

راهنمای آموزشی

مراقبت های ادغام یافته سالمند

ویژه پزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

دفتر سلامت خانواده و جمعیت

اداره سلامت سالمندان-۱۳۸۵

راهنمای آموزشی
مراقبت های ادغام یافته سالمند
ویژه غیر پزشک

مؤلفین به ترتیب حروف الفبا:
دکتر سهیلا خوشبین
دکتر عالیہ عزیز آبادی فراهانی
دکتر آوات غوثی
دکتر محمد اسماعیل مطلق

زیر نظر دکتر سید مؤید علویان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت سالمندان-۱۳۸۵

تقدیر

با قدردانی و تشکر از سایر همکاران که در تدوین این مجموعه ما را یاری کرده اند بترتیب حروف الفبا:

دکتر استقامتی: اداره واکسیناسیون

دکتر صفیه اشوری مقدم: مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی

دکتر پریسا ترابی و شیما صادقی: دفتر بهبود تغذیه جامعه

دکتر میترا حفاظی: دفتر سلامت روان

دکتر طاهره سموات، علیه حجت زاده و دکتر مهدی نجفی: اداره بیماری های قلب و عروق

دکتر نادره موسوی فاطمی: اداره سلامت دهان و دندان

دکتر موسوی: اداره سرطان

دکتر مهشید ناصحی: اداره بیماری های تنفسی

دکتر شهین یاراحمدی: اداره بیماری های غدد و متابولیک

و

دکتر سید رضا اسحاقی متخصص پزشکی اجتماعی، فلوشیپ سالمندی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه اصفهان

دکتر احمد علی اکبری کامرانی متخصص داخلی و فلوشیپ سالمندی عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم

بهبودی و توانبخشی

دکتر فریبا تیموری متخصص طب سالمندی از فرانسه

دکتر پریسا دولتشاهی فوق تخصص کلیه و استاد یار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر علی روشنی جراح کلیه و مجاری ادرار و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه گیلان

دکتر فرهاد شهرام فوق تخصص روماتولوژی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه تهران

دکتر کاظم ملکوتی روانپزشک و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه ایران

دکتر مریم نوروزیان متخصص مغز و اعصاب و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه تهران

فهرست

صفحه

بخش اول: کلیات

۷-۱۲

بخش دوم: مراقبت های ادغام یافته

۱۳-۶۹

فصل اول: بیماری های قلبی و عروقی

۱۳-۲۶

۱. آتژین صدری، سکته قلبی و سکته مغزی

۱۳-۲۲

۲. اختلالات چربی خون و احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی

۲۳-۲۶

۳. اختلالات فشارخون

۲۷-۳۵

فصل دوم: اختلالات تغذیه ای

۳۶-۴۱

فصل سوم: دیابت

۴۲-۴۸

فصل چهارم: سرطان های شایع

۴۹-۵۲

۱. سرطان پستان

۴۹-۵۰

۲. سرطان کولورکتال

۵۱-۵۲

فصل پنجم: سقوط و عدم تعادل

۵۳-۵۶

فصل ششم: اختلالات روانی

۵۷-۶۸

۱. افسردگی

۵۷-۶۲

۲. اضطراب

۶۳-۶۵

۳. اختلال خواب

۶۶-۶۸

فصل هفتم: بیماری های استخوان و مفاصل

۶۹-۷۸

۱. پوکی استخوان

۶۹-۷۱

۲. استئوآرتروز

۷۲-۷۸

فصل هشتم: بی اختیاری ادراری

۷۹-۸۲

فصل نهم: سل

۸۳-۸۸

فصل دوازدهم: دمانس

۸۹-۹۱

بخش سوم: فرم های ثبت و راهنمای تکمیل

۹۲-۱۰۶

فرم مراقبت و جدول مراجعات

۹۳-۱۰۰

راهنمای تکمیل فرم مراقبت

۱۰۱-۱۰۳

فرم ارجاع و پسخوراند و راهنمای تکمیل آن ها

۱۰۴-۱۰۵

فرم پیگیری و راهنمای تکمیل فرم پیگیری

۱۰۶-۱۰۸

منابع

۱۰۹

پیشگفتار

مراقبت از سلامت سالمندان

پیامبر گرامی اسلام (ص) می فرمایند: هر پیری در میان طایفه اش همچون پیامبری است در میان امتش

موضوع سلامتی و ارتباط آن با افزایش سالهای زندگی در عصر حاضر چالشهای فراوانی را بوجود آورده است. افزایش طول عمر انسانها و اضافه شدن جمعیت سالمندان یکی از دستاوردهای قرن ۲۱ بوده و سالخورده‌گی جمعیت پدیده ای است که برخی از جوامع بشری با آن روبرو شده و یا خواهند شد.

پدیده فوق ناشی از بهبود شرایط بهداشتی است که از یک طرف منجر به کاهش مرگ بویژه مرگ و میر کودکان و نهایتاً افزایش امید به زندگی شده و از سوی دیگر با اعمال سیاست کنترل مولید باعث افزایش درصد سالخورده‌گان به کل جمعیت شده است. بنابراین باید سالخورده‌گی جمعیت را یک موفقیت بهداشتی و وجود سالمندان را نعمتی از نعمات پیشمار پروردگار محسوب کرد.

در سال ۱۹۹۹ جمعیت سالمندان جهان ۵۸۰ میلیون نفر بوده است. پیش بینی می شود از سال ۱۹۵۰ تا سال ۲۰۲۰ جمعیت ۶۰ سال و بالاتر در جهان ۷۵ درصد افزایش یابد. امروزه حدود ۵۹۰ میلیون نفر سالمند (۶۰ سال و بالاتر) در جهان وجود دارد که ۶۰٪ از این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. افزایش جمعیت سالمند در کشورهای در حال توسعه بسیار شدیدتر از کشورهای توسعه یافته در سال های یاد شده خواهد بود و کشور ما ایران نیز از این نظر مستثنی نخواهد بود به طوری که مطابق جدول زیر جمعیت سالمندان از سال ۱۳۳۵ تا کنون تغییرات زیادی داشته است

سال سر شماری	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۰
تعداد جمعیت سالمندان	۱۱۸۳۹۸۰	۱۶۸۴۰۰۵	۱۷۷۰۶۱۴	۲۶۸۶۳۵۰	۳۹۷۸۱۲۷	۴۲۷۷۹۷۱
درصد	۶،۲۵	۶،۵۳	۵،۲۵	۵،۴۳	۶،۶۲	۶،۶۳

و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۲۹ جمعیت سالمندان کشور به ۲۵۹۱۲۰۰۰ نفر یعنی ۲۴،۶۲ درصد جمعیت برسد.

وضعیت سالمندان کشور متأثر از عوامل اجتماعی اقتصادی و بهداشتی است و نیازمند توجهات ذیل است:

۱. موضوع تکریم سالمندان در جامعه و خانواده و فراهم ساختن موجبات امنیت روانی و عاطفی سالمندان
۲. آموزش جنبه های شخصی شیوه زندگی سالم به سالمند و به کار بستن تمهیدات لازم برای فراهم ساختن بستر اجتماعی مناسب توسط حکومت
۳. به کار بستن شیوه زندگی سالم از بدو حیات در قالب برنامه های مراقبتهای دوران بارداری، زایمان ایمن، مراقبتهای کودکان، توصیه های ورزشی مناسب، ارایه الگوهای تغذیه ای صحیح
۴. خدمات توانبخشی و مراقبت های طولانی مدت سالمندی با توجه به الگوی مزمن بیماری ها در دوره سالمندی
۵. خدمات بیمارستانی و تخصصی و مراقبت های در منزل
۶. انتقال اطلاعات، مهارت و حمایت های لازم از جمله حمایت های مالی از طرف دولت به خانواده سالمندان در قالب برنامه های توانبخشی مبتنی بر جامعه
۷. بهبود کیفیت ارایه خدمات بهداشتی درمانی به سالمندان از طریق پیشگیری اولیه، ساماندهی وضعیت درمان در زمینه کلینیک های سرپایی و بخش بستری مخصوص سالمندان، افزایش پوشش بیمه، اقدامات توانبخشی و تامین وسایل کمکی و تربیت نیروی انسانی مجرب

۸. انجام پژوهش در جهت شناسایی نیازهای اولویت دار سالمندان در تمام ابعاد
۹. تقویت سازمانهای غیر دولتی مرتبط با سالمندان مثل کمیته امداد، سازمان بازنشستگان، نهضت سواد آموزی، فرهنگسرای سالمند وابسته به شهرداری ها و.....
- برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمند به دنبال یافتن راهی برای تشخیص زودرس بیماری ها در سالمند به ظاهر سالم است که می تواند در مراحل ابتدایی کنترل و درمان گردد در حقیقت هدف این برنامه طراحی نظام غربالگری استاندارد خاص سالمندان و اجرای آن است.
- بدین لحاظ مجموعه ای تحت عنوان مراقبت های ادغام یافته سالمند ویژه غیر پزشک به منظور پیشگیری، تشخیص زودرس، درمان های ساده و ارجاع بموقع سالمند با استفاده از نشانه های بالینی، عوامل خطر و در بعضی موارد ابزار های تشخیصی بالینی و آزمایشگاهی تهیه شده است. این مجموعه حاصل تلاش همکاران شما در اداره سلامت سالمندان است که با استفاده از آخرین پروتکل های موجود در ادارات قلب و عروق، غدد، روان، تغذیه، دهان و دندان، بیماری های واگیر، واکسیناسیون و آموزش بهداشت بر اساس آخرین منابع علمی و کتاب های مرجع و نیز هماهنگی با صاحب نظران و اساتید ادارات تخصصی یاد شده و همچنین متخصصین روماتولوژی، ارولوژی، مغز و اعصاب و فلوشیپ سالمندان تهیه گردیده است
- به این امید که با تهیه این مجموعه گامی کوچک در تامین سلامت سالمندان کشور برداشته و رضای خدا و خلق خدا را جلب کرده باشیم.

دکتر سید موید علویان

معاون

سلامت

بخش ۱: کلیات

تعریف

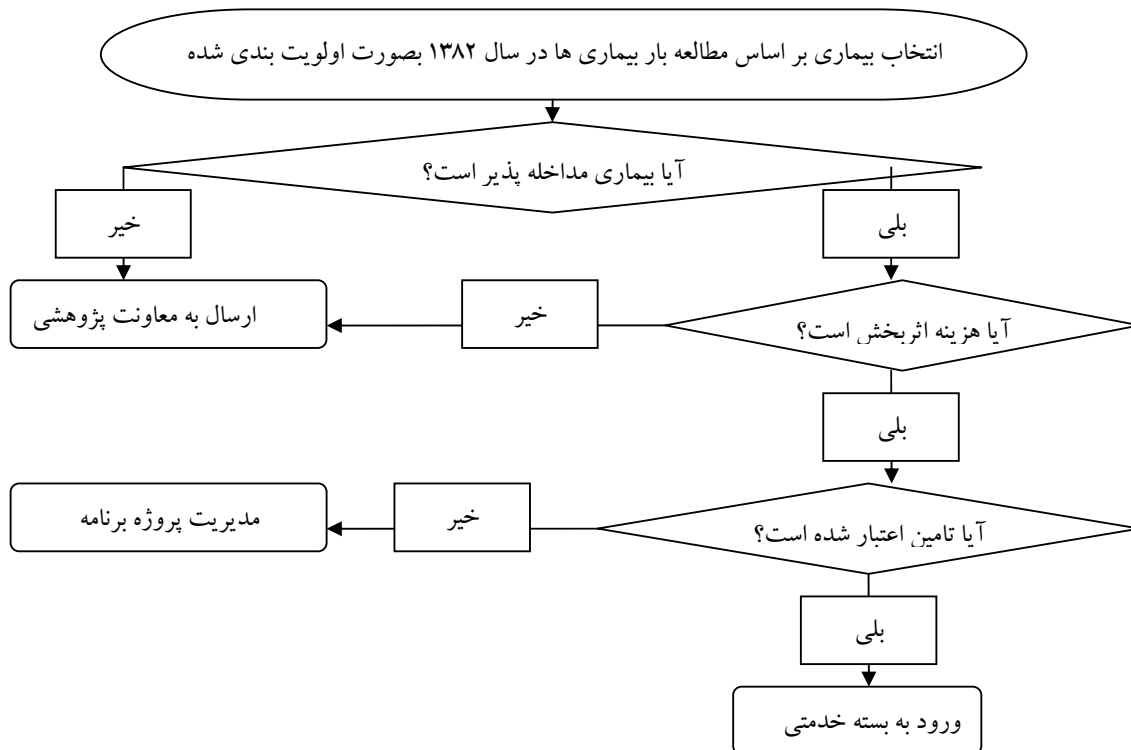
مراقبت‌های ادغام یافته به مفهوم استفاده از عوامل خطر، نشانه‌های بالینی ساده ادغام یافته در سطح استفاده کننده از خدمت و اقدامات تشخیصی مورد نیاز به منظور تشخیص و درمان بیماری است. در این مدل از حداقل عوامل خطر و نشانه‌های بالینی ممکن برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. عوامل خطر، نشانه‌ها، علائم بالینی، اقدام تشخیصی، درمان، موارد ارجاع و پیگیری‌های موجود که در این مراقبت‌ها بکار گرفته شده است بهره گرفته از برنامه‌های کشوری، منابع تخصصی طب سالمندی و همچنین استفاده از نظرات کارشناسی و اساتید مرتبط با بیماری‌های فاقد اداره متولی در مرکز مدیریت بیماری‌ها است. در این مدل درمان و در کل توصیه‌های مورد نیاز برای سالمند بر اساس طبقه بندی است و سعی شده که این طبقه بندی‌ها تا جای ممکن به تشخیص دقیق بیماری‌ها نزدیک باشند.

در این مجموعه نحوه ارزیابی کردن سالمند از نظر نشانه‌های خطر که نیازمند ارجاع فوری است و بیماری‌های جسمانی و روانی اولویت دار بر اساس بار بیماری‌ها، اختلالات تغذیه‌ای و ایمنسازی آموزش داده می‌شود و علاوه بر روش‌های تشخیصی و درمانی بیماری‌ها راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها نیز عنوان شده است. بطور خلاصه در این مجموعه شما نحوه استفاده و کار با چارت راهنمای مراقبت‌های ادغام یافته را فرا خواهید گرفت.

اصول کلی

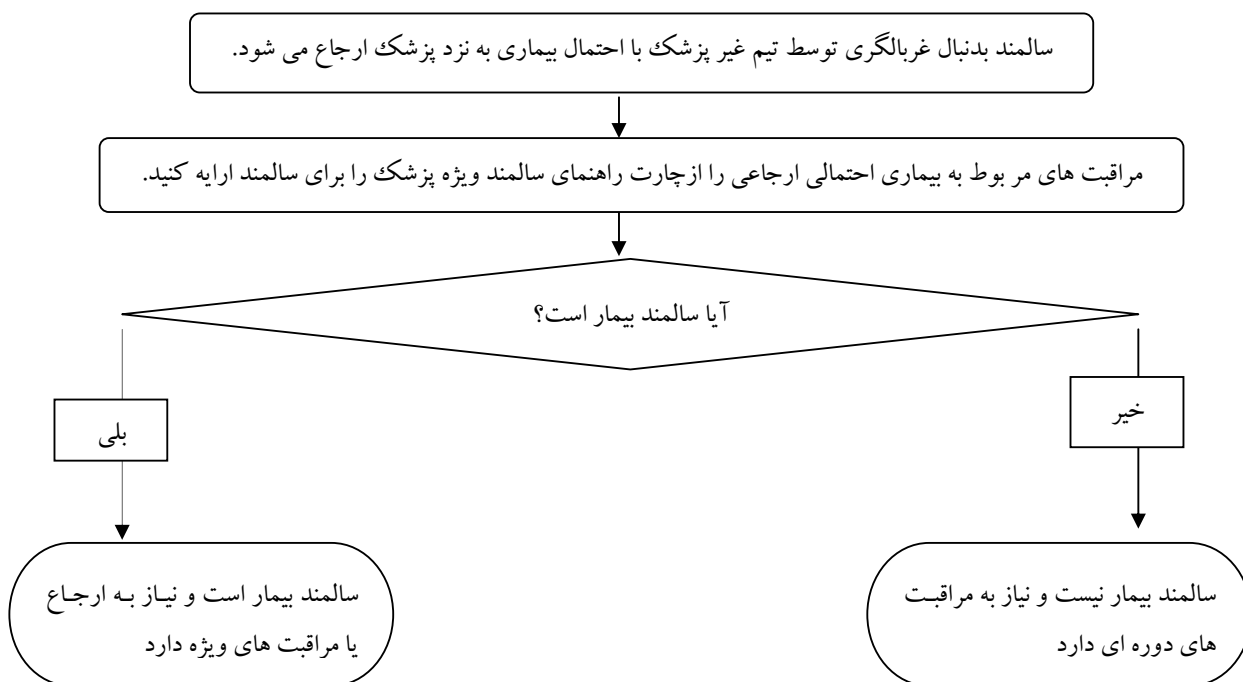
مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ در مورد ۲۵۰ بیماری شایع در کشور به تفکیک گروه سنی و جنس انجام شد مبنایی گردید برای ورود بیماری‌هایی که در این بسته خدمتی منظور گردیده است. در واقع چرخه کار ذیل منطق ورود و انتخاب بیماری‌ها به بسته خدمتی را نشان می‌دهد.

چرخه کار انتخاب بیماری‌ها برای ورود به بسته خدمتی



با عنایت به اکتیو بودن ارایه خدمات، برنامه جامع مراقبت از سالمند بصورت یک برنامه با عنوان مراقبت های ادغام یافته سالمند ویژه پزشک و غیر پزشک طراحی گردیده است. در این راستا زمانی که سالمند بدنبال اطلاع رسانی و فراخوان (ارایه خدمت اکتیو) به تیم غیر پزشک مراجعه می کند از چارت راهنمای مراقبت های ادغام یافته سالمند ویژه غیر پزشک برای مراقبت از وی استفاده می شود و با ارایه این مراقبت ها سالمندان فاقد مشکل در مراقبت دوره ای قرار گرفته و به پزشک ارجاع نمی شوند و سالمندانی که احتمال بیماری برای آنان می رود به پزشک ارجاع می شوند و شما برای مراقبت از این سالمندان از چارت راهنمای مراقبت های ادغام یافته سالمند ویژه پزشک استفاده می کنید. در زمان مراقبت از سالمند ارجاع شده به پزشک فقط مراقبت های مربوط به علت ارجاع (بیماری احتمالی) را از مجموعه مراقبت های ادغام یافته چارت راهنمای ویژه پزشک برای سالمند ارایه می کنید. در این راستا **در ابتدا سالمند را از نظر نشانه های خطر بیماری های ارجاع شده (سکته مغزی، سکته قلبی یا آتژین صدری ناپایدار، فشارخون درجه ۲، خودکشی، بیقراری شدید، تحریک پذیری شدید، گرما و قرمزی در مفصل) ارزیابی می کنید. دقت کنید در صورت مواجه شدن با اولین مراقبت نیازمند ارجاع فوری سایر مراقبت ها را برای سالمند ارایه نمی کنید و آن را به موکول به پسخوراند پزشک متخصص در زمان دیگری می کنید.** در پایان ارایه مراقبت ها چنانچه برای سالمند احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری وجود داشته باشد سالمند را از مراقبت های لازم بهره مند می کنید زیرا سالمند در چرخه ارجاع و مراقبت های ویژه تا کنترل بیماری قرار می گیرد و چنانچه سالمند فاقد بیماری باشد در چرخه مراقبت های دوره ای قرار می گیرد.

چرخه کار کلی مراقبت از سالمند



اجزاء چارت راهنمای مراقبت های ادغام یافته سالمند

چارت راهنمای مراقبت ها از اجزاء زیر تشکیل یافته است:

۱. ارزیابی

۲. طبقه بندی

۳. توصیه

در قسمت **ارزیابی** ابتدا از سالمند در مورد نشانه های خطر احتمال آنژین ناپایدار، سکنه قلبی، فشارخون درجه ۲، بیقراری شدید، تحریک پذیری شدید و مفصل گرم و متورم سؤال کنید سپس در صورتی که سالمند ارجاع فوری نمی شود از سالمند سایر عوامل خطر و نشانه های بیماری ها را سؤال می کنید و در صورت نیاز از اقدامات تشخیصی یا معاینات ساده برای سالمند استفاده می کنید.

در بخش **طبقه بندی** موارد بدست آمده از قسمت ارزیابی (عوامل خطر، نشانه های بالینی، معاینات ساده و اقدامات تشخیصی) را بر اساس شدت بیماری و یا مشکل طبقه بندی می کنید به این نحو که چنانچه سالمند دارای نشانه ها و یا علائم خطر بیماری (معاینات بالینی و یا ابزار های تشخیصی) است در طبقه بندی "**احتمال مشکل جدی و یا بیماری شدید**" قرار می گیرد که در جدول طبقه بندی به رنگ قرمز است. **دقت کنید سالمندی که در این طبقه قرار می گیرد چون نیازمند ارجاع فوری است مراقبت های باقیمانده برای وی ارایه نمی شود.** چنانچه سالمند دارای نشانه و علائم بیماری است که خطر جدی ندارد در طبقه بندی "**احتمال مشکل و یا بیماری**" قرار می گیرد که در جدول طبقه بندی به رنگ صورتی دیده می شود. چنانچه سالمند فاقد نشانه و علائم بیماری باشد ولی دارای عوامل خطر است در طبقه بندی "**در معرض خطر ابتلا به بیماری**" قرار می گیرد که در جدول طبقه بندی به رنگ زرد مشاهده می گردد. چنانچه سالمند فاقد نشانه و علائم بیماری و بدون عوامل خطر است در طبقه بندی "**فاقد مشکل احتمالی و یا بیماری**" قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ سبز نمایان است. در بعضی از بیماری ها مثل سرطان ها طبقه بندی به نام "**وضعیت نامعلوم**" را در جدول طبقه بندی مشاهده می کنید. در این طبقه سالمندی قرار می گیرد که فاقد عامل خطر، نشانه و علائم بیماری است و چون فاقد آزمایش یا معاینه دوره ای تشخیص دهنده است در وضعیت نامعلوم از نظر تشخیصی بسر می برد. برای این طبقه نیز از رنگ صورتی استفاده شده است.

در ستون مربوط به **توصیه ها** اقدامات درمانی، ارجاع، اقدامات قبل از ارجاع، پیگیری و آموزش های لازم بر اساس طبقه بندی مشکل برای سالمند بشرح زیر ارایه می گردد:

۱. توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه بندی "**مشکل جدی (احتمال ابتلا به بیماری شدید)**" قرار می گیرد ارجاع فوری است چون خطر مرگ را بدنبال دارد و به رنگ قرمز مشاهده می گردد. اقداماتی از قبیل دادن اکسیژن، مسکن، آنتی بیوتیک، تری نیتروگلایسرین و..... که قبل از ارجاع فوری باید انجام می شود نیز به رنگ قرمز است. دقت کنید در این شرایط ارایه سایر مراقبت ها را قطع کنید و آن را منوط به زمان بازگشت سالمند پس از کنترل مشکل وی کنید.

۲. توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه بندی "**مشکل (احتمال ابتلا به بیماری)**" قرار می گیرد ارجاع غیر فوری است برای مواردی که احتمال ابتلا به بیماری وجود دارد و برای سالمند الزامی است که به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری گردد و همچنین در مواردی که برای سالمند وضعیت مشکل (ابتلا به بیماری) نامعلوم است و برای معلوم کردن وضعیت ابتلا به بیماری نیاز به اقدامات پاراکلینیکی خاصی مثل آزمایش مدفوع از نظر خون

مخفی و یا معاینات تکمیلی وجود دارد به رنگ صورتی مشاهده می گردد زیرا سالمند پس از ارایه آموزش های لازم به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری می گردد.

۳. توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به بیماری" قرار می گیرد ارایه مراقبت های ویژه در پیگیری ها از قبیل درمان، معاینات، اقدامات پاراکلینیکی، آموزش و... است که به رنگ زرد دیده می شود.

۴- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه بندی "فاقد مشکل (فاقد بیماری احتمالی)" قرار می گیرد تشویق سالمند به مراجعه بموقع برای دریافت مراقبت های دوره ای و ارایه آموزش های لازم به سالمند جهت مراقبت از خود در منزل و سایر محیط ها است که به رنگ سبز مشاهده می شود

انواع بیماری های گنجانده شده در این مجموعه بهره گرفته از مطالعات کمی انجام شده در سال های ۱۳۷۷ و ۱۳۸۱، مطالعه کیفی انجام شده در سال ۱۳۸۵ و نسبت سال های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس و ناتوانی در گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۲ و توصیه های USPS task force است.

در این راهنما آموزش ها شامل نحوه ارزیابی سالمند از نظر احتمال ابتلا به آنژین صدری، سکت قلبی و سکت مغزی، احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی، اختلالات فشارخون، اختلالات تغذیه ای، دیابت، سرطانهای پستان و کولورکتال، سقوط و تعادل، اختلالات روانی (افسردگی، اضطراب و اختلال خواب)، اختلالات اسکلتی مفصلی (استئوپوروز و استئوآرتروز)، سل، بی اختیاری ادراری و دمانس و طبقه بندی سالمند بر اساس ارزیابی انجام شده، توصیه و اقدامات مورد نیاز بر اساس طبقه بندی سالمند است.

بنابراین شما با استفاده از این مجموعه آموزشی مهارت های لازم در زمینه نحوه ارزیابی سالمند، انتخاب یک و یا چند توصیه مناسب، مداخلات آموزشی مرتبط و مراقبتهای درمانی لازم را کسب خواهید کرد.

مراقبت از سالمند در اولین مراجعه

سالمند بدنبال غربالگری توسط تیم غیر پزشک با احتمال بیماری به نزد پزشک ارجاع می شود.

ابتدا سالمند از نظر نشانه های خطر احتمال آنژین ناپایدار، سکته قلبی، سکته مغزی، بیقراری شدید، تحریک پذیری شدید و مفصل گرم و متورم ارزیابی کنید.

آیا سالمند نیاز به ارجاع فوری دارد؟

خیر

سالمند ارجاع شده را با رعایت اصول برقراری ارتباط با سالمند از نظر ابتلا به بیماری های ارجاع شده ارزیابی و طبقه بندی کنید.

آیا سالمند نیاز به ارجاع غیر فوری دارد؟

بلی

سالمند را به پزشک متخصص پس از ارزیابی اقدامات لازم ارجاع غیر فوری دهید.

خیر

سالمند را آموزش داده و مشاوره کنید.

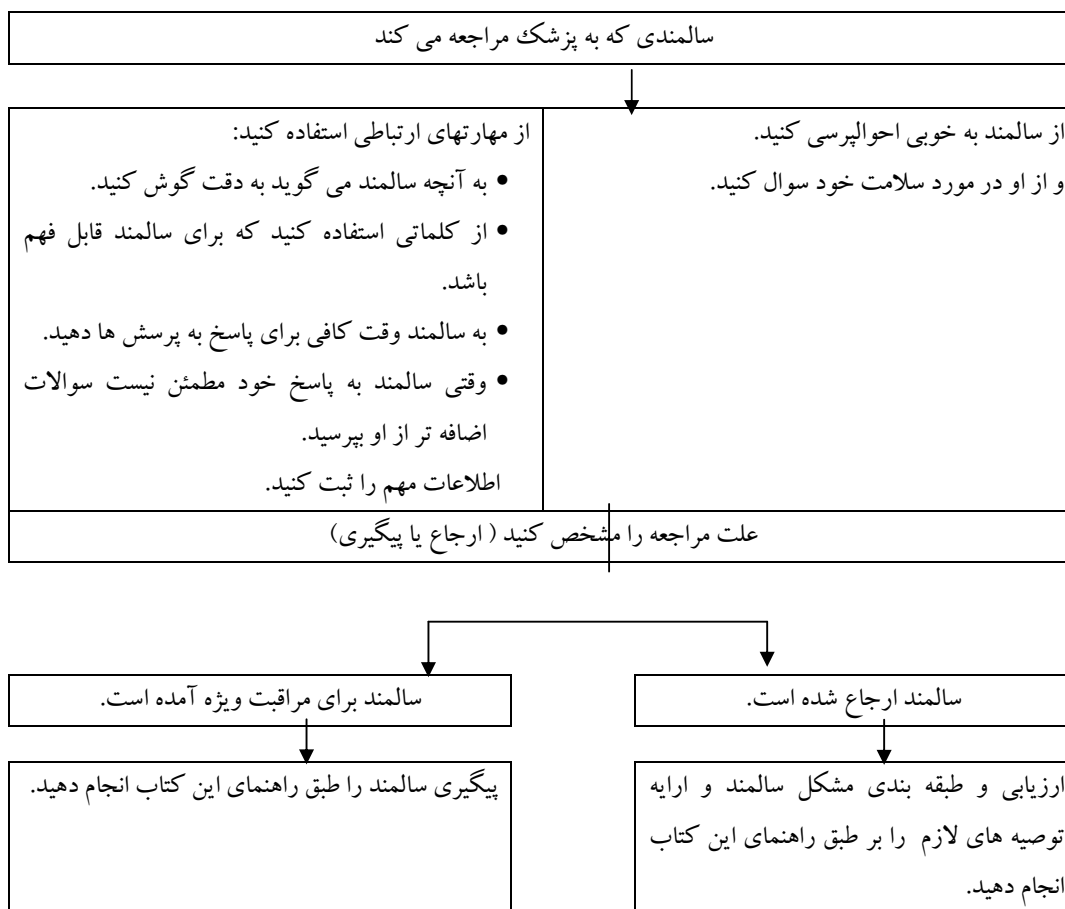
زمان پیگیری (مراقبت ویژه) و یا مراجعه بعدی (مراقبت دوره ای) را کنترل کنید.

سالمند را به مراجعه بموقع بعدی تشویق کنید.

بلی

سالمند را به بیمارستان پس از ارزیابی اقدامات لازم ارجاع فوری دهید.

مراقبت از سالمند در مراجعات بعدی



زمانی که سالمند به پزشک با فرم ارجاع غیر فوری مراجعه می کند کارمند بهداشتی دلیل مراجعه وی را باید مشخص کند و مشخصات وی را در فرم ثبت مراقبت از سالمند یادداشت می کند .
بنظر می رسد مبحث مربوط به مراقبت‌ها تمرین بسیار خوبی برای درک بیشتر از این قسمت خواهد بود.

انواع مراقبت‌ها

مراقبت دوره ای: اگر سالمند در دوره زمان بندی مراقبت‌های تعیین شده که فاصله زمانی مشخص و معمولاً طولانی دارد (حداقل یکسال) مراجعه کرده است آن را مراقبت دوره ای می گویند. سالمندی از این مراقبت استفاده می کند که در آخرین مراقبت "فاقد مشکل" تشخیص داده شده است.

مراقبت ویژه: اگر سالمند چند روز قبل برای مراقبت‌های دوره ای آمده است و نیاز دارد برای یک یا چند مراقبت خاص ارزیابی یا بصورت ویژه مراقبت شود آن را مراقبت ویژه گویند. فواصل زمانی در مراقبت‌های ویژه کوتاه است زیرا هدف از مراقبت ویژه با مراقبت دوره ای متفاوت است در طی مراقبت ویژه تیم سلامت در می یابد آیا توصیه‌ها به سالمند کمک کرده است یا نه، اگر سالمند فرقی نکرده و یا پس از این مدت بهتر نشده و یا حتی بدتر شده است تیم سلامت سالمند را به سطح بالاتر ارجاع می دهد به این معنی که پرسنل غیر پزشک سالمند را به نزدیکترین پزشک و پزشک، سالمند را به نزدیکترین پزشک متخصص ارجاع می دهد.

برای پی بردن به اینکه دلیل این مراجعه مراقبت دوره ای یا مراقبت ویژه است باید از سالمند سؤال کنید که به چه علت به شما مراجعه کرده است. در شرایطی که سالمند نیاز به ارجاع دارد یک فرم ارجاع برای وی تکمیل کنید و به سالمند دهید و در فرم مراقبت نیز ثبت کنید که سالمند ارجاع دارد. چنانچه سالمند نیاز به پیگیری دارد یک فرم پیگیری برای وی تکمیل کرده و آن را در پرونده سالمند گذاشته و به سالمند می گوید که چه زمانی به شما مراجعه کند و زمان مراجعه را در دفتر پیگیری و فرم مراقبت نیز ثبت می کنید. بنابراین برای اینکه بدانید سالمند به چه علت به شما مراجعه کرده است باید علت مراجعه را از وی سؤال کنید.

فرم های ثبت

فرم های ثبتی که در این مجموعه بکار رفته است شامل موارد زیر است:

۱. فرم مراقبت

۲. فرم ارجاع

۳. فرم پیگیری

۴. فرم پسخوراند

در فرم مراقبت اطلاعات سالمند که به مرکز دعوت شده است مشتمل بر نشانه ها، علائم بیماری، ابزار تشخیصی، اقدامات پاراکلینیکی و توصیه های درمانی ساده و غیر در مانی ثبت می گردد. فرم مراقبت شامل دو بخش پزشک و غیر پزشک است تیم غیر پزشک در روستا بهورز و در شهر کاردان و یا کارشناس را در بر می گیرد. بنابراین در اولین مراجعه سالمند به واحد بهداشتی، بخش غیر پزشک در فرم مراقبت توسط تیم غیر پزشک تکمیل می گردد و چنانچه نیاز به ارجاع به سطح بالاتر یعنی پزشک داشته باشد بخش پزشک نیز توسط پزشک تکمیل می شود. چنانچه سالمند نیاز به ارجاع داشته باشد فرم ارجاع برای وی تکمیل می گردد. در فرم ارجاع نوع ارجاع، محل ارجاع و علت ارجاع عنوان می گردد.

در فرم پیگیری زمان، علت پیگیری، تغییر نشانه ها و علائم بیماری و توصیه ها (زمان پیگیری بعدی، ارجاع یا مراقبت دوره ای) قید می گردد.

فرم پسخوراند در صورت نیاز برای سالمند تکمیل می گردد و معمولاً بدنبال ارجاع سالمند به پزشک، در صورتی که سالمند نیاز به مراقبت های ماهانه توسط تیم غیر پزشک داشته باشد از این فرم استفاده می گردد. در این فرم مراقبت هایی را که سالمند نیاز دارد بصورت ماهانه توسط تیم غیر پزشک در یافت کند بهمراه زمان ارجاع بعدی درج می گردد. بنابراین این فرم توسط پزشک تکمیل می گردد.

پیگیری

شامل مواردی است که با لغت پیگیری شروع می شود بدین معنی که به سالمند بگوئید دقیقاً چه روزی باید برگردد پیگیری خیلی مهم است چون مشخص می شود که توصیه ها موثر بوده و یا سالمند اقدام دیگری لازم دارد گاهی اوقات سالمند ممکن است نیازمند پیگیری برای چندین مشکل باشد در چنین مواردی به او بگوئید در زودترین زمان تعیین شده برگردد.

بخش دوم: مراقبت های ادغام یافته

• بررسی سالمند در معرض خطر ابتلا به آنژین صدری، سکته قلبی و سکته مغزی

سالمند با احتمال ابتلا به آنژین پایدار یا در معرض خطر ابتلا به آنژین صدری، سکته قلبی و سکته مغزی را از نظر

احتمال ابتلا به بیماری های پیشگفت به بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر احتمال ابتلا به آنژین صدری، سکته قلبی و سکته مغزی

عوامل خطر زیر را بررسی کنید	از سالمند یا همراه وی عوامل خطر زیر را سؤال کنید	از سالمند یا همراه وی نشانه های زیر را سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> اختلالات فشارخون چاقی 	<p>عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> سابقه سکته قلبی سابقه سکته مغزی ابتلا به دیابت اختلالات چربی خون مصرف دخانیات 	<p>بیماری عروق کرونر</p> <ul style="list-style-type: none"> درد، گرفتگی یا فشار در قفسه سینه درد و ناراحتی و سوزش سردل تنگی نفس <p>بیماری سکته مغزی</p> <ul style="list-style-type: none"> اختلالات حسی یا حرکتی اختلال بینایی یا اختلال تکلم سردرد شدید ناگهانی اختلال شناختی
<p>نشانه زیر را بررسی کنید</p>		<ul style="list-style-type: none"> اختلالات حسی یا حرکتی
<ul style="list-style-type: none"> اختلالات حسی یا حرکتی 		

درد، گرفتگی یا فشار در قفسه سینه: از سالمند در خصوص درد، احساس فشار یا احساس سنگینی در وسط قفسه سینه سؤال کنید دقت کنید درد یا فشار و سنگینی در قفسه سینه کاملاً پخش و منتشر است و محدود به یک و یا چند نقطه نیست و ممکن است تیر کشنده به شانه، گردن، فک یا به همراه تهوع، استفراغ یا تعریق شدید ناگهانی باشد در هر حال درد با تحرک سالمند تشدید و با استراحت وی تخفیف می یابد ولی با تنفس عمیق تغییری نمی کند. در صورت پاسخ مثبت در مورد شروع ناگهانی درد و مدت زمان درد سؤال کنید چنانچه درد ناگهانی شروع شده و یک تا ۵ دقیقه تداوم داشته آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید. تکراری نبودن نشانه و یا تکراری بودن آن، منتها با شدت بیشتر را به عنوان یک نشانه غیر تکراری لحاظ کنید. در صورت تکراری بودن نشانه با شدت مشابه را یک نشانه تکراری محسوب کنید.

درد و ناراحتی و سوزش سردل: از سالمند در خصوص ناراحتی، سنگینی و سوزش سردل سؤال کنید در صورت پاسخ مثبت در مورد تعریق شدید و ناگهانی و تشدید ناراحتی سردل بدن با فعالیت بدنی از سالمند سؤال کنید. **در صورتی که ناراحتی سردل ناگهانی شروع شده و همراه با تعریق شدید ناگهانی یا تشدید آن با فعالیت بدنی و کاهش آن با استراحت است و مدت زمان آن نیز بین ۱ تا ۵ دقیقه است** آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید. دقت کنید تکراری نبودن نشانه و یا تکراری بودن آن، منتها با شدت بیشتر را به عنوان یک نشانه غیر تکراری لحاظ کنید. تکراری بودن نشانه با شدت مشابه را یک نشانه تکراری محسوب کنید.

تنگی نفس: در صورتی که سالمند تنگی نفس دارد و احساس می کند که نفسش مشکل بالا می آید از وی سؤال کنید که بطور ناگهانی دچار تنگی نفس شده است چنانچه پاسخ بلی است **در مورد تعریق شدید و ناگهانی و تشدید تنگی نفس بدن با فعالیت بدنی از سالمند سؤال کنید. در صورتی که تنگی نفس ناگهانی شروع شده و همراه با تعریق شدید**

ناگهانی یا تشدید آن با فعالیت بدنی و کاهش آن با استراحت است و مدت زمان آن نیز بین ۱ تا ۵ دقیقه طول کشیده است و تعداد تنفس حداکثر ۲۵ و فاقد ویزینگ است آن را یک نشانه محسوب کنید. تکراری نبودن نشانه و یا تکراری بودن آن، منتها با شدت بیشتر را به عنوان یک نشانه غیر تکراری محسوب کنید. در صورت تکراری بودن نشانه با شدت مشابه را یک نشانه تکراری محسوب کنید.

اختلال حسی یا حرکتی: از سالمند در خصوص اختلالات حسی و حرکتی سؤال کنید در صورت پاسخ مثبت ناگهانی بودن آن را سؤال کنید و از طریق معاینه (هیپوستزی، پارسیزی، قدرت عضلانی، رفلکس های عصبی و...) وجود آن را تایید کنید. در صورت وجود آن را یک نشانه محسوب کنید.

اختلال دید: انواع اختلال دید از قبیل دوبینی، تاری، کاهش بینایی بویژه در یک چشم و دیدن لکه های سیاه و بینایی نیمه را از سالمند سؤال کرده در صورت پاسخ مثبت ناگهانی بودن آن را سؤال کنید و پاسخ بلی را به عنوان یک نشانه ثبت کنید. همی آنوپسی یا نصف شدن میدان بینایی را از طریق معاینه تایید کنید و در صورت تایید آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

اختلال تکلم: انواع اختلال در تکلم را مثل از دست دادن توانایی تکلم و یا لکنت زبان را در سالمند بررسی کنید و در صورت وجود ناگهانی بودن آن را سؤال کنید. پاسخ بلی را یک نشانه محسوب کنید.

سردرد شدید ناگهانی: از سالمند در صورت داشتن سردرد شدت آن را سؤال کنید. چنانچه سردرد ناگهانی شروع شده و سالمند اظهار می دارد که حالت انفجاری دارد و به مسکن های معمولی جواب نداده است آن را یک نشانه محسوب کنید.

اختلال شناختی: این اختلال را در سالمند بر اساس بخش بررسی دمانس در صفحه ۹۱-۸۹ ارزیابی کنید. دقت کنید چنانچه اختلال شناختی در سالمند بطور ناگهانی ایجاد شده است (دمانس واسکولر) آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید. **عوامل خطر:** در مورد عوامل خطر یعنی سابقه سکته قلبی، سابقه سکته مغزی، ابتلا به دیابت، اختلالات چربی خون، مصرف دخانیات، فشارخون بالا نیازی به سؤال کردن از سالمند ندارید زیرا در سطح غیر پزشک پرسیده شده است. در صورتی که سالمند سابقه یکی از بیماری های قید شده در جدول ارزیابی سالمند را دارد اطمینان حاصل کنید که بیماری با تشخیص پزشک بوده است.

چاقی: نمایه توده بدنی در سطح غیر پزشک محاسبه شده ولی با توجه به اهمیت آن برای تعیین عامل خطر چاقی مجدداً وزن و قد سالمند را اندازه گیری نمایید و سپس وزن به کیلوگرم را بر قد با واحد متر به توان دو تقسیم کنید و به این ترتیب نمایه توده بدنی سالمند را محاسبه کنید در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند ۳۰ و بالاتر است آن را به عنوان عامل خطر چاقی ثبت کنید. وزن به کیلوگرم^۲ (قد به متر)

اختلالات فشارخون: فشارخون نیز بر اساس راهنمای فشارخون در دست راست اندازه گیری کنید چنانچه فشارخون سیستول مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است فشارخون این دست را دوباره پس از ۲ دقیقه اندازه گیری کنید و میانگین دو فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید.

سالمند را از نظر احتمال ابتلا به آنژین صدری، سکته قلبی و سکته مغزی طبقه بندی کنید

بر اساس جدول ارزیابی سالمند را از نظر احتمال ابتلا به آنژین صدری، سکته قلبی و سکته مغزی بشرح زیر طبقه بندی کنید:

در صورتی که سالمند یکی از نشانه های غیر تکراری بیماری عروق کرونر را دارد در طبقه بندی "مشکل جدی (احتمال ابتلا به آنژین صدری ناپایدار و یا سکته قلبی)" قرار می گیرد. این سالمند را در وضعیت بیحرکت به بیمارستان ارجاع

فوری دهید. قبل از ارجاع به سالمند اکسیژن دولیتر در دقیقه را وصل کنید. در صورتی که فشارخون سیستول وی بیش از ۱۰۰ میلی متر جیوه است برای وی قبل از ارجاع از یک عدد قرص نیترو گلیسرین زیر زبانی استفاده کنید و در حین ارجاع چنانچه مشکل سالمند کاهش نمی یابد هر ۱۰ دقیقه یک قرص نیترو گلیسرین زیر زبانی برای سالمند تا حداکثر ۳ قرص با کنترل فشارخون (سیستول بیش از ۱۰۰ میلی متر جیوه) تجویز کنید. **دقت کنید چنانچه فشارخون ماکزیموم سالمند ۱۰۰ میلی متر جیوه یا کمتر است از دادن قرص تری نیترو گلیسرین زیر زبانی به سالمند خودداری کنید.**

در صورتی که سالمند دارای یکی از نشانه های سکنه مغزی است این سالمند در طبقه بندی "**مشکل جدی (احتمال ابتلا به سکنه مغزی)**" قرار می گیرد. این سالمند را در وضعیت بیحرکت به بیمارستان ارجاع فوری دهید. قبل از ارجاع چنانچه فشارخون سیستول وی مساوی یا بیش از ۱۸۵ و فشارخون دیاستول وی مساوی یا بیش از ۱۱۰ میلی متر جیوه است برای سالمند یک قرص کاپتوپریل ۲۵ میلی گرمی زیر زبانی یا هیدرالازین ۱۰ میلی گرمی وریدی یا فوراسماید ۴۰-۲۰ میلی گرمی وریدی تجویز کنید.

در صورتی که سالمند یکی از نشانه های تکراری بیماری عروق کرونر را دارد در طبقه بندی "**مشکل (احتمال ابتلا به آنژین صدری پایدار)**" قرار می گیرد. در صورتی که سالمند احساس درد، فشار یا گرفتگی در قفسه سینه دارد و فشارخون سیستول وی بیش از ۱۰۰ میلی متر جیوه است یک عدد نیترو گلیسرین زیر زبانی برای سالمند تجویز کنید. سالمند را به پزشک **متخصص** ارجاع غیر فوری دهید. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.

در صورتی که سالمند هیچ یک از نشانه های بیماری را ندارد و دارای حداقل یک عامل خطر است این سالمند در طبقه بندی "**در معرض خطر ابتلا به آنژین صدری، سکنه قلبی و سکنه مغزی**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در مورد تغذیه و فعالیت بدنی مناسب آموزش دهید. سالمند دارای عامل خطر سابقه سکنه قلبی یا سکنه مغزی یا دیابت یا فشار خون بالا را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید و سالمند دارای عامل خطر چاقی، چربی خون بالا و یا مصرف دخانیات را یک سال بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

سالمندی که هیچیک از نشانه ها و عوامل خطر فوق را ندارد در طبقه بندی "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه و تمرینات بدنی مناسب آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا ۳ سال بعد تشویق کنید.

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
حداقل یک نشانه غیر تکراری بیماری عروق کرونی	احتمال مشکل جدی (آنژین صدری ناپایدار یا سکته قلبی)	<ul style="list-style-type: none"> • در صورتی که فشارخون سیستول سالمند بالاتر از ۱۰۰ میلیمتر جیوه است یک قرص نیترو گلیسرین در زیر زبان سالمند بگذارید. • اکسیژن دو لیتر در دقیقه به بیمار وصل کنید. • سالمند را در وضعیت بی حرکت به بیمارستان ارجاع فوری دهید.
حداقل یک نشانه بیماری سکته مغزی	مشکل جدی (احتمال سکته مغزی)	<ul style="list-style-type: none"> • در صورتی که فشارخون سالمند بالاتر از ۱۸۵/۱۱۰ است یک قرص کاپتوپریل زیر زبانی یا هیدرالازین وریدی یا فوراسماید وریدی برای سالمند تجویز کنید. • سالمند را در وضعیت بی حرکت به بیمارستان ارجاع فوری دهید.
حداقل یک نشانه تکراری بیماری عروق کرونی	احتمال مشکل (آنژین صدری پایدار	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. • در صورتی که فشارخون سیستول سالمند بالاتر از ۱۰۰ میلیمتر جیوه است یک قرص تری نیترو گلیسرین در زیر زبان سالمند بگذارید. • سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
• حداقل یک عامل خطر و بدون نشانه	در معرض خطر ابتلا به آنژین صدری، سکته قلبی و سکته مغزی	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید. • سالمند دارای عامل خطر سابقه سکته قلبی، سکته مغزی، دیابت یا فشار خون بالا است سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. • سالمند دارای عامل خطر چاقی، چربی خون بالا و یا مصرف دخانیات را یک سال بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
• بدون خطر و بدون نشانه	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید • سالمند را برای مراجعه در صورت بروز نشانه و یا ۳ سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر احتمال ابتلا به آنژین صدری، سکته قلبی و سکته مغزی

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالم

تغذیه مناسب

برای تامین نیازهای غذایی، هر روز باید، در برنامه غذایی خود از چهار گروه اصلی مواد غذایی استفاده کند:

۱- گروه شیر و لبنیات: این گروه شامل شیر، ماست، پنیر، کشک و بستنی است. اگر حجم یک لیوان را ۲۴۰ میلی لیتر در نظر بگیریم، آنگاه ارزش غذایی یک لیوان شیر کم چرب، با یک لیوان ماست کم چرب، با یک قوطی کبریت پنیر و با یک لیوان کشک معادل است. دقت کنید لبنیات مصرفی باید پاستوریزه باشند. در طول یک روز حداقل دو مورد از موارد فوق را در رژیم غذایی خود مصرف کند. به عنوان مثال:

یک لیوان شیر کم چرب + یک لیوان ماست کم چرب

یا

یک لیوان شیر کم چرب + یک قوطی کبریت پنیر

یا

یک لیوان ماست کم چرب + نصف قوطی کبریت پنیر + نصف لیوان کشک

در طول روز، حداقل در دو وعده غذایی، از شیر و فرآورده های آن استفاده کند. بهتر است شیر و ماست کم چربی مصرف کند. نوشیدن یک لیوان شیر گرم، قبل از خواب به برطرف شدن کم خوابی نیز کمک می کند.

۲- گروه گوشت، حبوبات و مغزها: این گروه شامل انواع گوشت ها مانند گوشت قرمز (گوشت گوسفند و گاو)، گوشت سفید (گوشت مرغ، ماهی و پرندگان)، تخم مرغ، حبوبات (نخود، لوبیا، عدس، باقلا، لپه، ماش و سویا) و مغزها (گردو، بادام، فندق، بادام زمینی، کنجد، پسته و بادام هندی، تخمه آفتابگردان) است. ارزش پروتئینی دو قطعه گوشت خورشتی متوسط پخته با یک عدد قسمت پایین ران یک مرغ بزرگ پخته با نصف سینه یک مرغ کوچک پخته با یک لیوان حبوبات پخته شده با نصف لیوان انواع مغزها و با دو عدد تخم مرغ برابر است. در طول یک روز حداقل دو مورد از موارد فوق را در رژیم غذایی خود قرار دهید. به عنوان مثال:

دو قطعه گوشت خورشتی پخته شده + یک عدد تخم مرغ + نیم لیوان حبوبات پخته شده

یا

یک لیوان حبوبات پخته شده + یک ران کامل مرغ

یا

دو قطعه کوچک گوشت پخته شده + نیم لیوان حبوبات پخته شده + یک عدد تخم مرغ + ربع لیوان مغزها

ترکیب مقداری از مواد فوق در یک روز توصیه می شود به نحوی که توزیع مناسبی در طول هفته داشته باشد. به عنوان مثال، مصرف تخم مرغ باید به صورتی باشد که در هفته ۳ عدد تخم مرغ مصرف کند. همچنین باید توجه کنید که هریک از پروتئین های گیاهی به تنهایی کامل نبوده و بهتر است دو یا چند نوع مختلف از آنها با هم خورده شوند. به عنوان مثال لوبیا، عدس و مغز گردو مکمل یکدیگرند.

مغزها را می توانید به صورت کوبیده، له شده و یا رنده شده به تنهایی یا همراه با غذا مصرف کنید.

مصرف گوشت سفید بهتر از گوشت قرمز است.

ماهی های کوچک (کیلکا) که استخوان های آن به همراه گوشت ماهی خورده می شود، علاوه بر اینکه پروتئین مرغوبی است؛ کلسیم و ویتامین ۵ دارد که برای کاهش پوکی استخوان مفید هستند.

توصیه می شود که در طول روز حداقل در دو وعده غذایی، از غذاهای این گروه مصرف کنید.

سویا منبع غنی پروتئین گیاهی است و می تواند جایگزین خوبی برای گوشت قرمز باشد. سرشار از آهن، کلسیم، ویتامینهای گروه ب و امگا-۳ می باشد و در پیشگیری از پوکی استخوان، کاهش بیماریهای قلبی و عروقی، کاهش کلسترول بد خون، کاهش فشار خون، کاهش علائم دوران یائسگی، کاهش آرتروز، پیشگیری از سرطان، در درمان بیماریهای کلیه و دیابت، کاهش وزن و تقویت بافت عضلانی می تواند موثر می باشد.

۳- گروه نان و غلات: سومین گروه مواد غذایی شامل انواع نان، برنج، ماکارونی، رشته، گندم، جو و ذرت است.

ارزش غذایی ۳۰ گرم از انواع نان، مثلاً یک کف دست نان سنگک، با ۴ کف دست نان لواش، با یک کف دست نان تافتون، با یک کف دست نان بربری، بانصف لیوان برنج پخته، بانصف لیوان ماکارونی پخته معادل است.

میزان مورد نیاز از این گروه بستگی به میزان فعالیت روزانه و وزن شما دارد، ولی به طور کلی توصیه می شود در طول یک روز حداقل ۶ مورد از موارد فوق را در برنامه روزانه خود داشته باشید. به عنوان مثال:

سه کف دست نان سنگک + نصف لیوان برنج پخته + یک لیوان ماکارونی پخته

یا

سه کف دست نان تافتون + یک لیوان برنج پخته + نصف لیوان جو پخته شده به صورت سوپ یا آش

یا

۸ کف دست نان لواش + یک لیوان برنج پخته + یک لیوان ماکارونی پخته

بهتر است نان و غلات مورد نیاز روزانه را در چهار وعده غذایی میل کنید.

مصرف غلات به همراه حبوبات مثل عدس پلو، لوبیا پلو، آش جو و همچنین به همراه لبنیات مثل شیر برنج، سوپ جو با شیر، مصرف ماکارونی با پنیر، نان و پنیر مجموعه پروتئینی کاملی را برای بدن فراهم می کنند.

۴- گروه میوه ها و سبزی ها: ارزش غذایی یک عدد میوه متوسط مثلاً یک عدد سیب، پرتقال یا هلو، با ربع طالبی متوسط، بانصف لیوان گیلان، بانصف لیوان حبه انگور، با ۳ عدد زردآلو، بانصف لیوان آب میوه، با یک لیوان سبزی برگی شکل خرد شده مثل کاهو و اسفناج، بانصف لیوان سبزی پخته، بانصف لیوان سایر سبزی های خام خرد شده و با یک عدد سیب زمینی متوسط برابر است. در طول یک روز حداقل ۴ مورد از موارد فوق را باید مصرف کند. به عنوان مثال:

دو لیوان کاهوی خرد شده + یک پرتقال + یک سیب

یا

یک لیوان سبزی پخته + نصف لیوان حبه انگور + یک سیب

یا

یک سیب زمینی + نصف لیوان سبزی خرد شده + ۱/۴ طالبی + سه عدد زرد آلو

یا

نصف لیوان سبزی خورد شده + یک لیوان کاهو + نصف لیوان آب میوه + یک گلابی

در صورتی که سالمند مشکلات دندانی دارد برای استفاده از این گروه مواد غذایی، از روش هایی مانند خرد کردن و رنده کردن استفاده کند. به عنوان مثال برای مصرف کاهو، سبزی خوردن همراه با غذا آن را ریز ریز خرد کند. خیار، هویج یا سیب را می تواند رنده کند.

میوه ها و سبزیها مثل سیب زمینی، غلات سبوس دار مثل نان تهیه شده از آرد سبوس دار و ماکارونی و حبوبات مثل لوبیا، نخود و عدس جزء کربوهیدرات های پیچیده هستند. این مواد دارای فیبر هستند و باعث کاهش کلسترول و پایین آمدن فشارخون می شوند. همچنین از بالا رفتن قند خون جلوگیری می کنند و یبوست را از بین می برند.

درمقابل موادی مانند قند، شکر، شربت، نوشابه و شیرینی ها جزء دسته کربوهیدرات های ساده هستند که باید کمتر مصرف شوند.

توصیه های مفید :

- بهتر است غذاهای چرب و سرخ شده نخورد. اما برای اینکه چربی مورد نیاز بدن سالمند تامین شود، روزانه یک قاشق سوپخوری روغن گیاهی مثل زوغن زیتون همراه غذا یا سالاد مصرف کند.
- مصرف غذاها به صورت آب پز، بخار پز یا تنوری بسیار سالم تر و بی ضررتر است.
- از مصرف سس های سنگین برای سالاد یا سبزیجات خودداری نماید و به جای آن از روغن زیتون با آبلیمو یا سرکه و سبزی های معطر به همراه ماست استفاده نماید.
- مصرف سوسیس، کالباس و همبرگر را به حداقل برساند.
- به جای روغن های جامد و کره از مارگارین و به جای چربی های حیوانی از روغن های مایع مثل روغن زیتون، روغن آفتابگردان و روغن ذرت استفاده شود.
- قبل از طبخ مرغ، پوست آن کاملاً جدا شود.
- از مصرف کله پاچه، مغز و قلوه که حاوی مقادیر بالای چربی است خودداری شود.
- تا حد امکان مصرف گوشت قرمز و چربی های حیوانی را کاهش دهد و گوشت مرغ، ماهی و سویا را جایگزین آن نماید.
- بهتر است بیشتر از ۴-۵ تخم مرغ در هفته چه به تنهایی و چه داخل کوکو مصرف نکند. در صورت بالا بودن چربی خون مصرف زرده تخم مرغ به حداکثر سه عدد در هفته محدود شود.
- مصرف روزانه ۶-۸ لیوان آب را فراموش نکند.
- اگر دچار بیماری گوارشی است بهتر است حیوانات ۱۲ ساعت قبل از مصرف خیسانده شود و آب آن چندین بار تعویض گردد تا مواد نفاخ آن خارج شود.

فعالیت های بدنی مناسب

- بهتر است سالمند قبل از شروع پیاده روی با تمرینات گرم کننده عضلات خود را گرم کند (دو دقیقه درجا راه برود. پاها را بالا بیاورد. و دست ها را آزادانه بطرف جلو، عقب و بالا حرکت دهد برای انجام این حرکت بهتر است کفش ورزشی بپوشد و یا اینکه زیر پای سالمند یک چیز نرم مثلاً چند لایه پتو یا یک تشک باشد). سپس برای مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه پیاده روی کند.
- مدت پیاده روی را به تدریج افزایش دهد تا حداکثر به یک ساعت در روز برسد.
- بهتر است پیاده روی را در دو نوبت صبح و عصر و هر بار ۳۰ دقیقه انجام دهد. اگر توانایی انجام ۳۰ دقیقه پیاده روی مداوم را ندارد می تواند به جای آن ۳ پیاده روی ۱۰ دقیقه ای داشته باشد. برای پیاده روی مسیری هموار و با هوای تمیز انتخاب کند و یک بطری آب همراه خود داشته باشد.
- سالمند برای انجام پیاده روی باید نکات زیر را رعایت کند:
- کفش های راحت، کاملاً اندازه و بنددار بپوشد، که پا را در خود نگهدارد و مانع تاثیر ضربه به پا شود. همچنین جوراب های ضخیم نخی که عرق پا را جذب و پاها را حفظ کند بپوشد.

- لباس های راحت، سبک و متناسب با دمای هوا بپوشد. در تابستان لباس های با رنگ روشن بپوشد و در زمستان به جای یک لباس ضخیم، چند لباس نازکتر بپوشد تا بتواند به تدریج با گرم شدن بدن در حین پیاده روی، لباس های خود را کم کند.
- پیاده روی را با سرعت کم شروع کند.
- در یک وضعیت متعادل و راحت راه برود. سر را بالا نگهدارد، به جلو نگاه کند نه به زمین. در هر قدم بازوها را آزادانه در کنار بدن حرکت دهد. بدن را کمی به جلو متمایل کند. گام برداشتن را از مفصل ران و با گام بلند انجام دهد. روی پاشنه فرود آمده و با یک حرکت نرم به جلو برود. از برداشتن گام های خیلی بلند خودداری کند.

انجام تمرینات بدنی در هوای آلوده مضر است.

- راه رفتن را در صورت امکان بدون توقف انجام دهد. ایستادن مکرر و شروع مجدد پیاده روی مانع تاثیرات مثبت آن می شود.
- در حین راه رفتن نفس های عمیق بکشد. با یک نفس عمیق از طریق بینی و با دهان بسته ریه ها را از هوا پر کند و سپس هوا را از دهان خارج کند.
- سعی کند زمان خاصی از هر روز را برای پیاده روی در نظر بگیرد که خسته و یا گرسنه نباشد و در صورت امکان با دوستان پیاده روی کند.
- اگر در سربالایی یا سرازیری قدم می زند، بدن را به سمت جلو متمایل کند و برای حفظ تعادل، قدم های کوتاه تری بردارد.
- مدت زمان پیاده روی و مسافت طی کرده را هر روز در تقویم خود یادداشت کند. هفته ای یک بار مدت زمان پیاده روی را افزایش دهد.
- در اواخر پیاده روی به تدریج قدم های خود را آهسته تر کند. و با این کار کم بدن خود را سرد کند.
- اگر در حین پیاده روی دچار درد قفسه سینه، تنگی نفس و یا پا درد شدید فوراً استراحت کند و با پزشک مشورت نماید.

زمانی که خسته یا گرسنه هستید تمرینات بدنی انجام ندهید.

تمرینات آرام سازی

- در این تمرین، عضلات به ترتیب از سر به طرف پا یا برعکس سفت می شود. ۱۰ تا ۱۵ ثانیه در این حالت نگه داشته می شود و بعد به آرامی شل می شود. این سفت شدن و شل شدن عضلات تاثیر خوبی بر آرامش ذهن می گذارد.
- ابتدا به یک مکان خلوت برود. روی صندلی بنشیند. پشت خود را صاف نگه دارد. کف پاها را روی زمین بگذارد و دست ها را روی ران قرار دهد.
 - ابروها را تا جایی که می توانید به طرف بالا بکشد و در این حالت نگه دارد. سپس به آهستگی رها کند.

- چشم‌ها را محکم ببندد و پلک‌ها را روی هم فشار دهد. در این حالت نگه دارد. سپس به آهستگی چشم‌ها را باز کند.

- زبان خود را به سقف دهان فشار دهد. فشار را نگه دارد. سپس به آهستگی رها کند.

- دندان‌های خود را روی هم فشار دهد. فشار را نگه دارد. سپس به آهستگی رها کند. **در صورتی که دندان**

مصنوعی دارد این حرکت را انجام ندهد.

- لب‌ها را به هم فشار دهد و چروک کند. فشار را نگه دارد. سپس به آهستگی رها کند.

- شانه‌ها را بالا بکشد و سفت نگه دارد. سپس به آهستگی رها کند.

- دست راست را مشت کند و ساعد را روی بازو خم کند و محکم فشار دهد. در این حالت نگه دارد. سپس به آهستگی رها کند. این حرکت را با دست چپ نیز انجام دهد.

- یک نفس عمیق بکشد. ریه خود را از هوا پر کند. نفس خود را حبس کند و به شکم خود فشار وارد کند. مثل اینکه می‌خواهد شکم خود را باد کند. سپس به آهستگی نفس را بیرون دهد و ریه را کاملاً خالی کند.

- کتف‌ها را تا جایی که می‌تواند به عقب ببرد. فشار دهد و در این حالت سفت نگه دارد. سپس به آرامی رها کند.

- پای راست را صاف نگه دارد. پنجه پا را به طرف بیرون بکشد. در این حالت نگه دارد. بعد پنجه پا را به طرف خودخم کند. پا را سفت در این حالت نگه دارد. سپس به آهستگی پا را زمین بگذارد. این حرکت را با پای چپ تکرار کند.

- زانوی راست را خم کند و ران را تا جایی که می‌تواند بالا بیاورد و سفت نگه دارد. سپس به آهستگی پا را زمین بگذارد. این حرکت را با پای چپ تکرار کند.

این تمرین را روزی یک تا دو بار انجام دهید.

راهنمای ترک سیگار

- ابتدا برای ترک سیگار تصمیم بگیرد و سپس زمان خاصی را برای این کار انتخاب کند.
- راه های زیادی برای ترک سیگار وجود دارد. برای هر فرد یکی از این راه ها مناسب است.
- ۱- راه اول این است که از یک روز معین ترک سیگار را شروع کند و دیگر اصلاً سیگار نکشد و در این تصمیم خود محکم باشد. در این صورت یکباره سیگار را ترک خواهد کرد.
- ۲- راه دوم اینکه سیگار را کم کم ترک کند. برای این کار می تواند:
 - میزان مصرف روزانه سیگار را کم کند.
 - مکان همیشگی سیگار کشیدن را عوض کند.
 - زمان همیشگی سیگار کشیدن را به تاخیر بیندازد.
 - سیگار را وقتی نصفه شد خاموش کند.
 - در نهایت سیگار را کاملاً کنار بگذارد.
- اگر نیاز دارد دست ها مشغول باشد، گرفتن قلم، کلید یا تسبیح در دست را امتحان کند.

استمرار ترک سیگار

- دو بار پشت سر هم یک نفس عمیق بکشد.
- یک لیوان آب یا نوشیدنی دیگر بنوشد.
- کار دیگری انجام دهد به عنوان مثال از خانه بیرون برود و قدم بزند.
- به ضررهای سیگار کشیدن فکر کند.
- اگر کسی به سالمند سیگار تعارف کرد بدون تردید بگوید: «نه! من سیگار نمی کشم».
- اگر پس از ترک سیگار، بار دیگر کشیدن سیگار را شروع کرد، دلسرد نشود. در وقت مناسب دیگری مجدداً ترک سیگار را شروع کند.

برخی اثرات خوب ترک سیگار

- ۲۰ دقیقه بعد از ترک سیگار، فشار خون و ضربان قلب به حد طبیعی بر می گردد.
- ۸ ساعت بعد از ترک سیگار، مقدار اکسیژن خون به حد طبیعی بر می گردد.
- ۲۴ ساعت بعد از ترک سیگار، اثرات آن از ریه ها کم کم پاک می شود.
- ۴۸ ساعت بعد از ترک سیگار، قدرت چشایی و بویایی بهتر می شود.
- ۷۲ ساعت بعد از ترک سیگار، تنفس راحت تر می شود
- ۲ تا ۱۲ هفته بعد از ترک سیگار، گردش خون بهتر می شود.
- ۳ تا ۶ ماه بعد از ترک سیگار، سرفه، خس خس و مشکلات تنفسی خوب می شود
- ۵ سال بعد از ترک سیگار، خطر حمله قلبی نصف یک فرد سیگاری می شود.
- ۱۰ سال بعد از ترک سیگار، خطر سرطان ریه نصف یک فرد سیگاری می شود و خطر سکته قلبی مانند کسی است که هرگز سیگار نکشیده است.

سیگار کشیدن نه تنها سلامتی خود فرد را به خطر می اندازد بلکه تجاوزی آشکار به حقوق دیگران به خصوص کودکان است.

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به آنژین صدری، سکته قلبی یا سکته مغزی را بعد از ۳ ماه یا یک سال بشرح زیر پیگیری کنید:

۱. وزن سالمند را اندازه گیری کنید و سالمند را بر اساس چارت ارزیابی اختلالات تغذیه ای پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
۲. فشارخون سالمند را اندازه گیری کنید و سالمند را بر اساس چارت ارزیابی اختلالات فشارخون پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
۳. سالمند را از نظر دیابت بر اساس چارت ارزیابی دیابت پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
۴. سالمند را از نظر احتمال خطر ابتلا به بیمارهای قلبی و عروقی بر اساس چارت احتمال خطر ابتلا به بیمارهای قلبی و عروقی ارزیابی، پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
۵. سالمند را از نظر وجود نشانه های آنژین قلبی، سکته قلبی و سکته مغزی مطابق جدول، ارزیابی و طبقه بندی کنید.
۶. از سالمند یا همراه وی در خصوص شیوه زندگی سؤال کنید در صورتی که سالمند تغذیه و فعالیت بدنی مناسب دارد و سیگاری نیست و تمرینات آرام سازی (کنترل استرس) را بطور مرتب انجام می دهد سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت به سالمند و همراه وی موارد یاد شده را آموزش دهید.
۷. از سالمند و یا همراه وی در خصوص مصرف دارو سؤال کنید چنانچه سالمند دارو را بطور مرتب و صحیح مصرف می کند سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت به سالمند و همراه وی مصرف مرتب و صحیح دارو را آموزش دهید و اطمینان حاصل کنید که سالمند داروهای تجویز شده را بطور مرتب و صحیح مصرف خواهد کرد.
۸. در صورتی که سالمند دارای عامل خطر سابقه سکته قلبی یا سکته مغزی یا دیابت یا فشار خون بالا است سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از ۳ ماه به شما ارجاع غیر فوری دهد.
۹. در صورتی که سالمند دارای عامل خطر چاقی یا چربی خون بالا یا مصرف دخانیات است سالمند را یک سال بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را سه ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از یک سال به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

فصل اول: بیمار یهای قلبی و عروقی

• ارزیابی سالمند از نظر احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی

سالمند را از نظر احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی

بررسی کنید	جمع بندی کنید
میزان چربی های خون را (کلسترول، HDL, LDL)	<p>عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> • مصرف دخانیات • فشار خون بالا یا سابقه آن • سابقه اختلالات چربی خون • چاقی • HDL کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر برای مردان یا کمتر از ۵۰ برای زنان <p>سوابق بیماری ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • سابقه سکته قلبی یا آنژین صدری • سابقه سکته مغزی • دیابت یا سابقه ابتلا به آن
	از سالمند یا همراه وی سؤال کنید
	بیماری آترواسکلروز عروق محیطی یا سابقه آن

ابتدا سوابق بیماری ها و عوامل خطری را که تیم غیر پزشک از سالمند بشرح فوق سؤال کرده به استثنای HDL جمع بندی کنید دقت کنید HDL را پس از آماده شدن نتایج آزمایش جمع بندی کنید. سپس در مورد سؤال زیر از سالمند و یا همراه وی پرسش کنید:

آترواسکلروز عروق محیطی یا سابقه آن: از سالمند در مورد Intermittent claudication سؤال کنید در صورت

پاسخ بلی از سالمند سؤال کنید آیا تا بحال عکس برداری از پای مبتلا به Intermittent claudication انجام داده است؟ چنانچه در آنژیوگرافی گرفتگی عروق پا گزارش شده است یک بیماری محسوب می شود.

برای سالمند آزمایشات مندرج در ستون "بررسی کنید" را در خواست کنید و از سالمند و یا همراه وی بخواهید که به محض آماده شدن جواب آزمایش به شما مراجعه کند و تا آن زمان به توصیه های شیوه زندگی سالم (تغذیه، فعالیت بدنی، دخانیات و تمرینات آرام سازی) عمل کند.

سالمند را از نظر احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را با توجه به جمع بندی بیماری ها، عوامل خطر، نتایج آزمایشات و جدول مطلوبیت LDL طبقه بندی کنید:

جدول مطلوبیت LDL بر اساس بیماری و عامل خطر

وضعیت سالمند	LDL مطلوب (خطر پایین)	LDL نامطلوب (خطر بالا)
سالمند مبتلا به یکی از بیماری های فوق یا بیش از دو عامل خطر از عوامل فوق	کمتر از ۱۰۰	۱۰۰ و بالاتر
سالمند دارای دو عامل خطر	کمتر از ۱۳۰	۱۳۰ و بالاتر
سالمند فاقد بیماری و یک یا هیچ عامل خطر	کمتر از ۱۶۰	۱۶۰ و بالاتر

در صورتی که سالمند دارای LDL مساوی یا بیش از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه حداقل یکی از بیماری ها یا بیش از دو عامل خطر " یا "دارای LDL مساوی یا بیش از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه دو عامل خطر " یا " دارای LDL مساوی یا بیش از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه صفر تا یک عامل خطر" است در طبقه بندی "احتمال خطر بالای ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه، فعالیت بدنی، دخانیات و تمرینات آرام سازی) را آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. برای سالمند آزمایش چربی خون برای ۳ ماه بعد در خواست کنید

در صورتی که سالمند دارای LDL کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه یکی از بیماری های یاد شده یا بیش از دو عامل خطر از عوامل خطر فوق " یا " LDL کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه دو عامل خطر " یا " LDL کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه صفر تا یک عامل خطر" است در طبقه بندی "فاقد مشکل (احتمال خطر پایین ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی)" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در مورد شیوه زندگی سالم آموزش دهید. سالمند را ۳ سال بعد مراقبت دوره ای کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر احتمال خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • LDL مساوی یا بیش از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه یک بیماری یا بیش از دو عامل خطر یا • LDL مساوی یا بیش از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه دو عامل خطر یا • LDL مساوی یا بیش از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه صفر تا یک عامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> • در معرض خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم را آموزش دهید. • سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. • برای سالمند آزمایش چربی خون برای ۳ ماه بعد در خواست کنید
<ul style="list-style-type: none"> • LDL کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه یک بیماری یا بیش از دو عامل خطر یا • LDL کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه دو عامل خطر یا • LDL کمتر از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه صفر تا یک عامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> • فاقد مشکل (احتمال خطر پایین ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی) 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم را آموزش دهید. • سالمند را ۳ سال بعد مراقبت دوره ای کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره

کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالم:

مشابه فصل آنزین، سکنه قلبی و سکنه مغزی است.

پیگیری

سالمند در معرض خطر بالای ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی را پس از ۳ ماه بشرح زیر پیگیری کنید :

با توجه به نتایج آزمایش سالمند را بشرح زیر مراقبت کنید:

- در صورتی که LDL بر اساس جدول مطلوبیت LDL به حد مطلوب رسیده است از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی صحیح نیست به سالمند و همراه وی در خصوص شیوه زندگی سالم آموزش دهید. سالمند را سالانه پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کند و سالانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

- در صورتی که LDL بر اساس جدول مطلوبیت LDL به حد مطلوب نرسیده است درمان دارویی را شروع کنید. از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی صحیح نیست. به سالمند و همراه وی در خصوص شیوه زندگی سالم آموزش دهید. **برای سالمند به تاریخ ۳ ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست کنید، سالمند را ۳ ماه بعد با توجه به نتایج آزمایش بشرح زیر مراقبت ویژه و پیگیری کنید:**

۱. در صورتی که LDL به حد مطلوب رسیده است و آنزیم های کبدی نیز طبیعی هستند و

یا در صورت افزایش به ۳ برابر حد فوقانی نرمال نرسیده درمان را ادامه دهید. از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی و مصرف دارو سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی و مصرف دارو صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی و مصرف دارو صحیح نیست. به سالمند و همراه وی در خصوص شیوه زندگی سالم و مصرف دارو آموزش دهید. سالمند را در صورت طبیعی باقی ماندن آنزیم های کبدی هر ۶ ماه یکبار پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کند و هر ۶ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. سالمند را در صورت بالا رفتن آنزیم های کبدی تا برگشت آنزیم های کبدی به حد طبیعی هر ۳ ماه یکبار پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کند و هر ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

۲. در صورتی که LDL به حد مطلوب نرسیده است و آنزیم های کبدی نیز طبیعی هستند

دوز دارو را افزایش دهید و اگر آنزیم های کبدی بالا رفته اند دارو را ادامه دهید از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی و مصرف دارو سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی و مصرف دارو صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی و مصرف دارو صحیح نیست. به سالمند و همراه

وی در خصوص شیوه زندگی سالم و مصرف دارو آموزش دهید. برای سالمند به تاریخ ۳ ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست کنید، سالمند را ۳ ماه بعد با توجه به نتایج آزمایش بشرح زیر مراقبت ویژه و پیگیری کنید::

- در صورتی که LDL به حد مطلوب رسیده است و آنزیم های کبدی نیز در محدوده طبیعی هستند از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی و مصرف داروسؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی و مصرف دارو صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی و مصرف دارو صحیح نیست به سالمند و همراه وی در خصوص شیوه زندگی سالم و مصرف دارو آموزش دهید. سالمند را هر ۶ ماه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کند و سالانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

- در صورتی که LDL به حد مطلوب رسیده و آنزیم های کبدی به کمتر از ۳ برابر حد فوقانی نرمال افزایش یافته اند سالمند را تا برگشت آنزیم های کبدی به حد طبیعی هر ۳ ماه یکبار پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کند و هر ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

- در صورتی که LDL به حد مطلوب نرسیده یا رسیده و آنزیم های کبدی بیش از ۳ برابر حد فوقانی نرمال افزایش یافته اند سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

- وزن سالمند را اندازه گیری کنید و نمایه توده بدنی سالمند را محاسبه کنید و سالمند را بر اساس چارت ارزیابی اختلالات تغذیه ای پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

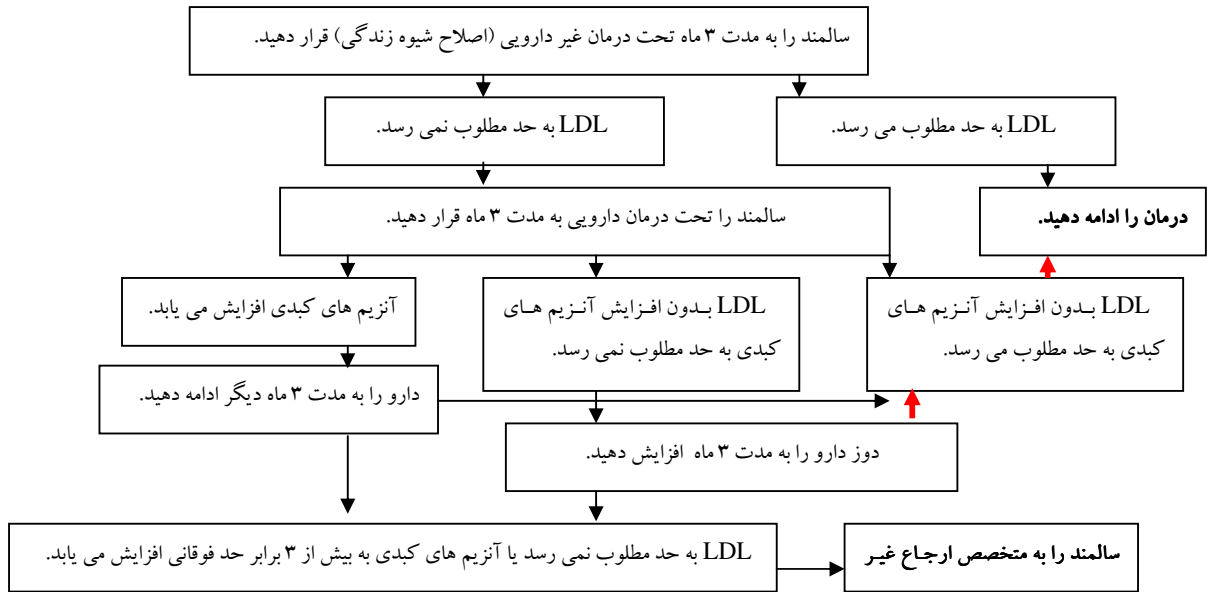
- فشارخون سالمند را اندازه گیری کنید و سالمند را بر اساس چارت ارزیابی اختلالات فشارخون پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

- سالمند را از نظر دیابت بر اساس چارت ارزیابی دیابت پیگیری و مراقبت ویژه کنید

درمان اختلال چربی خون

برای درمان دارویی از دارو های پایین آورنده LDL مثل استاتین ها با دوزاژ ۱۰ میلی گرم در روز استفاده کنید. دوز دارو را در صورت نیاز تدریجی و با حداقل دوز (۱۰ میلی گرم) افزایش دهید. چنانچه LDL به درمان پاسخ می دهد و بدون افزایش آنزیم های کبدی به حد مطلوب می رسد دارو را با اندازه گیری آنزیم های کبدی با فواصل ۶ ماهه ادامه دهید. چنانچه آنزیم های کبدی در حین درمان افزایش می یابد باید آنزیم های کبدی را تا زمان بازگشت به میزان طبیعی با فاصله زمانی ۳ ماه اندازه گیری کنید در این حالت معمولاً نیازی به قطع دارو نیست زیرا معمولاً آنزیم های کبدی به حالت اولیه بر می گردند. در صورتی که آنزیم های کبدی به بیش از ۳ برابر حد فوقانی نرمال افزایش یابد دارو را قطع کنید و سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

الگوریتم درمانی دیس لیپیدی



فصل اول: بیماری های قلبی و عروقی

• بررسی سالمند از نظر اختلالات فشارخون

سالمند با احتمال ابتلا به فشارخون بالا یا افت فشارخون وضعیتی را از نظر اختلالات فشارخون بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر اختلالات فشارخون

در سالمند مبتلا به فشار خون بالا بررسی کنید	اقدام کنید
<ul style="list-style-type: none"> وجود خون یا پروتیین در ادرار را رتینوپاتی نارسایی قلبی را از طریق رادیو گرافی از قفسه سینه 	<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته با رعایت نکات زیر در دست راست اندازه گیری کنید چنانچه فشارخون سیستول مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است پس از ۲ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. پس از آنکه سالمند به مدت ۲ دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت فشارخون وی را دوباره در دست راست اندازه گیری کنید.

در زمان اندازه گیری فشار خون توصیه های زیر را رعایت کنید:

- مصرف نکردن قهوه و سیگار نیم ساعت و غذا ۴-۳ ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون
- انجام ندادن فعالیت بدنی شدید و تخلیه کامل مثانه نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشار خون
- راحت بودن کامل بیمار در وضعیت نشسته (سالمند باید حد اقل ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون استراحت کند به گونه ای که احساس خستگی نکند).

- قرار دادن دست سالمند در حالت نشسته و یا ایستاده به روی یک تکیه گاه مناسب هم سطح قلب وی (وضعیت افتاده دست باعث بالا بودن کاذب فشار خون ماکزیموم می شود)
- بالا زدن آستین دست راست تا بالای آرنج به گونه ای که بازو تحت فشار قرار نگیرد (لباس نازک نیازی به بالازدن آستین ندارد).
- فاصله با سالمند در زمان اندازه گیری فشارخون کمتر از یک متر
- بستن بازوبند به دور بازو نه خیلی شل و نه خیلی سفت
- قرار دادن وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند روی شریان بازویی و لبه تحتانی بازو بند ۲ تا ۳ انگشت بالای آرنج
- نگاه داشتن صفحه گوشی روی شریان بازویی بدون فشار روی شریان توسط سالمند

چنانچه میانگین دو فشارخون سیستول مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا میانگین دو فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است سالمند را مبتلا به فشارخون بالا منظور کنید.

برای سالمند مبتلا به فشارخون بالا آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین و خون را درخواست کنید. در صورت وجود خون یا پروتئین در ادرار آن را نفروپاتی تلقی کنید.

چنانچه رتین سالمند شکل طبیعی را ندارد احتمال ابتلا به رتینوپاتی برای سالمند می رود. در صورتی که شما قادر به معاینه رتین نیستید از همکاری متخصص چشم و در صورت نبود متخصص چشم از همکاری متخصص داخلی استفاده کنید.

اگر در رادیو گرافی قفسه سینه بزرگی بطن چپ مشاهده یا گزارش شده است احتمال ابتلا به نارسایی قلبی برای سالمند وجود دارد.

سالمند را از نظر اختلالات فشارخون طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را با توجه به فشارخون اندازه گیری شده، معاینات انجام شده و نتایج آزمایشات و رادیوگرافی بشرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه سالمند دارای فشار خون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه و حداقل دارای یکی از عوارض فشارخون بالا (رتینوپاتی، نفروپاتی یا نارسایی قلبی) است در طبقه بندی "مشکل (فشار خون بالای باعارضه)" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه و فعالیت بدنی، ترک مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی) را آموزش دهید. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. سالمند را مطابق چارت درمان فشارخون بالا تحت درمان دارویی قرار دهید و وی را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

چنانچه سالمند دارای فشار خون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه و بدون هیچیک از عوارض فشارخون بالا (رتینوپاتی یا نفروپاتی و یا نارسایی قلبی) است در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به فشار خون بالای با عارضه" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه و فعالیت بدنی، ترک مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی) را آموزش دهید. سالمند را مطابق چارت درمان فشارخون بالا تحت درمان دارویی قرار دهید و وی را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

در صورتی که فشارخون سیستولیک سالمند بین ۱۲۰ و کمتر از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک وی بین ۸۰ و کمتر از ۹۰ میلیمتر جیوه است در طبقه بندی "**در معرض خطر ابتلا به فشارخون بالا**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه و فعالیت بدنی، ترک مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی) را آموزش دهید سالمند را یک سال بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از یک سال به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

اگر سالمند دارای فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ و فشارخون دیاستولیک کمتر از ۸۰ میلیمتر جیوه است در طبقه بندی "**فاقد مشکل (فشارخون طبیعی)**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه و فعالیت بدنی، ترک مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی) را آموزش دهید سالمند را سه سال بعد مراقبت دوره ای کنید.

در صورتی که فشار خون سیستولیک سالمند در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته حداقل ۲۰ میلیمتر جیوه افت دارد در طبقه بندی "**افت فشار خون وضعیتی**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی شیوه های مقابله با افت فشارخون ارتواستاتیک را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در زمان بروز مشکل تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر اختلالات فشار خون

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • حداقل دارای یکی از عوارض فشارخون بالا (رتینوپاتی یا نفروپاتی و یا کاردیومیوپاتی) و • فشارخون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۴۰ یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه 	مشکل (فشارخون بالای باعارضه)	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را برای کنترل عوارض فشارخون بالا به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه، تحرک، دخانیات، تمرینات آرام سازی) و مصرف دارو را آموزش دهید. • سالمند را بر اساس چارت درمان فشارخون بالا درمان کنید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • فشارخون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۴۰ یا فشارخون دیاستولیک مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه و • بدون عارضه 	در معرض خطر ابتلا به فشارخون بالای با عارضه	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه، تحرک، دخانیات، تمرینات آرام سازی) و مصرف دارو را آموزش دهید. • سالمند را بر اساس چارت درمان فشارخون بالا درمان کنید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • فشارخون سیستولیک بین ۱۲۰ و کمتر از ۱۴۰ یا فشارخون دیاستولیک بین ۸۰ و کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه 	در معرض خطر ابتلا به فشارخون بالا	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه، تحرک، دخانیات، تمرینات آرام سازی) را آموزش دهید. • سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ و فشارخون دیاستولیک کمتر از ۸۰ میلی متر جیوه 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه، تحرک، دخانیات، تمرینات آرام سازی) را آموزش دهید. • سالمند را ۳ سال بعد مراقبت کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته حداقل ۲۰ میلی متر جیوه 	افت فشارخون وضعیتی	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی شیوه های مقابله با افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره

کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند مبتلا و یا در معرض ابتلا به فشارخون بالا:

مشابه با اختلالات چربی خون است با تاکید بر کاهش مصرف نمک و فرآورده های نمکی

پیگیری

سالمند مبتلا و در معرض خطر ابتلا به فشارخون بالای با عارضه را پس از یک ماه بشرح زیر پیگیری کنید :

۱. فشارخون سالمند را مطابق راهنما در دست راست اندازه گیری کنید و با توجه به فشارخون اندازه گیری شده، سالمند را بشرح زیر مراقبت کنید:

- در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۴۰/۹۰ و در سالمند مبتلا به دیابت یا نارسایی قلبی به کمتر از ۱۳۰/۸۵ رسیده است و عوارض دارویی نیز ندارد از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات، تمرینات آرام سازی و مصرف دارو سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند صحیح نیست. به سالمند و همراه وی تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب، ترک مصرف دخانیات، انجام تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو را آموزش دهید. سالمند را سالانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و سالانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

- در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۴۰/۹۰ و در سالمند مبتلا به دیابت یا نارسایی قلبی به کمتر از ۱۳۰/۸۵ نرسیده و فاقد عوارض دارویی است دوز داروی قبلی را افزایش دهید یا به داروی اول با همان دوز قبلی یک دارو از داروهای منتخب رده دوم اضافه کنید. چنانچه سالمند دارای عوارض دارویی است حتی اگر به فشار خون هدف رسیده دارو را تغییر دهید و با توجه به شرایط سالمند از داروهای منتخب رده دوم برای وی استفاده کنید. از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند صحیح نیست. به سالمند و همراه وی تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب، ترک مصرف دخانیات، انجام تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو را آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد بشرح زیر پیگیری کنید:

۱. در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۴۰/۹۰ و در سالمند

مبتلا به دیابت یا نارسایی قلبی به کمتر از ۱۳۰/۸۵ رسیده است و عوارض دارویی نیز ندارد درمان دارویی را ادامه دهید. از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند صحیح نیست. به سالمند و همراه وی تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب، ترک مصرف دخانیات، انجام تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو را آموزش دهید. سالمند را سالانه پیگیری و مراقبت ویژه کند. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کند و سالانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

۲. در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۴۰/۹۰ و در سالمند

مبتلا به دیابت یا نارسایی قلبی به کمتر از ۱۳۰/۸۵ نرسیده است و عوارض دارویی نیز ندارد دوز داروی قبلی را افزایش دهید و چنانچه دارای عوارض دارویی است حتی اگر به فشار خون هدف رسیده دارو را تغییر دهید و از گروه داروهای منتخب رده دوم با توجه به شرایط سالمند استفاده کنید در صورتی که فشارخون سالمند به حداکثر دوز دارو پاسخ نمی دهد و سالمند فاقد عوارض دارویی نیز است به داروی اول با همان دوز قبلی یک دارو از داروهای منتخب رده دوم اضافه کنید. از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند صحیح نیست. به سالمند و همراه

وی تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب، ترک مصرف دخانیات، انجام تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو را آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد بشرح زیر پیگیری کنید:

• در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف یعنی کمتر از

۱۴۰/۹۰ و در سالمند مبتلا به دیابت یا نارسایی قلبی به کمتر از ۱۳۰/۸۵ رسیده است و عوارض دارویی نیز ندارد درمان دارویی را ادامه دهید. از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند صحیح نیست. به سالمند و همراه وی تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب، ترک مصرف دخانیات، انجام تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو را آموزش دهید. سالمند را سالانه پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کند و سالانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

• در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف یعنی کمتر از

۱۴۰/۹۰ و در سالمند مبتلا به دیابت یا نارسایی قلبی به کمتر از ۱۳۰/۸۵ نرسیده و یا رسیده ولی عوارض دارویی

دارد سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

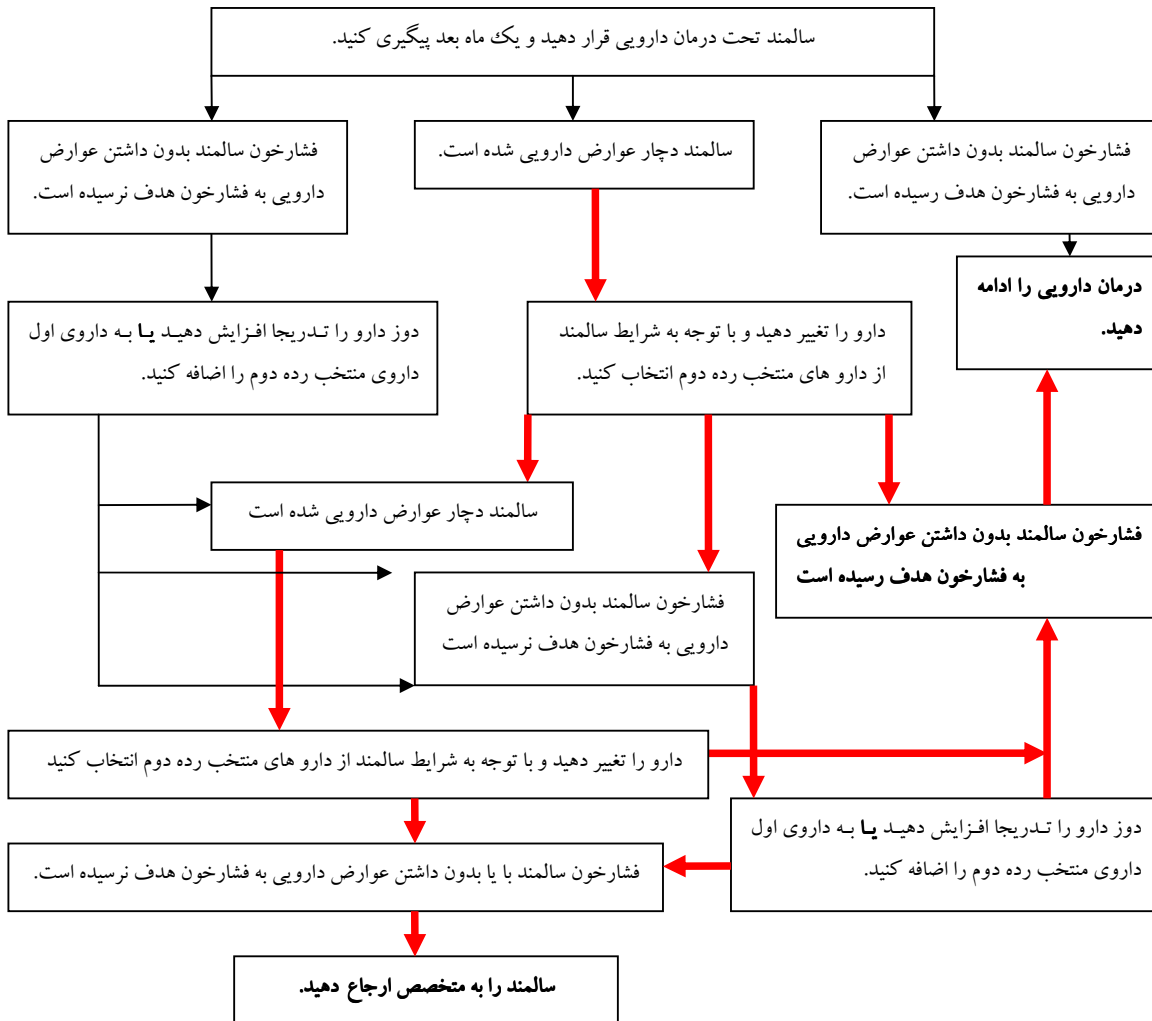
۲. سالمند را سالانه از نظر رتین، نفروپاتی و نارسایی قلبی (عوارض فشارخون بالا) بررسی کنید.

۳. وزن سالمند را اندازه گیری کنید و نمایه توده بدنی سالمند را محاسبه کنید و سالمند را بر اساس چارت

ارزیابی اختلالات تغذیه پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

۴. سالمند را از نظر دیابت و چربی خون بر اساس چارت ارزیابی دیابت پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

الگوریتم درمانی فشارخون بالا



سالمند در معرض خطر ابتلا به فشارخون بالا را پس از یک سال بشرح زیر پیگیری کنید:

۱. فشارخون سالمند را مطابق راهنما در دست راست اندازه گیری کنید و با توجه به فشارخون اندازه گیری شده،

سالمند را بشرح زیر مراقبت کنید:

- در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۲۰/۸۰ رسیده است از سالمند و همراه وی در خصوص شیوه زندگی (تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی) سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی صحیح نیست. به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات، تمرینات آرام سازی) را آموزش دهید. سالمند را ۳ سال بعد مراقبت دوره ای کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را سالانه پیگیری و مراقبت ویژه کند.

- در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۲۰/۸۰ نرسیده است ولی کمتر از ۱۴۰/۹۰ است. از سالمند و همراه وی در خصوص شیوه زندگی (تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات و تمرینات آرام سازی) سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که عملکرد سالمند در خصوص شیوه زندگی صحیح نیست. به سالمند و همراه وی شیوه زندگی سالم (تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دخانیات، تمرینات آرام سازی) را آموزش دهید. سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و سالانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

- در صورتی که فشارخون سیستول سالمند مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشارخون

دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است مطابق چارت فشارخون بالا سالمند را پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

۲. وزن سالمند را اندازه گیری کنید و نمایه توده بدنی سالمند را محاسبه کنید و سالمند را بر اساس چارت

ارزیابی اختلالات تغذیه پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

۳. سالمند را از نظر دیابت و چربی خون بر اساس چارت ارزیابی دیابت و احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی

و عروقی پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

درمان دارویی فشارخون بالا

سالمند مبتلا به فشارخون بالا را با توجه به شرایط سالمند و اصول کلی درمان تحت درمان دارویی قرار دهید.

طبقه بندی و کنترل فشارخون

طبقه (میلی متر جیوه)	اصلاح شیوه زندگی	شروع درمان دارویی بدون بیماری های همراه	شروع درمان دارویی با بیماری های همراه
فشارخون طبیعی (سیستول کمتر از ۱۲۰ و دیاستول کمتر از ۸۰)	بله در صورت نیاز	نیاز ندارد	نیاز ندارد
در معرض خطر ابتلا به فشارخون بالا (سیستول ۱۳۹-۱۲۰ یا	بله	نیاز ندارد	به علت بیماری های همراه نیاز دارد.

			دیاستول ۸۹-۸۰)
به علت بیماری های همراه و کاهش فشارخون نیاز دارد: دیورتیک ها مهار کننده های ACE بلوکرهای آنتیوتانسین II بلوکرهای بتا بلوکرهای کانال کلسیم	دیورتیک های تیازیدی مهار کننده های ACE بلوکرهای رسپتور آنتیوتانسین II بلوکرهای بتا بلوکرهای کانال کلسیم	بله	فشارخون سیستول مساوی یا بیش از ۱۴۰ یا فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه

- بیماری های همراه شامل: نارسایی قلبی، سابقه MI عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی (مصرف دخانیات، چاقی و کم تحرکی، چربی خون بالا)، دیابت ملیتوس، اختلالات مزمن کلیه و سکنه مغزی
- فشارخون هدف در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه و دیابت ملیتوس ۱۳۰/۸۰ میلی متر جیوه است.

دارو های پایین آورنده فشارخون بر اساس بیماری های همراه

بیماری	درمان دارویی ارجح
نارسایی قلبی یا نارسایی مزمن کلیه	مهار کننده های ACE بلوکرهای رسپتور آنتیوتانسین II
سابقه سکنه قلبی، چاقی، مصرف دخانیات، اختلال چربی خون	بلوکرهای بتا مهار کننده های ACE
دیابت	دیورتیک ها بلوکرهای بتا مهار کننده های ACE یا بلوکرهای رسپتور آنتیوتانسین II یا بلوکرهای کانال کلسیم
خطر بروز مجدد سکنه مغزی (تغییرات رتین یا سابقه سکنه)	مهار کننده های ACE دیورتیک ها

بلوکرهای کانال کلسیم

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	عوارض جانبی
نان دی هیدروپیریدین ها		بلوک های دهلیزی بطنی، برادیکاردی، نارسایی قلبی، نارسایی های هدایتی، بدتر کردن دیسفونکسیون های سیستولیک، هیپرپلازی لته
دیلتازام (extended-release)	۱۲۰-۳۶۰ یک بار در روز	ادم و سردرد
وراپامیل	۶۰-۲۴۰ دو بار در روز	یبوست
وراپامیل (extended-release)	۱۲۰-۳۶۰ یک بار در روز	

دی هیدروپیریدین ها		سرگیجه، ادم مچ پا، گرگرفتگی، سردرد، هیپرترفی لته
آملودیپین	۱۰-۲۰ یک بار در روز	
نیفی دیپین (extended-release)	۶۰-۳۰ یک بار در روز	

واژودیلاتورهای مستقیم

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	عوارض جانبی
هیدرالازین هیدروکلراید	۵۰-۱۲،۵ دو بار در روز	سندرم شبه لوپوس، هپاتیت

دیورتیک ها

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	عوارض جانبی
تیازید و دیورتیک های تیپ تیازید: دارو های انتخابی برای درمان فشارخون بالا در سالمندان هستند (safe, efficient)		افزایش کوتاه مدت کلسترول و تری گلیسیرید و قند خون و کاهش پتاسیم، سدیم و منیزیم و افزایش اسید اوریک و کلسیم و بندرت دیسکرازی های خونی، فوتوسنسیتیویتی، پانکراتیت، دیگر واکنش های آلرژیک و دیس فونکسیون های جنسی
کلروتیازید	۵۰۰-۱۲۵ یک بار در روز	
هیدروکلروتیازید	۲۵-۱۲،۵ یک بار در روز	
دیورتیک های لوپ		داروی انتخابی برای سالمندان نیستند و فقط در بیماران مبتلا به نارسایی کلیه و یا ادماتوز (volume overload) استفاده می شود.
فوراسمید	۴۰-۱۰ دو بار در روز	
دیورتیک های نگاه دارنده پتاسیم		هیپرکالمی، اختلالات گوارشی
آملورید	۱۰-۵ یک بار در روز یا ۵-۲،۵ دو بار در روز	
تریامترن	۱۰۰-۵۰ یک بار در روز یا ۵۰-۲۵ دو بار در روز	
بلوک کننده های رسپتور آلدوسترون		ژنیکوماستی، وقتی با داروهای افزایش دهنده پتاسیم (مهار کننده های ACE و بلوکرهای رسپتور آنژیوتانسین II) استفاده می شود نیاز است

که پتاسیم مانیتور شود.		
	۲،۵-۵۰ یک بار در روز یا ۱،۲۵-۲۵ دو بار در روز	اسپیرونولاکتون

مهارکننده های ACE

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)
کاپتوپریل	۶،۲۵-۵۰ دو بار در روز
انالاپریل	۲،۵-۴۰ یک بار در روز یا ۱،۲۵-۲۰ دو بار در روز
رامپریل	۱،۲۵-۱۰ یک بار در روز

سرفه یک عارضه شایع و افت فشارخون ارتوستاتیک یک عارضه برای این گروه دارویی است. عوارض نادر شامل آنژیوادم، هیپرکالمی، راش، از دست دادن حس چشایی، لکوپنی، و نارسایی حاد کلیه با انسداد یکطرفه و یا دوطرفه شریان کلیوی است.

بلوکرهای آدرنژیک

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	عوارض جانبی
بلوکرهای آلفا یک		سنکوپ با اولین دوز، طپش قلب، احتباس مایعات، اثرات آنتی کولینرژیک، افت فشارخون ارتوستاتیک، تکرر ادرار
پرازوسین	۵-۵۰ دو بار در روز	در هیپوترفی پروستات کاربرد دارد.
بلوکرهای بتا		برونکوسپاسم، برادیکاردی، احتمال نشان ندادن هیپوگلیسمی بدنبال انسولین، اختلال در سیرکولاسیون پریفرال، بی خوابی، ضعف، کاهش تحمل ورزش، هیپرتری گلیسیریدمی، دپرسیون، فنومن ریباند، هالوسیناسیون، فونکسیون erectile
آتنولول	۲۵-۱۰۰ یک بار در روز یا ۱۲،۵-۵۰ دو بار در روز	
پروپرانولول	۸۰-۲۰ دو بار در روز	
متوپرولول	۵۰-۱۰۰ دو بار در روز	

آنتاگونیست های آنژیوتانسین II

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)
لوزارتان	۲۵-۱۰۰ یک بار در روز یا ۱۲،۵-۵۰ دو بار در روز

هیپرکالمی و ندرتا آنژیوادمای از عوارض دارویی این گروه بشمار می روند.

اصول کلی درمان دارویی فشارخون بالا

برای سالمند مبتلا به فشارخون بالا (فشارخون سیستول مساوی یا بیش از ۱۴۰ یا فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه) بر اساس شرایط وی اولین گروه دارویی منتخب و ارجح را انتخاب و دارو را با حداقل دوز شروع کنید بطور مثال اگر سالمند فاقد عوامل خطر قلبی و عروقی و بیماری های همراه است اولین داروی انتخابی دیورتیک های تیازیدی هستند که با حداقل دوز تجویز می شوند. در صورتی که در اولین پیگیری (یک ماه پس از استفاده از دارو و اصلاح شیوه زندگی) **پاسخ به درمان مناسب است** درمان را ادامه دهید. در صورتی که در اولین پیگیری (یک ماه پس از استفاده از دارو و اصلاح شیوه زندگی) **پاسخ به درمان مناسب نیست** اگر سالمند دچار عارضه دارویی شده است دارو را تغییر دهید. چنانچه سالمند دچار عارضه دارویی نشده است دوز داروی قبلی را افزایش دهید و چنانچه به حداکثر دوز داروی اول پاسخ نمی دهد به داروی اول با همان دوز قبلی داروی منتخب دوم مثل مهارکننده های ACE را اضافه کنید.

در صورتی که سالمند بیماری همراه دارد دارو های مصرفی برای کاهش فشارخون سالمند بر اساس بیماری همراه متفاوت خواهد بود جداول فوق از این نظر کمک کننده هستند.

داروی منتخب را همیشه از حداقل دوز شروع کنید و افزایش دوز دارو را بتدریج و بر اساس حداقل دوز بصورت ماهانه تا رسیدن به حداکثر دوز انجام دهید.

دقت کنید در صورتی که فشارخون سالمند به یک دارو با افزایش دوز و یا دو دارو پاسخ نمی دهد **سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.**

دیورتیک های تیازیدی همراه با یک دیورتیک نگاه دارنده پتاسیم مانند تریامترن ۵۰ میلی گرم در روز تجویز می شود. هیدرالازین معمولاً فقط در ترکیب با یک بتا بلوکر یا وراپامیل برای پیشگیری از تاکی کاردی استفاده می شود.

مداخلات آموزشی برای کنترل افت فشار خون وضعیتی:

- بلند شدن آرام و چند مرحله ای از صندلی یا تختخواب
- آشامیدن ۲ لیوان آب یا مایعات جایگزین صبح ناشتا قبل از بلند شدن از تخت
- استفاده از جوراب های ساق بلند واریس

درمان افت فشارخون وضعیتی

- کاهش دارو های آرام بخش
- حذف داروهای پایین آورنده فشارخون با عارضه جانبی افت فشارخون ارتوستاتیک
- آرام بلند شدن از صندلی و چند مرحله ای بلند شدن از رختخواب
- نوشیدن دو لیوان آب یا مایعات جایگزین صبح ناشتا قبل از بلند شدن
- استفاده از جوراب های واریس ساقه بلند

فصل دوم: اختلالات تغذیه ای

• بررسی سالمند از نظر سوء تغذیه چاقی یا لاغری

سالمند با احتمال ابتلا به سوء تغذیه را از نظر ابتلا به سوء تغذیه لاغری یا چاقی شرح زیر ارزیابی کنید:

سالمند با احتمال ابتلا به سوء تغذیه لاغری را شرح زیر ارزیابی کنید:

چنانچه نمایه توده بدنی سالمند (در بخش بیماری های قلبی و عروقی اندازه گیری شده است) کمتر از ۲۲ است فرم ارزیابی تغذیه را برای وی تکمیل کنید. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند ۲۲ تا ۲۴،۹ است به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را بر اساس جدول ارزیابی اختلالات تغذیه ای ویژه غیر پزشک بررسی کند. جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به سوء تغذیه لاغری

از سالمند یا همراه وی سؤال کنید و فرم ارزیابی تغذیه را برای وی تکمیل کنید	
۱. مصرف بیش از سه نوع دارو در روز - بلی (۰) - خیر (۱)	۴. مصرف حداقل دو سهم میوه و سبزی در روز - بلی (۱) - خیر (۰)
۲. مصرف وعده های غذا در روز - سه وعده (۲) - دو وعده (۱) - یک وعده (۰)	۵. مصرف نوشیدنی در روز (آب، آب میوه، چای، شیر، شربت و....) کمتر از ۳ لیوان (۰) ۳-۵ لیوان (۰،۵) بیش از ۵ لیوان (۱)
۳. مصرف: • یک سهم لبنیات در روز - بلی - خیر • انواع گوشت در روز (حداقل یک سهم) - بلی - خیر • حداقل دو سهم حبوبات یا دو عدد تخم مرغ در هفته - بلی - خیر حداکثر یک بلی = (۰) دو بلی = (۱) سه بلی = (۲)	۶. تغذیه سالمند از دیدگاه خود سوء تغذیه دارد (۰) نمی داند (۱) مشکل تغذیه ندارد (۲)
۷. مقایسه وضعیت سلامتی خود با دیگر سالمندان بدتر (۰) نمی داند (۰،۵) مشابه دیگران (۱) بهتر از دیگران (۲)	۸. اندازه گیری پیرامون وسط بازو (سانتی متر) کمتر از ۲۱ (۰) ۲۱-۲۱،۹ (۰،۵) ۲۲ و بیشتر (۱)
۹. اندازه گیری پیرامون ساق پا (سانتی متر) کمتر از ۳۱ (۰) ۳۱ و بیشتر (۱)	
امتیاز کل = ۱۳	امتیاز سالمند =
چنانچه مجموع امتیاز دریافتی سالمند مساوی یا کمتر از ۴،۵ امتیاز است از سالمند و یا همراه وی در مورد تحمل غذا از راه دهان سؤال کنید.	

مصرف بیش از سه نوع دارو در روز: در صورتی که سالمند دارو مصرف می کند تعداد آن را سؤال کنید چنانچه بیش از ۳ قلم دارو در روز است سالمند امتیاز صفر می گیرد. در غیر این صورت یک امتیاز می گیرد.

مصرف وعده های غذا در روز چنانچه سالمند ۳ وعده اصلی غذا (صبحانه، نهار و شام) را مصرف می کند ۲ امتیاز و در صورتی که در شبانه روز دو وعده غذای اصلی را مصرف می کند یک امتیاز و در صورت مصرف یک وعده غذا در شبانه روز امتیاز صفر می گیرد.

مصرف: چنانچه سالمند حداقل یک سهم لبنیات (یک لیوان شیر و یا یک لیوان ماست) در روز و حداقل یک سهم گوشت (به اندازه دو قوطی کبریت و یا دو تکه خورشی گوشت سفید یا قرمز) در روز و حداقل دو سهم حبوبات یا بجای آن دو عدد تخم مرغ در هفته مصرف می کند دو امتیاز و در صورتی که دوسهم از سهم های فوق (لبنیات و گوشت و یا گوشت و حبوبات یا جایگزین آن و یا لبنیات و حبوبات یا جایگزین آن) را دریافت می کند یک امتیاز و چنانچه فقط یک سهم از سهم های فوق یعنی لبنیات یا گوشت یا حبوبات (یا تخم مرغ) را استفاده می کند امتیاز صفر می گیرد.

مصرف حداقل دو سهم میوه و سبزی در روز: چنانچه سالمند حداقل دو سهم از گروه میوه و سبزیجات را در روز مصرف می کند امتیاز یک در غیر این صورت امتیاز صفر می گیرد.

مصرف نوشیدنی در روز: چنانچه سالمند حداقل ۶ لیوان مایعات در روز می نوشد امتیاز یک، اگر بین ۳ تا ۵ لیوان مایعات در روز دریافت کند امتیاز ۰،۵ و اگر کمتر از ۳ لیوان مایعات در روز مصرف کند امتیاز صفر می گیرد.

تغذیه سالمند از دیدگاه خود: از سالمند در مورد وضعیت تغذیه سالمند از دیدگاه خودش سؤال کنید دقت کنید ملاک امتیاز دهی پاسخ سالمند است. با توجه به پاسخ دریافتی بر طبق جدول فوق به سالمند امتیاز دهید.

مقایسه وضعیت سلامتی خود با دیگر سالمندان: از سالمند در مورد وضعیت سلامتی سالمند از دیدگاه خودش سؤال کنید دقت کنید ملاک امتیاز دهی پاسخ سالمند است. با توجه به پاسخ دریافتی بر طبق جدول **ارزیابی** به سالمند امتیاز دهید.

اندازه گیری پیرامون وسط بازو و پیرامون ساق پا: پیرامون وسط بازو را در حد فاصل بین شانه و آرنج و پیرامون ساق پا را در قطور ترین قسمت ساق پا اندازه گیری کنید. به اندازه های دریافتی بر طبق جدول فوق امتیاز دهید. در صورتی که امتیاز دریافتی سالمند از فرم ارزیابی مساوی یا کمتر از ۴،۵ است از سالمند در خصوص تحمل غذا از راه دهان سؤال کنید.

سالمند را از نظر ابتلا به سوء تغذیه لاغری طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را با توجه به امتیازاتی که از فرم ارزیابی تغذیه می گیرد بشرح زیر طبقه بندی کنید: چنانچه مجموع امتیاز دریافتی سالمند کمتر از ۵ امتیاز است و نمی تواند غذا را تحمل کند این سالمند در طبقه بندی **"مشکل جدی (سوء تغذیه لاغری شدید)"** قرار می گیرد. سالمند را به بیمارستان ارجاع فوری دهید. در صورتی که سالمند با امتیاز کمتر از ۵ قادر به تحمل غذا است در طبقه بندی **"مشکل (سوء تغذیه لاغری غیر شدید)"** قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در مورد تغذیه مناسب آموزش دهید. سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه امتیاز دریافتی سالمند ۹،۵-۵ است در طبقه بندی **"در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه لاغری"** قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در مورد تغذیه مناسب بر اساس راهنمای تغذیه در مبتلایان به سوء تغذیه لاغری آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم سلامت پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و بعد از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

اگر سالمند امتیاز بیش از ۹،۵ را بگیرد در طبقه بندی **"فاقد مشکل سوء تغذیه"** قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در مورد تغذیه مناسب آموزش دهید سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه (بی اشتها، کاهش وزن ناخواسته) یا یک سال بعد تشویق کنید. به تیم سلامت پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و بعد از یک سال به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر ابتلا به سوء تغذیه لاغری

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز کمتر از ۵ و • عدم تحمل غذا از راه دهان 	مشکل جدی (سوء تغذیه شدید)	سالمند را به بیمارستان ارجاع فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز کمتر از ۵ و • تحمل غذا از راه دهان 	مشکل (سوء تغذیه غیر شدید)	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز ۵-۹,۵ 	در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید. • سالمند را بعد از ۳ ماه پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز بیش از ۹,۵ 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

سالمند با احتمال ابتلا به سوء تغذیه چاقی را بشرح زیر ارزیابی کنید:

چنانچه نمایه توده بدنی سالمند ۳۰ یا بالاتر است سالمند را بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به سوء تغذیه چاقی

اقدام کنید	جمع بندی کنید
درخواست آزمایشات CBC - BUN و کراتینین را برای سالمند دارای BMI ۳۰ یا بالاتر	<p>عوامل خطر زیر را</p> <ul style="list-style-type: none"> • مصرف دخانیات • فشارخون بالا یا سابقه آن <p>بیماری های زیر را</p> <ul style="list-style-type: none"> • سابقه سکته قلبی • سکته مغزی • دیس لیپیدمی یا سابقه آن • دیابت یا سابقه آن • نفروپاتی

چنانچه BUN و کراتینین سالمند بالاتر از میزان طبیعی است یا در آزمایش ادرار سالمند خون یا پروتئین/آلبومین

(بخش فشارخون بالا یا دیابت) وجود دارد احتمال ابتلا به نفروپاتی را برای سالمند در نظر بگیرید.

سالمند را از نظر ابتلا به سوء تغذیه چاقی طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را با توجه به جدول ارزیابی بشرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه سالمند دارای نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴،۹ به همراه حداقل یکی از بیماری های همراه یا یکی از عوامل خطر است یا دارای نمایه توده بدنی مساوی یا بیش از ۳۵ بدون بیماری همراه یا عامل خطر است در طبقه بندی "مشکل (سوء تغذیه چاقی درجه ۲ یا ۳)" قرار می گیرد. سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه سالمند دارای نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴،۹ و بدون بیماری همراه و بدون عامل خطر است در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه چاقی درجه ۲" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم سلامت پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و بعد از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر سوء تغذیه چاقی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴،۹ به همراه حداقل یک عامل خطر یا حداقل یک بیماری یا نمایه توده بدنی ۳۵ یا بالاتر بدون عامل خطر و بدون بیماری 	<p>مشکل (سوء تغذیه چاقی درجه ۲ یا ۳)</p>	<p>سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع غیر فوری دهید.</p>
<ul style="list-style-type: none"> نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴،۹ و بدون عامل خطر و بدون بیماری 	<p>در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه چاقی درجه ۲</p>	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید

مداخلات آموزشی برای اصلاح تغذیه سالمند در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه لاغری و چاقی درجه ۳ و ۲:

راهنمای تغذیه سالمند در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه لاغری

- مشابه با تغذیه مناسب در بخش بیمار های قلبی و عروقی است. با تاکید بر موارد ذیل:
- مصرف حداقل ۳ میان وعده غنی از پروتئین و انرژی مانند تخم مرغ آب پز سفت، بیسکویت، کیک، شیرینی، نان، خرما، کلوچه، میوه های تازه، خشک و پخته، انواع مغزها مثل بادام، پسته، گردو، فندق. لبنیات مثل شیر، ماست پنیر، کشک و بستنی
 - استفاده از انواع طعم دهنده ها مثل ادویه، چاشنی، آبلیمو و
 - مصرف روغن های مایع نباتی مثل روغن زیتون همراه سالاد و سبزی و غذا
 - رعایت تنوع غذایی در برنامه غذایی روزانه (استفاده از انواع گروه های غذایی)
 - استفاده بیشتر از گروه نان و غلات مثل انواع برنج، ماکارونی و سیب زمینی به همراه مواد پروتئینی
 - توجه بیشتر به وعده صبحانه و استفاده از مواد پرانرژی مثل عسل، مربا و کره، خامه و پنیر در صبحانه
 - اضافه نمودن ۳-۴ قاشق غذاخوری پودر شیر خشک به شیر، ماست، پوره سیب زمینی، انواع سوپ و ...
 - افزودن انواع پنیر به غذا های ساندویچی، سوپ، پوره ها، سبزی و سالاد
 - تدریجی بودن افزایش وزن سالمند

رفتار درمانی :

- کشیدن غذا در ظرف بزرگتر
- میل کردن غذا هنگام تماشای تلویزیون
- میل کردن غذا در جمع دوستان، اقوام و یا خانواده
- **میل نکردن آب قبل از غذا**
- افزایش تعداد وعده ها و حجم غذای مصرفی در هر وعده

راهنمای تغذیه سالمند در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه چاقی درجه ۳ و ۲

کاملاً مشابه با تغذیه مناسب در بخش بیمار های قلبی و عروقی است با تاکید بر موارد ذیل:

- مصرف غذاهای آب پز بجای غذاهای سرخ شده و پر چرب مثل مواد غذایی کنسرو شده، همبرگر و سوسیس کالباس
- مصرف میوه بجای آب میوه
- استفاده از نان و ترجیحاً نان سبوس دار بجای برنج و ماکارونی
- اجتناب از مصرف نوشابه های گازدار شیرین
- مصرف شیر و لبنیات کم چربی
- استفاده از مرغ و ماهی بدون پوست بجای گوشت قرمز
- اجتناب از مصرف گوشت های احشایی (دل، قلوه، کله و پاچه و مغز)
- استفاده متعادل از غذاهای نشاسته ای مثل ماکارونی و سیب زمینی
- محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ (حداکثر ۳ عدد در هفته)
- اجتناب از مصرف غذا های پر انرژی حاوی مقادیر زیاد چربی و کربوهیدرات

رفتار درمانی

- کاهش سرعت غذا خوردن و افزایش مدت جویدن غذا
- کشیدن غذا در ظرف کوچکتر
- **میل نکردن غذا هنگام تماشای تلویزیون**
- خریداری نکردن مواد غذایی چاق کننده مثل چیپس، شیرینی و..... و نوشابه های گاز دار شیرین
- نوشیدن حداقل یک لیوان آب قبل از غذا

فعالیت های بدنی مشابه با بخش بیماری های قلبی عروقی است.

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه لاغری را پس از ۳ ماه پیگیری کنید:

وزن سالمند را اندازه گیری کنید و نمایه توده بدنی سالمند را محاسبه کنید:

۱. چنانچه نمایه توده بدنی سالمند کمتر از ۲۲ است فرم ارزیابی تغذیه را برای وی تکمیل کنید و در مورد تغذیه در ماه گذشته از وی سؤال کنید.

- در صورتی که امتیاز دریافتی افزایش یافته است ولی کمتر از ۱۰ است از سالمند و یا همراه وی در خصوص تغذیه سؤال کنید چنانچه سالمند تغذیه مناسب داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید. چنانچه سالمند تغذیه

مناسب نداشته است به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و ۳ ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. سالمند را تا رسیدن به امتیاز ۱۰ هر ۳ ماه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از رسیدن به امتیاز ۱۰ سالانه مراقبت دوره ای کنید.

- در صورتی که امتیاز دریافتی افزایش نیافته است ولی کمتر از ۵ هم نیست از سالمند و یا همراه وی در خصوص تغذیه سؤال کنید چنانچه سالمند تغذیه مناسب نداشته است به سالمند و همراه وی در مورد تغذیه مناسب آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند. و ۳ ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. سالمند را تا رسیدن به امتیاز ۱۰ هر ۳ ماه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از رسیدن به امتیاز ۱۰ سالانه مراقبت دوره ای کنید.

- در صورتی که امتیاز دریافتی کاهش یافته است و به کمتر از ۵ امتیاز رسیده است **سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع غیر فوری دهید و در صورت عدم تحمل غذا به مرکز تخصصی ارجاع فوری دهید.**

۲. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند ۲۲ و بالاتر است وی را سالانه مراقبت دوره ای کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و وی را یک سال بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

سالمند در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه چاقی درجه ۲ را پس از ۳ ماه پیگیری کنید:

- از سالمند در خصوص عوامل خطر و بیماری های همراه چاقی سؤال کنید. وزن سالمند را اندازه گیری کنید و نمایه توده بدنی سالمند را محاسبه کنید:

۱. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند ۳۴،۹-۳۰ است و بدون عامل خطر و بیماری همراه است از سالمند و یا همراه وی در مورد فعالیت بدنی و تغذیه سؤال کنید اگر سالمند شیوه زندگی مناسب (فعالیت بدنی، تغذیه) داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید. چنانچه سالمند شیوه زندگی مناسب (فعالیت بدنی، تغذیه) نداشته است به سالمند و همراه وی در خصوص شیوه زندگی سالم آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و ۳ ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. سالمند را تا رسیدن به نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ هر ۳ ماه یک بار پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از رسیدن به نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ سالانه مراقبت دوره ای کنید.

۲. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند ۳۴،۹-۳۰ است و دارای حداقل یک عامل خطر یا یک بیماری همراه است از سالمند و یا همراه وی در مورد فعالیت بدنی و تغذیه سؤال کنید اگر سالمند شیوه زندگی مناسب (فعالیت بدنی، تغذیه) داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید. چنانچه سالمند شیوه زندگی مناسب (فعالیت بدنی، تغذیه) نداشته است به سالمند و همراه وی در خصوص شیوه زندگی سالم آموزش دهید. **سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع غیر فوری دهید.**

۳. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند مساوی و یا بیش از ۳۵ شده است **سالمند را به مرکز**

تخصصی ارجاع غیر فوری دهید.

- سالمند را از نظر فشارخون، چربی خون و دیابت مطابق با چارت مرتبط پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

فصل سوم: دیابت

• بررسی سالمند از نظر دیابت

سالمند با احتمال ابتلا به دیابت (دارای حداقل یک عامل خطر یا یک نشانه) را بشرح زیر بررسی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به دیابت

از سالمند مبتلا به دیابت سؤال، بررسی و جمع بندی کنید	اقدام کنید
<p>نشانه ها</p> <ul style="list-style-type: none"> اختلالات حسی در انتها ها ابتلا به اسهال، یبوست و یا تهوع و استفراغ متناوب <p>علائم</p> <ul style="list-style-type: none"> افت فشارخون وضعیتی پاها از نظر وجود تاول، بریدگی و یا خراش رتینوپاتی و اختلالات بینایی نوروپاتی و اختلالات حسی محیطی آریتمی و ایسکمی قلبی بوی کتون در تنفس دهیدراتاسیون (تورگور پوست پیشانی طول کشیده، دهان خشک و....) • نمایه توده بدنی (لاغری، طبیعی، اضافه وزن یا چاقی) 	<ul style="list-style-type: none"> در خواست آزمایش قند خون ناشتا درخواست کتبی از کارمند آزمایشگاه در مورد تکرار آزمایش با فاصله یک هفته در صورتی که آزمایش قند خون ناشتای سالمند مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر است.
	<p>برای سالمند مبتلا به دیابت اقدام کنید</p> <ul style="list-style-type: none"> درخواست آزمایش ادرار از نظر وجود آلبومین / پروتئین برای سالمند مبتلا به دیابت درخواست کتبی از کارمند آزمایشگاه در مورد آزمایش ادرار ۱۲ ساعته از نظر پروتئین / آلبومین در صورت وجود آلبومین / پروتئین در آزمایش ادرار سالمند

از آنجا که سالمند با حداقل یک عامل خطر یا یک نشانه بیماری دیابت به پزشک ارجاع شده است بنابراین اولین اقدام پزشک درخواست آزمایش قند خون ناشتا برای سالمند است. از کارمند آزمایشگاه کتبا بخواهید چنانچه آزمایش قند خون ناشتای سالمند مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر است دوباره آزمایش مذکور را برای سالمند تکرار کند. از سالمند بخواهید زمانی که جواب آزمایش ها آماده می شود به شما مراجعه کند و تا زمان آماده شدن جواب آزمایش به توصیه های ارایه شده (فعالیت بدنی و تغذیه مناسب) عمل کند. **سالمندی که دارای دو آزمایش متوالی قند خون ناشتای مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر است این سالمند مبتلا به دیابت است.**

دقت کنید ملاک عمل از نظر میزان قند خون ناشتا آزمایش دوم بیمار است.

برای سالمند مبتلا به دیابت آزمایش کامل ادرار از نظر وجود آلبومین / پروتئین را درخواست کنید. از کارمند آزمایشگاه کتبا بخواهید چنانچه در آزمایش ادرار سالمند بیش از ۲۰۰ میلی گرم پروتئین در لیتر یا بیش از ۲۳ میلی گرم آلبومین در لیتر وجود دارد آزمایش ادرار ۱۲ ساعته را برای سالمند انجام دهد به این معنی که سالمند در طول شب (۱۲ ساعت از ساعت ۸ شب تا ۸ صبح) هر بار که برای ادرار کردن از خواب بیدار می شود ادرار خود را تا صبح در یک ظرف تمیز که آزمایشگاه به وی می دهد جمع آوری نماید و ظرف محتوای ادرار شبانه را به آزمایشگاه تحویل دهد. وجود میکروآلبومینوری (دفع ۱۹۹-۲۰ میکروگرم پروتئین در دقیقه) در ادرار مؤید شروع نفروپاتی است.

دقت کنید در صورتی که سالمند قادر به جمع آوری ادرار شبانه نیست دفع ۲۹۹-۳۰ میکروگرم پروتئین به ازای یک میلی گرم کراتینین در یک نمونه تصادفی ادرار نیز نشانگر شروع نفروپاتی در سالمند است.

از سالمند مبتلا به دیابت ابتدا راجع به عوارض نوروپاتی دیابت (اعصاب محیطی و اتونوم) سؤال کنید و پاهای بیمار بویژه لای انگشتان پای سالمند را یک به یک معاینه کنید. در ادامه سالمند را از نظر سایر عوارض دیابت مطابق آنچه که در جدول ارزیابی آمده است بررسی کنید (چشم، قلب و عروق). **در صورتی که شما قادر به معاینه رتین نیستید از همکاری متخصص چشم و در صورت نبود متخصص چشم از همکاری متخصص داخلی استفاده کنید.**

دقت کنید وضعیت سالمند از نظر ابتلا به افت فشارخون وضعیتی و ایسکمی قلبی قبلا در بخش بیماری های قلبی و عروقی مشخص شده است و نیاز به انجام مجدد نیست.

سالمند را از نظر ابتلا به دیابت طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را با توجه به جدول ارزیابی (نتایج آزمایشات، نشانه ها، علائم و....) بشرح زیر طبقه بندی کنید: چنانچه سالمند دارای دو آزمایش متوالی قند خون ناشتای مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر به همراه دهیدراتاسیون یا بوی کتون در تنفس است در طبقه بندی "مشکل جدی (خطر کومای دیابتیک)" قرار می گیرد. در صورت طبیعی بودن فشارخون از سرم نمکی و در صورت بالا بودن فشارخون از محلول رینگر بصورت Free برای سالمند استفاده کنید. سالمند را به بیمارستان ارجاع فوری دهید.

چنانچه سالمند دارای دو آزمایش متوالی قند خون ناشتای مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر به همراه یکی از عوارض دیابت مثل درگیری اعصاب محیطی (پای دیابتیک)، اعصاب اتونوم، قلب، کلیه و چشم است یا دومین آزمایش قند خون ناشتای مساوی یا بیش از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است (با یا بدون عوارض دیابت) در طبقه بندی "مشکل (دیابت باعارضه)" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب آموزش دهید. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیرفوری دهید. سالمند را تا زمان ارجاع (حداکثر یک هفته) مطابق چارت درمان دیابت تحت درمان داروهای خوراکی قرار دهید.

سالمندی که دومین آزمایش قند خون ناشتای وی بین ۱۲۶ و کمتر از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است و مبتلا به هیچیک از عوارض دیابت نیست در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به دیابت عارضه" قرار می گیرد. این سالمند نیاز به درمان دارویی ندارد. به این سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.

سالمندی که دارای قند خون ناشتای بین ۱۰۰ و کمتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر است در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به دیابت" قرار می گیرد. به این سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب آموزش دهید. سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید.

سالمندی که دارای قند خون ناشتای کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است در طبقه بندی "فاقد مشکل (عدم ابتلا به دیابت)" قرار می گیرد. به این سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا عامل خطر یا ۳ سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر ابتلا به دیابت

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و • بوی کتون در تنفس یا دهیدراتاسیون 	<p>مشکل جدی (خطر کومای دیابتیک)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند مایعات وریدی تزریق کنید. • سالمند را به بیمارستان ارجاع فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر به همراه حداقل یکی از عوارض دیابت یا • دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و لاغری 	<p>مشکل (دیابت باعارضه)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را برای کنترل عوارض و درمان دیابت به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتا مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و • بدون عارضه دیابت و • بدون لاغری 	<p>در معرض خطر ابتلا به دیابت باعارضه</p>	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب آموزش دهید. • سالمند دارای قند خون ناشتای ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر را مطابق چارت، تحت درمان دارویی قرار دهید. • سالمند با قند خون ناشتای کمتر از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر را مطابق چارت، تحت درمان غیر دارویی قرار دهید. • آزمایش قند خون ناشتا را برای یک ماه بعد درخواست کنید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
<p>آزمایش قند خون ناشتای بین ۱۰۰ تا مساوی ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر</p>	<p>در معرض خطر ابتلا به دیابت</p>	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید. • سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید.
<p>آزمایش قند خون ناشتای سالمند کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر</p>	<p>فاقد مشکل</p>	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا عامل خطر یا ۳ سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند احتمال ابتلا به دیابت:

در ابتدای امر سالمند باید بداند که کنترل دقیق قند خون برای پیشگیری از عوارض دیابت (مشکلات چشمی، ناراحتی های کلیه، ناراحتی های قلبی، بی حسی و گزگز کردن دست ها و پاها و نیز دیر بهبود یافتن زخم ها) اهمیت زیادی دارد و تظاهرات زودرس و دیررس بیماری را به تاخیر می اندازد و در صورت ایجاد عوارض از ناتوانی های ناشی از آنها مثل کوری، قطع عضو، نارسایی شدید کلیه، سکت قلبی و مرگ پیشگیری می کند. و در هر بار ملاقات با سالمند نکته های زیر را آموزش دهید:

۱. کنترل وزن در صورت داشتن اضافه وزن

۲. تغذیه مناسب:

- افزایش تعداد وعده های غذا و کاهش غذا در هر وعده
- متناسب بودن غذای مصرفی با فعالیت های بدنی سالمند
- حذف نکردن یکی از وعده های اصلی غذا به خصوص در سالمندان لاغر و سالمندان تحت درمان دارویی
- استفاده زیاد از سبزی ها در وعده های غذایی
- محدود کردن مصرف میوه های شیرین مانند انگور، خربزه، خرما، توت و همچنین خشکبار مانند توت خشک، کشمش، قیسی و
- مصرف بیشتر از حبوبات در برنامه غذایی روزانه
- استفاده از نان های سبوس دار
- حذف کردن قند، شکر و شیرینی مانند آب نبات، شکلات، گز، سوهان و از برنامه غذایی
- استفاده مناسب از مواد نشاسته ای مانند نان، برنج، سیب زمینی، گندم، جو و ماکارونی به میزانی که موجب افزایش وزن نشود
- کاهش مصرف چربی ها (خودداری از سرخ کردن غذا و تهیه آن به صورت آب پز و کبابی)، استفاده از گوشت های کم چربی (قبل از پخت، چربی گوشت و پوست مرغ را جدا کند)، استفاده از شیر و ماست کم چربی، محدود کردن مصرف تخم مرغ، مصرف کمتر گوشت های احشایی مانند جگر، مغز، قلوه و کله پاچه و استفاده از روغن مایع و زیتون

توجه: بعضی از افراد مبتلا به دیابت می توانند با نظر پزشک معالج خود روزه بگیرند.

۳. ورزش و فعالیت های بدنی

افزایش فعالیت های بدنی در کنترل بیماری قند اهمیت بسیار دارد. ورزش و فعالیت های بدنی باید متناسب با شرایط و وضعیت سلامت شخص باشد و به طور منظم و مستمر انجام گیرد. زمان ورزش بهتر است عصر (بعد از ظهر) باشد. سالمندان می توانند ورزش های سبک مثل نرمش و پیاده روی انجام دهند.

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به دیابت باعارضه را پس از یک ماه بشرح زیر پیگیری کنید

سالمند در معرض خطر ابتلا به دیابت باعارضه را با توجه به نتایج آزمایش قند خون ناشتا بشرح زیر پیگیری کنید:

- چنانچه پاسخ سالمند در معرض خطر ابتلا به دیابت باعارضه به درمان غیر دارویی در حد قابل قبول است (قند خون ناشتای بین ۹۰ و کمتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر) از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از پا) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب)، سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح نبوده است به سالمند و همراه وی در مورد نحوه مراقبت از پا، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. از تیم غیر پزشک بخواهید سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه (کنترل و آموزش تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و در صورت امکان اندازه گیری قند خون بوسیله گلوکومتر) کند و پس از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

- چنانچه سالمند در معرض خطر ابتلا به دیابت باعارضه دهیدراته یا دارای بوی کتون در تنفس است **پس از**

تزیقات و ریدی به بیمارستان ارجاع فوری دهید.

- چنانچه قند خون ناشتای سالمند در معرض خطر ابتلا به دیابت باعارضه ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر یا در همان اولین مراقبت دوره ای ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر است دارو را مطابق با چارت درمان، برای سالمند شروع کنید و ضمن آموزش علائم هیپوگلیسمی (اختلال دید ناگهانی، لرزش، تعریق سرد، گیجی و بیهوشی) تاکید بر مراجعه فوری سالمند و همراه وی در صورت بروز علائم هیپوگلیسمی کنید. از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از پا) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب)، سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح نبوده است به سالمند و همراه وی در مورد نحوه مراقبت از پا، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد بشرح زیر پیگیری و مراقبت ویژه کنید:

۱. چنانچه پاسخ به درمان در حد قابل قبول است (قند خون ناشتا کمتر از ۱۴۰ و مساوی و بیش از ۹۰ میلی گرم در دسی لیتر) از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از پا و مصرف دارو) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب)، مصرف دارو و وعده های غذایی و علائم هیپوگلیسمی سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیح داشته و فاقد علائم هیپوگلیسمی است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح نبوده یا دارای علائم هیپوگلیسمی است به سالمند و همراه وی در مورد نحوه مراقبت از پا، مصرف دارو و وعده های غذایی، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب آموزش دهید. چنانچه سالمند دارای حداقل یکی از علائم خفیف هیپوگلیسمی (اختلال دید ناگهانی، لرزش و تعریق سرد) ۳ ساعت پس از غذا است به سالمند توصیه کنید که میان وعده های غذایی (۳ میان وعده) و وعده های اصلی غذایی (۳ وعده) را میل کرده و هیچیک را حذف نکند و فعالیت های بدنی متناسب با وعده غذایی داشته باشد. درمان دارویی را برای سالمند ادامه دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. در صورتی که سالمند علیرغم داشتن برنامه غذایی مناسب (۳ وعده اصلی و ۳ وعده میان وعده) و فعالیت بدنی مناسب دچار علائم هیپوگلیسمی پاسخ دهنده به خوردن مواد

غذایی شیرین می شود برای این سالمند درمان دارویی را ادامه ندهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. **برای این سالمند آزمایش قند خون ناشتا را برای یک ماه بعد درخواست کنید.**

۲. چنانچه قند خون ناشتای سالمند پس از درمان دارویی کمتر از ۹۰ میلی گرم در دسی لیتر است از سالمند در خصوص نشانه های هیپوگلیسمی سؤال کنید چنانچه سالمند دارای حداقل یکی از علائم خفیف هیپوگلیسمی (اختلال دید ناگهانی، لرزش و تعریق سرد) است به سالمند یک عدد قند یا آب نبات یا... بدهید. در صورتی که سالمند علائم شدید هیپوگلیسمی را دارد (گیجی و نزدیک به بیهوشی) و نمی تواند همکاری کند ۲۰-۱۰ گرم گلوکز وریدی ۵۰٪-۲۰٪ به وی تزریق کنید. برای سالمند درمان دارویی را قطع کنید. از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از پا) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب) سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح نبوده است به سالمند و همراه وی در مورد نحوه مراقبت از پا، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. **آزمایش قند خون ناشتا را برای یک ماه بعد درخواست کنید.**

۳. چنانچه پاسخ به درمان مطلوب نیست و قند خون ناشتا ۱۴۰ میلی گرم یا بیشتر است دوز دارو را مطابق با چارت درمان برای سالمند افزایش دهید از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از پا و مصرف دارو) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب)، سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح نبوده است به سالمند و همراه وی در مورد نحوه مراقبت از پا، مصرف دارو، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب آموزش دهید. تا دستیابی سالمند به پاسخ مطلوب به درمان، دوز داروی منتخب را با حداقل دوز افزایش دهید و سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کنید. چنانچه سالمند به حداکثر دوز داروی منتخب پاسخ مطلوب نمی دهد داروی دوم را بر اساس چارت درمان، انتخاب و با حداقل دوز به داروی قبلی (با حداکثر دوز) اضافه کنید و تا دستیابی سالمند به پاسخ مطلوب به درمان، دوز داروی منتخب دوم را تدریجی افزایش دهید و سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از رسیدن به پاسخ مطلوب (۹۰-۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر) سالمند را ۳ ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه سالمند به حداکثر دوز داروی دوم نیز پاسخ مطلوب نمی دهد **سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.**

- وزن سالمند را اندازه گیری کنید و نمایه توده بدنی سالمند را محاسبه کنید و سالمند را بر اساس چارت ارزیابی اختلالات تغذیه پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
- سالمند را از نظر فشارخون و چربی خون بر اساس چارت ارزیابی فشارخون و احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

موارد زیر را برای سالمند "در معرض خطر ابتلا به دیابت باعارضه" انجام دهید:

- سالمند دارای قند خون ناشتای ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر را در اولین مراقبت تحت درمان دارویی قرار دهید.
- سالمند دارای قند خون ناشتای کمتر از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر را در اولین مراقبت تحت درمان غیردارویی قرار دهید.
- عوارض دیابت (آزمایش ادرار، معاینه رتین، پا، اعصاب و رادیوگرافی قفسه سینه) را سالانه بررسی کنید.
- چنانچه سالمند در پیگیری های بعدی علیرغم قند خون کنترل شده علائم هیپوگلیسمی را پیدا می کند و قند خون ناشتای وی به کمتر از ۹۰ میلی گرم در دسی لیتر می رسد. برای سالمند آزمایش BUN- CREATININ را درخواست کنید و سالمند را در صورت بالا بودن BUN و CREATININ به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

سالمند در معرض خطر ابتلا به دیابت را پس از یک سال شرح زیر پیگیری کنید

۱. برای سالمند آزمایش قند خون ناشتا را درخواست کنید:

- در صورتی که قند خون ناشتای سالمند ۱۲۵-۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از پا) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب) سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح نبوده است به سالمند و همراه وی در مورد نحوه مراقبت از پا، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب آموزش دهید. سالمند را یک سال بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. از تیم غیر پزشک بخواهید سالمند را ۳ ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از یک سال به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

- در صورتی که قند خون ناشتای سالمند مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر است با فاصله یک هفته بعد آزمایش را دوباره تکرار کنید چنانچه در نوبت دوم نیز مساوی یا بیش از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر است برای سالمند درمان دارویی را شروع کنید. از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از پا) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب) سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح نبوده است به سالمند و همراه وی در مورد نحوه مراقبت از پا، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب آموزش دهید. سالمند را مطابق سالمند "در معرض خطر ابتلا به دیابت باعارضه" یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

- در صورتی که قند خون ناشتای سالمند کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از پا) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب) سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح نبوده است به سالمند و همراه وی در مورد نحوه مراقبت از پا، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا ۳ سال بعد تشویق کنید..

۲. وزن سالمند را اندازه گیری کنید و نمایه توده بدنی سالمند را محاسبه کنید و سالمند را بر اساس چارت ارزیابی اختلالات تغذیه پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

۳. سالمند را از نظر فشارخون و چربی خون بر اساس چارت ارزیابی فشارخون و احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی پیگیری و مراقبت ویژه کنید

درمان سالمند در معرض خطر ابتلا به دیابت باعارضه

دارو های خوراکی کاهنده قند خون به دو گروه اصلی تقسیم می شوند:

۱. سولفونیل اوره ها مثل گلی بن کلامید

۲. بیگوانیدین ها مثل متفورمین

برای افراد غیر چاق (نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰) از سولفونیل اوره ها مثل گلی بن کلامید استفاده کنید. بصورت قرص های ۵ میلی گرمی در بازار موجود است. می توانید درمان را بصورت تک دوز با ۱/۴ تا ۱ قرص گلی بن کلامید در روز شروع کنید. حداکثر دوز مصرفی در روز ۲۰ میلی گرم (۴ قرص) است. دوز های روزانه ۱۰ میلی گرم و یا بیشتر را حداقل در دو نوبت در روز تجویز کنید و بهتر است ۵ دقیقه قبل از غذا مصرف شود. مهمترین عارضه این دارو هیپوگلیسمی است به همین جهت این دارو را در سالمندان و کسانی که نفروپاتی دارند با احتیاط مصرف کنید.

برای افراد چاق (نمایه توده بدنی مساوی و یا بیش از ۳۰) از بیگوانیدین ها مثل متفورمین استفاده کنید. بصورت قرص های ۵۰۰ میلی گرمی در بازار موجود است. می توانید درمان را با نصف قرص (۲۵۰ میلی گرم) دو تا سه بار در روز شروع کنید. حداکثر دوز مصرفی در روز ۳۰۰۰-۲۵۰۰ میلی گرم (۶-۵ قرص) است. برای جلوگیری از عوارض گوارشی، دارو با غذا و یا چند دقیقه پس از آن مصرف شود. عوارض دارویی این گروه بشرح زیر است:

۱. عوارض گوارشی حاد (تهوع و اسهال) که با ادامه درمان به سرعت از بین می روند.

۲. اختلال در جذب ویتامین B۱۲

۳. اسیدوز لاکتیک به همین جهت در مبتلایان به نفروپاتی، نارسایی قلبی یا کبدی این دارو منع مصرف مطلق دارد.

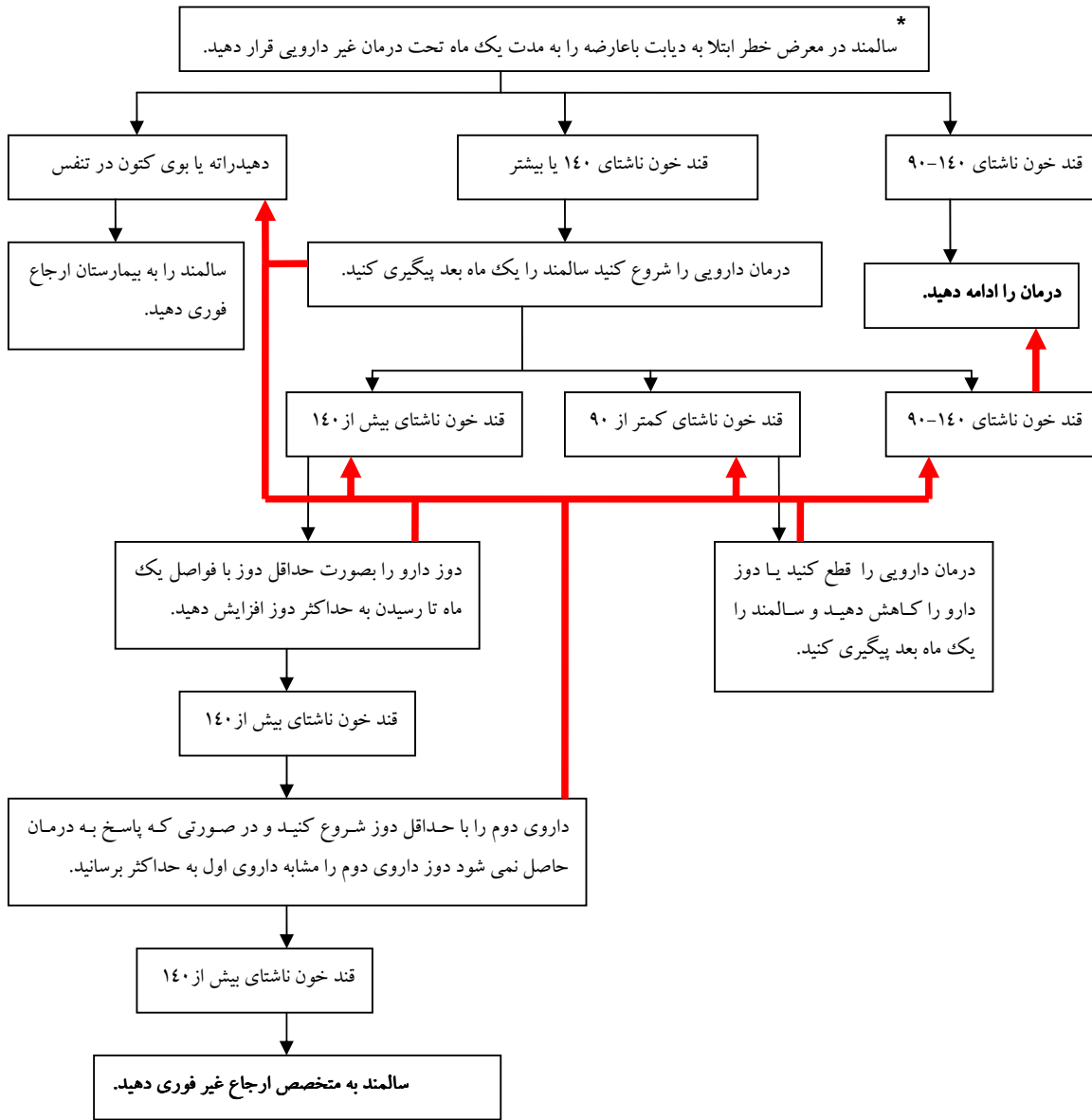
افزایش مصرف دارو ها باید تدریجی و در عرض ۴-۲ هفته پس از شروع درمان باشد.

چنانچه نمایه توده بدنی سالمند ۳۰ یا بیشتر است داروی انتخابی اول متفورمین و داروی انتخابی دوم گلی بن کلامید است.

چنانچه نمایه توده بدنی سالمند بین ۲۲ و کمتر از ۳۰ است داروی انتخابی اول گلی بن کلامید و داروی انتخابی دوم متفورمین است.

چنانچه نمایه توده بدنی سالمند کمتر از ۲۲ است سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

الگوریتم درمانی دیابت باعارضه



*

دقت کنید سالمند دارای قند خون ناشتای ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر را در اولین مراقبت دوره ای تحت درمان دارویی قرار دهید.

• فصل چهارم: سرطان های شایع

• بررسی سالمند زن از نظر سرطان پستان

سالمند زن ۷۰ ساله یا کمتر را از نظر احتمال ابتلا به سرطان پستان بشرح زیر بررسی کنید:

جدول ارزیابی سالمند زن از نظر ابتلا به سرطان پستان

علائم زیر را بررسی کنید	جمع بندی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • ترشح از نوک پستان • تو کشیدگی نوک پستان • تغییر رنگ و قرمزی • پوسته پوسته شدن • قرینه نبودن پستان ها • قوام غیر طبیعی یا توده 	<p>عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> • سابقه فامیلی سرطان پستان • سابقه بیوپسی از پستان • مشکوک بودن آخرین ماموگرافی یا بیوپسی از پستان • سابقه بیش از ۵ سال درمان جایگزینی هورمونی (HRT) • نداشتن فرزند یا اولین بارداری در سن بالای ۳۰ سالگی • شروع عادت ماهیانه قبل از ۱۲ سالگی یا زمان یائسگی بعد از ۵۵ سالگی • سیگاری بودن همسر یا همراهان زندگی سالمند • چاقی <p>نشانه ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • بی اشتهایی • ترشح از نوک پستان • تو کشیدگی نوک پستان • تغییر رنگ یا پوسته پوسته شدن پستان

فرم مراقبت و ارجاع را که تیم غیر پزشک برای شما ارسال کرده است را بررسی کنید و نشانه های مندرج در آن را جمع بندی کنید.

معاینه پستان را بر اساس برنامه کشوری پیشگیری از سرطان پستان انجام دهید. در صورتی که سالمند نشانه یا علامتی از بیماری دارد آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

سالمند را از نظر ابتلا به سرطان پستان طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند زن را با توجه به جدول ارزیابی بشرح زیر طبقه بندی کنید:

• چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه (بی اشتهایی حداقل به مدت یک ماه، ترشح، تو کشیدگی نوک پستان، تغییر رنگ، پوسته پوسته شدن پستان، ترشح از نوک پستان، تو کشیدگی نوک پستان، تغییر رنگ و قرمزی، پوسته پوسته شدن، قرینه نبودن پستان ها) است در طبقه بندی "**مشکل (احتمال ابتلا به سرطان پستان)**" قرار می گیرد. برای سالمند ماموگرافی را درخواست کنید. **به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید.** سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه سالمند فاقد نشانه و دارای حداقل یک عامل خطر (سابقه فامیلی سرطان پستان، سابقه بیوپسی از پستان، مشکوک بودن آخرین ماموگرافی و یا بیوپسی از پستان، سابقه بیش از ۵ سال درمان جایگزینی هورمونی (HRT)، نداشتن فرزند و یا اولین بارداری در سن بالای ۳۰ سالگی، شروع عادت ماهیانه قبل از ۱۲ سالگی و یا زمان یائسگی بعد از ۵۵ سالگی، سیگاری بودن همسر و یا همراهان زندگی سالمند یا ماموگرافی غیر طبیعی و مشکوک و چاقی) است در طبقه بندی "**در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان

پستان را آموزش دهید. سالمند را شش ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که هر ۳ ماه یک بار سالمند را پیگیری و مراقبت ویژه کند و در صورت بروز نشانه، عامل خطر یا **شش ماه بعد** به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

چنانچه سالمند فاقد نشانه و فاقد عامل خطر است در طبقه بندی "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان پستان را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا عامل خطر یک سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند زن ۷۰ ساله یا کمتر از نظر ابتلا به سرطان پستان

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • حداقل یک نشانه 	<ul style="list-style-type: none"> مشکل (احتمال ابتلا به سرطان) 	<ul style="list-style-type: none"> • برای سالمند ماموگرافی درخواست کنید. • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید. • سالمند را به پزشک متخصص (جراح) ارجاع غیر فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • حداقل یک عامل خطر و بدون نشانه 	<ul style="list-style-type: none"> در معرض خطر ابتلا به سرطان 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید. • سالمند را ۶ ماه بعد پیگیری کنید • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا عامل خطر تشویق کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • بدون عامل خطر و بدون نشانه 	<ul style="list-style-type: none"> فاقد مشکل 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا عامل خطر یا یک سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی در سالمندان به منظور کنترل سرطان:

- کاهش وزن در صورت داشتن اضافه وزن
- کاهش مصرف گوشت قرمز و استفاده بیشتر از ماهیان و ماکیان بدون پوست و غذاهای چرب
- استفاده از میوه و سبزیجات بویژه تازه در برنامه غذایی روزانه (ترجیحا ۵ سهم)
- پیاده روی حداقل به مدت ۲ ساعت در هفته
- ترک مصرف دخانیات (خود و همراهان)

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به سرطان پستان را بعد از ۶ ماه بشرح زیر پیگیری کنید:

- از سالمند در خصوص نشانه های بیماری سؤال کنید.

- سالمند را از نظر پستان معاینه کنید (مشاهده و لمس).
- ماموگرافی برای سالمند دارای نشانه یا علامت درخواست کنید.
- سالمند دارای نشانه یا علامت را به پزشک متخصص (جراح) ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند بدون نشانه و علامت را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق کنید.
- از سالمند و همراه وی در خصوص عمل به توصیه ها سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید و چنانچه سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید.

فصل چهارم: سرطان های شایع

• بررسی سالمند از نظر ابتلا به سرطان کولورکتال

سالمند را از نظر ابتلا به سرطان کولورکتال بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به سرطان کولورکتال

جمع بندی کنید	اقدام کنید
<p>عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> • سابقه فامیلی سرطان کولورکتال • ابتلا به پولیپوز روده ای • بیماریهای التهابی روده • سابقه ابتلا به سرطان روده 	<p>نشانه</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغییر در اجابت مزاج
	<p>آموزش به سالمند و همراه وی در خصوص نقش آزمایش خون مخفی در مدفوع و تاثیر آن در تشخیص زودرس بیماری و کاهش مرگ ناشی از آن درخواست آزمایش خون مخفی در مدفوع سالمند برای ۳ روز متوالی</p>

فرم مراقبت و ارجاع را که تیم غیر پزشک برای شما ارسال کرده است را بررسی کنید و نشانه های مندرج در آن را جمع بندی کنید.

در صورتی که سالمند تمایلی به انجام آزمایش ندارد. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه تا تمایل به انجام آزمایش پیگیری کند (مزایای انجام آزمایش).

سالمند را از نظر ابتلا به سرطان کولورکتال طبقه بندی کنید

سالمند را با توجه به نشانه ها، عوامل خطر و نتایج آزمایش بشرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه (تغییر در اجابت مزاج، بی اشتها و کاهش وزن ناخواسته) یا خون مخفی در آزمایش مدفوع است در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به سرطان کولورکتال)" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید. این سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. **به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان کولورکتال را آموزش دهید.**

چنانچه سالمند فاقد نشانه و دارای حداقل یک عامل خطر (سابقه فامیلی سرطان کولورکتال، ابتلا به پولیپوز روده ای، بیماری های التهابی روده، سابقه ابتلا به سرطان روده) به همراه آزمایش طبیعی مدفوع از نظر خون مخفی است در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به سرطان کولورکتال" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان کولورکتال را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا ۶ ماه بعد تشویق کنید.

چنانچه سالمند فاقد نشانه و عامل خطر به همراه آزمایش طبیعی مدفوع از نظر خون مخفی است در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان کولورکتال را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی کنترل سالمند از نظر سرطان کولورکتال

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش غیر طبیعی یا • یک نشانه 	<ul style="list-style-type: none"> مشکل () ابتلا به سرطان) 	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید
<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش طبیعی و • حداقل یک عامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> در معرض خطر ابتلا به سرطان 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید. • سالمند را ۶ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید
<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش طبیعی و • بدون عامل خطر و • بدون نشانه 	<ul style="list-style-type: none"> فاقد مشکل 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی در سالمندان به منظور کنترل سرطان :

آموزش ها و توصیه ها مشابه با سرطان پستان است.

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به سرطان کولورکتال را بعد از ۶ ماه بشرح زیر پیگیری کنید:

- از سالمند در خصوص نشانه های بیماری سؤال کنید.
- برای سالمند آزمایش مدفوع از نظر خون مخفی را درخواست کنید.
- سالمند دارای نشانه یا آزمایش غیر طبیعی را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند بدون نشانه و دارای آزمایش طبیعی را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا ۶ ماه بعد تشویق کنید.
- از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها از سالمند و همراه وی سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید و چنانچه سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سرطان را آموزش دهید.

فصل پنجم: سقوط و عدم تعادل

بررسی سالمند از نظر سقوط و عدم تعادل

سالمند با احتمال سقوط و عدم تعادل را بشرح زیر ارزیابی کنید :

جدول ارزیابی سالمند از نظر سقوط و عدم تعادل

تست تعادل را برای سالمند تکمیل کنید		جمع بندی کنید
تست تعادل در وضعیت حرکت	تست تعادل در وضعیت ثابت	<p>عوامل خطر زیر را</p> <ul style="list-style-type: none"> • سن سالمند ۷۰ سال و بالاتر • سابقه سقوط، آرتروز، دمانس، کاهش بینایی، افسردگی • انجام ندادن فعالیتهای زیر بطور مستقل : حمام کردن ، لباس پوشیدن و در آوردن ، دستشویی رفتن، غذا خوردن ، استفاده از صندلی (زمین) و یا تختخواب (زمین) بدون استفاده از ابزار ، خرید کردن ، غذا پختن و مصرف دارو
فعالیت	فعالیت	
از سالمند بخواهید که ۱۲ قدم (۳ متر) بطرف جلو بردارد سپس ۱۸۰ درجه بچرخد و بطرف جای اول قدم بردارد.	ایستاده با چشم باز و پاهای چسبیده بهم	
	ایستاده با چشم های بسته و پاهای چسبیده بهم	
	ایستاده با چشم های باز و انگشتان پا چسبیده به کنار وسط پای دیگر	
	ایستاده با چشم های بسته و انگشتان پا چسبیده به کنار وسط پای دیگر	
از سالمند بخواهید در حالی که شمارش معکوس از عدد ۲۰ را می کند فعالیت فوق را انجام دهد یعنی ۱۲ قدم (۳ متر) بطرف جلو بردارد سپس ۱۸۰ درجه بچرخد و بطرف جای اول قدم بردارد.	ایستاده با چشم های باز و انگشتان پا چسبیده به پشت پاشنه پای دیگر	
	ایستاده با چشم های بسته و انگشتان پا چسبیده به پشت پاشنه پای دیگر	

برای سالمند عوامل خطر را جمع بندی و تست های تعادل در وضعیت ثابت و حرکت را باتوجه به جدول فوق تکمیل کنید:

تست تعادل در وضعیت ثابت

- از سالمند بخواهید ایستد و با چشمان باز پاهای خود را به هم بچسباند. در صورتی که بتواند به مدت ۱۰ ثانیه یا بیشتر به همین وضع باقی بماند و تعادل خود را حفظ کند تست را طبیعی ثبت کنید و در صورتی که سالمند نتواند در مدت زمان یاد شده تعادل خود را حفظ کند تست را غیر طبیعی ثبت کنید.
- از سالمند بخواهید در وضعیت ایستاده و پاهای بهم چسبیده چشمانش را ببندد. در صورتی که سالمند بتواند به مدت ۱۰ ثانیه یا بیشتر به همین وضع باقی بماند و تعادل خود را حفظ کند تست را طبیعی ثبت کنید و در صورتی که سالمند نتواند در مدت زمان یاد شده تعادل خود را حفظ کند تست را غیر طبیعی ثبت کنید.

۳. این بار از سالمند بخواهید با چشمان باز بایستد و انگشتان یک پا را به کنار وسط پای دیگر بچسباند. در صورتی که سالمند بتواند به مدت ۱۰ ثانیه یا بیشتر به همین وضع باقی بماند و تعادل خود را حفظ کند تست را طبیعی ثبت کنید و در صورتی که سالمند نتواند در مدت زمان یاد شده تعادل خود را حفظ کند تست را غیر طبیعی ثبت کنید.
۴. در این مرحله از سالمند بخواهید حرکت فوق را (ایستاده و انگشتان یک پا چسبیده به کنار وسط پای دیگر) با چشمان بسته انجام دهد. در صورتی که سالمند بتواند به مدت ۱۰ ثانیه یا بیشتر به همین وضع باقی بماند و تعادل خود را حفظ کند تست را طبیعی ثبت کنید و در صورتی که سالمند نتواند در مدت زمان یاد شده تعادل خود را حفظ کند تست را غیر طبیعی ثبت کنید.
۵. در ادامه از سالمند بخواهید با چشمان باز بایستد و انگشتان یک پا را به پشت پاشنه پای دیگر بچسباند. در صورتی که سالمند بتواند به مدت ۱۰ ثانیه یا بیشتر به همین وضع باقی بماند و تعادل خود را حفظ کند تست را طبیعی ثبت کنید و در صورتی که سالمند نتواند در مدت زمان یاد شده تعادل خود را حفظ کند تست را غیر طبیعی ثبت کنید.
۶. مجدداً از سالمند بخواهید حرکت فوق را (ایستاده و انگشتان یک پا را به پشت پاشنه پای دیگر بچسباند) با چشمان بسته انجام دهد. در صورتی که سالمند بتواند به مدت ۱۰ ثانیه یا بیشتر به همین وضع باقی بماند و تعادل خود را حفظ کند تست را طبیعی ثبت کنید و در صورتی که سالمند نتواند در مدت زمان یاد شده تعادل خود را حفظ کند تست را غیر طبیعی ثبت کنید.

تست تعادل در وضعیت حرکت

- از سالمند بخواهید از جایی که ایستاده به اندازه ۱۲ قدم (۳ متر) بطرف جلو حرکت کند، سپس کاملاً دور زده (۱۸۰ درجه) و به جای اول برگردد. زمان انجام این فعالیت را برای سالمند اندازه گیری و یادداشت کنید.
- از سالمند بخواهید از جایی که ایستاده به اندازه ۱۲ قدم (۳ متر) بطرف جلو حرکت کند، سپس کاملاً دور زده (۱۸۰ درجه) و به جای اول برگردد و این کار در حالی که اعداد را از ۲۰ بصورت معکوس شمارش می کند انجام دهد. زمان انجام این فعالیت را برای سالمند اندازه گیری و یادداشت کنید.
- چنانچه زمان انجام این دو فعالیت یکسان است تست تعادل در حال حرکت را طبیعی ثبت کنید و در غیر این صورت تست تعادل در حال حرکت را غیر طبیعی ثبت کنید.

سالمند را از نظر سقوط و عدم تعادل طبقه بندی کنید

دقت کنید سالمندی که به پزشک ارجاع شده است دارای حداقل یک عامل خطر یا تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت ثابت یا تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت حرکت است لذا سالمند را با توجه به جمع بندی عوامل خطر و تست های انجام شده بشرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه سالمند دارای حداقل یک مورد غیر طبیعی در تست تعادل در وضعیت ثابت (۱ یا ۲ یا ۳ یا ۴ یا ۵ یا ۶) یا تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت حرکت است در طبقه بندی "مشکل (سقوط)" قرار می گیرد. دقت کنید چنانچه اولین تست تعادل در وضعیت ثابت مختل می شود بقیه تست های تعادل در وضعیت ثابت را ادامه ندهید و تست های تعادل در وضعیت دینامیک را برای سالمند ادامه دهید. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه سالمند دارای تست طبیعی تعادل در وضعیت ثابت (۱ یا ۲ یا ۳ یا ۴ یا ۵ یا ۶) و تست طبیعی تعادل در وضعیت حرکت و حداقل یک عامل خطر است در طبقه بندی "در معرض خطر سقوط" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در

خصوصاً راه‌های پیشگیری از سقوط آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. سالمند را برای مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا ۳ ماه بعد تشویق کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید تا سالمند را هر ماه پیگیری و مراقبت ویژه کند و ۳ ماه بعد به پزشک ارجاع دهد.

چنانچه سالمند دارای تست طبیعی تعادل در وضعیت ثابت (۱ یا ۲ یا ۳ یا ۴ یا ۵ یا ۶) و تست طبیعی تعادل در وضعیت حرکت و فاقد عامل خطر است در طبقه بندی "فاقد مشکل (سقوط)" قرار می‌گیرد. به سالمند و همراه وی در خصوص راه‌های پیشگیری از سقوط آموزش دهید. سالمند را برای مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا یک سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر سقوط و عدم تعادل

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • حداقل یک مورد غیر طبیعی در تست تعادل در وضعیت ثابت یا • تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت حرکت 	<ul style="list-style-type: none"> مشکل (خطر سقوط) 	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • تست های طبیعی تعادل در وضعیت ثابت و • تست طبیعی تعادل در وضعیت حرکت و • حداقل یک عامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> در معرض خطر سقوط 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید. • سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر تشویق کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • تست های طبیعی تعادل در وضعیت ثابت و • تست طبیعی تعادل در وضعیت حرکت و • بدون عامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> فاقد مشکل 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید. • سالمند را برای مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا در سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی به منظور کنترل سقوط و حفظ تعادل:

انجام تمرینات بدنی تعادل بر اساس کتاب جلد یک مجموعه آموزشی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی

پیشگیری از سقوط در راه پله

- ثابت کردن **کف پوش پله ها** به وسیله گیره های مخصوص به پله (چین نخورد و کشیده نشود)
- استفاده از **زنده پله و یا میله** نصب شده بر روی دیوار در زمان بالارفتن از پله
- **چراغ روشن** کردن در راه پله و پاگرد هنگام بالا و پایین رفتن از پله ها
- چسباندن **نوار رنگی** یا رنگ کردن لبه پله اول و پله آخر
- عاری کردن راه پله ها از هر گونه **وسایل اضافی**

پیشگیری از زمین خوردن در آشپزخانه

- **لیز** نبودن کف پوش آشپزخانه
- استفاده نکردن از **واکس های براق** کننده کف آشپزخانه
- **خشک و تمیز** بودن کف آشپزخانه

پیشگیری از زمین خوردن در حمام

- استفاده از **دمپایی های** غیر ابری و غیر لیز برای حمام
- استفاده از **پادری های پلاستیکی** مخصوص برای کف حمام

- استفاده از یک **صندلی یا چهارپایه** برای زیر دوش و با دوش دستی در صورت نشستن در حمام
- استفاده از میله های نصب شده را بر روی دیوار حمام به عنوان **دستگیره**

پیشگیری از زمین خوردن در اتاق

- نصب **کلید برق** اتاق در نزدیک ترین محل به درب ورودی
- قرار دادن **تلفن** در نزدیکی محل خواب و نشستن
- گیر نکردن لبه های **فرش** به پا
- پرهیز از پهن کردن پتو یا **روفرشی** بر روی فرش
- قرار ندادن **وسایل خانه** بخصوص در مسیر اتاق خواب به توالت و آشپزخانه
- رد کردن **سیم** وسایل برقی مثل تلویزیون رادیو و... از کنار دیوار
- استفاده از **نور مناسب** برای روشنایی اتاق در موقع خواب شب
- استفاده از **تخت خواب** با ارتفاع مناسب (هر دو پای سالمند به زمین)

اصول کلی پیشگیری از زمین خوردن و سقوط

- استفاده از **صندلی** با پایه ثابت برای نشستن و اجتناب از نشستن بر روی صندلی چرخ دار
- پرهیز از پوشیدن **لباس** های بلند
- پرهیز از پوشیدن **دمپایی**
- خودداری از بالا رفتن از **نردبان** یا ایستادن روی چهار پایه
- صحیح بکار بردن وسایل کمکی برای راه رفتن مثل **عصا و واکر** در صورت استفاده از آن ها
- نزدیک به دیوار قرار گرفتن در موقع **قدم زدن** بویژه در فضای باز
- استفاده از **عینک** مناسب نمره برای اصلاح بینایی خود
- خودداری از **حمل** بسته های زیاد بطور همزمان

پیگیری

سالمند در معرض خطر سقوط را بعد از ۳ ماه شرح زیر پیگیری کنید:

تست های تعادل در وضعیت حرکت و وضعیت ثابت را برای سالمند تکمیل کنید.

- چنانچه تست های تعادل در وضعیت های حرکت و ثابت طبیعی هستند از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها از سالمند و همراه وی سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید و چنانچه سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ماهانه سالمند را پیگیری و مراقبت ویژه کند و ۳ ماهانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.
- چنانچه تست تعادل در وضعیت حرکت یا تست تعادل در وضعیت ثابت غیر طبیعی است از سالمند و همراه وی سؤال در خصوص عمل به توصیه ها کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید و چنانچه سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید. سالمند را به **متخصص ارجاع غیر فوری** دهید.

فصل ششم: اختلالات روانی

- بررسی سالمند از نظر ابتلا به افسردگی، اختلالات دو قطبی، سایکوز و اورژانس های روان پزشکی سالمند با احتمال ابتلا به افسردگی را بشرح زیر ارزیابی کنید:
دقت کنید سالمندی که به نزد پزشک ارجاع شده است حداقل یکی از نشانه های افسردگی (احساس غم و افسردگی، احساس کاهش شادی، احساس کاهش علاقه) را به مدت دو هفته یا دلشوره و اضطراب را دارد.
جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به افسردگی، اختلالات دو قطبی، سایکوز و اورژانس های روان پزشکی

از سالمند یا همراه وی نشانه های زیر را سؤال کنید	از سالمند (با حداقل یک نشانه افسردگی) یا همراه وی نشانه های زیر را سؤال و بررسی کنید
<p>افسردگی</p> <ul style="list-style-type: none"> • کاهش یا افزایش اشتها • کاهش یا افزایش خواب • عدم توان انجام فعالیت های معمولی به علت احساس خستگی (پرسش در مورد انرژی) • خسته شدن از زندگی (پرسش در مورد افکار مرگ) 	<p>اورژانس های روان پزشکی</p> <ul style="list-style-type: none"> • افکار خودکشی، سابقه اقدام به آن یا طرح جدی برای آن • آسیب به دیگران • رفتار های تهاجمی شدید • بی قراری شدید • ارتباط نداشتن با دیگران • اختلال جدی در غذا خوردن
<p>مانیا را (سابقه یا ابتلا به آن)</p> <ul style="list-style-type: none"> • تکلم سریع • خود بزرگ بینی (افزایش اعتماد به نفس) • رفتار های بی مهابا <p>سایکوز را (سابقه یا ابتلا به آن)</p> <ul style="list-style-type: none"> • توهمات شنیداری • ترس ها یا عقاید عجیب و غریب 	<p>در صورتی که سالمند یکی از نشانه های افسردگی را حداقل به مدت دو هفته دارد و فاقد نشانه های اورژانس روان پزشکی است آزمایشات CBC, AST, ALT, TSH, T4 را برای سالمند درخواست کنید.</p>

افسردگی: در صورت پاسخ بلی به هر یک از نشانه های افسردگی مدت زمان آن را سؤال کنید چنانچه حداقل به مدت دو هفته برای اکثر ساعات روز و اکثر روز های هفته وجود دارد آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه از سوالات افسردگی است سوالات زیر را از وی سؤال کنید

افکار خودکشی: چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه افسردگی است از وی در مورد افکار خودکشی سؤال کنید. پاسخ مثبت را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

سابقه اقدام به خودکشی یا طرح جدی برای خودکشی: از سالمند "با افکار خودکشی" سؤال کنید آیا تا بحال اقدام به خودکشی کرده است در صورت پاسخ منفی از سالمند در مورد نقشه یا برنامه ریزی جدی یا طرح عملی برای خودکشی سؤال کنید پاسخ مثبت را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

آسیب رساندن به دیگران: از سالمند یا همراه وی در مورد افکار آسیب رساندن به دیگران یا اقدام جدی به آن سؤال کنید. پاسخ مثبت به هر یک را یک نشانه لحاظ کنید.

رفتار های تهاجمی شدید: به عنوان مثال چنانچه همراه سالمند اظهار می کند که سالمند در مقابل کوچکترین چیزی شروع به جیغ و داد و فریاد زدن و پرتاب کردن وسایل و شکستن اشیاء می کند و با صحبت کردن نیز تغییری در وضعیت رفتاری سالمند مشاهده نمی شود آن را یک نشانه محسوب کنید.

بی قراری شدید: چنانچه سالمند مرتب در حال تغییر از نشستن به ایستادن یا بالعکس است و آرامش و سکون ندارد و مرتب حرف از رفتن می زند و با صحبت کردن نیز تغییری در وضع وی حاصل نمی شود آن را یک نشانه لحاظ کنید.

ارتباط نداشتن سالمند با دیگران: از همراه سالمند در مورد ارتباط نداشتن سالمند با دیگران سؤال کنید در صورتی که سالمند حرکت و فعالیت فیزیکی ندارد و با دیگران صحبت نمی کند. آن را به عنوان یک نشانه تلقی کنید.

اختلال جدی در غذا خوردن: از همراه وی در مورد خوردن و آشامیدن سؤال کنید چنانچه سالمند از خوردن و آشامیدن امتناع می کند آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

تکلم سریع: چنانچه سالمند پست سرهم، سریع و نامفهوم صحبت می کند یا همراه سالمند سابقه آن را عنوان می کند آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

خود بزرگ بینی (اعتماد به نفس خیلی زیاد): چنانچه سالمند به عنوان مثال می گوید قادر است جهان را اصلاح کند و همه را به راه راست هدایت کند یا همراه سالمند سابقه آن را عنوان می کند آن را به عنوان یک نشانه قلمداد کنید.

رفتار های بی مهابا: چنانچه همراه سالمند به عنوان مثال می گوید سالمند بدون توجه به ماشین ها از خیابان عبور می کند. آن را به عنوان یک نشانه لحاظ کنید.

توهمات شنیداری: چنانچه به عنوان مثال سالمند می گوید که از کانال کولر صدای پیچ و حرف می شنود آن را به عنوان یک نشانه منظور کنید.

ترس ها یا عقاید عجیب و غریب: چنانچه به عنوان مثال سالمند می گوید که دیگران وی را تحت نظر دارند و یا همسایگان قصد دارند که وی را مسموم کنند. آن را به عنوان یک نشانه لحاظ کنید.

در صورتی که پاسخ سالمند به همه سؤالات مانیا و سایکوز فوق منفی است یعنی سالمند فقط افسردگی دارد آزمایشات مندرج در جدول را برای سالمند درخواست کنید و از سالمند بخواهید به محض آماده شدن جواب آزمایشات به پزشک مراجعه کند و تا زمان مراجعه به توصیه های ارایه شده در زمینه مقابله با استرس، تمرینات آرام سازی و مصرف مرتب و صحیح دارو های تجویز شده عمل کند.

سالمند را از نظر ابتلا به افسردگی، اختلالات دو قطبی، سایکوز و اورژانس های پزشکی طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را با توجه به جدول ارزیابی از نظر ابتلا به افسردگی، اختلالات دو قطبی، سایکوز و اورژانس های پزشکی بشرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه سالمند با افکار خودکشی تا بحال اقدام به خودکشی کرده و یا طرح جدی در این زمینه یا اقدام جدی برای آسیب به دیگران داشته یا بیقراری شدید یا رفتارهای تهاجمی شدید دارد در طبقه بندی "مشکل جدی" قرار می گیرد. سالمند را به بخش روان پزشکی ارجاع فوری دهید.

چنانچه سالمند با افکار خودکشی بدون اقدام به خودکشی یا طرح جدی برای آن دچار اختلال جدی در غذا خوردن یا ارتباط نداشتن با دیگران (بی حرکتی و صحبت نکردن) است در طبقه بندی "مشکل جدی" قرار می گیرد. سالمند را به روان پزشک ارجاع فوری دهید.

چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه افسردگی به همراه حداقل یک نشانه مانیا (تکلم سریع، خود بزرگ بینی، رفتار های بی مهابا) یا حداقل یک نشانه سایکوز (توهمات شنوایی، ترس ها و عقاید عجیب و غریب) است در طبقه بندی "مشکل (احتمال ابتلا به افسردگی پیشرفته)" قرار می گیرد. سالمند را به روان پزشک ارجاع غیرفوری دهید.

چنانچه سالمند فاقد نشانه های مانیا و سایکوز دارای حداقل یک نشانه افسردگی و حداقل یک مورد از آزمایشات وی غیر طبیعی است در طبقه بندی "مشکل" قرار می گیرد. سالمند را به متخصص داخلی ارجاع غیرفوری دهید.

چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه افسردگی به همراه آزمایشات طبیعی است این سالمند در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به افسردگی پیشرفته" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های کنترل استرس و اضطراب آموزش دهید. سالمند را ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

چنانچه سالمند بدون نشانه افسردگی به همراه آزمایشات طبیعی است در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های کنترل استرس و اضطراب آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ۳ ماهانه سالمند را پیگیری و مراقبت ویژه کند و در صورت بروز نشانه یا سال بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر ابتلا به افسردگی، اختلالات دو قطبی، سایکوز و اورژانس های پزشکی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> افکار خودکشی به همراه اقدام جدی برای خودکشی یا اقدام جدی برای آسیب به دیگران یا بیقراری شدید یا رفتارهای تهاجمی شدید 	مشکل جدی	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را به بخش روان پزشکی ارجاع فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> افکار خودکشی یا اختلال جدی در غذا خوردن یا ارتباط نداشتن با اطرافیان 	مشکل جدی	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را به روان پزشک ارجاع فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> حداقل یک نشانه افسردگی به همراه حداقل یک نشانه مانیا یا حداقل یک نشانه افسردگی به همراه حداقل یک نشانه سایکوز 	مشکل (احتمال ابتلا به افسردگی پیشرفته)	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید سالمند را به روان پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> حداقل یک نشانه افسردگی و حداقل یک مورد آزمایش غیر طبیعی 	مشکل	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را به متخصص داخلی ارجاع غیر فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> حداقل یک نشانه افسردگی و آزمایشات طبیعی 	در معرض خطر ابتلا به افسردگی پیشرفته	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را بر اساس چارت درمان کنید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
<ul style="list-style-type: none"> بدون نشانه افسردگی و آزمایشات طبیعی 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی راه های کنترل استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با افسردگی:

به سالمند توصیه کنید زمانی که دچار استرس و یا اضطراب و دلشوره می شود اقدامات زیر را انجام دهد:

- درخواست کمک از دیگران زمانی که به کمک نیاز دارد
- مشغول شدن به انجام کاری در خانه ترجیحا کار مورد علاقه مثل تلویزیون نگاه کردن، کتاب خواندن، باغبانی کردن و...
- صحبت کردن با دوستان و اقوام
- دیدن دوستان و آشنایان
- خارج شدن از خانه برای مدت کوتاهی و دیدن مغازه ها و یا قدم زدن در پارک
- ورزش کردن
- انجام تمرینات آرام سازی همانگونه که در بخش بیماری های قلب و عروق آمده است

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به افسردگی پیشرفته را پس از یک ماه پیگیری کنید:

نشانه های افسردگی را از سالمند سؤال کنید:

۱. در صورتی که سالمند به درمان پاسخ نداده است و نشانه های قبلی همچنان وجود دارند از سالمند در خصوص شیوه زندگی و عمل به توصیه ها و مصرف دارو و عوارض دارویی سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی نداشته است. به سالمند و همراه وی در خصوص راه های کنترل استرس و مصرف صحیح دارو آموزش دهید. در صورتی که سالمند عوارض دارویی ندارد و یا عوارض دارویی قابل کنترل دارد دوز دارو را افزایش دهید. چنانچه سالمند دارای عوارض دارویی غیر قابل کنترل است دارو را تغییر دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید:

• در صورت عدم پاسخ به درمان **سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری**

دهید.

• در صورت پاسخ به درمان و عوارض دارویی قابل کنترل درمان را ادامه دهید اگر پاسخ نسبی است ماه بعد و اگر پاسخ به درمان کامل است سالمند را دو ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه برای قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ماهانه سالمند را مراقبت ویژه کند و پس از ۲ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه عوارض دارویی غیر قابل کنترل است **سالمند را به روانپزشک**

ارجاع غیر فوری دهید.

۲. در صورتی که سالمند به درمان پاسخ نسبی داده است یعنی نشانه های قبلی کاهش یافته ولی کاملا از بین نرفته است از سالمند در خصوص شیوه زندگی و عمل به توصیه ها و مصرف دارو و عوارض دارویی سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در صورتی که سالمند

عملکرد صحیحی نداشته است. به سالمند و همراه وی در خصوص راه های کنترل استرس و مصرف صحیح دارو آموزش دهید. چنانچه سالمند دارای عوارض دارویی غیر قابل کنترل است دارو را تغییر دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید:

- در صورت عدم پیشرفت درمان، دوز دارو را افزایش دهید و سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید در صورت عدم پیشرفت **سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید** و در صورت پاسخ به درمان (بهبودی کامل) و عوارض دارویی قابل کنترل، درمان را ادامه دهید و سالمند هر دو ماه پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه برای قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ماهانه سالمند را مراقبت ویژه کند و پس از ۲ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه عوارض دارویی غیر قابل کنترل است **سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.**

- در صورت پاسخ به درمان و عوارض دارویی قابل کنترل، درمان را ادامه دهید اگر پاسخ نسبی (پیشرفت درمان) است ماه بعد و اگر پاسخ به درمان کامل است سالمند را دو ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه برای قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ماهانه سالمند را مراقبت ویژه کند و پس از ۲ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه عوارض دارویی غیر قابل کنترل است **سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.**

۳. در صورتی که سالمند به درمان پاسخ داده است و کاملاً بهبود یافته است یعنی مشکلات قبلی (پاسخ های بلی به سؤالات) کاملاً از بین رفته است از سالمند در خصوص شیوه زندگی و عمل به توصیه ها و مصرف دارو و عوارض دارویی سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی در خصوص راه های کنترل استرس و مصرف صحیح دارو آموزش دهید. در صورتی که سالمند عوارض دارویی ندارد و یا عوارض دارویی قابل کنترل دارد درمان را ادامه دهید. سالمند را دو ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه جهت قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ماهانه سالمند را مراقبت ویژه کند و پس از ۲ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه سالمند دارای عوارض دارویی غیر قابل کنترل است دارو را تغییر دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

درمان

برای درمان دارویی ابتدا از داروی فلوکسیتین ۱۰ میلی گرم یک روز در میان در هفته اول و روزانه در هفته دوم شروع کنید. در صورتی که سالمند به درمان پاسخ ندهد دارو را تا ۲۰ و سپس تا ۴۰ میلی گرم در صورت پاسخ ندادن به درمان افزایش دهید. در صورتی که سالمند به افزایش دارو پاسخ ندهد به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید و در صورتی که به افزایش دارو پاسخ بدهد درمان را ادامه دهید و سالمند را ۶ ماه بعد برای قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. در صورت برخورد با عوارض دارویی غیر قابل کنترل از نور تریپتیلین یک قرص ۲۵ میلی گرمی در شب به مدت ۳ شب و پس از آن دو قرص (۵۰ میلی گرم) استفاده کنید. در صورت برخورد با عوارض دارویی قابل کنترل درمان را ادامه دهید و چنانچه با عوارض دارویی غیر قابل کنترل مواجه می شوید به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.

در زمان درمان موارد زیر را دقت کنید:

چنانچه سالمند افسردگی را به همراه عصبانیت دارد چنانچه پاسخ به درمان حداقل یک ماه پس از درمان با فلوکستین وجود ندارد علاوه بر داروهای ضد افسردگی از هالوپریدول ۰/۵ میلی گرم یک بار در روز نیز استفاده کنید.

چنانچه سالمند افسردگی را به همراه بیقراری و دلشوره دارد چنانچه پاسخ به درمان حداقل یک ماه پس از درمان با فلوکستین وجود ندارد علاوه بر داروهای ضد افسردگی از لورازپام ۱-۲ میلی گرم یک تا دو بار در روز نیز استفاده کنید.

چنانچه سالمند افسردگی را به همراه کم خوابی دارد با عنایت به اثرات سداتیو دارو چنانچه پاسخ به درمان حداقل یک ماه پس از درمان با فلوکستین وجود ندارد علاوه بر داروهای ضد افسردگی از لورازپام ۱-۲ میلی گرم یک ساعت قبل از خواب شب نیز استفاده کنید.

عوارض دارویی فلوکستین

عارضه گوارشی (درد، نفخ، تهوع و اسهال)

بیقراری و اضطراب (شایع ترین عارضه در سالمندان)

خواب آلودگی

در صورت بروز عارضه گوارشی در سالمند اقدامات زیر را انجام دهید:

۱. دوز دارو را به نصف کاهش دهید.

۲. دوز دارو را تدریجی تر و در زمان طولانی تر افزایش دهید.

در صورت بروز عارضه بیقراری و اضطراب ابتدا دوز دارو را کاهش دهید و در صورت عدم پاسخ پس از یک ماه برای سالمند ۵ تا ۱۰ میلی گرم کلردیازپوکساید تجویز کنید و در صورت پاسخ بتدریج داروی یاد شده را در مدت یک ماه قطع کنید.

در صورت بروز عارضه خواب آلودگی به سالمند آموزش دهید که دارو را در هنگام شب مصرف کند.

چنانچه عوارض دارویی با اقدامات فوق کاهش (قابل تحمل) و یا حذف می گردد عوارض دارویی قابل کنترل اطلاق می گردد. در این شرایط نیازی به تغییر دارو ندارد.

چنانچه عوارض دارویی با اقدامات فوق کاهش (قابل تحمل) و یا حذف نمی گردد عوارض دارویی غیر قابل کنترل اطلاق می گردد. در این شرایط باید دارو را تغییر دهید و از داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای (نور تریپتیلین، آمی

تریپتیلین، ایمی پرامین، دزیپرامین و تریمپرامین) استفاده کنید. **دقت کنید داروهای یاد شده در بلوک قلبی، انفارکتوس**

اخیر قلبی، گلوکوم با زاویه بسته و هیپرتروفی پروستات منع مصرف مطلق دارد.

عوارض دارویی نورتریپتیلین

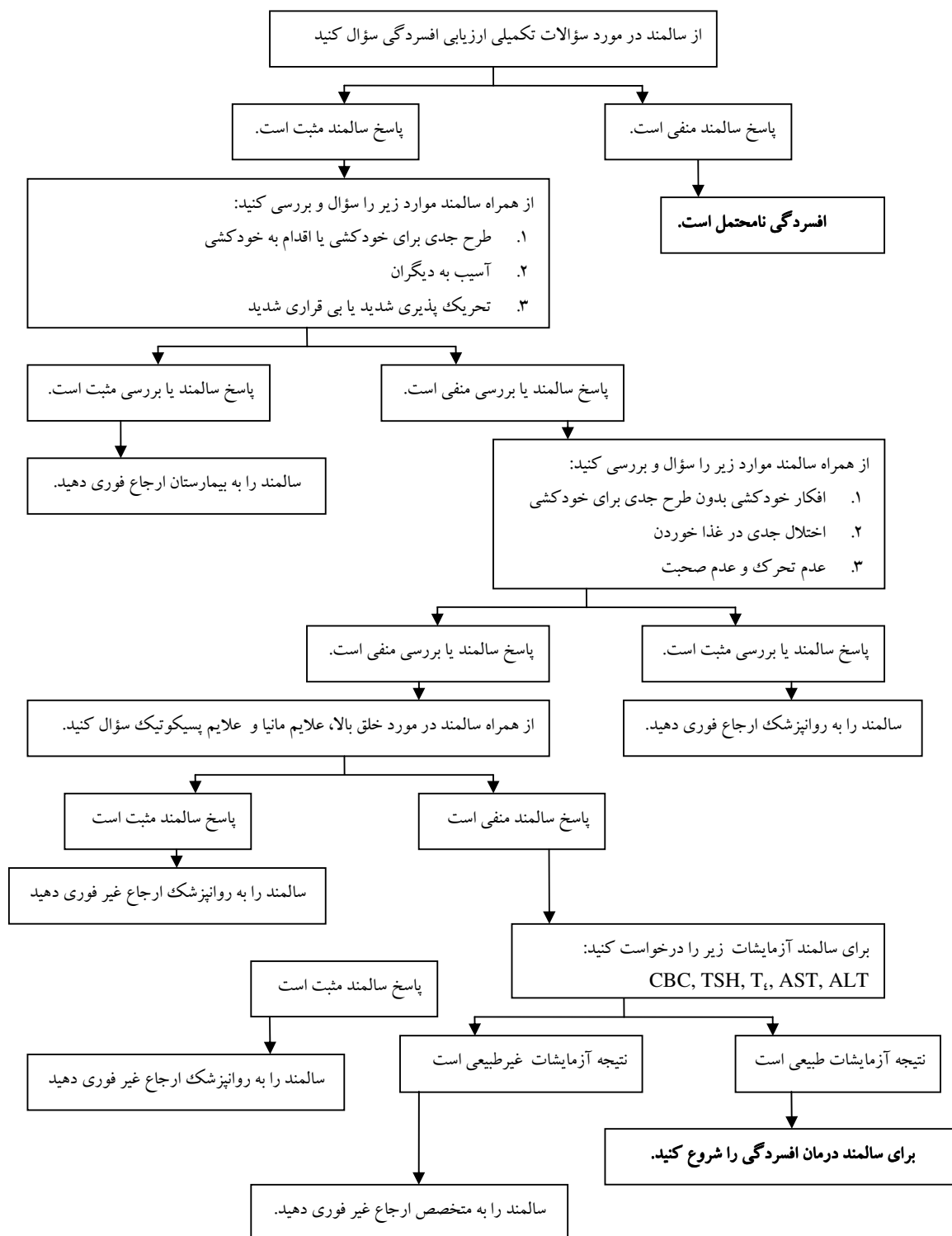
این عوارض شامل بیوست، خواب آلودگی، احتباس ادراری، تاری دید و دلیریوم است.

در صورت بروز عارضه اول دوز دارو را کاهش دهید در صورتی که عوارض یاد شده به کاهش دوز دارو جواب می دهد عوارض قابل کنترل اطلاق می گردد. در این شرایط درمان دارویی را ادامه دهید. چنانچه عوارض یاد شده به کاهش دوز دارو جواب نمی دهد عوارض غیر قابل کنترل اطلاق می گردد در این حالت و یا در صورت بروز دلیریوم دارو را قطع کنید و سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

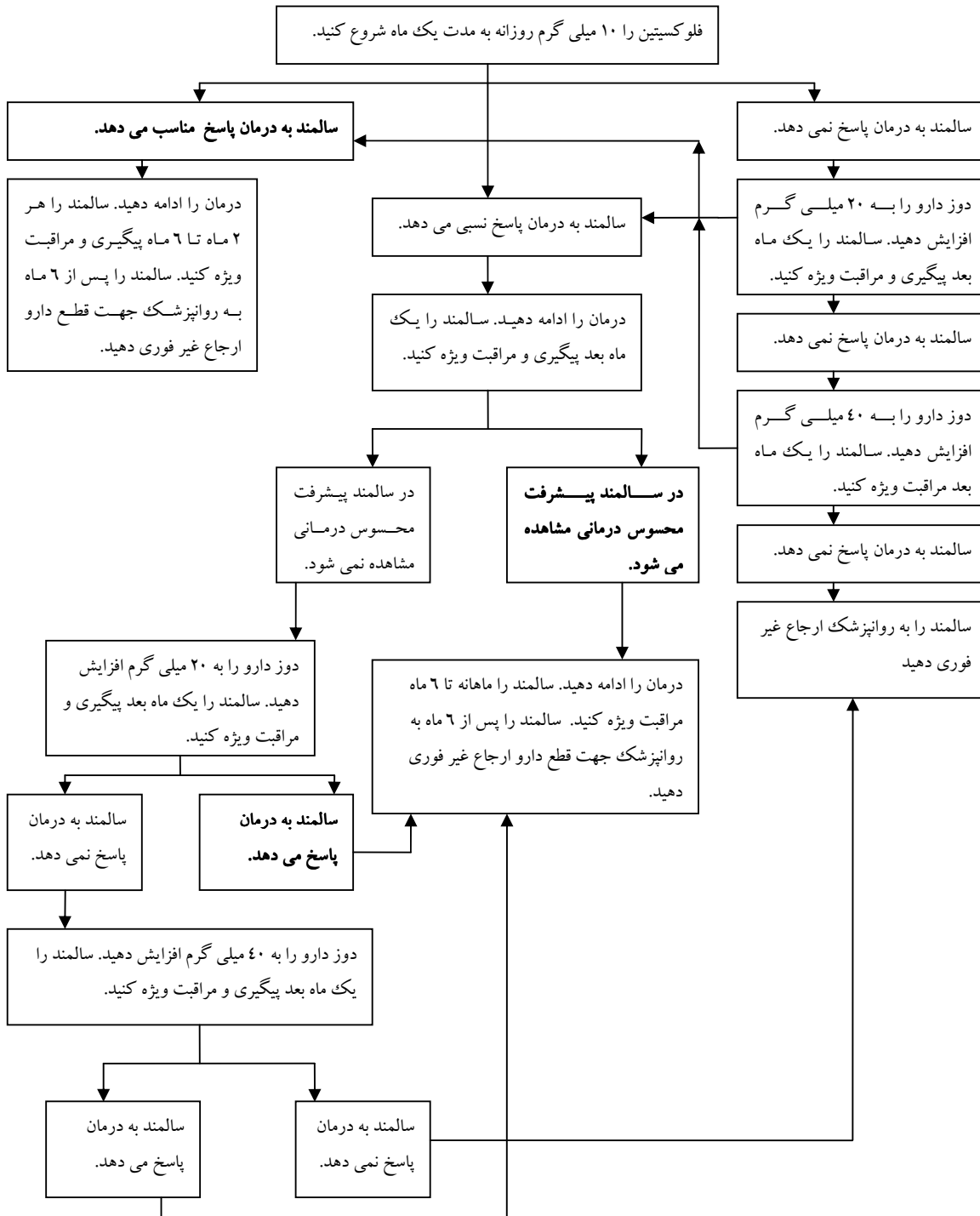
در صورتی که سالمند مبتلا به بیماری افسردگی است و تحت درمان دارویی ضد افسردگی قرار دارد نیازی به ارایه مراقبت های

ادغام یافته از نظر اضطراب و اختلال خواب ندارد. زیرا درمان افسردگی، اضطراب و اختلال خواب را هم پوشش می دهد.

الگوریتم تشخیصی اختلالات افسردگی در سالمندان



الگوریتم درمانی افسردگی در سالمندان



فصل ششم: اختلالات روانی

• بررسی سالمند از نظر اختلالات اضطرابی

دقت کنید سالمندی که به پزشک ارجاع شده است علاوه بر احساس دلشوره و اضطراب حداقل یکی از نشانه ها یا علائم اضطراب را دارد. سالمند با احتمال ابتلا به اضطراب را بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به اختلالات اضطرابی

جمع بندی کنید	
نشانه های اضطراب <ul style="list-style-type: none">• کشش و یا درد عضلانی• اختلال در خواب• اشکال در تفکر و تمرکز• احساس خستگی زودرس• تحریک پذیری	علائم اضطراب <ul style="list-style-type: none">• تحریک پذیری• بی قراری
نشانه اختلال وسواسی جبری <ul style="list-style-type: none">• وسواس	

نشانه های مندرج در فرم مراقبت و ارجاع ارسالی از سوی تیم غیر پزشک را بررسی و جمع بندی کنید. **اضطراب منتشر:** در صورتی که سالمند هر یک از نشانه ها یا علائم اضطراب را به مدت ۶ ماه دارد یک نشانه اضطراب منتشر محسوب می شود. داشتن حداقل ۳ نشانه آن به مفهوم ابتلای سالمند به اضطراب منتشر است. **اضطراب خفیف تا متوسط:** در صورتی که سالمند هر یک از نشانه ها یا علائم اضطراب را به مدت کمتر از ۶ ماه دارد به عنوان یک نشانه اضطراب خفیف تا متوسط لحاظ کنید. داشتن حداقل یک نشانه اضطراب خفیف تا متوسط به معنای ابتلای سالمند به اضطراب خفیف تا متوسط است.

سالمند را از نظر ابتلا به اختلالات اضطرابی طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را با توجه به جمع بندی از نظر ابتلا به اختلالات اضطرابی بشرح زیر طبقه بندی کنید: **چنانچه سالمند دارای حداقل ۳ نشانه اضطراب منتشر است در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به اضطراب منتشر شدید"** قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تمرینات آرام سازی و راه های مقابله با استرس را آموزش دهید. سالمند را مطابق چارت تحت درمان دارویی قرار دهید. سالمند را **یک ماه بعد** پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

چنانچه سالمند دارای نشانه وسواس یا حداقل یک نشانه اضطراب است در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به اختلال وسواسی جبری پیشرفته یا اضطراب منتشر" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تمرینات آرام سازی و راه های مقابله با استرس را آموزش دهید. سالمند را تحت درمان غیردارویی قرار دهید. سالمند را **یک ماه بعد** پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

اگر سالمند بدون نشانه است در طبقه بندی **"فاقد مشکل"** قرار می گیرد. به این سالمند و همراه وی تمرینات آرام سازی و راه های مقابله با استرس را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر اختلالات اضطرابی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• حداقل ۳ نشانه اضطراب منتشر	در معرض خطر ابتلا به اضطراب منتشر شدید	• به سالمند و همراه وی تمرینات آرام سازی و راه های مقابله با استرس را آموزش دهید. • سالمند را بر طبق چارت تحت درمان دارویی قرار دهید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
• حداقل یک نشانه	در معرض خطر ابتلا به اختلال وسواسی جبری پیشرفته یا اضطراب منتشر	• به سالمند و همراه وی تمرینات آرام سازی و راه های مقابله با استرس را آموزش دهید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
• بدون نشانه	فاقد مشکل	• به سالمند و همراه وی تمرینات آرام سازی و راه های مقابله با استرس را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با اضطراب :

مشابه با افسردگی است

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به اضطراب منتشر شدید را پس از یک ماه درمان دارویی بشرح زیر پیگیری کنید:

از سالمند در خصوص نشانه های بیماری سؤال کنید و علائم بیماری را در سالمند بررسی کنید:

- در صورت پاسخ مطلوب به درمان از سالمند و یا همراه وی در خصوص عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالمند و مصرف دارو سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل تشویق نمایید. در صورتی که سالمند عملکرد صحیح نداشته است به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو را آموزش دهید. در صورت نبود عوارض دارویی یا قابل کنترل بودن آن، درمان را ادامه دهید. سالمند را هر دو ماه پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه درمان برای قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید. در صورت عوارض دارویی غیر قابل کنترل دارو را تغییر دهید و سالمند را یک ماه بعد بشرح زیر پیگیری و مراقبت ویژه کنید:

- در صورتی که پاسخ به درمان مطلوب باقی مانده است درمان دارویی را در صورت نبود عوارض دارویی یا قابل کنترل بودن آن، ادامه دهید. سالمند را هر دو ماه پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه درمان برای قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

- در صورتی که پاسخ به درمان مطلوب باقی نمانده است یا مطلوب باقی مانده ولی به همراه عوارض دارویی غیر قابل کنترل است سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.

۲. در صورت پاسخ نامطلوب به درمان از سالمند و یا همراه وی در خصوص عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالمند و مصرف دارو سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل تشویق نمایید. در صورتی که سالمند عملکرد صحیح نداشته است به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی و مصرف صحیح دارو را آموزش دهید. در صورت نبود عوارض دارویی یا قابل کنترل بودن آن دوز دارو را افزایش دهید و در صورت عوارض دارویی غیر قابل کنترل دارو را تغییر دهید. سالمند را **یک ماه** بعد بشرح زیر پیگیری و مراقبت ویژه کنید:

- چنانچه پاسخ به درمان مطلوب نیست یا پاسخ به درمان مطلوب است و سالمند دچار عوارض دارویی غیر قابل کنترل است سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.

- در صورتی که پاسخ به درمان مطلوب است درمان دارویی را در صورت نبود عوارض دارویی یا قابل کنترل بودن آن ادامه دهید و سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. سالمند را هر دو ماه پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه درمان برای قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید. سالمند در معرض خطر ابتلا به اضطراب منتشر یا اختلال وسواسی جبری پیشرفته را پس از **یک ماه** درمان غیر دارویی بشرح زیر پیگیری کنید:

۱. از سالمند در خصوص نشانه های بیماری سؤال کنید و علایم بیماری را در سالمند بررسی کنید: در صورت پاسخ مطلوب به درمان از سالمند و یا همراه وی در خصوص عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالمند و تمرینات آرام سازی سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل تشویق نمایید. در صورتی که سالمند عملکرد صحیح نداشته است به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. درمان غیر دارویی را ادامه دهید. سالمند را هر دو ماه پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

۲. در صورت پاسخ نامطلوب به درمان از سالمند و یا همراه وی در خصوص عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالمند و تمرینات آرام سازی سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیح داشته است سالمند را به ادامه عمل تشویق نمایید. در صورتی که سالمند عملکرد صحیح نداشته است به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. درمان دارویی را برای سالمند شروع کنید. سالمند را **یک ماه** بعد بشرح زیر پیگیری و مراقبت ویژه کنید:

- در صورتی که پاسخ به درمان مطلوب است درمان دارویی را در صورت نبود عوارض دارویی یا قابل کنترل بودن آن، ادامه دهید. سالمند را هر دو ماه پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه درمان برای قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

- در صورتی که پاسخ به درمان مطلوب نیست در صورت نبود عوارض دارویی یا قابل کنترل بودن آن دوز دارو را افزایش دهید و در صورت عوارض دارویی غیر قابل کنترل دارو را تغییر دهید. سالمند را **یک ماه** بعد بشرح زیر پیگیری و مراقبت ویژه کنید:

- چنانچه پاسخ به درمان مطلوب نیست یا پاسخ به درمان مطلوب است و سالمند دچار عوارض دارویی غیر قابل کنترل است **سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.**

- در صورتی که پاسخ به درمان مطلوب است درمان دارویی را در صورت نبود عوارض دارویی یا قابل کنترل بودن آن ادامه دهید. سالمند را هر دو ماه پیگیری و مراقبت ویژه کنید و پس از ۶ ماه درمان برای قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

درمان

برای سالمند مبتلا به اضطراب منتشر از فلوکسیتین ۱۰ میلی گرم یک روز در میان در هفته اول و از هفته دوم به بعد پس از صبحانه به همراه کلردیازپوکساید ۱۰-۵ میلی گرم روزانه به مدت یک ماه استفاده کنید. برای سالمند مبتلا به اضطراب خفیف تا متوسط از بنزودیازپین با نیمه عمر کوتاه تر مثل کلردیازپوکساید ۵ میلی گرم دو بار در روز یا نصف قرص اکسازپام استفاده کنید در صورتی که پاسخ ندهد از اکسازپام با دوز حداکثر ۱۰ میلی گرم استفاده کنید. برای سالمند مبتلا به وسواس جبری از فلوکسیتین ۱۰ میلی گرم یک روز در میان در هفته اول و از هفته دوم به بعد روزانه به مدت یک ماه استفاده کنید.

عوارض دارویی فلوکسیتین بصورت قابل کنترل و غیر قابل کنترل و نحوه برخورد و جایگزین های دارویی آن در بخش افسردگی قید شده است.

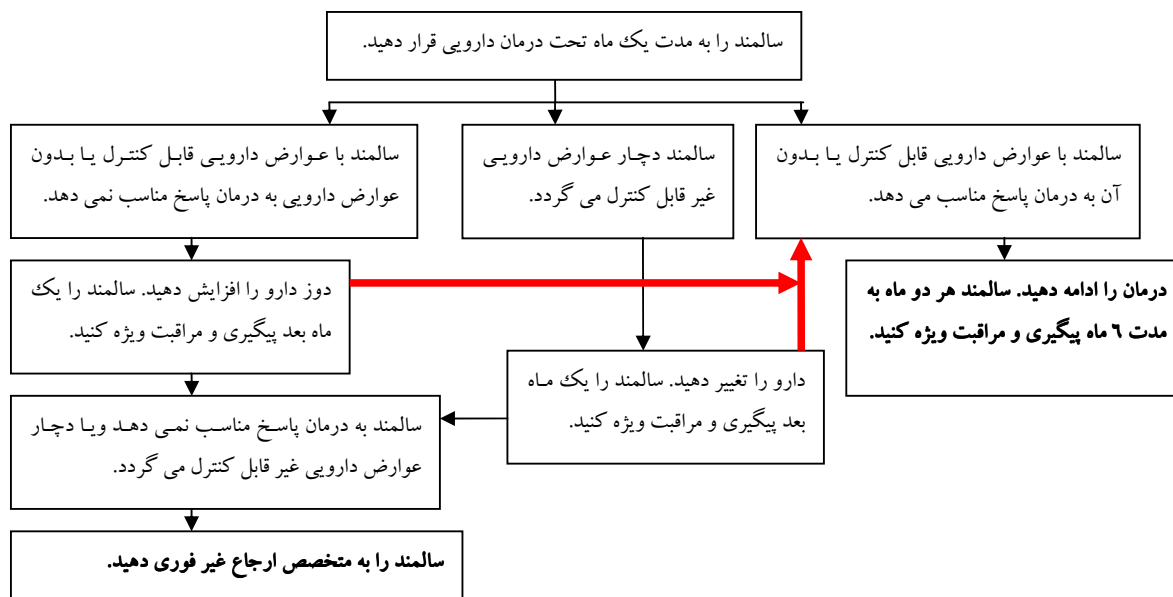
کلیات درمان

استفاده از دارو های با نیمه عمر پایین تر و دوره درمان کوتاه تر

دوزاژ پایین تر و قطع تدریجی

چنانچه سالمند تحت درمان با دارو های ضد افسردگی است نیاز به درمان دارویی کنترل کننده اضطراب ندارد.

الگوریتم درمانی اختلالات اضطرابی



فصل ششم: اختلالات روانی

• بررسی سالمند از نظر اختلال خواب

سالمند با احتمال اختلال خواب یعنی داشتن حداقل یکی از نشانه های اختلال خواب (صبح زودتر از معمول از خواب بیدار شدن، شب دیرتر از معمول به رختخواب رفتن، مشکل به خواب رفتن، بیدار شدن های شبانه) را بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر اختلال خواب

از سالمند و یا همراه وی نشانه های زیر را سؤال کنید	علائم زیر را بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none">• صبح زود معمولاً از خواب بیدار شدن و احساس خستگی کردن در طول روز• اکثر شب ها مشکل به خواب رفتن علیرغم اینکه به محض خواب آلوده شدن به رختخواب رفته و بعد از ظهر ها نیز نمی خوابد• بیدار شدن های شبانه و مجدداً مشکل به خواب رفتن	<ul style="list-style-type: none">• تحریک پذیری• بیقراری

صبح زود معمولاً از خواب بیدار شدن و احساس خستگی کردن در طول روز: از سالمندی که عنوان می کند صبح ها زودتر از معمول از خواب بیدار می شود سؤال کنید آیا در طول روز احساس خستگی می کند؟ پاسخ بلی یک نشانه است. پاسخ منفی یعنی سالمندی که صبح زود از خواب بیدار می شود و احساس خستگی در طول روز نمی کند حذف نشانه صبح زود از خواب بیدار شدن است.

اکثر شب ها مشکل به خواب رفتن علیرغم اینکه به محض خواب آلوده شدن به رختخواب رفته و بعد از ظهر ها نیز نمی خوابد: از سالمندی که اظهار می کند شب ها مشکل به خواب رفتن را دارد سؤال کنید آیا وقتی خوابش می گیرد به رختخواب می رود؟ در صورت پاسخ بلی سؤال کنید آیا بعد از ظهر ها نمی خوابد؟ پاسخ بلی یک نشانه به حساب می آید. پاسخ منفی به هریک از موارد فوق حذف نشانه مشکل به خواب رفتن است، یعنی سالمندی که بعدازظهر ها می خوابد و یا سالمندی که خوابش نگرفته به رختخواب می رود و باعث می گردد که شب ها مشکل به خواب رود دیگر یک نشانه لحاظ نمی گردد.

بیدار شدن های شبانه و مجدداً مشکل به خواب رفتن: از سالمندی که می گوید در طول شب چندین بار بیدار می شود سؤال کنید آیا پس از بیدار شدن مجدداً مشکل نیز به خواب می رود؟ پاسخ بلی یک نشانه محسوب می گردد. پاسخ منفی یعنی سالمندی که در طول شب چندین بار بیدار می شود و مجدداً سریع به خواب می رود حذف نشانه بیدار شدن های شبانه و مشکل به خواب رفتن است.

علائم اختلال خواب (بیقراری و تحریک پذیری) در بخش بیماری اضطراب از سالمند پرسیده شده و نیازی به سؤال کردن مجدد ندارد. در صورت وجود هر یک آن را یک نشانه قلمداد کنید.

سالمند را از نظر اختلال خواب طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را با توجه به جدول ارزیابی از نظر اختلال خواب بشرح زیر طبقه بندی کنید:

- چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه است در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به اختلال خواب با عارضه" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی خوب خوابیدن را آموزش دهید. سالمند را بر اساس چارت درمان کنید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

چنانچه سالمند بدون نشانه است در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی خوب خوابیدن را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر اختلال خواب

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• حداقل یک نشانه	در معرض خطر ابتلا به اختلال خواب با عارضه	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی خوب خوابیدن را آموزش دهید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • بدون نشانه و • بدون علامت 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی شیوه های خوب خوابیدن را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با اختلال خواب

خواب کافی و راحت، یکی از پایه های اصلی سلامتی است. در طول خواب، بدن استراحت می کند. انرژی از دست رفته به دست می آید و بدن، بار دیگر برای فعالیت جسمی و فکری آماده می شود.

با ورود به دوره سالمندی، تغییراتی در وضعیت خواب ایجاد می شود، به ویژه نیاز به خواب شبانه کاهش می یابد. شایعترین اختلال خواب دوره سالمندی بی خوابی است که به شکل اشکال در به خواب رفتن و یا به صورت خواب گسسته و بیداری های شبانه بروز می کند یا وقتی سالمند از خواب بلند می شود احساس می کند به اندازه کافی نخوابیده است. بی خوابی یا محرومیت از خواب منجر به اختلال اشتها، خستگی، کاهش توانایی انجام کارهایی که به هماهنگی عضلانی نیاز دارند مانند سوانح رانندگی، سوانح منزل، سقوط و تحریک پذیری و کاهش تمرکز می شود. بیخوابی ممکن است بر اثر درد یا بیماریهای طبی، عوامل روان شناختی، داروها، و عوامل محیطی یا رفتاری ایجاد شود.

رفتارهایی که ممکن است به بی خوابی منجر شود عبارتند از: نداشتن فعالیت فیزیکی، ورزش، صرف غذا، استعمال دخانیات یا قهوه پیش از خواب.

عوامل محیطی نظیر سرو صدا یا نور زیاد، راحت نبودن بستر، سرما و گرمای بیش از اندازه محیط، و سایر عوامل متفرق کننده حواس نیز ممکن است به بی خوابی منجر شوند.

اگر چه نباید انتظار داشت که سالمند مانند دوران جوانی بخوابد، ولی توصیه های زیر می تواند به خواب راحت تر کمک کند:

- ورزش کردن منظم بطور روزانه (پیاده روی بسیار مفید است)

- خاتمه دادن به تمرینات ورزشی حداقل دو ساعت قبل از خواب (چون باعث اختلال خواب می شود).
- اجتناب از چرت های روزانه و یا به حداقل رساندن آن ها
- رفتن به رختخواب در شب ها در یک ساعت معین و بیدار شدن در صبح در یک ساعت معین
- رفتن به بستر هنگامی که واقعاً احساس می کند خوابش می آید.
- خارج شدن از رختخواب اگر پس از رفتن به بستر، خوابش نمی برد و سرگرم کردن خود با کاری تا وقتی که احساس کند که خوابش می آید.
- پرهیز کردن از تماشای تلویزیون یا مطالعه در بستر.
- گرفتن دوش آب گرم قبل از خواب
- خوردن غذای سبک برای شام
- مصرف کمتر مایعات بعد از ساعت ۶ بعد از ظهر خصوصاً مایعاتی مثل چای و نوشابه گازدار
- پرهیز از مصرف چای و یا قهوه پس از شام
- نوشیدن یک لیوان شیر گرم قبل از خواب (به شروع خواب کمک می کند).
- استفاده از تکنیک های آرام سازی در شروع خواب خصوصاً برای سالمندان مبتلا به اضطراب

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به اختلال خواب با عارضه را پس از یک ماه بشرح زیر پیگیری کنید:

از سالمند در مورد نشانه های اختلال خواب سؤال کنید:

- چنانچه نشانه های بیماری کاهش یافته است از سالمند و همراه وی در خصوص عمل به توصیه های خوب خوابیدن سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید و در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی خوب خوابیدن را آموزش دهید. درمان غیر دارویی را برای سالمند ادامه دهید. سالمند به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید
 - چنانچه نشانه های بیماری کاهش نیافته است از سالمند و همراه وی در خصوص عمل به توصیه های خوب خوابیدن سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید و در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی خوب خوابیدن را آموزش دهید. برای سالمند درمان دارویی را شروع کنید. سالمند را یک ماه بعد بشرح زیر پیگیری و مراقبت ویژه کنید:
۱. در صورتی که سالمند فاقد نشانه های اختلال خواب است درمان را قطع کنید. از سالمند و همراه وی در خصوص عمل به توصیه های خوب خوابیدن و مصرف دارو سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید و در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی شیوه خوب خوابیدن را آموزش دهید. سالمند به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.
 ۲. در صورتی که سالمند دارای حداقل یک نشانه اختلال خواب است سالمند را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.

درمان

از گروه بنزو دیازپین ها با نیمه عمر کوتاه تر مثل لورازپام یک میلی گرم یا کپسول فلورازپام ۱۵ میلی گرم شب استفاده کنید. از سالمند بخواهید پس از دو هفته در صورت پاسخ به درمان از دارو یک شب در میان به مدت ۱۵ شب استفاده کند و پس از آن دارو را قطع کند.

دقت کنید سالمندی که تحت درمان دارویی بیماری افسردگی و یا اضطراب است نیاز به درمان های اضافه برای کم خوابی ندارد.

فصل هفتم: بیماری های استخوان و مفاصل

• بررسی سالمند از نظر استئوپوروز

سالمند را از نظر ابتلا به استئوپوروز بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به استئوپوروز

جمع بندی کنید	اقدام کنید
<p>سابقه پوکی استخوان</p> <p>عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> • سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط • بی حرکتی طولانی • مصرف کورتون حداقل ۳ ماهه یا سابقه آن • مصرف دخانیات • فقدان ورزش مستمر و منظم • سوء تغذیه لاغری • سالمند زن بالاتر از ۶۵ سال یا سالمند مرد بالاتر از ۷۰ سال • سابقه پوکی استخوان یا شکستگی لگن در مادر • یائسگی زودرس 	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش به سالمند و همراه وی در مورد نقش آزمایش تعیین تراکم استخوان و تاثیر آن در تشخیص زودرس بیماری و کاهش مرگ ناشی از آن • درخواست آزمایش تعیین تراکم استخوان

نشانه های مندرج در فرم مراقبت را جمع بندی و بررسی کنید. دقت کنید سالمندی که به پزشک ارجاع شده است ممکن است فاقد عامل خطر یا سابقه استئوپوروز باشد. به سالمند و همراه وی عوارض و تبعات پوکی استخوان و نقش مؤثر آزمایش تعیین تراکم استخوان در پیشگیری از استئوپوروز را آموزش دهید و در صورت تمایل سالمند برای وی آزمایش تعیین تراکم استخوان را درخواست کنید. در صورتی که سالمند تمایل به انجام آزمایش ندارد. سالمند را تا ایجاد تمایل ماهانه پیگیری کنید.

سالمند را از نظر استئوپوروز طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را بر اساس جدول ارزیابی از نظر ابتلا به استئوپوروز بشرح زیر طبقه بندی کنید:

در صورت انجام آزمایش تعیین تراکم استخوان چنانچه سالمند دارای "آزمایش غیر طبیعی (T-score) پایین تر از SD ۲،۵- (به همراه " سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط" است **و در صورت عدم انجام آزمایش** چنانچه سالمند دارای "سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط" است در طبقه بندی "**مشکل (استئوپوروز با عارضه)**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

در صورت انجام آزمایش تعیین تراکم استخوان چنانچه سالمند دارای "آزمایش غیر طبیعی (T-score) پایین تر از SD ۲،۵-)" بدون سابقه شکستگی است **و در صورت عدم انجام آزمایش** چنانچه سالمند دارای "سابقه استئوپوروز مستند (آزمایشات انجام شده) یا "سابقه بیش از ۳ ماه مصرف کورتون یا در حال مصرف کورتون با قرار مصرف حداقل به مدت ۳ ماه است" در طبقه بندی "**در معرض خطر ابتلا به استئوپوروز با عارضه**" قرار می گیرد. سالمند را تحت درمان

دارویی قرار دهید. به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

در صورت انجام آزمایش تعیین تراکم استخوان چنانچه سالمند دارای "آزمایش غیر طبیعی (T-score بین -1 SD و مساوی و بالاتر از -2.5 SD)" است و در صورت عدم انجام آزمایش چنانچه سالمند دارای "حداقل یک عامل خطر به استثنای مصرف کورتون" است در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا به استئوپوروز" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. سالمند را یک سال بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از ۳ ماه سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

در صورت انجام آزمایش تراکم استخوان چنانچه سالمند دارای آزمایش طبیعی (T-score بالاتر از -1 SD)" است و در صورت عدم انجام آزمایش چنانچه سالمند "بدون عامل خطر و بدون سابقه استئوپوروز" است در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. سالمند و همراه وی را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا ۳ سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر ابتلا به استئوپوروز

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • "آزمایش غیر طبیعی (T-score) پایین تر از SD ۲,۵-) به همراه "سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط" یا • در صورت عدم انجام آزمایش "سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط" 	مشکل (استئوپوروز با عارضه)	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. • سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • "آزمایش غیر طبیعی (T-score) پایین تر از SD ۲,۵-) یا • در صورت عدم انجام آزمایش "سابقه استئوپوروز مستند بدون سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط" یا "سابقه مصرف کورتون بیش از ۳ ماه یا در حال مصرف کورتون با دوره مصرف حداقل ۳ ماه 	در معرض خطر ابتلا به استئوپوروز با عارضه	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. • سالمند را براساس چارت درمان کنید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش غیر طبیعی (T-score) بین کمتر از ۱SD- و مساوی یا بیش از SD ۲,۵-) یا • در صورت عدم انجام آزمایش حداقل یک عامل خطر 	در معرض خطر ابتلا به استئوپوروز	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. • سالمند را یک سال بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر تشویق کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش طبیعی (T-score) مساوی SD ۱- یا بالاتر) یا • در صورت عدم انجام آزمایش بدون عامل خطر و بدون سابقه استئوپوروز 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا ۳ سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با پوکی استخوان

- ورزش کردن منظم حداقل پیاده روی به مدت یک ساعت در هفته
- مصرف روزانه مواد غذایی حاوی کلسیم به خصوص لبنیات پاستوریزه کم چرب
- خودداری از مصرف خود سرانه شربت های کاهش دهنده اسید معده
- مصرف کمتر نوشابه های گاز دار
- منع مصرف دخانیات یا مواجهه با دود سیگار
- قرار گرفتن در مقابل نور مستقیم آفتاب به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه هر روز برای دریافت ویتامین D

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به استئوپوروز با عارضه را پس از یک ماه بشرح زیر پیگیری کنید:

از سالمند در مورد نحوه مصرف دارو، استفاده از نور خورشید و تغذیه و فعالیت های بدنی سؤال کنید در صورتی که سالمند در مورد توصیه ها و مصرف دارو عملکرد صحیحی داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و مصرف صحیح دارو تشویق کنید. چنانچه سالمند عملکرد صحیح نداشته است موارد لازم را به سالمند و همراه وی آموزش دهید. سالمند را ۳ ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه مراقبت کند و در صورت بروز عامل خطر جدید و یا هر ۳ ماه یک بار به پزشک ارجاع دهد. دوسال پس از شروع درمان برای سالمند آزمایش تعیین تراکم استخوان را درخواست کنید:

- چنانچه علایم بهبودی مشاهده می گردد درمان را برای مدت ۳ سال ادامه دهید و سالمند را ۳ ماهانه مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه مراقبت کند و در صورت بروز عامل خطر یا هر ۳ ماه یک بار به پزشک ارجاع دهد.
- چنانچه علایم بهبودی مشاهده نمی گردد سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

سالمند در معرض خطر ابتلا به استئوپوروز را پس از یک سال بشرح زیر پیگیری کنید

از سالمند در مورد نحوه مصرف مکمل های دارویی، استفاده از نور خورشید و تغذیه و فعالیت های بدنی سؤال کنید در صورتی که سالمند در مورد توصیه ها و مصرف صحیح دارو عملکرد صحیحی داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و مصرف صحیح مکمل های دارویی تشویق کنید. چنانچه سالمند عملکرد صحیح نداشته است موارد لازم را به سالمند و همراه وی آموزش دهید. سالمند را سالانه پیگیری و مراقبت ویژه کنید. و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه مراقبت کند و در صورت بروز عامل خطر جدید یا سالانه یک بار به پزشک ارجاع دهد. در صورت مصرف کورتون به مدت طولانی (حداقل ۳ ماه) برای سالمند درخواست دندستومتری کنید و سالمند را بر اساس چارت درمان، پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

درمان

- چنانچه T Score بین -1 SD و بالاتر از $SD -2,5$ است یا در صورت عدم انجام آزمایش سالمند حداقل یک عامل خطر به استثنای مصرف حداقل ۳ ماهه کورتون را دارد به سالمند و همراه وی اقدامات پیشگیرانه زیر آموزش دهید:

۱. برای زنان تحت درمان با استروژن (HRT) و مردان روزانه ۱۰۰۰ میلی گرم کلسیم و در صورت عدم دریافت استروژن روزانه ۱۵۰۰ میلی گرم کلسیم بصورت مکمل دارویی همزمان با صبحانه (پیشگیری از کمبود آهن) به همراه مصرف کافی آب تجویز کنید.

۲. دوز پیشنهادی ویتامین D برای افراد تا ۷۰ سالگی روزانه ۴۰۰ واحد و برای افراد مسن تر روزانه ۶۰۰ واحد در روز است.

۳. روزانه به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه درمقابل نور مستقیم خورشید قرار بگیرند و حداقل یک ساعت پیاده روی در هفته داشته باشند

• چنانچه T Score پایین تر از SD ۲٫۵- است این سالمند علاوه بر اقدامات پیشگیرانه فوق نیاز به درمان دارویی بشرح زیر نیز دارد

مصرف آلدروونات ۷۰ میلی گرم در هفته همراه آب با شکم خالی نیم ساعت پیش از صبحانه در وضعیت قائم

فصل هفتم: بیماری های استخوان و مفاصل

• بررسی سالمند از نظر آستئو آرتريت های دژنراتيو (آرتروز)

سالمند با احتمال ابتلا به آرتروز را بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به آرتروز

از سالمند و یا همراه وی نشانه های زیر را سؤال کنید:	علائم زیر را بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • درد مداوم • درد مکانیکی (تشدید شدن درد با حرکت و کاهش یافتن درد با استراحت) 	<ul style="list-style-type: none"> • محدودیت دامنه حرکتی مفصل • هیپرتروفی استخوانی • حرکات غیر طبیعی • تورم، گرما و قرمزی در مفصل

درد: درد مداوم زمانی دیده می شود که مفصل آرتروزی دچار حمله التهابی می شود. از نظر فیزیو پاتولوژی یک مفصل آرتروزی اکثر اوقات دچار التهاب است ولی التهاب مذکور بصورت بالینی دیده نمی شود. در مواردی که التهاب شدید است بصورت بالینی آشکار می گردد و درد از حالت مکانیکی خارج و خواص التهابی می گیرد. در شروع آرتروز درد بصورت مکانیکی و بشرح زیر است:

- **درد آرتروز زانو** درد به اطراف انتشار داشته و می تواند تا مچ پا به پایین و تا کشاله ران به بالا انتشار یابد. گاهی درد در خلف اندام تحتانی حس می شود و به غلط تابلوی بالینی سیاتیک را بخود می گیرد. علامت رنده در معاینه کمک کننده است. برای این کار باید کشکک زانو را با دو دست بگیرید و در حالیکه آنرا به روی زانو فشار می دهید کشکک را بطرف بالا و پایین حرکت دهید. در صورتی که سطح مفصل ناصاف باشد (ابتلا به آرتروز) این مانور در عین دردناک بودن احساس رنده کردن چوب را در زیر انگشتان دست بوجود می آورد. نقطه دردناک مفصلی بیشتر در قسمت داخلی زانو در فاصله بین دو سطح مفصلی است. در افرادی که والگوس دارند (در حال ایستاده زانو ها بهم چسبیده و مچ پاها دور از هم قرار دارند) نقطه دردناک مفصلی در قسمت خارجی زانو در فاصله بین دو سطح مفصلی دیده می شود. درد مداوم یا مکانیکی مفصل زانو به همراه علامت رنده را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

- **درد آرتروز کوکسوفمورال** درد بیشتر در کشاله ران حس می شود ولی می تواند در قسمت قدامی از کشاله ران تا زانو ادامه یابد و با رادیکولاری کرورال (L3 و L4) اشتباه گردد و یا در قسمت خلفی از ناحیه سرین تا پشت زانو انتشار یابد و با درد های سیاتیکی اشتباه شود و گاهی درد به تنهایی در زانو حس می گردد و توجه را به غلط معطوف این مفصل می سازد در حالیکه در معاینه زانو علامت رنده وجود ندارد. برای تشخیص آرتروز در این مفصل علامت خاصی مثل علامت رنده وجود ندارد. در صورتی که در مفصل کوکسوفمورال سالمند نقطه ای در سطح قدامی مفصل وجود دارد که فشار بر روی آن دردناک است و باعث انتشار درد می گردد آن را یک نشانه لحاظ کنید.

- **درد آرتروز آرنج** معمولاً ثانویه است و بدنبال کار با مته های بادی ایجاد می شود و تصویر التهابی دارد یعنی شب ها بدتر شده و حتی سالمند را از خواب بیدار می کند و روزها درد در زمان کار با مته بادی بهتر می شود. محل درد معمولاً در محل آرنج است ولی می تواند به بالا و پایین نیز انتشار داشته باشد. بنابراین درد های التهابی مفصل آرنج را یک نشانه محسوب کنید.

- **درد آرتروز مفاصل انتهایی انگشتان** درد بصورت دوره ای بوده و جنبه سوزشی دارد. وقتی بیماری به اندازه کافی پیشرفت کند در پشت مفصل دو برجستگی مثل ماش ریز ظاهر می شود که به نام نودل های هیردن Heberdens معروف هستند و در اثر استئوفیت خلفی مفصل بوجود آمده و پس از پیشرفت کامل مختصری دفرماسیون بصورت خم شدن بطرف جلو و انحراف جانبی پیدا می کند. در این مرحله درد خیلی کاهش می یابد و یا حتی از بین می رود. لذا درد مکانیکی یا در صورت نبود درد مکانیکی وجود نودل یا دفرماسیون های مفاصل انتهایی انگشتان را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

- **درد آرتروز مفاصل میانی انگشتان** علایم بالینی مشابه مفاصل انتهایی انگشتان را دارند. در این آرتروز در پشت مفصل یک برجستگی ریز ظاهر می شود که به نام نودل بوشار Bouchards معروف است این آرتروز می تواند با آرتريت روماتوئید مفاصل میانی انگشتان اشتباه شود.

- **آرتروز ریشه انگشت اول دست** بنام Rhizarthrose معروف است و خاص خانم های خانه دار است و در معاینه یک برجستگی در ریشه شست دیده می شود.

در صورت وجود هر یک از موارد فوق آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید.

محدودیت دامنه حرکتی مفصل: محدودیت حرکتی در آرتروز خیلی دیر بوجود می آید برعکس آرتريت که از همان ابتدا وجود دارد. گرچه شروع بیماری با درد مفصل است ولی با پیشرفت بیماری محدودیت در حرکات مفصلی بشرح زیر نیز دیده می شود:

محدودیت دامنه حرکتی مفصل زانو: ابتدا در اکستانسیون کامل بروز می کند بطوریکه بیمار در حالت خوابیده روی تخت معاینه قادر نیست پشت زانوی خود را روی تخت بخواباند. با پیشرفت بیماری محدودیت در فلکسیون زانو بوجود می آید بطوریکه پاشنه پای سالمند دیگر به ران نمی رسد. به این حالت که اکستانسیون و فلکسیون زانو هر دو محدود شده محدودیت حرکتی شدید اتلاق می گردد. ابتدا از سالمند بخواهید روی تخت معاینه به پشت بخوابد سپس از سالمند بخواهید تا پشت زانوی خود را روی تخت بخواباند. در صورتی که سالمند نتواند پشت زانوی خود را روی تخت بخواباند آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

محدودیت دامنه حرکتی مفصل کوکسوفمورال یا هیپ: محدودیت حرکتی ابتدا در اکتانسیون کامل بروز می کند بطوریکه بیمار در حال خوابیده به روی شکم قادر نیست به مفصل خود اکستانسیون معمولاً زاویه ۱۰ تا ۱۵ درجه دهد. با پیشرفت بیماری محدودیت حرکتی در ابدوکسیون و در انتها در فلکسیون ایجاد می گردد. حتی در موارد پیشرفته بیماری فلکسیون تا زاویه ۹۰ درجه انجام می شود. به این حالت که اکستانسیون و فلکسیون هر دو محدود شده محدودیت حرکتی شدید لحاظ می گردد. ابتدا از سالمند بخواهید روی تخت معاینه به روی شکم بخوابد سپس از وی بخواهید تا پای خود را بطرف عقب و بالا ببرد. چنانچه سالمند قادر نیست پای خود را با زاویه ۱۰ تا ۱۵ درجه بطرف عقب و بالا ببرد آن را یک نشانه محسوب کنید.

محدودیت دامنه حرکتی مفصل آرنج: محدودیت حرکتی هم در حرکات اصلی یعنی خم و راست کردن و هم در حرکات چرخشی مچ است. از سالمند بخواهید تا آرنج خود را خم و راست کند و یا مچ خود را بطرف بیرون (سوپیناسیون) و داخل (پروناسیون) حرکت دهد. چنانچه سالمند نتواند آرنج خود را باز و بسته کند یا حرکت سوپیناسیون یا پروناسیون را انجام دهد آن را یک نشانه لحاظ کنید.

محدودیت دامنه حرکتی ریشه شست پا: هیپرتروفی استخوانی و محدودیت حرکتی در آرتروز ریشه شست پا شدید است و به نام Hallux Rigidus معروف است. در مواردی که انحراف بطرف خارج بوده و قوز داخلی تشکیل می

گردد به نام **Hallux Valgus** شناخته می شود. از سالمند بخواهید تا شست پای خود را بطرف بالا، پایین ببرد. دقت کنید که شست پا انحراف بطرف خارج دارد و دارای قوز داخلی است. در صورتی که سالمند قادر به حرکت دادن شست پا نیست و یا شست پا انحراف داشته و قوز داخلی تشکیل گردیده است آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

محدودیت دامنه حرکتی در دیگر انگشتان پا: حالت نیمه در رفتگی ایجاد می کند که به انگشتان چکشی معروف است. ابتدا از سالمند بخواهید تا انگشتان پای خود را بطرف بالا و پایین حرکت دهد. سپس انگشتان پای سالمند را با دقت نگاه کنید کوچکترین تغییر شکل در انگشتان که معمولاً بصورت حالت نیمه در رفتگی در انگشتان دیده می شود و باعث می گردد انگشتان پا بصورت چکشی شکل در آیند را نیز بررسی کنید. در صورتی که سالمند قادر به حرکت دادن سایر انگشتان پا نیست و یا در انگشتان پا تغییر شکل مشاهده می کنید آن را به عنوان یک نشانه در نظر بگیرید.

هیپرتروفی استخوانی: هیپرتروفی استخوانی و یا هیپرتروفی اپی فیز بصورت کاذب تصویر تورم را در مفصل نشان می دهد. در لمس، قوام این مفصل سفت است و به آسانی از تورم التهابی مفصل افتراق داده می شود.

حرکات غیر طبیعی: این حرکات در یک مفصل طبیعی وجود ندارند و به علل مختلفی از قبیل شل شدن رباط های مفصلی و کش آمدن آن ها، تضعیف عضلات دور مفصلی، کاهش ارتفاع غضروف مفصلی و فرو نشست اپی فیز استخوانی ایجاد می شود. حرکات غیر طبیعی در **آرتروز زانو** بصورت حرکات جانبی در حالت اکستانسیون کامل زانو تظاهر می کند و پیش آگهی بدی برای آرتروز دارد. زیرا پیشرفت بیماری را چندین برابر تسریع می کند. حرکات غیر طبیعی در آرتروز آرنج دیده نمی شود ولی فشار استئوفیت ها روی عصب اولنار باعث فلج تدریجی این عصب و جمع شدن انگشتان ۴ و ۵ می شود (چنگکی شدن انگشتان).

تورم و گرما در مفصل: در حمله التهابی مفصل که مایع در مفصل افزایش می یابد باعث ایجاد تورم، گرما و قرمزی در مفصل مبتلا می گردد. دقت کنید به علت تجمع مایع در مفصل از همان ابتدا دامنه حرکتی مفصل شدیداً کاهش می یابد. در بعضی از موارد قدرت کاری مفصل بحدی کاهش می یابد که سالمند به زحمت مفصل خود را به حرکت در می آورد. حمله التهابی در آرتروز زانو بیشتر از بقیه مفاصل دیده می شود و می تواند با یک آرتريت حاد اشتباه گردد. حمله التهابی در **آرتروز کوسوفمورال** کمتر از زانو دیده می شود و تشخیص آن نیز بسیار مشکل است زیرا مفصل عمقی است. حمله التهابی در **آرتروز آرنج** نادر است

سالمند را از نظر ابتلا به استئوآرتروز طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را بر اساس جدول ارزیابی از نظر ابتلا به استئوآرتروز بشرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه سالمند دارای علائم التهابی در مفصل مبتلا به آرتروز است در طبقه بندی **"مشکل جدی"** قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از مفاصل را آموزش دهید و سالمند را به پزشک متخصص ارجاع فوری دهید.

چنانچه سالمند دارای محدودیت حرکتی شدید است در طبقه بندی **"مشکل (ابتلا به آرتروز پیشرفته)"** قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از مفاصل را آموزش دهید. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیرفوری دهید.

چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه است در طبقه بندی **"در معرض خطر ابتلا به آرتروز پیشرفته"** قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از مفاصل را آموزش دهید. سالمند را مطابق چارت درمان کنید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و هر ۳ ماه یک بار به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

چنانچه سالمند بدون نشانه است در طبقه بندی **"فاقد مشکل"** قرار می گیرد. به این سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از مفاصل آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر ابتلا به آرتروز

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
تورم، گرما و قرمزی در مفصل	مشکل جدی	سالمند را به پزشک متخصص ارجاع فوری دهید.
محدودیت حرکتی شدید	مشکل (آرتروز پیشرفته)	سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از مفاصل را آموزش دهید.
حداقل یک نشانه	در معرض خطر ابتلا به آرتروز پیشرفته	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از مفاصل را آموزش دهید. • سالمند را مطابق چارت درمان کنید. • سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
بدون نشانه	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از مفاصل را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه علائم خطر، نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با استئوآرتروز

نحوه صحیح خوابیدن

استفاده از بالش کوتاه زیر سر برای خوابیدن
استفاده از تشک سفت یا دو یا چند لایه پتو به جای تشک
خوابیدن در حالت طاقباز یا به پهلو
در حالت خوابیدن به پهلو، جمع کردن پایی که بالا قرار گرفته است به داخل شکم.
اجتناب از خوابیدن به روی شکم در مبتلایان به آرتروز زانو
توصیه به خوابیدن به روی شکم در مبتلایان به آرتروز کوسوفمورال

نحوه صحیح به رختخواب رفتن و بلند شدن از آن

برای بلند شدن از رختخواب ابتدا به یک پهلو بچرخد
سپس از طریق سفت کردن عضلات شکم و با کمک دست ها در لبه تخت بنشیند و بعد بایستد
در هنگام دراز کشیدن این مراحل را برعکس انجام دهید.

همواره از انجام حرکات ناگهانی و سریع خودداری کند.

نحوه صحیح نشستن

نکات مورد توجه در موقع نشستن بر روی زمین:

نشستن به مدت طولانی در یک جا (هر ۲۰ دقیقه یکبار بلند شوید و حداقل یک دقیقه راه بروید) .

صاف نشستن و به جایی تکیه کردن

منقبض کردن عضلات شکم بدون حبس کردن نفس

عقب بردن شانه ها و نگاه کردن به جلو

قرار دادن یک بالش کوچک پشت کمر برای راحتی بیشتر

در صورت داشتن درد در ناحیه زانو یا کمر بهتر است روی زمین ننشیند و روی صندلی بنشیند

نکات مورد توجه برای نشستن بر روی صندلی:

مناسب بودن پهنا و فرو رفتگی پشتی صندلی به طوری که تنه را تا حد شانه ها بگیرد.
مناسب بودن ارتفاع صندلی به گونه ای که هنگام نشستن، زانوها در زاویه ۹۰ درجه قرار بگیرند و کف پاها به راحتی روی زمین باشند.

استفاده از صندلی های دسته دار با پهنای مناسب دسته صندلی (حداقل باید ۵ سانتی متر) تا آرنج و ساعد به راحتی روی آن قرار گیرند و ارتفاع مناسب دسته صندلی به طوری که پس از قرار دادن ساعد بر روی دسته صندلی، شانه ها بالاتر یا پایین تر از حد طبیعی خود قرار نگیرد.

فرو رفته بودن بخش عقبی نشیمن گاه صندلی
مناسب بودن پشتی صندلی (کمی به عقب شیب داشته باشد)
استفاده از صندلی بدون چرخ (ثابت)

با درست نشستن و درست ایستادن می توان از خستگی و درد کمر جلوگیری کرد

در صورت استفاده از میز باید ارتفاع آن مناسب باشد به طوری که سالمند مجبور نشود روی میز خم شود یا به علت بلندی میز خود را به طرف بالا بکشد.

نحوه صحیح ایستادن

صاف ایستادن

منقبض کردن عضلات شکم تا شکم تورفته و گودی کمر کمتر شود.

صاف نگهداشتن شانه ها

خودداری از بی حرکت ایستادن به مدت طولانی

اگر برای انجام کارهای روزانه، مثل اطو کردن لباس و شستن ظرف ها مجبور به ایستادن در یک جا است چهارپایه ای به بلندی ۲۰ سانتی متر را زیر یک پا قرار دهد و پس از هر ۱۰ دقیقه، جای پاها را عوض کند.

اگر در خارج منزل و در جایی مجبور به ایستادن هست که چهارپایه وجود ندارد، پاها را جابجا کند یا به نوبت هر چند لحظه روی یک پا بایستد.

با منظم ورزش کردن می توان از کمر درد پیشگیری کرد

نحوه صحیح پوشیدن لباس و کفش

نشستن روی یک صندلی کوتاه یا تکیه کردن به دیوار برای پوشیدن یا درآوردن شلوار و جوراب (در حالی که کمر صاف است، با خم کردن ران و زانو این کار را انجام دهید)

استفاده از پله و پاشنه کش با دسته بلند برای پوشیدن کفش (پای خود را روی پله بگذارد)

نحوه صحیح راه رفتن

صاف قرار گرفتن هنگام راه رفتن

منقبض کردن عضلات شکم

صاف نگهداشتن و به عقب کشیدن شانه ها

راه نرفتن در جاهای ناهموار، سربالایی و سرپایینی

استفاده از کفش مناسب:

- راحت بودن پا در آن به گونه ای که بین نوک انگشت بزرگ پا و نوک کفش حدود یک سانتی متر فاصله باشد.
- پوشاندن تمام عرض پا بوسیله رویه کفش به نحوی که به پا فشار نیاورد.
- پهن بودن پاشنه کفش و بلندی آن بیشتر از ۳ سانتی متر نباشد.
- استفاده از کفش هایی که پا در آن عرق نکند مثل کفش های چرمی و یا گیوه های نخی
- لیز نبودن کف آن

نحوه صحیح خم شدن

برای خم شدن ابتدا پاها را کمی باز کند.
شکم را سفت کرده و کمر را صاف نگهدارد.
شانه ها را به سمت عقب بکشد.
سپس با خم کردن مفصل ران و زانو خم شود.

با کمی دقت می توانید بسیاری از کارهای روزانه را بدون خم کردن کمر انجام دهید.

خم شدن ناگهانی و شدید به سمت جلو می تواند موجب آسیب مهره های کمر شود.

نحوه صحیح بلند کردن اجسام از روی زمین

خودداری از بلند کردن اجسام سنگین ولی حتی یک جسم سبک نیز اگر به طرز صحیح برداشته نشود می تواند باعث کمر درد و آسیب کمر گردد. نکات مورد توجه برای بلند کردن اجسام از زمین:
نگاه کردن به جلو
صاف نگاهداشتن گردن و کمر
سفت کردن شکم
نشستن روی پا با خم کردن زانو و مفصل ران در نزدیکی شیء مورد نظر
سپس برداشتن جسم را از روی زمین به آرامی (هر چه جسم به بدن سالمند نزدیک تر باشد، فشار کمتری بر کتفون فقرات وارد می شود).

بزرگی شکم می تواند موجب بروز کمر درد شود.

نحوه صحیح جابجایی یا حمل اشیاء

حرکت دادن تمام بدن و قدم برداشتن به سمت مکان موردنظر برای انجام جا بجایی
جابجا کردن اشیاء در حالتی که پاها ثابت بوده و تنه بچرخد، می تواند موجب صدمه دیدن کمر شود. پس در حالتی که ثابت ایستاده اید اشیا را جابجا نکنید.

کم کردن. گودی کمر با سفت کردن عضلات شکم
جابجا کردن اجسام را در دفعات بیشتر، ولی با حجم کمتر (برای مثال کم خرید کردن، حمل بار سبک و نگهداری مواد غذایی برای مدت کوتاه در یخچال)

نحوه مراقبت از زانوها

داشتن وزن مناسب (توصیه های تغذیه ای و ورزشی)
جابجا نکردن اجسام سنگین (حمل جسم سنگین موجب آسیب گردن، کمر و زانو می شود)
تقویت کردن عضلات ران از طریق حرکات ورزشی ساده ای (کتاب یک)
پشت را صاف نگهدارد و دست ها را به سمت انگشتان پا بکشد. از یک تا ده بشمارد. به آرامی به وضعیت شروع برگردد.
عضلات ران را سفت کند. از یک تا ده بشمارد. سپس عضلات را شل کند.
پای راست را بالا بیاورد و مستقیم نگه دارد. پنجه پا را به طرف بیرون و سپس به طرف خودش خم کند. پا را به آهستگی پایین بیاورد. حرکت را با پای چپ تکرار کند.
خودداری از نشستن در وضعیت دو زانو یا چهار زانو بر روی زمین
دراز کردن پاها در صورت نشستن روی زمین
استفاده از صندلی مناسب برای نشستن
پرهیز از پله تا حد امکان
استفاده از توالی فرنگی تا حد امکان

راه پیشگیری از کمر درد و زانو درد، انجام صحیح کارهای روزانه است.

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به آرتروز پیشرفته را پس از ۳ ماه بشرح زیر پیگیری کنید:

در مورد نشانه ها از سالمند سؤال کنید و علائم بیماری بویژه علائم التهابی را در سالمند بررسی کنید:
چنانچه نشانه های سالمند کاهش یافته یا ثابت مانده است از سالمند در خصوص شیوه زندگی سالم و عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی در مورد شیوه زندگی سالم و عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از مفاصل و توصیه های درمانی) آموزش دهید. درمان غیر دارویی را ادامه دهید و سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

چنانچه نشانه های سالمند کاهش نیافته است از سالمند در خصوص شیوه زندگی سالم و عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه عملکرد سالمند صحیح است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید و به متخصص ارجاع فوری دهید. در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی در مورد شیوه زندگی سالم و عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از مفاصل و توصیه های درمانی) آموزش دهید. درمان غیر دارویی را ادامه دهید و سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. در صورتی که در پیگیری دوم وضعیت سالمند تغییری نکرده است سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. در صورتی که وضعیت سالمند بهبود یافته است و مشکلات سالمند کاهش یافته است درمان غیر دارویی را ادامه دهید و سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری و مراقبت ویژه

کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و مراقبت ویژه کند و پس از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

دقت کنید در هر پیگیری و مراقبت ویژه چنانچه در مفصل سالمند علایم التهابی مشاهده می کنید سالمند را به پزشک متخصص ارجاع فوری دهید.

درمان غیر دارویی استئوآرتروز

- فعالیت مناسب بطوری که تا آنجا که ممکن است مفصل مبتلا بدون مصرف مسکن احساس درد نکند.
- متناسب نمودن وزن در صورت داشتن اضافه وزن
- تقویت عضلات جنبی مفصل از طریق انجام تمرینات بدنی مناسب (تمرینات بدنی گرم کننده و استقامتی) و انجام تمرینات انعطاف پذیری بر اساس جلد یک مجموعه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی
- مصرف مواد آنتی اکسیدان از طریق افزایش مصرف میوه و سبزیجات تازه

درمان دارویی استئوآرتروز

از داروهای گروه NSAID فقط در موارد زیر برای سالمند استفاده می شود:

- درد مانع از خوابیدن سالمند در شب می گردد.
- مفصل مبتلا به آرتروز دچار حمله التهابی می گردد.

فصل هشتم

• بررسی سالمند از نظر بی اختیاری ادراری

سالمند با احتمال ابتلا به بی اختیاری ادراری را بشرح زیر ارزیابی کنید:
دقت کنید سالمندی که به پزشک مراجعه کرده است حداقل یکی از نشانه های بی اختیاری ادراری یا تست استرس مثبت را دارد. **جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به بی اختیاری ادراری**

جمع بندی کنید	اقدام کنید
<ul style="list-style-type: none"> • خروج بی اختیار چند قطره ادرار هنگام عطسه، سرفه، خنده و یا برخاستن از زمین، (معمولا در زنان) • احساس ناگهانی و شدید برای ادرار کردن و ریختن ادرار قبل از رسیدن به دستشویی • تخلیه ناکامل ادرار زمانی که سالمند به دستشویی می رود (معمولا در مردان) 	<p>نتیجه تست استرس</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینه پروستات سالمند مرد از طریق توشه رکتال • آموزش به سالمند و همراه وی در مورد اهمیت تشخیص بموقع بی اختیاری ادراری و نقش مؤثر آزمایش ذیل در تشخیص بموقع این مشکل و پیشگیری از عفونت های ادراری و نارسایی کلیه • درخواست آزمایش اندازه گیری ادرار باقی مانده از طریق سونوگرافی

نشانه های مندرج در فرم مراقبت را جمع بندی و بررسی کنید.

معاینه پروستات: در صورتی که سالمند عمل رزکسیون پروستات را نداشته وی را توشه رکتال کنید و در صورتی که اندازه پروستات بزرگتر از حد طبیعی است آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.
به سالمند و همراه وی اهمیت تشخیص بموقع بی اختیاری ادراری و نقش مؤثر آزمایشات فوق را در تشخیص بموقع این مشکل و پیشگیری از عفونت های ادراری و نارسایی کلیه را آموزش دهید در ادامه در صورت تمایل سالمند برای سالمند آزمایشات مندرج در جدول ارزیابی را درخواست کنید. در صورتی که سالمند تمایل به انجام آزمایش ندارد. سالمند را تا تمایل برای انجام آزمایش ماهانه پیگیری کنید.

اندازه گیری ادرار باقی مانده (PVU) از طریق سونوگرافی: چنانچه حجم باقی مانده ادرار بیش از ۵۰ و کمتر از ۱۰۰ میلی لیتر است آن را یک نشانه تلقی کنید.

سالمند را از نظر بی اختیاری ادراری طبقه بندی کنید

سالمند را با توجه به جدول ارزیابی از نظر ابتلا به بی اختیاری ادراری شرح زیر طبقه بندی کنید:

- چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه "خروج بی اختیار چند قطره ادرار هنگام عطسه، سرفه، خنده و یا برخاستن از زمین" یا "تخلیه ناکامل ادرار زمانی که سالمند به دستشویی می رود" یا "تست استرس مثبت" یا "احساس ناگهانی و شدید برای ادرار کردن و ریختن ادرار قبل از رسیدن به دستشویی به همراه پروستات بزرگ یا سونوگرافی غیر طبیعی" است در طبقه بندی "**مشکل (بی اختیاری ادراری)**" قرار می گیرد. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. به سالمند و همراه وی راه های تقویت متانه و لگن را آموزش دهید.

- چنانچه سالمند دارای نشانه "احساس ناگهانی و شدید برای ادرار کردن و ریختن ادرار قبل از رسیدن به دستشویی به همراه پروستات طبیعی یا سونوگرافی طبیعی" است در طبقه بندی "بدون مشکل" قرار می گیرد. سالمند را به مراجعه در سال بعد یا بروز نشانه تشویق کنید. به سالمند و همراه وی راه های تقویت مثانه و لگن را آموزش دهید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر بی اختیاری ادراری

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تمرینات تقویت عضلات مثانه و کف لگن را آموزش دهید. • سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. 	مشکل (ابتلا به بی اختیاری ادراری)	<ul style="list-style-type: none"> • خروج بی اختیار چند قطره ادرار هنگام عطسه، سرفه، خنده و یا برخاستن از زمین، یا • تخلیه ناکامل ادرار زمانی که سالمند به دستشویی می رود یا • تست استرس مثبت یا • احساس ناگهانی و شدید برای ادرار کردن و ریختن ادرار قبل از رسیدن به دستشویی به همراه پروستات بزرگ یا سونوگرافی غیر طبیعی
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تمرینات تقویت عضلات مثانه و کف لگن را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در سال بعد و یا بروز نشانه تشویق کنید. 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • احساس ناگهانی و شدید برای ادرار کردن و ریختن ادرار قبل از رسیدن به دستشویی به همراه پروستات طبیعی/یا سونوگرافی طبیعی

دقت کنید کلیه نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح تمرینات تقویت کننده لگن و مثانه در سالمند احتمالاً مبتلا به بی اختیاری ادراری:

انواع بی اختیاری ادرار

بی اختیاری ادرار یکی از سه حالت زیر را دارد:

حالت اول بی اختیاری ادرار: در این حالت هنگام عطسه، سرفه، خنده و برخاستن از زمین، بی اختیار چند قطره ادرار خارج می شود. این حالت در زن ها خیلی بیشتر است (سالمند زن با استرس تست مثبت)

توصیه هایی برای حالت اول بی اختیاری ادرار :

- هر ۲ ساعت برای ادرار کردن به توالی بروید.
- در طول روز ۶ تا ۸ لیوان مایعات بنوشد.
- بعد از ساعت ۸ شب از نوشیدن مایعات خودداری کند.
- لباس های آزاد و راحت بپوشد.
- عضلات کف لگن را تقویت کند .
- مثانه را تقویت کند.

حالت دوم بی اختیاری ادرار: در این حالت احساس ناگهانی و شدید برای ادرار کردن ایجاد می شود. اما قبل از رسیدن به دستشویی ادرار می ریزد.

توصیه های علاوه بر موارد فوق برای حالت دوم بی اختیاری ادرار:

- برای داشتن آرامش تمرین کنید (تمرینات آرام سازی بخش بیماری های قلبی و عروقی)
- از ورزش های سخت اجتناب کنید.
- قهوه، نوشابه های گازدار، غذاهای پرادویه میل نکنید.

تمرینات تقویت مثانه

- سعی کنید کم کم مدت زمان بیشتری ادرارتان را نگه دارید.
- برای شروع هر ۲ ساعت یک بار ادرار کنید.
- به تدریج سعی کنید این مدت زمان ۲ ساعت را بیشتر کنید. این که چقدر این فاصله زمانی را بیشتر می کنید به خودتان بستگی دارد؛ ولی باید در حدی باشد که ادرار نریزد.
- کم کم این فاصله را به ۳ تا ۴ ساعت برسانید.
- این تمرین را لازم نیست که شب ها انجام دهید. با انجام این تمرین توانایی مثانه برای نگه داشتن ادرار بیشتر می شود.

راه های تقویت عضلات کف لگن

تمرین اول: هر بار که برای ادرار کردن به توالی می روید، چندین بار به **طور ارادی**، دفع ادرار را شروع و قطع کنید.
تمرین دوم: ناحیه مقعد را سفت کنید؛ مانند حالتی که می خواهید مانع دفع مدفوع شوید و این حالت را برای مدت ۵ ثانیه حفظ نموده و بعد رها کنید. **در طول انقباض نفس خود را حبس نکنید.** این کار را چندین بار در طول روز انجام دهید. تکرار تمرین باید در حدی باشد که خسته نشوید. این تمرین را در حالت ایستاده، نشسته و یا خوابیده می توانید انجام دهید.

حالت سوم بی اختیاری ادرار: در این حالت مثانه خیلی پر شده است و ادرار به صورت قطره قطره به طور غیر ارادی می ریزد. زمانی که فرد به دستشویی می رود ادرار به طور کامل خالی نمی شود. این حالت بیشتر در مردها دیده می شود توصیه هایی برای حالت سوم بی اختیاری ادرار:

- در طول روز ۶ تا ۸ لیوان مایعات بنوشید.
- بعد از ساعت ۸ شب از نوشیدن مایعات خودداری کنید.
- در زمان ادرار کردن عضلات شکم را سفت کنید. سپس به آرامی با دست زیر شکم را به سمت پایین فشار دهید. این فشار به مثانه منتقل شده و به تخلیه ادرار کمک می کند.

اجتناب از ورزش های سخت و مصرف نکردن غذاهای پر ادویه در همه انواع بی اختیاری ادراری

فصل نهم: سل

• بررسی سالمند از نظر ابتلا به سل ریوی

دقت کنید سالمندی که به شما مراجعه کرده است حداقل یکی از نشانه های سل ریوی (سرفه طول کشیده بیش از دو هفته، سرفه مساوی یا کمتر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل) را دارد. سالمند با احتمال ابتلا به سل ریوی را بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به سل ریوی

جمع بندی کنید	از سالمند با سرفه طول کشیده یا همراه وی سؤال کنید	اقدام و بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • سرفه طول کشیده بیش از دو هفته • سرفه مساوی یا کمتر از دو هفته به همراه سابقه تماس با فرد مبتلا به سل 	<ul style="list-style-type: none"> • هموپتیزی شدید • تنگی نفس 	<ul style="list-style-type: none"> • نتایج اسمیر برداری ها از خلط • درخواست رادیوگرافی قفسه سینه از سالمند دارای یک نمونه اسمیر مثبت یا دیسترس تنفسی • دیسترس تنفسی

در صورتی که جواب ۲ نمونه از ۳ نمونه اسمیر برداری از خلط ارسالی در آزمایش مستقیم مثبت است سالمند تحت عنوان **سل ریوی اسمیر خلط مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد.

در صورتی که یک نمونه از ۳ نمونه اسمیر برداری خلط مثبت است و علامت بالینی و رادیوگرافی مؤید سل نیز وجود دارد سالمند به عنوان **سل ریوی اسمیر خلط مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد.

در صورتی که هر ۳ مورد اسمیر برداری از خلط منفی است برای سالمند ۱۰ تا ۱۴ روز درمان غیر اختصاصی را طبق برنامه کشوری مبارزه با سل (استفاده نکردن از ریفامپیسین، آمینوگلیکوزید ها و کینولون ها) تجویز کنید پس از آن در صورتی که نشانه های بهبودی ظاهر نشود و نشانه های بالینی پایدار باقی بمانند از خلط سالمند در همان زمان مراجعه مجدداً ۳ نمونه از خلط همانند نوبت اول، اسمیر تهیه شود. چنانچه از ۳ مورد اسمیر برداری حتی یک مورد اسمیر خلط، مثبت است سالمند تحت عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد. چنانچه هر سه مورد اسمیر منفی است در صورت وجود نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل سالمند تحت عنوان **سل ریوی اسمیر منفی** تحت درمان سل قرار می گیرد.

سالمند را از نظر ابتلا به سل طبقه بندی کنید

سالمند را با توجه به نشانه ها، نتایج اسمیر برداری ها و رادیوگرافی بشرح زیر طبقه بندی کنید: چنانچه سالمند حداقل یکی از نشانه های هموپتیزی شدید یا دیسترس تنفسی ناشی از پنوموتوراکس خودبخود یا پلورال افیوژن را دارد در طبقه بندی "**مشکل جدی (سل با عارضه)**" قرار می گیرد. سالمند را به بیمارستان ارجاع فوری دهید. چنانچه سالمند دارای ۲ نمونه یا هر ۳ نمونه اسمیر مثبت از خلط یا دارای یک نمونه اسمیر مثبت از خلط **بهمراه** نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل است در طبقه بندی "**در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه**" قرار می گیرد. سالمند را مطابق با چارت (برنامه کشوری مبارزه با سل) درمان کنید. به سالمند و همراه وی عوارض دارویی و راه های مقابله با آن را آموزش دهید. سالمند را یک هفته بعد پیگیری کنید.

چنانچه سالمند دارای یک نمونه اسمیر مثبت از خلط **بدون** نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل یا دارای هر ۳ نمونه اسمیر منفی از خلط است در طبقه بندی "**در معرض خطر ابتلا به سل**" قرار می گیرد. سالمند ۳ اسمیر منفی را تحت

درمان غیر اختصاصی ۱۰ تا ۱۴ روزه بر اساس چارت درمان برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل قرار دهید و دو هفته بعد پیگیری کنید. سالمند یک اسمیر مثبت را دو هفته پس از زمان اسمیر برداری اول پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر ابتلا به سل ریوی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • هموپتیزی شدید یا • دیسترس تنفسی ناشی از پلورال افیوژن یا پنوموتوراکس خودبخود 	مشکل جدی (سل) با عارضه)	سالمند را به بیمارستان ارجاع فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • مثبت بودن ۲ اسمیر و یا هر ۳ اسمیر برداری از خلط یا • مثبت بودن یک اسمیر به همراه نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه 	در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را بر اساس چارت درمان کنید و اولین دوز دارو را به سالمند بخورانید. • به سالمند و همراه وی در خصوص درمان بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه های سرایت آن، طول مدت سرایت پذیری بیماری آموزش دهید. • سالمند را طبق برنامه کشوری مبارزه با سل یک هفته بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • مثبت بودن یک اسمیر بدون نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه یا • منفی بودن هر ۳ مورد اسمیر برداری از خلط 	در معرض خطر ابتلا به سل	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند یک اسمیر مثبت را دو هفته بعد از زمان اسمیر برداری اول پیگیری و مراقبت ویژه کنید. • سالمند ۳ اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی ۱۰ تا ۱۴ روز بر طبق برنامه کشوری سل قرار دهید. • سالمند را دو هفته بعد پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

دقت کنید کلیه نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم مراقبت ویژه پزشک ثبت کنید.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بیماری سل :

توصیه های کلی

- برخورداری از تهویه و نور کافی (تابش مستقیم نور آفتاب در ساعاتی از روز در اتاق بیمار)
- کنترل راه های انتقال بیماری
- تغذیه مناسب
- مصرف صحیح و مرتب دارو، طول مدت درمان (درمان حمله ای و نگاهدارنده)، تعداد و نوع دارو های تجویزی، زمان مصرف دارو، عوارض دارویی و راه های مقابله با آن، اهمیت مصرف مرتب و مستمر و صحیح دارو
- کنترل راه های سرایت بیماری، طول مدت سرایت پذیری بیماری

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه را یک هفته پس از درمان بشرح زیر پیگیری کنید:

از سالمند در خصوص نحوه مصرف دارو و عوارض ناشی از آن و عمل به توصیه ها سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. چنانچه سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی نحوه مصرف دارو و مقابله با عوارض ناشی از آن و توصیه های لازم را آموزش دهید. در صورت بروز عوارض شدید دارویی مطابق با اقدامات لازم در جدول عوارض شدید دارویی (ارجاع فوری یا غیر فوری، تغییر دارو و...) عمل کنید. در صورت بروز عوارض خفیف دارویی، درمان علامتی را برای عوارض دارویی مطابق برنامه کشوری سل شروع کنید. درمان را با همان دوز اولیه ادامه دهید. سالمند را یک هفته بعد بشرح زیر پیگیری کنید:

از سالمند در مورد نحوه مصرف دارو و عوارض ناشی از آن و عمل به توصیه ها سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی نداشته است به سالمند و همراه وی نحوه مصرف صحیح و مداوم دارو و مقابله با عوارض ناشی از آن و توصیه های لازم را آموزش دهید. سالمند را تا پایان دو ماه (درمان حمله ای) هر دو هفته و پس از آن تا پایان ۴ ماه (درمان نگاهدارنده) هر ماه بر اساس "برنامه کشوری کنترل سل" پیگیری و مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشکی پسخوراند دهید که سالمند را هفتگی پیگیری و مراقبت ویژه کند.

در پایان دوره درمانی سالمند مبتلا به سل ریوی برای وی رادیوگرافی سینه درخواست کنید.

دقت کنید در پایان ماه دوم، چهارم و ششم هر بار دو نمونه اسمیر از خلط سالمند بگیرید. نکته قابل توجه اینکه مثبت شدن یکی از ۲ نمونه خلطی که در هر مرحله از پایش درمان از سالمند تهیه می شود به معنای مثبت بودن نتیجه آزمایش در آن مرحله زمانی کافی است.

سالمند در معرض خطر ابتلا به سل (یک اسمیر مثبت) را پس از دو هفته از زمان اسمیربرداری اول بشرح زیر پیگیری کنید:

دقت کنید سالمند پیگیری شده دارای یک نمونه اسمیر مثبت از خلط است و فاقد نشانه های رادیوگرافیک در قفسه سینه است. از سالمند ۳ نمونه اسمیر از خلط تهیه شود و از سالمند بخواهید به محض آماده شدن جواب آزمایش به شما مراجعه کند:

- چنانچه سالمند دارای ۳ نمونه اسمیر منفی است برای سالمند رادیوگرافی از قفسه سینه درخواست کنید. در صورتی که سالمند دارای نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل است **مبتلا به سل اسمیر منفی** است. سالمند را مطابق چارت تحت درمان قرار دهید و بر اساس چارت سالمند در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری و مراقبت ویژه کنید.
- چنانچه سالمند دارای ۳ نمونه اسمیر منفی است برای سالمند رادیوگرافی از قفسه سینه درخواست کنید. در صورتی که سالمند فاقد نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل در قفسه سینه است **این سالمند مبتلا به سل نیست**. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.
- چنانچه سالمند حداقل یک نمونه اسمیر مثبت دارد **این سالمند مبتلا به سل است**. سالمند را مطابق چارت تحت درمان قرار دهید و سالمند را بر اساس چارت سالمند در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

سالمند در معرض خطر ابتلا به سل (۳ اسمیر منفی) را پس از دو هفته از زمان مراجعه بشرح زیر پیگیری کنید:

دقت کنید سالمند پیگیری شده دارای ۳ نمونه اسمیر منفی از خلط است و ۱۴-۱۰ روز تحت درمان غیر اختصاصی قرار گرفته است. از سالمند در خصوص نشانه های بیماری سؤال کنید:

- چنانچه سالمند دارای علائم بهبودی است این سالمند مبتلا به سل نیست. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.
- چنانچه سالمند فاقد علائم بهبودی است از سالمند ۳ نمونه اسمیر از خلط تهیه شود و وی را مشابه سالمند دارای یک نمونه اسمیر مثبت پیگیری و مراقبت ویژه کنید.

درمان علامتی عوارض خفیف دارویی

بی اشتها، تهوع و درد شکم: دوز دارو ها را کنترل کنید. درمان را ادامه دهید. از سالمند بخواهید دارو ها را هر شب قبل از خواب شب مصرف کند.

درد مفاصل: از آسپیرین استفاده کنید.

احساس سوزش در پاها: پیریدوکسین ۴۰ میلی گرم روزانه تجویز کنید.

درمان

جدول اشکال دارویی و مقدار تجویز روزانه داروهای خط اول ضد سل

دارو	دوز روزانه (mg/kg)	فرآورده های ژنریک ایران
ایزونیازید (H)	۵(۴-۶)	قرص های ۱۰۰-۳۰۰ میلی گرم
ریفامپیسین (R)	۱۰(۸-۱۲)	کپسول های ۱۵۰-۳۰۰ میلی گرم قطره ۱۵۳ میلی گرم در هر قطره
پیرازینامید (Z)	۲۵(۲۰-۳۰)	قرص ۵۰۰ میلی گرم
اتامبوتول (E)	۱۵(۱۵-۲۰)	قرص ۴۰۰ میلی گرم
استرپتومايسين (S)	۱۵(۱۲-۱۸) حداکثر ۷۵۰ میلی گرم	ویال یک گرمی

در درمان سل دو گروه درمانی وجود دارد و هر یک از مبتلایان به سل (ریوی و خارج ریوی) در یکی از این دو گروه قرار می گیرند. بیماران جدید در گروه درمانی یک قرار گرفته و از برنامه درمانی کوتاه مدت ۶ ماهه که از دو مرحله حاد و نگاهدارنده تشکیل شده بهره می گیرند.

در مرحله حمله ای از ۴ داروی ایزونیازید، ریفامپیسین، پیرازینامید و اتامبوتول به مدت ۲ ماه با نظارت مستقیم کارکنان بهداشتی بصورت روزانه استفاده می شود.

در مرحله نگاهدارنده از ۲ داروی ایزونیازید و ریفامپیسین به مدت ۴ ماه با نظارت مستقیم کارکنان بهداشتی بصورت هفتگی استفاده می شود.

برنامه درمانی سالمند مبتلا به سل

مرحله نگاهدارنده درمان		مرحله حمله ای درمان		وضعیت بیمار	
مدت درمان (ماه)	دارو	مدت درمان (ماه)	دارو		
۴	HR	۲	HRZE یا HRZS	۱	اسمیر مثبت، اسمیر منفی، خارج ریوی
۵	HRE	۲	HRZES و سپس	۲	شکست درمان
		۱	HRZE		

منبع: برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل

دقت کنید چنانچه اسمیر خلط سالمند مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت در پایان ماه دوم درمان هنوز مثبت باقی مانده باشد درمان حمله ای را تا پایان ماه سوم ادامه دهید. و در پایان ماه سوم آزمایش خلط را تکرار کنید و بدون توجه به مثبت و یا منفی شدن نتیجه آزمایش، درمان نگاهدارنده را برای سالمند شروع کنید.

چنانچه سالمند مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت، دو ماه پس از شروع درمان نگاه دارنده یا در طول پایانی درمان (پایان ماه پنجم و یا ششم درمان) اسمیر خلط وی هنوز مثبت باقی مانده است و یا در طول دوره درمان، اسمیر خلط سالمند مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت پس از منفی شدن دوباره مثبت می شود برای این سالمند کشت خلط و آزمایش حساسیت دارویی انجام دهید. سالمند را تحت درمان دارویی گروه "شکست درمان" قرار دهید.

لازم است از بیمارانی مبتلا به سل ریوی اسمیر منفی نیز در پایان ماه دوم اسمیر بگیریید تا از منفی باقی ماندن آن اطمینان حاصل کنید.

دوره درمانی مرحله حمله ای در مورد گروه ۲ درمانی ۳ ماهه است. چنانچه در پایان ماه سوم هنوز خلط بیمار مثبت است درمان مرحله حمله ای را تا پایان ماه چهارم ادامه دهید (بدون استرپتومایسین). سپس در پایان ماه چهارم آزمایش خلط را برای سالمند تکرار کنید و اگر هنوز مثبت باقی مانده است کشت خلط و آزمایش حساسیت دارویی را برای سالمند انجام دهید و درمان نگاه دارنده را نیز برای سالمند آغاز کنید.

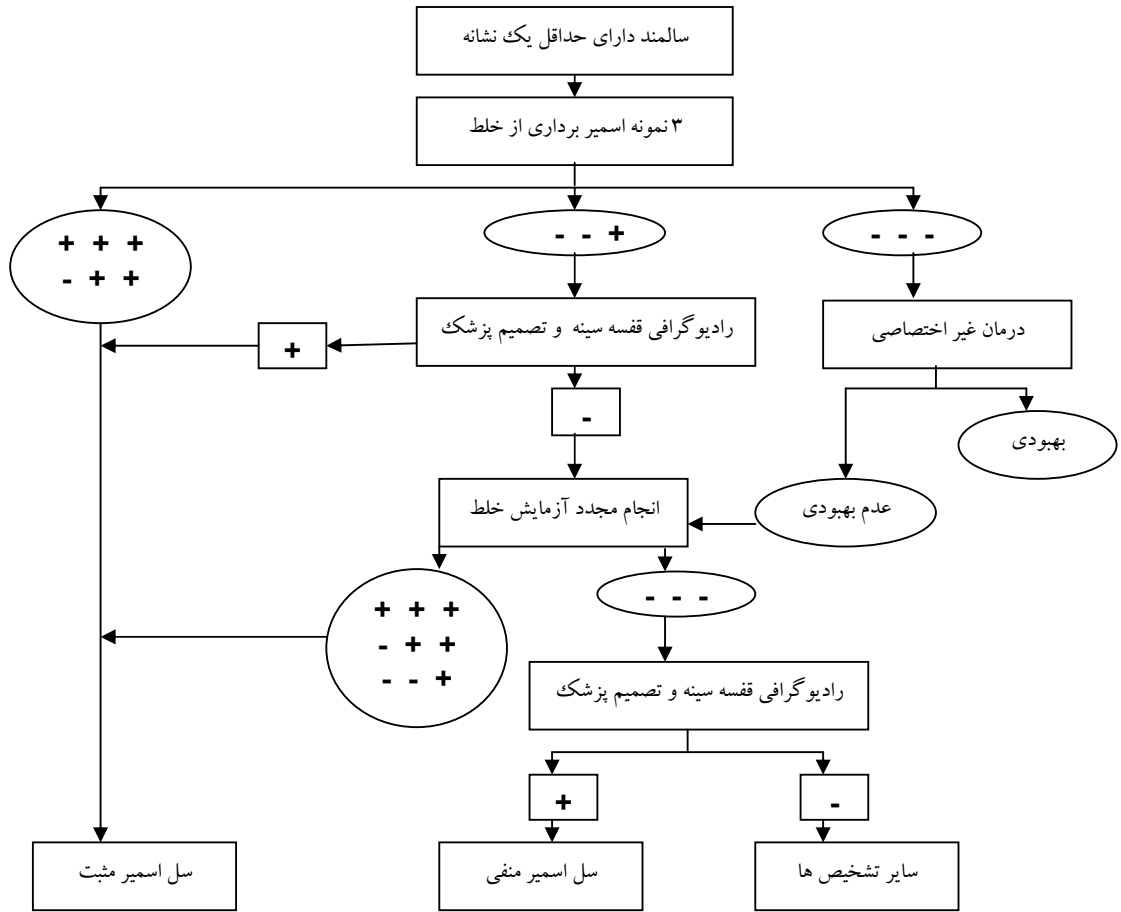
در پایان درمان از سالمند مبتلا به سل ریوی، به منظور کمک به تشخیص و تعیین سیر بهبود ضایعات رادیوگرافی قفسه سینه بعمل آورید.

عوارض دارویی سل

عوارض دارویی	داروی احتمالی ایجاد کننده	اقدامات لازم
عوارض دارویی خفیف		
بی اشتها، تهوع و درد شکم	ریفامپین	دوز دارو کنترل شود. درمان ادامه یابد. داروها هر شب قبل از خواب مصرف شود.
درد مفاصل	پیرازینامید	آسپیرین
احساس سوزش در پاها	ایزونیازید	پیریدوکسین ۴۰ میلی گرم

عوارض دارویی شدید		
<ul style="list-style-type: none"> • تمام داروها متوقف شود. • داروی آنتی هیستامین و در صورت شدید بودن کورتیکواستروئید همراه مایعات داخل وریدی تجویز گردد. • از تجویز مجدد استرپتومایسین جدا خودداری کنید. • بیمار را به بیمارستان ارجاع فوری دهید. 	استرپتومایسین ایزونیازید ریفامپین پیرازینامید	لکه های پوستی بهمراه ادم، زخم مخاطی و شوک
مصرف استرپتومایسین را متوقف کنید ضمن تجویز داروی آنتی هیستامین درمان ضد سل ادامه یابد.	استرپتومایسین	خارش
چنانچه در معاینه با اتوسکوپ یافته غیر طبیعی وجود ندارد استرپتومایسین حذف و بجای آن اتامبوتول را جایگزین کنید	استرپتومایسین	کاهش شنوایی ویا کری
استرپتومایسین حذف و بجای آن اتامبوتول را جایگزین کنید	استرپتومایسین	سرگیجه و یا نیستاگموس
مصرف اتامبوتول را متوقف کنید. بیمار را برای ادامه درمان به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.	اتامبوتول	اختلال دید رنگ (قرمز و سبز)
اقدامات لازم	داروی احتمالی ایجاد کننده	عارضه دارویی
مصرف تمام داروها متوقف شود. تست های کبدی و PT بطور اورژانس انجام شود. سالمند را به بیمارستان ارجاع فوری دهید. در صورتی که هپاتیت دارویی شدید است ریفامپین و پیرازینامید را بطور کامل از برنامه درمانی حذف کنید و برنامه درمانی ۳ دارویی استرپتومایسین و ایزونیازید و اتامبوتول به مدت یک ماه و پس از آن ایزونیازید و اتامبوتول به مدت ده ماه را جایگزین کنید. در موارد سل پیشرفته که قطع درمان سل ممکن نیست تا طبیعی شدن تست ها کبدی از استرپتومایسین و اتامبوتول استفاده کنید.	ایزونیازید ریفامپین پیرازینامید	زردی، استفراغ و کنفوزیون به علت هپاتیت دارویی
ریفامپین را حذف کنید.	ریفامپین	شوک، پورپورای ترومبوسیتوپنیک و نارسایی حاد کبد

الگوریتم تشخیصی سل ریوی



فصل دهم: دمانس

• ارزیابی سالمند از نظر دمانس

سالمند با احتمال ابتلا به دمانس را بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر ابتلا به دمانس

جمع بندی کنید	از سالمند یا همراه وی نشانه های زیر را سؤال کنید	علائم زیر را بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز دریافتی از آزمون به ذهن سپاری و یادآوری کلمات و • تست کشیدن ساعت 	<ul style="list-style-type: none"> • ترس ها و عقاید عجیب و غریب • رفتارهای غیر عادی • توهمات بینایی • کندی حرکات • تحریک پذیری 	<ul style="list-style-type: none"> • آژیتاسیون (بیقراری) • تحریک پذیری • چهره بی حالت یا ماسکه • حرکات چرخ دنده ای • رژیذیتی در حرکت • عدم تعادل

از همراه سالمند در مورد نشانه های فوق سؤال کنید.

ترس ها و عقاید عجیب و غریب: در بخش افسردگی سؤال شده است متنها نوع ترس در دمانس با سایکوتیک دپرسیون متفاوت است به عنوان مثال در صورتی که همراه سالمند اظهار می کند که سالمند مرتب از دزدیده شدن اموال توسط نزدیکان یا خیانت همسر صحبت می کند آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

توهمات بینایی: چنانچه به عنوان مثال همراه سالمند اظهار می کند که سالمند مرتب صحبت از دیدن نزدیکان فوت شده (پدر، مادر و ...)، اثمه، جن، رهبر و مسئولین سیاسی می کند آن را به عنوان یک نشانه لحاظ کنید.

رفتارهای غیر عادی: اگر به عنوان مثال همراه سالمند اظهار می کند سالمند چیزهایی را پرتاب می کند و یا می شکند و یا به دیگران حمله می کند و یا در ملاء عام شروع به درآوردن لباس های خود کرده است یا با گل قالی بازی می کند یا با خودش حرف می زند آن را به عنوان یک نشانه محسوب کنید.

بیقراری: سالمند در بخش افسردگی و اضطراب مورد ارزیابی قرار گرفته بنابراین فقط جمع بندی کنید.

تحریک پذیری: آستانه سالمند تحریک پذیر در مقابل عصبانیت پایین است و با کوچکترین حرفی عصبانی شده و داد و فریاد می کند. است چنانچه به عنوان مثال همراه سالمند اظهار می کند که سالمند در مقابل لباس پوشیدن و یا مسواک زدن شروع به جیغ زدن و هتاک می کند آن را به عنوان یک نشانه ثبت کنید.

نشانه و علائم بیماری پارکینسون (چهره بی حالت و یا ماسکه، کندی حرکات، لرزش دست ها، حرکات چرخ دنده ای، رژیذیتی در حرکت) را در سالمند بررسی کنید. وجود هر یک از علائم یاد شده را به عنوان یک نشانه تلقی کنید.

عدم تعادل: قبلا سالمند مورد بررسی قرار گرفته است فقط جمع بندی کنید.

سالمند را از نظر دمانس طبقه بندی کنید

سالمند را با استفاده از نشانه ها، علائم و سابقه بیماری های فوق از نظر دمانس بشرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه علاوه بر اظهارات همراه سالمند مشاهده می کنید که سالمند دارای حداقل یک نشانه است که مرتب تکرار می گردد سالمند در طبقه بندی "مشکل جدی (دمانس با عارضه)" قرار می گیرد. به سالمند بدون نشانه بیماری پارکینسون و بدون سابقه سقوط و عدم تعادل ۰-۱،۰ میلی گرم قرص هالوپریدول و به سالمند دارای علائم بیماری پارکینسون یا سقوط و عدم تعادل یک قرص اکسازپام و یا لورازپام تجویز کنید. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع فوری دهید. در صورتی که سالمند بنا به اظهارات همراه سالمند دارای حداقل یک نشانه است یا فاقد نشانه است در طبقه بندی "مشکل (ابتلا به دمانس)" قرار می گیرد. به سالمند دارای حداقل یک نشانه بدون نشانه بیماری پارکینسون و بدون سابقه سقوط و عدم تعادل ۰-۱،۰ میلی گرم قرص هالوپریدول و به سالمند دارای حداقل یک نشانه به همراه علائم بیماری پارکینسون یا سقوط و عدم تعادل یک قرص اکسازپام و یا لورازپام بصورت شبانه تا زمان ارجاع (معمولا یک هفته) تجویز کنید. به سالمند و همراه وی راه های تقویت حافظه را آموزش دهید. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر دمانس

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> مشاهده حداقل یک نشانه بصورت تکراری 	<ul style="list-style-type: none"> مشکل جدی (دمانس با عارضه) 	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند بدون نشانه بیماری پارکینسون و بدون سابقه سقوط و عدم تعادل ۰-۱،۰ میلی گرم قرص هالوپریدول و به سالمند دارای علائم بیماری پارکینسون یا سقوط و عدم تعادل یک قرص اکسازپام و یا لورازپام تجویز کنید. سالمند را به بیمارستان ارجاع فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> بنا به اظهارات همراه سالمند حداقل یک نشانه یا فاقد نشانه 	<ul style="list-style-type: none"> مشکل (ابتلا به دمانس) 	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی راه های تقویت حافظه را آموزش دهید. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی به منظور تقویت حافظه و کنترل دمانس

به سالمند توصیه کنید که از سوال کردن و گفتن این که چیزی را فراموش کرده است خجالت نکشد و سپس راههای تقویت حافظه را به او آموزش دهید

راه های تقویت حافظه

- گوش دادن به اخبار رادیو و تلویزیون هر روز و بازگو کردن آن در جمع دوستان
- سعی در مورد یادگیری یک چیز جدید هر روز
- مطالعه کردن کتاب یا روزنامه
- تعریف کردن خاطرات گذشته در جمع دوستان و یا خانواده
- نگاه کردن به آلبوم عکس های قدیمی و یادآوری نام افراد و خاطرات گذشته
- نوشتن خاطرات
- مشاعره کردن با دوستانتان
- انجام بازی های فکری مثل شطرنج
- حل کردن جدول

مقابله با فراموشکاری

- گذاشتن چیزهایی را که همیشه از آن استفاده می کند مثل عینک یا کلید در یک جای مشخص
- یادداشت کردن مطالبی را که ممکن است فراموش کند و شماره تلفن های اقوام و دوستان
- همراه داشتن دفتر یادداشت و یا تقویم در همه جا
- قرار دادن یک دفتر چه یادداشت در کنار تلفن برای یادداشت کردن پیام های تلفنی
- در معرض دید قرار دادن دارو های مصرفی (دور از دسترس نوه ها) و برای اینکه زمان مصرف دارو را فراموش نکنند می تواند به تعداد وعده هایی که باید دارو بخورد شیشه های کوچکی تهیه کند و داروهای هر وعده را در این شیشه ها بریزد
- از درمان صحیح افسردگی اطمینان حاصل کنید.

آموزش به اطرافیان سالمند با هدف پیشگیری از اختلالات رفتاری در سالمند

- تامین محیط عاری از سر و صدا با نور مناسب در زمان خواب سالمند
- اجتناب از خواب در طول روز بویژه صبحگاهی و حداکثر کوتاه مدت در بعدازظهر
- تغذیه بموقع سالمند
- تامین درجه حرارت مناسب در محل زندگی سالمند به گونه ای که سالمند احساس سرما و یا گرما نکند
- استفاده از تشویق و اجتناب از اجبار سالمند برای انجام کار های خاص مثل حمام رفتن و تعویض لباس
- اجتناب از حضور سالمند در جا های شلوغ و ناآشنا مثل ختم و عروسی
- استفاده از محیط های آشنا و قدیمی برای زندگی سالمند
- بررسی از نظر بیماری های جسمی مثل درد و یا احتباس ادراری

فصل سیزدهم:

• بررسی سالمند از نظر اختلال بینایی و اختلال شنوایی

سالمند با احتمال ابتلا به اختلالات بینایی و شنوایی را از نظر احتمال ابتلا به اختلالات بینایی و شنوایی بشرح زیر ارزیابی کنید:

جدول ارزیابی سالمند از نظر احتمال ابتلا به اختلال بینایی و اختلال شنوایی

جمع بندی کنید	در سالمند با مشکل شنوایی بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • کاهش دید • کاهش شنوایی • قادر نبودن به خواندن با یا بدون عینک (سالمند با سواد) • نشینیدن پیچ یا پاسخ ندادن درست به آن 	<ul style="list-style-type: none"> • وجود جرم در گوش خارجی

نشانه های مندرج در فرم مراقبت را بشرح فوق جمع بندی کنید.

جرم گوش در گوش خارجی: در صورتی که با اتوسکوپ مشاهده می کنید که مجرای گوش خارجی توسط جرم گوش کاملاً مسدود گشته و یا جرم گوش بطور کامل پرده تمپان را پوشانده است آن را یک نشانه محسوب کنید.

سالمند را از نظر احتمال ابتلا به اختلال بینایی و اختلال شنوایی طبقه بندی کنید

در این مرحله سالمند را با توجه به نشانه ها از نظر احتمال اختلال بینایی و اختلال شنوایی بشرح زیر طبقه بندی کنید: در صورتی که سالمند دارای نشانه است این سالمند در طبقه بندی "مشکل (احتمال اختلال بینایی شنوایی)" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از بینایی و شنوایی را آموزش دهید. سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. در صورتی که سالمند دارای جرم گوش است برای سالمند گلیسرین فنیکه ۴ تا ۵ بار در روز به مدت ۵-۳ روز تجویز کنید و از سالمند بخواهید در پایان مدت یاد شده بلافاصله به متخصص مراجعه کند. در صورتی که سالمند فاقد نشانه است این سالمند در طبقه بندی "فاقد مشکل" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از بینایی و شنوایی را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

جدول طبقه بندی سالمند از نظر احتمال ابتلا به اختلال بینایی و اختلال شنوایی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• دارای نشانه	مشکل (احتمال اختلال شنوایی بینایی)	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از شنوایی و بینایی را آموزش دهید. • سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
• بدون نشانه	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از شنوایی و بینایی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

دقت کنید کلیه نشانه ها، طبقه بندی ها و توصیه ها (ارجاع، آموزش و پیگیری) را با استفاده از دایره کشیدن در فرم

مراقبت ثبت کنید

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بینایی:

- انجام معاینات دوره ای چشم پزشکی بصورت سالانه (حتی اگر مشکلی ندارد)
- استفاده از عینک آفتابی در هوای آفتابی و هوای سرد

- استفاده از چای تازه دم برای شستشوی چشم در صورت ورود گرد و غبار به چشم
- انجام مطالعه و کارهای چشمی در نور کافی
- مصرف سبزی و میوه های حاوی ویتامین A مانند هویج ، گوجه فرنگی و نارنگی، اسفناج، انبه ، کدو حلوائی، زرد آلو

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از شنوایی:

- خودداری از رفتن به مکان های پر سرو صدا
- دستکاری نکردن گوش برای خارج کردن جرم
- خودداری از فرو بردن اجسامی مانند دسته عینک ، سنجاق ، سرخودکار و حتی گوش پاک کن در گوش
- خودداری از فرو بردن لیف در مجرای گوش و شستن آن با صابون یا شامپو در هنگام حمام کردن
- اجتناب از مصرف گوش پاک کن برای خشک کردن مجرای گوش بعد از حمام کردن
- به صورت فتيله در آوردن گوشه يك دستمال نخی و قرار دادن آن در ابتدای مجرای گوش برای جذب شدن آب و خشک شدن مجرا

فرم های ثبت

فرم های ثبتی که در این مجموعه بکار رفته است شامل موارد زیر است:

۱. فرم مراقبت

۲. فرم ارجاع

۳. فرم پیگیری

۴. فرم پسخوراند

در فرم مراقبت اطلاعات سالمند که به مرکز دعوت شده است مشتمل بر نشانه ها، علایم بیماری، ابزار تشخیصی، اقدامات پاراکلینیکی و توصیه های درمانی ساده و غیر در مانی ثبت می گردد. فرم مراقبت شامل دو بخش پزشک و غیر پزشک است تیم غیر پزشک در روستا بهورز و در شهر کاردان و یا کارشناس را در بر می گیرد. بنابراین در اولین مراجعه سالمند به واحد بهداشتی، بخش غیر پزشک در فرم مراقبت توسط تیم غیر پزشک تکمیل می گردد و چنانچه نیاز به ارجاع به سطح بالاتر یعنی پزشک داشته باشد بخش پزشک نیز توسط پزشک تکمیل می شود.

چنانچه سالمند نیاز به ارجاع داشته باشد فرم ارجاع برای وی تکمیل می گردد. در فرم ارجاع نوع ارجاع، محل ارجاع و علت ارجاع عنوان می گردد.

در فرم پیگیری زمان، علت پیگیری، تغییر نشانه ها و علایم بیماری و توصیه ها (زمان پیگیری بعدی، ارجاع یا مراقبت دوره ای) قید می گردد.

فرم پسخوراند در صورت نیاز برای سالمند تکمیل می گردد و معمولاً بدنبال ارجاع سالمند به پزشک، در صورتی که سالمند نیاز به مراقبت های ماهانه توسط تیم غیر پزشک داشته باشد از این فرم استفاده می گردد. در این فرم مراقبت هایی را که سالمند نیاز دارد بصورت ماهانه توسط تیم غیر پزشک در یافت کند به همراه زمان ارجاع بعدی درج می گردد. بنابراین این فرم توسط پزشک تکمیل می گردد.

فرم مراقبت دوره ای سالمند

تاریخ تشکیل پرونده:												شماره خانوار(پرونده):					نام و نام خانوادگی:																							
سال تولد:												تحصیلات: بیسواد - باسواد					جنس: زن - مرد					تاهل: مجرد - متأهل - بیوه					همراهان زندگی: تنها - با همراه (همسر، فرزند، اقوام، دوست، سایر)					عادات: الکل سیگار و یا هر نوع دخانیات								
غیر پزشک												سن:					سن:					پزشک					سن:													
آرتزین صدوی و سکنه قلبی	ارزیابی	۱- درد، گرفتگی یا فشار در قفسه سینه غیر تکراری	۲	۱	۱- درد، گرفتگی یا فشار در قفسه سینه غیر تکراری	۲	۱	۲- درد و ناراحتی و سوزش سردل غیر تکراری	۴	۳	۳- تنگی نفس غیر تکراری	۶	۵	۴- درد، گرفتگی یا فشار در قفسه سینه تکراری	۸	۷	۵- درد و ناراحتی و سوزش سردل تکراری	۱۰	۹	۶- تنگی نفس تکراری	۱۰	۹	۷- سابقه سکنه قلبی	۸	۷	۸- سابقه سکنه مغزی	۱۲	۱۱	۹- دیابت	۱۲	۱۱	۱۰- اختلالات چربی خون	۱۲	۱۱	۱۱- چاقی	۱۳	۱۲- دخانیات	۱۳	۱۳- فشارخون بالا	۱۳
		طبقه	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- احتمال مشکل	۴	۳	۳- در معرض خطر ابتلا	۴	۳	۴- فاقد مشکل	۴	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- احتمال مشکل	۴	۳	۳- در معرض خطر ابتلا	۴	۳	۴- فاقد مشکل	۴	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- احتمال مشکل	۴	۳	۳- در معرض خطر ابتلا	۴	۳	۴- فاقد مشکل	۴	۳		
			پیگیری	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- یک سال بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱	
		ارجاع	۱- دارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱		
		توصیه	۱- دارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱		
		سکنه مغزی	ارزیابی	۱- اختلال حسی یا حرکتی	۲	۱	۱- اختلال حسی یا حرکتی	۲	۱	۲- اختلال بینایی	۴	۳	۳- اختلال تکلم	۴	۳	۴- سر درد شدید	۵	۵	۵- اختلال شناختی	۵	۵	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- در معرض خطر ابتلا	۲	۱	۳- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- در معرض خطر ابتلا	۲	۱	۳- فاقد مشکل	۳	۳	
	طبقه			۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- در معرض خطر ابتلا	۲	۱	۳- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- در معرض خطر ابتلا	۲	۱	۳- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- در معرض خطر ابتلا	۲	۱	۳- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- در معرض خطر ابتلا	۲	۱	۳- فاقد مشکل	۳	۳	
	ارجاع		۱- دارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱		
	توصیه		۱- دارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱		
	ارزیابی		۱- سابقه سکنه قلبی یا آرتزین صدوی	۲	۱	۲- سابقه سکنه مغزی	۴	۳	۳- دیابت یا سابقه آن	۶	۵	۴- مصرف دخانیات یا سابقه آن	۶	۵	۵- اختلالات چربی خون	۷	۷	۶- فشارخون بالا یا سابقه آن	۷	۷	۷- چاقی	۷	۷	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- فاقد مشکل	۳
	احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی	طبقه	۱- سابقه سکنه قلبی یا آرتزین صدوی	۲	۱	۲- سابقه سکنه مغزی	۴	۳	۳- دیابت یا سابقه آن	۶	۵	۴- مصرف دخانیات یا سابقه آن	۶	۵	۵- اختلالات چربی خون	۷	۷	۶- فشارخون بالا یا سابقه آن	۷	۷	۷- چاقی	۷	۷	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- فاقد مشکل	۳
پیگیری		یک ماه بعد	۲	۱	۳ ماه بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱	۱- یک ماه بعد	۲	۱	۲- سه ماه بعد	۲	۱			
ارجاع		۱- دارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱			
توصیه		۱- دارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱	۱- دارد	۲	۱	۲- ندارد	۲	۱			
ارزیابی		۱- آترواسکلروز محیطی	۲	۱	۲- HDL کمتر از ۴۰ در مردان یا کمتر از ۵۰ در زنان	۴	۳	۳- LDL کمتر از ۱۰۰	۶	۵	۴- LDL ۱۰۰ یا کمتر از ۱۳۰	۶	۵	۵- LDL ۱۶۰ یا بالاتر	۸	۷	۶- LDL ۱۶۰ یا کمتر از ۱۳۰	۸	۷	۷- چاقی	۷	۷	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- فاقد مشکل	۳	۳	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۱	۲- فاقد مشکل	۳	۳

غیر پزشکی		پزشک		سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	
اختلالات فشارخون	ارزیابی	فشارخون = ۱- فشارخون ماکزیموم ۱۶۰ یا بالاتر ۲- فشار خون مینی موم ۱۰۰ یا بالاتر ۳- فشارخون ماکزیموم ۱۵۹-۱۴۰ ۴- فشار خون مینی موم ۹۰-۹۹ ۵- فشارخون ماکزیموم ۱۳۹-۱۲۰ ۶- فشار خون مینی موم ۸۰-۸۹ ۷- فشارخون ماکزیموم کمتر از ۱۲۰ و فشار خون مینی موم کمتر از ۸۰ ۸- افت فشارخون ماکزیموم در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته ۲۰ میلی متر جیوه یا بیشتر	فشارخون = ۱- فشارخون ماکزیموم ۱۴۰ یا بالاتر ۲- فشار خون مینی موم ۹۰ یا بالاتر ۳- فشارخون ماکزیموم ۱۳۹-۱۲۰ ۴- فشار خون مینی موم ۸۰-۸۹ ۵- فشارخون ماکزیموم کمتر از ۱۲۰ و فشار خون مینی موم کمتر از ۸۰ ۶- افت فشارخون ماکزیموم در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته ۲۰ میلی متر جیوه یا بیشتر ۷- پروتئینوری یا هماجوری ۸- رتینوپاتی ۹- نارسایی قلبی	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
	طبقه	۱- احتمال مشکل جدی ۲- احتمال مشکل ۳- در معرض خطر ابتلا ۴- فاقد مشکل	۱- مشکل ۲- در معرض خطر ابتلا ۳- فاقد مشکل	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
	پیگیری	سه ماه بعد	۱- یک ماه بعد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱
	ارجاع	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱
	توصیه	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱
	ارزیابی	نمایه توده بدنی = ۱- از دست دادن اشتها ۲- کاهش وزن ۳- نمایه توده بدنی کمتر از ۲۲ ۴- نمایه توده بدنی ۲۴،۹-۲۲ ۵- نمایه توده بدنی ۲۵ تا ۲۹،۹ ۶- نمایه توده بدنی ۳۰ یا بالاتر	نمایه توده بدنی = ۱- امتیاز دریافتی کمتر از ۵ ۲- امتیاز دریافتی ۵-۹،۵ ۳- امتیاز دریافتی ۱۰ یا بالاتر ۴- عدم تحمل غذا از راه دهان	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱
طبقه	۱- احتمال مشکل ۲- در معرض خطر ابتلا ۳- فاقد مشکل	۱- احتمال مشکل جدی ۲- احتمال مشکل ۳- در معرض خطر ابتلا ۴- فاقد مشکل	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
پیگیری	یک ماه بعد	سه ماه بعد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
ارجاع	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
توصیه	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
اختلالات تغذیه‌ای و مصرف مولتی ویتامین	ارزیابی	۱- مصرف روزانه مولتی ویتامین ۲- عدم مصرف مولتی ویتامین ۳- مصرف غیر روزانه مولتی ویتامین	۱- مصرف دخانیات ۲- فشار خون بالا یا سابقه آن ۳- سابقه سکه قلبی ۴- سابقه سکه مغزی ۵- دیس لیپیدمی ۶- دیابت یا سابقه آن ۷- نفروپاتی ۸- نمایه توده بدنی ۳۵ یا بالاتر ۹- نمایه توده بدنی ۳۴،۹-۳۰	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
	طبقه	۱- در معرض خطر ۲- فاقد مشکل	۱- مشکل ۲- در معرض خطر ابتلا	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
	پیگیری	یک ماه بعد	سه ماه بعد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
	ارجاع	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
	توصیه	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	
	ارزیابی	۱- مصرف روزانه مولتی ویتامین ۲- عدم مصرف مولتی ویتامین ۳- مصرف غیر روزانه مولتی ویتامین	۱- مصرف دخانیات ۲- فشار خون بالا یا سابقه آن ۳- سابقه سکه قلبی ۴- سابقه سکه مغزی ۵- دیس لیپیدمی ۶- دیابت یا سابقه آن ۷- نفروپاتی ۸- نمایه توده بدنی ۳۵ یا بالاتر ۹- نمایه توده بدنی ۳۴،۹-۳۰	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱

پزشک							غیر پزشک								
سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:		
		۲ ۱			۲ ۱	۱-FBS ۳۰۰-۱۲۶ ۲-دهیدراتاسیون ۳-بوی کنون			۲ ۱			۲ ۱	۱- سابقه فامیلی دیابت ۲- سابقه دیابت حاملگی ۳- تولد بچه بیش از ۴ کیلوپی یا سابقه دوبار سقط خودبخودی یا سابقه مرده زایی	ارزیابی	
		۴ ۳			۴ ۳	در تنفس ۴- قند خون بیش از ۳۰۰ ۵- اختلالات حسی			۴ ۳			۴ ۳	۴- قند خون ناشتای بالا یا تست تحمل گلوکز مثبت در گذشته		
		۶ ۵			۶ ۵	در انتها ها ۶- اسهال بیوست یا تهوع و استفراغ متناوب			۶ ۵			۶ ۵	۵- چاقی ۶- فشارخون بالا ۷- پر اداری		
		۸ ۷			۸ ۷	۷-افت فشار خون وضعیتی ۸- تاول بریدگی خراش در پاها			۸ ۷			۸ ۷	۸- کاهش وزن ناخواسته ۹- دیر خوب شدن زخم ها		
		۱۰ ۹			۱۰ ۹	۹-رتینوپاتی ۱۰-آرتمی و ایسکمی قلبی ۱۱-FBS			۹			۹			
		۱۲ ۱۱			۱۲ ۱۱	۱۱-۱۲۵ ۱۲-FBS کمتر از ۱۱۰						۲ ۱	۱-احتمال مشکل ۲-فاقد مشکل	طبقه	
		۲ ۱			۲ ۱	۱-احتمال مشکل جدی ۲-احتمال مشکل			۲ ۱						
		۴ ۳			۴ ۳	۳-در معرض خطر ابتلا ۴-فاقد مشکل									
		۲ ۱			۲ ۱	۱-یک ماه بعد ۲-یک سال بعد								پیگیری	
		۲ ۱			۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد			۲ ۱			۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	ارجاع	
		۲ ۱			۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد			۲ ۱			۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	توصیه	
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱- ترشح ۲-توکشیدگی نوک پستان	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱- بی اشتهاپی ۲- ترشح یا توکشیدگی نوک پستان ۳- تغییر رنگ یا پوسته شدن پستان ۴- توده یا قرینه نبودن پستان ها ۵- مشکوک بودن مامو گرافی یا بیوپسی از پستان ۶- سابقه فامیلی سرطان پستان ۷- سابقه ابتلا به سرطان پستان ۸- سابقه بیوپسی از پستان ۹- سابقه بیش از ۵ سال درمان جایگزینی هورمونی (HRT) ۱۰- نداشتن فرزند یا اولین بارداری بعد از ۳۰ سالگی ۱۱- شروع عادت ماهانه قبل از ۱۲ سالگی و یا زمان یانسگی بعد از ۵۵ سالگی ۱۲- سیگاری بودن سالمند، همسر یا همراهان زندگی سالمند	ارزیابی	
۴ ۳	۴ ۳	۴ ۳	۴ ۳	۴ ۳	۴ ۳	۳- تغییر رنگ و قرمزی ۴- پوسته پوسته شدن پستان ۵- توده در پستان ها ۶- قرینه نبودن پستان ها	۶ ۵	۶ ۵	۶ ۵	۶ ۵	۶ ۵	۶ ۵			
۶ ۵	۶ ۵	۶ ۵	۶ ۵	۶ ۵	۶ ۵		۸ ۷	۸ ۷	۸ ۷	۸ ۷	۸ ۷	۸ ۷			
							۱۰ ۹	۱۰ ۹	۱۰ ۹	۱۰ ۹	۱۰ ۹	۱۰ ۹			
							۱۲ ۱۱	۱۲ ۱۱	۱۲ ۱۱	۱۲ ۱۱	۱۲ ۱۱	۱۲ ۱۱			
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-احتمال مشکل ۲-در معرض خطر ابتلا ۳-فاقد مشکل	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-احتمال ابتلا به سرطان ۲- نامعلوم بودن ابتلا به سرطان	طبقه	
						یک سال بعد							یک ماه بعد	پیگیری	
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	ارجاع	
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	توصیه	
						۱-آزمایش غیر طبیعی خون مخفی در مدفوع	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱- سابقه فامیلی سرطان روده بزرگ ۲- ابتلا به پولیپوز روده ۳- بیماری های التهابی روده ۴- سابقه ابتلا به سرطان روده ۵- تغییر در اجابت مزاج ۶-بی اشتهاپی	ارزیابی	
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-احتمال مشکل ۲-در معرض خطر ابتلا ۳-فاقد مشکل	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-احتمال ابتلا به سرطان ۲- نامعلوم بودن ابتلا به سرطان	طبقه	
						شش ماه بعد							یک ماه بعد	پیگیری	
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	ارجاع	
۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۲ ۱	۱-دارد ۲-ندارد	توصیه	

پزشک							غیر پزشک															
سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:				
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	ارزیابی	منوط و عدم تعادل	
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- انجام ندادن فعالیت های روزانه بطور مستقل ۲- سالمند ۷۰ ساله یا بالاتر ۳- سابقه سقوط ۴- کاهش بینایی ۵- آرتروز ۶- افسردگی ۷- دمانس ۸- تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت حرکت ۹- تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت ثابت		
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- احتمال مشکل ۲- فاقد مشکل		
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- احتمال مشکل ۲- فاقد مشکل		
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	سه ماه بعد	پیگیری	
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- دارد ۲- ندارد	ارجاع	
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- دارد ۲- ندارد	توصیه	
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- کاهش یا افزایش اشتها ۲- کاهش یا افزایش خواب ۳- عدم توان انجام فعالیت های معمولی ۴- خسته شدن از زندگی ۵- افکار خودکشی یا سابقه اقدام به آن ۶- آسیب به دیگران ۷- رفتار های تهاجمی شدید ۸- بی قراری شدید ۹- ارتباط نداشتن با دیگران ۱۰- اختلال جدی در غذا خوردن ۱۱- تکلم سریع ۱۲- خود بزرگ بینی ۱۳- رفتار های بی مهیا ۱۴- توهمات شنیداری ۱۵- ترس ها یا عقاید عجیب و غریب ۱۶- یک مورد آزمایش غیر طبیعی	ارزیابی	افسردگی
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- احساس غم و افسردگی ۲- احساس کاهش شادی ۳- احساس کاهش علاقه ۴- احساس دلشوره یا نگرانی ۵- افکار یا طرح جدی خودکشی		
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- احتمال مشکل جدی ۲- احتمال مشکل ۳- فاقد مشکل		
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- احتمال مشکل جدی ۲- احتمال مشکل ۳- فاقد مشکل		
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	یک ماه بعد	پیگیری	
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- دارد ۲- ندارد	ارجاع	
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- دارد ۲- ندارد	توصیه	
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- کتش یا درد عضلانی ۲- اختلال در خواب ۳- اشکال در تفکر و تمرکز ۴- احساس خستگی زودرس ۵- بیقراری ۶- وسواس ۷- تحریک پذیری	ارزیابی	اضطراب
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- کتش یا درد عضلانی ۲- اختلال در خواب ۳- اشکال در تفکر و تمرکز ۴- احساس خستگی زودرس ۵- بیقراری ۶- وسواس ۷- تحریک پذیری		
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- احتمال مشکل جدی ۲- احتمال مشکل ۳- فاقد مشکل		
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۱- احتمال مشکل جدی ۲- احتمال مشکل ۳- فاقد مشکل		
۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	یک ماه بعد	پیگیری	

		غیر پزشکی						پزشک					
		سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:
ارجاع	۱- دارد	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
توصیه	۲- ندارد	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
ارزیابی	۱- صبح معمولاً زودتر از معمول از خواب بیدار شدن ۲- شب معمولاً دیرتر از معمول به رختخواب رفتن ۳- مشکل به خواب رفتن ۴- بیدار شدن های شبانه	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
طبقه	۱- احتمال مشکل	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
پیگیری													
ارجاع	۱- دارد	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
توصیه	۲- ندارد	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
ارزیابی	۱- سابقه پوکی استخوان ۲- سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک و یا متوسط ۳- بی حرکتی طولانی ۴- سلبقه مصرف کورتون حداقل به مدت سه ماه ۵- مصرف دخانیات یا سابقه آن ۶- فقدان ورزش مستمر ۷- سوءتغذیه لاغری ۸- زن بالاتر از ۶۵ سال یا مرد بالاتر از ۷۰ سال ۹- سابقه پوکی استخوان یا شکستگی لگن در مادر ۱۰- شروع پائسگی قبل از ۴۵ سالگی	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
طبقه	۱- احتمال مشکل	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
پیگیری	یک ماه بعد												
ارجاع	۱- دارد	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
توصیه	۲- ندارد	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
ارزیابی	۱- درد مفاصل ۲- قرمزی و گرما در مفصل	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
طبقه	۱- احتمال مشکل جدی	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
پیگیری													
ارجاع	۱- دارد	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲
توصیه	۲- ندارد	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲	۲

غیر پزشکی		پزشک		سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:
ارزیابی	ارزیابی	۱- تست استرس مثبت ۲- خروج بی اختیار چند قطره ادرار هنگام عطسه، سرفه، خنده یا برخاستن از زمین ۳- ایجاد احساس ناگهانی و شدید برای ادرار کردن و ریزش ادرار قبل از رسیدن به دستشویی ۴- تخلیه ناکامل ادرار زمانی که سالمند به دستشویی می رود	۱- پروستات غیر طبیعی در معاینه ۲- سونوگرافی غیر طبیعی (حجم ادرار باقیمانده بیش از ۵۰ تا حداکثر ۱۰۰ سی سی)	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	طبقه	۱- احتمال مشکل ۲- فاقد مشکل	۱- احتمال مشکل ۲- فاقد مشکل	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	پیگیری											
	ارجاع	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	توصیه	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
طبقه	ارزیابی	۱- سرفه بیش از ۲ هفته ۲- سرفه مساوی یا کمتر از ۲ هفته در سالمند یا سابقه تماس با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت ۳- سابقه تماس با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت در سالمند فاقد سرفه	۱- هموپتیزی شدید ۲- دیسترس تنفسی ۳- ۳ یا ۲ نمونه اسمیر مثبت ۴- یک نمونه اسمیر مثبت ۵- ۳ نمونه اسمیر منفی ۶- نشانه های رادیو گرافیک سل	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	طبقه	۱- احتمال مشکل ۲- در معرض خطر ابتلا ۳- فاقد مشکل	۱- احتمال مشکل جدی ۲- در معرض خطر ابتلا	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	پیگیری	یک ماه بعد	۱- یک هفته بعد ۲- دو هفته بعد									
	ارجاع	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	توصیه	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
ارزیابی	ارزیابی	۱- امتیاز صفر از آزمون به ذهن سپاری و یاد آوری کلمات ۲- امتیاز کمتر از ۳ از آزمون و امتیاز صفر از آزمون کشیدن ساعت ۳- امتیاز کمتر از ۳ از آزمون و امتیاز یک از آزمون کشیدن ساعت ۴- امتیاز ۳ از آزمون به ذهن سپاری و یاد آوری کلمات	۱- ترس ها و عقاید عجیب و غریب ۲- رفتار های غیر عادی ۳- توهمات بینایی ۴- کندگی حرکات ۵- تحریک پذیری ۶- آرتیاسیون ۷- چهره بی حالت ۸- حرکات چرخ دنده ای ۹- رژیذیتی در حرکت ۱۰- عدم تعادل	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	طبقه	۱- احتمال مشکل ۲- فاقد مشکل	۱- احتمال مشکل جدی ۲- احتمال مشکل	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	پیگیری											
	ارجاع	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	توصیه	۱- دارد ۲- ندارد	۱- دارد ۲- ندارد	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
ارزیابی	ارزیابی	۱- کاهش دید ۲- کاهش شنوایی ۳- قادر نبودن به خواندن با یا بدون عینک ۴- نشیندن پیج یا پاسخ درست به آن ندادن	بینایی و شنوایی اضافه شود	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	طبقه	۱- مشکل ۲- فاقد مشکل		سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	پیگیری											
	ارجاع	۱- دارد ۲- ندارد		سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱	سن: ۲۱
	غیر پزشکی			سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:	سن:

											ارزیابی	۱- درد دندان ۲- مشکل جویدن ۳- لق شدن دندان ۴- خونریزی از لثه ۵- بی دندانی مطلق ۶- دندان مصنوعی ۷- تورم و قرمزی لثه		۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	
											طبقة	۱- مشکل	۲- نا معلوم بودن مشکل		۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱
											پیگیری	یک ماه بعد																		
											ارجاع	۱- دارد	۲- ندارد		۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱
											توصیه	۱- دارد	۲- ندارد		۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱
											ارزیابی	۱- دریافت نکردن واکسن آنفلوآنزا در ابتدای آبان ماه هر سال ۲- دریافت نکردن واکسن دو گانه در ۱۰ سال گذشته																		
											طبقة	۱- ایمن سازی نامطلوب ۲- ایمن سازی مطلوب																		
											پیگیری																			
											ارجاع	۱- دارد	۲- ندارد																	
											توصیه	۱- دارد	۲- ندارد																	

جدول مراجعات سالمند

درمان	تشخیص	طبقه بندی	تاریخ مراجعه

راهنمای تکمیل فرم مراقبت

مقدمه

فرم مراقبت سالمند با عنایت به اعلام مرکز توسعه شبکه در زمینه الکترونیکی شدن کلیه فرم های مراقبت منجمله فرم مراقبت سالمند در سال ۱۳۸۶ طراحی شده است و دارای یک جدول ضمیمه برای مراجعات بعدی سالمند است.

کلیات :

این فرم از ۵ بخش اصلی بشرح زیر تشکیل شده است :

۱. اطلاعات عمومی سالمند
۲. عنوان مراقبت شامل ارزیابی، طبقه بندی، پیگیری، ارجاع و توصیه ها به تفکیک هر مراقبت
۳. زمان مراقبت دوره ای مشتمل بر ۶ ستون نشان دهنده سن سالمند در زمان مراقبت دوره ای به تفکیک هر مراقبت
۴. بخش پزشک و بخش غیر پزشک
۵. جدول مراجعات سالمند

۱. **نحوه تکمیل بخش اطلاعات عمومی:** در این بخش در اولین ردیف در سمت راست تاریخ تشکیل پرونده و شماره خانوار یا پرونده و در سمت چپ در همین ردیف نام و نام خانوادگی سالمند را وارد کنید. در دومین ردیف سایر مشخصات سالمند مشتمل بر سال تولد، وضعیت تحصیلی، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت همراهان زندگی و عادات را برای سالمند ثبت کنید. لازم به ذکر است وضعیت تحصیلی سالمند به دو صورت با سواد و بیسواد در نظر گرفته شده لذا چنانچه سالمند با سواد است و یا حتی سواد قرآنی دارد دور "با سواد" را دایره بکشید. وضعیت تاهل سالمند به چهار صورت مجرد به معنی هرگز ازدواج نکرده، متأهل به این معنا که در حال حاضر دارای همسر است، یوه برای سالمندی که ازدواج کرده و همسر خود را از دست داده و مطلقه یا جدا برای سالمندی که ازدواج کرده و در حال حاضر با همسرش زندگی نمی کند منظور گردیده و وضعیت همراهان زندگی سالمند یعنی افرادی که در حال حاضر با سالمند زندگی می کنند نیز به دو صورت با همراه یا تنها در فرم مراقبت درج شده است لذا چنانچه سالمند تنها زندگی نمی کند و با همسر، فرزند، اقوام، دوستان یا سایرینی که در فرم قید نشده است زندگی می کند شما دور "با همراه" را دایره بکشید چنانچه سالمند عادت به استفاده از مشروبات الکلی یا سیگار یا هر نوع دخانیات دیگری دارد دور عادت مربوطه را دایره بکشید و در صورتی که از دخانیات به غیر از سیگار استفاده می کند نام آن را بنویسید. کلیه موارد بالا را با مداد مشکی نرم دایره بکشید زیرا ممکن است در مراقبت دوره ای بعدی یکی از این موارد ثبت شده تغییر کند و نیاز به اصلاح داشته باشد.

۲- **نحوه تکمیل بخش عنوان مراقبت ها:** در این بخش ابتدا سالمند را با استفاده از چارت راهنما و راهنمای آموزشی آن به ترتیب ارزیابی کنید و ضمن ارزیابی وی قسمت های مختلف فرم را مشتمل بر ارزیابی، طبقه بندی، پیگیری، ارجاع و توصیه بشرح زیر برای وی تکمیل کنید :

در اولین ستون این بخش عنوان مراقبت قید شده و در دومین ستون اجزاء مراقبت مشتمل بر ارزیابی، طبقه بندی، پیگیری، ارجاع و توصیه و در ۶ ستون بعدی سن سالمند در زمان مراقبت دوره ای منظور شده است.

ارزیابی: اولین ردیف از هر مراقبت به ارزیابی سالمند اختصاص یافته است که در آن نشانه ها را از سالمند سؤال کنید، علائم را مورد بررسی قرار دهید و تست های تشخیصی قید شده را برای سالمند انجام دهید و نتایج آن ها را یعنی نشانه، علامت یا تست تشخیصی مثبت را در ستون کناری آن که مربوط به سن سالمند در زمان مراقبت است بصورت کشیدن دایره دور کد های مربوطه وارد کنید. دقت داشته باشید ستون های سن سالمند در زمان مراقبت، مربوط به زمان انجام مراقبت های دوره ای است که برای هر مراقبتی متفاوت است لذا در صورتی که مراقبتی مشمول مراقبت سالانه نیست ستون مربوطه بصورت ستون طوسی رنگ مشخص گردیده و

در ستون های با رنگ طوسی هیچ موردی را نباید ثبت کنید. توجه کنید در مراقبت هایی مثل سرطان پستان، اضطراب و.... که ارزیابی پزشک مشتمل بر ارزیابی انجام شده در سطح غیر پزشک است شما به عنوان پزشک اقدامات انجام شده توسط غیر پزشک را دوباره تکرار نکنید و فقط اقدامات اضافه تر (معاینه پستان) را نسبت به سطح غیر پزشک انجام دهید و دور کد های مربوط به ستون خود را دایره بکشید. در مورد مراقبت هایی مثل اضطراب که شما کار اضافه تری را نسبت به ارزیابی سطح غیر پزشک انجام نمی دهید ارزیابی سطح غیر پزشک را جمع بندی کنید و کدهای قید شده در ستون مربوط به خود را مشابه با سطح غیر پزشک دایره بکشید.

طبقه بندی: دومین ردیف از هر مراقبت به طبقه بندی اختصاص یافته که دارای حداقل دو و حداکثر ۴ کد مشتمل بر طبقه بندی مشکل جدی، مشکل، در معرض خطر ابتلا و فاقد مشکل است. در این قسمت بر اساس ارزیابی انجام شده (نشانه ها، علائم و تست های تشخیصی) همانطور که در چارت راهنما و راهنمای آموزشی آن عنوان شده طبقه بندی مربوطه را انتخاب کنید و در ستون سن سالمند در زمان مراقبت دور کد مربوطه را دایره بکشید. همانطور که می دانید طبقه بندی مراقبت ها با استفاده از رنگهای مختلف برای سهولت کار و کاهش خطا طراحی گردیده است (رنگ قرمز برای طبقه بندی "مشکل جدی"، رنگ صورتی برای طبقه بندی "مشکل" و "نامعلوم بودن مشکل"، رنگ زرد برای طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا" و رنگ سبز برای طبقه بندی "فاقد مشکل").

نکته ۱: دقت کنید در بعضی از مراقبت ها مانند فشارخون در قسمت پزشک دو طبقه بندی برای "در معرض خطر ابتلا" ("در معرض خطر ابتلا به فشار خون بالای با عارضه" و "در معرض خطر ابتلا به فشار خون بالا") در نظر گرفته شده است که سالمند بر اساس ارزیابی پزشک می تواند در یکی از این دو طبقه قرار گیرد در این شرایط سالمند در هر یک از این دو طبقه قرار گیرد پزشک برای وی دور کد "در معرض خطر ابتلا" را دایره می کشد.

نکته ۲: دقت کنید از آنجا که عوامل خطر بخش ارزیابی آئزین صدی و سکت قلبی با بخش ارزیابی سکت مغزی یکسان است لذا چنانچه برای سالمند در قسمت ارزیابی آئزین صدی و سکت قلبی دور یکی از عوامل خطر قید شده در فرم مراقبت (۷-۱۳) دایره کشیده می شود این عوامل خطر (اعدادی که دایره به دور آن کشیده شده است) برای قسمت ارزیابی سالمند از نظر سکت مغزی نیز در طبقه بندی کاربرد دارد. بطور مثال چنانچه سالمند هیچ یک از نشانه های سکت مغزی را ندارد ولی در قسمت ارزیابی آئزین صدی و سکت قلبی دور کد ۹ (دیابت) برای وی دایره کشیده شده است این سالمند در طبقه بندی در معرض خطر ابتلا به سکت مغزی قرار می گیرد.

پیگیری: سومین ردیف از هر مراقبت به پیگیری اختصاص یافته که دارای حداقل یک و حداکثر دو کد بسته به زمان پیگیری است. دقت کنید بعضی از مراقبت ها مثل دمانس که فقط دارای دو طبقه هستند فاقد پیگیری هستند و ردیف پیگیری در این مراقبت ها طوسی رنگ است و نباید هیچ کدی را در آن وارد کنید. همانطور که می دانید پیگیری بر اساس طبقه بندی سالمند انجام می شود و سالمندی که در طبقه بندی "در معرض خطر ابتلا" قرار می گیرد نیاز به پیگیری دارد. در این حالت در ردیف مربوط به پیگیری با توجه به زمان مورد نیاز پیگیری دور کد مربوطه را در ستون سن سالمند در زمان مراقبت دوره ای دایره بکشید.

نکته ۱: سالمند در هر مراقبت دوره ای حداکثر ۶ مورد پیگیری و مراقبت ویژه دارد.

ارجاع: چهارمین ردیف از هر مراقبت به ارجاع اختصاص یافته و دارای دو کد یک و دو است. دور کد یک را برای سالمند نیازمند ارجاع و کد دو را برای سالمند بدون نیاز به ارجاع دایره بکشید. همانطور که می دانید ارجاع بر اساس طبقه بندی سالمند انجام می شود یعنی برای سالمندی که در طبقه بندی "مشکل" یا "مشکل جدی" قرار می گیرد و نیاز به ارجاع دارد دور کد یک را در ستون سن سالمند در زمان مراقبت دوره ای دایره بکشید و چنانچه سالمند در سایر طبقات ("در معرض خطر ابتلا" یا "فاقد مشکل") قرار می گیرد برای وی دور کد ۲ را در ستون سن سالمند در زمان مراقبت دوره ای دایره بکشید.

نکته ۱: در ابتدا سالمند را از نظر ۶ مورد ارجاع فوری مشتمل بر آثرین ناپایدار یا سکنه قلبی، سکنه مغزی، فشارخون ماکزیموم بیش از ۱۶۰، اورژانس های روانپزشکی، تحریک پذیری و بی قراری، قرمزی و دردمفصل ارزیابی کنید و چنانچه به یک مورد ارجاع فوری برمی خورید ارایه سایر مراقبت ها را متوقف کنید.

نکته ۲: سالمند در هر مراقبت دوره ای حداکثر ۱۸ مورد ارجاع غیر فوری و حداقل ۵ مورد ارجاع غیر فوری به علت ارزیابی های احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی، سرطان پستان، سرطان روده بزرگ، پوکی استخوان و بیماری های دهان و دندان خواهد داشت.

توصیه: پنجمین ردیف از هر مراقبت به توصیه اختصاص دارد و شامل اقداماتی از قبیل درمان و آموزش است و از دو کد یک و دو تشکیل یافته است. برای سالمندی که به توصیه های آموزشی یا درمانی نیاز دارند دور کد یک را و در غیر این صورت دور کد دو را دایره بکشید. همانطور که می دانید توصیه نیز بر اساس طبقه بندی سالمند انجام می شود برای سالمندی که بطور مثال در طبقه بندی "مشکل جدی" مراقبت های افسردگی یا سل قرار می گیرد دور کد دو را در ستون مربوط به سن سالمند در زمان مراقبت دایره بکشید و برای سالمندی که در سایر طبقات ("مشکل"، "در معرض خطر ابتلا" یا "فاقد مشکل") قرار می گیرد دور کد یک را در ستون مربوط به سن سالمند در زمان مراقبت دایره بکشید.

۱- **زمان مراقبت دوره ای:** همانطور که قبلاً ذکر گردید این بخش از ۶ ستون تشکیل شده است و هر یک از ستون ها سن سالمند را در زمان مراقبت دوره ای نشان می دهد. مراقبت هایی مثل تغذیه یا افسردگی که سالانه مراقبت می شوند ستون طوسی رنگ ندارند. ستون های طوسی در مراقبت هایی مثل اختلالات فشارخون، دیابت و... دیده می شوند که هر ۳ سال یک بار مراقبت دوره ای می شوند لذا سالی که در آن مراقبت دوره ای ارایه نمی شود به رنگ طوسی در فرم مراقبت دیده می شود که نباید هیچ کدی را در آن وارد کنید. چنانچه در ارزیابی سالمند به نشانه، علامت و تست های تشخیصی مثبت دست می یابید در ستون های سفید رنگ مربوط به "سن سالمند در زمان مراقبت دوره ای" دور کد های مربوط به آن ها را دایره بکشید.

۲- **پزشک و غیر پزشک:** همانطور که گفته شد این فرم از دو قسمت پزشک و غیر پزشک (کارشناس و کاردان به عنوان تیم غیر پزشک در سطح شهر و بهورز به عنوان تیم غیر پزشک در سطح روستا) تشکیل گردیده است که هر یک از شما پزشکان یا تیم غیر پزشکان باید قسمت مربوط به خود را تکمیل کنید. در ابتدا شما به عنوان تیم غیر پزشک که اولین سطح تماس با سالمند را تشکیل می دهید قسمت مربوط به خود را تکمیل کنید و پس از تکمیل این فرم را نزد خود نگاه دارید و در صورتی که سالمند نیازمند ارجاع است فرم مراقبت دوره ای تکمیل شده را به همراه سالمند برای پزشک ارسال کنید. شما به عنوان پزشک پس از مراجعه سالمند با فرم مراقبت تکمیل شده به همراه فرم ارجاع غیر فوری قسمت مربوط به پزشک را در مورد مراقبت های نیازمند ارجاع تکمیل کنید و فرم را نزد تیم غیر پزشک عودت دهید. دقت کنید فرم ها نزد تیم غیر پزشک باقی می ماند.

نکته ۱: دقت کنید در تعدادی از مراقبت ها از قبیل سرطان پستان، سرطان کولورکتال، اضطراب، پوکی استخوان و... طبقه بندی سالمند در سطح پزشک بر اساس جمع بندی ارزیابی های انجام شده توسط پزشک و غیر پزشک انجام می شود بویژه در موردی مثل ارزیابی پوکی استخوان زمانی که سالمند تمایل به انجام آزمایش تعیین تراکم استخوان ندارد طبقه بندی در سطح پزشک کاملاً بر اساس ارزیابی های انجام شده توسط غیر پزشک خواهد بود، لذا دقت عمل در سطح غیر پزشک در موارد یاد شده از اهمیت بالایی برخوردار است.

۳- **جدول مراجعات سالمند:** این جدول شامل ۴ ستون با موضوعات تاریخ مراجعه، طبقه بندی، تشخیص و درمان است و به عنوان جدول ضمیمه برای ثبت اقدامات درمانی در مراقبت های دوره ای و ثبت اطلاعات سالمند در مراجعات بعدی استفاده می شود. در ستون اول تاریخی که سالمند مراجعه کرده قید کنید در ستون دوم طبقه بندی سالمند را وارد کنید در ستون سوم تشخیص داده شده را ثبت کنید و در نهایت در ستون آخر اقدامات درمانی لازم برای سالمند را بر اساس چارت راهنما وارد کنید.

دقت کنید فرم مراقبت دوره ای سالمند دارای ۲۰ عنوان مراقبتی است که ۳ مراقبت با عناوین مراقبت های بینایی شنوایی، دهان و دندان و ایمن سازی فقط توسط غیر پزشک تکمیل می گردد و به غیر از ایمن سازی دو مراقبت دیگر به سطح بالاتر ارجاع می گردد

فرم پسخوراند	فرم ارجاع	ته برگ فرم ارجاع
<p>از: مرکز بهداشتی درمانی / بیمارستان / پزشک متخصص</p> <p>به: خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشتی</p> <p>همکار ارجمند با سلام</p> <p>ضمن تشکر، بیمار در تاریخ با وضعیت قید شده در برگه ارجاع در مرکز / بیمارستان پذیرش شد. پس از معاینه با تشخیص اقدامات لازم با نتایج زیر برای وی انجام گردید:</p> <p>۱- ۲- ۳- ۴- لذا لازم است نامبرده به شرح زیر مورد پیگیری قرار گیرد:</p> <p>۱ - تاریخ مراجعه بعدی ۲ - تاریخ مراجعه بعدی ۳ - تاریخ مراجعه بعدی ۴- تاریخ مراجعه بعدی بیمار در تاریخ با وضعیت فوق ترخیص / ارجاع به گردید .</p> <p>نام و نام خانوادگی پسخوراند دهنده : سمت :</p>	<p>شماره پرونده شماره ته برگ تاریخ ارجاع/...../..... نوع ارجاع : فوری / غیر فوری از: خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی به: مرکز بهداشتی درمانی / بیمارستان / پزشک متخصص همکار ارجمند با سلام</p> <p>بیمار با نام و نام خانوادگی سن و با مشخصات زیر: نشانه ها و علائم..... عوامل خطر..... تست تشخیصی مثبت</p> <p>که در ارزیابی یافت شده است و با تشخیص مشکل احتمالی جهت بررسی و اقدام لازم به حضور معرفی می گردد. خواهشمند است پس از بررسی، نتیجه کار و نیاز به اقدامات درمانی یا پیگیری را در برگه پسخوراند مرقوم فرموده و آن را عودت دهید . اقدامات انجام شده قبل از ارجاع:</p> <p>..... نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده : سمت :</p> <p>امضا :</p>	<p>نام و نام خانوادگی: سن سالمند: علت ارجاع: تاریخ ارجاع: شماره ته برگ:</p> <p>توجه: این ته برگ در مبدا بایگانی می گردد.</p>

راهنمای تکمیل فرم ارجاع

این فرم از ۳ ستون مجزا تشکیل گردیده است :

- ته برگ فرم ارجاع
- فرم ارجاع
- فرم پسخوراند

الف) ته برگ فرم ارجاع : این فرم به دلیل داشتن سابقه ای از ارجاع بیماران طراحی شده است و باعث می گردد که فرد ارائه دهنده خدمت بتواند با رجوع به آن تاریخ و علت ارجاع سالمند را بداند و در صورت دریافت نکردن فرم پسخوراند به دنبال پسخوراند ارجاع باشد.

در این فرم ابتدا مشخصات کلی فرد ارجاع شده را وارد نمایید که شامل نام و نام خانوادگی و سن است. در ادامه علت یا علل ارجاع، تاریخ ارجاع و شماره ته برگ قید شده در فرم ارجاع را نیز عینا در ته برگ قید نمایید. توجه داشته باشید این شماره می تواند شماره ثبتی برگ باشد ولی چنانچه شماره ثبتی وجود ندارد آن را دستی وارد کنید.

فرم ارجاع به صورت دسته چک آماده گردیده و شما پس از تکمیل آن برای ارجاع بیمار فرم ارجاع و پسخوراند را از محل نقطه چین از ته برگ جدا کنید و فرم ارجاع و پسخوراند را به سالمند بدهید و از سالمند یا همراه وی بخواهید که فرم پسخوراند را برای پیگیری های بعدی نزد شما بیاورد. دقت کنید ته برگ در دفترچه برای پیگیری های بعدی باقی می ماند.

ب) فرم ارجاع : این قسمت از فرم برای ارجاع بیماران سالمند از سطح ارائه خدمت پایین تر به سطح ارائه خدمت بالاتر طراحی گردیده است. برای فرد سالمندی که به هر دلیل به شما مراجعه می کند و شما ارجاع را برای وی بر اساس طبقه بندی لازم می بینید باید فرم ارجاع را بشرح زیر برای سالمند تکمیل کنید:

۱. ابتدا شماره پرونده خانوار سالمند را در محل مخصوص درج نمایید و سپس در قسمتی که شماره ته برگ نوشته شده است بر حسب قسمت ته برگ فرم ارجاع، شماره ته برگ را وارد کنید و تاریخ ارجاع را بنویسید
۲. در قسمت "از" چند گزینه خانه بهداشت/مرکز بهداشتی درمانی و پایگاه بهداشتی نوشته شده است. بر حسب این که بیمار از کدام یک از این محل ها برگه ارجاع را دریافت می کند دور محل را خط کشیده و نام محل را بنویسید.
۳. در قسمت "به" نام محلی را که سالمند به آنجا ارجاع می شود خط کشیده و نام آن را بنویسید.
۴. در قسمت بعدی مشخصات سالمند شامل نام، نام خانوادگی و سن را وارد کنید
۵. در ادامه وضعیت سالمند را در زمان ارجاع بر اساس ارزیابی های انجام شده به تفکیک نشانه ها و علائم، عوامل خطر و تست های تشخیصی غیر طبیعی یا مثبت وارد کنید و تشخیص مشکل احتمالی را نیز بر اساس طبقه بندی درج کنید.
۶. دقت کنید در صورتی که برای سالمند قبل از ارجاع اقداماتی ارایه شده است موارد یاد شده را در قسمت "اقدامات قبل از ارجاع" درج کنید.

سپس نام و نام خانوادگی و سمت خود را نوشته و امضا کنید و به سالمند برگ ارجاع مشتمل بر فرم پسخوراند را بدهید و وی را در زمینه محل ارجاع و برگشت فرم پسخوراند تکمیل شده راهنمایی کنید.

دقت کنید برای هر سالمند دو برگ ارجاع بطور جداگانه جهت دندانپزشک و پزشک تکمیل کنید.

راهنمای تکمیل فرم پسخوراند

این فرم پس از ارجاع سالمند به سطح بالاتر توسط پزشک مرکز بهداشتی درمانی یا پزشک متخصص بیمارستان یا در مطب توسط پزشک متخصص تکمیل می گردد.

ابتدا در قسمت "از" محلی را که از آنجا ارجاع صورت می گیرد دور آن را خط بکشید و نام آن محل را وارد کنید و در قسمت "به" محلی را که می خواهید به آنجا پسخوراند را ارسال کنید دور آن را خط بکشید و نام آن محل را بنویسید. سپس چنانچه برای سالمند اقدام یا اقداماتی انجام داده اید آن ها به تفکیک شماره های ۱ تا ۴ وارد کنید. در ادامه موارد نیازمند پیگیری ها را نیز در محل مخصوص قید کنید و در پایان تاریخ مراجعه بعدی سالمند را به این مرکز درمانی مشخص نموده و وضعیت سالمند در هنگام ترخیص را در محل مخصوص ثبت کنید.

پس از تکمیل موارد فوق نام و نام خانوادگی خود را به همراه سمت در قسمت پایین فرم پسخوراند درج کنید و فرم پسخوراند تکمیل شده را به همراه فرم ارجاع تکمیل شده به سالمند یا همراه وی دهید و او را برای مراجعه به مبدا ارجاع راهنمایی کنید.

فرم پیگیری

مرکز بهداشتی درمانی خانه بهداشت / پایگاه بهداشت.....

نام و نام خانوادگی سن

در تاریخ سالمند به شما مراجعه کرده است و به دلایل زیر نیاز به پیگیری دارد :

- | | | | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-------|----|
| <input type="checkbox"/> | اجعه به موقع نداشته | <input type="checkbox"/> | مراجعه به موقع داشته | تاریخ مراجعه پیگیری..... | | ۱. |
| <input type="checkbox"/> | اجعه به موقع نداشته | <input type="checkbox"/> | مراجعه به موقع داشته | تاریخ مراجعه پیگیری..... | | ۲. |
| <input type="checkbox"/> | اجعه به موقع نداشته | <input type="checkbox"/> | مراجعه به موقع داشته | تاریخ مراجعه پیگیری..... | | ۳. |
| <input type="checkbox"/> | اجعه به موقع نداشته | <input type="checkbox"/> | مراجعه به موقع داشته | تاریخ مراجعه پیگیری..... | | ۴. |
| <input type="checkbox"/> | اجعه به موقع نداشته | <input type="checkbox"/> | مراجعه به موقع داشته | تاریخ مراجعه پیگیری..... | | ۵. |

علت عدم مراجعه به موقع :

- ۱.
- ۲.
- ۳.
- ۴.
- ۵.

نتایج پیگیری :

- | | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|-------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | بدتر شده | <input type="checkbox"/> | تغییر نکرده | <input type="checkbox"/> | وضعیت ارزیابی مورد ۱ بهبود یافته |
| <input type="checkbox"/> | بدتر شده | <input type="checkbox"/> | تغییر نکرده | <input type="checkbox"/> | وضعیت ارزیابی مورد ۲ بهبود یافته |
| <input type="checkbox"/> | بدتر شده | <input type="checkbox"/> | تغییر نکرده | <input type="checkbox"/> | وضعیت ارزیابی مورد ۳ بهبود یافته |
| <input type="checkbox"/> | بدتر شده | <input type="checkbox"/> | تغییر نکرده | <input type="checkbox"/> | وضعیت ارزیابی مورد ۴ بهبود یافته |
| <input type="checkbox"/> | بدتر شده | <input type="checkbox"/> | تغییر نکرده | <input type="checkbox"/> | وضعیت ارزیابی مورد ۵ بهبود یافته |

موارد نیازمند ارجاع:

- | | | | | | | | |
|--------------------------|-------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ندارد | <input type="checkbox"/> | مورد ۲ نیاز به ارجاع : دارد | <input type="checkbox"/> | ندارد | <input type="checkbox"/> | مورد ۱ نیاز به ارجاع : دارد |
| <input type="checkbox"/> | ندارد | <input type="checkbox"/> | مورد ۴ نیاز به ارجاع : دارد | <input type="checkbox"/> | ندارد | <input type="checkbox"/> | مورد ۳ نیاز به ارجاع : دارد |
| | | | | <input type="checkbox"/> | ندارد | <input type="checkbox"/> | مورد ۵ نیاز به ارجاع : دارد |

تاریخ پیگیری مورد ۱ : تاریخ پیگیری مورد ۲ : تاریخ پیگیری مورد ۳ :

تاریخ پیگیری مورد ۴ : تاریخ پیگیری مورد ۵ :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده :

سمت : امضاء

دستورالعمل فرم پیگیری سالمند

فرم پیگیری سالمند برای مواردی است که شما مداخله ای از قبیل اصلاح شیوه زندگی یا مصرف دارو را برای سالمند شروع کرده اید و می خواهید پس از مدت کوتاهی بدانید که توصیه ها یا درمان های ارائه شده چه تاثیری در بهبود وضعیت سالمند داشته است. لذا سالمند باید در زمان های مقرر بر اساس راهنمای آموزشی که شما برای وی معین می کنید به شما مراجعه نماید.

دقت کنید در صورت عدم مراجعه سالمند در زمان مقرر، باید وی را به هر روش ممکن (آدرس، تلفن، رابط و) مطلع سازید تا برای مراقبت های پیگیری به شما مراجعه نماید. ثبت مراقبت های پیگیری و مقایسه آن با وضعیت قبلی سالمند به شما کمک می کند تا در بهبود وضعیت سلامت سالمند موفق تر عمل کنید.

- در ابتدای فرم، اطلاعات مربوط به نام مرکز بهداشتی درمانی، خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی ارائه کننده خدمت را ثبت کنید سپس نام و نام خانوادگی سالمند و سن وی را وارد نمایید.
- تاریخ مراجعه سالمند را به روز، ماه و سال مشخص نموده و در فرم ثبت کنید به عنوان مثال تاریخ ۸۶/۴/۲
- علت پیگیری ها را با ذکر وضعیت ارزیابی سالمند (نشانه ها و علائم/عوامل خطر/تست های تشخیصی مثبت) به تفکیک هر مورد پیگیری بصورت لیست در فرم وارد کنید به عنوان مثال (۱ فشار خون ماکزیموم ۱۲۰-۱۳۹ (۲ نمایه توده بدنی ۲۹،۹-۲۵ (۳ عدم مصرف مولتی ویتامین ۴) سابقه تماس با فرد مبتلا به سل اسمیر مثبت و.....
- تاریخ پیگیری سالمند را به تفکیک هر مراقبت به روز و ماه و سال ثبت کنید. چنانچه سالمند به تفکیک هر مراقبت مراجعه به موقع داشته است در مربع مربوطه تیک بزنید و بالعکس. چنانچه سالمند به موقع مراجعه نکرده است علت عدم مراجعه به موقع سالمند را برای هر مراقبت بطور جداگانه ثبت نمایید.
- در قسمت نتایج پیگیری، وضعیت ارزیابی سالمند را (نشانه ها و علائم/عوامل خطر/تست های تشخیصی مثبت) به تفکیک هر مورد پیگیری مجدداً ارزیابی و با وضعیت قبلی وی مقایسه کنید و نتایج آن را به صورت بهبود یافته، تغییر نکرده و یا بدتر شده به تفکیک هر مورد پیگیری در مربع های مخصوص تیک بزنید.
- در ادامه چنانچه سالمند در زمان پیگیری، وضعیت بهتری در مقایسه با وضعیت قبلی دارد در وضعیت بهبود یافته قرار می گیرد و چنانچه تغییری نکرده است در وضعیت تغییر نکرده و چنانچه بدتر شده باشد در قسمت بدتر شده قرار می گیرد. بطور مثال چنانچه فشارخون ماکزیموم سالمند در مراقبت دوره ای ۱۳۹ میلی متر جیوه است و در اولین پیگیری به ۱۳۰ میلی متر جیوه کاهش می یابد برای این سالمند مربع مربوط به "بهبود یافته" را تیک بزنید و در صورتی که فشارخون ماکزیموم این سالمند در زمان اولین پیگیری باز ۱۳۹ میلی متر جیوه است برای این سالمند مربع مربوط به "تغییر نکرده" را تیک بزنید و چنانچه به ۱۴۵ میلی متر جیوه افزایش یافته است برای این سالمند مربع مربوط به "بدتر شده" را تیک بزنید. دقت کنید برای سالمند قرار گرفته در وضعیت بهبود یافته (کاهش فشارخون ماکزیموم از ۱۳۹ به ۱۳۰ میلی متر جیوه) و تغییر نکرده پیگیری بعدی را بر اساس کتاب راهنمای آموزشی به تفکیک هر مراقبت تعیین کنید. برای سالمند قرار گرفته در وضعیت بدتر شده (افزایش فشارخون ماکزیموم از ۱۳۹ به ۱۴۵ میلی متر جیوه) برگ ارجاع غیر فوری را تکمیل کنید و سالمند را ارجاع غیر فوری دهید. پیگیری را تا آن جا ادامه دهید که سالمند در طبقه بندی فاقد مشکل بصورت پایدار قرار گیرد.
- در صورت نیاز به صفحات اضافی از یک برگ فرم جدید استفاده کنید.
- دقت کنید تاریخ های پیگیری سالمندان نیازمند پیگیری را در یک دفتر سررسید بنویسید تا بدانید برای هر روز چه کسانی را باید پیگیری کنید.
- در پایان نام و نام خانوادگی و سمت خود را به عنوان تکمیل کننده فرم وارد کرده و فرم را امضاء کنید.

منابع فارسی

۱. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری سکتة قلبی و سکتة مغزی، مرکز مدیریت بیماری ها- ۱۳۸۴
۲. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی و عروقی، مرکز مدیریت بیماری ها- ۱۳۸۴
۳. برنامه جامع قلب و عروق، مرکز مدیریت بیماری ها- ۱۳۸۵
۴. راهنمای فشارخون بالا برای پزشکان، مرکز مدیریت بیماری ها- ۱۳۸۰
۵. راهنمای ارزیابی، تشخیص و درمان انواع اختلال چربی های خون، مرکز مدیریت بیماری ها- ۱۳۸۳
۶. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری چاقی، مرکز مدیریت بیماری ها- ۱۳۸۴
۷. تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری، دفتر بهبود تغذیه جامعه- ۱۳۸۳
۸. پزشک و دیابت، مرکز مدیریت بیماری ها- ۱۳۸۳
۹. بهورز و دیابت، مرکز مدیریت بیماری ها- ۱۳۸۳
۱۰. پیشگیری، تشخیص زودرس و درمان سرطان های پوست، پستان، کولورکتال و دهانه رحم، مرکز مدیریت بیماری ها
۱۱. مراقبت های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران، دکتر شهربانو مقصودنیا، فوق تخصص سالمندان
۱۲. سلامت روان کاربردی برای پزشکان عمومی و پزشکان خانواده، دفتر سلامت روان
۱۳. استئوپوروز، مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران- ۱۳۸۲، دکتر فرهاد شهرام
۱۴. بی اختیار اداری در افراد مسن، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران- ۱۳۸۲، دکتر محمد علی صدیقی

گیلانی

۱۵. راهنمای کشوری مبارزه با سل، مرکز مدیریت بیماری ها- ۱۳۸۱
۱۶. سلامت دهان و دندان، مجموعه کتب آموزش بهورزی، اداره سلامت دهان و دندان- ۱۳۸۴
۱۷. تغذیه و ورزش، اداره سلامت سالمندان، ۱۳۸۳
۱۸. مفاصل، استخوان و حوادث، اداره سلامت سالمندان، ۱۳۸۳
۱۹. چند توصیه بهداشتی، اداره سلامت سالمندان، ۱۳۸۳
۲۰. زندگی شاداب، اداره سلامت سالمندان، ۱۳۸۳

منابع انگلیسی

۱. The MERCK MANUAL of GERIATRICS, Fourth Edition, ۲۰۰۴
۲. The Guide to Clinical Preventive Services, ۲۰۰۵
۳. Best Practices in Nursing Carre to Older Adults, try this, ۲۰۰۱
۴. Elderly Health Services, Health Problems of the elderly, ۲۰۰۵
۵. Urine Protein (Microalbuminuria/ Proteinuria) Test, The Cleveland Clinic Foundation, ۲۰۰۶
۶. American Diabetes Association, Nephropaty in diabetes. Clinical practice Recommendations ۲۰۰۴