

راهنمای آموزشی
مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی
ویژه پزشک

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

راهنمای آموزشی
مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی
ویژه غیر پزشک
مؤلفین به ترتیب حروف الفبا:
دکتر سهیلا خوشبین
لاله رادپویان
دکتر عالیہ عزیز آبادی فراهانی
دکتر مهتاب علیزاده

زیر نظر دکتر سید حسن امامی رضوی و دکتر محمد امیر امیرخانی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت - دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت سالمندان - بازنگری دوم - 1388

کلیه حقوق مادی و معنوی این کتاب متعلق به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است

تقدیر

با قدردانی و تشکر از اعضای محترم زیر کمیته تخصصی مدیریت خدمات سلامت سالمندی به ترتیب حروف الفبا:

دکتر استقامتی: اداره واکسیناسیون

دکتر صفیه عشوری 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 نجمی: 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

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

دکتر احمد علی اکبری کامرانی: متخصص داخلی و فلو شیپ سالمندی عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی 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 پریسا طاهری: متخصص طب سالمندی از فرانسه و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

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

با قدردانی و تشکر از اعضای محترم کمیته اجرایی که در اجرا و اصلاح این مجموعه ما را یاری کرده اند به ترتیب حروف الفبا:

1. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل: دکتر هاله شهلا زاده، دکتر نگین نهران مقدم، فرحناز عزتی
2. دانشگاه علوم پزشکی شیراز: آقای دکتر علی اکبر کدیور و خانم دکتر معصومه صفاریان، دکتر حمید کریمی، دکتر فروغ سعادت، مرضیه مفاضی
3. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه: مهرانگیز جمشیدپور، فریبا سهرابی، دکتر فاطمه نجف زاده، بهناز کاملی
4. دانشگاه علوم پزشکی لرستان: دکتر مولود جعفریان، فتانه بسطامی

با قدردانی و تشکر از سایر همکاران دانشگاهی که در بازنگری دوم این مجموعه ما را یاری کرده اند به ترتیب حروف الفبا:

1. دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان شرقی: ناهید عارف حسینی، منیره میرزایی، دکتر لاله قائم مقامی
2. دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی: مینا اسکندری فر، هانیه صادقی، دکتر رحیم دنیا دوست
3. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل: فرحناز عزتی، رزیتا فن دوست، فیروزه فیض الهی
4. دانشگاه علوم پزشکی ایران: شایسته حاجی زاده، شهلا یزدانی، دکتر نازیلا چرخگری
5. دانشگاه علوم پزشکی تهران: پروانه حاجی مرادی، دکتر زهرا طالبی توتی، لیلا یزدی
6. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: مهرگان امامی نائینی، رویا صفراوغلی آذر، مهناز فروردین اهرنجانی
7. دانشگاه علوم پزشکی خراسان رضوی: ملیحه سالک، نیره لگزیان
8. دانشگاه علوم پزشکی زنجان: دکتر لیلا بهگزین، رحیمه حسین خانی، شهلا الهیاری
9. دانشگاه علوم پزشکی سمنان: آذر ریاضی دوست، دکتر مهناز علی بیگی
10. دانشگاه علوم پزشکی فارس: دکتر معصومه صفاری، دکتر فروغ سعادت
11. دانشگاه علوم پزشکی قزوین: علی میرزا معصومی درکی، فاطمه بابایی، خدیجه سادات حسینی
12. دانشگاه علوم پزشکی کردستان: فریبا رومی، پرشنگ فقیه سلیمانی، دکتر جمال الدین گله داری
13. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه: مهرانگیز جمشید پور، فریبا سهرابی، شهین سعیدی
14. دانشگاه علوم پزشکی گلستان: سیده مریم میرنژاد، دکتر نگین طاهری، معصومه غلامی
15. دانشگاه علوم پزشکی گیلان: فرخنده فرزد، زهره شفیعی، دکتر زری رضایی خلیق
16. دانشگاه علوم پزشکی لرستان: فتانه بسطامی، معرفت امیری
17. دانشگاه علوم پزشکی مازندران: دکتر ماندانا یساری، رضا امیدی

9	پیشگفتار
12 - 13	بخش اول: کلیات
14 - 94	بخش دوم: مراقبت های ادغام یافته سالمند
19 - 40	فصل اول: بیماری های قلبی عروقی
19	• اختلالات فشارخون
32	• احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی
41 - 47	فصل دوم: اختلالات تغذیه ای
41	• لاغری
45	• چاقی
48	فصل سوم: دیابت
57	فصل چهارم: اختلالات بینایی و شنوایی
59 - 67	فصل پنجم: اختلالات روانی
59	• افسردگی
65	• اختلال خواب
68	فصل ششم: استنوپروز
71	فصل هفتم: بی اختیاری ادراری
75	فصل هشتم: دمانس
79	فصل نهم: سقوط و عدم تعادل
84	فصل دهم: سل ریوی
92	فصل یازدهم: ایمن سازی
95 - 107	فرم های ثبت
فرم مراقبت	•
96	های دوره ای
103	• فرم ارجاع
105	• فرم پیگیری

پیشگفتار

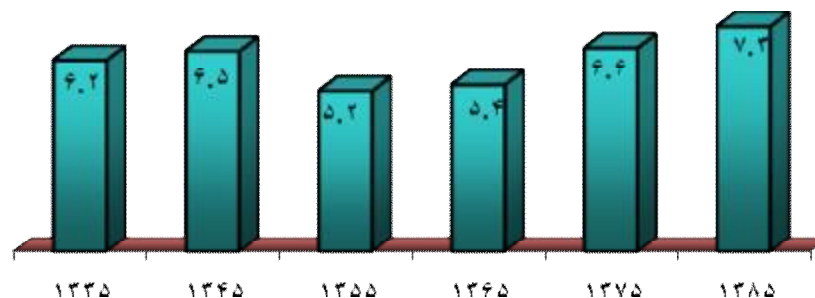
حضرت رسول (ص) می فرماید: کسی که به خردسالان ترحم نکند و پیران ما را مورد احترام و تقدیر قرار ندهد از ما نیست، سالمندان را احترام کنید تا در قیامت همنشین من باشید. امام صادق (ع) می فرماید: وجود فرد سالخورده در خانه مثل وجود پیامبر الهی در بین امتش است.

احادیث و روایات فوق نشان می دهد که پیامبر عظیم الشان اسلام و فرزندان معصوم آن بزرگوار اهمیت زیادی برای سالمندان قائل بوده اند.

امروزه حدود 700 میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد سالمند بالای 60 سال تشکیل می دهند و تا سال 2020 این رقم به بیش از یک میلیارد نفر خواهد رسید. 60% از این افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند.

در کشورهای مدیترانه شرقی تا سال 2000 افراد بالای 60 سال حدود 5% کل جمعیت را تشکیل می دهند. در کشور ما بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال 75 سالمندان بالای 60 سال حدود 6/6 کل جمعیت را شامل می شدند که براساس سرشماری سال 85 این میزان به حدود 7/3% رسیده است و پیش بینی می شود تا سال 1429 به 24.9% برسد.

روند رو به رشد نسبت جمعیت 60 سال و بالاتر طی 6 دهه



با توجه به موارد فوق می بایست به فکر برخورد صحیح با پدیده سالمندی و تامین نیازهای همه جانبه جمعیت روز افزون سالمندان در کشورمان باشیم. در سال 1992 یک پانل توصیه ای در منطقه مدیترانه شرقی در زمینه مراقبت از سلامت سالمندان برگزار گردید. در این پانل یک استراتژی منطقه ای در خصوص سلامت سالمندان برای یک دهه در نظر گرفته شد که اجزا آن به شرح ذیل است:

1. تاکید بر اهمیت هماهنگی های بین بخشی بین سازمان های دولتی و غیر دولتی در ایجاد دیدگاه های چند وجهی در سطح ملی؛

2. ادغام کردن مراقبت های سلامت سالمندان در سیستم ارائه خدمات بهداشتی کشور؛
3. تشویق به شبیه سازی مراقبت از سلامت سالمندان به صورت یک مدل کلی مشتمل بر خدمات اجتماعی اقتصادی؛
4. شناسایی نقش PHC در ارائه بخش عمده مراقبت از سلامت سالمندان در کشور های عضو با تاکید بر جمعیت روستایی.

این استراتژی در سال 2002 به روز و جدید گردید و برای دو دهه یعنی سالهای 2002 تا 2021 برای کشور های منطقه مدیترانه شرقی در نظر گرفته شده است و برنامه عمل آن بر اساس سه اصل پایه ای زیر تدوین گردید:

1. مشارکت سالمندان در پروسه توسعه
 2. تقویت سلامت جسمی و روانی سالمندان
 3. تامین محیط های حامی و توانمند کننده سالمند
- سیاست های ملی برای مراقبت از سلامت سالمند در عمده کشور های عضو وجود دارد و در اکثر موارد سیاست ملی به معنای کمیته ملی هماهنگی برای مراقبت از سلامت سالمند است که در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه تشکیل شده است.
- هدف سالمندی با کیفیت، باید در همه سیاست های ملی و انفرادی برای سالمندان مد نظر قرار گیرد و به نیاز روز افزون مراقبت ها و درمان های دوران سالمندی که نیازمند پیش بینی و تخصیص منابع کافی است مورد توجه قرار گیرد.
- ایجاد محیط های حامی سالمند نیاز به مداخله در بخش های متعددی علاوه بر بخش سلامت دارد. این بخش ها در حیطه خدمات اجتماعی (آموزش، اشتغال و کار، امنیت، مسکن، حمل و نقل) و توسعه مناطق شهری قرار دارد.

شش جهت گیری استراتژیک عمده برای مراقبت از سلامت سالمندی مورد نیاز است که به شرح زیر مد نظر قرار گیرد:

1. بازنگری و به روز نگاه داشتن استراتژی ملی؛
2. ایجاد پایگاه های اطلاعاتی جهت استفاده برای پروسه تصمیم گیری های مبتنی بر شواهد در راستای مراقبت های جامع سالمندی در سطح ملی؛
3. ایجاد یک شبکه ملی و منطقه ای چند وجهی در میان سازمان ها، موسسات آکادمیک و افراد دارای انگیزه و علاقه مند در زمینه سلامت سالمندی؛
4. ادغام مراقبت های سلامت سالمندی در سیستم PHC و کوریکولوم آموزشی کارکنان سیستم و مراقبت های جامعه محور؛
5. تامین دانش و مهارت های مناسب مورد نیاز سالمندان در زمینه مراقبت از خود و حمایت و ارتقای سلامت سالمندان، خانواده ها و جامعه در سطح وسیع؛
6. حمایت از تحقیقات و آموزش در عرصه سالمندی و مراقبت های جامعه.

در این راستا چهار اصل عمده را باید مورد توجه قرار داد:

1. اقدامات لازم برای برخورداری بهینه از خردمندی و کاردانی سالمندان به عنوان ذخایر با ارزش در خانواده و جامعه؛
2. فراهم ساختن زمینه مشارکت سالمندان در فرایند توسعه؛
3. ترویج ارتباط بین نسل ها؛
4. توجه به وضعیت سلامت سالمندان با نگاه ویژه به شیوه صحیح زندگی در سرتا سر عمر.

پژوهش و تجربه نشان می دهد که حفظ تندرستی و سلامت سالمندان امری امکان پذیر بوده و نباید بیماری را جز جدایی ناپذیر از سالخورده دانست. شیوه صحیح زندگی که منجر به سالمندی سالم و فعال می شود روشی است که باید از مراحل اولیه جنینی آغاز شود تا بتوان از عوارضی همچون معلولیت ها و بیماریهای مزمن در دوران سالمندی پیشگیری نمود. در این راستا محورهای کلان وزارت بهداشت در ابعاد سلامت سالمندان شامل موارد زیر است:

- طراحی برنامه های:
- 1. بهبود شیوه زندگی در دوره سالمندی
- 2. مراقبت های ادغام یافته سالمندان
- تعمیم پوشش بیمه
- مدیریت آموزش و پژوهش
- حساس سازی جامعه
- هماهنگی های بین بخشی

مراقبت های بهداشتی و درمانی که سالمندان به آن نیاز دارند با سایر گروههای سنی متفاوت است و نیازمند هماهنگی های درون و برون بخشی تمامی سازمان های دولتی و غیر دولتی است. بسیاری از مشکلات روانی، اجتماعی سالمندان مربوط به کنار گذاشتن آنها از خانواده و فعالیت های اجتماعی است. ایجاد زمینه های مشارکت سالمندان در اجتماع، تقویت و اجرای قوانین حمایت کننده از ایشان می تواند گامی موثر در رفع این مشکل باشد. از عوامل مهم در تامین سلامت سالمندان تقویت عشق و مودت بین نسل ها است بنابراین استراتژی ها و سیاست های برنامه سلامت سالمندان می باید در جهت تحکیم وحدت نسل جوان و سالمند باشد.

این باور وجود دارد که برنامه ها و سیاست های موجود باید به گونه ای باشند که ضمن پاسخگویی به مشکلات کنونی سالمندان برای جمعیت سالمند آینده نیز تمهیدات لازم را فراهم نمایند و در واقع باید بین ارائه خدمات بهداشتی و خدمات اجتماعی تعامل و تعادل ایجاد شود. هدف کلی از اقداماتی که هم اکنون در کشور ما انجام می گیرد تامین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی،

روانی، معنوی و اجتماعی سالمندان به منظور بهره مندی آنان از کیفیت زندگی بهتر از جنبه های مختلف در دوران سالخوردگی است که باید در این راستا به گونه ای خستگی ناپذیر تلاش شود.

دکتر سید حسن امامی رضوی

معاون سلامت

بخش 1: کلیات

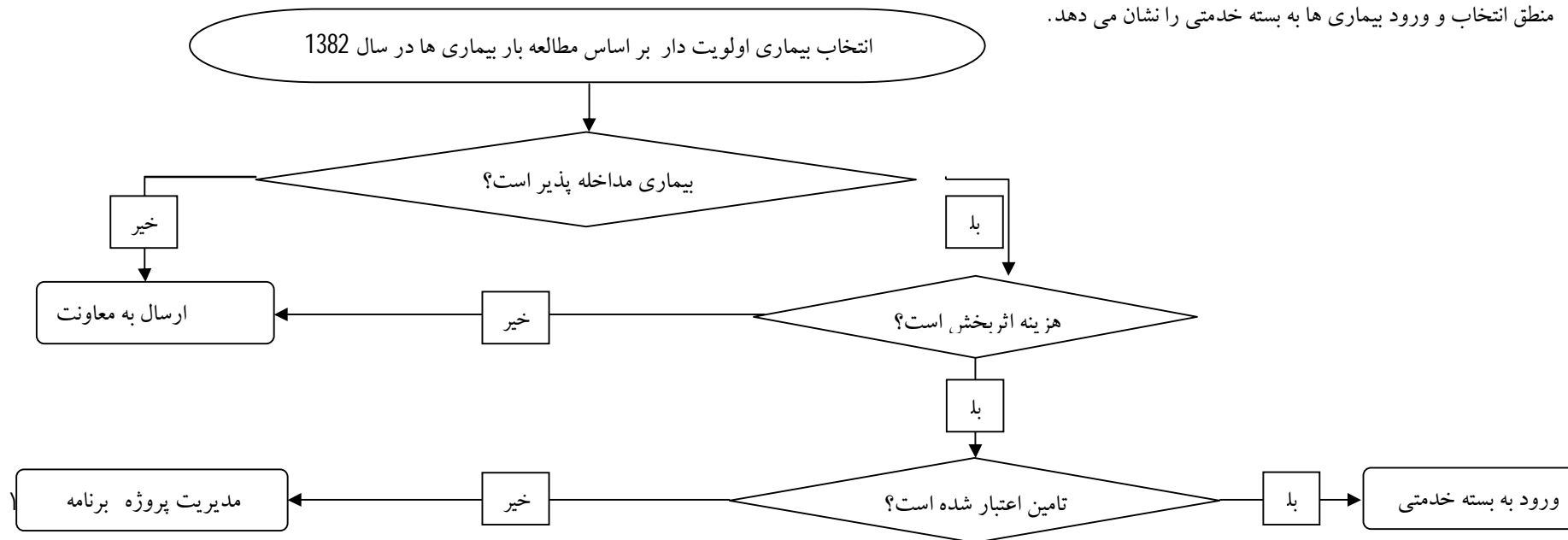
تعریف

مراقبت های ادغام یافته به مفهوم استفاده از عوامل خطر و نشانه های بالینی ساده ادغام یافته به صورت جامع در سطح استفاده کننده خدمت است. در این مدل از حداقل عوامل خطر و نشانه های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. لازم به ذکر است که عوامل خطر، نشانه ها، علائم بالینی، اقدامات تشخیصی، درمان، موارد ارجاع و پیگیری های مورد استفاده در این مدل بهره گرفته از برنامه - های کشوری اداره های تخصصی، منابع تخصصی طب سالمندی و همچنین استفاده از نظرات اساتید مرتبط با بیماری های فاقد اداره تخصصی در مرکز مدیریت بیماری ها است.

در این مجموعه نحوه ارزیابی کردن سالمند از نظر بیماری های جسمانی و روانی اولویت دار بر اساس بار بیماری ها، اختلالات تغذیه ای و ایمن سازی آموزش داده می شود و علاوه بر روش های تشخیصی و درمانی ساده راه های پیشگیری از بیماری ها نیز عنوان شده است. بطور خلاصه در این مجموعه شما نحوه استفاده و کار با راهنمای مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی را فرا خواهید گرفت.

اصول کلی

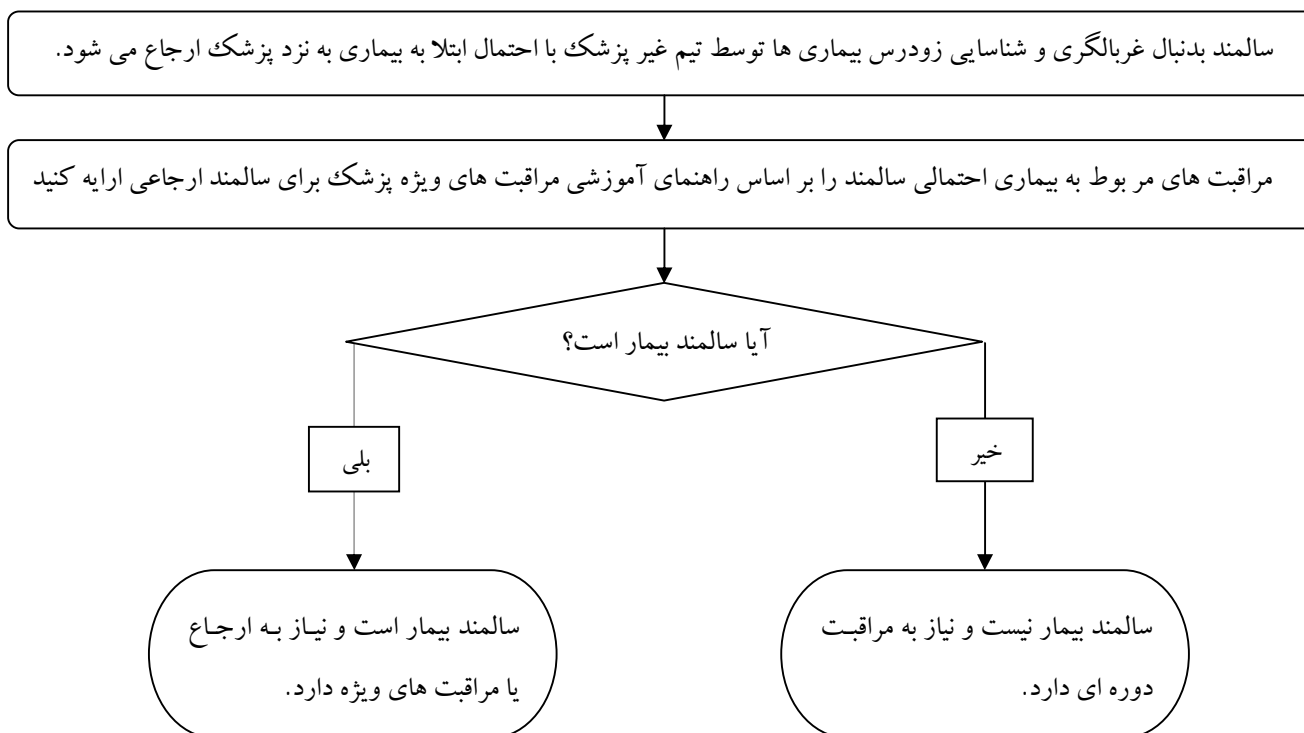
در سال 1382 مطالعه ای در مورد 250 بیماری شایع در کشور به تفکیک گروه سنی و جنس انجام شد که مبنای ورود بیماری های اولویت دار به این بسته خدمتی گردیده است. چرخه کار زیر منطق انتخاب و ورود بیماری ها به بسته خدمتی را نشان می دهد.



برنامه جامع مراقبت از سالمند به صورت یک برنامه با عنوان مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی ویژه پزشک و غیر پزشک طراحی گردیده است. در این راستا زمانی که سالمند به دنبال فراخوان به نزد پزشک مراجعه می کند، برای ارایه مراقبت ها از راهنمای مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی ویژه غیر پزشک برای مراقبت از وی استفاده می شود و موارد ارجاعی را بر اساس راهنمای آموزشی به نزد شما ارجاع می شود.

در پایان ارایه مراقبت ها چنانچه برای سالمند احتمال ابتلا به یک و یا چند بیماری وجود داشته باشد که نیاز به خدمات تخصصی بر اساس راهنمای آموزشی سالمند داشته باشد از مراقبت های سطح بالاتر بهره مند می گردد و در چرخه ارجاع قرار می گیرد و چنانچه سالمند مبتلا به بیماری باشد که نیاز به خدمات و مراقبت های سلامتی شما داشته باشد در چرخه مراقبت های پیگیری قرار می گیرد در غیر این صورت در چرخه مراقبت های دوره ای قرار می گیرد.

چرخه کار کلی مراقبت از سالمند



بخش 2: مراقبت های ادغام یافته سالمند

اجزاء جدول راهنمای مراقبت های ادغام یافته سالمند

جدول راهنمای مراقبت ها از اجزاء زیر تشکیل یافته است:

1. ارزیابی
2. طبقه بندی
3. توصیه

در قسمت **ارزیابی**، جمع بندی عوامل خطر و نشانه های بیماری و آزمون های تشخیصی انجام شده مورد مطالعه قرار می گیرد و در صورت نیاز از اقدامات تشخیصی یا معاینات جامع تر برای سالمند استفاده می گردد.

در بخش **طبقه بندی** موارد بدست آمده از قسمت ارزیابی یعنی عوامل خطر، نشانه های بالینی، معاینات ساده و جامع و اقدامات تشخیصی بر اساس شدت بیماری و یا مشکل طبقه بندی می شوند. در صورتی که سالمند دارای نشانه و علامت بیماری است که خطر جدی ندارد ولی نیاز به دریافت خدمات تخصصی و ارجاع دارد، در طبقه بندی "**مشکل یا بیماری**" قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ صورتی دیده می شود. چنانچه سالمند دارای نشانه و علامت بیماری و یا عامل خطری است که نیاز به خدمات تخصصی و ارجاع ندارد، در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به بیماری**" قرار می گیرد که در جدول طبقه بندی به رنگ زرد مشاهده می گردد. چنانچه سالمند فاقد نشانه و علامت بیماری و عامل خطر است، در طبقه بندی "**فاقد مشکل یا بیماری**" قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ سبز نمایان 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 به شرح زیر ارائه می گردد:

1- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه بندی "**مشکل یا بیماری**" قرار می گیرد، ارجاع غیر فوری به پزشک متخصص و آموزش های لازم و مرتبط است.

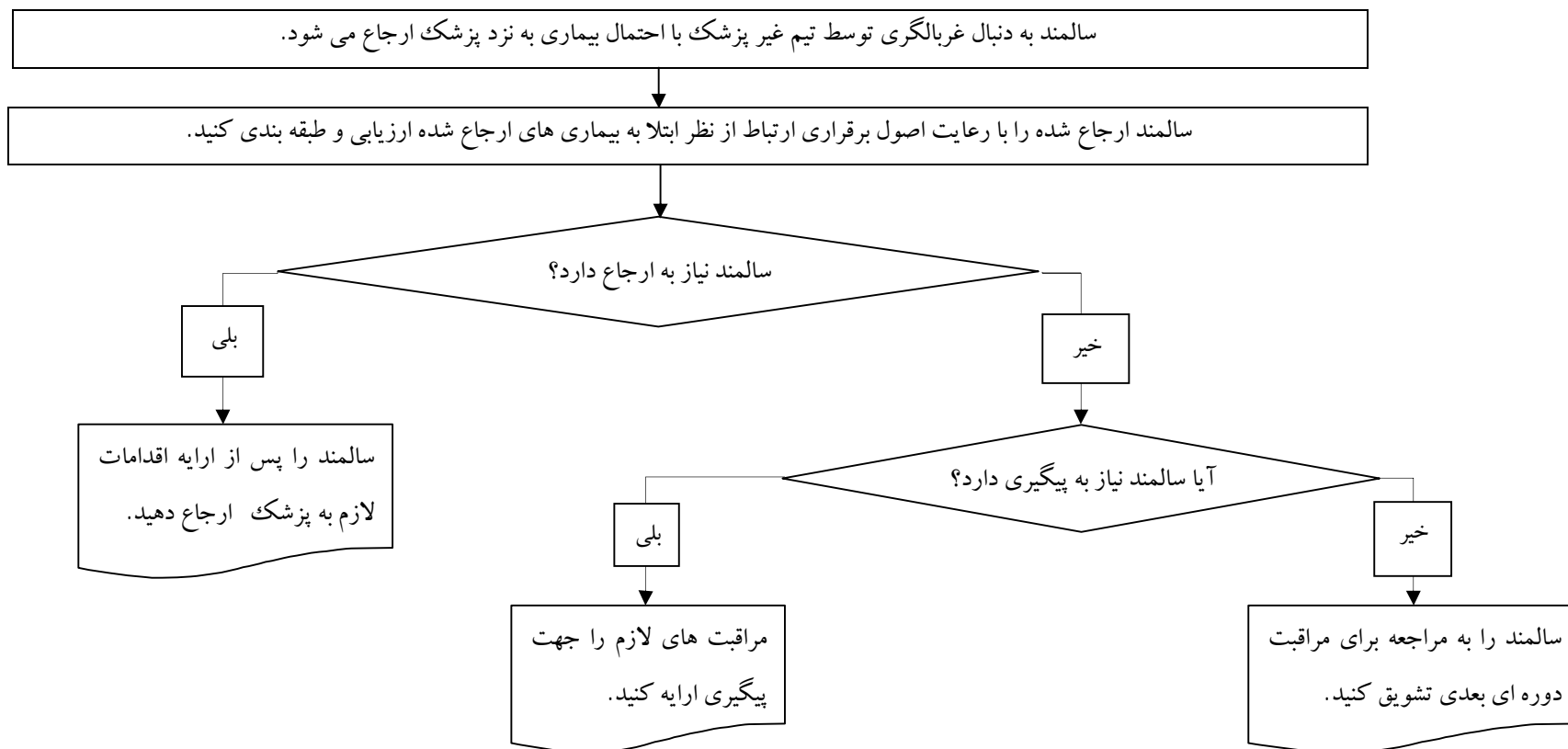
2- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به بیماری**" قرار می گیرد، ارائه مراقبت های ویژه در پیگیری ها، درمان دارویی یا غیر دارویی و آموزش است که به رنگ زرد دیده می شود.

3- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه بندی "**فاقد مشکل یا بیماری**" قرار می گیرد، تشویق سالمند به مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت های دوره ای و ارائه آموزش های لازم جهت مراقبت از خود در منزل و سایر محیط ها است که به رنگ سبز مشاهده می شود.

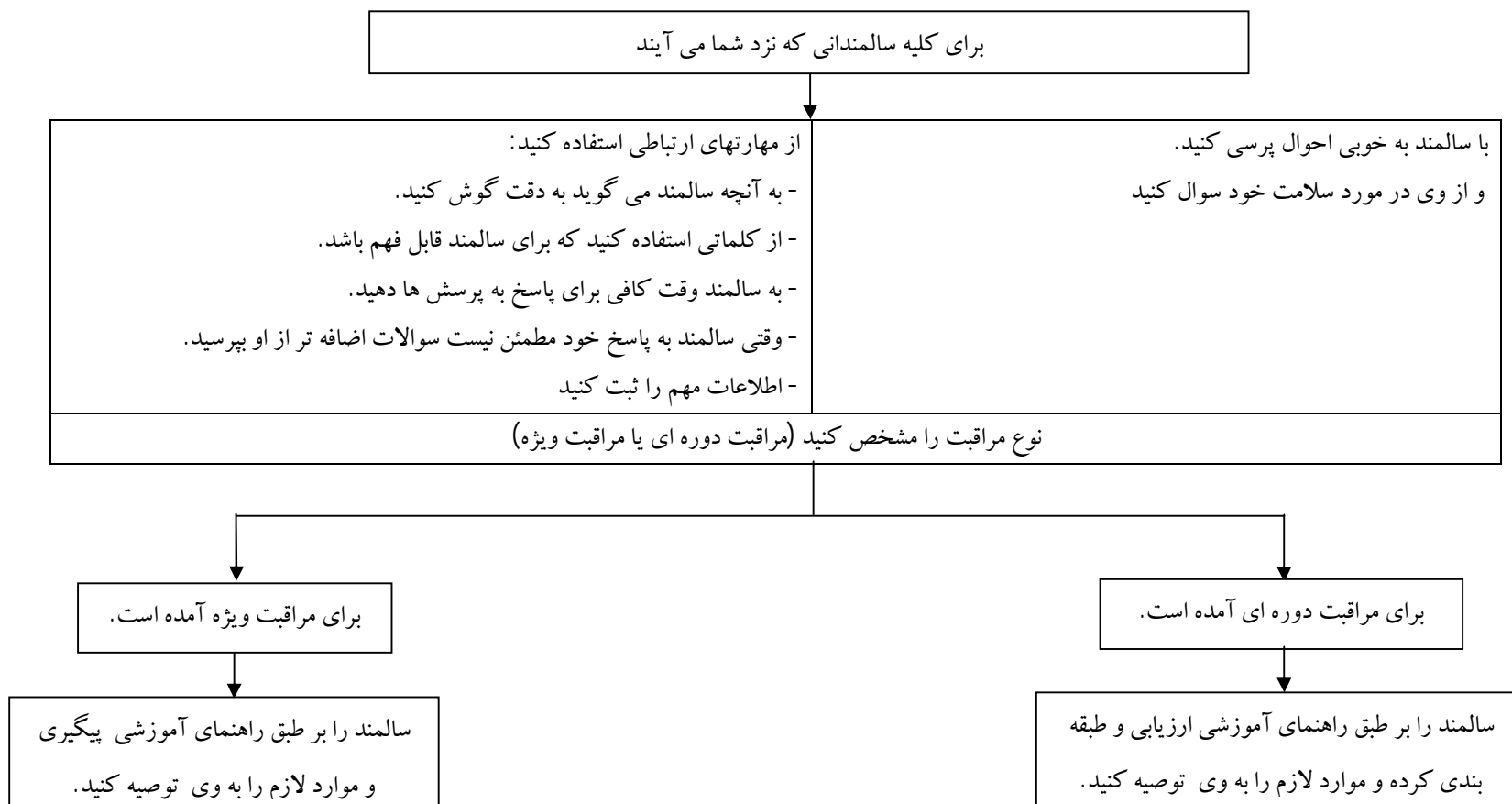
انواع بیماری های گنجانده شده در این مجموعه بهره گرفته از مطالعات کمی انجام شده در سال های 1377 و 1381، مطالعه کیفی انجام شده در سال 1385 و نسبت سال های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس و ناتوانی در گروه سنی 60 سال و بالاتر در سال 1382 و توصیه های USPS task force است.

در این راهنما آموزش ها شامل نحوه ارزیابی سالمند از نظر اختلالات فشارخون، احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی، اختلالات تغذیه ای، دیابت، اختلالات بینایی و شنوایی، افسردگی و اختلال خواب، پوکی استخوان، بی اختیاری ادراری، دمانس، سقوط و تعادل، سل و ایمن سازی 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 مراقبت های درمانی لازم را کسب خواهید کرد.

مراقبت از سالمند در اولین مراجعه



مراقبت از سالمند در مراجعات بعدی



زمانی که سالمند به شما مراجعه می کند، دلیل مراجعه وی را باید مشخص کنید و مشخصات وی را در فرم مراقبت دوره ای سالمند ثبت کنید.

انواع مراقبت ها

مراقبت دوره ای: اگر سالمند در فاصله زمانی مشخص و معمولاً طولانی که حداقل یک سال طول می کشد 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. در مراقبت دوره ای سالمند با هدف تشخیص احتمال بیماری توسط غیر پزشک مورد ارزیابی قرار می گیرد.

مراقبت ویژه: اگر سالمند به دنبال دریافت مراقبت های دوره ای نیاز دارد که برای یک یا چند مراقبت خاص ارزیابی و به صورت ویژه مراقبت شود آن را مراقبت ویژه گویند. فواصل زمانی در مراقبت های ویژه کوتاه و حداقل یک ماه است.

هدف از مراقبت ویژه ارزیابی مجدد سالمند به دنبال توصیه های ارایه شده است. چنانچه توصیه ها وضعیت سالمند را بهتر کرد، ادامه عمل به این توصیه تا رفع مشکل ادامه می یابد. در غیر این صورت سالمند به سطح بالاتر ارجاع می یابد.

برای پی بردن به دلیل مراجعه (مراقبت دوره ای یا ویژه) باید از سالمند سؤال کنید که به چه علت به شما مراجعه کرده است و فرم های سلامتی همراه وی اعم از فرم مراقبت دوره ای و فرم ارجاع را نیز مطالعه کنید.

گاهی اوقات سالمند ممکن است نیازمند پیگیری برای چندین مشکل باشد. در چنین مواردی به او بگویید در زودترین زمان تعیین شده به نزد شما مراجعه کند.

در شرایطی که سالمند نیاز به ارجاع دارد یک فرم ارجاع برای وی تکمیل کرده و به سالمند دهید. در فرم مراقبت نیز ثبت کنید که سالمند ارجاع دارد. چنانچه سالمند نیاز به پیگیری دارد، یک فرم پیگیری برای وی تکمیل و در پرونده سالمند قرار دهید. به سالمند بگویید که چه زمانی به شما مراجعه کند و زمان مراجعه را در دفتر پیگیری و فرم مراقبت نیز ثبت می کنید. **دقت کنید** قبل از خروج سالمند، زمان مراجعه بعدی را از وی سؤال کنید و مطمئن شوید که زمان را درست متوجه شده است.

فرم های ثبت

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

1. فرم مراقبت دوره ای

2. فرم ارجاع

3. فرم پیگیری

4. فرم پسخوراند

در **فرم مراقبت دوره ای** اطلاعات سالمند مشتمل بر عوامل خطر، نشانه ها، علائم بیماری، نتایج آزمون های تشخیصی، اقدامات پاراکلینیکی و توصیه های درمانی و غیر درمانی ثبت می گردد. فرم مراقبت شامل دو بخش پزشک و غیر پزشک است. تیم غیر پزشک در روستا شامل بهورز و در شهر کاردان و یا کارشناس است. در اولین مراجعه سالمند به واحد بهداشتی، تیم غیر پزشک بخش غیر پزشک فرم مراقبت را برای تمامی سالمندان و پزشک، بخش پزشک فرم را برای سالمندان ارجاع شده تکمیل می کند.

برای سالمند نیازمند ارجاع، **فرم ارجاع** تکمیل می گردد. در این فرم نوع، محل و علت ارجاع قید می گردد.

برای سالمند نیازمند پیگیری، **فرم پیگیری** تکمیل می گردد. در این فرم زمان و علت پیگیری، تغییر نشانه ها و علائم بیماری و توصیه ها که شامل زمان پیگیری بعدی، ارجاع یا مراقبت دوره ای است، قید می گردد.

فرم پسخوراند معمولاً به دنبال ارجاع سالمند به پزشک، در صورتی که سالمند نیاز به مراقبت های ویژه توسط تیم غیر پزشک داشته باشد تکمیل می گردد. در این فرم، مراقبت هایی را که سالمند نیاز دارد در فواصل زمانی مشخص توسط تیم غیر پزشک در یافت کند، به همراه زمان ارجاع بعدی درج می گردد. بنابراین این فرم توسط پزشک تکمیل می گردد.

فصل اول - بیماری های قلبی و عروقی / اختلالات فشار خون (بدون مصرف دارو)

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> دارای عارضه فشارخون بالا و فشارخون بالا 	<ul style="list-style-type: none"> مشکل (فشارخون بالای با عارضه) 	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. فشارخون بالا را مشابه طبقه بندی "در معرض ابتلا به فشارخون بالای با عارضه" درمان کنید. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.
<ul style="list-style-type: none"> فاقد عارضه فشارخون بالا و فشارخون بالا: (فشارخون سیستولیک حداقل 140 یا دیاستولیک حداقل 90) یا (فشارخون سیستولیک 139-130 یا دیاستولیک 89-85 با بیش از 2 عامل خطر یا بیماری) یا (فشارخون سیستولیک 129-120 یا دیاستولیک 84-80 با بیماری) 	<ul style="list-style-type: none"> در معرض ابتلا به فشارخون بالای با عارضه 	<ul style="list-style-type: none"> برای سالمند با "فشارخون سیستولیک 140-179 یا فشارخون دیاستولیک 109-90 با حداکثر 2 عامل خطر و بدون بیماری همراه "درمان غیر دارویی" و برای سایر موارد "درمان دارویی" را شروع کنید و سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سیستولیک 139-120 یا فشارخون دیاستولیک 89-80 میلی متر جیوه و بدون بیماری و حداکثر 2 عامل خطر 	<ul style="list-style-type: none"> در معرض ابتلا به فشارخون بالا 	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را یک سال بعد پیگیری و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را هر 3 ماه پیگیری کند. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سیستولیک کمتر از 120 و دیاستولیک کمتر از 80 و افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته کمتر از 20 میلی متر جیوه 	<ul style="list-style-type: none"> فاقد مشکل 	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 سال بعد مراقبت دوره ای کند.
<ul style="list-style-type: none"> افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده 	<ul style="list-style-type: none"> افت فشارخون 	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی شیوه های مقابله با افت

نسبت به وضعیت نشسته حداقل 20 میلیمتر جیوه	وضعیتی	فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه با بروز نشانه تشویق کنید.
---	--------	--

<p>طبقه بندی کنید</p>	<p>برای سالمند مبتلا به فشار خون بالا اقدام کنید</p>	<p>جمع بندی کنید</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید • چنانچه فشارخون سیستول مساوی یا بیش از 140 میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از 90 میلی متر جیوه است، پس از 2 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 2 دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت فشار خون وی را دوباره در دست راست اندازه گیری کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • مصرف داروی پایین آورنده فشارخون • عوامل خطر • مصرف دخانیات / ابتلا به چربی خون بالا یا سابقه آن / سابقه ابتلا به فشارخون بالا / چاقی • بیماری ها • سابقه سکته قلبی / سکته مغزی / آنژین صدری / ابتلا به دیابت
	<p>از سالمند یا همراه وی سؤال کنید</p> <p>ابتلا به بیماری عروق محیطی: انتهای های سرد (Intermittent claudication)</p>	

فصل اول - بیماری های قلبی و عروقی / اختلالات فشار خون (با مصرف دارو)

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
----------	-----------	----------

<ul style="list-style-type: none"> دارای عارضه فشارخون بالا و مصرف دارو 	مشکل (فشارخون بالایی با عارضه)	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. فشارخون بالا را مشابه در معرض ابتلا به فشارخون بالای با عارضه درمان کنید.
<ul style="list-style-type: none"> فقد عارضه فشارخون بالا و فشارخون کنترل نشده: (فشارخون سیستولیک حداقل 140 یا دیاستولیک حداقل 90 میلی متر جیوه) یا (فشارخون سیستولیک 130-139 یا دیاستولیک 85-89 میلی متر جیوه با بیش از 2 عامل خطر یا بیماری) یا (فشارخون سیستولیک 120-129 یا دیاستولیک 80-84 میلی متر جیوه با بیماری) 	در معرض ابتلا به فشارخون بالایی با عارضه	<ul style="list-style-type: none"> دوز داروی قبلی در صورت نبود عوارض دارویی و حداکثر دوز نبودن اضافه کنید. در صورت وجود عوارض دارویی آن را تغییر دهید. در صورتی که داروی مصرفی در حداکثر دوز است، داروی دوم را اضافه کنید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.
<ul style="list-style-type: none"> فقد عارضه فشارخون بالا و فشارخون کنترل شده: فشارخون از 85-89 / 130-139 با حداکثر 2 عامل خطر و نبود بیماری یا فشارخون کمتر از 85 / 130 میلی متر جیوه با بیش از 2 عامل خطر و نبود بیماری همراه یا فشارخون کمتر از 80 / 120 میلی متر جیوه با بیماری 	در معرض ابتلا به فشارخون بالایی کنترل نشده	<ul style="list-style-type: none"> درمان قبلی را ادامه دهید. سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و 3 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.
افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته حداقل 20 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 با بروز نشانه تشویق کنید.
افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته کمتر از 20 میلی متر جیوه	فقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه با بروز نشانه تشویق کنید.

جمع بندی	اقدام کنید	برای سالمند مبتلا به فشارخون بالا اقدام کنید
<ul style="list-style-type: none"> ابتلا به فشارخون بالا یا سابقه ابتلا به آن مصرف داروی پایین آورنده فشارخون <p>عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> مصرف دخانیات/ ابتلا به چربی خون بالا یا سابقه آن/ چاقی <p>بیماری ها</p> <ul style="list-style-type: none"> سکته قلبی/ سکته مغزی/ ابتلا به دیابت یا سابقه آن 	<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید. چنانچه فشارخون سیستول مساوی یا بیش از 140 میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از 90 میلی متر جیوه است پس از دو 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 دو دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت فشارخون وی را دوباره در دست راست اندازه گیری کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین معاینه ته چشم از نظر رتینوپاتی رادیوگرافی قفسه سینه از نظر نارسایی قلبی <p>از سالمند یا همراه وی سؤال کنید</p> <ul style="list-style-type: none"> ابتلا به بیماری عروق محیطی: انتهاهای سرد (Intermittent claudication)

طبقه بندی کنید

فصل اول: بیماری های قلبی عروقی / اختلال فشارخون

الف: بررسی سالمند از نظر اختلالات فشارخون

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

- مصرف نکردن قهوه و سیگار نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- انجام ندادن فعالیت بدنی شدید و یا احساس خستگی قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- تخلیه کامل مثانه نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- راحت بودن کامل بیمار در وضعیت نشسته (سالمند باید حداقل 5 دقیقه قبل از اندازه گیری فشارخون 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 رفتن کاذب فشارخون ماکزیمم می شود)؛
- بالا زدن آستین دست راست تا بالای آرنج به گونه ای که بازو تحت فشار قرار نگیرد (لباس نازک نیازی به بالا زدن 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 2 تا 3 انگشت بالای آرنج؛
- نگاه داشتن صفحه گوشی روی شریان بازویی بدون فشار روی شریان توسط سالمند؛
- خارج کردن هوای داخل کیسه لاستیکی با استفاده از پیچ تنظیم؛
- حس و نگاه داشتن نبض دست راست با دست دیگر؛
- فشار دادن متوالی پمپ برای ورود هوا به داخل کیسه لاستیکی تا زمان حس نکردن نبض؛
- ادامه دادن پمپاژ هوا به داخل کیسه لاستیکی به مدت 30 میلی متر جیوه پس از قطع نبض؛
- باز کردن پیچ تنظیم فشار هوا به آرامی برای خروج هوا از کیسه لاستیکی ضمن نگاه کردن به صفحه مدرج دستگاه (پایین آمدن عقربه یا جیوه به آرامی).

در موارد زیر با یا بدون مصرف دارو سالمند مبتلا به فشارخون بالا تعریف می گردد:

1. میانگین دو فشارخون سیستول مساوی یا بیش از 140 میلی متر جیوه یا میانگین دو فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از 90 میلی متر جیوه
2. میانگین دو فشارخون سیستول 130-139 میلی متر جیوه یا میانگین دو فشارخون دیاستول 85-89 میلی متر جیوه با بیش از 2 عامل خطر و بیماری
3. میانگین دو فشارخون سیستول 120-129 میلی متر جیوه یا میانگین دو فشارخون دیاستول 80-84 میلی متر جیوه با یک بیماری

برای سالمند مبتلا به فشارخون بالا، آزمایش کامل ادرار از نظر وجود آلبومین/ پروتئین را درخواست کنید. از کارمند آزمایشگاه کتباً بخواهید چنانچه در آزمایش ادرار سالمند بیش از 200 میلی گرم پروتئین در لیتر یا بیش از 23 میلی گرم آلبومین در لیتر وجود دارد، آزمایش ادرار 12 ساعته را برای سالمند انجام دهد. به این معنی که سالمند در طول شب (12 ساعت از ساعت 8 شب تا 8 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 محتوی ادرار شبانه را به آزمایشگاه تحویل دهد. وجود میکروآلبومینوری یعنی دفع 199-20 میکروگرم پروتئین در دقیقه در ادرار است.

تکته 1: در صورتی که سالمند قادر به جمع آوری ادرار شبانه نیست، دفع 299-30 میکروگرم پروتئین به ازای یک میلی گرم کراتینین در یک نمونه تصادفی ادرار نیز نشانگر شروع نفروپاتی در سالمند است.

تکته 2: اگر امکان انجام آزمایش کامل ادرار برای سالمند در مرکز بهداشتی مهیا است، در صورتی که در آزمایش یاد شده یک مثبت (+) یا Trace پروتئین در ادرار گزارش می شود مؤید نفروپاتی و الزام برای انجام آزمایشات تکمیلی فوق (ادرار 12 ساعته یا نمونه تصادفی ادرار) است.

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

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

سالمند بدون مصرف دارو را از نظر اختلالات فشارخون طبقه بندی کنید

با توجه به اندازه فشارخون، معاینات انجام شده و نتایج آزمایشات و رادیوگرافی، سالمند را به شرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه سالمند دارای فشار خون بالا و یکی از عوارض فشارخون بالا است، در طبقه بندی "مشکل (فشار خون بالای با عارضه)" قرار می گیرد سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. فشار خون بالا را مشابه طبقه بندی "در معرض ابتلا به فشارخون بالای با عارضه" درمان کنید. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.

چنانچه سالمند دارای "فشار خون سیستولیک حداقل 140 یا فشارخون دیاستولیک حداقل 90 میلی متر جیوه" یا "فشارخون سیستولیک 139-130 میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک 89-85 میلی متر جیوه با بیش از 2 عامل خطر یا یک بیماری" یا "فشارخون سیستولیک 129-120 میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک 84-80 میلی متر جیوه با یک بیماری" و بدون عارضه فشارخون بالا است، در طبقه بندی "در معرض ابتلا به فشار خون بالای با عارضه" قرار می گیرد. چنانچه سالمند دارای فشار خون سیستولیک 140 تا 179 میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک 90

تا 109 میلی متر جیوه بدون بیماری و حداکثر 2 عامل خطر است، درمان غیر دارویی را شروع کنید و به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. در سایر موارد علاوه بر آموزش تغذیه و فعالیت بدنی مناسب به سالمند و همراه وی، درمان دارویی را نیز برای وی شروع کنید. سالمند را با درمان دارویی یا غیر دارویی یک ماه بعد پیگیری کنید.

در صورتی که سالمند دارای فشارخون سیستولیک 120-139 میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک 80-89 میلی متر جیوه و بدون بیماری و حداکثر 2 عامل خطر است، در طبقه بندی "در معرض ابتلا به فشارخون بالا" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را هر 3 ماه یک بار پیگیری کند و یک سال بعد به شما ارجاع غیر فوری دهد.

اگر سالمند دارای فشارخون سیستولیک کمتر از 120 و فشارخون دیاستولیک کمتر از 80 میلیمتر جیوه و افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از 20 میلیمتر جیوه است در طبقه بندی "فاقد مشکل (فشارخون طبیعی)" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را سه سال بعد مراقبت دوره ای کند.

در صورتی که فشار خون سیستولیک سالمند در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته حداقل 20 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 صورت بروز نشانه تشویق کنید.

سالمند با مصرف دارو را از نظر اختلالات فشارخون طبقه بندی کنید

با توجه به اندازه فشارخون، معاینات انجام شده و نتایج آزمایشات و رادیوگرافی سالمند را به شرح زیر طبقه بندی کنید:

سالمند دارای یکی از عوارض فشارخون بالا به همراه مصرف دارو در طبقه بندی "مشکل (فشار خون بالای با عارضه)" قرار می گیرد. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. فشار خون بالا را مشابه طبقه بندی "در معرض ابتلا به فشار خون بالای با عارضه" درمان کنید. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.

سالمند دارای فشار خون سیستولیک حداقل 140 میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک حداقل 90 میلی متر جیوه یا "فشارخون سیستولیک 130-139 میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک بین 80-89 میلی متر جیوه با بیش از 2 عامل خطر یا یک بیماری همراه" یا "فشارخون سیستولیک 120-129 میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک 80-84 میلی متر جیوه با یک بیماری" و بدون عارضه فشارخون بالا در طبقه بندی "در معرض ابتلا به فشار خون بالای با عارضه" قرار می گیرد. چنانچه سالمند فاقد عوارض دارویی است، دوز دارو را افزایش و اگر عوارض دارویی دارد، دارو را تغییر دهید. در صورتی که داروی مصرفی در حداکثر دوز است، داروی دوم را به آن اضافه کنید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.

سالمنند دارای "فشارخون سیستولیک 130-139 میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولیک بین 85-89 میلی متر جیوه با حداکثر 2 عامل خطر و بدون بیماری " یا "فشارخون سیستولیک 120-129 میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولیک بین 80-84 میلی متر جیوه با بیش از 2 عامل خطر و بدون بیماری همراه " یا "فشارخون سیستولیک کمتر از 120 میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولیک کمتر از 80 میلی متر جیوه بدون بیماری همراه" و بدون عارضه فشارخون بالا در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به فشار خون بالای کنترل نشده**" قرار می گیرد. درمان قبلی را برای سالمنند ادامه دهید. سالمنند را 3 ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمنند را ماهانه پیگیری کند و 3 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

سالمنند دارای افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از 20 میلیمتر جیوه در طبقه بندی "**فاقد مشکل (افت فشارخون وضعیتی)**" قرار می گیرد. به سالمنند و همراه وی راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمنند را سه سال بعد مراقبت دوره ای کند.

در صورتی که فشار خون سیستولیک سالمنند در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته حداقل 20 میلیمتر جیوه افت دارد، در طبقه بندی "**افت فشار خون وضعیتی**" قرار می گیرد. به سالمنند و همراه وی شیوه های مقابله با افت فشارخون ارتواستاتیک را آموزش دهید. سالمنند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمنند مبتلا و یا در معرض ابتلا به فشار خون بالا:

- غذای کم نمک مصرف نماید.
- از مصرف فراورده های غذایی نمک سوده مثل چیپس، پفک، سوسیس، کالباس و.... خودداری نماید.

پیگیری

سالمنند را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید:

1. فشارخون سالمنند را مطابق راهنما در دست راست دو بار اندازه گیری کنید و با توجه به میانگین فشارخون، سالمنند را به شرح زیر مراقبت کنید:
 - در صورتی که فشارخون در سالمنند بدون مصرف دارو و با حداکثر 2 عامل خطر به فشارخون هدف یعنی کمتر از 140/90 و در سالمنند با بیش از 2 عامل خطر به کمتر از 130/85 و در سالمنند با یک بیماری به کمتر از 120/80 رسیده و فاقد عوارض دارویی است درمان را ادامه دهید. از سالمنند یا همراه وی در خصوص شیوه زندگی سؤال کنید در صورتی که عملکرد سالمنند صحیح است وی را تشویق کنید، در غیر این صورت سالمنند را مجدداً آموزش دهید. سالمنند را 3 ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک نیز پسخوراند دهید که وی را ماهانه پیگیری کند و هر 3 ماه یک بار به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. در صورتی که سالمنند عوارض دارویی دارد، دارو را مطابق راهنمای درمان تغییر دهید و وی را یک ماه بعد پیگیری کنید.
 - در صورتی که فشارخون در سالمنند بدون مصرف دارو و با حداکثر 2 عامل خطر به فشارخون هدف یعنی کمتر از 140/90 نرسیده، درمان دارویی را برای وی شروع کنید. در صورتی که در سالمنند با مصرف دارو به فشارخون هدف نرسیده یعنی در سالمنند با بیش از 2 عامل خطر فشارخون سیستولیک حداقل 130 یا فشارخون دیاستولیک حداقل 85 میلی متر جیوه و در سالمنند با

بیماری همراه، فشارخون سیستولیک حداقل 120 یا فشارخون دیاستولیک حداقل 80 میلی متر جیوه است و فاقد عوارض دارویی است، دوز دارو را افزایش دهید و در صورتی که سالمند عوارض دارویی دارد، دارو را مطابق راهنمای درمان تغییر دهید. چنانچه داروی مصرفی در حداکثر دوز است داروی دوم را اضافه کنید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. از سالمند و یا همراه وی در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. در صورتی که عملکرد سالمند صحیح است وی را تشویق کنید، در غیر این صورت سالمند را مجدداً آموزش دهید.

نکته: زمانی که داروی مصرفی در پیگیری های بعدی به حداکثر دوز مصرفی می رسد، داروی دوم را بر اساس جدول درمان اضافه کنید و سالمند را یک ماه بعد مطابق شرح فوق پیگیری کنید. چنانچه در پیگیری سوم، فشارخون سالمند به فشارخون هدف رسیده و یا نرسیده ولی عوارض دارویی دارد، سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

2. برای سالمند سالانه آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین و خون و رادیوگرافی قفسه سینه از نظر نارسایی قلبی درخواست کنید و ته چشم وی را معاینه کنید و یا در صورت نیاز به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

سالمند را پس از 3 ماه به شرح زیر پیگیری کنید:

1. فشارخون سالمند را مطابق راهنما دو بار در دست راست اندازه گیری کنید و با توجه به میانگین فشارخون سالمند را به شرح زیر مراقبت کنید:

- در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف رسیده، یعنی در سالمند مبتلا به یک بیماری به کمتر از 120/80 و در سالمند دارای بیش از 2 عامل خطر به کمتر از 130/85 و در سالمند با حداکثر 2 عامل خطر به کمتر از 140/90 رسیده و فاقد عوارض دارویی است درمان را ادامه دهید. سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک نیز پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و هر 3 ماه یک بار به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. از سالمند یا همراه وی در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. در صورتی که عملکرد سالمند صحیح است وی را تشویق کنید، در غیر این صورت سالمند را مجدداً آموزش دهید. در صورتی که سالمند عوارض دارویی دارد، دارو را مطابق راهنمای دارویی تغییر دهید و وی را یک ماه بعد پیگیری کنید.
- در صورتی که فشارخون سالمند به فشارخون هدف نرسیده یعنی در سالمند با حداکثر 2 عامل خطر فشارخون سیستولیک حداقل 140 یا فشارخون دیاستولیک حداقل 90 میلی متر جیوه و در سالمند با بیش از 2 عامل خطر فشارخون سیستولیک حداقل 130 یا فشارخون دیاستولیک حداقل 85 میلی متر جیوه و در سالمند با یک بیماری، فشارخون سیستولیک حداقل 120 یا فشارخون دیاستولیک حداقل 80 میلی متر جیوه و فاقد عوارض دارویی است، دوز دارو را افزایش دهید و در صورتی که سالمند عوارض دارویی دارد، دارو را مطابق راهنمای درمان تغییر دهید. چنانچه داروی مصرفی در حداکثر دوز است داروی دوم را اضافه کنید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. از سالمند و یا همراه وی در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. اگر عملکرد سالمند صحیح است، وی را تشویق کنید در غیر این صورت سالمند را آموزش دهید.

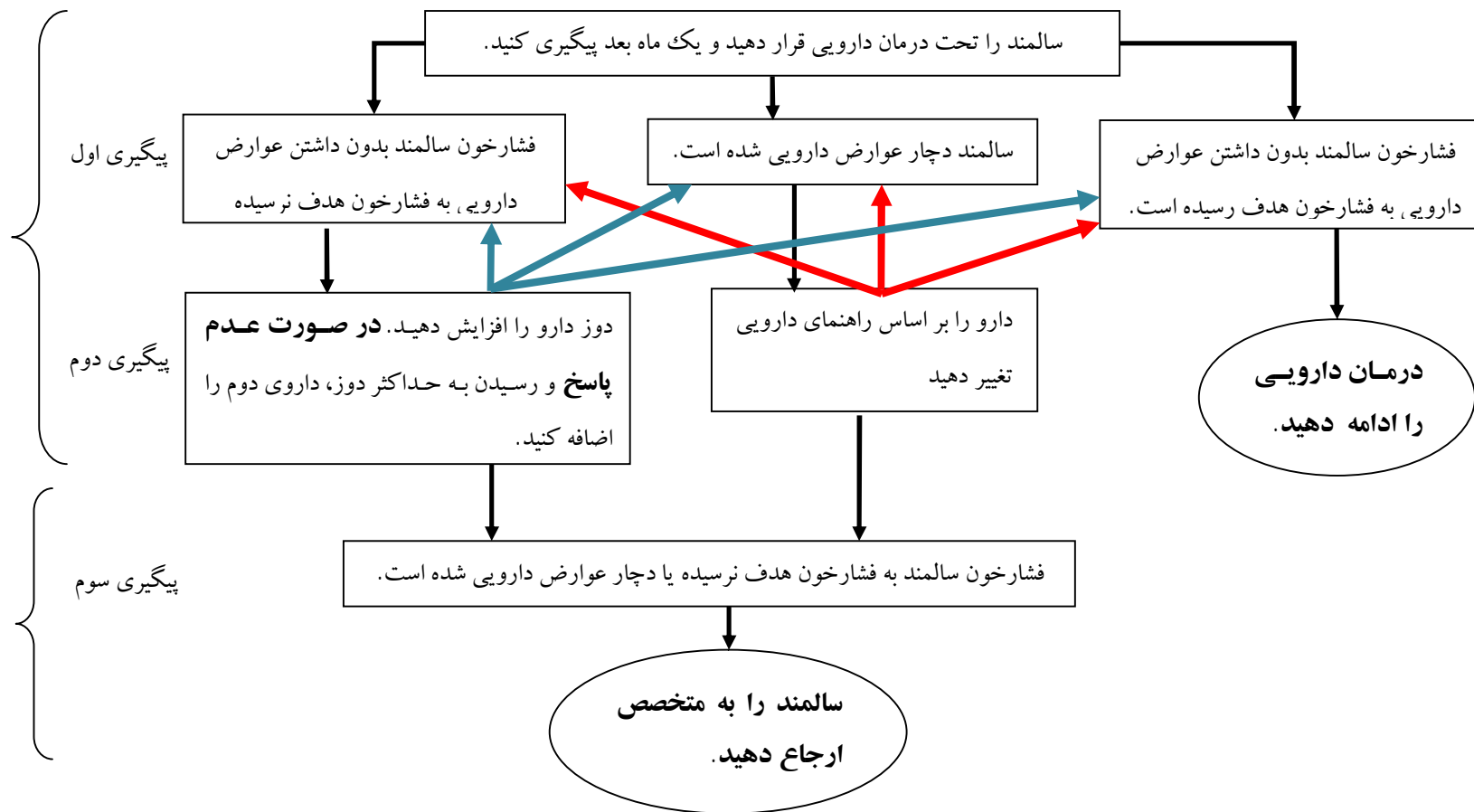
نکته: زمانی که داروی مصرفی در پیگیری های بعدی به حداکثر دوز مصرفی می رسد، داروی دوم را بر اساس جدول درمان اضافه کنید و سالمند را یک ماه بعد مطابق شرح فوق پیگیری کنید. چنانچه در پیگیری سوم، فشارخون سالمند به فشارخون هدف رسیده و یا نرسیده ولی عوارض دارویی دارد، سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

2. برای سالمند سالانه آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین و خون و رادیوگرافی قفسه سینه از نظر نارسایی قلبی درخواست کنید و ته چشم وی را معاینه کنید و یا در صورت نیاز به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

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

1. فشارخون سالمند را مطابق راهنما در دست راست دو بار اندازه گیری کنید و با توجه به میانگین فشارخون سالمند را به شرح زیر مراقبت کنید:
 - اگر فشارخون سالمند به فشارخون هدف یعنی کمتر از 120/80 رسیده است، به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را سالانه پیگیری و 3 سال بعد مراقبت دوره ای کند. از وی در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. در صورتی که عملکرد وی صحیح است، سالمند را تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید.
 - در صورتی که سالمند دارای فشارخون سیستول 120 تا 129 یا فشارخون دیاستول 80 تا 84 میلی متر جیوه و فاقد بیماری است، سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را هر 3 ماه یک بار پیگیری کند و سالانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه سالمند مبتلا به بیماری شده است، درمان دارویی را شروع و سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. از سالمند در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. اگر عملکرد وی صحیح است، سالمند را تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید.
 - در صورتی که فشارخون سیستول سالمند 130 تا 139 یا فشارخون دیاستول 85 تا 89 میلی متر جیوه و فاقد بیماری و حداکثر 2 عامل خطر است، سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را هر 3 ماه یک بار پیگیری کند و سالانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه سالمند مبتلا به بیماری یا دارای بیش از 2 عامل خطر است، درمان دارویی را شروع و یک ماه بعد سالمند را پیگیری کنید. از سالمند در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید اگر عملکرد وی صحیح است، سالمند را تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید.
 - اگر فشارخون سیستول حداقل 140 میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستول حداقل 90 میلی متر جیوه است، درمان دارویی را برای وی مطابق راهنمای دارویی شروع کنید و یک ماه بعد سالمند را پیگیری کنید. از سالمند در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. در صورتی که عملکرد وی صحیح است، سالمند را تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید.

الگوریتم درمان فشار خون بالا



درمان دارویی فشارخون بالا

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

طبقه بندی و کنترل فشارخون

نیاز به شروع درمان دارویی با بیماری		نیاز به شروع درمان دارویی بدون بیماری		اصلاح شیوه زندگی	وضعیت فشارخون (میلی متر جیوه)
بیش از 2 عامل خطر	حداکثر دو عامل خطر	بیش از 2 عامل خطر	حداکثر دو عامل خطر		
خیر	خیر	خیر	خیر	در صورت نیاز	کمتر از 120/80
بلی	بلی	خیر	خیر	بلی	120-129 / 80-84
بلی	بلی	بلی	خیر	بلی	130-179 / 85-109
بلی	بلی	بلی	بلی	بلی	حداقل 180/110

- بیماری: نارسایی قلبی، سابقه MI، دیابت ملیتوس، اختلالات مزمن کلیه و سکته مغزی
- عوامل خطر: مصرف دخانیات، چاقی و کم تحرکی، چربی خون بالا

راهنمای درمان فشارخون بالا در سالمند

بیماری	درمان دارویی ارجح
نارسایی قلبی یا نارسایی مزمن کلیه	مهارکننده های ACE، بلوکرهای رسپتور آنژیوتانسین II
سابقه سکته قلبی، چاقی، مصرف دخانیات، اختلال چربی خون	بلوکرهای بتا، مهارکننده های ACE
دیابت	دیورتیک ها، بلوکرهای بتا، مهارکننده های ACE یا بلوکرهای رسپتور آنژیوتانسین II یا بلوکرهای کانال کلسیم
خطر بروز مجدد سکته مغزی	مهارکننده های ACE، دیورتیک ها

(تغییرات رتین یا سابقه سکنه)

بلوکرهای کانال کلسیم

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	عوارض جانبی
غیر دی هیدروپیریدین ها		بلوک های دهلیزی بطنی، برادیکاردی، نارسایی قلبی، نارسایی های هدایتی، بدتر کردن دیسفونکسیون های سیستولیک، هیپرپلازی لته
دیلتازم (extended-release)	120-360 یک بار در روز	ادم و سردرد
وراپامیل	60-240 دو بار در روز	یبوست
وراپامیل (extended-release)	120-360 یک بار در روز	
دی هیدروپیریدین ها		سرگیجه، ادم میچ پا، گر گرفتگی، سردرد، هیپرترفی لته
آملودیپین	2/5-10 یک بار در روز	
نیفیدپین (extended-release)	30-60 یک بار در روز	

وازودیلاتورهای مستقیم

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	عوارض جانبی
هیدرالازین هیدروکلراید	12/5-50 دو بار در روز	سندرم شبه لوپوس، هپاتیت

دیورتیک ها

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	عوارض جانبی
تiazید و دیورتیک های تیپ تiazید:		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 جنسی
کلروتiazید	125-500 یک بار در روز	
هیدروکلروتiazید	12/5-25 یک بار در روز	

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	عوارض جانبی
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	10-40 دو بار در روز	
دیورتیک های نگاه دارنده پتاسیم		هیپرکالمی، اختلالات گوارشی
آمیورید	5-10 یک بار در روز یا 2/5-5 دو بار در روز	
تریامترن	50-100 یک بار در روز یا 25-50 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 به مانیتور پتاسیم دارد.
اسپیرونولاکتون	25-50 یک بار در روز یا 12/5-25 دو بار در روز	

مهار کننده های ACE

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)
کاپتوپریل	6/25-50 دو بار در روز
انالاپریل	2/5-40 یک بار در روز یا 1/25-20 دو بار در روز
رامپریل	1/25-10 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	5-0/5 دو بار در روز	در هیپوترفی پروستات کاربرد دارد.
بلوکرهای بتا		برونکوسپاسم، برادیکاردی، احتمال نشان ندادن هیپوگلیسمی به دنبال انسولین، اختلال در سیرکولاسیون پریفرال، بی خوابی، ضعف، کاهش تحمل ورزش، هیپرتری گلیسیریدمی، دپرسیون، فنومن ریباند، هالوسیناسیون، فونکسیون erectile
آتنولول	100-25 یک بار در روز یا 50-12/5 دو بار در روز	
پروپرانولول	80-20 دو بار در روز	
متوپرولول	100-50 دو بار در روز	

آنتاگونیست های آنژیوتانسین II

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)
لوزارتان	100-25 یک بار در روز یا 50-12/5 دو بار در روز

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

اصول کلی درمان دارویی فشارخون بالا

1. انتخاب اولین گروه دارویی منتخب
2. شروع با حداقل دوز دارویی و افزایش تدریجی دوز دارو به صورت ماهانه تا رسیدن به فشارخون هدف یا حداکثر دوز
3. تغییر دارو در سالمند دچار عارضه دارویی بر اساس جداول فوق
4. افزایش دوز داروی قبلی در سالمند بدون عارضه دارویی و پاسخ نداده به درمان

5. اضافه کردن داروی منتخب دوم به سالمند با حداکثر دوز داروی مصرفی و پاسخ نداده به درمان
6. پیگیری ماهانه سالمند دارای فشارخون کنترل نشده توسط پزشک
7. پیگیری ماهانه سالمند دارای فشارخون کنترل شده توسط غیرپزشک و 3 ماهانه توسط پزشک
8. انتخاب دارو بر اساس راهنمای دارویی در سالمند با بیماری همراه و عوامل خطر
9. ارجاع سالمند به متخصص در صورت پاسخ ندادن به درمان بر اساس راهنمای آموزشی در قسمت پیگیری
10. تجویز دیورتیک های تیازیدی همراه با یک دیورتیک نگاه دارنده پتاسیم مانند تریامترن 50 میلی گرم در روز
11. استفاده از هیدرالازین معمولاً در ترکیب با یک بتا بلوکر یا وراپامیل برای پیشگیری از تاکیکاردی

مداخلات آموزشی برای کنترل افت فشار خون وضعیتی:

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

درمان افت فشار خون وضعیتی

- کاهش دارو های آرام بخش؛
- حذف دارو های پایین آورنده فشارخون با عارضه جانبی افت فشارخون ارتوستاتیک مثل بلوکر های آلفا یک؛
- 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 اول - بیماری های قلبی عروقی / احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی (بدون مصرف دارو)

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• LDL نامطلوب	احتمال ابتلا به بیماری قلبی عروقی	<ul style="list-style-type: none"> • درمان غیر دارویی (تغذیه و تمرینات بدنی مناسب) را برای سالمند شروع کنید. • سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. • برای سالمند آزمایش چربی خون برای 3 ماه بعد در خواست کنید.
• LDL مطلوب	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 سال بعد مراقبت دوره ای کنید.

طبقه بندی کنید

بررسی کنید	جمع بندی کنید	
<ul style="list-style-type: none"> • میزان چربی های خون (کلسترول، HDL، LDL) • تعیین آنزیم های کبدی سالمند • مصرف کننده دارو 	بیماری ها	<ul style="list-style-type: none"> • سکته قلبی یا • آنژین صدری • سکته مغزی • دیابت یا • سابقه آن
	عوامل خطر	<ul style="list-style-type: none"> • مصرف دخانیات • فشار خون بالا یا سابقه آن • ابتلا به دیس لیپیدمی یا سابقه آن • چاقی • HDL کمتر از 40 میلی گرم در دسی لیتر برای مردان یا کمتر از 50 برای زنان
	مصرف داروی کنترل کننده چربی خون	
	از سالمند یا همراه وی سؤال کنید	
بیماری آترواسکلروز عروق محیطی		

جدول مطلوبیت LDL بر اساس بیماری و عامل خطر

وضعیت سالمند	LDL مطلوب	LDL نامطلوب	شروع درمان (میلی گرم در دسی لیتر)
بیمار یا بیش از دو عامل خطر	کمتر از 100	100 و بالاتر	حداقل 130
2 عامل خطر	کمتر از 130	130 و بالاتر	حداقل 160
حداکثر یک عامل خطر	کمتر از 160	160 و بالاتر	حداقل 190

فصل اول - بیماری های قلبی عروقی / احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی (با مصرف دارو)

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها	بررسی کنید	جمع بندی کنید	
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. 	مشکل	LDL نامطلوب و "افزایش غیر مجاز آنزیم های کبدی یا مصرف حداکثر دوز دارو"	طبقه بندی کنید	بیماری ها <ul style="list-style-type: none"> • سکنه قلبی یا آنژین صدری • سکنه مغزی • دیابت یا سابقه آن 	
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. • داروی سالمند را در صورت طبیعی بودن آنزیم های کبدی افزایش و در صورت افزایش مجاز آنزیم های کبدی با دوز قبلی ادامه دهید. • آزمایش چربی خون و آنزیم های کبدی را برای یک ماه بعد درخواست کنید و سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. 	احتمال بالای ابتلا به بیماری قلبی عروقی	<ul style="list-style-type: none"> • LDL نامطلوب و • آنزیم های کبدی در حد طبیعی یا افزایش یافته در حد مجاز 		• میزان چربی های خون (کلسترول، LDL, HDL) تعیین آنزیم های کبدی سالمند مصرف کننده دارو	عوامل خطر <ul style="list-style-type: none"> • مصرف دخانیات • فشار خون بالا یا سابقه آن • ابتلا به دیس لیپیدمی یا سابقه آن • چاقی • HDL کمتر از 40 میلی گرم در دسی لیتر برای مردان یا کمتر از 50 برای زنان
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. • درمان را ادامه دهید و آزمایش چربی خون و آنزیم های کبدی را برای شش ماه بعد درخواست کنید و سالمند را 6 ماه بعد پیگیری کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که 3 ماهانه سالمند را پیگیری کند. 	احتمال پایین ابتلا به بیماری قلبی عروقی	<ul style="list-style-type: none"> • LDL مطلوب و • آنزیم های کبدی طبیعی یا افزایش یافته در حد مجاز 		• مصرف داروی کنترل کننده چربی خون	از سالمند یا همراه وی سؤال کنید بیماری آترواسکلروز عروق محیطی

وضعیت سالمند	LDL مطلوب	LDL نامطلوب	شروع درمان (میلی گرم در دسی لیتر)
بیمار یا بیش از دو عامل خطر	کمتر از 100	100 و بالاتر	حداقل 130
2 عامل خطر	کمتر از 130	130 و بالاتر	حداقل 160

حداقل 190	160 و بالاتر	کمتر از 160	حداکثر یک عامل خطر
-----------	--------------	-------------	--------------------

جدول مطلوبیت LDL بر اساس بیماری و عامل خطر

فصل اول: بیماری های قلبی عروقی / احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی

ب: بررسی سالمند از نظر احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی

ابتدا بیماری ها، عوامل خطر و مصرف داروی کنترل کننده چربی خون به استثنای HDL را جمع بندی کنید. سپس از سالمند و یا همراه وی در خصوص بیماری آترواسکلروز عروق محیطی سؤال کنید.

برای سالمند آزمایشات مندرج در ستون "بررسی کنید" را در خواست 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 و فعالیت بدنی) عمل کند.

دقت کنید HDL مساوی یا بیش از 60 میلی گرم در دسی لیتر در نزد زنان یا مردان یک عامل خطر منفی محسوب شده و باعث کسر یک عامل خطر از کل عوامل خطر در سالمند می گردد.

سالمند را از نظر احتمال ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی (بدون مصرف دارو) طبقه بندی کنید

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)	شروع درمان
سالمند مبتلا به بیماری یا بیش از دو عامل خطر	کمتر از 100	100 و بالاتر	حداقل 130 میلی گرم در دسی لیتر
سالمند دارای دو عامل خطر و نبود بیماری	کمتر از 130	130 و بالاتر	حداقل 160 میلی گرم در دسی لیتر
سالمند فاقد بیماری و یک یا هیچ عامل خطر	کمتر از 160	160 و بالاتر	حداقل 190 میلی گرم در دسی لیتر

چنانچه سالمند دارای LDL نامطلوب است، در طبقه بندی "**احتمال ابتلا به بیماری قلبی عروقی**" قرار می گیرد. درمان غیر دارویی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب) را شروع کنید. آزمایش چربی خون به همراه آنزیم های کبدی را برای 3 ماه بعد سالمند در خواست و 3 ماه بعد نیز او را پیگیری کنید.

چنانچه سالمند دارای LDL مطلوب است در طبقه بندی "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد، به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 سال بعد مراقبت دوره ای کند.

سالمند را از نظر احتمال ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی (با مصرف دارو) طبقه بندی کنید

چنانچه سالمند دارای LDL نامطلوب و "افزایش غیر مجاز آنزیم های کبدی یا حداکثر دوز داروی مصرفی" است در طبقه بندی "**مشکل**" قرار می گیرد. 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 دارای LDL نامطلوب با آنزیم های کبدی در حد طبیعی یا افزایش یافته در حد مجاز است، در طبقه بندی "**احتمال بالای ابتلا به بیماری قلبی عروقی**" قرار می گیرد. دارو را در صورت طبیعی بودن آنزیم های کبدی افزایش و در صورت بالا رفتن مجاز آنزیم های کبدی، دوز قبلی را ادامه دهید. برای سالمند آزمایش چربی های خون به همراه آنزیم های کبدی را برای یک ماه بعد در خواست و یک ماه بعد نیز وی را پیگیری کنید.

در صورتی که سالمند دارای LDL مطلوب با آنزیم های کبدی در حد طبیعی یا افزایش یافته در حد مجاز است، در طبقه بندی "**احتمال پایین ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی**" قرار می گیرد. چنانچه آنزیم های کبدی طبیعی یا افزایش یافته در حد مجاز هستند درمان را ادامه دهید. برای سالمند با آنزیم های کبدی طبیعی، آزمایش چربی خون به همراه آنزیم های کبدی را برای 6 ماه بعد در خواست و وی را 6 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک نیز پسخوراند دهید که سالمند را هر 3 ماه پیگیری و پس از 6 ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. برای سالمند با آنزیم های کبدی افزایش یافته در حد مجاز، آزمایش چربی خون به همراه آنزیم های کبدی را برای 3 ماه بعد در خواست و وی را 3 ماه بعد نیز پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و پس از 3 ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالم

مشابه فصل فشار خون بالا (در راهنمای غیر پزشک) است.

پیگیری

سالمند با احتمال بالای ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی را پس از یک ماه به شرح زیر پیگیری کنید:

- در صورتی که آنزیم های کبدی افزایش غیر مجاز یافته است، و سالمند بر اساس جدول مطلوبیت LDL، دارای LDL مطلوب یا نامطلوب است سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
- در صورتی که آنزیم های کبدی طبیعی هستند یا افزایش مجاز دارند و LDL بر اساس جدول مطلوبیت LDL نیز به حد مطلوب رسیده است، درمان را ادامه دهید و برای سالمند به تاریخ 6 ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و 6 ماه بعد نیز پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 ماه یک بار پیگیری کند و 6 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. از سالمند و همراه وی در خصوص مصرف دارو و تغذیه و فعالیت بدنی سؤال کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح است، سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید.
- در صورتی که LDL به حد مطلوب نرسیده است و آنزیم های کبدی نیز طبیعی هستند دوز دارو را افزایش دهید و چنانچه افزایش در حد مجاز دارد، دارو را با همان دوز قبلی ادامه دهید و برای سالمند به تاریخ یک ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و وی را یک ماه بعد پیگیری کنید. از سالمند و همراه وی در خصوص مصرف دارو و تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح است، سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید. **دقت کنید** چنانچه داروی مصرفی در حداکثر دوز است، سالمند را به **پزشک متخصص ارجاع غیر فوری** دهید.

سالمند با احتمال ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی را پس از 3 ماه به شرح زیر پیگیری کنید:

- در صورتی که LDL به حد مطلوب رسیده است درمان غیر دارویی را ادامه دهید. برای سالمند به تاریخ 6 ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و سالمند را 6 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 ماه یک بار پیگیری کند و 6 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح است، سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید.
- اگر LDL به حد مطلوب نرسیده است، درمان دارویی را شروع کنید. برای سالمند به تاریخ یک ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست کنید و یک ماه بعد او را پیگیری کنید. از سالمند و همراه وی در خصوص تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح است، سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید. در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید.

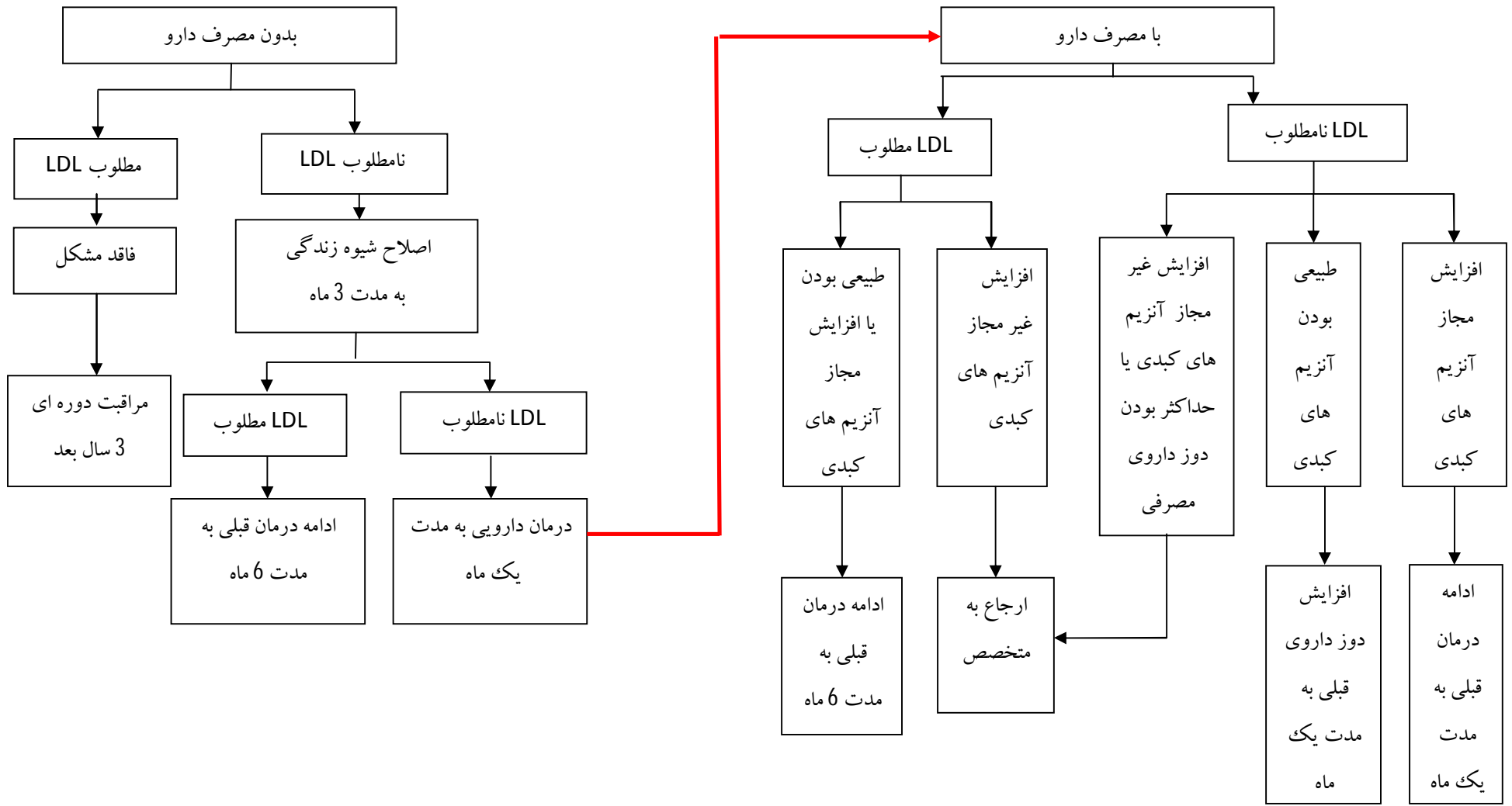
سالمند با احتمال پایین ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی را پس از 6 ماه به شرح زیر پیگیری کنید:

- در صورتی که LDL در حد مطلوب باقی مانده است و آنزیم های کبدی نیز طبیعی هستند، برای سالمند به تاریخ 6 ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و 6 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 ماه یک بار پیگیری کند و 6 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه آنزیم های کبدی افزایش مجاز دارند برای سالمند به تاریخ 3 ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و 3 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و 3 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. از سالمند و همراه وی در خصوص مصرف دارو و تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح است، سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید.
- در صورتی که LDL از حد مطلوب خارج شده است و آنزیم های کبدی طبیعی هستند، دوز دارو را افزایش دهید و چنانچه افزایش مجاز دارند دوز قبلی دارو را ادامه دهید. برای سالمند به تاریخ یک ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و یک ماه بعد او را پیگیری کنید. از سالمند و همراه وی در خصوص مصرف دارو، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب سؤال کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح است، سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید. **دقت کنید** چنانچه داروی مصرفی در حداکثر دوز است، سالمند را به **پزشک متخصص ارجاع غیر فوری** دهید.
- در صورتی که آنزیم های کبدی افزایش غیرطبیعی دارند با LDL در حد مطلوب یا نامطلوب، سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

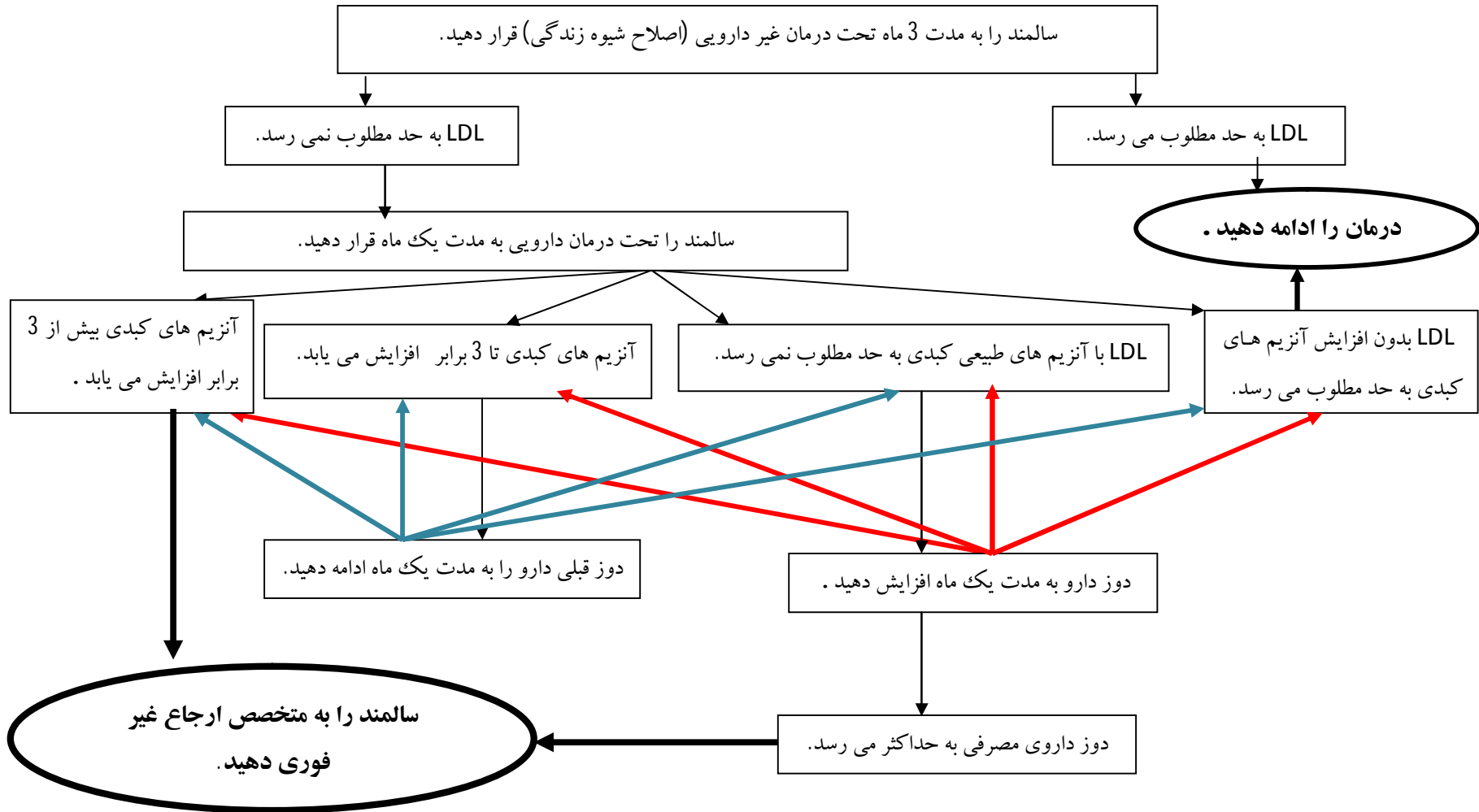
درمان اختلال چربی خون

برای درمان دارویی از دارو های پایین آورنده LDL مثل استاتین ها با دوز 10 میلی گرم در روز استفاده کنید. دوز دارو را در صورت نیاز تدریجی و با حداقل دوز (10 میلی گرم) افزایش دهید. چنانچه LDL به درمان پاسخ می دهد و بدون افزایش یا افزایش مجاز آنزیم های کبدی به حد مطلوب می رسد، دارو را با اندازه گیری آنزیم های کبدی با فواصل 6 ماهه ادامه دهید. چنانچه LDL به درمان پاسخ نمی دهد و دوز دارو را افزایش می دهید آزمایشات را برای یک ماه بعد باید تکرار کنید. در صورتی که آنزیم های کبدی به بیش از 3 برابر حد فوقانی نرمال افزایش یابند و یا چنانچه LDL به درمان پاسخ نمی دهد و امکان افزایش دوز دارو برای سالمند وجود ندارد یعنی دوز داروی مصرفی در حداکثر دوز (80 میلیگرم) است، سالمند را به **متخصص ارجاع غیر فوری** دهید.

مراحل کلی پیگیری در احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی



راهنمای درمان دیس لیپیدمی



فصل دوم - اختلالات تغذیه ای / لاغری

از سالمند یا همراه وی سؤال کنید و فرم ارزیابی تغذیه را برای وی تکمیل کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• امتیاز کمتر از 5	مشکل (ابتلا به لاغری)	• سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید.
• امتیاز 5-9/5	در معرض ابتلا به لاغری	• به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب و مصرف مرتب مولتی ویتامین را آموزش دهید. • سالمند را بعد از 3 ماه پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند.
• امتیاز بیش از 9/5	فاقد مشکل	• به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا سال بعد تشویق کند.



1. مصرف بیش از سه قلم دارو در روز - بلی (0) - خیر (1)	4. مصرف حداقل دو سهم میوه و سبزی در روز - بلی (1) - خیر (0)
2. مصرف وعده های غذا در روز - سه وعده (2) - دو وعده (1) - یک وعده (0)	5. مصرف نوشیدنی در روز (آب، آب میوه، چای، شیر، شربت و.....) کمتر از 3 لیوان (0) بیش از 5 لیوان (1)
3. مصرف: • یک سهم لبنیات در روز - بلی - خیر	6. تغذیه سالمند از دیدگاه خود سوء تغذیه دارد (0) نمی داند (1) مشکل تغذیه ندارد (2)
• انواع گوشت در روز - بلی - خیر	7. مقایسه وضعیت سلامتی خود با دیگر سالمندان بدتر (0) مشابه دیگران (1) بہتر از دیگران (2)
• حداقل دو سهم حبوبات و یا دو عدد تخم مرغ در هفته - بلی - خیر	8. اندازه گیری پیرامون وسط بازو کمتر از 21 (0) 21-21/9 (0/5) 22 و بیشتر (1)
حداکثر یک بلی = (0) دو بلی = (1) سه بلی = (2)	9. اندازه گیری پیرامون ساق پا کمتر از 31 (0) 31 و بیشتر (1)
امتیاز کل = 13	امتیاز سالمند =

فصل دوم: اختلالات تغذیه ای / لاغری

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

مصرف بیش از سه قلم دارو در روز: در صورتی که سالمند دارو مصرف می کند تعداد آن را سؤال کنید چنانچه بیش از 3 قلم دارو در روز مصرف می کند سالمند امتیاز صفر می گیرد. در غیر این صورت یک امتیاز می گیرد. دقت کنید ابوپروفن و ایندوسید 2 قلم دارو محسوب می شوند.

مصرف وعده های غذا در روز چنانچه سالمند 3 وعده اصلی غذا (صبحانه، ناهار و شام) را مصرف می کند 2 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 (یک لیوان حبوبات خام یا 2 لیوان حبوبات پخته شده) یا بجای آن دو عدد تخم مرغ در هفته مصرف می کند دو امتیاز و در صورتی که دو سهم از سهم های فوق یعنی "لبنیات و گوشت" یا "گوشت و حبوبات یا تخم مرغ" یا "لبنیات و حبوبات یا تخم مرغ" را مصرف می کند یک امتیاز و چنانچه فقط یک سهم از سهم های فوق یعنی لبنیات یا گوشت یا حبوبات یا تخم مرغ را مصرف می کند امتیاز صفر می گیرد.

مصرف حداقل دو سهم میوه و سبزی در روز: چنانچه سالمند حداقل دو سهم از گروه میوه (2 لیوان میوه ریز مثل آلبالو، گیلان، انگور و... یا 2 عدد میوه متوسط مثل مرکبات، سیب، هلو و... یا 4 عدد میوه کوچک مثل زردآلو، انجیر و... یا نصف طالبی متوسط) و دو سهم از سبزیجات (یک لیوان سبزیجات پخته شده یا 2 لیوان سبزیجات خام) را در روز مصرف می کند، امتیاز یک در غیر این صورت امتیاز صفر می گیرد.

مصرف نوشیدنی در روز: چنانچه سالمند حداقل 6 لیوان مایعات در روز می نوشد امتیاز یک، اگر بین 3 تا 5 لیوان مایعات در روز دریافت کند امتیاز 0/5 و اگر کمتر از 3 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.

سالمند را از نظر ابتلا لاغری طبقه بندی کنید

سالمند را با توجه به امتیازاتی که از فرم ارزیابی تغذیه می گیرد بشرح زیر طبقه بندی کنید:

در صورتی که امتیاز دریافتی سالمند کمتر از 5 است در طبقه بندی "**مشکل (ابتلا به لاغری)**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید. سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه امتیاز دریافتی سالمند 5-9/5 است در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به لاغری**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید. سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم سلامت پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و بعد از 3 ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

اگر سالمند امتیاز بیش از 9/5 را بگیرد در طبقه بندی "**فاقد مشکل لاغری**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در مورد تغذیه مناسب آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 ماهانه پیگیری کند و بعد از یک سال به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

راهنمای تغذیه سالمند در معرض ابتلا به لاغری

راهنمای تغذیه سالمند در معرض ابتلا به لاغری

- مصرف حداقل 3 میان وعده غنی از پروتئین و انرژی مانند تخم مرغ آب پز سفت، نان، خرما، میوه های تازه، خشک و پخته، انواع مغزها مثل بادام، پسته، گردو، فندق، لبنیات مثل شیر، ماست پنیر، کشک و بستنی، حبوبات مثل عدس و... شیربرنج و فرنی
- استفاده از انواع طعم دهنده ها مثل ادویه، چاشنی، آبلیمو و ...
- مصرف روغن های مایع نباتی مثل روغن زیتون همراه سالاد، 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 و ماکارونی و سیب زمینی از گروه سبزیجات به همراه مواد پروتئینی
- توجه بیشتر به وعده صبحانه و استفاده از مواد مقوی و مغذی مثل گردو و پنیر در صبحانه
- استفاده از جوانه غلات و حبوبات به سالاد و آش و سوپ
- استفاده از انواع حبوبات در خورش، آش، خوراک و ...
- استفاده از 4 گروه غذایی (گوشت و حبوبات و تخم مرغ و مغزها)، (شیر و لبنیات)، (میوه و سبزیجات) و (نان و غلات) در برنامه غذایی روزانه

- تدریجی بودن افزایش وزن سالمند

رفتار درمانی:

- کشیدن غذا در ظرف بزرگتر
- میل کردن غذا در جمع دوستان، اقوام و یا خانواده
- **میل نکردن آب قبل از غذا**
- افزایش تعداد وعده های غذایی

پیگیری

سالمند در معرض خطر ابتلا به سوء تغذیه لاغری را پس از 3 ماه پیگیری کنید:

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

1. چنانچه نمایه توده بدنی سالمند کمتر از 22 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 بین 5 تا 9/5 است سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و 3 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. از سالمند و یا همراه وی در خصوص تغذیه سؤال کنید چنانچه سالمند تغذیه مناسب داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید.
 - در صورتی که امتیاز دریافتی به کمتر از 5 امتیاز رسیده است **سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.**
 - در صورتی که امتیاز دریافتی بیش از 9/5 است سالمند را 6 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 ماهانه پیگیری کند و 6 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. از سالمند و یا همراه وی در خصوص تغذیه سؤال کنید چنانچه سالمند تغذیه مناسب داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید.
2. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند 22 و بالاتر است وی را 6 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 ماهانه پیگیری کند و وی را 6 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

فصل دوم - اختلالات تغذیه ای / چاقی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • نمایه توده بدنی 30-34/9 • همراه یک عامل خطر یا یک بیماری یا • نمایه توده بدنی 35 یا بالاتر بدون عامل خطر و بدون بیماری 	<p>مشکل (چاقی درجه 2 یا 3)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • نمایه توده بدنی 30-34/9 • بدون عامل خطر و • بدون بیماری 	<p>در معرض ابتلا به چاقی درجه 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. • سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند.

طبقه بندی کنید

جمع بندی کنید		برای سالمند با نمایه توده بدنی حداقل 30 اقدام کنید
عوامل خطر	بیماری ها	درخواست آزمایشات BUN و کراتینین
<ul style="list-style-type: none"> • مصرف دخانیات • فشارخون بالا • یا سابقه آن اختلالات • چربی یا سابقه آن 	<ul style="list-style-type: none"> • سابقه سکته قلبی • سکته مغزی • دیابت یا سابقه آن • نفروپاتی 	

فصل دوم: اختلالات تغذیه ای / چاقی

سالمند با احتمال ابتلا چاقی را بشرح زیر ارزیابی کنید:

چنانچه BUN و کراتینین سالمند بالاتر از میزان طبیعی است یا در آزمایش ادرار سالمند پروتئین/آلبومین (بخش فشارخون بالا) وجود دارد احتمال ابتلا به نفروپاتی را برای سالمند در نظر بگیرید.

سالمند را از نظر ابتلا به چاقی طبقه بندی کنید

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

چنانچه سالمند دارای نمایه توده بدنی 30-34/9 به همراه حداقل یک بیماری یا یکی از عوامل خطر است یا دارای نمایه توده بدنی حداقل 35 بدون بیماری و بدون عامل خطر است در طبقه بندی "مشکل (سوء تغذیه چاقی درجه 2 یا 3)" قرار می گیرد. سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه سالمند دارای نمایه توده بدنی 30-34/9 و بدون بیماری و بدون عامل خطر است در طبقه بندی "در معرض ابتلا به چاقی درجه 2" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و بعد از 3 ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

راهنمای تغذیه سالمند در معرض ابتلا به چاقی

- مصرف غذاهای آب پز، بخار پز و تنوری بجای غذاهای سرخ شده و پر چرب
- کاهش مواد غذایی کنسرو شده، همبرگر، سوسیس و 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 ماهی و مرغ بدون پوست بجای گوشت قرمز و 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 3 عدد در هفته)
- اجتناب از مصرف غذا های پر انرژی حاوی مقادیر زیاد چربی و کربوهیدرات مثل سس مایونز، انواع شیرینی ها و شکلات

- استفاده از میوه و سبزیجات در میان وعده ها
- استفاده از روغن مایع بجای روغن جامد
- مصرف انواع سالاد بدون سس قبل یا همراه غذا

رفتار درمانی

- کاهش سرعت غذا خوردن و افزایش مدت جویدن غذا
- نوشیدن حداقل یک لیوان آب قبل از غذا و کشیدن غذا در ظرف کوچکتر
- **خریداری نکردن مواد غذایی چاق کننده مثل چیپس، شیرینی و... و نوشابه های گاز دار شیرین**
- **فعالیت های بدنی کاملاً مشابه با بخش بیماری های قلبی عروقی است**

پیگیری

سالمند در معرض ابتلا به چاقی درجه 2 را پس از 3 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:

 1. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند 34/9-30 است و بدون عامل خطر و بیماری است سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و 3 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. سالمند را تا رسیدن به نمایه توده بدنی کمتر از 30 هر 3 ماه یک بار پیگیری کنید. از سالمند و یا همراه وی در مورد فعالیت بدنی و تغذیه سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد وی را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت سالمند و همراه وی را مجدداً آموزش دهید.
 2. در صورتی سالمند که دارای نمایه توده بدنی 34/9-30 و حداقل یک عامل خطر یا یک بیماری است **سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید**. از سالمند و یا همراه وی در مورد فعالیت بدنی و تغذیه سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد وی را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت سالمند و همراه وی را آموزش دهید.
 3. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند به کمتر از 30 رسیده است سالمند را هر 6 ماه یک بار پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را 3 ماهانه پیگیری کند و 6 ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. از سالمند و یا همراه وی در مورد فعالیت بدنی و تغذیه سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد وی را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت سالمند و همراه وی را مجدداً آموزش دهید.
 4. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند حداقل 35 است **سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید**.

فصل سوم - دیابت (بدون مصرف دارو)

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • حداقل یکی از عوارض دیابت یا لاغری و • دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتا حداقل 126 میلی گرم در دسی لیتر 	مشکل (دیابت با عارضه یا وابسته به انسولین)	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را برای کنترل عوارض دیابت و سالمند لاغر را برای درمان دیابت با انسولین به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • بیماری دیابت را مشابه طبقه بندی " در معرض ابتلا به دیابت با عارضه " درمان کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • بدون عارضه دیابت و • غیر لاغر و • دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتا حداقل 126 میلی گرم در دسی لیتر 	در معرض ابتلا به دیابت با عارضه	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب و مصرف دارو آموزش دهید. • سالمند دارای قند خون ناشتای 300 میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر تحت درمان دارویی و قند خون ناشتای کمتر از 300 میلی گرم در دسی لیتر را تحت درمان غیر دارویی مطابق راهنما قرار دهید. • برای یک ماه بعد آزمایش قند خون ناشتا درخواست کنید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش قند خون ناشتا 100 تا کمتر از 126 میلی گرم در دسی لیتر 	در معرض ابتلا به دیابت	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند هر 6 ماه پیگیری کند و یک سال بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.
<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش قند خون ناشتای سالمند کمتر از 100 میلی گرم در دسی لیتر 	فاقد مشکل (عدم ابتلا به)	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه با بروز عامل خطر یا 3 سال بعد تشویق کنید.

طبقه بندی کنید

	دیابت)	
--	--------	--

از سالمند دیابتیک	جمع بندی کنید
سؤال و بررسی کنید	<ul style="list-style-type: none"> • نمایه توده بدنی • ابتلا به دیابت <p>مصرف داروی کنترل کننده دیابت</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اختلالات حسی در انتهاها و نوروپاتی • ابتلا به اسهال، یبوست و یا تهوع و استفراغ متناوب • افت فشارخون وضعیتی • پاها از نظر وجود تاول، بریدگی و یا خراش • رتینوپاتی و اختلالات بینایی • آریتمی و ایسکمی قلبی 	<p>اقدام کنید</p> <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 حداقل 126 میلی گرم در دسی لیتر است
برای سالمند مبتلا به دیابت اقدام کنید	
<p>درخواست آزمایش ادرار از نظر وجود آلبومین/ پروتئین درخواست کتبی از کارمند آزمایشگاه در مورد آزمایش ادرار 12 ساعته از نظر پروتئین/ آلبومین در صورت وجود آلبومین/ پروتئین در آزمایش ادرار سالمند</p>	

فصل سوم - دیابت (با مصرف دارو)

از سالمند دیابتیک	جمع بندی کنید
سؤال و بررسی کنید • اختلالات حسی در انتها ها و نوروپاتی • ابتلا به اسهال، یبوست و یا تهوع و استفراغ متناوب • افت فشارخون وضعیتی • پا ها از نظر وجود تاول، بریدگی و یا خراش • رتینوپاتی و اختلالات بینایی • آریتمی و ایسکمی قلبی	• نمایه توده بدنی (لاغری و غیر لاغری) • ابتلا به دیابت • مصرف داروی کنترل کننده دیابت
	اقدام کنید • در خواست آزمایش قند خون ناشتا • برای سالمند مبتلا به دیابت اقدام کنید • درخواست آزمایش ادرار از نظر وجود آلبومین / پروتئین • درخواست کتبی از کارمند آزمایشگاه در مورد آزمایش ادرار 12 ساعته از نظر پروتئین / آلبومین در صورت وجود آلبومین / پروتئین در آزمایش ادرار سالمند

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• حداقل یکی از عوارض دیابت یا لاغری • بدون عارضه دیابت و غیر لاغری و اولین آزمایش قند خون ناشتا حداقل 140 میلی گرم در دسی لیتر	مشکل (دیابت با عارضه یا وابسته به انسولین) در معرض ابتلا به دیابت با عارضه	• سالمند را برای کنترل عوارض دیابت و سالمند لاغر را برای درمان دیابت با انسولین به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • بیماری دیابت را مشابه طبقه بندی "در معرض ابتلا به دیابت با عارضه و کنترل نشده" درمان کنید.
• بدون عارضه دیابت و غیر لاغری و اولین آزمایش قند خون ناشتا حداقل 140 میلی گرم در دسی لیتر	در معرض ابتلا به دیابت با عارضه	• به سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب و مصرف دارو آموزش دهید. • دوز دارو را افزایش دهید و در صورت حداکثر بودن دوز داروی مصرفی، داروی دوم را اضافه کنید و آزمایش قند خون ناشتا را برای یک ماه بعد درخواست کنید و وی را یک ماه بعد پیگیری کنید.
• بدون عارضه دیابت و غیر لاغری و اولین آزمایش قند خون ناشتا 90 تا 140 میلی گرم در دسی لیتر	در معرض ابتلا به دیابت کنترل نشده	• درمان را ادامه دهید و آزمایش قند خون ناشتا را برای 3 ماه بعد درخواست کنید و 3 ماه بعد وی را پیگیری کنید. • قند خون ناشتای کمتر از 90 بدون علائم هیپوگلیسمی درمان را ادامه دهید و با علائم هیپوگلیسمی دوز دارو را کاهش دهید.

فصل سوم: دیابت

بررسی سالمند از نظر دیابت

اولین اقدام پزشک درخواست آزمایش قند خون ناشتا برای سالمند است. از کارمند آزمایشگاه برای سالمند بدون مصرف دارو کتبا بخواهید چنانچه آزمایش قند خون ناشتای سالمند حداقل 126 میلی گرم در دسی لیتر است دوباره آزمایش مذکور را با فاصله یک هفته برای سالمند تکرار کند. **دقت کنید** برای سالمند بدون سابقه ابتلا به دیابت، ملاک عمل از نظر کمیت قند خون ناشتا، آزمایش دوم بیمار است.

در شرایط زیر سالمند مبتلا به دیابت تعریف می شود:

1. سالمند بدون سابقه ابتلا به دیابت و بدون مصرف داروی پایین آورنده قند خون با دو آزمایش متوالی قند خون ناشتای مساوی یا بیش از 126 میلی گرم در دسی لیتر
2. سالمند با سابقه ابتلا به دیابت و مصرف داروی پایین آورنده قند خون با هر کمیت از قند خون ناشتا حتی کمتر از 126 میلی گرم در دسی لیتر

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 200 میلی گرم پروتئین در لیتر یا بیش از 23 میلی گرم آلبومین در لیتر وجود دارد آزمایش ادرار 12 ساعته را برای سالمند انجام دهد به این معنی که سالمند در طول شب (12 ساعت از ساعت 8 شب تا 8 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 محتوی ادرار شبانه را به آزمایشگاه تحویل دهد. وجود میکروآلبومینوری (دفع 20-199 میکروگرم پروتئین در دقیقه) در ادرار مؤید شروع نفروپاتی است.

تکته 1: در صورتی که سالمند قادر به جمع آوری ادرار شبانه نیست دفع 30-299 میکروگرم پروتئین به ازای یک میلی گرم کراتینین در یک نمونه تصادفی ادرار نیز نشانگر شروع نفروپاتی در سالمند است.

تکته 2: چنانچه امکان انجام آزمایش کامل ادرار برای سالمند در مرکز بهداشتی مهیا است در صورتی که در آزمایش یاد شده یک مثبت (+) یا Trace پروتئین در ادرار گزارش می شود مؤید نفروپاتی و الزام برای انجام آزمایشات تکمیلی فوق (ادرار 12 ساعته یا نمونه تصادفی ادرار) است

از سالمند مبتلا به دیابت ابتدا راجع به عوارض نوروپاتی دیابت (اعصاب محیطی و اتونوم) سؤال کنید و پاهای بیمار به ویژه 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 یعنی چشم و قلب و عروق بررسی کنید در صورتی که شما قادر به معاینه رتین نیستید، از همکاری متخصص چشم و در صورت نبود از متخصص داخلی استفاده کنید.

دقت کنید وضعیت سالمند از نظر ابتلا به افت فشارخون وضعیتی قبلا در بخش اختلالات فشارخون مشخص شده است و نیاز به انجام مجدد نیست.

سالمند را از نظر ابتلا به دیابت طبقه بندی کنید (بدون مصرف دارو)

سالمند را با توجه به جدول ارزیابی (نتایج آزمایشات، نشانه ها، علائم و...) به شرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتای سالمند حداقل 126 میلی گرم در دسی لیتر است و مبتلا به یکی از عوارض دیابت مثل درگیری اعصاب محیطی (پای دیابتیک)، اعصاب اتونوم، قلب، کلیه و چشم یا لاغری است در طبقه بندی "**مشکل (دیابت با عارضه یا وابسته به انسولین)**" قرار می گیرد. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیرفوری دهید. در صورتی که سالمند لاغر نیست وی را مشابه سالمند "**در معرض ابتلا به دیابت با عارضه**" تحت درمان دارویی یا غیر دارویی قرار دهید.

چنانچه دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتای سالمند حداقل 126 میلی گرم در دسی لیتر است و سالمند هیچیک از عوارض دیابت و لاغری را ندارد در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به دیابت با عارضه**" قرار می گیرد. دقت کنید چنانچه دومین قند خون ناشتای وی مساوی یا بیش از 300 میلی گرم در دسی لیتر است درمان دارویی و در صورتی که کمتر از 300 میلی گرم در دسی لیتر است درمان غیر دارویی را برای وی شروع کنید. به سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب و مصرف دارو آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید و به تاریخ یک ماه بعد برای وی آزمایش قند خون ناشتا را درخواست کنید.

سالمندی که دارای قند خون ناشتای بین 100 و کمتر از 126 میلی گرم در دسی لیتر است در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به دیابت**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در زمینه فعالیت بدنی و تغذیه مناسب آموزش دهید. سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید.

سالمندی که دارای قند خون ناشتای کمتر از 100 میلی گرم در دسی لیتر است در طبقه بندی "**فاقد مشکل (عدم ابتلا به دیابت)**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در زمینه فعالیت بدنی و تغذیه مناسب آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا 3 سال بعد تشویق کنید.

سالمند را از نظر ابتلا به دیابت طبقه بندی کنید (با مصرف دارو)

سالمند را با توجه به جدول ارزیابی (نتایج آزمایشات، نشانه ها، علائم و...) به شرح زیر طبقه بندی کنید:

چنانچه سالمند مبتلا به یکی از عوارض دیابت مثل درگیری اعصاب محیطی (پای دیابتیک)، اعصاب اتونوم، قلب، کلیه و چشم یا لاغری است، در طبقه بندی "**مشکل (دیابت با عارضه یا وابسته به انسولین)**" قرار می گیرد. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیرفوری دهید. در صورتی که سالمند لاغر نیست وی را مشابه طبقه "**در معرض ابتلا به دیابت با عارضه و کنترل نشده**" درمان کنید.

چنانچه سالمند پاسخ مطلوب به درمان نداده است یعنی اولین آزمایش قند خون ناشتای وی حداقل 140 میلی گرم در دسی لیتر است و هیچیک از عوارض دیابت و لاغری را ندارد در طبقه بندی "در معرض ابتلا به دیابت با عارضه" قرار می گیرد دوز داروی مصرفی را افزایش دهید و در صورتی که در حداکثر دوز است داروی دوم را به آن اضافه کنید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید و به تاریخ یک ماه بعد برای وی آزمایش قند خون ناشتا را درخواست کنید. به سالمند و همراه وی در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب و مصرف دارو آموزش دهید.

چنانچه سالمند پاسخ مطلوب به درمان داده است یعنی اولین آزمایش قند خون ناشتای وی کمتر از 140 میلی گرم در دسی لیتر است و سالمند هیچیک از عوارض دیابت و لاغری را ندارد در طبقه بندی "در معرض ابتلا به دیابت کنترل نشده" قرار می گیرد. در صورتی که قند خون ناشتا حداقل 90 میلی گرم در دسی لیتر است درمان را ادامه دهید و به تاریخ 3 ماه بعد برای سالمند درخواست آزمایش قند خون کنید و 3 ماه بعد وی را پیگیری کنید. چنانچه قند خون ناشتا کمتر از 90 میلی گرم در دسی لیتر است و سالمند علائم هیپوگلیسمی را دارد دوز داروی مصرفی را کاهش دهید و سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. در صورتی که فاقد علائم هیپوگلیسمی است درمان قبلی را ادامه دهید و سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. سالمند و همراه وی را در زمینه نحوه مراقبت از پا، فعالیت بدنی و تغذیه مناسب و مصرف دارو آموزش دهید.

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، سکته قلبی و مرگ پیشگیری می کند.

در هر بار ملاقات با سالمند نکته های زیر را آموزش دهید:

1. کنترل وزن در صورت داشتن اضافه وزن

2. 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 .

3. 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 را پس از یک ماه و یا 3 ماه به شرح زیر پیگیری کنید

سالمند را با توجه به نتایج آزمایش قند خون ناشتا به شرح زیر پیگیری کنید:

- چنانچه پاسخ سالمند به درمان غیر دارویی یا دارویی مطلوب است یعنی قند خون ناشتای بین 90 و کمتر از 140 میلی گرم در دسی لیتر است درمان را ادامه دهید. سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. از تیم غیر پزشک بخواهید سالمند را ماهانه پیگیری کند و پس از 3 ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. از سالمند در خصوص عمل به توصیه ها (نحوه مراقبت از پا) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب) و مصرف دارو سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق و در غیر این صورت مجددا آموزش دهید.
- چنانچه پاسخ سالمند به درمان غیر دارویی و دارویی نامطلوب است یعنی قند خون ناشتا حداقل 140 میلی گرم در دسی لیتر است درمان دارویی را برای سالمند تحت درمان غیر دارویی شروع کنید و در صورتی که سالمند تحت درمان دارویی است دوز دارو را مطابق با راهنمای درمان افزایش دهید و در صورتی که در حداکثر دوز مصرفی است داروی دوم را اضافه کنید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. برای سالمند آزمایش قند خون ناشتا را برای یک ماه بعد درخواست کنید و وی را یک ماه بعد پیگیری کنید. 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) و مصرف دارو سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید.

- چنانچه قند خون ناشتای سالمند تحت درمان دارویی کمتر از 90 میلی گرم در دسی لیتر است در صورت وجود علائم هیپوگلیسمی دوز دارو را کاهش دهید. برای سالمند آزمایش قند خون ناشتا را برای یک ماه بعد درخواست کنید و وی را یک ماه بعد پیگیری کنید. 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) و مصرف دارو سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید و در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید. چنانچه سالمند علائم هیپوگلیسمی را ندارد درمان قبلی را ادامه دهید و سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید.
- **دقت کنید چنانچه سالمند به حداکثر دوز داروی دوم نیز پاسخ مطلوب نمی دهد و قند خون ناشتا حداقل 140 میلی گرم در دسی لیتر است سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.**

اصول کلی درمان دیابت:

- سالمند دارای قند خون ناشتای حداقل 300 میلی گرم در دسی لیتر را در اولین مراقبت تحت درمان دارویی قرار دهید و چنانچه دارو مصرف می کند دوز آن را بر اساس راهنمای درمان افزایش دهید.
- سالمند دارای قند خون ناشتای کمتر از 300 میلی گرم در دسی لیتر را در اولین مراقبت تحت درمان غیردارویی قرار دهید و چنانچه دارو مصرف می کند دوز آن را بر اساس راهنمای درمان تنظیم کنید.
- عوارض دیابت (آزمایش ادرار، معاینات رتین، پا و 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 90 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 ابتلا به دیابت را پس از یک سال به شرح زیر پیگیری کنید

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

- در صورتی که قند خون ناشتای سالمند 100-125 میلی گرم در دسی لیتر است سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید. از تیم غیر پزشک بخواهید سالمند را 3 ماهانه پیگیری کند و پس از یک سال به پزشک ارجاع غیر فوری دهد 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 صحیحی داشته است، سالمند را به ادامه عمل به توصیه ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید.

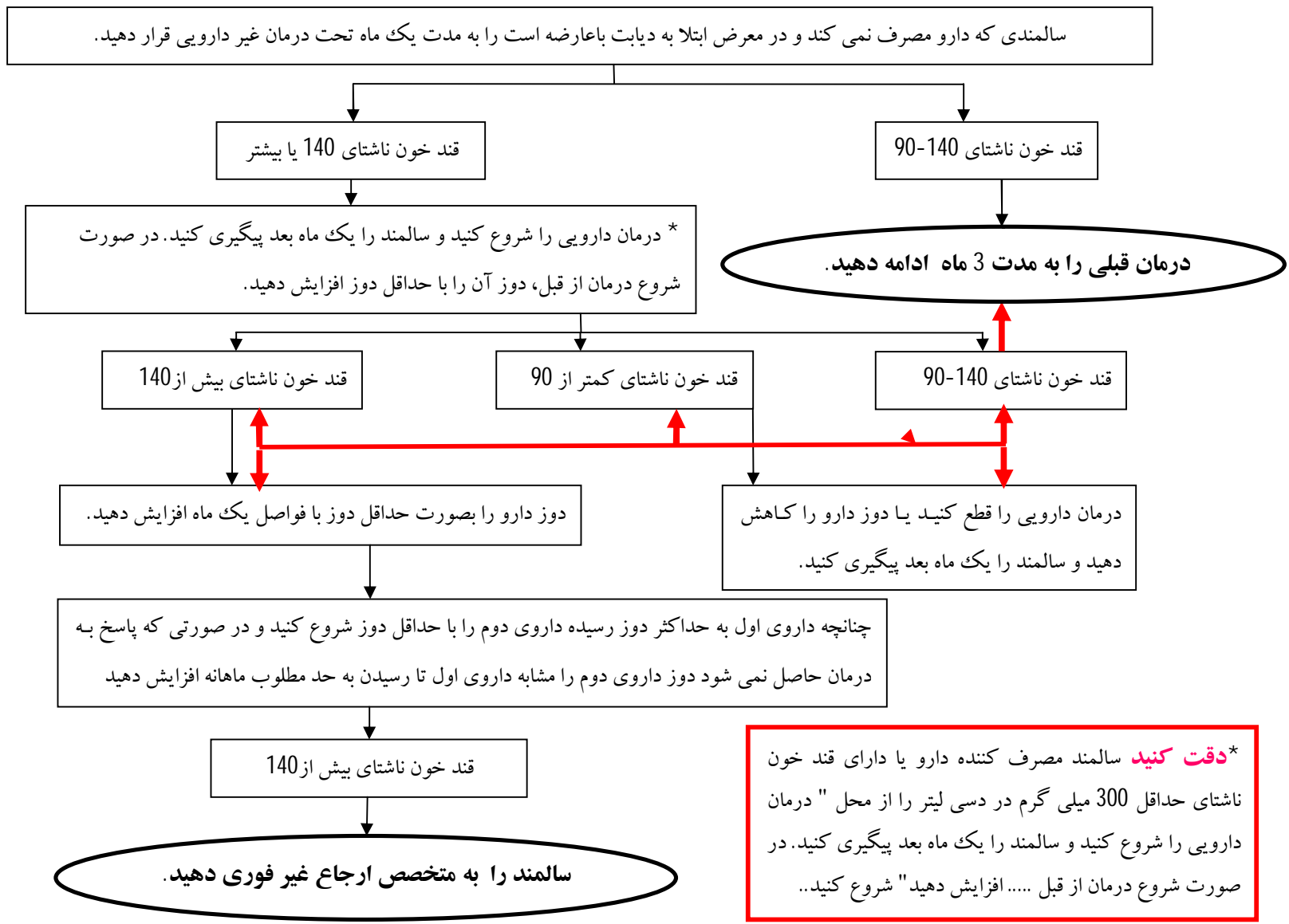
- در صورتی که قند خون ناشتای سالمند حداقل 126 میلی گرم در دسی لیتر است با فاصله یک هفته از آزمایش اول، آن را دوباره تکرار کنید چنانچه در نوبت دوم نیز حداقل 126 میلی گرم در دسی لیتر است برای سالمند درمان دارویی را شروع کنید و سالمند را مطابق "سالمند در معرض ابتلا به دیابت با عارضه" پیگیری کنید.
- در صورتی که قند خون ناشتای سالمند کمتر از 100 میلی گرم در دسی لیتر است سالمند را به مراجعه در 3 سال بعد تشویق کنید. از تیم غیر پزشک بخواهید سالمند را سالانه پیگیری کند و پس از 3 سال به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. از سالمند در خصوص عمل به توصیه‌ها (نحوه مراقبت از پا) و شیوه زندگی (تغذیه و فعالیت بدنی مناسب) سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است سالمند را به ادامه عمل به توصیه‌ها و شیوه زندگی سالم تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدداً آموزش دهید.

درمان سالمند در معرض ابتلا به دیابت با عارضه

داروهای خوراکی کاهنده قند خون به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند:

1. سولفونیل اوره‌ها مثل گلی بن کلامید
 2. بیگوانیدین‌ها مثل متفورمین
- برای افراد غیر چاق (نمایه توده بدنی کمتر از 30) از سولفونیل اوره‌ها مثل گلی بن کلامید استفاده کنید. به صورت قرص‌های 5 میلی گرمی در بازار موجود است. می‌توانید درمان را به صورت تک دوز با 1/4 تا 1 قرص گلی بن کلامید در روز شروع کنید. حداکثر دوز مصرفی در روز 20 میلی گرم (4 قرص) است. دوزهای روزانه 10 میلی گرم و یا بیشتر را حداقل در دو نوبت در روز تجویز کنید و بهتر است 5 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 30) از بیگوانیدین‌ها مثل متفورمین استفاده کنید. به صورت قرص‌های 500 میلی گرمی در بازار موجود است. می‌توانید درمان را با نصف قرص (250 میلی گرم) دو تا سه بار در روز شروع کنید. حداکثر دوز مصرفی در روز 2500-3000 میلی گرم (6-5 قرص) است. برای جلوگیری از عوارض گوارشی، دارو با غذا و یا چند دقیقه پس از آن مصرف شود. عوارض دارویی این گروه به شرح زیر است:
1. عوارض گوارشی حاد (تهوع و اسهال) که با ادامه درمان به سرعت از بین می‌روند.
 2. اختلال در جذب ویتامین B₁₂
 3. اسیدوز لاکتیک به همین جهت در مبتلایان به نفروپاتی، نارسایی قلبی یا کبدی این دارو منع مصرف مطلق دارد.
- افزایش مصرف دارو‌ها باید تدریجی و در عرض 4-2 هفته پس از شروع درمان باشد.
- چنانچه نمایه توده بدنی سالمند 30 یا بیشتر است داروی انتخابی اول متفورمین و داروی انتخابی دوم گلی بن کلامید است.
- چنانچه نمایه توده بدنی سالمند بین 22 و کمتر از 30 است داروی انتخابی اول گلی بن کلامید و داروی انتخابی دوم متفورمین است.
- چنانچه نمایه توده بدنی سالمند کمتر از 22 است سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.**

الکوریتم درمانی دیابت باعارضه



فصل چهارم - اختلالات بینایی و شنوایی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • دارای نشانه 	<p>مشکل (اختلال بینایی یا شنوایی)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از شنوایی و بینایی را آموزش دهید. • در صورتی که سالمند دارای جرم گوش فشرده و خشک شده است برای وی از روغن بچه یا روغن مینرال یا روغن های گوشی به میزان 2 تا 3 بار در روز به مدت چند روز تا یک هفته تجویز کنید و از سالمند بخواهید در پایان مدت یاد شده بلافاصله به متخصص مراجعه کند.
<ul style="list-style-type: none"> • بدون نشانه 	<p>فاقد مشکل</p>	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از شنوایی و بینایی را آموزش دهید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا سال بعد تشویق کند.

طبقه
بندی
کنید

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

فصل 4: اختلالات بینایی و شنوایی

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

نشانه های مندرج در فرم مراقبت را به شرح 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

سالمند را با توجه به نشانه ها از نظر اختلال بینایی و شنوایی به شرح زیر طبقه بندی کنید:

در صورتی که سالمند دارای نشانه است، در طبقه بندی "**مشکل (اختلال بینایی یا 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 فشرده و خشک شده است برای وی از روغن بچه یا روغن مینرال یا روغن های گوشتی به میزان 2 تا 3 بار در روز به مدت چند روز تا یک هفته تجویز کنید و از سالمند بخواهید در پایان مدت یاد شده بلافاصله به متخصص مراجعه کند.

در صورتی که سالمند فاقد نشانه است، در طبقه بندی "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از بینایی و شنوایی را آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند یک سال بعد مراقبت دوره ای کند.

مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از شنوایی	مداخلات آموزشی به منظور مراقبت از بینایی
• خودداری از رفتن به مکان های پر سرو صدا	انجام معاینات دوره ای چشم پزشکی بصورت سالانه (حتی اگر مشکلی ندارد)
دستکاری نکردن گوش برای خارج کردن جرم	استفاده از عینک آفتابی در هوای آفتابی و هوای سرد
خودداری از فرو بردن اجسامی مانند دسته عینک، سنجا، سر خودکار و حتی گوش پاک کن در گوش	استفاده از چای تازه دم برای شستشوی چشم در صورت ورود گرد و غبار به چشم
خودداری از فرو بردن لیف در مجرای گوش و شستن آن با صابون یا شامپو در هنگام حمام کردن	انجام مطالعه و کارهای چشمی در نور کافی
• اجتناب از مصرف گوش پاک کن برای خشک کردن مجرای گوش بعد از حمام کردن	مصرف سبزی و میوه های حاوی ویتامین A مانند هویج، گوجه فرنگی و نارنگی،
به صورت فیتله در آوردن گوشه یک دستمال نخی و قرار دادن آن در ابتدای مجرای گوش برای	اسفناج، انبه، کدو حلوائی، زرد آلو

فصل پنجم - اختلالات روانی / افسردگی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز حداقل 2 	<ul style="list-style-type: none"> در معرض ابتلا به افسردگی شدید 	<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 راهنما درمان کنید و یک ماه بعد پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز کمتر از 2 	<ul style="list-style-type: none"> فاقد مشکل 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های کنترل استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا سال بعد تشویق کند.

طبقه
بندی
کنید

از سالمند یا همراه وی سؤال کنید		
1. احساس پوچی	بلی *	خیر
2. احساس دلشوره و نگرانی	بلی *	خیر
3. احساس رضایت از زندگی	بلی	خیر *
4. احساس شادی	بلی	خیر *
جمع امتیازات		

دقت کنید به ازای هر پاسخ ضریب دار (*) یک امتیاز تعلق می گیرد.

فصل پنجم: اختلالات روانی / افسردگی

• بررسی سالمند از نظر ابتلا به افسردگی

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

به ازای هر پاسخ ضربدر دار یک امتیاز تعلق می گیرد. در پایان امتیازات حاصل را جمع بندی کنید.

سالمند را از نظر ابتلا به افسردگی طبقه بندی کنید

چنانچه حاصل جمع امتیازات سالمند، 2 یا بالاتر می شود در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به افسردگی شدید**" قرار می گیرد. سالمند را بر اساس راهنمای درمان، تحت درمان دارویی قرار دهید و یک ماه بعد او را پیگیری کنید. به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید.

چنانچه حاصل جمع امتیازات سالمند، کمتر از 2 می شود در طبقه بندی "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق کند.

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

برای آموزش تمرینات آرام سازی از جلد 4 راهنمای بهبود شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی بنام زندگی فعال صفحات 19-23 استفاده کنید.

پیگیری

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

نشانه های افسردگی 4 نشانه را از سالمند سؤال کنید:

1. سالمند به درمان پاسخ نداده یا پاسخ نسبی داده است یعنی امتیاز قبلی کاهش نیافته و یا در صورت کاهش به کمتر از 2 نرسیده است. در صورتی که سالمند عوارض دارویی ندارد و یا عوارض دارویی قابل کنترل دارد دوز دارو را با حداقل دوز بر اساس راهنمای درمان، افزایش دهید. چنانچه سالمند دارای عوارض دارویی غیر قابل کنترل است دارو را تغییر دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. 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 درمان تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدداً آموزش دهید.
 2. سالمند به درمان پاسخ داده است و کاملاً بهبود یافته است یعنی امتیاز به کمتر از 2 رسیده است. در صورتی که سالمند عوارض دارویی ندارد و یا عوارض دارویی قابل کنترل دارد درمان را ادامه دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید و پس از 6 ماه جهت قطع دارو به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ماهانه سالمند را 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 کنید. 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 درمان تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدداً آموزش دهید.
- دقت کنید** چنانچه سالمند در پایان جلسات پیگیری علیرغم افزایش دوز دارو به حداکثر مقدار مجاز آن (40 میلی گرم در روز) به درمان پاسخ نداده و امتیاز وی به کمتر از 2 نرسیده است وی را به روانپزشک ارجاع غیر فوری دهید.

درمان

برای درمان دارویی ابتدا از داروی فلوکستین 10 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 20 و سپس در صورت پاسخ ندادن به درمان تا 40 میلی گرم افزایش دهید. در صورت برخورد با عوارض دارویی غیر قابل کنترل از نور تریپتیلین یک قرص 25 میلی گرمی در شب به مدت 3 شب و پس از آن دو قرص (50 میلی گرم) استفاده کنید.

در زمان درمان به مورد زیر دقت کنید:

چنانچه سالمند افسردگی را به همراه بیقراری و دلشوره دارد چنانچه پاسخ به درمان حداقل یک ماه پس از درمان با فلوکسیتین وجود ندارد علاوه بر داروهای ضد افسردگی از لورازپام 1-2 میلی گرم یک تا دو بار در روز نیز استفاده کنید.

عوارض دارویی فلوکسیتین

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:

1. دوز دارو را به نصف کاهش دهید.

2. 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 5 تا 10 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 ندارید.

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، دزپیرامین و تریپیرامین) با حداقل دوز استفاده کنید. **دقت کنید داروهای یاد شده در بلوک قلبی، انفارکتوس اخیر**

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

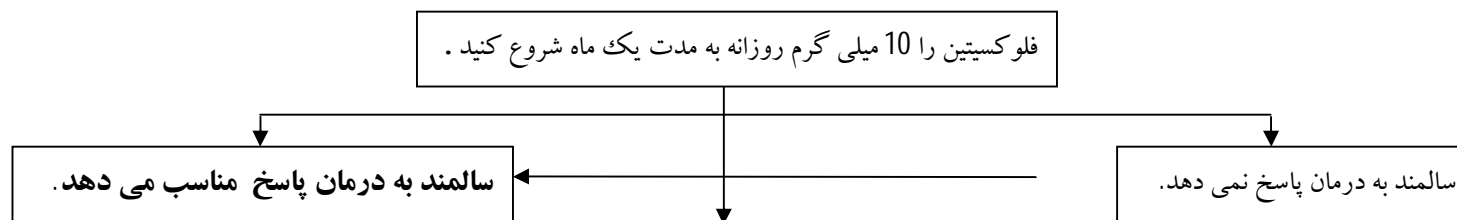
عوارض دارویی نورتریپتیلین

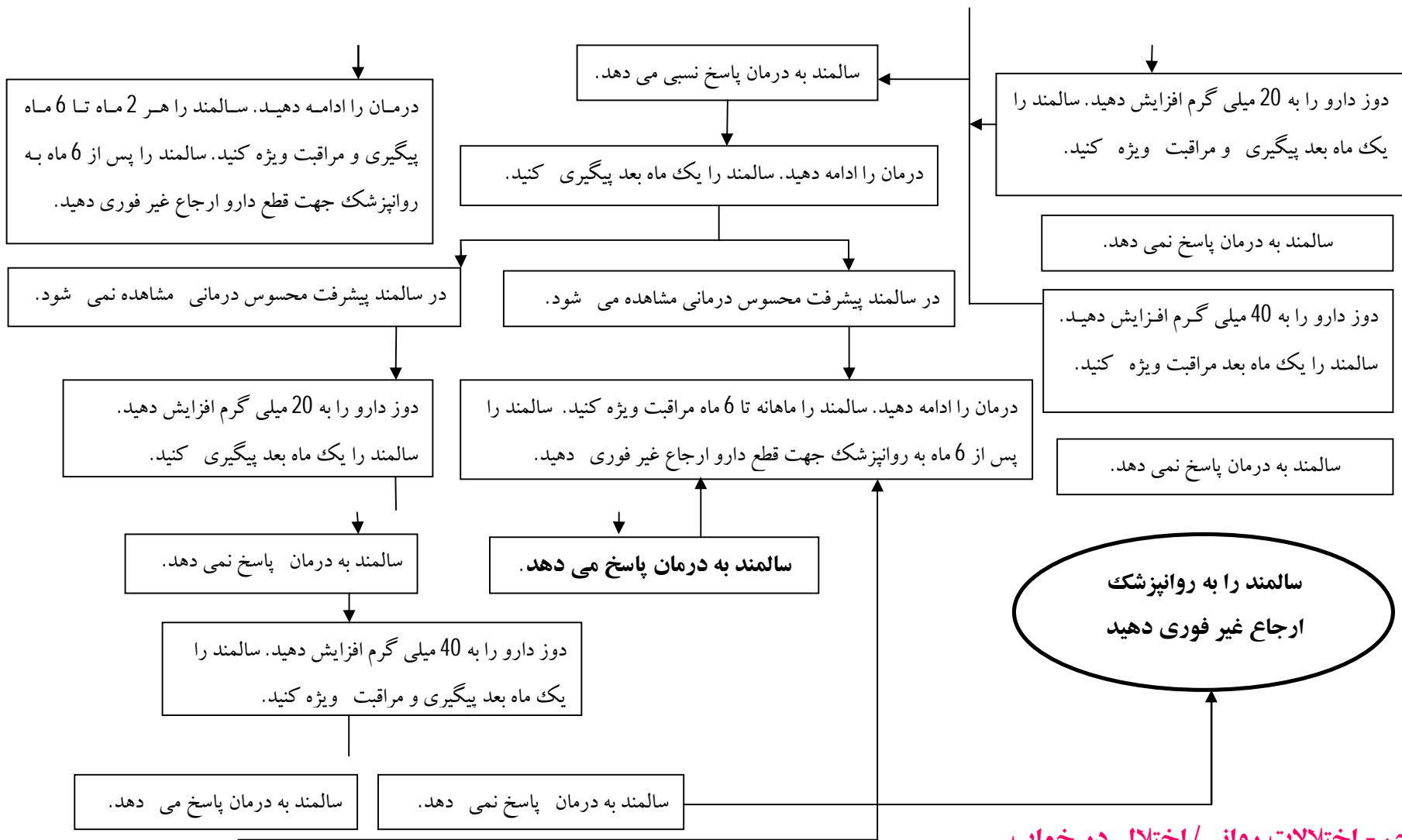
این عوارض شامل یبوست، خواب آلودگی، احتباس ادراری، تاری دید و دلیریوم است.

در صورت بروز 4 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 غیرقابل 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 ارزیابی مراقبت های ادغام یافته از نظر اختلال خواب ندارد. زیرا درمان افسردگی، اختلال خواب را هم پوشش می دهد

راهنمای درمان افسردگی در سالمندان





فصل پنجم - اختلالات روانی / اختلال در خواب

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
----------	-----------	----------

<ul style="list-style-type: none"> • حداقل یک نشانه یا یک علامت 	<ul style="list-style-type: none"> • در معرض ابتلا به اختلال خواب با عارضه 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> • بدون نشانه و بدون علامت 	<ul style="list-style-type: none"> • فاقد مشکل 	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا سال بعد تشویق کند.

طبقه بندی کنید

از سالمند و یا همراه وی نشانه های زیر را سؤال کنید	علایم زیر را بررسی کنید	جمع بندی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • احساس خستگی در طول روز 	<ul style="list-style-type: none"> • تحریک پذیری • بیقراری 	<ul style="list-style-type: none"> • صبح زودتر از معمول از خواب بیدار شدن • شب دیرتر از معمول به رختخواب رفتن • مشکل به خواب رفتن • بیدار شدن های شبانه

فصل پنجم: اختلالات روانی / اختلال در خواب

- 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:

احساس خستگی در طول روز: چنانچه سالمند در طول موقع انجام کار فیزیکی یا فکری زودتر از معمول و یا قبل احساس خستگی می کند یک نشانه است.

بیقراری: چنانچه سالمند مرتب در حال جابجایی و تغییر از نشستن به ایستادن و یا بالعکس است و مرتب حرف از رفتن می زند و آرامش و سکون ندارد آن را یک علامت محسوب کنید.

تحریک پذیری: چنانچه سالمند با کوچکترین صدایی از جا می پرد و یا در مقابل کوچکترین حرفی شروع به اعتراض و فریاد می کند. آن را به عنوان یک علامت ثبت کنید.

سالمند را از نظر اختلال خواب طبقه بندی کنید

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

- چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه یا یک علامت است در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به اختلال خواب با عارضه**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید
- چنانچه سالمند بدون نشانه و بدون علامت است در طبقه بندی "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخورتند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق کند.

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

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 مثل پیاده روی
- 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
- خارج شدن از رختخواب اگر پس از رفتن به بستر، خوابش نمی برد و سرگرم کردن خود با کاری تا وقتی که احساس خواب آلودگی کند.
- 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 6 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 خصوصا برای سالمندان مبتلا به اضطراب
- راحت بودن وسایل خواب
- دور بودن محل خواب از سر و صدا، نور زیاد و داشتن سرما و گرمای مناسب

پیگیری

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

- از سالمند و همراه وی در خصوص عمل به توصیه های بهداشت خواب و نشانه ها و علائم اختلال خواب سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید. چنانچه نشانه ها و علائم اختلال خواب کاهش یافته است درمان غیر دارویی را برای سالمند ادامه دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کند
 - از سالمند و همراه وی در خصوص عمل به توصیه های بهداشت خواب و نشانه ها و علائم اختلال خواب سؤال کنید در صورتی که سالمند عملکرد صحیحی داشته است وی را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید. چنانچه نشانه های بیماری کاهش نیافته است برای سالمند درمان دارویی را شروع کنید و سالمند را یک ماه بعد بشرح زیر پیگیری کنید:
1. اگر سالمند فاقد نشانه ها و علائم 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 در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کند.
 2. در صورتی که سالمند دارای حداقل یک نشانه یا یک علامت اختلال خواب است سالمند را به **روانپزشک ارجاع غیر فوری** دهید.

درمان

از گروه بنزو ديازپین ها با نیمه عمر کوتاه تر مثل لورازپام یک میلی گرم یا کپسول فلورازپام 15 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 15 شب استفاده کند و پس از آن دارو را قطع کند.

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

فصل ششم - استئوپروز

جمع بندی کنید	اقدام و سؤال کنید
<ul style="list-style-type: none"> • سابقه پوکی استخوان • سابقه شکستگی پس از 40 سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط • بی حرکتی طولانی • مصرف دخانیات • فقدان ورزش مستمر و منظم • لاغری • سالمند زن بالاتر از 65 سال یا سالمند مرد بالاتر از 70 سال • سابقه پوکی استخوان یا شکستگی لگن در مادر • یائسگی زودرس 	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند و همراه وی را در مورد نقش آزمایش تعیین تراکم استخوان و تاثیر آن در تشخیص زودرس بیماری و کاهش مرگ ناشی از آن آموزش دهید. • آزمایش تعیین تراکم استخوان درخواست کنید. • مصرف کورتون حداقل به مدت 3 ماه یا سابقه آن (روزانه 7/5 میلی گرم پردنیزولون یا معادل آن)

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش غیر طبیعی (T-score کمتر از $-2/5 SD$) و در صورت انجام ندادن آن: • "سابقه شکستگی پس از 40 سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط" یا • سابقه پوکی استخوان مستند یا • مصرف کورتون حداقل 3 ماه یا سابقه آن 	مشکل (استوپروز)	<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 کمتر از $-1SD$ و مساوی یا بالاتر از $-2/5 SD$) و در صورت انجام ندادن آن: • حداقل یک عامل خطر به استثنای عوامل خطر مندرج در طبقه بندی استوپروز 	در معرض ابتلا به استوپروز	<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 بر اساس راهنما درمان و 3 ماه بعد پیگیری کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و پس از 3 ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.
<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش غیر طبیعی (T-score مساوی یا بیش از $-1 SD$ و بدون عامل خطر 	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. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا 3 سال بعد تشویق کند.

فصل ششم: استئوپروز

• بررسی سالمند از نظر استئوپروز

سالمند را از نظر ابتلا به استئوپروز به شرح زیر ارزیابی کنید:

نشانه های مندرج در فرم مراقبت را جمع بندی و بررسی کنید. دقت کنید سالمندی که به پزشک ارجاع شده است حداقل دارای یک عامل خطر یا سابقه استئوپروز است.

مصرف داروی کورتون: از سالمند در خصوص مصرف کورتون سؤال کنید چنانچه سالمند به مدت حداقل 3 ماه روزانه 7/5 میلی گرم پردنیزولون و یا معادل آن مصرف کرده است آن را به عنوان یک عامل خطر ثبت کنید.

به سالمند و همراه وی عوارض و تبعات پوکی استخوان و نقش مؤثر آزمایش تعیین تراکم استخوان در پیشگیری از استئوپروز 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، از علایم کلینیکی برای طبقه بندی مشکل وی استفاده کنید.

سالمند را از نظر استئوپروز طبقه بندی کنید

سالمند را بر اساس جدول ارزیابی از نظر ابتلا به استئوپروز بشرح زیر طبقه بندی کنید:

در صورت انجام آزمایش تعیین تراکم استخوان چنانچه سالمند دارای "آزمایش غیر طبیعی (T-score کمتر از $-2/5$ SD)" است و در صورت انجام ندادن آن، چنانچه سالمند "سابقه استئوپروز مستند" یا "سابقه شکستگی پس از 40 سالگی بدنال ضربه های کوچک یا متوسط" یا مصرف کورتون را به مدت حداقل 3 ماه دارد در طبقه بندی "**مشکل (استئوپروز)**" 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 بین -1 SD و مساوی و بالاتر از $-2/5$ SD)" است و در صورت انجام ندادن آن، چنانچه سالمند دارای "حداقل یک عامل خطر به استثنای مصرف کورتون و سابقه شکستگی پس از 40 سالگی" است در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به استئوپروز**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. سالمند را بر اساس راهنما درمان و 3 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و پس از 3 ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

در صورت انجام آزمایش تراکم استخوان چنانچه سالمند دارای آزمایش طبیعی ("T-score مساوی یا بالاتر از $-1 SD$ ") است و در صورت انجام ندادن آن، چنانچه سالمند "بدون عامل خطر و" 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. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند و همراه وی را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا 3 سال بعد تشویق 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 15-30 دقیقه هر روز برای دریافت ویتامین D

پیگیری

سالمند در معرض ابتلا به استئوپروز با عارضه را پس از 3 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 مکمل ها تشویق کنید. در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید. سالمند را سال بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه مراقبت کند و در صورت بروز عامل خطر جدید و یا هر 3 ماه یک بار به پزشک ارجاع دهد. دو سال پس از شروع درمان برای سالمند آزمایش تعیین تراکم استخوان را درخواست کنید:

- چنانچه علائم بهبودی مشاهده می گردد درمان را برای مدت 3 سال ادامه دهید و سالمند را 3 ماهه مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه مراقبت کند و در صورت بروز عامل خطر یا هر 3 ماه یک بار به پزشک ارجاع دهد.
- چنانچه علائم بهبودی مشاهده نمی گردد سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

درمان

- چنانچه T Score بین $-1 SD$ و بالاتر از $-2/5 SD$ است یا در صورت انجام ندادن آن چنانچه سالمند حداقل یک عامل خطر به استثنای مصرف حداقل 3 ماهه کورتون و سابقه شکستگی پس از 40 سالگی ... را دارد به سالمند و همراه وی اقدامات پیشگیرانه زیر آموزش دهید:

1. برای زنان تحت درمان با استروژن (HRT) و مردان روزانه 1000 میلی گرم کلسیم و در صورت عدم دریافت استروژن روزانه 1500 میلی گرم کلسیم بصورت مکمل دارویی همزمان با صبحانه (پیشگیری از کمبود آهن) به همراه مصرف کافی آب تجویز کنید.
 2. دوز پیشنهادی ویتامین D برای افراد تا 70 سالگی روزانه 400 واحد و برای افراد مسن تر روزانه 600 واحد در روز است.
 3. روزانه به مدت 15 تا 30 دقیقه درمقابل نور مستقیم خورشید قرار بگیرند و حداقل یک ساعت پیاده روی در هفته داشته باشند
- چنانچه T Score پایین تر از $-2/5$ SD- است این سالمند علاوه بر اقدامات پیشگیرانه فوق نیاز به ارجاع به متخصص دارد.

فصل هفتم - بی اختیاری ادراری

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • حداقل یک نشانه به صورت همیشگی یا اکثر اوقات در روز 	مشکل (بی اختیاری ادراری دائمی)	<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.
<ul style="list-style-type: none"> • حداقل یک نشانه بصورت غیر دائمی و گاهی اوقات در روز 	در معرض ابتلا به بی اختیاری ادراری دائمی	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تمرینات تقویت عضلات مثانه و کف لگن را آموزش دهید. • سالمند را با توجه به حذف عامل خطر بی اختیاری ادراری پیگیری کنید.

طبقه بندی کنید

نشانه ها را جمع بندی کنید	از عوامل خطر زیر را سؤال کنید	اقدام کنید
<ul style="list-style-type: none"> • احساس ناگهانی و شدید برای ادرار کردن و ریزش ادرار قبل از رسیدن به دستشویی • تکرر ادرار • بیدار شدن از خواب برای ادرار کردن • باریک شدن یا قطع شدن و دوباره جریان یافتن ادرار معمولاً در مردان • خروج بی اختیار ادرار هنگام عطسه، سرفه، خنده 	<ul style="list-style-type: none"> • بوست • صرف دارو های بوجود آورنده بی اختیاری ادراری 	<ul style="list-style-type: none"> • آزمایش کامل ادرار برای سالمند دارای نشانه " احساس ناگهانی و شدید برای ادرار کردن و ریختن ادرار قبل از رسیدن به دستشویی" یا "تکرر ادرار"

		و یا برخاستن معمولاً در زنان • تست استرس
--	--	--

فصل هفتم: بی اختیاری ادراری
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.

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

داروهای بوجود آورنده یا تشدید کننده بی اختیاری ادراری

نوع دارو	مثال	اثرات
آگونیست های آلفاآدرنرژیک	دکونژستان های بینی (پسودوافدرین)	افزایش تون پروستات و احتباس ادراری در مردان
بلوک کننده های آلفاآدرنرژیک	پرازوسین	شل شدن اورترا و بی اختیاری استرسی در زنان
مهار کننده های ACE	کاپتوپریل و اناپریل	سرفه (باعث تشدید بی اختیاری استرس)
آنتی کولینرژیک	آنتی هیستامین های اولین نسل، دیسیکلومین، دیزوپیرامید، ترهگزیفنیدیل	احتباس ادراری، سرریز شدن ادرار، یبوست و دلیریوم
بلوک کننده های کانال کلسیم	نیفدپین، دیلتیازم، وراپامیل	کاهش قابلیت انقباض عضلات مثانه، احتباس ادراری، یبوست، نوکتوریای بدلیل ادم محیطی
دیورتیک ها	فوراسماید، تتوفیلین، کافئین	پلی اوری، تکرر، ارژنسی
مسکن های نارکوتیک	اوپوید ها	احتباس ادراری، یبوست، تسکین، دلیریوم
داروهای روان گردان و ضد افسردگی سه حلقه ای	آمی تریپتیلین، دزیرامین	اثرات آنتی کولینرژیک و تسکین
داروهای آنتی سایکوتیک	هالوپریدول، تیوریدازین	اثرات آنتی کولینرژیک، تسکین رژیذیتی و بی حرکتی
دارو های سداتیو و هیپنوتیک (طولانی اثر)	دیازپام و فلورازپام	تسکین، دلیریوم و بی حرکتی

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 حداقل یک نشانه بصورت همیشگی یا اکثر اوقات در روز است در طبقه بندی "مشکل (بی اختیاری ادراری دایمی)" قرار می گیرد. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. به سالمند و همراه وی راه های تقویت مثانه و لگن را آموزش دهید.

- چنانچه سالمند دارای حداقل یک نشانه بصورت غیر دائمی و گاهی اوقات از روز است در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به بی اختیاری ادراری دائمی**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های تقویت مثانه و لگن را آموزش دهید. سالمند را با توجه به حذف عامل خطر بی اختیاری ادراری (عفونت ادراری، یبوست و مصرف داروی مسبب بی اختیاری ادراری) پیگیری 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 2 ساعت برای ادرار کردن به توالی بروید.
- در طول روز 6 تا 8 لیوان مایعات بنوشد.
- بعد از ساعت 8 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 2 ساعت یک بار ادرار کنید.
- به تدریج سعی کنید این مدت زمان 2 ساعت را بیشتر کنید. اینکه 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 3 تا 4 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 5 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 شب ها معمولاً برای ادرار کردن از خواب بیدار می شود و یا جریان ادرار در حین ادرار کردن قطع و دوباره وصل می شود. این حالت بیشتر در مردها دیده می شود

توصیه هایی برای حالت سوم بی اختیاری ادرار:

- در طول روز 6 تا 8 لیوان مایعات بنوشید.
- بعد از ساعت 8 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

پیگیری

سالمند در معرض ابتلا به بی اختیاری ادراری دایمی را پس از زمان مقرر به شرح زیر پیگیری کنید:

چنانچه نشانه های بی اختیاری ادراری در سالمند پس از حذف عامل خطر (درمان عفونت ادراری و رفع یبوست و تغییر دارو) کاهش نیافته است وی را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<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. 	مشکل (ابتلا به دمانس)	<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز صفر از آزمون به ذهن سپاری یا • امتیاز صفر از آزمون یادآوری کلمات یا • امتیاز 1 یا 2 از آزمون یادآوری کلمات به همراه امتیاز صفر از آزمون کشیدن ساعت
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های تقویت حافظه را آموزش دهید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در یک سال بعد تشویق کند. 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز 1 یا 2 از تست یادآوری کلمات به همراه امتیاز یک از آزمون کشیدن ساعت

طبقه بندی کنید

جمع بندی کنید	انجام آزمون کشیدن ساعت توسط سالمند با 1 یا 2 امتیاز از آزمون یادآوری
<ul style="list-style-type: none"> • امتیاز دریافتی از آزمون به ذهن سپاری و یادآوری کلمات 	<p>ابتدا صفحه مربوط به کشیدن ساعت را جلوی سالمند قرار دهید. خودکار یا مداد را در اختیار وی گذارید سپس بگویید:</p> <p>لطفا در این صفحه، در داخل دایره ساعت، ساعت یازده و بیست دقیقه را با عقربه روی آن رسم کنید. می توانید این توضیحات را تکرار کنید اما هیچگونه راهنمایی دیگری به سالمند نکنید. به او زمان بدهید تا کارش را تمام کند.</p>

فصل هشتم: دمانس

ارزیابی سالمند از نظر دمانس

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

سالمندی که از آزمون به ذهن سپاری و یا آزمون یادآوری امتیاز صفر گرفته نیازی به انجام آزمون کشیدن ساعت ندارد در سایر موارد یعنی سالمندی که امتیاز 1 یا 2 از آزمون یادآوری کلمات را کسب کرده است نیاز است که آزمون کشیدن ساعت را انجام دهد.

چنانچه سالمند آزمون کشیدن ساعت را بطور صحیح انجام دهد امتیاز یک و در غیر این صورت امتیاز صفر می گیرد. **دقت کنید** چنانچه سالمند قادر به کشیدن ساعت نیست حتی در مواردی که سالمند قادر به خواندن ساعت است آن را به عنوان آزمون ناصحیح ساعت و امتیاز صفر ثبت کنید.

سالمند را از نظر دمانس طبقه بندی کنید

- در صورتی که سالمند از آزمون به ذهن سپاری یا آزمون یادآوری کلمات امتیاز صفر می گیرد یا امتیاز 1-2 از تست یادآوری کلمات به همراه امتیاز صفر از آزمون کشیدن ساعت را کسب می کند در طبقه بندی "**مشکل (ابتلا به دمانس)**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های تقویت حافظه را آموزش دهید. سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
- در صورتی که سالمند امتیاز 1-2 از تست یادآوری کلمات به همراه امتیاز یک از آزمون کشیدن ساعت را در یافت می کند در طبقه بندی "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های تقویت حافظه را آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در سال بعد تشویق کند.

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 راه های تقویت حافظه را به او آموزش دهید

راه های تقویت حافظه

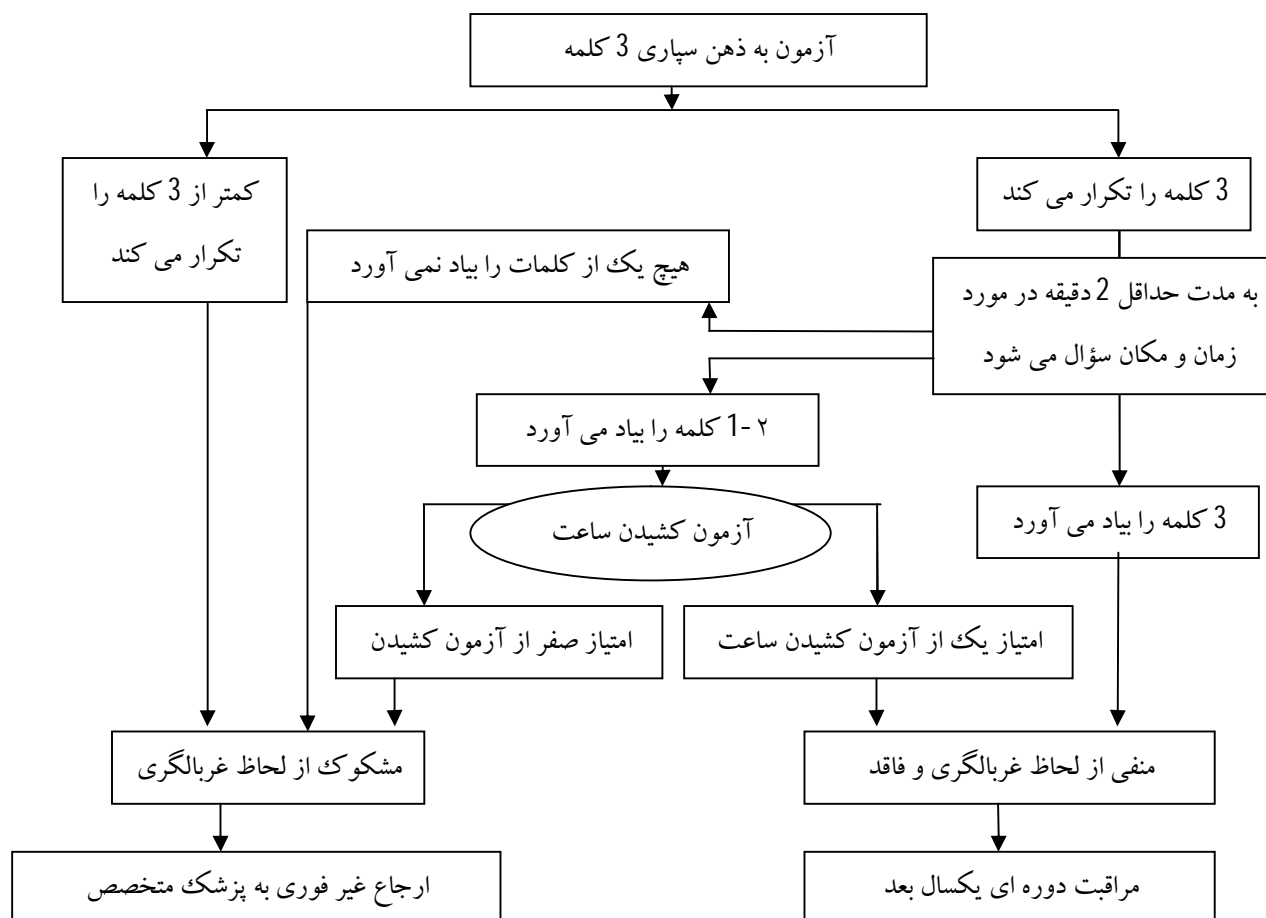
- گوش دادن به اخبار رادیو و تلویزیون هر روز و بازگو کردن آن در جمع دوستان
- سعی در مورد یادگیری یک چیز جدید هر روز
- مطالعه کردن کتاب یا روزنامه
- تعریف کردن خاطرات گذشته در جمع دوستان و یا خانواده
- نگاه کردن به آلبوم عکس های قدیمی و یادآوری نام افراد و خاطرات گذشته

- نوشتن خاطرات
- مشاعره کردن با دوستان
- انجام بازی های فکری مثل شطرنج
- حل کردن جدول

مقابله با فراموشکاری

- گذاشتن چیز هایی 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 نکند 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.

راهنمای تشخیص دمانس با استفاده از آزمون 3 کلمه ای و آزمون کشیدن ساعت



فصل نهم - سقوط و عدم تعادل

تست تعادل در وضعیت ثابت	جمع بندی کنید
سالمند روی یک پا می ایستد	<p>عوامل خطر</p> <ul style="list-style-type: none"> • سالمند 70 ساله یا بالاتر • سابقه سقوط در 6 ماه گذشته • احتمال ابتلا به افت فشارخون وضعیتی یا کاهش بینایی یا دمانس • انجام ندادن فعالیت های زیر بطور مستقل: حمام کردن، لباس پوشیدن و در آوردن، توالیت رفتن، غذا خوردن، نشستن (صندلی یا زمین)، خوابیدن (تختخواب یا زمین) بدون استفاده از ابزار، تلفن کردن، خرید کردن، غذا پختن و مصرف دارو
تست تعادل در وضعیت حرکت	
سالمند از روی صندلی بلند می شود و 12 قدم یعنی 3 متر به طرف جلو بر می دارد	

طبقه بندی کنید

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<p>§ سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.</p> <p>§ به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید.</p>	مشکل (بالا) بودن احتمال سقوط	<ul style="list-style-type: none"> • تست تعادل غیر طبیعی در وضعیت ثابت یا • تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت حرکت
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید. • سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید تا سالمند ماهانه پیگیری کند. 	در معرض بالا بودن احتمال سقوط	<ul style="list-style-type: none"> • تست تعادل طبیعی در وضعیت ثابت و • تست تعادل طبیعی در وضعیت حرکت و • حداقل یک عامل خطر

فصل نهم: سقوط و عدم تعادل

بررسی سالمند از نظر سقوط و عدم تعادل

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

برای سالمند عوامل خطر را جمع بندی و از سالمند بخواهید که تست های تعادل در وضعیت ثابت و حرکت را انجام دهد:

تست تعادل در وضعیت ثابت

از سالمند بخواهید یک پای خود را بلند کند و بر روی یک پا بایستد چنانچه سالمند بتواند تعادل خود را به مدت 5 ثانیه حفظ کند و پای خود را بر زمین نگذارد تست را طبیعی در غیر این صورت یعنی سالمند زودتر از 5 ثانیه پای خود را بر زمین بگذارد تست را غیر طبیعی ثبت کنید. **دقت کنید** در این شرایط باید کاملاً مراقب سالمند باشید تا سقوط نکند.

تست تعادل در وضعیت حرکت

از سالمند بخواهید از روی صندلی بلند شود و به اندازه 12 قدم یعنی 3 متر بطرف جلو حرکت کند، سپس کاملاً دور زده (180 درجه) و به جای اول برگردد. زمان انجام این فعالیت چنانچه حداکثر 20 ثانیه بطول انجامد تست را طبیعی در غیر این صورت یعنی زمانی که تست بیش از 20 ثانیه طول بکشد تست را غیر طبیعی قلمداد 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 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 تست تعادل غیر طبیعی در وضعیت ثابت یا در وضعیت حرکت است در طبقه بندی "**مشکل (بالا بودن احتمال سقوط)**" قرار می گیرد... به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه سالمند دارای تست تعادل طبیعی در وضعیت ثابت و تست تعادل طبیعی در وضعیت حرکت و حداقل یک عامل خطر است در طبقه بندی "**در معرض بالا بودن احتمال سقوط**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در خصوص راه های پیشگیری از سقوط آموزش دهید. سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید تا سالمند را هر ماه پیگیری کند و 3 ماه بعد به پزشک ارجاع دهد.

چنانچه سالمند دارای تست تعادل طبیعی در وضعیت ثابت و تست تعادل طبیعی در وضعیت حرکت و فاقد عامل خطر است در طبقه بندی "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در خصوص راه های پیشگیری از سقوط آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را برای مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا یک سال بعد تشویق کند.

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	پیشگیری از زمین خوردن در آشپزخانه	پیشگیری از زمین خوردن در حمام	پیشگیری از زمین خوردن در اتاق	اصول کلی پیشگیری از زمین خوردن و سقوط
ثابت کردن کف پوش پله ها به وسیله گیره های مخصوص به پله	لیز نبودن کف پوش آشپزخانه	استفاده از دمپایی های غیر ابری و غیر لیز برای حمام	نصب کلید برق اتاق در نزدیک ترین محل به درب ورودی	استفاده از صندلی با پایه ثابت برای نشستن و اجتناب از نشستن بر روی صندلی چرخ دار
استفاده از نرده پله و یا میله نصب شده بر روی دیوار در زمان بالارفتن از پله	استفاده نکردن از واکس های براق کننده کف آشپزخانه	استفاده از پادری های پلاستیکی مخصوص برای کف حمام	پرهیز از پهن کردن پتو یا روفرشی بر روی فرش	پرهیز از پوشیدن دمپایی
روشن کردن چراغ در راه پله و پاگرد هنگام بالا و پایین رفتن از پله ها	خشک و تمیز بودن کف آشپزخانه	استفاده از میله های نصب شده را بر روی دیوار حمام به عنوان دستگیره	قرار ندادن وسایل خانه بخصوص در مسیر اتاق خواب به توالی و آشپزخانه	بکار بردن وسایل کمکی برای راه رفتن مثل عصا و واکر بطور صحیح
عاری کردن راه پله ها از هر گونه وسایل اضافی	استفاده از یک صندلی یا چهارپایه برای زیر دوش و یا دوش دستی در صورت نشستن در حمام	استفاده از یک صندلی یا چهارپایه برای زیر دوش و یا دوش دستی در صورت نشستن در حمام	رد کردن سیم وسایل برقی مثل تلویزیون رادیو و... از کنار دیوار	نزدیک به دیوار قرار گرفتن در موقع قدم زدن بویژه در فضای باز
چسباندن نوار رنگی یا رنگ کردن لبه پله اول و پله آخر			استفاده از نور مناسب برای روشنایی اتاق در موقع خواب شب	استفاده از عینک مناسب نمره برای اصلاح بینایی خود
			استفاده از تخت خواب با ارتفاع مناسب (هر دو پای سالمند به زمین)	خودداری از حمل بسته های زیاد بطور همزمان
			قرار دادن تلفن در نزدیکی محل خواب و نشستن	پرهیز از پوشیدن لباس های بلند
			گیر نکردن لبه های فرش به پا	خودداری از بالا رفتن از نردبان یا ایستادن

پیگیری

سالمند در معرض بالا بودن احتمال سقوط را بعد از 3 ماه به شرح زیر پیگیری کنید:

از سالمند بخواهید که تست های تعادل در وضعیت ثابت و حرکت را انجام دهد :

- چنانچه تست های تعادل در وضعیت های حرکت و ثابت طبیعی هستند سالمند را 3 ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ماهانه سالمند را پیگیری کند و 3 ماهانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. 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 در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید.
- 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 در غیر این صورت به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را مجددا آموزش دهید. سالمند را به **متخصص ارجاع غیر فوری** دهید.

فصل دهم - سل ریوی

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را بر اساس جدول درمان کنید و اولین دوز دارو را به سالمند بخورانید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با سالمند را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و سالمند مبتلا را تا پایان مرحله حاد درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد. • به سالمند و همراه وی در خصوص درمان پذیری بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه های سرایت و طول مدت سرایت پذیری بیماری و چگونگی برخورد با عوارض دارویی را آموزش دهید. 	در معرض ابتلا به سل با عارضه	<ul style="list-style-type: none"> • 2 یا 3 اسمیر مثبت یا • یک اسمیر مثبت به همراه نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند یک اسمیر مثبت را دو هفته بعد پیگیری کنید. 	در معرض ابتلا به سل	<ul style="list-style-type: none"> • یک اسمیر مثبت و فاقد نشانه های رادیوگرافیک سل در ریه یا • 3 اسمیر منفی
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند 3 اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی 10 تا 14 روز بر طبق برنامه کشوری سل قرار دهید. • سالمند را دو هفته بعد پیگیری کنید. 		

طبقه بندی کنید

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

فصل دهم : سل ریوی

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

در صورتی که جواب 2 نمونه از 3 نمونه اسمیر برداری از خلط ارسالی در آزمایش مستقیم مثبت است سالمند تحت عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد.

در صورتی که یک نمونه از 3 نمونه اسمیر برداری خلط مثبت است و علامت رادیوگرافیک مؤید سل نیز وجود دارد سالمند به عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد.

در صورتی که هر 3 مورد اسمیر برداری از خلط منفی است برای سالمند 10 تا 14 روز درمان غیر اختصاصی را طبق برنامه کشوری مبارزه با سل (استفاده نکردن از ریفامپیسین، آمینو گلیکوزید 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 (بعد از 14 روز)، مجدداً 3 نمونه از خلط همانند نوبت اول، اسمیر تهیه شود. چنانچه از 3 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** به مرکز تخصصی / کمیته فنی سل ارجاع می شود.

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:

• سالمند دارای 2 یا 3 اسمیر مثبت از خلط یا دارای یک اسمیر مثبت از خلط به همراه نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به سل با عارضه**" قرار می گیرد. سالمند را مطابق با جدول (برنامه کشوری مبارزه با سل) درمان کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که همراهان زندگی با سالمند را بر اساس جدول ارزیابی مورد بررسی قرار دهد و سالمند مبتلا را تا پایان مرحله حاد درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع

دهد. به سالمند و همراه وی در خصوص درمان پذیری بیماری، طول مدت درمان، کنترل راه های سرایت و طول مدت سرایت پذیری بیماری و چگونگی برخورد با عوارض دارویی را آموزش دهید.

سالمند دارای یک اسمیر مثبت از خلط **بدون** نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل یا دارای هر 3 اسمیر منفی از خلط است در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به سل**" قرار می گیرد. سالمند یک اسمیر مثبت را دو هفته پس از زمان اسمیر برداری اول پیگیری کنید. سالمند 3 اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی 10 تا 14 روزه بر اساس جدول درمان برنامه کشوری پیشگیری و مبارزه با سل قرار دهید و دو هفته بعد پیگیری 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)
- تغذیه مناسب
- مصرف صحیح و مرتب دارو، طول مدت درمان (درمان حمله ای و نگهدارنده)، 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 ابتلا به سل با عارضه را دو هفته پس از شروع درمان مرحله حاد 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 به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجددا 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. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند مبتلا را تا پایان مرحله حاد درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، هفتگی پیگیری و ماهانه به پزشک مرکز ارجاع دهد.

در پایان دوره درمانی برای سالمند مبتلا به سل ریوی رادیوگرافی سینه درخواست کنید و در پایان ماه دوم، چهارم و ششم هر بار دو نمونه اسمیر از خلط سالمند بگیرید و چنانچه یکی از 2 نمونه خلطی که در پایان مرحله حاد یعنی 2 ماه پس از شروع درمان، از سالمند تهیه می شود مثبت باشد درمان مرحله حاد را بدون استرپتو مایسین تا پایان ماه 4 ادامه دهید و در پایان 4 ماه آزمایش خلط را تکرار کرده و اگر نتیجه هنوز مثبت باقی مانده باشد سالمند را به مرکز تخصصی / کمپنه فنی سل بر اساس برنامه کشوری ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه سالمند به مدت کمتر از 2 هفته قطع دارو داشته درمان قبلی را همچنان ادامه دهید فقط به تعداد روز هایی که سالمند دارو مصرف نکرده به طول درمان وی اضافه کنید. چنانچه سالمند بین 2 تا 8 هفته قطع دارو داشته از تیم غیر پزشک (کارمند بهداشتی مربوطه) بخواهید که مجدداً از سالمند باید نمونه خلط تهیه کند. چنانچه اسمیر خلط مثبت باشد رژیم درمانی قبلی از نو آغاز می شود و اگر اسمیر خلط منفی باشد درمان قبلی را همچنان ادامه دهید فقط به تعداد روز هایی که سالمند دارو مصرف نکرده به طول درمان وی اضافه کنید. چنانچه سالمند بیش از 8 هفته قطع دارو داشته باشد از تیم غیر پزشک (کارمند بهداشتی مربوطه) بخواهید که مجدداً از سالمند بر اساس برنامه کشوری نمونه خلط تهیه کند. چنانچه اسمیر خلط مثبت باشد این سالمند در گروه درمان پس از غیبت قرار گرفته و رژیم درمانی پس از غیبت برای وی آغاز می شود و در صورتی که مشکوک به مقاومت دارویی هستید سالمند را به مرکز تخصصی / کمپنه فنی سل بر اساس برنامه کشوری ارجاع غیر فوری دهید

درمان علامتی عوارض خفیف دارویی

بی اشتهايي، 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 40 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)	5 (4-6)	قرص های 100-300 میلی گرم
ریفامپسین (R)	10(8-12)	کپسول های 150-300 میلی گرم / قطره 153 میلی گرم در هر قطره
پیرازینامید (Z)	25 (20-30)	قرص 500 میلی گرم
اتامبوتول (E)	15 (15-20)	قرص 400 میلی گرم
استرپتومايسين (S)	15 (12-18) حداکثر 750 میلی گرم	ویال یک گرمی

در درمان سل دو گروه درمانی وجود دارد. بیماران جدید در گروه درمانی یک قرار گرفته و از برنامه درمانی کوتاه مدت 6 ماهه که از دو مرحله حاد و نگاهدارنده تشکیل شده بهره می گیرند.

در مرحله حمله ای از 4 داروی ایزونیازید، ریفامپسین، پیرازینامید و اتامبوتول به مدت 2 ماه با نظارت مستقیم کارمند بهداشتی مربوطه بصورت روزانه استفاده می شود.

در مرحله نگاهدارنده از 2 داروی ایزونیازید و ریفامپسین به مدت 4 ماه با نظارت مستقیم کارمند بهداشتی مربوطه بصورت هفتگی استفاده می شود.

برنامه درمانی سالمند مبتلا به سل

وضعیت بیمار		مرحله حمله ای درمان		مرحله نگاهدارنده درمان	
		مدت درمان (ماه)	دارو	مدت درمان (ماه)	دارو
1	اسمیر مثبت و اسمیر منفی	2	HRZE یا HRZS	4	HR
2	شکست درمان	2	HRZES و سپس	5	HRE

		1	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 بیماران 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 2 درمانی 3 ماهه است. چنانچه در پایان ماه سوم هنوز خلط بیمار مثبت است درمان مرحله حمله ای را تا پایان ماه چهارم بدون استرپتومایسین ادامه دهید 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	آسپرین
احساس سوزش در پاها	ایزونیازید	پیریدوکسین 40 میلی گرم
عوارض دارویی شدید		
لکه های پوستی به همراه ادم، زخم مخاطی	استرپتومایسین / ایزونیازید ریفامپین	• تمام داروها متوقف شود.

و شوک	پیرازینامید	<ul style="list-style-type: none"> • داروی آنتی هیستامین و در صورت شدید بودن کورتیکواستروئید همراه مایعات داخل وریدی تجویز گردد. • از تجویز مجدد استرپتومایسین جداً خودداری کنید. • بیمار را به بیمارستان ارجاع فوری دهید.
عارضه دارویی	داروی احتمالی ایجاد کننده	اقدامات لازم
خارش	استرپتومایسین	مصرف استرپتومایسین را متوقف کنید ضمن تجویز داروی آنتی هیستامین درمان ضد سل ادامه یابد.
کاهش شنوایی و یا کری	استرپتومایسین	چنانچه در معاینه با اتوسکوپ یافته غیر طبیعی وجود ندارد استرپتومایسین حذف و بجای آن اتامبوتول را جایگزین کنید
سرگیجه و یا نیستاگموس	استرپتومایسین	استرپتومایسین حذف و بجای آن اتامبوتول را جایگزین کنید
اختلال دید رنگ (قرمز و سبز)	اتامبوتول	مصرف اتامبوتول را متوقف کنید. بیمار را برای ادامه درمان به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
زردی، استفراغ و کنفوزیون به علت هپاتیت دارویی	ایزونیازید ریفامپین پیرازینامید	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 3 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.
شوک، پورپورای ترومبوسیتوپنیک و نارسایی حاد کبد	ریفامپین	ریفامپین را حذف کنید.

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

دقت کنید سالمند پیگیری شده دارای یک نمونه اسمیر مثبت از خلط است و فاقد نشانه های رادیو گرافیک در قفسه سینه است. از سالمند 3 نمونه اسمیر از خلط تهیه شود و وی را بر اساس نتایج اسمیر برداری بشرح زیر پیگیری کنید:

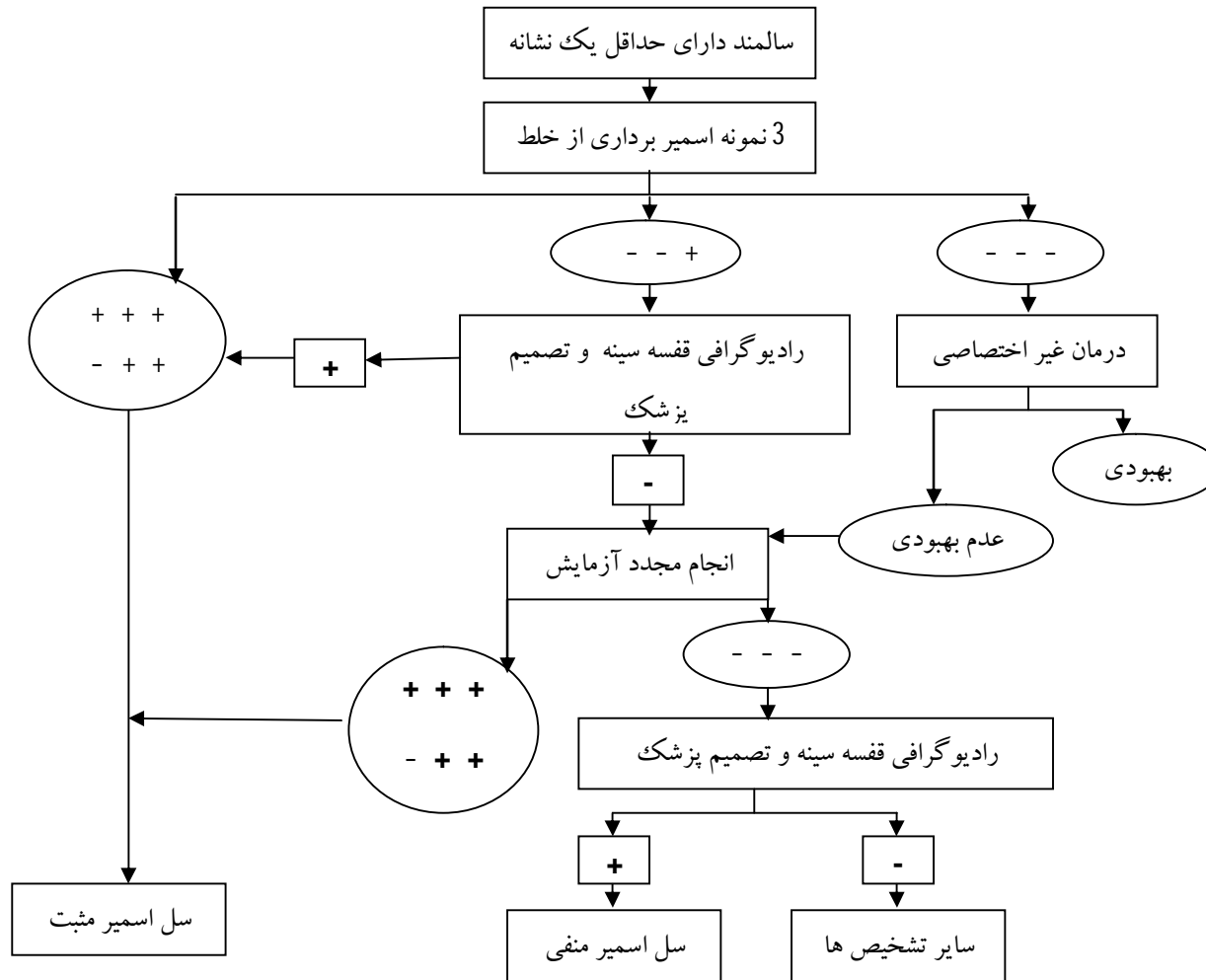
- چنانچه سالمند دارای 3 نمونه اسمیر منفی است برای سالمند رادیوگرافی از قفسه سینه درخواست کنید. در صورتی که سالمند دارای نشانه های رادیوگرافیک مؤید سل است مبتلا به **سل اسمیر منفی** است. سالمند را مطابق جدول تحت درمان قرار دهید و بر اساس جدول سالمند در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری کنید.
- چنانچه سالمند دارای 3 نمونه اسمیر منفی است و 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 مبتلا به سل اسمیر مثبت است. سالمند را مطابق جدول تحت درمان قرار دهید و سالمند را بر اساس جدول سالمند در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری کنید.

سالمند در معرض ابتلا به سل (3 اسمیر منفی) را پس از دو هفته از زمان مراجعه بشرح زیر پیگیری کنید:

دقت کنید سالمند پیگیری شده دارای 3 نمونه اسمیر منفی از خلط است و 10-14 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 3 نمونه اسمیر از خلط تهیه شود و وی را مشابه سالمند دارای یک نمونه اسمیر مثبت پیگیری کنید.

الگوریتم تشخیصی سل ریوی



فصل یازدهم - ایمن سازی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> • حداقل یک عامل خطر 	مشکل (شرایط نامطلوب برای ایمن سازی)	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند خودداری از تلقیح مجدد واکسن آنفلوآنزا را توصیه کنید. • سالمند را در صورت نیاز به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
<ul style="list-style-type: none"> • فاقد عامل خطر 	فاقد مشکل (شرایط مطلوب برای ایمن سازی)	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به تلقیح مجدد واکسن آنفلوآنزا قبل از شروع فصل سرما از شهریور ماه به بعد تشویق کنید. • از تیم غیر پزشک بخواهید که سالمند را به تلقیح واکسن در زمان مناسب تشویق کند. • به سالمند و همراه وی آموزش دهید که در زمان تلقیح واکسن بیماری تب دار شدید نداشته باشد.

طبقه بندی کنید

از سالمند یا همراه وی عوامل خطر زیر را سؤال کنید	جمع بندی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن آنفلوآنزا • سابقه بیماری گیلن باره 	<ul style="list-style-type: none"> • زمان دریافت آخرین واکسن آنفلوآنزا • سابقه حساسیت به تخم مرغ یا واکسن آنفلوآنزا • سابقه بیماری فلج شدید

دقت کنید که سالمند در زمان تلقیح واکسن مبتلا به بیماری تب دار شدید نباشد و در صورت ابتلا، تلقیح واکسن را تا زمان بهبودی کامل به تعویق اندازد.

فصل یازدهم : ایمن سازی

بررسی سالمند از نظر ایمن سازی

سالمند را از نظر ایمن مطابق جدول ارزیابی بررسی کنید :

سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن انفلوآنزا: چنانچه سالمند دارای سابقه آلرژی شدید (تهدید کننده زندگی مثل تنگی نفس شدید) به تخم مرغ یا واکسن انفلوآنزای قبلی است آن را یک عامل خطر منظور کنید. آلرژی های معمولی مثل خارش پوست که تهدیدی برای زندگی محسوب نمی شوند عامل خطر برای تلقیح واکسن نیز محسوب نمی شوند.

جدول مطلوبیت ایمن سازی

نوع واکسن	زمان مطلوب دریافت واکسن
• واکسن انفلوآنزا	• شهریور ماه لغایت نیمه دوم سال

سالمند را از نظر ایمنسازی طبقه بندی کنید

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

چنانچه سالمند دارای یک عامل خطر است در طبقه بندی "**مشکل (شرایط نامطلوب برای ایمن سازی)**" قرار می گیرد. خودداری از تلقیح مجدد واکسن انفلوآنزا را توصیه کنید. سالمند را به پزشک متخصص در صورت نیاز ارجاع غیرفوری دهید.

چنانچه سالمند فاقد عامل خطر است در طبقه بندی "**فاقد مشکل (شرایط مطلوب برای ایمن سازی)**" قرار می گیرد سالمند را به تلقیح مجدد واکسن انفلوآنزا در زمان مناسب (از نیمه شهریور ماه به بعد) تشویق کنید. از تیم غیر پزشک بخواهید که سالمند را تا تلقیح مجدد واکسن در زمان مناسب پیگیری کند. به سالمند و همراه وی آموزش دهید که در زمان تلقیح واکسن بیماری تب دار شدید نداشته باشد.

علائم پس از واکسیناسیون و نحوه برخورد با آن ها:

شایع ترین عارضه واکسن آنفلوآنزا احساس سوزش ، قرمزی و ورم موضعی در محل تلقیح ، حالت کسالت و درد عضلانی و تب و بی حالی است. این علائم خیلی زود پس از تلقیح واکسن ظاهر شده و به مدت 1-2 روز هم طول می کشد.

فرق مهمای ثبت

فرم مراقبت دوره ای سالمند

تاریخ تشکیل پرونده:		شماره خانوار (پرونده):		نام و نام خانوادگی:	
سال تولد:		تحصیلات: بیسواد - باسواد		جنس: زن - مرد	
همراهان زندگی: تنها - با همراه (همسر، فرزند، اقوام، دوست، سایر)		عادات: الکل - سیگار و		تاهل: مجرد - متأهل - بیوه - مطلقه یا جدا	
غیر پزشک		سن	سن	سن	پزشک
فشار خون	ارزیابی	2 1	4 3	2 1	میانگین فشارخون = 1- افت فشارخون سیستول در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته 2- پروتئینوری 3- رتینوپاتی 4- نارسایی قلبی
	طبقه	2 1	3	2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- در معرض ابتلا: یک ماه/3 ماه/ یک سال بعد پیگیری 3- فاقد مشکل: مراجعه 3 سال بعد
احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی	ارزیابی	2 1	3	2 1	1- HDL پایین 2- LDL کمتر از 100 3- LDL 100-129 4- LDL 130-159 5- LDL 160 یا بالاتر 6- آنزیم های کبدی طبیعی 7- آنزیم های کبدی افزایش یافته مجاز 8- آنزیم های کبدی افزایش یافته بیش از مجاز

		1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- در معرض ابتلا: یک ماه/3 ماه/6 ماه بعد پیگیری 3- فاقد مشکل: 3 سال بعد مراقبت دوره ای		1 2	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز بیماری یا عامل خطر یا 3 سال بعد	طبقه
--	--	---	--	-----	---	------

پزشک			غیر پزشک				
سن	سن	سن	سن	سن	سن		
2 1	2 1	2 1	2 1	2 1	2 1	ارزیابی	نمایه توده بدنی = 1- کاهش اشتها در 3 ماه اخیر/ کاهش وزن ناخواسته در یک ماه 2- عدم مصرف مولتی ویتامین مینرال
4 3	4 3	4 3	4 3	4 3	4 3	طبقه	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- در معرض ابتلا: یک ماه بعد پیگیری 3- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد
5	5	5	5	5	5	ارزیابی	1- امتیاز کمتر از 5 -2- امتیاز 9/5-3- امتیاز بیش از 9/5 4- مصرف دخانیات/ فشار خون بالا/ دیس لیپیدمی / یا سابقه آن ها 5- سابقه سکتة قلبی/ سکتة مغزی / دیابت/ نفروپاتی
2 1	2 1	2 1	2 1	2 1	2 1	ارزیابی	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- چاقی/ فشارخون بالا/ چربی خون بالا 3- سابقه فامیلی دیابت 4- سابقه اختلال قند خون/ عدم تحمل گلوکز
3	3	3	3	3	3	طبقه	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- در معرض ابتلا: یک ماه بعد پیگیری 3- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد
						ارزیابی	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- در معرض ابتلا: یک ماه/3 ماه / یک سال بعد پیگیری 3- فاقد مشکل: مراجعه 3 سال بعد
						طبقه	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا 3 سال بعد

بنیایی و شنوایی	ارزیابی	1- کاهش بینایی / عدم توانایی خواندن با یا بدون عینک 2- کاهش شنوایی / نشنیدن پیچ پیچ یا پاسخ نادرست به آن	2 1	2 1	2 1	1- کاهش بینایی / عدم توانایی خواندن با یا بدون عینک 2- کاهش شنوایی / نشنیدن پیچ پیچ یا پاسخ نادرست به آن 3- جرم گوش	2 1	2 1	2 1
	طبقه	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	2 1	2 1	2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	2 1	2 1	2 1

		غیر پزشک			پزشک				
		سن	سن	سن	سن	سن	سن		
افسردگی	ارزیابی	1- احساس غم و افسردگی	1	1	1	1- امتیاز 2 یا بالاتر 2- امتیاز کمتر از 2	2 1	2 1	2 1
	طبقه	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	2 1	2 1	2 1	1- در معرض ابتلا: یک ماه بعد پیگیری 2- فاقد مشکل: مراجعه یک سال بعد	2 1	2 1	2 1
پول	ارزیابی	1- صبح زودتر از معمول بیدار شدن / شب دیرتر از معمول به رختخواب رفتن 2- مشکل بخواب رفتن / بیدار شدن های شبانه	2 1	2 1	2 1	1- احساس خستگی در طول روز 2- تحریک پذیری / بیقراری	2 1	2 1	2 1
	طبقه	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	2 1	2 1	2 1	1- در معرض ابتلا: یک ماه بعد پیگیری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	2 1	2 1	2 1
پوکی استخوان	ارزیابی	1- سابقه پوکی استخوان / سابقه شکستگی پس از 40 سالگی / مصرف کورتون حداقل به مدت سه ماه 2- زن بالاتر از 65 سال / مرد بالاتر از 70 سال / بی حرکتی طولانی / ورزش نامستمر / سابقه پوکی استخوان یا شکستگی لگن در مادر / یائسگی زودرس / لاغری / مصرف دخانیات	2 1			1- تراکم استخوان پایین تر از SD -2/5 2- تراکم استخوان بین کمتر از SD -1 و مساوی یا بیش از SD -2/5 3- تراکم استخوان SD -1 یا بالاتر	2 1		

		2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- در معرض ابتلا: 3 ماه بعد پیگیری 3- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا 3 سال بعد			2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا 3 سال بعد	طبقه	
2 1	2 1	2 1	1- یبوست 2- عفونت ادراری 3- مصرف دارو های بوجود آورنده بیماری	2 1	2 1	2 1	1- تست استرس مثبت 2- تکرر ادرار/ ادرار کردن شبانه/ باریک شدن یا قطع و وصل شدن ادرار 3- احساس ناگهانی و شدید و ریزش ادرار 4- خروج ادرار هنگام عطسه، سرفه یا برخاستن	ارزیابی	بنی اختیاری ادراری
2 1	2 1	2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- در معرض ابتلا: 2 تا 4 هفته بعد پیگیری	2 1	2 1	2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	طبقه	

پزشک			غیر پزشک						
سن	سن	سن	سن	سن	سن				
2 1	2 1	2 1	1- سه اسمیر مثبت/ دو اسمیر مثبت 2- یک اسمیر مثبت 3- علائم رادیولوژیک موید سل 4- سه اسمیر منفی	2 1	2 1	2 1	1- سرفه بیش از 2 هفته 2- سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه مساوی یا کمتر از 2 هفته یا نبود سرفه	ارزیابی	
1	1	1	1- در معرض ابتلا: دو هفته بعد پیگیری	2 1	2 1	2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- در معرض ابتلا: یک ماه بعد پیگیری 3- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا عامل خطر	طبقه	رق
2 1	2 1	2 1	1- امتیاز صفر از آزمون کشیدن ساعت 2- امتیاز یک از آزمون کشیدن ساعت	2 1	2 1	2 1	1- امتیاز صفر از آزمون به ذهن سپاری / امتیاز صفر از آزمون یاد آوری 2- امتیاز کمتر از 3 از آزمون یاد آوری 3- امتیاز 3 از آزمون یاد آوری کلمات	ارزیابی	مبتدئ
2 1	2 1	2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه یک سال بعد	2 1	2 1	2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه یک سال بعد	طبقه	

سقوط و عدم تعادل	ارزیابی	1- سابقه سقوط/انجام ندادن فعالیت های روزانه بطور مستقل 2- سن 70 سال یا بالاتر/ افت فشارخون وضعیتی /کاهش بینایی //دمانس	2 1	2 1	2 1	1- تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت ثابت 2- تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت حرکت	2 1	2 1	2 1
	طبقه	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا یک سال بعد	2 1	2 1	2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- در معرض ابتلا: 3 ماه بعد پیگیری	2 1	2 1	2 1
ایمن سازی	ارزیابی	1- سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن آنفلوآنزا 2- سابقه بیماری فلج شدید	2 1	2 1	2 1	1- سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن آنفلوآنزا 2- سابقه بیماری گیلن باره	2 1	2 1	2 1
	طبقه	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: توصیه به تلقیح واکسن در زمان مطلوب و شرایط مطلوب و مراجعه در شهریور ماه هر سال	2 1	2 1	2 1	1- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری 2- فاقد مشکل: توصیه به تلقیح واکسن در زمان مطلوب و شرایط مطلوب و مراجعه در شهریور ماه هر سال	2 1	2 1	2 1

الزامی است که تمامی سالمندان برای تکمیل فرم مراقبت دوره ای دهان و دندان به واحد سلامت دهان و دندان مرکز ارجاع غیر فوری شوند.



جدول مراجعات

تاریخ مراجعه	علت مراجعه	تشخیص	اقدامات درمانی /درخواست های پاراکلینیک و نتایج آن/پیگیری و ارجاعات

راهنمای تکمیل فرم مراقبت

کلیات

این فرم از 4 بخش اصلی بشرح زیر تشکیل شده است :

1. اطلاعات عمومی سالمند
2. مراقبت ها مشتمل بر ارزیابی و طبقه بندی به تفکیک هر مراقبت
3. زمان مراقبت دوره ای مشتمل بر سه ستون نشان دهنده سن سالمند در زمان مراقبت دوره ای
4. بخش پزشک و بخش غیر پزشک

1. نحوه تکمیل بخش اطلاعات عمومی: این قسمت توسط غیر پزشک در هنگام انجام مراقبت دوره ای تکمیل می شود.

2- نحوه تکمیل بخش مراقبت ها:

در اولین ستون این بخش عنوان مراقبت، در دومین ستون اجزاء مراقبت مشتمل بر ارزیابی و طبقه بندی و در 3 ستون بعدی سن سالمند برای هر مراقبت دوره ای منظور شده است.

ارزیابی: اولین ردیف از هر مراقبت شامل ارزیابی سالمند است در این ردیف پس از پرسش از سالمند در مورد عوامل خطر و نشانه ها، آزمون های تشخیصی را در صورت نیاز مورد بررسی قرار داده و نتایج آن ها را یعنی عامل خطر، نشانه و آزمون تشخیصی مثبت را ابتدا بصورت کشیدن دایره دور هر یک از موارد یاد شده در این ردیف و سپس بصورت کشیدن دایره دور کد های مربوطه در ستون کناری همین ردیف با نام "سن سالمند" وارد می کنید.

نکته 1: ستون های "سن" در زمان مراقبت، مربوط به سن سالمند در زمان انجام مراقبت های دوره ای است که با توجه به نوع مراقبت از 1 تا 3 سال متفاوت است بنابراین در صورتی که فواصل زمانی مراقبت دوره ای برای یک مراقبت سالانه نیست ستون های حد فاصل بصورت ستون های طوسی رنگ مشخص گردیده که در این ستون های با رنگ طوسی هیچ اطلاعاتی نباید ثبت شود.

کلیه موارد بالا را با مداد مشکی نرم دایره بکشید زیرا امکان تغییر در مراقبت دوره ای بعدی برای هر یک از موارد ثبت شده وجود دارد و باید اصلاح شود

طبقه بندی: دومین ردیف از هر مراقبت به طبقه بندی اختصاص یافته که دارای حداقل 2 و حداکثر 3 کد مشتمل بر طبقه بندی "مشکل"، "در معرض ابتلا" و "فاقد مشکل" است. در این قسمت بر اساس ارزیابی انجام شده (نشانه ها، علائم و آزمون های تشخیصی) همانطور که در راهنمای آموزشی عنوان شده طبقه بندی مربوطه را انتخاب می کنید و در ستون "سن" در زمان مراقبت دوره ای دور کد مربوطه را دایره می کشید. **دقت کنید** توصیه های مربوط به هر طبقه بندی از مراقبت در جلوی آن قید شده و شامل ارجاع غیر فوری، پیگیری و مراقبت دوره ای است که باید آن را انجام دهید بطور مثال وقتی سالمند در طبقه بندی "مشکل" قرار می گیرد باید سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

نکته 1: بعضی از مراقبت ها مثل اختلال بینایی و شنوایی و... فقط از دو طبقه تشکیل شده اند و فاقد پیگیری هستند. و بعضی از مراقبت ها مثل افسردگی و خواب فاقد طبقه بندی مشکل و ارجاع غیر فوری هستند و بعضی دیگر مثل بی اختیاری ادراری فاقد طبقه بندی مشکل هستند.

3- **زمان مراقبت دوره ای:** همانطور که قبلا ذکر گردید این بخش از 3 ستون با نام "سن" تشکیل شده است که هر یک از ستون ها سن سالمند را در زمان مراقبت دوره ای نشان می دهد. مراقبت هایی مثل تغذیه، افسردگی، اختلال خواب، سقوط و... که سالمند سالانه مراقبت می شود ستون طوسی رنگ ندارند و مراقبت هایی مثل اختلالات فشارخون، دیابت، پوکی استخوان و... که هر 3 سال یک بار سالمند مراقبت دوره ای می شود دارای ستون های طوسی رنگ هستند. دقت کنید سالی که در آن مراقبت دوره ای ارایه نمی شود به رنگ طوسی در فرم مراقبت دیده می شود و نباید هیچ کدی در آن وارد شود.

4- **پزشک و غیر پزشک:** همانطور که گفته شد این فرم از دو قسمت پزشک و غیر پزشک یعنی کارشناس و کاردان در سطح شهر و بهورز در سطح روستا تشکیل گردیده است. در ابتدا تیم غیر پزشک که اولین سطح تماس با سالمند را تشکیل می دهند قسمت مربوط به خود را یعنی بخش غیر پزشک را تکمیل می کنند و پس از تکمیل این فرم در صورت نیاز سالمند را به پزشک مرکز یعنی شما ارجاع غیر فوری می دهند و فرم مراقبت دوره ای تکمیل شده را به همراه سالمند برای شما ارسال می کنند و یا در زمان دهگردشی در اختیار شما قرار می گیرد.

دقت کنید در تعدادی از مراقبت ها از قبیل احتمال ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی، 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 کاملا 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 که می تواند با آموزش های پزشک مرکز به عنوان مسؤل فنی مرکز در صورت کمبود مهارت های لازم در سطح غیر پزشک تقویت گردد.

جدول مراجعات سالمند: این جدول شامل 4 ستون با موضوعات تاریخ مراجعه، علت مراجعه، تشخیص و اقدامات درمانی/ درخواست های پاراکلینیک/ نتایج آزمایشات درخواستی/ پیگیری و ارجاعات است و به عنوان جدول ضمیمه برای ثبت اقدامات درمانی در مراقبت های دوره ای و ثبت اطلاعات سالمند در هر بار مراجعه طراحی شده است. در ستون اول تاریخی که سالمند مراجعه کرده قید می کنید در ستون دوم علت مراجعه (ارجاع یا پیگیری) و در ستون سوم تشخیص داده شده توسط شما و در نهایت در ستون آخر اقدامات درمانی، درخواست های پاراکلینیک و نتایج آن، ارجاعات، پیگیری ها و نتایج آن را برای سالمند و پسخوراند ها را برای تیم غیر پزشک وارد می کنید. این جدول فقط توسط پزشک تکمیل می گردد و در واقع جایگزین فرم پیگیری است.

فرم پسخوراند	فرم ارجاع	"ته برگ فرم ارجاع"
--------------	-----------	--------------------

<p>از: مرکز بهداشتی درمانی/ بیمارستان/ پزشک متخصص</p> <p>به: خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی/ مرکز بهداشتی درمانی</p> <p>همکار ارجمند با سلام</p> <p>ضمن تشکر، بیمار در تاریخ با وضعیت قید شده در فرم ارجاع در مرکز/ بیمارستان پذیرش و ارزیابی شد و پس از معاینات تکمیلی تشخیص های</p> <p>.....</p> <p>..... برای وی داده شد.</p> <p>لازم است نامبرده تحت مراقبت های پیگیری/ ارجاع/ مراقبت دوره ای بشرح زیر قرار گیرد:</p> <p>پیگیری در هر ماه و ارجاع پس از 3 ماه برای بیماری های</p> <p>.....</p> <p>پیگیری هر 3 ماه و ارجاع پس از 6 ماه برای بیماری های</p> <p>.....</p> <p>پیگیری هر 6 ماه و ارجاع پس از یک سال برای بیماری های</p> <p>.....</p> <p>مراقبت دوره ای یک یا 3 سال بعد برای بیماری های</p> <p>.....</p> <p>بیمار در تاریخ با تشخیص های فوق ترخیص/ ارجاع شد.</p> <p>نام و نام خانوادگی پسخوراند دهنده:</p> <p>سمت:</p>	<p>شماره پرونده</p> <p>تاریخ ارجاع/...../.....</p> <p>از: خانه بهداشت/ مرکز بهداشتی درمانی/ پایگاه بهداشتی</p> <p>به: مرکز بهداشتی درمانی/ بیمارستان/ پزشک متخصص</p> <p>همکار ارجمند با سلام</p> <p>بیمار با نام و نام خانوادگی سن</p> <p>با نشانه ها و علایم بیماری های:</p> <p>1- اختلال فشارخون 2- احتمال خطر ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی 3- اختلال تغذیه ای 4- دیابت 5- کاهش بینایی 6- کاهش شنوایی 7- افسردگی 8- اختلال خواب 9- پوکی استخوان 10- بی اختیاری ادراری 11- سل 12- دمانس 13- عدم تعادل 14- دهان و دندان</p> <p>و عوامل خطر:</p> <p>1- فشارخون بالا 2- ابتلا به بیماری های قلبی عروقی 3- چاقی 4- دیابت 5- پوکی استخوان 6- سقوط و عدم تعادل 7- سل 8- ایمنسازی</p> <p>و تست های تشخیصی مثبت:</p> <p>1- خلط اسمیر مثبت 2- استرس تست مثبت 3- دمانس 4- عدم تعادل</p> <p>که در ارزیابی یافت شده است، جهت بررسی و اقدامات لازم به حضور معرفی می گردد. خواهشمند است پس از بررسی، نتیجه کار و نیاز به اقدامات درمانی یا پیگیری را در فرم پسخوراند مرقوم فرموده و آن را به مبدا عودت دهید.</p> <p>نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده:</p> <p>سمت:</p> <p>امضا:</p>	<p>نام و نام خانوادگی:</p> <p>.....</p> <p>سن سالمند:</p> <p>.....</p> <p>علت ارجاع:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>تاریخ ارجاع:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>شماره ته برگ:</p> <p>.....</p> <p>توجه: این ته برگ در مبدا بایگانی می گردد.</p>
---	--	--

راهنمای تکمیل فرم ارجاع

این فرم از 3 ستون مجزا تشکیل گردیده است:

- ته برگ فرم ارجاع
- فرم ارجاع
- فرم پسخوراند

الف) ته برگ فرم ارجاع: در این فرم ابتدا نام و نام خانوادگی و سن سالمند را وارد می کنید. در ادامه علت یا علل ارجاع و تاریخ ارجاع را نیز درج می نمایید. دقت کنید این شماره ته برگ را به صورت دستی وارد می کنید و در صورت دریافت نکردن فرم پسخوراند از پزشک مرکز می توانید آن را پیگیری کنید.

فرم ارجاع و پسخوراند به صورت دسته چک آماده گردیده و شما پس از تکمیل فرم ارجاع، آن را از ته برگ فرم ارجاع از محل نقطه چین جدا می کنید و فرم ارجاع و پسخوراند را به سالمند می دهید و از سالمند یا همراه وی می خواهید که در صورت توصیه پزشک، فرم پسخوراند تکمیل شده را نزد شما بیاورد. ته برگ همیشه در دفترچه باقی می ماند.

ب) فرم ارجاع:

1. ابتدا شماره پرونده خانوار سالمند را در محل مخصوص درج می نمایید و سپس در قسمتی که شماره ته برگ نوشته شده است شماره دستی ته برگ را وارد می کنید و تاریخ ارجاع را می نویسید.
2. در قسمت "از" دور گزینه خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی را بر حسب این که سالمند از کدام یک از این محل ها ارجاع می شود، دایره کشیده و نام واحد بهداشتی را وارد می کنید.
3. در قسمت "به" دور گزینه مرکز بهداشتی درمانی را دایره کشیده و نام آن را وارد می کنید.
4. در قسمت بعدی مشخصات سالمند شامل نام، نام خانوادگی و سن را وارد می کنید.
5. در قسمت "با نشانه ها و علائم بیماری" دور بیماری هایی که سالمند به دلیل آن ها ارجاع می شود خط می کشید و در ادامه در قسمت **عوامل خطر** دور بیماری های دارای عامل خطر و در نهایت تست های تشخیصی مثبت را نیز با دایره کشیدن مشخص می کنید و در انتهای ستون نام و نام خانوادگی و سمت خود را نوشته و امضا کنید. 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.

فرم پیگیری

مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشتی / خانه بهداشت شماره خانوار شماره خانوار

نام و نام خانوادگی سن آدرس و شماره تلفن

نیاز به پیگیری		نیاز به ارجاع		نتیجه پیگیری			تاریخ پیگیری بعدی	اقدامات پیگیری	علت پیگیری	تاریخ مراجعه
دارد	ندارد	دارد	ندارد	بدتر	بدون تغییر	بهبتر				

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم امضاء سمت

دستورالعمل فرم پیگیری سالمند

فرم پیگیری سالمند برای مواردی است که شما مداخله ای از قبیل اصلاح شیوه زندگی را برای سالمند شروع کرده اید و می خواهید پس از مدت زمان لازم بدانید که توصیه ها 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.

در صورت عدم مراجعه سالمند در زمان مقرر، باید وی را به هر روش ممکن (آدرس، تلفن، رابط سلامت و ...) مطلع سازید تا برای مراقبت های پیگیری به نزد 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 مراقبت ها و شماره خانوار را ثبت کنید. سپس نام و نام خانوادگی و سن سالمند را به همراه آدرس و شماره تماس وی را وارد نمایید. فرم پیگیری از 7 ستون به شرح زیر تشکیل شده است:

1. در ستون اول تحت عنوان "تاریخ مراجعه" تاریخی را که سالمند برای مراقبت دوره ای به شما مراجعه کرده به روز، ماه و سال وارد می کنید. بنابراین تاریخی که در این ستون ثبت می - گردد با تاریخ تکمیل فرم مراقبت دوره ای مطابقت دارد. به عنوان مثال اگر تاریخ تکمیل فرم مراقبت دوره ای 87/4/2 است در ستون "تاریخ مراجعه" نیز 87/4/2 وارد می شود.

دقت کنید تاریخ های مراجعات بعدی که در این ستون وارد می شود با تاریخ های پیگیری که در ستون "تاریخ پیگیری بعدی" وارد می گردد باید مقایسه شود و مراجعه به موقع و یا عدم مراجعه به موقع از آن استنتاج شود. به عنوان مثال چنانچه سالمند در مراجعه بعدی برای پیگیری در تاریخ 87/5/5 به شما مراجعه می کند، این تاریخ در دومین ردیف بعدی این ستون وارد می شود و با تاریخ درج شده در ستون "تاریخ پیگیری بعدی" که به عنوان مثال 87/5/2 ثبت شده و باید مراجعه می کرده مقایسه می شود. در این مثال مشخص می شود که سالمند با 3 روز تاخیر به نزد شما مراجعه کرده است در این شرایط علت تاخیر جستجو تا از تاخیر در مراجعات بعدی در صورت امکان پیشگیری شود.

نکته 1: تاریخ های پیگیری بعدی را بر اساس تاریخ مراجعه همان روز یعنی به عنوان مثال از تاریخ 87/5/5 باید در نظر گرفته شوند.

2. دومین ستون با نام "علت پیگیری" مربوط به علت یا علل پیگیری است. در این ستون در هر ردیف فقط یک علت پیگیری قید می گردد. بنابراین در مقابل یک تاریخ مراجعه می تواند چندین ردیف مورد استفاده قرار گیرد. به عنوان مثال سالمندی که برای وی فرم مراقبت دوره ای در تاریخ 87/4/2 تکمیل شده است، در ستون "تاریخ مراجعه" همین تاریخ یعنی 87/4/2 وارد می شود و در اولین ردیف از ستون دوم با نام "علت پیگیری" فشارخون بالا، در ردیف بعدی ابتلا به چاقی و در ردیف سوم سل وارد می شود و نشان می دهد که در اولین مراقبت دوره ای این سالمند نیاز به پیگیری در زمینه های فشارخون، ابتلا به چاقی و سل دارد.

3. در ستون سوم، تحت عنوان "اقدامات پیگیری" مراقبت ها و توصیه ها ارائه شده در خصوص مورد پیگیری را وارد کنید. به عنوان مثال در ردیف مقابل در معرض ابتلا به فشارخون بالا، تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و در ردیف مقابل ابتلا به چاقی "نمایه توده بدنی 28 و توصیه های تغذیه ای لازم" و در ردیف مقابل سل "نمونه برداری از خلط" را وارد می کنید.

دقت کنید سالمند برای پیگیری فشارخون بالا 3 ماه و برای چاقی و سل یک ماه بعد از مراقبت دوره ای مراجعه می کند.

4. در ستون چهارم با نام " تاریخ پیگیری بعدی" در مقابل هر یک از علل پیگیری بر اساس راهنمای آموزشی تاریخ مراجعه بعدی وارد می گردد. به عنوان مثال در مقابل ردیف فشارخون بالا تاریخ 87/7/2 و در دومین و سومین ردیف در مقابل های ابتلا به چاقی و سل تاریخ 87/5/2 قید می گردد. **دقت کنید** در زمان انجام مراقبت دوره ای، فقط 3 ستون این فرم با نام های تاریخ مراجعه، علت پیگیری و تاریخ پیگیری بعدی تکمیل می گردد ولی در مراجعات بعدی که سالمند به علت پیگیری مراجعه می کند در مقابل هر علت پیگیری تمامی ردیف ها تکمیل می شوند.
5. ستون پنجم تحت عنوان "نتیجه پیگیری" دارای 3 زیر ستون با نام های "بهرتر"، "بدون تغییر" و "بدتر" است. با توجه به ارزیابی های انجام شده برای سالمند، وضعیت موجود وی را در یکی از این 3 ستون وارد کنید. به عنوان مثال در مورد پیگیری فشارخون بالا چنانچه فشارخون ماکزیمم قبلی سالمند 130 و در مراقبت پیگیری 120 میلیمتر جیوه است در ستون بهتر علامت می زنیید و در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند 28 باشد در ستون بدون تغییر علامت گذاری می کنید.
6. ستون ششم تحت عنوان "نیاز به ارجاع" از دو زیر ستون "دارد" و "ندارد" تشکیل شده است. علامت گذاری در هر یک از این ستون ها منوط به نتیجه پیگیری است به عنوان مثال برای فشارخون بالا که وضعیت سالمند بهتر شده و یا نمایه توده بدنی که وضعیت سالمند بدون تغییر بوده هر دو در ستون "ندارد" علامت زده می شوند. در صورتی که فشارخون ماکزیمم سالمند به 140 میلی متر جیوه رسیده باشد در ستون "دارد" علامت می زنیید.
7. ستون هفتم تحت عنوان "نیاز به پیگیری" نیز از دو زیر ستون "دارد" و "ندارد" تشکیل شده است. علامت گذاری در هر یک از این ستون ها مشابه ستون قبلی منوط به نتیجه پیگیری است به عنوان مثال برای فشارخون بالا که وضعیت سالمند بهتر شده و یا نمایه توده بدنی که وضعیت سالمند بدون تغییر بوده هر دو مورد در ستون "دارد" علامت زده می شوند و در صورتی که فشارخون ماکزیمم سالمند به 140 میلی متر جیوه رسیده باشد در ستون "ندارد" علامت می زنیید. **دقت کنید** سالمند در مراجعات پیگیری، بر اساس نتیجه پیگیری یا ارجاع می شود یا تحت مراقبت های پیگیری قرار می گیرد.
8. در پایان نام و نام خانوادگی و سمت خود را به عنوان تکمیل کننده فرم وارد کرده و فرم را امضاء کنید.

دقت کنید:

- تاریخ های پیگیری سالمندان نیازمند پیگیری را در یک دفتر تاریخ دار وارد کنید تا بدانید برای هر روز چه کسانی باید پیگیری شوند.
- فرم پیگیری فقط توسط غیر پزشک تکمیل می شود و پزشک از جدول مراجعات برای پیگیری سالمندان نیازمند به پیگیری استفاده می کند.

منابع فارسی

1. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری سکنه قلبی و سکنه مغزی، مرکز مدیریت بیماری ها - 1384
2. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی و عروقی، مرکز مدیریت بیماری ها - 1384
3. برنامه جامع قلب و عروق، مرکز مدیریت بیماری ها - 1385
4. راهنمای فشارخون بالا برای پزشکان، مرکز مدیریت بیماری ها - 1380
5. راهنمای ارزیابی، تشخیص و درمان انواع اختلال چربی های خون، مرکز مدیریت بیماری ها - 1383
6. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری چاقی، مرکز مدیریت بیماری ها - 1384
7. تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری، دفتر بهبود تغذیه جامعه - 1383
8. پزشکی و دیابت، مرکز مدیریت بیماری ها - 1383
9. بهورز و دیابت، مرکز مدیریت بیماری ها - 1383
10. پیشگیری، تشخیص زودرس و درمان سلطان های پوست، پستان، روده بزرگ و دهانه رحم، مرکز مدیریت بیماری ها
11. مراقبت های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران، دکتر شهربانو مقصودنیا، فوق تخصص سالمندان
12. سلامت روان کاربردی برای پزشکان عمومی و پزشکان خانواده، دفتر سلامت روان
13. استئوپروز، مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران - 1382، دکتر فرهاد شهرام
14. بی اختیار اداری در افراد مسن، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران - 1382، دکتر محمد علی صدیقی گیلانی
15. راهنمای کشوری مبارزه با سل، مرکز مدیریت بیماری ها - 1381
16. سلامت دهان و دندان، مجموعه کتب آموزش بهورزی، اداره سلامت دهان و دندان - 1384
17. مجموعه چهار جلدی راهنمای بهبود شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی (تغذیه و ورزش - مفاصل، استخوان و حوادث - چند توصیه بهداشتی - زندگی فعال) اداره سلامت سالمندان،

1383

۱۸. The MERCK MANUAL of GERIATRICS, Fourth Edition, ۲۰۰۴
۱۹. The Guide to Clinical Preventive Services, ۲۰۰۵
۲۰. Best Practices in Nursing Carer to Older Adults, try this, ۲۰۰۱
۲۱. Elderly Health Services, Health Problems of the elderly, ۲۰۰۵

