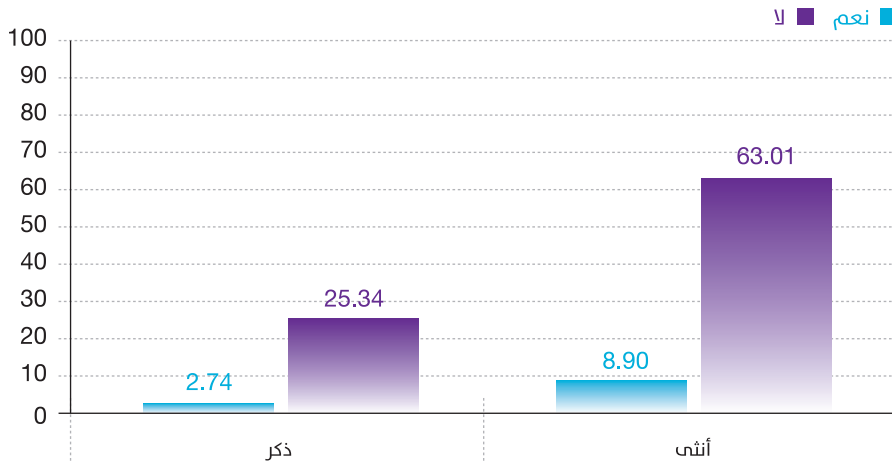
14. التعامل مع مراكز الصحة الغذائية:

يتضح من الجدول (27) والشكل (27) أن 88% من كبار السن في العينة لا يتعاملون مع مراكز الصحة الغذائية بنسبة 63% للإناث و25% للذكور. أما عن كيفية اتباعهم لنظام غذائي بدون التعامل مع مراكز الصحة الغذائية فهم يكتفون بإرشادات طبيب الشيخوخة بشأن تجنب الأطعمة المشبعة بالدهون والمعلبة والأطعمة الغنية بالسكر. كما تدل هذه النسب على مقدار الثقافة العالية لدى كبار السن من أفراد العينة فيما يتعلق بالنظام الغذائي الصحي.

الجدول (27): التوزيع النسبي لمدى التعامل مع مراكز الصحة الغذائية حسب الجنس والعمر

أنثى		ذكر		العمر
لا	نعم	لا	نعم	
22.60	5.48	3.42	0.00	64 - 60
14.38	0.68	8.22	0.68	69 - 65
10.96	0.68	4.11	0.00	74 - 70
15.07	2.05	9.59	2.05	75+
63.01	8.90	25.34	2.74	المجموع

الشكل (27): التوزيع النسبي لمدى التعامل مع مراكز الصحة الغذائية حسب الجنس



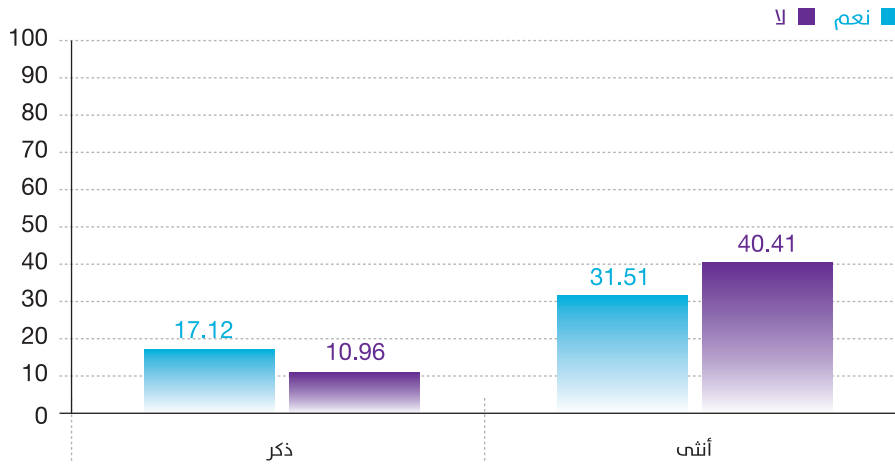
15. ممارسة الرياضة:

يوضح الجدول (28) والشكل (28) نسبة الذكور الذين يمارسون الرياضة 17%، منهم ما يقارب 8% للذين هم في الفئة العمرية 65 إلى 69 عاماً، وتليها في النسبة من هم في عمر 75 عاماً وأكثر بنسبة 5%. كما مثل الذكور في عمر 75 عاماً وأكثر نسبة 6% من عدم ممارسي الرياضة، وقد يرجع السبب هنا إلى حالتهم الصحية. أما الإناث اللاتي لا يمارسن الرياضة فبلغت نسبتهم 40% من مجموع أفراد العينة، منهم ما يقارب 14% لمن هن في عمر 75 عاماً وأكثر، ومن ثم ما يقارب 12% لمن هن في الفئة العمرية 60 إلى 64 عاماً. أما اللاتي يمارسن الرياضة فقد شكلن ما يقارب 32% من مجموع أفراد العينة، وكانت أعلى نسبة لمن هم في عمر 60 إلى 64 عاماً بواقع 16% و6% لمن هن في الفئة العمرية التالية 65 إلى 69 عاماً.

الجدول (28): التوزيع النسبي لمدى ممارسة الرياضة حسب الجنس والعمر

العمر	ذكر		أنثى	
	لا	نعم	لا	نعم
64 - 60	1.37	2.05	11.64	16.44
69 - 65	1.37	7.53	8.90	6.16
74 - 70	2.05	2.05	6.16	5.48
75+	6.16	5.48	13.70	3.42
المجموع	10.96	17.12	40.41	31.51

الشكل (28): التوزيع النسبي لمدى ممارسة الرياضة حسب الجنس



القسم الرابع/ دور مركز تمكين ورعاية كبار السن في تقديم الخدمات الغذائية لكبار السن:

في القسم الرابع من الاستمارة تم قياس دور الأخصائي الغذائي في مركز تمكين ورعاية كبار السن وتقييم ذلك من خلال بعض الأسئلة، وهي: هل يعرفهم الأخصائي بنظام غذائي مناسب لهم يحتوي على الفيتامينات والمعادن؟، هل يوفر البدائل الغذائية لهم؟، هل يتوقف كبار السن عن تناول بعض الأطعمة المضرة بصحتهم بعد سماعهم لنصائح أخصائي التغذية؟، نصائح الأخصائي مبنية على التحاليل الطبية أم لا.

1. التعامل مع الأخصائي الغذائي بالمركز:

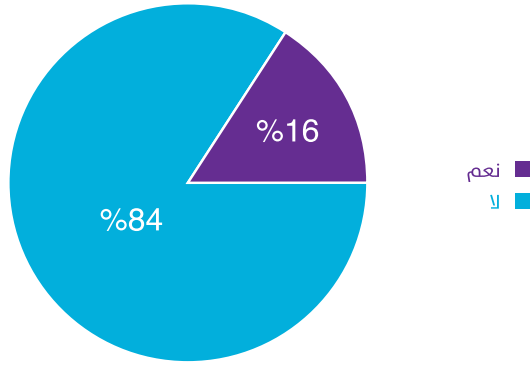
الجدول (29) والشكل (29) يوضح عدد المستفيدين من خدمة التغذية في مركز تمكين ورعاية كبار السن، ومن الجدير بالذكر أن 16% منهم تمت مقابلتهم من قبل أخصائي التغذية مرة واحدة فقط. ويرجع السبب هنا إلى نقص عدد أخصائي التغذية في المركز واكتفاء الأخصائي بحالات الإيواء الموجودة في مركز تمكين ورعاية كبار السن (لم يتم شملهم بالعينة) في الفترة الحالية.

الجدول (29): عدد ونسبة المستفيدين من الأخصائي الغذائي بالمركز

النسبة	العدد	التعامل مع الأخصائي الغذائي بالمركز
83.56	122	لا
16.44	24	نعم
100	146	المجموع

• ملاحظة: الاختلاف بين مجموع النسب في الجداول والرسوم البيانية الواردة في هذا القسم نتيجة جبر الأعداد.

الشكل (29): نسبة المستفيدين من الأخصائي الغذائي بالمركز



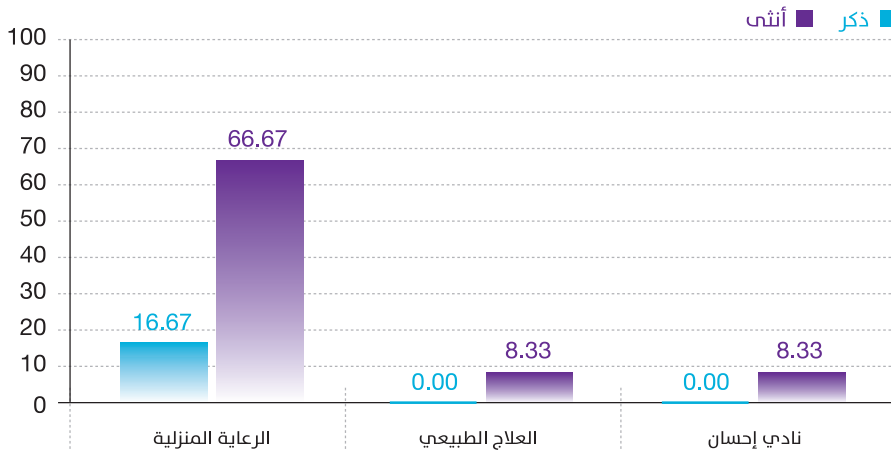
2. التعامل مع الأخصائي الغذائي بالمركز حسب الجنس والجهة المقدمة للخدمة:

من الجدول (30) والشكل (30) يتضح أن أغلب الذين استفادوا من أخصائي التغذية هم من الرعاية المنزلية بنسبة 83% نظراً لنزول أخصائي التغذية مع الفرق في الفترة السابقة، كما أن نزول أخصائي التغذية كان لمرة واحدة فقط من غير متابعة مع جميع الحالات سواء في الرعاية المنزلية أو العلاج الطبيعي أو نادي إحسان.

الجدول (30): التوزيع النسبي للمستفيدين من الأخصائي الغذائي بالمركز حسب الجنس والجهة المقدمة للخدمة

التعامل مع الأخصائي الغذائي	ذكر	أنثى	المجموع
الرعاية المنزلية	16.67	66.67	83.33
العلاج الطبيعي	0.00	8.33	8.33
نادي إحسان	0.00	8.33	8.33
المجموع	16.67	83.33	100.00

الشكل (30): التوزيع النسبي للمستفيدين من الأخصائي الغذائي بالمركز حسب الجنس والجهة المقدمة للخدمة



ملاحظة:

- تم حساب نسبة حسب عدد الأشخاص الذين تعاملوا مع أخصائي التغذية بالمركز وبالبالغ عددهم 24 من إجمالي عدد أفراد العينة البالغ 146.
- جميع الأفراد البالغ عددهم 24 التقوا بأخصائي التغذية مرة واحدة فقط.

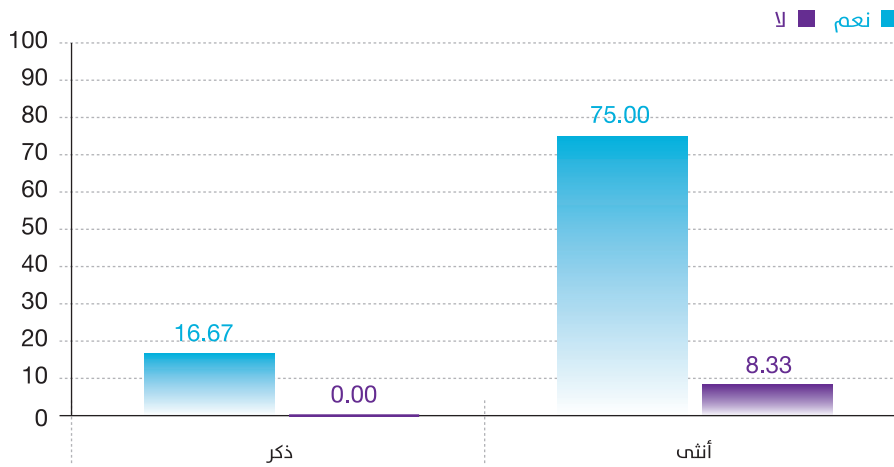
3. التعريف بالنظام الغذائي المناسب:

من الجدول (31) والشكل (31) يوضح جميع الذكور أنهم تم تعريفهم بالنظام الغذائي المناسب لهم وبلغت نسبتهم ما يقارب 17%، أما الإناث فقد أبدى 75% منهن موافقتهن على ذلك، و8% منهن لم يوافقن على أن أخصائي التغذية عرفهن بالنظام الغذائي المناسب لهن، وجاءت النسب ممتثلة في 4% لكل من المستفيدين من العلاج الطبيعي والرعاية المنزلية.

الجدول (31): التوزيع النسبي لمدى التعريف بالنظام الغذائي المناسب حسب الجنس والجهة المقدمة للخدمة

الجهة	ذكر		أنثى	
	لا	نعم	لا	نعم
الرعاية المنزلية	0.00	16.67	4.17	62.50
العلاج الطبيعي	0.00	0.00	4.17	4.17
نادي إحسان	0.00	0.00	0.00	8.33
المجموع	0.00	16.67	8.33	75.00

الشكل (31): التوزيع النسبي لمدى التعريف بالنظام الغذائي المناسب حسب الجنس



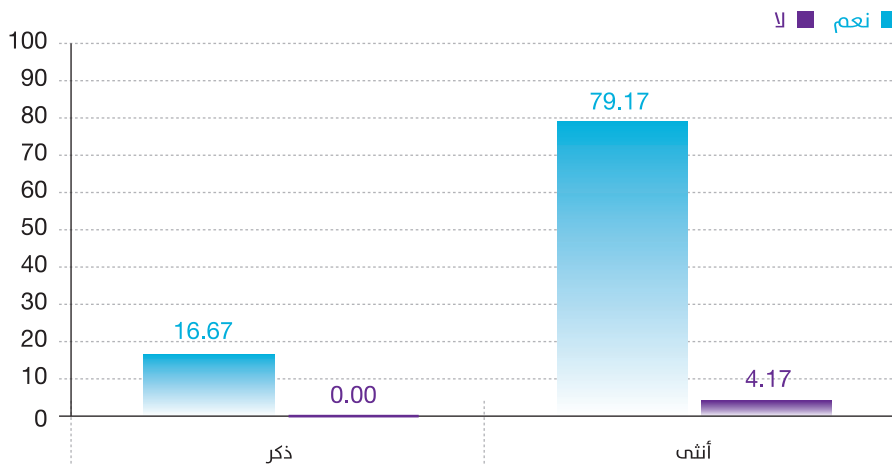
4. التعريف بالفيتامينات والمعادن:

يتضح من الجدول (32) والشكل (32) أيضاً أن جميع الذكور تم تعريفهم بالفيتامينات والمعادن وبلغت نسبتهم ما يقارب 17%، أما الإناث فقد وافق 79% منهن على ذلك و4% منهن لم يوافقن، أي أن أخصائي التغذية لم يعرفهم بالفيتامينات والمعادن الضرورية لهم، وفي أي نوع من الطعام تتوفر، وهذه النسبة 4% مثلت المستفيدات التابعات لقسم العلاج الطبيعي.

الجدول (32): التوزيع النسبي لمدى التعريف بالفيتامينات والمعادن حسب الجنس والجهة المقدمة للخدمة

الجهة	ذكر		أنثى	
	لا	نعم	لا	نعم
الرعاية المنزلية	0.00	16.67	0.00	66.67
العلاج الطبيعي	0.00	0.00	4.17	4.17
نادي إحسان	0.00	0.00	0.00	8.33
المجموع	0.00	16.67	4.17	79.17

الشكل (32): التوزيع النسبي لمدى التعريف بالفيتامينات والمعادن حسب الجنس



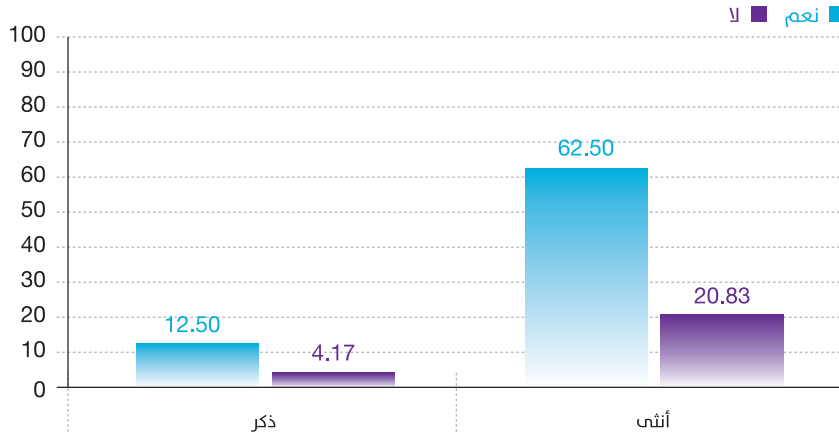
5. تقديم البدائل الغذائية للمأكولات التي يحبها كبار السن:

يوضح الجدول (33) والشكل (33) أن ما يقارب 13% من الذكور وافقوا على أن أخصائي التغذية قدم لهم البدائل الغذائية للمأكولات التي يحبونها و4% منهم لم يوافقوا على ذلك وهم من الرعاية المنزلية، أما الإناث فما يقارب 63% منهن وافقن على أن أخصائي التغذية قدم البدائل الغذائية لهن، وما يقارب 21% منهن لم يوافقن على ذلك بنسبة تقارب 13% منهن من الرعاية المنزلية و8% مناصفة بين العلاج الطبيعي ونادي إحسان. وقد يعود السبب هنا في بعض الأحيان إلى عدم توفر بدائل لبعض أصناف الأغذية المحببة لدى كبار السن والتي قد تؤثر على صحتهم بشكل سلبي.

الجدول (33): التوزيع النسبي لمدى تقديم بدائل غذائية حسب الجنس والجهة المقدمة للخدمة

الجهة	ذكر		أنثى	
	لا	نعم	لا	نعم
الرعاية المنزلية	4.17	12.50	12.50	54.17
العلاج الطبيعي	0.00	0.00	4.17	4.17
نادي إحسان	0.00	0.00	4.17	4.17
المجموع	4.17	12.50	20.83	62.50

الشكل (33): التوزيع النسبي لمدى تقديم بدائل غذائية حسب الجنس



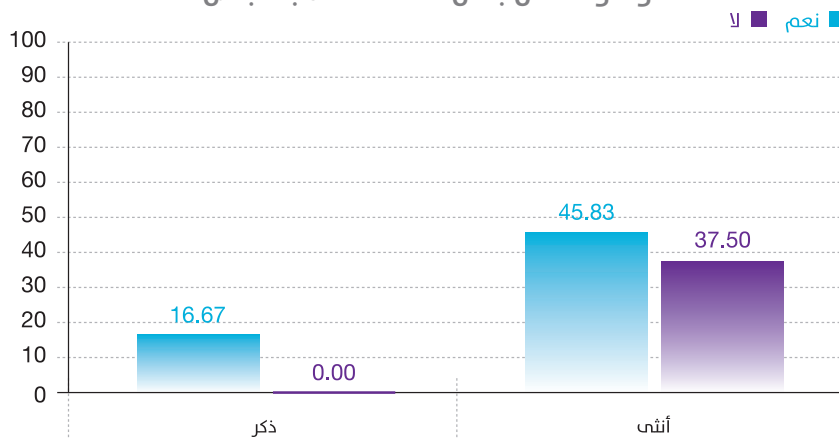
6. التوقف عن بعض الأطعمة بعد إرشادات الأخصائي الغذائي:

يوضح الجدول (34) والشكل (34) أن ما يقارب 63% من أفراد العينة توقفوا عن تناول بعض الأطعمة بعد إرشادات أخصائي التغذية لهم، ومثلت هذه النسبة جميع الذكور والبالغه نسبتهم ما يقارب 17%، وما يقارب 46% من الإناث. كما بلغ عدد اللاتي لم يستجبن إلى إرشادات أخصائي التغذية ما يقارب 38% جميعهن من قسم الرعاية المنزلية.

الجدول (34): التوزيع النسبي لمدى الاستجابة إلى إرشادات أخصائي التغذية والتوقف عن بعض الأطعمة حسب الجنس والجهة المقدمة للخدمة

الجهة	ذكر		أنثى	
	نعم	لا	نعم	لا
الرعاية المنزلية	16.67	0.00	37.50	29.17
العلاج الطبيعي	0.00	0.00	0.00	8.33
نادي إحسان	0.00	0.00	0.00	8.33
المجموع	16.67	0.00	37.50	45.83

الشكل (34): التوزيع النسبي لمدى الاستجابة إلى إرشادات أخصائي التغذية والتوقف عن بعض الأطعمة حسب الجنس



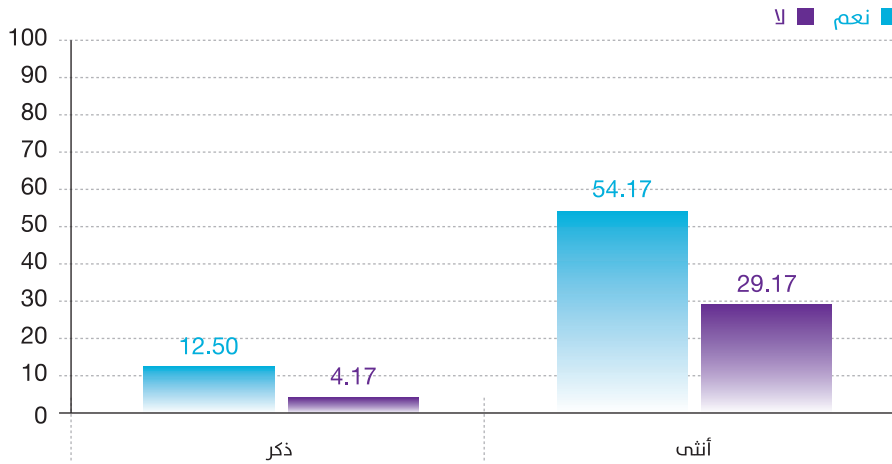
7. تقديم نظام غذائي من قبل أخصائي التغذية بناءً على التحاليل الطبية:

من الجدول (35) والشكل (35) يتضح موافقة ما يقارب 13% من الذكور على أن النظام الغذائي المقدم لهم مبني على التحاليل الطبية. كما مثل عدم الموافقين على ذلك 4%. أما الإناث فوافقن على أن النظام الغذائي مقدم بناءً على التحاليل الطبية بنسبة 54%، أما عدم الموافقات فبلغت نسبتهم 29%، منهن ما يقارب 21% ممن هن في الرعاية المنزلية، وتلتها في النسبة 8% لمن هن في نادي إحسان.

الجدول (35): التوزيع النسبي لإعطاء أخصائي التغذية أنظمة غذائية بناءً على التحاليل الطبية حسب الجنس والجهة المقدمة للخدمة

الجهة	ذكر		أنثى	
	لا	نعم	لا	نعم
الرعاية المنزلية	4.17	12.50	20.83	45.83
العلاج الطبيعي	0.00	0.00	0.00	8.33
نادي إحسان	0.00	0.00	8.33	0.00
المجموع	4.17	12.50	29.17	54.17

الشكل (35): التوزيع النسبي لإعطاء أخصائي التغذية أنظمة غذائية بناءً على التحاليل الطبية حسب الجنس



الفصل الخامس

خلاصة النتائج والتوصيات

خلاصة النتائج:

- تم تطبيق الدراسة على 146 فرداً من المستفيدين من خدمات إحسان، وبلغت نسبة الذكور 28% مقابل ما يقارب 72% من الإناث.
- ما يقارب 32% منهم من الفئة العمرية 60 وحتى 64 سنة ومثلت الإناث 28% منهم وتليها نسبة المستفيدين من أفراد العينة البالغ أعمارهم 75 عاماً وأكثر، بنسبة 17% للإناث، وما يقارب 12% للذكور.
- ما يقارب 61% من أفراد العينة من المتزوجين، وما يقارب 32% من الأراامل بنسبة 31% للإناث، ومثل العزاب والمطلقين منهم ما يقارب 8% فقط.
- غالبية أفراد العينة من الأميين بنسبة 27%، وما يقارب 20% منهم فقط يقرأون ويكتبون، وتلتها في النسبة حملة الشهادة الثانوية بنسبة تقارب 18%، ومن ثم حملة الشهادة الابتدائية بنسبة 15%.
- ما يقارب 93% من أفراد العينة من المتقاعدين أو الذين لا يعملون، وبلغت نسبة الذكور 26% وما يقارب 67% من الإناث.
- فقط ما يقارب 7% منهم لديهم إعاقة، مثلت الإناث منهن ما يقارب 4% والذكور ما يقارب 3%.
- ما يقارب 84% من أفراد العينة يعانون من الأمراض العضوية كالضغط والسكر والكولسترول وغيرها من هذه الأمراض.
- أكثر من 45% من أفراد العينة يعانون من مشاكل في الجهاز الهضمي تمنعهم من تناول أصناف وأنواع معينة من الأطعمة.
- ما يقارب 90% من أفراد العينة لديهم مشاكل في الأسنان أو اللثة.
- حوالي 25% من أفراد العينة يستخدمون أطعم أسنان بسبب فقدانهم لأسنانهم.
- 13% من أفراد العينة لديهم مشاكل في بلع الطعام وإفراز اللعاب.
- ما يقارب 9% من أفراد العينة لديهم صعوبة في التحكم بطريقة الأكل.

أما فيما يخص العادات الغذائية الصحية جاءت النتائج كما يلي:

- ما يقارب 44% من أفراد العينة لا يشربون القدر الكافي من الماء يومياً.
- 73% من أفراد العينة لا يسرفون في تناول المشروبات المختلفة كالشاي والقهوة والعصائر المختلفة، وما يقارب 27% من أفراد العينة يشربون أكثر من 6 أكواب من هذه المشروبات يومياً.
- ما يقارب 72% من أفراد العينة يتناولون الوجبات الرئيسية الثلاث يومياً، و25% منهم يتناولون وجبتين رئيسيتين في اليوم فقط.
- حوالي 70% من أفراد العينة يتناولون وجبة أو وجبتين خفيفتين خلال اليوم بين الوجبات الغذائية الرئيسية وما يقارب 5% منهم يتناولون ثلاث وجبات أو أكثر.
- 67% من أفراد العينة يتناولون وجباتهم في أوقات محددة دائماً و29% من أفراد العينة يتناولون وجباتهم في أوقات محددة بشكل نادر.
- 76% من أفراد العينة يتناولون الخضروات والفواكه الطازجة بشكل يومي.
- 50% من أفراد العينة لا يتناولون الأطعمة المجمدة والمعلبة أبداً و فقط 10% منهم يأكلونها بصورة دائمة.
- وفيما يتعلق بتناول اللحوم البيضاء والحمراء كالحم والدجاج والسمك فإن 75% من أفراد العينة يتناولونها بشكل يومي، و فقط 2% من أفراد العينة لا يتناولون اللحوم بجميع أنواعها أبداً.
- ما يقارب 70% من أفراد العينة يتناولون الحلويات والسكريات بشكل نادر و18% منهم يتناولونها بشكل يومي.
- 64% من أفراد العينة لا يتناولون الوجبات السريعة أبداً، وما يقارب 34% منهم يتناولونها بشكل نادر.
- حوالي 49% من أفراد العينة يفضلون الطعام مع كمية قليلة من الملح، و45% منهم يأكلون الطعام مع نسبة متوسطة من الملح، و فقط 7% يفضلون الطعام مع كمية كبيرة من الملح.
- حوالي 71% من أفراد العينة شهيتهم للطعام عادية، و16% منهم يتمتعون بشهية كبيرة للطعام و12% لا يشتهون الطعام بشكل كبير أو كمية طعامهم أقل من الحد الطبيعي.
- 64% من أفراد العينة يتبعون نظاماً غذائياً و36% منهم لا يقومون باتباع أي نظام غذائي.
- حوالي 12% من أفراد العينة يتعاملون من مراكز الصحة الغذائية و88% منهم لا يتعاملون مع تلك المراكز.
- ما يقارب 49% من أفراد العينة يمارسون الرياضة و51% منهم لا يمارسون أي نشاط رياضي.

وعن سؤال العينة عن دور مركز تمكين ورعاية كبار السن في تقديم الخدمات الغذائية اللازمة لكبار السن جاءت النتائج كما يلي:

- بلغ إجمالي عدد المستفيدين من الأخصائي الغذائي بالمركز 16% فقط من أفراد العينة.
- بلغ عدد المستفيدين من الأخصائي الغذائي في الرعاية المنزلية 83% والعلاج الطبيعي 8%، ونسبة مماثلة من نادي إحسان.
- حوالي 92% من أفراد العينة عرفهم الأخصائي الغذائي بالنظام الغذائي المناسب لهم.
- أكثر من 95% من أفراد العينة عرفهم الأخصائي الغذائي بالفيتامينات والمعادن اللازمة لهم.
- 75% من أفراد العينة قدم لهم الأخصائي الغذائي بدائل غذائية صحية.

التوصيات:

تعتبر هذه الدراسة من الدراسات التي سعت إلى جمع بعض المعلومات التغذوية التي قد تساعد في وضع توصيات مناسبة في مجال التغذية المناسبة لكبار السن، ولقد تم التوصل من هذه الدراسة إلى التوصيات التالية:

1. اقتراح إعداد برنامج تدريبي من قبل نخبة من الأطباء وممارسي التغذية لتوعية أفراد المجتمع وتثقيفهم عن المضاعفات الناتجة عن الأمراض المزمنة وعلاقة ذلك بالتغذية.
2. إعداد برامج توعية وتثقيف غذائي وصحي لكبار السن تبث عبر وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي المختلفة، وتزود بها المستشفيات والمراكز الصحية لعرضها في أماكن انتظار المرضى.
3. تكثيف الجهود الإعلامية للتعريف بمخاطر الأمراض المزمنة وأضرارها الصحية والاجتماعية وبخاصة السمنة.
4. رفع توصيات إلى الجهات المختصة بتوفير أماكن مخصصة للمشبي في المناطق السكنية، وتطوير بنيتها التحتية، لتكون مواقع آمنة وصالحة لممارسة الرياضة لجميع فئات المجتمع عامةً، والتركيز على كبار السن خاصةً.
5. توفير عدد كافٍ من أخصائيي التغذية المؤهلين والمدربين في مراكز رعاية المسنين والمراكز الصحية، بحيث يمكن القيام بإجراء تقييم الحالة التغذوية لكبار السن المترددين على هذه المراكز، والتعرف على مشاكلهم التغذوية، وتوعيتهم في هذا الجانب، وكذلك إعداد وصفات غذائية تتناسب مع حالتهم الصحية.

6. التزام مراكز رعاية المسنين والمراكز الصحية بإعداد حمية غذائية مدروسة طبياً وبمواصفات خاصة تُراعى فيها الناحية الصحية لكبار السن الذين يعانون أمراضاً مزمنة، والتي تحتاج إلى نوع خاص من الأغذية الخالية من الدهون والكوليسترول والسكر وما إلى ذلك من المنوعات، والابتعاد عن إلزام الجميع بنوع واحد من الغذاء.

7. إنشاء قاعدة بيانات تشمل الأمراض العضوية والعمر وبعض البيانات الأولية لكبير السن حتى يتسنى لأخصائيي التغذية إعطاء النظام الغذائي المناسب لكل مسن في مراكز رعاية المسنين والمراكز الصحية.

8. توفير دورات تخصصية في الغذاء والصحة لأخصائيي التغذية بمراكز رعاية المسنين والمراكز الصحية؛ لأهميتها في زيادة الخبرة والكفاءة.

9. الحرص والاهتمام بمشاركة المجتمع الدولي في الاحتفال باليوم العالمي للصحة الموافق 7 أبريل من كل عام، من خلال إقامة الفعاليات والمؤتمرات المعنية بالتغذية السليمة، والاهتمام بالرياضة.

10. تكثيف الدراسات والبحوث في مجال التغذية المناسبة لكبار السن، وذلك لندرة الأبحاث التي يمكن من خلالها تقديم استراتيجيات محلية أو إقليمية لكبار السن.

11. تزويد كبار السن في مراكز رعاية المسنين والمراكز الصحية بالنصائح الغذائية التي تم إعدادها في ضوء بعض الدراسات والمراجع والكتب العلمية في مجال التغذية.

وفيما يلي نقدم بعض النصائح الغذائية المفيدة لكبار السن:

- يجب أن يكون غذاء المسن غنياً في محتواه بالبروتين والأملاح المعدنية والفيتامينات والألياف والسوائل، ومتوسطاً في النشويات، وفقيراً نسبياً من حيث نسبة الدهون، ويتم تحديد الكمية حسب كل حالة، بحيث تكفي لمد الجسم باحتياجاته من الطاقة.
- يحتاج كبار السن إلى كميات كافية من الكالسيوم للحفاظ على الكتلة العظمية، وذلك لارتفاع نسب الإصابة بهشاشة العظام خاصة بين السيدات؛ لذا يجب تناول الألبان منزوعة الدسم ومنتجاتها بواقع 3 وحدات (أو حصص) في اليوم. (الوحدة = كوب لبن، أو 240 جراماً من الزبادى، أو 60 جراماً من الجبن الأبيض الطازج) مع التعرض للشمس كمصدر لفيتامين «D» للمساعدة في امتصاص الكالسيوم.
- يعد الحديد من العناصر المهمة جداً في غذاء المسنين، فأنييميا فقر الدم (نقص الحديد) من المشكلات الرئيسية التي تواجه كبار السن، وأسبابها تكون إما نتيجة أمراض معدية طويلة المدى أو أمراض الكلى أو نقص غذائي، ولهذا يجب تناول الحديد بمعدل 10 ملليجرامات في اليوم، على أن يكون من مصدر حيواني مثل الكبد وصفار البيض واللحوم والطيور، لأن معدل امتصاص الحديد من

المصادر الحيوانية أعلى من المصادر النباتية، وإذا تناول المسن المصادر النباتية، وهي جميع الخضراوات الخضراء الداكنة اللون، مثل السبانخ والملوخية والبقدونس، يفضل أن يتناول معها مصدراً لفيتامين «C» أي الطماطم أو الليمون أو البرتقال لتحسين امتصاص الحديد.

• حصول كبار السن على كمية مناسبة من الطاقة على دفعات صغيرة مقسمة طوال اليوم، وذلك لسد احتياجاتهم ووظائفهم الحيوية دون التسبب في زيادة الشحوم والسمنة أو الإصابة بالانحافة، وينصح بأن يكون مصدر الطاقة الأساسي من المواد النشوية المركبة مثل الخبز والحبوب بدلاً من الدهون.

• البروتينات مهمة جداً لأنها مكون أساسي من مكونات جهاز المناعة، ولا ينصح بالإكثار منها للحفاظ على الكلى. ويفضل الحصول على الحاجة من البروتين من مصادر نباتية مثل: البقوليات كالفول والفاصوليا الجافة واللوبياء، والحبوب كالحمص والعدس وفول الصويا، والإقلال من المصادر الحيوانية كاللحوم والدواجن لأنها غنية بالدهون، أما الأسماك فهي من البروتينات الحيوانية قليلة الدهون.

• الإكثار من فيتامين «A» لأنه من أقوى الفيتامينات المضادة للأكسدة التي تساعد على تقوية جهاز المناعة ومنع العدوى، كما أن له دوراً كبيراً في الحفاظ على حدة البصر وتحسين كفاءة كل العمليات الفسيولوجية في الجسم، ومنح الجسم النشاط والحيوية، وهو متوفر بنسب كبيرة في الجزر والبطاطا الحلوة وقرع العسل والخضراوات الخضراء الداكنة.

• ضرورة التعرض لأشعة الشمس غير الحارقة في الصباح الباكر لكبار السن؛ للحصول على حاجة الجسم من فيتامين «D»؛ لمساعدة الجسم على امتصاص الكالسيوم وتقوية العظام والأسنان، ويمكن الحصول على الفيتامين من أي مصدر دهني، مثل: اللبن والكبد والبيض والأسماك، خاصة السلمون والسردين، وبعض المكسرات. ولأن كبار السن عليهم التعامل مع الدهون بحذر فينصح بتناول اللبن نصف دسم، وبيضه يوماً بعد يوم، أو تناول 5 حبات من اللوز في اليوم.

• فيتامين «C» من الفيتامينات المهمة المضادة للشيخوخة لأنه يساعد على تحفيز جهاز المناعة والوقاية من الإصابة بنزلات البرد، ويساعد في سرعة التئام الجروح والعظام المكسورة، وتنشيط المفاصل وتحسين الحالة الصحية العامة والحالة النفسية وعدم الشعور بالاكتئاب، وهو متوفر في: الجوافة والفلفل الأحمر والأخضر والفراولة والكيوي والبرتقال.

• كبار السن معرضون للإصابة بالنزيف، لذا عليهم الإكثار من فيتامين «K» لأنه يلعب دوراً أساسياً في عملية تخثر الدم، مما يجعله ضرورياً لتوقف النزف بعد التعرض للجروح، كما يلعب دوراً في منع انتشار مرض السرطان، ويمكن الحصول عليه بتناول القرنبيط والبروكلي والخس والسبانخ والطماطم والكرب.

- فيتامين «E» من مضادات الأكسدة التي تزيد حيوية الجسم، ويساعد في تجديد الشباب، كما أنه ضروري لبنية الخلايا، ولتأدية وظائف القلب والعضلات، وهو متوفر في القمح وال فول السوداني والمكسرات والشوفان وزيت الزيتون.
- يؤدي نقص فيتامينات «B» المركبة إلى الإصابة بالتهاب الأعصاب وهبوط الدورة الدموية وفقدان الشهية وخلل في وظائف الجهاز الهضمي، لذا يجب الإكثار من تناول مصادر فيتامينات «B»، وهي الحبوب الكاملة والخميرة والأسماك والكبد والألبان ومعظم الخضراوات والفواكه.
- الإقلال من تناول الدهون المشبعة الموجودة في اللحوم الحمراء والزبدة والقشدة للوقاية من أمراض القلب وتصلب الشرايين والسمنة والكبد الدهني، والابتعاد عن تناول الأطعمة المقلية و”المسبكة“، واستبدالها بالأطعمة المطهية على البخار أو في أوان زجاجية أو فخارية بالفرن.
- المحافظة على الوزن والتخلص من الوزن الزائد للوقاية من السمنة ومضاعفاتها، ويفضل مزاولة المشي من 30 إلى 60 دقيقة؛ يومياً لضمان صحة وحيوية أفضل.
- يجب توفير كميات كافية من المياه والسوائل في غذاء المسنين، بمعدل 8 أكواب في اليوم، لأنه مع التقدم في العمر تنخفض نسبة المياه في الجسم، ويمكن التنوع بين المياه واللبن والحساء والعصائر الطبيعية والفواكه والخضراوات والشاي الخفيف والكاكاو باللبن.
- الاعتدال في تناول الشاي والقهوة والمياه الغازية، والامتناع عن تناولها قبل النوم لتجنب حدوث الأرق وهشاشة العظام، والابتعاد عن التدخين للوقاية من أمراض القلب وهشاشة العظام والأورام الخبيثة.
- الإكثار من تناول الفاكهة والخضراوات الطازجة والمطبوخة بمعدل 400 جرام على الأقل في اليوم، لإمداد الجسم بالفيتامينات والأملاح المعدنية ومضادات الأكسدة وتجنب حدوث الإمساك وزيادة مناعة الجسم.
- تناول الألبان منزوعة الدسم ومنتجاتها للحفاظ على الكتلة العظمية.
- الإقلال من استخدام الملح والمخللات والمعلبات، وكذلك المليينات والمسكنات؛ لأنها ترفع من مستوى ضغط الدم، فمنظمة الصحة العالمية توصي بـ 5 غرامات من ملح الطعام للفرد في اليوم، وبالإقلال من السكريات لتجنب الإصابة بارتفاع نسبة السكر بالدم.
- إذا كان المضغ يمثل مشكلة للمسن فيجب طهي الأطعمة جيداً، واستخدام اللحم المفروم بشكل ناعم.
- يجب عدم اللجوء للمكملات الغذائية إلا تحت إشراف الطبيب.
- العمل على تدريب كبير السن على الاهتمام بغذائه والحرص على تنوعه، وممارسة الرياضة بانتظام.

* * * *

المصادر والمراجع

- مريم موسي هوسا (2004)، تقييم الحالة التغذوية للمسنات بمدينة الرياض، رسالة ماجستير تمت في قسم علوم الأغذية والتغذية بجامعة الملك سعود، تحت إشراف الدكتور رشود الشقراوي في مدينة الرياض، وبدعم من مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية.
- منى حميد حاتم (2011)، المشكلات الصحية والنفسية لذوي الاحتياجات الخاصة (المسنين) مجلة كلية الآداب، العدد 98.
- عفاف حمزة بشير عامر (2001)، دراسة الحالة الغذائية والصحية لدار المسنين بمنطقة المدينة المنورة، ومدى جدوى الاستفادة من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، مجلة كلية الاقتصاد المنزلي، مجلد 11، العدد 2.
- عفت عبد القادر زهران، هند مبارك باخشوين (1994) تقييم الحالة الغذائية لمجموعة من المسنين بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، مجلة كلية الاقتصاد المنزلي، مجلد 4، العدد 2.
- طلعت حمزة الوزنه (2000)، أرقام وحقائق عن المسنين في العالم، وكالة الوزارة العامة للشؤون الاجتماعية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- عبدالمنعم صادق حسن (1997) تغذية المسنين، الكتاب الطبي الجامعي في الغذاء والتغذية، أكاديمي أنترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت (الجزء الأول).
- الموسوعة العربية للغذاء والتغذية، من تحرير أ. د. عبد الرحمن مصيقر رئيس المركز العربي للتغذية ومساعد الأمين العام في مركز البحرين للدراسات والبحوث، الطبعة الأولى 2009م
- الموسوعة العربية العالمية 1996 - 51 الصحة- فهرس مكتبة الملك فهد الوطنية - مؤسسة أعمال الموسوعة للنشر والتوزيع.
- حسين ياسين طعمة، إيمان حسين حنوش- الإحصاء الاستدلالي، 2015 - دار صفاء للنشر والتوزيع.
- حامد التكروري ود. خضر المصري: علم التغذية العامة/ أساسيات في التغذية المقارنة/ الدار العربية للنشر والتوزيع - الطبعة الأولى 1989م.
- العوضي، فوزية (1984)، التغذية وصحة المجتمع، الطبعة الأولى، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي.
- نوف آل سليمان (2007)، العوامل الغذائية والصحية المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة لدى السيدات السعوديات بمدينة جدة، رسالة مقدمة إلى قسم التغذية وعلوم الأطعمة ضمن متطلبات الحصول على درجة الماجستير في قسم التغذية وعلوم الأطعمة تخصص تغذية تطبيقية، جامعة الملك عبد العزيز، جدة.
- حسب، علي عبدالحليم وجعفر، علي (2003م) السمنة كمنبئ لأمراض القلب والأوعية الدموية في الدول المتنقلة. المجلة العربية للغذاء والتغذية، العدد الثامن، ملحق (4) مركز البحرين للدراسات والبحوث، مملكة البحرين.
- مصيقر، عبدالرحمن عبيد (2002م) دراسة عن نمط الحياة وعلاقته بأمراض القلب في البحرين. المجلة العربية للغذاء والتغذية، المجلد الثالث، العدد الخامس، مركز البحرين للدراسات والبحوث، مملكة البحرين.
- Morley, J.E. (1996). "Anorexia in older persons: epidemiology and optimal treatment". Drugs-Aging.
- SPOTLIGHT ON SENIOR HEALTH ADVERSE HEALTH OUTCOMES OF FOOD INSECURE OLDER AMERICANS , National Foundation to End Senior Hunger, 2012, (Accessed at: <http://www.feedingamerica.org/hunger-in-america/our-research/senior-hunger-research/or-spotlight-on-senior-health-executive-summary.pdf>)
- Lrving, G.F; Olsson, B.A; Cederholm, T. (1999) Nutritional and cognitive status in elderly subjects living in service flats and the effect of nutrition education on personnel.J. Gerontology.45: 187-194

الملحق رقم (1): جداول الصدق والثبات

Correlations				
			Q200	Q200.2
Spearman's rho	Q201	Correlation Coefficient	1.000	1.000**
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	17	17
	Q201.2	Correlation Coefficient	1.000**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q201	Q201.2
Spearman's rho	Q207	Correlation Coefficient	1.000	1.000**
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	17	17
	Q207.2	Correlation Coefficient	1.000**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q202	Q202.2
Spearman's rho	Q213	Correlation Coefficient	1.000	.935**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	17	17
	Q213.2	Correlation Coefficient	.935**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q203	Q203.2
Spearman's rho	Q214	Correlation Coefficient	1.000	.874**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	17	17
	Q214.2	Correlation Coefficient	.874**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q204	Q204.2
Spearman's rho	Q216	Correlation Coefficient	1.000	.685**
		Sig. (2-tailed)	.	.002
		N	17	17
	Q216.2	Correlation Coefficient	.685**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q205	Q205.2
Spearman's rho	Q217	Correlation Coefficient	1.000	1.000**
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	17	17
	Q217.2	Correlation Coefficient	1.000**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q300	Q300.2
Spearman's rho	Q300	Correlation Coefficient	1.000	.717**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	17	17
	Q300.2	Correlation Coefficient	.717**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q301	Q301.2
Spearman's rho	Q301	Correlation Coefficient	1.000	.685**
		Sig. (2-tailed)	.	.002
		N	17	17
	Q301.2	Correlation Coefficient	.685**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q302	Q302.2
Spearman's rho	Q302	Correlation Coefficient	1.000	.717**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	17	17
	Q302.2	Correlation Coefficient	.717**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q303	Q303.2
Spearman's rho	Q303	Correlation Coefficient	1.000	.941**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	17	17
	Q303.2	Correlation Coefficient	.941**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q304	Q304.2
Spearman's rho	Q304	Correlation Coefficient	1.000	.787**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	17	17
	Q304.2	Correlation Coefficient	.787**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q305	Q305.2
Spearman's rho	Q307	Correlation Coefficient	1.000	.748**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	17	17
	Q307.2	Correlation Coefficient	.748**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q306	Q306.2
Spearman's rho	Q308	Correlation Coefficient	1.000	.806**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	17	17
	Q308.2	Correlation Coefficient	.806**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q307	Q307.2
Spearman's rho	Q309	Correlation Coefficient	1.000	.745**
		Sig. (2-tailed)	.	.001
		N	17	17
	Q309.2	Correlation Coefficient	.745**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.001	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q308	Q308.2
Spearman's rho	Q310	Correlation Coefficient	1.000	.602**
		Sig. (2-tailed)	.	.012
		N	17	17
	Q310.2	Correlation Coefficient	.602**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.012	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations				
			Q309	Q309.2
Spearman's rho	Q311	Correlation Coefficient	1.000	.863**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	17	17
	Q311.2	Correlation Coefficient	.863**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q310	Q310.2
Spearman's rho	Q312	Correlation Coefficient	1.000	.947**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	17	17
	Q312.2	Correlation Coefficient	.947**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q311	Q311.2
Spearman's rho	Q313	Correlation Coefficient	1.000	.809**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	17	17
	Q313.2	Correlation Coefficient	.809**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q312	Q312.2
Spearman's rho	Q314	Correlation Coefficient	1.000	.696**
		Sig. (2-tailed)	.	.002
		N	17	17
	Q314.2	Correlation Coefficient	.696**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q313	Q313.2
Spearman's rho	Q315	Correlation Coefficient	1.000	.941**
		Sig. (2-tailed)	.	.000
		N	17	17
	Q315.2	Correlation Coefficient	.941**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.000	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations				
			Q314	Q314.2
Spearman's rho	Q316	Correlation Coefficient	1.000	.685**
		Sig. (2-tailed)	.	.002
		N	17	17
	Q316.2	Correlation Coefficient	.685**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.002	.
		N	17	17

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم (2):

استمارة تقييم الحالة الغذائية لكبار السن في دولة قطر والخدمات الغذائية المقدمة من مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان)

استمارة تقييم الحالة الغذائية لكبار السن في دولة قطر والخدمات الغذائية المقدمة من مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان)

رقم الاستمارة	
رمز الإدخال	
رقم الباحث	

تقييم الحالة الغذائية لكبار السن في دولة قطر والخدمات الغذائية المقدمة من مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان)

جميع البيانات المتعلقة بأسماء وهويات الأفراد والأسر سرية، ولا يجوز استخدامها إلا لأغراض الدراسة والبحث

أبي الفاضل / أمي الفاضلة،،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،،

لقد تم تكليفي من قبل إدارة البحوث والتطوير بمركز تمكين ورعاية كبار السن باستطلاع رأيكم حول دور تقييم الحالة الغذائية لكبار السن في دولة قطر، كما يسرنا استطلاع رأيكم حول ما يقدمه مركز تمكين ورعاية كبار السن (إحسان) من استشارات ورعاية غذائية لكبار السن. وعليه يرجى من سيادتكم التكرم بالإجابة على الأسئلة المطروحة بالاستبيان والتعاون مع الباحثين.

• اسم الباحث:

• تاريخ جمع البيانات:

القسم الأول/ البيانات الأولية				
100	الجنس	1. ذكر	2. أنثى	
101	العمر	1. 64 - 60	2. 65 - 69	3. 70 - 74
102	الحالة الاجتماعية	1. أعزب / عزباء	2. متزوج/ متزوجة	3. أرمل/ أرملة
103	المستوى التعليمي	1. أمي	2. يقرأ ويكتب	3. ابتدائي
		4. إعدادي	5. ثانوي	6. دبلوم
104	الحالة المهنية	1. موظف	2. متقاعد/ لا يعمل	3. أخرى، حدد:
105	المعاناة من إعاقة	1. لا	2. نعم	

القسم الثاني/ المشاكل الصحية لدى كبار السن			
200	المعاناة من الأمراض العضوية (أمراض شيخوخة: ضغط ، سكر، كوليسترول... إلخ)	1. لا	2. نعم
			أخرى.. أذكرها:
201	المعاناة من مشاكل الجهاز الهضمي (حموضة معدة، انتفاخ، إسهال، إمساك... إلخ)	1. لا	2. نعم
			أخرى.. أذكرها:
202	المعاناة من مشاكل في الأسنان أو اللثة	1. لا	2. نعم
203	استخدام أطعم أسنان	1. لا	2. نعم
			أخرى.. أذكرها:
204	المعاناة من مشاكل في بلع الطعام وإفراز اللعاب	1. لا	2. نعم
205	صعوبة في التحكم بطريقة الأكل	1. لا	2. نعم

القسم الثالث/ العادات الغذائية الممارسة عند كبار السن							
300	كمية الماء المتناولة يومياً (أكواب)	1	أقل من 6	2	6 - 8	3	أكثر من 8
301	كمية المشروبات الأخرى المتناولة يومياً (أكواب)	1	أقل من 6	2	6 - 8	3	أكثر من 8
302	عدد الوجبات الرئيسية المتناولة يومياً	1	وجبة	2	وجبتان	3	ثلاث أو أكثر
303	عدد الوجبات الخفيفة	1	لا يتناول	2	وجبة/ وجبتان	3	ثلاث أو أكثر
304	الأكل في أوقات محددة	1	دائماً	2	أحياناً/ نادراً	3	أبدأ
305	تناول الفواكه والخضروات الطازجة	1	دائماً	2	أحياناً/ نادراً	3	أبدأ
306	تناول الأغذية المعلبة والمفروزة	1	دائماً	2	أحياناً/ نادراً	3	أبدأ
307	تناول اللحوم (البيضاء والحمراء)	1	دائماً	2	أحياناً/ نادراً	3	أبدأ
308	تناول الحلويات والسكريات	1	دائماً	2	أحياناً/ نادراً	3	أبدأ
309	تناول الوجبات السريعة	1	دائماً	2	أحياناً/ نادراً	3	أبدأ
310	نسبة الملح المضاف للطعام	1	قليلة/ أبدأ	2	متوسطة	3	كبيرة
311	الشهية للطعام	1	قليلة	2	متوسطة	3	كبيرة
312	اتباع نظام غذائي	1	نعم	2	لا		
313	التعامل مع مراكز الصحة الغذائية	1	نعم	2	لا		
314	ممارسة الرياضة	1	نعم	2	لا		

القسم الرابع/ دور مركز تمكين ورعاية كبار السن في تقديم الخدمات الغذائية لكبار السن			
400	تتعامل مع الأخصائي الغذائي بالمركز	1. نعم	2. لا
إذا كانت إجابتك ب"لا" انتهت الاستمارة			
401	يقوم أخصائي التغذية بالتعريف بالنظام الغذائي المناسب للمرحلة العمرية	1. نعم	2. لا
402	يقوم الأخصائي بالتعريف بالفيتامينات والمعادن	1. نعم	2. لا
403	يقدم أخصائي التغذية البدائل الغذائية للمأكولات التي أحبها ولا أستطيع التوقف عن تناولها	1. نعم	2. لا
404	هناك أطعمة توقفت عنها بعد إرشادات أخصائي التغذية	1. نعم	2. لا
405	يقدم أخصائي التغذية نظاماً غذائياً بناءً على التحاليل الطبية	1. نعم	2. لا



تمكين ورعاية
Empowerment & Care

الإجتماعي Social



دراسة ميدانية حول تأثير العادات الغذائية
على صحة كبار السن في المجتمع القطري
وما يقدمه المركز من رعاية غذائية لكبار السن