

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
دکتر سهیلا خوشبین
دکتر زهرا مدنی
دکتر مهتاب علیزاده
سمیرا پورمروت

زیر نظر دکتر علیرضا مصداقی نیا
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت سلامت - دفتر سلامت خانواده و جمعیت
اداره سلامت سالمندان - بازنگری سوم- ۱۳۸۸

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 پریرا 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، فلو شپ سالمندی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه اصفهان

دکتر احمد علی اکبری کامرانی متخصص داخلی و فلو شپ سالمندی عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دکتر فریا تیموری متخصص طب سالمندی از فرانسه

دکتر پریرا 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 پریرا طاهری متخصص طب سالمندی از فرانسه

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 همکاران دانشگاهی که در اجرای آزمایشی و بازنگری دوم و سوم این مجموعه ما را یاری کرده اند به ترتیب حروف الفبا:

۱. دانشگاه علوم پزشکی تبریز: ناهید عارف حسینی، منیره میرزایی، دکتر لاله قائم مقامی
۲. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه: مینا اسکندری فر، هانیه صادقی، دکتر رحیم دنیا دوست
۳. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل: فرحناز عزتی، رزیتا فن دوست، فیروزه فیض الهی
۴. دانشگاه علوم پزشکی ایران: دکتر سوسن محمودی، شایسته حاجی زاده، شهلا یزدانی، دکتر نازیلا چرخگری
۵. دانشگاه علوم پزشکی بوشهر: دکتر آریتا انارکی
۶. دانشگاه علوم پزشکی تهران: پروانه حاجی مرادی، دکتر زهرا طالبی توتی، لیلا یزدی
۷. دانشگاه علوم پزشکی مشهد: دکتر حامد قضاوی، ملیحه سالک، نیره لگزیان
۸. دانشگاه علوم پزشکی زنجان: دکتر لیلا بهگزین، رحیمه حسین خانی، شهلا الهیاری
۹. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی: مهرگان امامی نائینی، رویا صفراوغلی آذر، مهناز فروردین اهرنجانی
۱۰. دانشگاه علوم پزشکی سمنان: آذر ریاضی دوست، دکتر مهناز علی بیگی
۱۱. دانشگاه علوم پزشکی فارس: دکتر معصومه صفاری، دکتر فروغ سعادت
۱۲. دانشگاه علوم پزشکی قزوین: دکتر محمدرضا مدبر، علی میرزا معصومی درکی، فاطمه بابایی، خدیجه سادات حسینی
۱۳. دانشگاه علوم پزشکی کردستان: فریبا رومی، پرشنگ فقیه سلیمانی، دکتر جمال الدین گله داری
۱۴. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه: مهرانگیز جمشید پور، فریبا سهرابی، شهین سعیدی
۱۵. دانشگاه علوم پزشکی گلستان: سیده مریم میرنژاد، دکتر نگین طاهری، معصومه غلامی
۱۶. دانشگاه علوم پزشکی گیلان: فرخنده فرزد، زهره شفیعی، دکتر زری رضایی خلیق
۱۷. دانشگاه علوم پزشکی لرستان: فتانه بسطامی، معرفت امیری
۱۸. دانشگاه علوم پزشکی مازندران: دکتر ماندانا یساری، رضا امیدی
۱۹. دانشگاه علوم پزشکی مرکزی: دکتر مهین السادات عظیمی
۲۰. دانشگاه علوم پزشکی همدان: دکتر محمد کاظم زاده
۲۱. دانشگاه علوم پزشکی یزد: دکتر فروزنده کلانتری

۹	پیشگفتار.....
۱۲-۱۳	بخش اول: کلیات.....
۱۴-۹۴	بخش دوم: مراقبت های ادغام یافته سالمند.....
۱۹-۴۰	فصل اول: بیماری های قلبی عروقی.....
۱۹	• اختلالات فشارخون.....
۳۲	• احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی.....
۴۱-۴۷	فصل دوم: اختلالات تغذیه ای.....
۴۱	• لاغری.....
۴۵	• چاقی.....
۴۸	فصل سوم: دیابت.....
۵۷	فصل چهارم: اختلالات بینایی و شنوایی.....
۵۹-۶۷	فصل پنجم: اختلالات روانی.....
۵۹	• افسردگی.....
۶۵	• اختلال خواب.....
۶۸	فصل ششم: استنوپروز.....
۷۱	فصل هفتم: بی اختیاری ادراری.....
۷۵	فصل هشتم: دمانس.....
۷۹	فصل نهم: سقوط و عدم تعادل.....
۸۴	فصل دهم: سل ریوی.....
۹۲	فصل یازدهم: ایمن سازی.....
۹۵-۱۰۷	فرم های ثبت.....
۹۶	• فرم مراقبت های دوره ای.....
۱۰۳	• فرم ارجاع.....
۱۰۵	• فرم پیگیری.....
۱۰۸	فهرست منابع.....

پیشگفتار

حضرت رسول (ص) می فرمایند: 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.

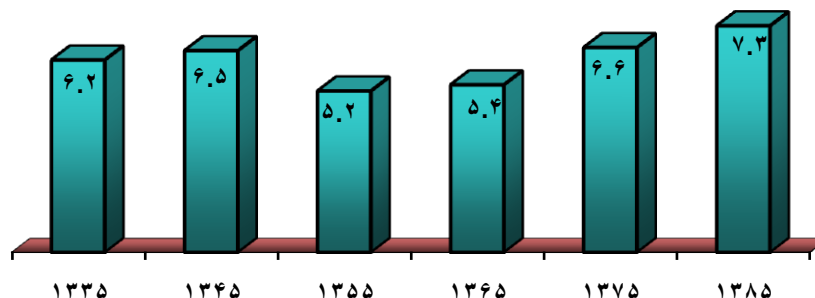
امام صادق (ع) می فرمایند: وجود فرد سالخورده در خانه مثل وجود پیامبر الهی در بین امتش است.

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 ۷۰۰ میلیون نفر از جمعیت جهان را افراد سالمند بالای ۶۰ سال تشکیل می دهند و تا سال ۲۰۲۰ این رقم به بیش از یک میلیارد نفر خواهد رسید. ۶۰٪ از این افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند.

در کشورهای مدیترانه شرقی تا سال ۲۰۰۰ افراد بالای ۶۰ سال حدود ۵٪ کل جمعیت را تشکیل می دهند. در کشور ما بر اساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۷۵ سالمندان بالای ۶۰ سال حدود ۶/۶٪ کل جمعیت را شامل می شدند که براساس سرشماری سال ۸۵ این میزان به حدود ۷/۳٪ رسیده است و پیش بینی می شود تا سال ۱۴۲۹ به ۲۴.۹٪ برسد.

روند رو به رشد نسبت جمعیت ۶۰ سال و بالاتر طی ۶ دهه



با توجه به موارد فوق می بایست به فکر برخورد صحیح با پدیده سالمندی و تأمین نیازهای همه جانبه جمعیت روز افزون سالمندان در کشورمان باشیم. در سال ۱۹۹۲ 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 زیر است:

۱. تأکید بر اهمیت هماهنگی های بین بخشی بین سازمان های دولتی و غیر دولتی در ایجاد دیدگاه های چند وجهی در سطح ملی؛
۲. ادغام کردن مراقبت های سلامت سالمندان در سیستم ارایه خدمات بهداشتی کشور؛
۳. تشویق به شبیه سازی مراقبت از سلامت سالمندان به صورت یک مدل کلی مشتمل بر خدمات اجتماعی اقتصادی؛
۴. شناسایی نقش PHC در ارایه بخش عمده مراقبت از سلامت سالمندان در کشور های عضو با تأکید بر جمعیت روستایی.

این استراتژی در سال ۲۰۰۲ به روز و جدید گردید و برای دو دهه یعنی سال های ۲۰۰۲ تا ۲۰۲۱ برای کشور های منطقه مدیترانه شرقی در نظر گرفته شده است و برنامه عمل آن بر اساس سه اصل پایه ای زیر تدوین گردید:

۱. مشارکت سالمندان در پروسه توسعه

۲. تقویت سلامت جسمی و روانی سالمندان

۳. تأمین 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:

۱. بازنگری و به روز نگاه داشتن استراتژی ملی؛

۲. ایجاد پایگاه های اطلاعاتی جهت استفاده برای پروسه تصمیم گیری های مبتنی بر شواهد در راستای مراقبت های جامع سالمندی در سطح ملی؛

۳. 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؛

۴. ادغام مراقبت های سلامت سالمندی در سیستم PHC و کوریکولوم آموزشی کارکنان سیستم و مراقبت های جامعه محور؛

۵. تأمین دانش و مهارت های مناسب مورد نیاز سالمندان در زمینه مراقبت از خود و حمایت و ارتقا سلامت سالمندان، خانواده ها و جامعه در سطح وسیع؛

۶. حمایت از تحقیقات و آموزش در عرصه سالمندی و مراقبت های جامعه.

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

۱. اقدامات لازم برای برخورداری بهینه از خردمندی و کاردانی سالمندان به عنوان ذخایر با ارزش در خانواده و جامعه؛

۲. فراهم ساختن زمینه مشارکت سالمندان در فرایند توسعه؛

۳. ترویج ارتباط بین نسل ها؛

۴. 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 سالخوردگی 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:

۱. بهبود شیوه زندگی در دوره سالمندی

۲. مراقبت های ادغام یافته و جامع 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 گروه های 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 تأمین 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 ارایه خدمات بهداشتی و خدمات اجتماعی تعامل و تعادل ایجاد شود. هدف کلی از اقداماتی که هم اکنون در کشور ما انجام می گیرد تأمین، 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 علیرضا مصداقی نیا

معاون بهداشتی

بخش ۱: کلیات

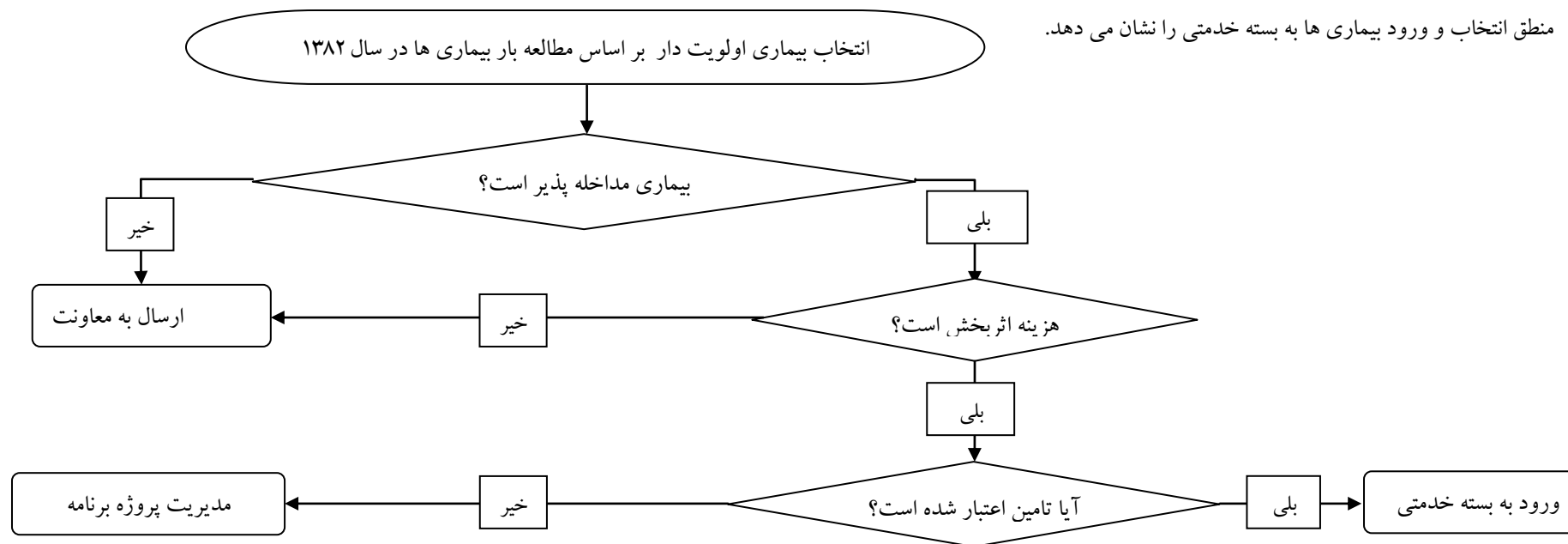
تعریف

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، علایم 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

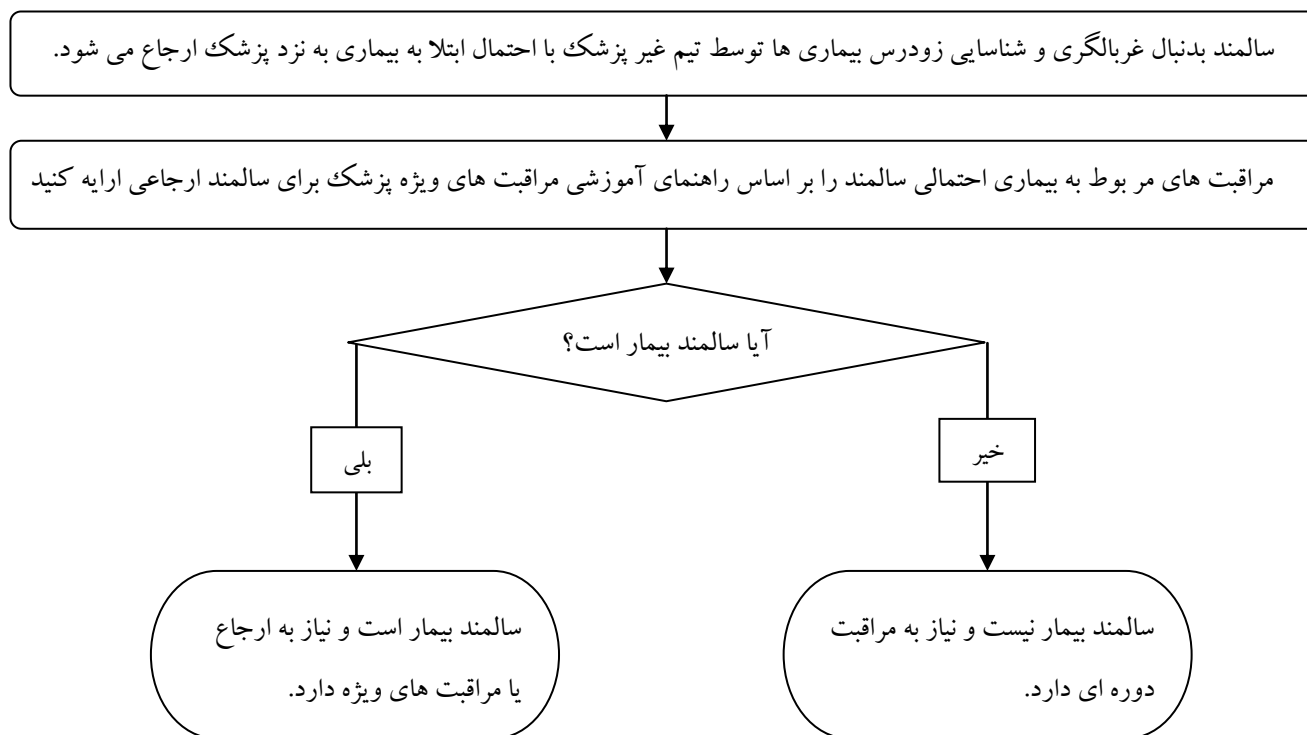
در سال ۱۳۸۲ مطالعه ای در مورد ۲۵۰ بیماری شایع در کشور به تفکیک گروه سنی و جنس انجام شد که مبنای ورود بیماری های اولویت دار به این بسته خدمتی گردیده است. چرخه کار زیر منطق انتخاب و ورود بیماری ها به بسته خدمتی را نشان می دهد.



برنامه جامع مراقبت از سالمند به صورت یک برنامه با عنوان مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندان ویژه پزشک و غیر پزشک طراحی گردیده است. در این راستا زمانی که سالمند به دنبال فراخوان به نزد غیرپزشک 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 ۲: مراقبت های ادغام یافته سالمند

اجزاء جدول راهنمای مراقبت های ادغام یافته سالمند

جدول راهنمای مراقبت ها از اجزاء زیر تشکیل یافته است:

۱. ارزیابی

۲. طبقه بندی

۳. 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:

۱- 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.

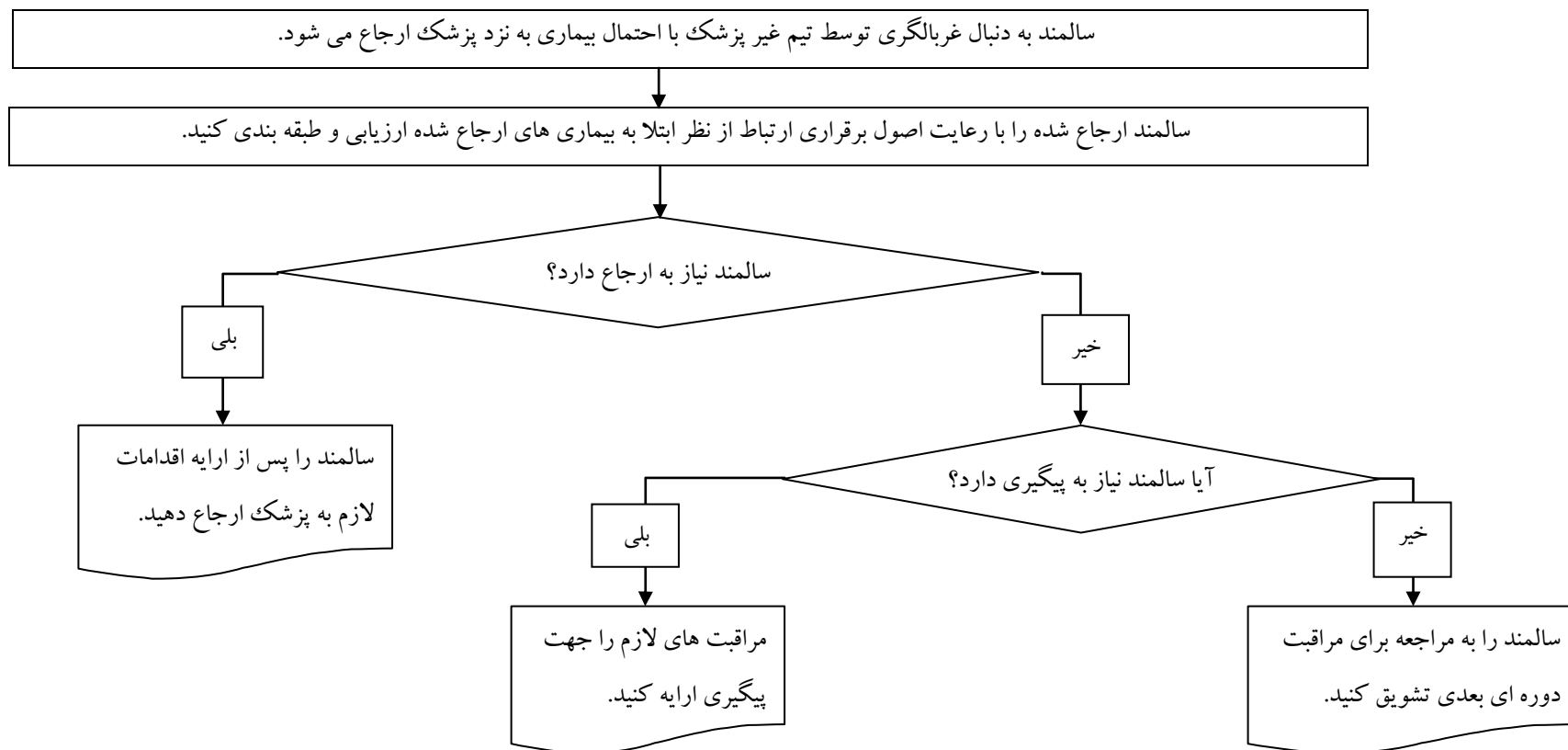
۲- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه بندی **"در معرض ابتلا به بیماری"** قرار می گیرد، ارائه مراقبت های ویژه در پیگیری ها، درمان دارویی یا غیر دارویی و آموزش است که به رنگ زرد دیده می شود.

۳- 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.

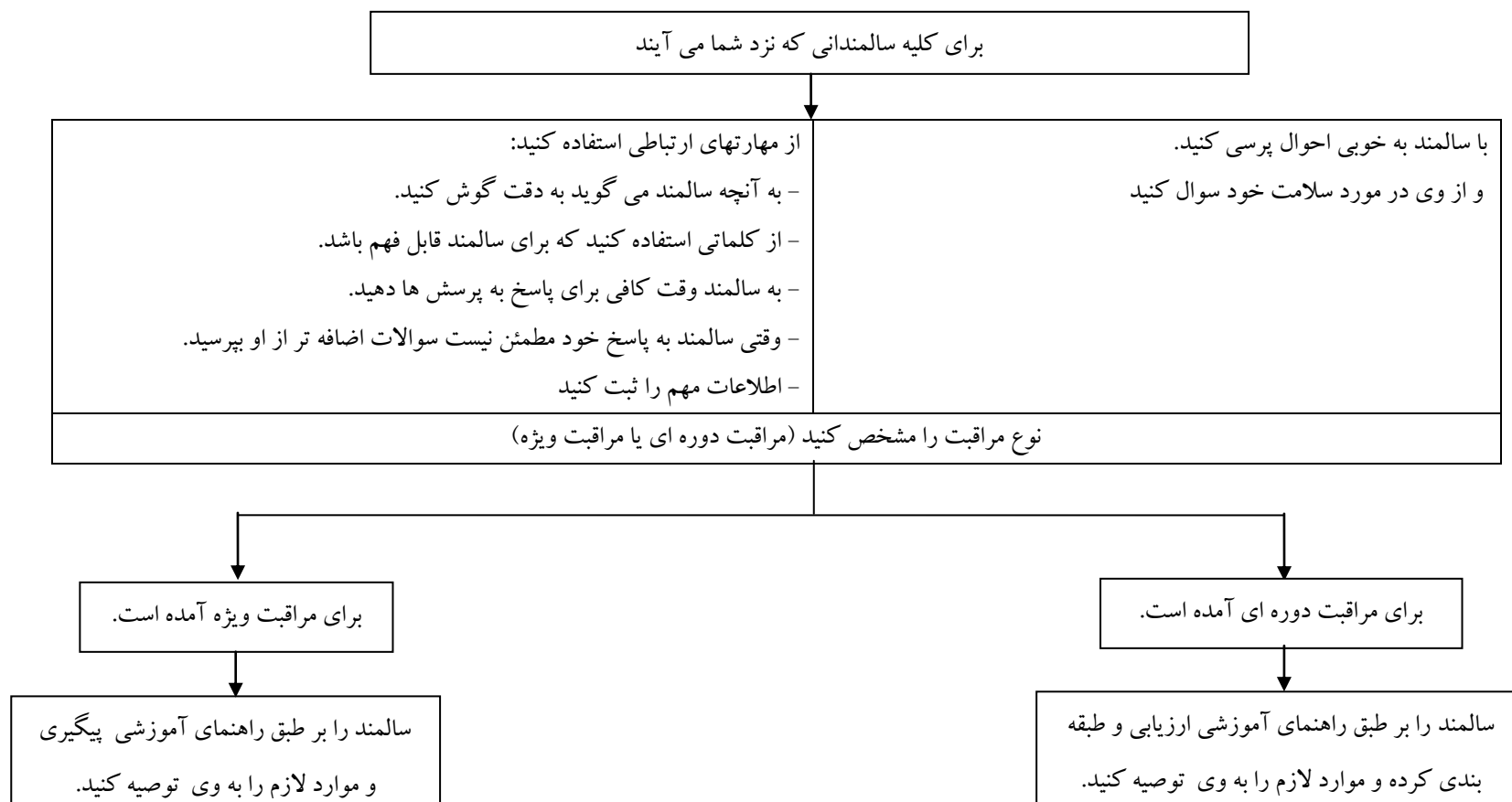
انواع بیماری های گنجانده شده در این مجموعه بهره گرفته از مطالعات کمی انجام شده در سال های ۱۳۷۷ و ۱۳۸۱، مطالعه کیفی انجام شده در سال ۱۳۸۵ و نسبت سال های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس و ناتوانی در گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۲ و توصیه های USPS task force است.

در این راهنما آموزش ها شامل نحوه ارزیابی سالمند از نظر 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 سپس مشخصات وی را در فرم مراقبت دوره ای یا جدول مراجعات 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 و در صورت نیاز به پزشک برای بررسی بیشتر ارجاع می گردد.

مراقبت ویژه: اگر سالمند ارجاع شده به پزشک به دنبال دریافت مراقبت های دوره ای مرتبط نیاز دارد که برای یک یا چند مراقبت خاص ارزیابی و به صورت ویژه مراقبت و پیگیری شود آن را مراقبت ویژه گویند. فواصل زمانی در مراقبت های ویژه کوتاه و حداقل ۲ هفته است.

هدف از مراقبت ویژه ارزیابی مجدد سالمند به دنبال توصیه های ارائه 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. چنانچه سالمند نیاز به پیگیری دارد، در جدول مراجعات سالمند زمان پیگیری و علت آن را یادداشت کنید و به سالمند بگویید که در چه زمانی به شما مراجعه کند. **دقت کنید** قبل از خروج سالمند، زمان مراجعه بعدی را از وی سؤال کنید و مطمئن شوید که زمان مراجعه بعدی را درست متوجه شده است.

فرم های ثبت

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

۱. فرم مراقبت دوره ای

۲. فرم ارجاع

۳. فرم پیگیری

۴. فرم پسخوراند

در فرم مراقبت دوره ای اطلاعات سالمند مشتمل بر عوامل خطر، نشانه ها، علایم 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 محل و علت ارجاع قید می گردد.

برای سالمند نیازمند پیگیری، از جدول مراجعات سالمند استفاده می شود. در این جدول زمان و علت پیگیری، تغییر نشانه ها و علایم 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)

جمع بندی کنید	اقدام کنید	برای سالمند مبتلا به فشار خون بالا اقدام کنید
- 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 یا مشکوک به آن / بیماری کلیه (عفونت، پلی کیستیک و هماجوری)	- فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید - چنانچه فشارخون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه و یا فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است، پس از ۲ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. - پس از آنکه سالمند به مدت ۲ دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت فشار خون وی را دوباره در دست راست اندازه گیری کنید.	- آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین - معاینه ته چشم از نظر رتینوپاتی - رادیوگرافی قفسه سینه از نظر نارسایی قلبی
	از سالمند یا همراه وی سؤال کنید	
	پس از آنکه سالمند به مدت ۲ دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت فشار خون وی را دوباره در دست راست اندازه گیری کنید.	ابتلا به بیماری عروق محیطی: انتها های سرد (Intermittent claudication)

طبقه
بندی
کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
دارای عارضه فشارخون بالا و فشارخون بالا	مشکل (فشارخون بالای با عارضه)	- 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.
فاقد عارضه فشارخون بالا و فشارخون بالا: (فشارخون سیستولیک حداقل ۱۴۰ یا دیاستولیک حداقل ۹۰) یا (فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۳۰ یا دیاستولیک ۸۹-۸۵ با بیش از ۲ عامل خطر یا بیماری) یا (فشارخون سیستولیک ۱۲۹-۱۲۰ یا دیاستولیک ۸۴-۸۰ با بیماری)	در معرض ابتلا به فشارخون بالای با عارضه	- برای سالمند با "فشارخون سیستولیک ۱۷۹-۱۴۰ یا فشارخون دیاستولیک ۱۰۹-۹۰ با حداکثر ۲ 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.
فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۲۰ یا فشارخون دیاستولیک ۸۹-۸۰ میلی متر جیوه و بدون بیماری و حداکثر ۲ عامل خطر	در معرض ابتلا به فشارخون بالا	- سالمند را یک سال بعد پیگیری و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را هر ۳ ماه پیگیری کند. - به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.
افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته حداقل ۲۰ میلیمتر جیوه	افت فشارخون وضعیتی	- مداخلات آموزشی و درمانی مرتبط با افت فشارخون وضعیتی را برای سالمند و همراه وی را انجام دهید. - سالمند را به مراجعه با بروز نشانه تشویق کنید.
فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ و دیاستولیک کمتر از ۸۰ و افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه	فاقد مشکل	- 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 ۳ سال بعد مراقبت دوره ای کند.

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

جمع بندی کنید	اقدام کنید	برای سالمند مبتلا به فشار خون بالا اقدام کنید	طبقه بندی کنید	نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• ابتلا به فشار خون بالا یا سابقه ابتلا به آن • مصرف داروی پایین آورنده فشار خون • عوامل خطر • مصرف دخانیات/ ابتلا به چربی خون بالا یا سابقه آن / چاقی • بیماری ها • سکته یا آنژین قلبی / سکته مغزی / دیابت / اختلال قند خون ناشتا / بیماری کلیه (عفونت، پلی کیستیک و هماچوری)	• فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته در دست راست اندازه گیری کنید. چنانچه فشار خون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه و یا فشار خون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ 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.	• آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین • معاینه ته چشم از نظر رتینوپاتی • رادیوگرافی قفسه سینه از نظر نارسایی قلبی		• دارای عارضه فشارخون بالا و مصرف دارو	• مشکل (فشارخون بالای با عارضه)	• سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. فشارخون بالا را مشابه در معرض ابتلا به فشارخون بالای با عارضه درمان کنید.
				• فاقد عارضه فشارخون بالا و (فشارخون کنترل نشده: (فشارخون سیستولیک حداقل ۱۴۰ یا دیاستولیک حداقل ۹۰ میلی متر جیوه) یا (فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۳۰ یا دیاستولیک ۸۹-۸۵ میلی متر جیوه با بیش از ۲ عامل خطر یا بیماری) یا (فشارخون سیستولیک ۱۲۹-۱۲۰ یا دیاستولیک ۸۴-۸۰ میلی متر جیوه با بیماری)	• در معرض ابتلا به فشارخون بالای با عارضه	• دوز داروی قبلی را 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.
				• فاقد عارضه فشارخون بالا و فشارخون کنترل شده: فشارخون از ۸۹-۱۳۹ / ۸۵-۱۳۰ با حداکثر ۲ عامل خطر و نبود بیماری یا فشارخون کمتر از ۸۵ / ۱۳۰ میلی متر جیوه با بیش از ۲ عامل خطر و نبود بیماری همراه یا فشارخون کمتر از ۸۰ / ۱۲۰ میلی متر جیوه با بیماری	• در معرض ابتلا به فشارخون بالای کنترل نشده	• درمان قبلی را ادامه دهید. • سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و ۳ 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 ۲۰ میلی متر جیوه	• افت فشارخون وضعیتی	• مداخلات آموزشی و درمانی مرتبط با افت فشارخون وضعیتی را برای سالمند و همراه وی را انجام دهید. • سالمند را به مراجعه با بروز نشانه تشویق کنید.
				• افت فشارخون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه	• فاقد مشکل	• به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه با بروز نشانه تشویق کنید.

بخش دوم

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 ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون استراحت کند به گونه ای که احساس خستگی نکند)؛
- قرار دادن دست سالمند در حالت نشسته و یا ایستاده به روی یک تکیه گاه مناسب هم سطح قلب وی (وضعیت افتاده دست باعث بالا رفتن کاذب فشار خون ماکزیمم می شود)؛
- بالا زدن آستین دست راست تا بالای آرنج به گونه ای که بازو تحت فشار قرار نگیرد (لباس نازک نیازی به بالازدن آستین ندارد)؛
- فاصله با سالمند در زمان اندازه گیری فشارخون کمتر از یک متر؛
- بستن بازوبند به دور بازو نه خیلی شل و نه خیلی سفت؛
- قرار دادن وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند روی شریان بازویی و لبه تحتانی بازو بند ۲ تا ۳ انگشت بالای آرنج؛
- نگاه داشتن صفحه گواشی 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 ۳۰ 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:

۱. میانگین دو فشارخون سیستولیک مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا میانگین دو فشارخون دیاستول مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه
۲. میانگین دو فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۳۰ میلی متر جیوه یا میانگین دو فشارخون دیاستول ۸۹-۸۵ میلی متر جیوه با بیش از ۲ عامل خطر یا بیماری همراه
۳. میانگین دو فشارخون سیستولیک ۱۲۹-۱۲۰ میلی متر جیوه یا میانگین دو فشارخون دیاستول ۸۴-۸۰ میلی متر جیوه با یک بیماری

برای سالمند مبتلا به فشارخون بالا، آزمایش کامل ادرار از نظر وجود پروتئین را درخواست کنید. چنانچه در آزمایش ادرار بصورت نمونه تصادفی، پروتئین وجود دارد (Trace= 50 mg/L یا یک پلاس (+) 300 mg/L) سالمند را به متخصص ارجاع دهید.

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:

سالمند دارای فشار خون بالا و یکی از عوارض فشارخون بالا در طبقه بندی "**مشکل (فشار خون بالای با عارضه)**" قرار می گیرد سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. فشار خون بالای سالمند 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.

سالمند دارای "فشار خون سیستولیک حداقل ۱۴۰ یا فشارخون دیاستولیک حداقل ۹۰ میلی متر جیوه" یا "فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۳۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک ۸۹-۸۵ میلی متر جیوه با بیش از ۲ عامل خطر یا یک بیماری همراه" یا "فشارخون سیستولیک ۱۲۹-۱۲۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک ۸۴-۸۰ میلی متر جیوه با یک بیماری همراه" و بدون عارضه فشارخون بالا در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به فشار خون بالای با عارضه (فشارخون بالای بدون عارضه)**" قرار می گیرد. برای سالمند دارای فشار خون سیستولیک ۱۴۰ تا ۱۷۹ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک ۹۰ تا ۱۰۹ میلی متر جیوه بدون بیماری همراه و حداکثر ۲ عامل خطر درمان غیر دارویی را شروع کنید و در سایر موارد، درمان دارویی را نیز برای وی شروع کنید. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. سالمند را با درمان دارویی یا غیر دارویی یک ماه بعد پیگیری کنید.

سالمند دارای فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۲۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستولیک ۸۹-۸۰ میلی متر جیوه بدون بیماری همراه و با حداکثر ۲ عامل خطر 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 ۳ ماه یک بار پیگیری کند و یک سال بعد به شما ارجاع غیر فوری دهد.

سالمند با افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته به میزان حداقل ۲۰ میلیمتر جیوه 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 دارای فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ و فشارخون دیاستولیک کمتر از ۸۰ میلیمتر جیوه و افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از ۲۰ میلیمتر جیوه 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.

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 ۱۴۰ یا فشارخون دیاستولیک حداقل ۹۰ میلی متر جیوه یا "فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۳۰ یا فشارخون دیاستولیک ۸۹-۸۵ میلی متر جیوه با بیش از ۲ عامل خطر یا یک بیماری همراه" یا "فشارخون سیستولیک ۱۲۹-۱۲۰ یا فشارخون دیاستولیک ۸۴-۸۰ میلی متر جیوه با یک بیماری همراه" و بدون عارضه فشارخون بالا در طبقه بندی **"در معرض ابتلا به فشار خون بالای با عارضه (فشارخون بالای کنترل نشده بدون عارضه)"** قرار می گیرد. چنانچه سالمند فاقد عوارض دارویی است، دوز دارو را افزایش و اگر عارضه 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.

سالمند دارای "فشارخون سیستولیک ۱۳۹-۱۳۰ و فشارخون دیاستولیک ۸۹-۸۵ میلی متر جیوه با حداکثر ۲ عامل خطر و بدون بیماری همراه" یا "فشارخون سیستولیک ۱۲۹-۱۲۰ و فشارخون دیاستولیک ۸۴-۸۰ میلی متر جیوه با بیش از ۲ عامل خطر و بدون بیماری همراه" یا "فشارخون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ میلی متر جیوه و فشارخون دیاستولیک کمتر از ۸۰ 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 سالمند ادامه دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و ۳ ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

سالمند با افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته به میزان حداقل ۲۰ میلیمتر جیوه 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 دارای افت فشار خون سیستولیک در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از ۲۰ میلیمتر جیوه در طبقه بندی **"فاقد مشکل از نظر افت فشارخون وضعیتی"** قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی 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.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند 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

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

۱. 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:
 - در صورتی که فشارخون در سالمند بدون مصرف دارو و با حداکثر ۲ عامل خطر به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۴۰/۹۰ و در سالمند با بیش از ۲ عامل خطر به کمتر از ۱۳۰/۸۵ و در سالمند با یک بیماری به کمتر از ۱۲۰/۸۰ رسیده و فاقد عوارض دارویی است درمان را ادامه دهید. از سالمند یا همراه وی در خصوص شیوه زندگی سؤال کنید در صورتی که عملکرد سالمند صحیح است وی را تشویق کنید، در غیر این صورت سالمند را مجدداً آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک نیز پسخوراند دهید که وی را ماهانه پیگیری کند و هر ۳ ماه یک بار به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. در صورتی که سالمند عوارض دارویی دارد، دارو را مطابق راهنمای درمان تغییر دهید و وی را یک ماه بعد پیگیری کنید.
 - در صورتی که فشارخون در سالمند بدون مصرف دارو و با حداکثر ۲ عامل خطر به فشارخون هدف یعنی کمتر از ۱۴۰/۹۰ نرسیده، درمان دارویی را برای وی شروع کنید. در صورتی که در سالمند با مصرف دارو به فشارخون هدف نرسیده یعنی در سالمند با بیش از ۲ عامل خطر فشارخون سیستولیک حداقل ۱۳۰ یا فشارخون دیاستولیک حداقل ۸۵ میلی متر جیوه و در سالمند با بیماری همراه، فشارخون سیستولیک حداقل ۱۲۰ یا فشارخون دیاستولیک حداقل ۸۰ 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.
۲. 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 ۳ ماه به شرح زیر پیگیری کنید:

۱. 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 ۱۲۰/۸۰ و در سالمند دارای بیش از ۲ عامل خطر به کمتر از ۱۳۰/۸۵ و در سالمند با حداکثر ۲ عامل خطر به کمتر از ۱۴۰/۹۰ رسیده و فاقد عوارض دارویی است درمان را ادامه دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک نیز پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و هر ۳ 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 ۲ عامل خطر فشارخون سیستمیک حداقل ۱۴۰ یا فشارخون دیاستولیک حداقل ۹۰ میلی متر جیوه و در سالمند با بیش از ۲ عامل خطر فشارخون سیستمیک حداقل ۱۳۰ یا فشارخون دیاستولیک حداقل ۸۵ میلی متر جیوه و در سالمند با یک بیماری، فشارخون سیستمیک حداقل ۱۲۰ یا فشارخون دیاستولیک حداقل ۸۰ 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.

۲. 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.

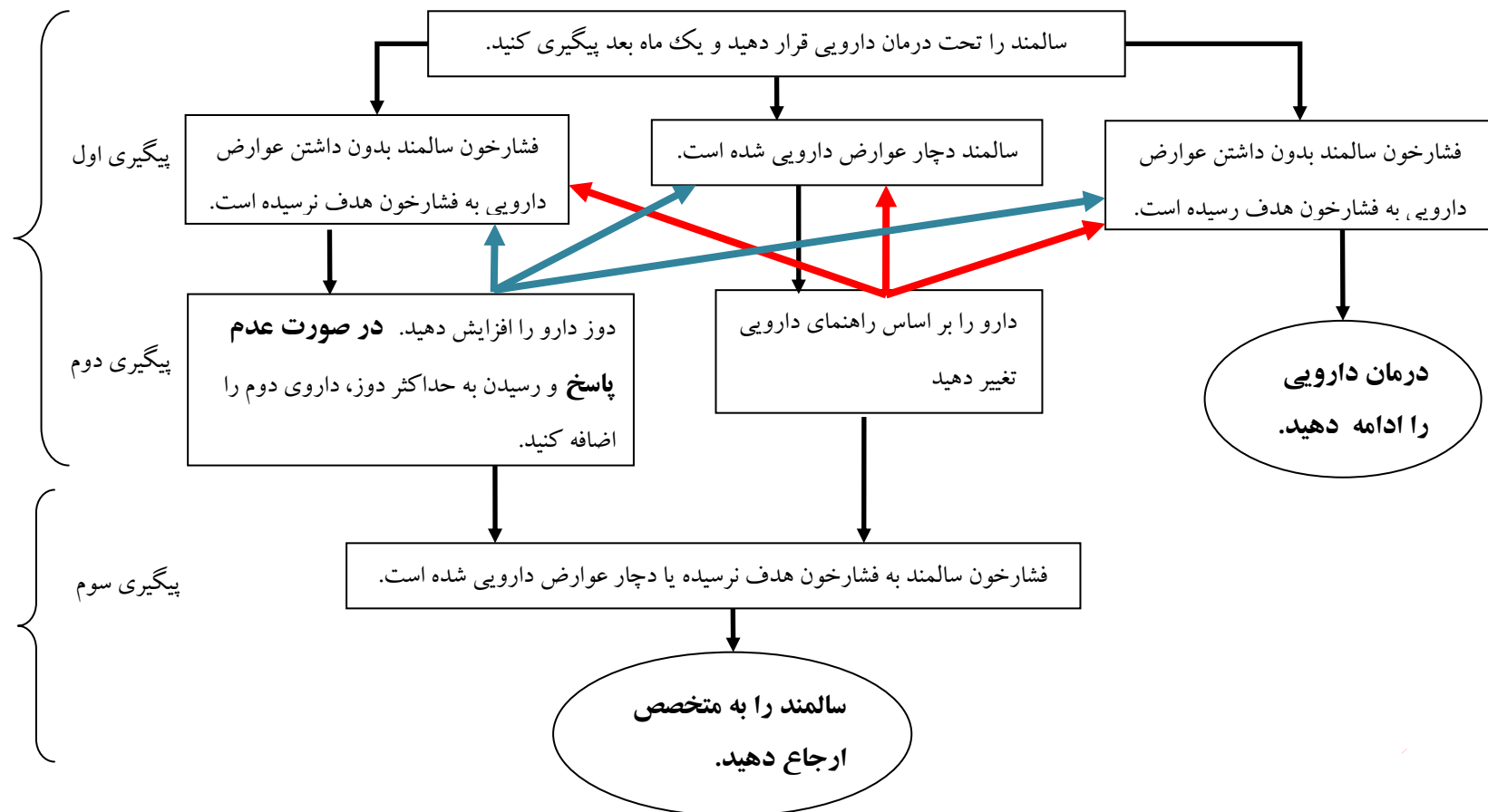
سالمند در معرض ابتلا به فشارخون بالا را پس از یک سال به شرح زیر پیگیری کنید:

۱. 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 ۱۲۰/۸۰ رسیده است، به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را سالانه پیگیری و ۳ 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 مجدداً آموزش دهید.
 - در صورتی که سالمند دارای فشارخون سیستمیک ۱۲۰ تا ۱۲۹ یا فشارخون دیاستول ۸۰ تا ۸۴ میلی متر جیوه و فاقد بیماری است، سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را هر ۳ 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 مجدداً آموزش دهید.
 - در صورتی که فشارخون سیستمیک سالمند ۱۳۰ تا ۱۳۹ یا فشارخون دیاستول ۸۵ تا ۸۹ میلی متر جیوه و فاقد بیماری و حداکثر ۲ عامل خطر است، سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را هر ۳ ماه یک بار پیگیری کند و سالانه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه سالمند مبتلا به بیماری یا دارای بیش از ۲ 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 مجدداً آموزش دهید.

- اگر فشارخون سیستولیک حداقل ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشارخون دیاستول حداقل ۹۰ 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 مجدداً آموزش دهید.

الگوریتم درمان فشارخون بالا



درمان دارویی فشارخون بالا

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

طبقه بندی و کنترل فشارخون

نیاز به شروع درمان دارویی با بیماری		نیاز به شروع درمان دارویی بدون بیماری		اصلاح شیوه زندگی	وضعیت فشارخون (میلی متر جیوه)
بیش از ۲ عامل خطر	حداکثر دو عامل خطر	بیش از ۲ عامل خطر	حداکثر دو عامل خطر		
خیر	خیر	خیر	خیر	در صورت نیاز	کمتر از ۸۰ / ۱۲۰
بلی	بلی	خیر	خیر	بلی	۸۴-۸۰ / ۱۲۹-۱۲۰
بلی	بلی	بلی	خیر	بلی	۱۰۹-۸۵ / ۱۷۹-۱۳۰
بلی	بلی	بلی	بلی	بلی	حداقل ۱۱۰ / ۱۸۰

• بیماری: نارسایی قلبی، سابقه MI، دیابت ملیتوس، اختلالات مزمن کلیه و سکته مغزی

• عوامل خطر: مصرف دخانیات، چاقی، دیس لیپیدمی

راهنمای درمان فشارخون بالا در سالمند

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

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
دیلتiazم (extended-release)	۳۶۰-۱۲۰ یک بار در روز	ادم و سردرد
وراپامیل	۲۴۰-۶۰ دو بار در روز	یبوست
وراپامیل (extended-release)	۳۶۰-۱۲۰ یک بار در روز	
دی هیدروپیریدین ها		سرگیجه، ادم مچ پا، گرگرفتگی، سردرد، هیپرتروفی لته
آملودیپین	۱۰-۲/۵ یک بار در روز	
نیفیدپین (extended-release)	۶۰-۳۰ یک بار در روز	

واژودیلاتورهای مستقیم

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

دیورتیک ها

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)	عوارض جانبی
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 هستند (safe, efficient)
کلروتiazید	۵۰۰-۱۲۵ یک بار در روز	
هیدروکلروتiazید	۲۵-۱۲/۵ 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	۴۰-۱۰ دو بار در روز	
دیورتیک های نگاه دارنده پتاسیم		هیپرکالمی، اختلالات گوارشی
آملورید	۱۰-۵ یک بار در روز یا ۵-۲/۵ دو بار در روز	
تریامترن	۱۰۰-۵۰ یک بار در روز یا ۵۰-۲۵ دو بار در روز	
بلوک کننده های رسپتور آلدوسترون		ژنیکوماستی، وقتی با داروهای افزایش دهنده پتاسیم (مهار کننده های ACE و بلوکرهای رسپتور آنژیوتانسین II) استفاده می شود، نیاز به مانیتور پتاسیم دارد.
اسپیرونولاکتون	۵۰-۲۵ یک بار در روز یا ۲۵-۱۲/۵ دو بار در روز	

مهار کننده های ACE

دارو	دوز به میلی گرم (حداقل و حداکثر)
کاپتوپریل	۵۰-۶/۲۵ دو بار در روز
انالاپریل	۴۰-۲/۵ یک بار در روز یا ۲۰-۱/۲۵ دو بار در روز
رامیپریل	۱۰-۱/۲۵ 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		سنگوپ با اولین دوز، طپش قلب، احتباس مایعات، اثرات آنتی کولینرژیک، افت فشارخون ارتوستاتیک، تکرر ادرار
پرازوسین	۵-۰/۵ دو بار در روز	در هیپروتروفی 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	۱۰۰-۲۵ یک بار در روز یا ۵۰-۱۲/۵ دو بار در روز	
پروپرانولول	۸۰-۲۰ دو بار در روز	
متوپرولول	۱۰۰-۵۰ دو بار در روز	

آنتاگونیست های آنژیوتانسین II

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

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

اصول کلی درمان دارویی فشارخون بالا

- انتخاب اولین گروه دارویی منتخب
- شروع با حداقل دوز دارویی و افزایش تدریجی دوز دارو به صورت ماهانه تا رسیدن به فشارخون هدف یا حداکثر دوز
- تغییر دارو در سالمند دچار عارضه دارویی بر اساس جداول فوق
- افزایش دوز داروی قبلی در سالمند بدون عارضه دارویی و پاسخ نداده به درمان
- اضافه کردن داروی منتخب دوم به سالمند با حداکثر دوز داروی مصرفی و پاسخ نداده به درمان

۶. پیگیری ماهانه سالمند دارای فشارخون کنترل نشده توسط پزشک
۷. پیگیری ماهانه سالمند دارای فشارخون کنترل شده توسط غیرپزشک و ۳ ماهانه توسط پزشک
۸. انتخاب دارو بر اساس راهنمای دارویی در سالمند با بیماری همراه و عوامل خطر
۹. ارجاع سالمند به متخصص در صورت پاسخ ندادن به درمان بر اساس راهنمای آموزشی در قسمت پیگیری
۱۰. تجویز دیورتیک های تیازیدی همراه با یک دیورتیک نگاه دارنده پتاسیم مانند تریامترن ۵۰ میلی گرم در روز
۱۱. استفاده از هیدرالازین معمولاً در ترکیب با یک بتا بلوکر یا وراپامیل برای پیشگیری از تکیکاردی

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.

مداخلات درمانی برای کنترل افت فشارخون وضعیتی

- کاهش دارو های آرام بخش؛
- حذف داروهای پایین آورنده فشارخون با عارضه جانبی افت فشارخون ارتوستاتیک مثل بلوکر های آلفا یک

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	• درمان غیر دارویی (تغذیه و تمرینات بدنی مناسب) را برای سالمند شروع کنید. • سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. • برای سالمند آزمایش چربی خون برای ۳ ماه بعد درخواست کنید.
• LDL مطلوب	فاقد مشکل	• به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ سال بعد مراقبت دوره ای کنید.

طبقه
بندی
کنید

جمع بندی کنید	بیماری ها	عوامل خطر	بررسی کنید
• سکت قلبی • یا آنژین • صدری • سکت مغزی • دیابت یا اختلال قند خون ناشتا	• مصرف دخانیات • فشار خون بالا یا سابقه آن • ابتلا به دیس لیپیدمی یا سابقه آن • چاقی • HDL کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر برای مردان یا کمتر از ۵۰ برای زنان	• میزان چربی های خون (کلسترول، LDL، HDL)	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)
با بیماری همراه یا بیش از دو عامل خطر	کمتر از ۱۰۰	۱۰۰ و بالاتر	حداقل ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر (۱۲۹-۱۰۰ با نظر پزشک)
با ۲ عامل خطر	کمتر از ۱۳۰	۱۳۰ و بالاتر	حداقل ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر (۱۵۹-۱۳۰ با نظر پزشک)
حداکثر یک عامل خطر	کمتر از ۱۶۰	۱۶۰ و بالاتر	حداقل ۱۹۰ میلی گرم در دسی لیتر (۱۸۹-۱۶۰ با نظر پزشک)

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

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها	جمع بندی کنید	بررسی کنید
• سالمند را به متخصص ارجاع غیرفوری 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"	بیماری ها • سکته قلبی • یا آنژین صدری • سکته مغزی • دیابت یا سابقه آن عوامل خطر • مصرف دخانیات • فشار خون بالا یا سابقه آن • ابتلا به دیس لیپیدمی یا سابقه آن • چاقی • HDL کمتر از ۴۰ میلی گرم در دسی لیتر برای مردان یا کمتر از ۵۰ برای زنان	• میزان چربی های خون (کلسترول، LDL, HDL) • تعیین آنزیم های کبدی
• 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	• LDL نامطلوب و آنزیم های کبدی در حد طبیعی یا افزایش یافته در حد مجاز		
• 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 ۶ ماه بعد پیگیری کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ۳ ماهانه سالمند را پیگیری کند.	احتمال پایین ابتلا به بیماری قلبی عروقی	• LDL مطلوب و آنزیم های کبدی طبیعی یا افزایش یافته در حد مجاز		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 ۱۰۰	۱۰۰ و بالاتر	حداقل ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر (۱۲۹-۱۰۰ با نظر پزشک)
۲ عامل خطر	کمتر از ۱۳۰	۱۳۰ و بالاتر	حداقل ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر (۱۵۹-۱۳۰ با نظر پزشک)
حداکثر یک عامل خطر	کمتر از ۱۶۰	۱۶۰ و بالاتر	حداقل ۱۹۰ میلی گرم در دسی لیتر (۱۸۹-۱۶۰ با نظر پزشک)

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 ۶۰ 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 ۱۰۰	۱۰۰ و بالاتر	حداقل ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر (۱۲۹-۱۰۰ با نظر پزشک)
سالمند دارای دو عامل خطر و نبود بیماری	کمتر از ۱۳۰	۱۳۰ و بالاتر	حداقل ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر (۱۵۹-۱۳۰ با نظر پزشک)
سالمند فاقد بیماری و یک یا هیچ عامل خطر	کمتر از ۱۶۰	۱۶۰ و بالاتر	حداقل ۱۹۰ میلی گرم در دسی لیتر (۱۸۹-۱۶۰ با نظر پزشک)

سالمند با LDL نامطلوب 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 را برای

۳ ماه بعد در خواست و سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و پس از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

سالمند با LDL مطلوب 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 ۳ سال بعد مراقبت دوره ای کند.

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

سالمند با LDL نامطلوب و "افزایش غیر مجاز آنزیم های کبدی یا حداکثر دوز داروی مصرفی" 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.

سالمند با LDL نامطلوب و آنزیم های کبدی در حد طبیعی یا افزایش یافته در حد مجاز 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 درخواست و یک ماه بعد نیز وی را پیگیری کنید.

سالمند با LDL مطلوب و آنزیم های کبدی در حد طبیعی یا افزایش یافته در حد مجاز 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 ۶ ماه بعد درخواست و وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک نیز پسخوراند دهید که سالمند را هر ۳ ماه پیگیری و پس از ۶ 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 ۳ ماه بعد درخواست و وی را ۳ ماه بعد نیز پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و پس از ۳ 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 ۶ ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و ۶ ماه بعد نیز پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماه یک بار پیگیری کند و ۶ 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 ۳ 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 ۶ ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و سالمند را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماه یک بار پیگیری کند و ۶ 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 بر اساس جدول مطلوبیت LDL 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 ۶ 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 ۶ ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و ۶ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماه یک بار پیگیری کند و ۶ ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. چنانچه آنزیم های کبدی افزایش مجاز دارند برای سالمند به تاریخ ۳ ماه بعد آزمایش چربی های خون و آنزیم های کبدی را درخواست و ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهه پیگیری کند و ۳ 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

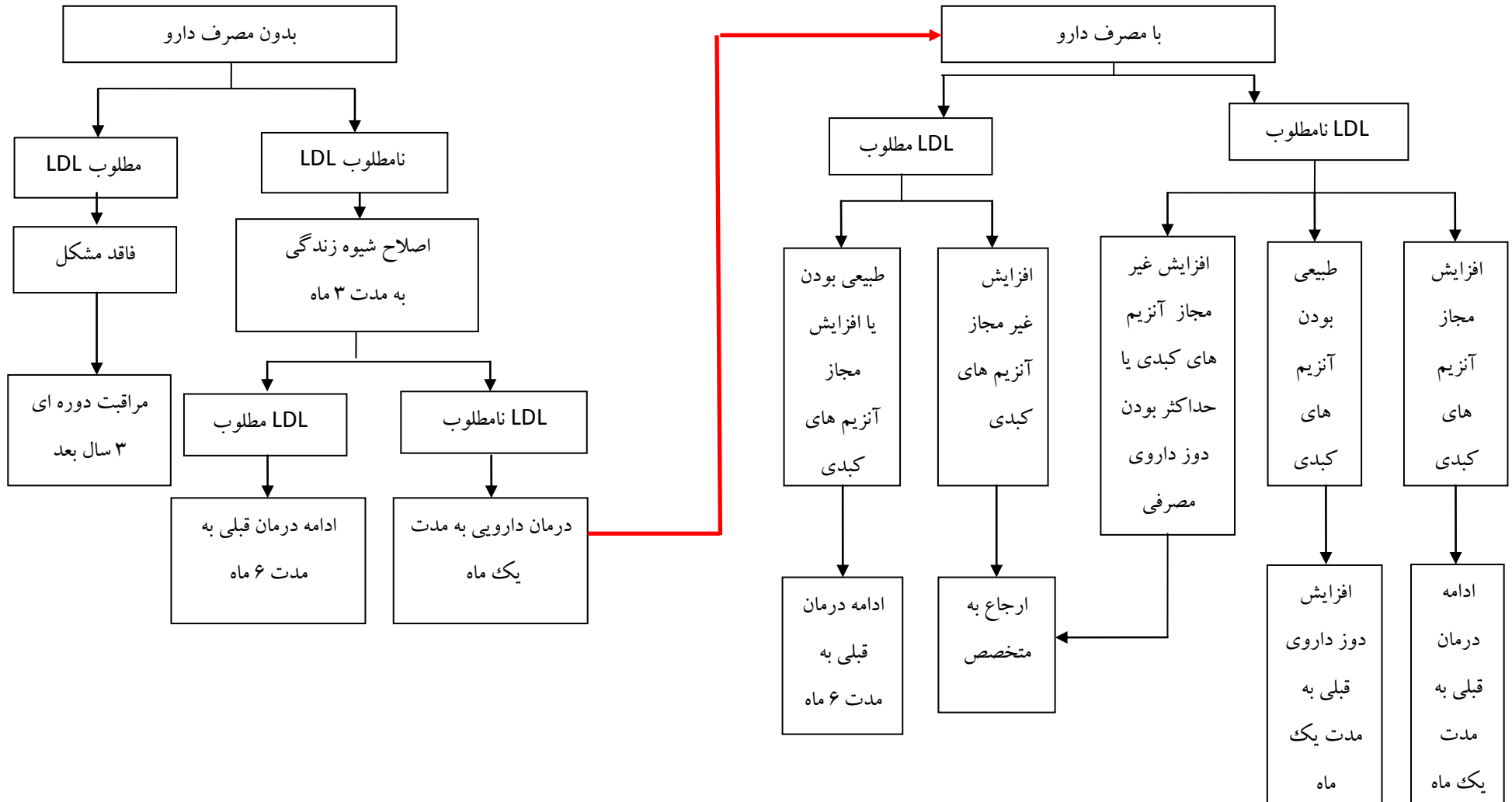
سؤال کنید. چنانچه عملکرد سالمند صحیح است، سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجدد آموزش دهید. **دقت کنید** چنانچه داروی مصرفی در حداکثر دوز است، سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

- 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.

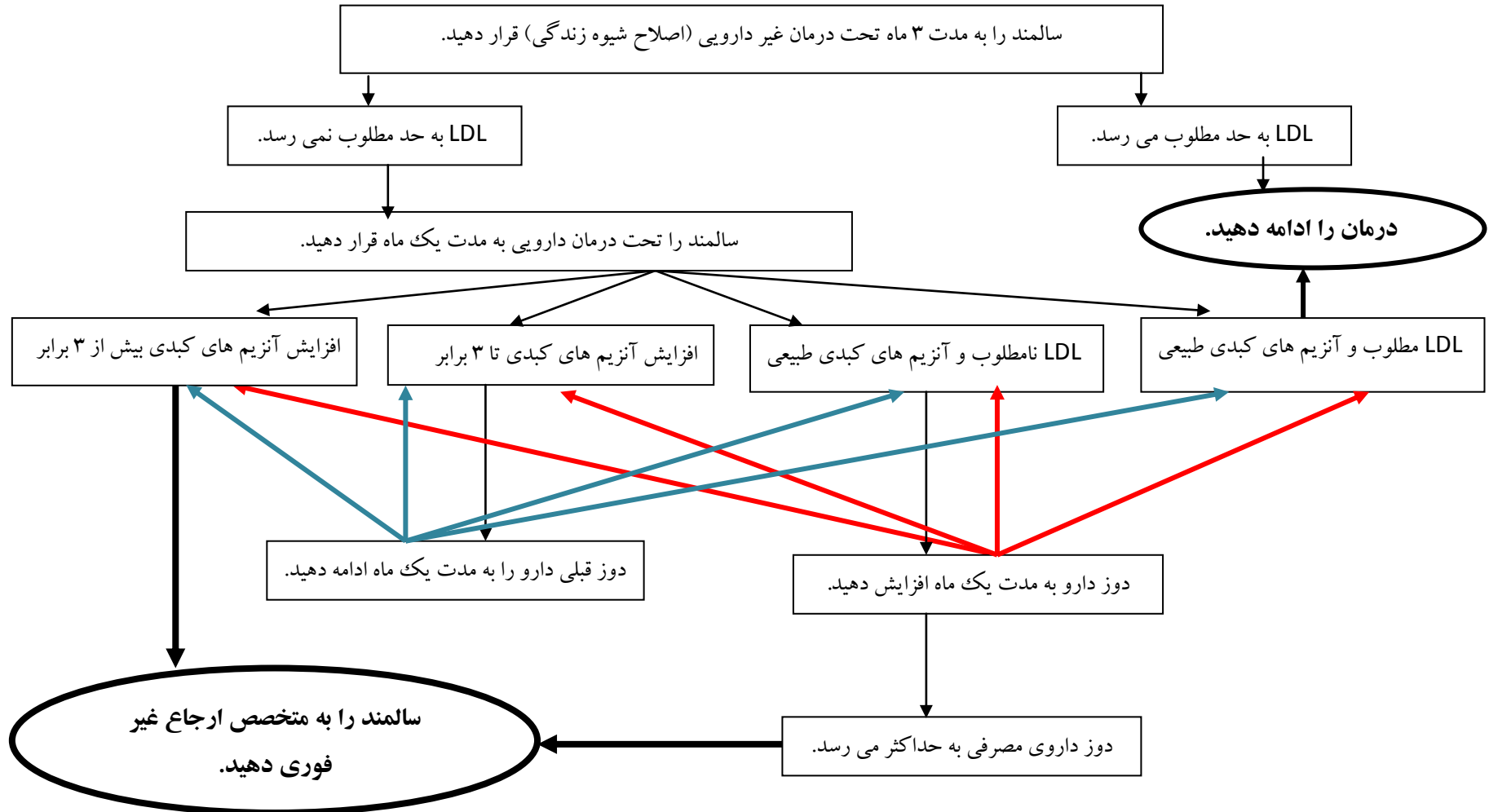
درمان اختلال چربی خون

برای درمان دارویی از دارو های پایین آورنده LDL مثل استاتین ها با دوز ۱۰ میلی گرم در روز استفاده کنید. دوز دارو را در صورت نیاز تدریجی و با حداقل دوز (۱۰ میلی گرم) افزایش دهید. چنانچه LDL به درمان پاسخ می دهد و بدون افزایش یا افزایش مجاز آنزیم های کبدی به حد مطلوب می رسد، دارو را با اندازه گیری آنزیم های کبدی با فواصل ۶ 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 ۳ 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 (۸۰ 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

۱. مصرف بیش از سه قلم دارو در روز - بلی (۰) - خیر (۱)	۴. مصرف حداقل دو سهم میوه و سبزی در روز - بلی (۱) - خیر (۰)
۲. مصرف وعده های غذا در روز - سه وعده (۲) - دو وعده (۱) - یک وعده (۰)	۵. مصرف نوشیدنی در روز (آب، آب میوه، چای، شیر، شربت و.....) کمتر از ۳ لیوان (۰) ۳-۵ لیوان (۰/۵) بیش از ۵ لیوان (۱)
۳. مصرف: • یک سهم لبنیات در روز - بلی - خیر • انواع گوشت در روز - بلی - خیر • حداقل دو سهم حبوبات و یا دو عدد تخم مرغ در هفته - بلی - خیر حداکثر یک بلی = (۰) دو بلی = (۱) سه بلی = (۲)	۶. تغذیه سالمند از دیدگاه خود سوء تغذیه دارد (۰) نمی داند (۱) مشکل تغذیه ندارد (۲) ۷. مقایسه وضعیت سلامتی خود با دیگر سالمندان بدتر (۰) نمی داند (۰/۵) مشابه دیگران (۱) بهتر از دیگران (۲) ۸. اندازه گیری پیرامون وسط بازو کمتر از ۲۱ (۰) ۲۱-۲۱/۹ (۰/۵) ۲۲ و بیشتر (۱) ۹. اندازه گیری پیرامون ساق پادر قطورترین قسمت کمتر از ۳۱ (۰) ۳۱ و بیشتر (۱)
امتیاز کل = ۱۳	امتیاز سالمند =

طبقه
بندی
کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• امتیاز کمتر از ۵	مشکل (ابتلا به لاغری)	• سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید.
• امتیاز ۵-۱۱	در معرض ابتلا به لاغری	• به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب و مصرف مرتب مولتی ویتامین را آموزش دهید. • سالمند را بعد از ۳ ماه پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند.
• امتیاز بیش از ۱۱	فاقد مشکل	• به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه پیگیری و بس از یک سال به پزشک ارجاع دهد

فصل دوم: اختلالات تغذیه ای / لاغری

سالمند با احتمال ابتلا به لاغری را شرح 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 ۳ 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 ۲ قلم دارو محسوب می شوند.

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

مصرف: چنانچه سالمند حداقل یک سهم لبنیات (یک لیوان شیر و یا یک لیوان ماست) در روز و حداقل یک سهم گوشت (به اندازه دو قوطی کبریت و یا دو تکه خورشی گوشت سفید یا قرمز) در روز و حداقل دو سهم حبوبات (یک لیوان حبوبات خام یا ۲ لیوان حبوبات پخته شده) یا بجای آن دو عدد تخم مرغ در هفته مصرف می کند دو امتیاز و در صورتی که دوسهم 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 (۲ لیوان میوه ریز مثل آلبالو، گیلان، انگور و... یا ۲ عدد میوه متوسط مثل مرکبات، سیب، هلو و... یا ۴ عدد میوه کوچک مثل زردآلو، انجیر و... یا نصف طالبی متوسط) و دو سهم از سبزیجات (یک لیوان سبزیجات پخته شده یا ۲ 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 ۶ لیوان مایعات در روز می نوشد امتیاز یک، اگر بین ۳ تا ۵ لیوان مایعات در روز دریافت کند امتیاز ۰/۵ و اگر کمتر از ۳ لیوان مایعات در روز مصرف کند امتیاز صفر می گیرد.

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

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

اندازه گیری پیرامون وسط بازو و پیرامون ساق پا: پیرامون وسط بازو را در حد فاصل بین شانه و آرنج و پیرامون ساق پا را در قطور ترین قسمت ساق پا اندازه گیری کنید. به اندازه های دریافتی بر طبق جدول فوق امتیاز دهید.

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:

سالمند با امتیاز کمتر از ۵ 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.

سالمند با امتیاز ۵-۱۱ در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به لاغری**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب را آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و بعد از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.

سالمند با امتیاز بیش از ۱۱ در طبقه بندی "**فاقد مشکل لاغری**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در مورد تغذیه مناسب آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ 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 ۳ 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 ۴ 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 ۳ ماه پیگیری کنید:

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

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

- سالمند با امتیاز ۵ تا ۱۱ را که در مقایسه با ۳ ماه قبل امتیاز وی ثابت مانده و یا افزایش یافته است ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و ۳ ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. سالمند با امتیاز ۵ تا ۱۱ را که در مقایسه با ۳ ماه قبل امتیاز وی کاهش یافته است ۳ ماه بعد پیگیری کنید. 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.

- سالمند با امتیاز کمتر از ۵ را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

- سالمند با امتیاز بیش از ۱۱ را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه پیگیری کند و ۶ 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.

۲. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند ۲۲ و بالاتر است وی را ۶ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه پیگیری کند و وی را ۶ 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.

فصل دوم- اختلالات تغذیه ای/ چاقی

جمع بندی کنید		برای سالمند با نمایه توده بدنی حداقل ۳۰ اقدام کنید
عوامل خطر	بیماری ها	درخواست آزمایشات BUN و کراتینین
• مصرف دخانیات • فشارخون بالا • یا سابقه آن • اختلالات چربی یا سابقه آن	• سابقه سکته قلبی • سکته مغزی • دیابت یا سابقه آن • نفروپاتی	

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴/۹ • به همراه یک عامل خطر یا یک بیماری یا • نمایه توده بدنی ۳۵ یا بالاتر بدون عامل خطر و بدون بیماری	مشکل (چاقی درجه ۲ یا ۳)	• سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید.
• نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴/۹ • بدون عامل خطر و • بدون بیماری	در معرض ابتلا به چاقی درجه ۲	• به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. • سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند.

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:

سالمند با "نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴/۹ به همراه حداقل یک بیماری یا یکی از عوامل خطر "یا" دارای نمایه توده بدنی حداقل ۳۵ بدون بیماری و بدون عامل خطر" در طبقه بندی "مشکل (سوء

تغذیه چاقی درجه ۲ یا ۳)" قرار می گیرد. سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

سالمند با نمایه توده بدنی ۳۰-۳۴/۹ و بدون بیماری و بدون عامل خطر در طبقه بندی "در معرض ابتلا به چاقی درجه ۲" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را

آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و بعد از ۳ 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 ترجیحا 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 ۳ 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 ۲ را پس از ۳ ماه پیگیری کنید:

- از سالمند در خصوص عوامل خطر و بیماری های همراه چاقی سؤال کنید. وزن سالمند را اندازه گیری کنید و نمایه توده بدنی سالمند را محاسبه کنید:
 ۱. سالمند با نمایه توده بدنی ۳۴/۹-۳۰ و بدون عامل خطر و بیماری را ۳ ماه بعد پیگیری کنید و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و ۳ ماه بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد. سالمند را تا رسیدن به نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ هر ۳ ماه یک بار پیگیری 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.
 ۲. سالمند با نمایه توده بدنی ۳۴/۹-۳۰ و حداقل یک عامل خطر یا یک بیماری همراه **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.
 ۳. سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰ را هر ۶ ماه یک بار پیگیری کنید و و به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ ماهانه پیگیری کند و ۶ 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.
 ۴. در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند حداقل ۳۵ است **سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید**.

فصل سوم- دیابت (بدون مصرف دارو)

جمع بندی کنید	عوارض زیر را از سالمند مبتلا به دیابت سؤال و بررسی کنید
• نمایه توده بدنی	
• اقدام کنید	
• در خواست آزمایش قند خون ناشتا	• اختلالات حسی در انتهاها و نوروپاتی • ابتلا به اسهال، یبوست و یا تهوع و استفراغ متناوب
• در خواست مجدد آزمایش قند خون ناشتا برای سالمند با قند خون ناشتای حداقل ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر	• افت فشارخون وضعیتی • پاها از نظر وجود تاول، بریدگی و یا خراش • رتینوپاتی و اختلالات بینایی • آریتمی و ایسکمی قلبی
برای سالمند مبتلا به دیابت اقدام کنید	
• درخواست آزمایش ادرار از نظر وجود پروتئین	

طبقه
بندی
کنید

نشانها	طبقه بندی	توصیه ها
- عارضه دیابت یا لاغری و - دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتا حداقل ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر	- دیابت با - عارضه یا - وابسته به - انسولین)	- 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 کرده و آموزش دهید.
- بدون عارضه دیابت و - غیر لاغر و - دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتا حداقل ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر	- در معرض - ابتلا به دیابت - باعارضه	- 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 حداقل ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر تحت درمان دارویی و قند خون ناشتای کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر را تحت درمان غیر دارویی به مدت ۳-۱ ماه قرار دهید. - آزمایش قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از غذا را درخواست و سالمند را ۱ تا ۳ ماه بعد پیگیری کنید.
آزمایش قند خون ناشتا ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر	- در معرض - ابتلا به دیابت	- به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. - به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند هر ۶ ماه پیگیری کند و یک سال بعد به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.
آزمایش قند خون ناشتای سالمند کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر	- فاقد مشکل (عدم ابتلا به - دیابت)	- به سالمند و همراه وی فعالیت بدنی و تغذیه مناسب را آموزش دهید. - سالمند را به مراجعه با بروز عامل خطر یا ۳ سال بعد تشویق کنید.

سالمند بدون سابقه ابتلا به دیابت و بدون مصرف داروی پایین آورنده قند خون با دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتای حداقل ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر دیابتیک تلقی می گردد.

فصل سوم- دیابت (با مصرف دارو)

طبقه بندی کنید

جمع بندی کنید	عوارض زیر را از سالمند مبتلا به دیابت سؤال و بررسی کنید	
	• نمایه توده بدنی	
درخواست 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	
	- آزمایش قند خون ناشتا - آزمایش ادرار از نظر پروتئین	
نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
- عارضه دیابت یا لاغری و - اولین آزمایش قند خون ناشتا حداقل ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر	مشکل (دیابت) با عارضه یا وابسته به انسولین)	- 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 کرده و آموزش دهید.
- بدون عارضه دیابت و غیر لاغر و - اولین آزمایش قند خون ناشتا حداقل ۱۴۰ 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. - آزمایش قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از غذا را درخواست و سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
- بدون عارضه دیابت و غیر لاغر و - اولین آزمایش قند خون ناشتا حداکثر ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر	در معرض ابتلا به دیابت کنترل نشده	- چنانچه قند خون ناشتا ۱۴۰-۷۰ میلی گرم در دسی لیتر است درمان را ادامه دهید و آزمایش قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از غذا را برای ۳ ماه بعد درخواست و سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. - در صورت وجود قند خون ناشتای کمتر از ۹۰ میلی گرم در دسی لیتر به همراه علائم هیپوگلیسمی دوز دارو را کاهش دهید. - چنانچه قند خون ناشتا کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر است با یا بدون 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 ۱۲۶ 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:

۱. 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 ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر
۲. سالمند با سابقه ابتلا به دیابت و مصرف داروی پایین آورنده قند خون با هر میزانی از قند خون ناشتا حتی کمتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر

برای سالمند مبتلا به دیابت آزمایش کامل ادرار از نظر وجود پروتئین را درخواست کنید.

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:

سالمند با دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتای سالمند حداقل ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و عارضه دیابت مثل درگیری اعصاب محیطی (پای دیابتیک)، اعصاب اتونوم، قلب، کلیه و چشم یا لاغری 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.

سالمند با دومین آزمایش متوالی قند خون ناشتای سالمند حداقل ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و فاقد عارضه دیابت و لاغری در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به دیابت با عارضه (دیابت بدون عارضه)**" قرار می گیرد. دقت کنید چنانچه دومین قند خون ناشتای وی حداقل ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است درمان دارویی را به مدت یک ماه و در صورتی که کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در

دسی لیتر است درمان غیر دارویی را برای وی به مدت ۱ تا ۳ ماه 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 ۳-۱ ماه بعد پیگیری کنید و به تاریخ ۳-۱ ماه بعد برای وی آزمایش قند خون ناشتا را درخواست کنید.

سالمند دارای قند خون ناشتای ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر 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.

سالمند دارای قند خون ناشتای کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر 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 ۳ 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:

سالمند مبتلا به یکی از عوارض دیابت مثل درگیری اعصاب محیطی (پای دیابتیک)، اعصاب اتونوم، قلب، کلیه و چشم یا لاغری 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 طبقه **"در معرض ابتلا به دیابت با عارضه و کنترل نشده"** درمان کنید.

سالمند فاقد پاسخ مطلوب به درمان یعنی آزمایش قند خون ناشتای وی حداقل ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر و فاقد عارضه دیابت و غیر لاغر در طبقه بندی **"در معرض ابتلا به دیابت با عارضه (دیابت کنترل نشده)"** 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.

سالمند با پاسخ مطلوب به درمان یعنی آزمایش قند خون ناشتای کمتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر فاقد عارضه دیابت و غیر لاغر در طبقه بندی **"در معرض ابتلا به دیابت کنترل نشده"**

قرار می گیرد. در صورتی که قند خون ناشتا حداقل ۹۰ میلی گرم در دسی لیتر است درمان را ادامه دهید و به تاریخ ۳ ماه بعد برای سالمند آزمایش قند خون درخواست کنید و ۳ ماه بعد وی را پیگیری کنید. چنانچه قند خون ناشتا ۹۰-۷۰ 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 ۳ ماه بعد پیگیری کنید. چنانچه قند خون ناشتا کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر دوز داروی مصرفی را با یا بدون علائم هیپوگلیسمی کاهش دهید و سالمند را یک 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:

۱. کنترل وزن در صورت داشتن اضافه وزن

۲. تغذیه مناسب:

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

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

۳. ورزش و فعالیت های بدنی

افزایش فعالیتهای 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 ۳ ماه به شرح زیر پیگیری کنید

سالمند را با توجه به نتایج آزمایش قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از غذا به شرح زیر پیگیری کنید:

- برای سالمند با پاسخ مطلوب به درمان غیر دارویی یا دارویی یعنی قند خون ناشتای بین ۹۰ و کمتر از ۱۴۰ و قند خون ۲ ساعت پس از غذا کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر، درمان قبلی (غیر دارویی یا دارویی) را ادامه دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. از تیم غیر پزشک بخواهید سالمند را ماهانه پیگیری کند و پس از ۳ 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 مجدداً آموزش دهید.
- چنانچه پاسخ سالمند به درمان غیر دارویی و دارویی نامطلوب است یعنی قند خون ناشتا حداقل ۱۴۰ یا قند خون ۲ ساعت پس از غذا حداقل ۲۰۰ 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. برای سالمند آزمایش قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از غذا را برای یک ماه بعد درخواست 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 مجدداً آموزش دهید.
- چنانچه قند خون ناشتای سالمند تحت درمان دارویی بین ۷۰ تا ۹۰ در صورت وجود علائم هیپوگلیسمی دوز شب را کاهش و در صورت نبود علائم هیپوگلیسمی دوز شب را بدون تغییر ادامه دهید، چنانچه این سالمند دارای قند خون ۲ ساعت پس از غذا حداقل ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است و چنانچه قند خون ۲ ساعت پس از غذا بین ۱۴۰ تا ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است دوز صبح را بدون تغییر ادامه دهید و چنانچه قند خون ۲ ساعت پس از غذا بین ۹۰ تا ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر است در صورت وجود علائم هیپوگلیسمی دوز صبح را کاهش و بدون علائم هیپوگلیسمی دوز صبح را بدون تغییر ادامه دهید و چنانچه قند خون ۲ ساعت پس از غذا کمتر از ۹۰ میلی گرم در دسی لیتر است دوز صبح را کاهش دهید. در مواردی که دوز دارو تغییر می یابد برای یک ماه بعد و چنانچه دوز دارو تغییر نمی یابد برای ۳ ماه بعد آزمایش قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از غذا را درخواست و سالمند را پیگیری 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 مجدداً آموزش دهید.
- در صورتی که قند خون ناشتا کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر است در هر حال دوز شب را کاهش دهید برای این سالمند چنانچه قند خون ۲ ساعت پس از غذا حداقل ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است دوز صبح را افزایش ندهید و چون ممکن است واکنشی به قند خون ناشتای کمتر از ۷۰ باشد برای یک ماه بعد آزمایش قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از غذا را درخواست و وی را پیگیری کنید. چنانچه قند خون ۲ ساعت پس از غذای این سالمند کمتر از ۲۰۰ است مشابه فوق عمل 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. در مواردی که دوز دارو تغییر می یابد برای یک ماه بعد و چنانچه دوز دارو تغییر نمی یابد برای ۳ ماه بعد آزمایش قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از غذا را درخواست و سالمند را پیگیری کنید.

- **دقت کنید چنانچه سالمند به حداکثر دوز داروی دوم نیز پاسخ مطلوب نمی دهد و قند خون ناشتا حداقل ۱۴۰ 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 ۲۰۰ 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 ۲۰۰ 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 ۹۰ میلی گرم در دسی لیتر می رسد. ضمن کاهش دوز دارو 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 و در صورت نرمال بودن دوز دارو را تعدیل کنید.

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

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

- در صورتی که قند خون ناشتای سالمند ۱۲۵-۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است سالمند را یک سال بعد پیگیری کنید. از تیم غیر پزشک بخواهید سالمند را ۳ 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 ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر است آزمایش قند خون ناشتا و ۲ ساعت پس از غذا را درخواست کنید چنانچه در نوبت دوم نیز حداقل ۱۲۶ یا ۲ ساعت پس از غذا حداقل ۲۰۰ 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 ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است سالمند را به مراجعه در ۳ سال بعد تشویق کنید. از تیم غیر پزشک بخواهید سالمند را سالانه پیگیری کند و پس از ۳ 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 مجدداً آموزش دهید.

درمان سالمند در معرض ابتلا به دیابت با عارضه

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

۱. سولفونیل اوره ها مثل گلی بن کلامید

۲. بیگوانیدین ها مثل متفورمین

برای افراد غیر چاق (نمایه توده بدنی کمتر از ۳۰) از سولفونیل اوره ها مثل گلی بن کلامید استفاده کنید. به صورت قرص های ۵ میلی گرمی در بازار موجود است. می توانید درمان را به صورت تک دوز با ۱/۴ تا ۱ قرص گلی بن کلامید در روز شروع کنید. حداکثر دوز مصرفی در روز ۲۰ میلی گرم (۴ قرص) است. دوز های روزانه ۱۰ میلی گرم و یا بیشتر را حداقل در دو نوبت در روز تجویز کنید و بهتر است ۵ دقیقه قبل از غذا مصرف شود. مهمترین عارضه این دارو هیپوگلیسمی است به همین جهت این دارو را در سالمندان و کسانی که نفروپاتی دارند با احتیاط مصرف کنید. برای افراد چاق (نمایه توده بدنی مساوی و یا بیش از ۳۰) از بیگوانیدین ها مثل متفورمین استفاده کنید. به صورت قرص های ۵۰۰ میلی گرمی در بازار موجود است. می توانید درمان را با نصف قرص (۲۵۰ میلی گرم) دو تا سه بار در روز شروع کنید. حداکثر دوز مصرفی در روز ۳۰۰۰-۲۵۰۰ میلی گرم (۶-۵ قرص) است. برای جلوگیری از عوارض گوارشی، دارو با غذا و یا چند دقیقه پس از آن مصرف شود. عوارض دارویی این گروه به شرح زیر است:

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

۲. اختلال در جذب ویتامین B₁₂

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

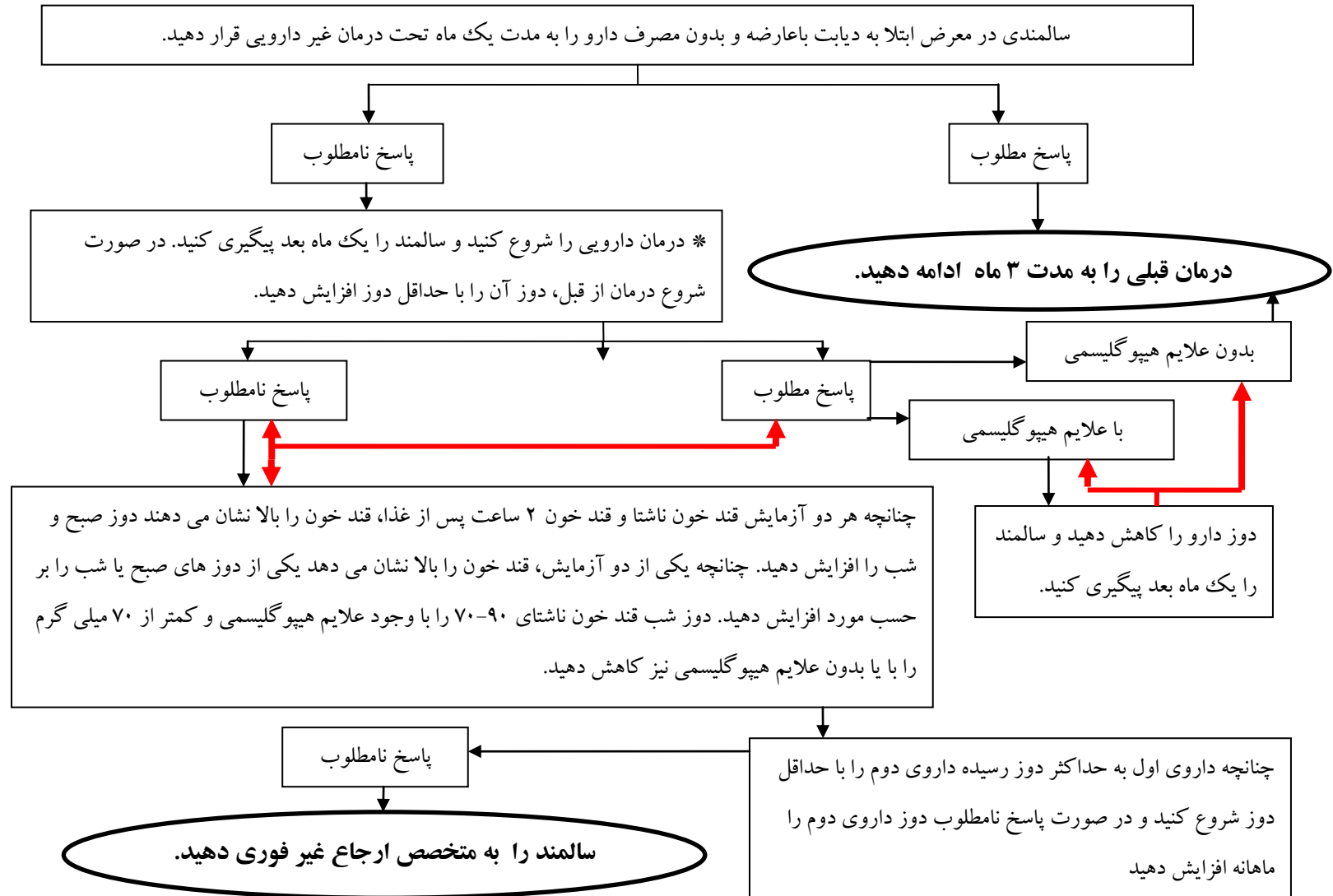
افزایش مصرف دارو ها باید تدریجی و در عرض ۴-۲ هفته پس از شروع درمان باشد.

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

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

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

الگوریتم درمانی دیابت باعارضه



پاسخ مطلوب: قند خون ناشتای ۱۳۹-۹۰ و قند خون ۲ ساعت پس از غذا ۱۹۹-۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر

***دقت کنید** سالمند با مصرف دارو را از محل "درمان دارویی را شروع کنید و سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید. در صورت شروع درمان از قبل افزایش دهید" شروع کنید.

فصل چهارم - اختلالات بینایی و شنوایی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• نشانه یا • تست نجوای غیر طبیعی	مشکل (اختلال بینایی یا شنوایی)	• 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 گوشتی به میزان ۲ تا ۳ 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.
• بدون نشانه	فاقد مشکل	• به سالمند و همراه وی نحوه مراقبت از شنوایی و بینایی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را سال بعد مراقبت دوره ای کند.

طبقه
بندی
کنید

جمع بندی کنید	در سالمند با مشکل شنوایی بررسی کنید
• کاهش بینایی • کاهش شنوایی • عدم توانایی خواندن با یا بدون عینک (سالمند با سواد) • تست نجوای غیر طبیعی	• وجود جرم در گوش خارجی

فصل ۴: 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 مسدود شده 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 ۲ تا ۳ 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، سنجاق، 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، اسفناج، انبه، کدو حلوائی، زرد آلو
به صورت فتیله در آوردن گوشه یک دستمال نخی و قرار دادن آن در ابتدای مجرای گوش برای جذب شدن آب و خشک شدن مجرا	

فصل پنجم- اختلالات روانی / افسردگی

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• امتیاز حداقل ۲ و • T4 یا TSH غیر طبیعی	مشکل	• سالمند را به متخصص ارجاع غیر فوری دهید. • به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید.
• امتیاز حداقل ۲ و • T4 یا TSH طبیعی	در معرض ابتلا به افسردگی شدید	• به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. • سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
• امتیاز یک	در معرض ابتلا به افسردگی	• به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. • سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید.
• امتیاز صفر	فاقد مشکل	• به سالمند و همراه وی راه های کنترل استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را سال بعد مراقبت دوره ای کند.

طبقه
بندی
کنید

احساس سالمند را در ۲ هفته اخیر از سالمند سؤال کنید		
۱. احساس پوچی	بلی *	خیر
۲. احساس دلشوره و نگرانی در اکثر اوقات	بلی *	خیر
۳. احساس رضایت از زندگی بطور کلی	بلی	خیر *
۴. احساس شادی در غالب اوقات	بلی	خیر *
جمع امتیازات		
برای سالمند با امتیاز ۲ یا بالاتر اقدام کنید		
درخواست آزمایش T4 و TSH در صورت امکان		

دقت کنید به ازای هر پاسخ ضربدر 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

سالمند "با امتیاز ۲ یا بالاتر و T4 یا TSH غیر طبیعی" در طبقه بندی "مشکل" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را به متخصص ارجاع غیرفوری دهید.

سالمند با امتیاز ۲ یا بالاتر در طبقه بندی "در معرض ابتلا به افسردگی شدید (ابتلا به افسردگی)" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.

سالمند با امتیاز یک در طبقه بندی "در معرض ابتلا به افسردگی" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های مقابله با استرس و تمرینات آرام سازی را آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید.

سالمند با امتیاز صفر 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. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کند. به تیم غیر بز شک پسخوراند دهید که سالمند را یک سال بعد مراقبت دوره ای کند.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با افسردگی (درمان غیر دارویی):

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 و انجام تمرینات آرام سازی همانگونه که در بخش بیماری های قلب و عروق آمده است

برای آموزش تمرینات آرام سازی از جلد ۴ راهنمای بهبود شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی بنام زندگی فعال صفحات ۲۳-۱۹ استفاده کنید.

پیگیری

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

نشانه های افسردگی را بر طبق جدول ارزیابی از سالمند سؤال کنید:

۱. برای سالمندی که به درمان غیر دارویی پاسخ نداده یا پاسخ نسبی داده است یعنی امتیاز قبلی کاهش نیافته و یا در صورت کاهش به کمتر از ۲ نرسیده است درمان دارویی را شروع کنید. از سالمند در خصوص شیوه زندگی و عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد سالمند را به ادامه درمان تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید. سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
 ۲. سالمندی را که به درمان غیر دارویی پاسخ داده است یعنی امتیاز دریافتی وی به کمتر از ۲ رسیده است ۳ ماه بعد پیگیری کنید. از سالمند در خصوص شیوه زندگی و عمل به توصیه ها سؤال کنید چنانچه سالمند عملکرد صحیحی دارد سالمند را به ادامه عمل تشویق کنید در غیر این صورت وی را مجددا آموزش دهید.
- دقت کنید** چنانچه سالمند در پایان جلسات پیگیری علیرغم افزایش دوز دارو به حداکثر مقدار مجاز آن (۴۰ میلی گرم در روز) به درمان پاسخ نداده یعنی امتیاز وی به کمتر از ۲ نرسیده است وی را به **روانپزشک ارجاع غیر فوری** دهید.

درمان

برای درمان دارویی ابتدا از داروی فلوکستین ۱۰ میلی گرم روزانه در هفته بعد از صبحانه شروع کنید و در صورت عدم پاسخ پس از ۴ هفته به ۲۰ میلی گرم در روز و در صورت عدم پاسخ به دوز ۲۰ میلی گرم پس از ۴ هفته به ۴۰ میلی گرم (یک عدد پس از صبحانه و یک عدد پس از ناهار) افزایش دهید. در صورت برخورد با عوارض دارویی غیر قابل کنترل از نور تریپتیلین یک قرص ۲۵ میلی گرمی در شب به مدت ۳ شب و پس از آن دو قرص (۵۰ میلی گرم) استفاده کنید.

در زمان درمان به مورد زیر دقت کنید:

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

عوارض دارویی فلوکستین

عارضه گوارشی (درد، نفخ، تهوع و اسهال)

بیقراری و اضطراب (شایع ترین عارضه در سالمندان)

خواب آلودگی

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

۱. دوز دارو را به نصف کاهش دهید.

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

در صورت بروز عارضه بیقراری و اضطراب ابتدا دوز دارو را کاهش دهید و در صورت عدم پاسخ پس از یک ماه برای سالمند ۵ تا ۱۰ میلی گرم کلردiazپوکساید 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 دارو های ضد

افسردگی سه حلقه ای (نور تریپتیلین، آمی تریپتیلین، ایمی پرامین، دزیپرامین و تریمپرامین) با حداقل دوز استفاده کنید. **دقت کنید دارو های 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 ۴ عارضه اول دوز دارو را کاهش دهید در صورتی که عوارض یاد شده به کاهش دوز دارو جواب می دهد عوارض قابل کنترل اطلاق می گردد. در این شرایط درمان دارویی را

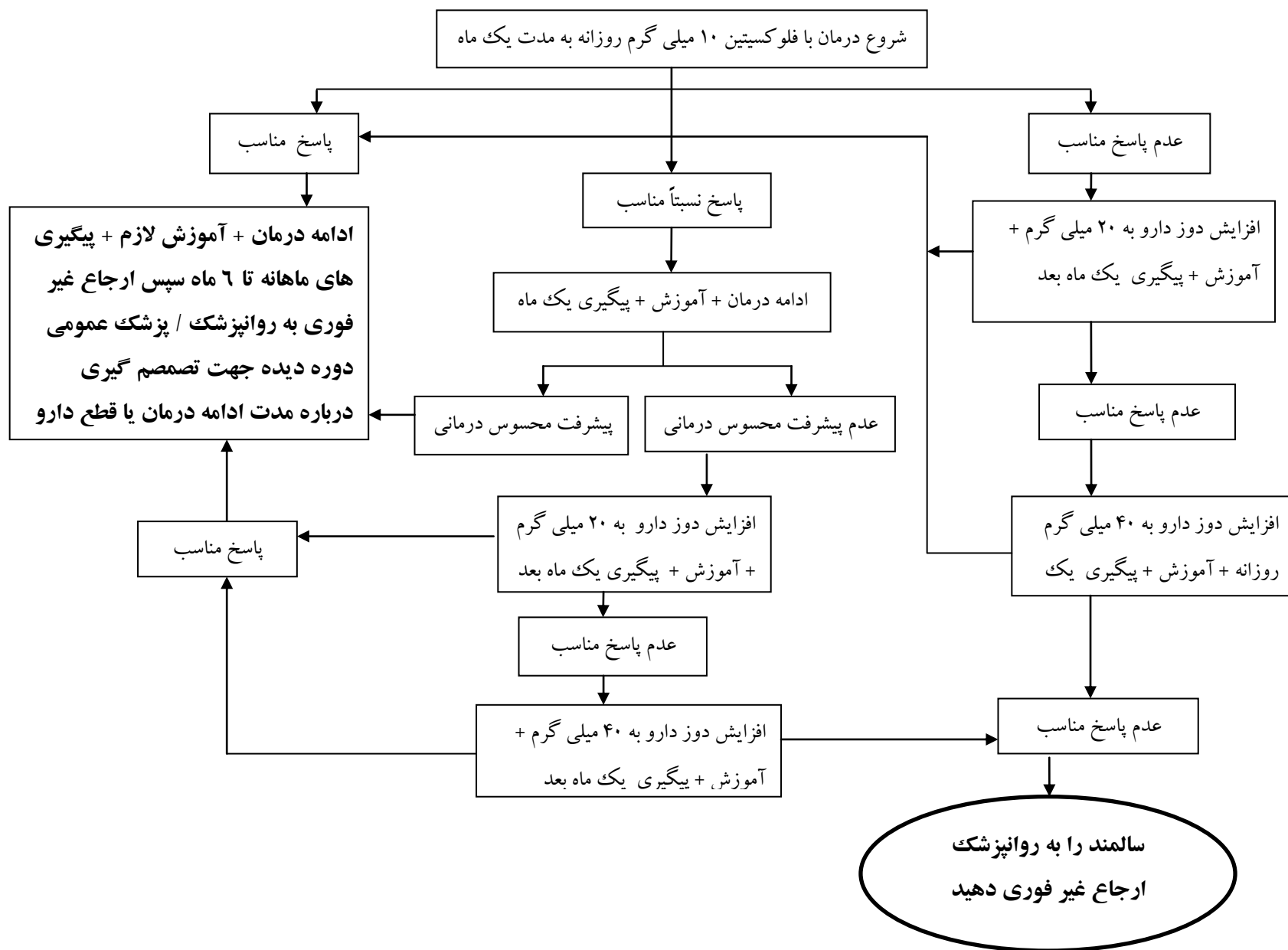
ادامه دهید. چنانچه عوارض یاد شده به کاهش دوز دارو جواب نمی دهد، عوارض غیر قابل کنترل اطلاق می گردد در این حالت و یا در صورت بروز دلیریوم دارو را قطع کنید و سالمند را به

پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

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

جمع بندی کنید	از سالمند و یا همراه وی نشانه زیر را سؤال کنید	علائم زیر را بررسی کنید
- صبح زودتر از معمول از خواب بیدار شدن - شب دیرتر از معمول به رختخواب رفتن - مشکل به خواب رفتن - بیدار شدن های شبانه	احساس خستگی در طول روز	- تحریک پذیری - بیقراری

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
- یک نشانه یا - حداقل یک علامت	در معرض ابتلا به اختلال خواب با عارضه	- به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. - سالمند را یک ماه بعد پیگیری کنید.
- بدون نشانه و - بدون علامت	فاقد مشکل	- به سالمند و همراه وی بهداشت خواب را آموزش دهید. - سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیر پزشک - پسخوراند دهید که سالمند را یک سال بعد تشویق کند.

علل بوجود آورنده اختلال خواب را همواره مد نظر قرار دهید:

علل طبی اختلال خواب: درد، شب ادراری، اختلالات تیروئید، نارسایی کبد یا کلیه

علل روانپزشکی اختلال خواب: اضطراب، افسردگی، مانیا، اسکیزوفرنیا و اختلالات سایکوتیک

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 روز 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 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 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، خوابی نمی برد و سرگرم کُودن خود با کاری تا وقتی که احساس خواب آلودگی کند.
- پرهیز کُودن از تماشای تلویزیون یا مطالعه در بستر.

- گرفتن دوش آب گرم قبل از خواب
- خوردن غذای سبک برای شام
- مصرف کمتر مایعات بعد از ساعت ۶ بعد از ظهر خصوصاً مایعاتی مثل چای و نوشابه گازدار
- پرهیز از مصرف چای و یا قهوه پس از شام
- نوشیدن یک لیوان شیر گرم قبل از خواب (به شروع خواب کمک می کند).
- استفاده از تکنیک های آرام سازی در شروع خواب خصوصاً برای سالمندان مبتلا به اضطراب
- 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:

- چنانچه نشانه ها و علائم اختلال خواب در سالمند کاهش یافته است درمان غیر دارویی را برای سالمند ادامه دهید. 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 مجدداً آموزش دهید. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه تشویق کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در 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 مجدداً 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.

درمان

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

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 بررسی کنید
سابقه پوکی استخوان عوامل خطر • سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط • بی حرکتی طولانی (حداقل ۳ ماه) • مصرف دخانیات یا ترک آن در کمتر از ۱۰ سال گذشته • فقدان ورزش مستمر و منظم (نبود حداقل ۳۰ دقیقه پیاده روی در ۵ روز هفته) • لاغری • سالمند زن بالاتر از ۶۵ سال یا سالمند مرد بالاتر از ۷۰ سال • سابقه پوکی استخوان یا شکستگی لگن در مادر • یائسگی زودرس (قبل از ۴۵ سالگی)	• 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 ۳ ماه یا سابقه آن (روزانه ۷/۵ میلی گرم پردنیزولون یا معادل آن)

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• آزمایش غیر طبیعی (T-score کمتر از $-2/5$ SD) یا • "سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنبال ضربه های کوچک یا متوسط" یا • سابقه پوکی استخوان مستند یا • مصرف کورتون حداقل ۳ ماه یا سابقه آن	مشکل (استئوپروز)	• 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.
• آزمایش غیر طبیعی (T-score کمتر از -1 SD و مساوی یا بالاتر از $-2/5$ SD) یا • حداقل یک عامل خطر به استثنای عوامل خطر مندرج در طبقه بندی استئوپروز	در معرض ابتلا به استئوپروز	• 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 ۳ ماه بعد پیگیری کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری و پس از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهد.
• آزمایش طبیعی (T-score مساوی یا بیش از -1 SD و بدون عامل خطر	فاقد مشکل	• به سالمند و همراه وی در زمینه تغذیه و فعالیت بدنی مناسب و استفاده از نور خورشید آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر تشویق کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ۳ سال بعد مراقبت دوره ای 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 ۳ ماه روزانه ۷/۵ 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 $SD - 2/5$)" است و در صورت انجام ندادن آن، چنانچه سالمند "سابقه استئوپروز مستند" یا "سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی بدنال ضربه های کوچک یا متوسط" یا مصرف کورتون را به مدت حداقل ۳ 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 $SD - 1$ و مساوی و بالاتر از $SD - 2/5$)" است و در صورت انجام ندادن آن، چنانچه سالمند دارای "حداقل یک عامل خطر به استثنای مصرف کورتون و سابقه شکستگی پس از ۴۰ 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 ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه پیگیری کند و پس از ۳ ماه به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

در صورت انجام آزمایش تراکم استخوان چنانچه سالمند دارای آزمایش طبیعی (T-score مساوی یا بالاتر از $SD - 1$)" 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 ۳ سال بعد تشویق کنید.

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

- فعالیت فیزیکی منظم مثل پیاده روی به مدت حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته (۵ روز در هفته)
- خودداری از انجام حرکات خاص مثل چرخش ستون مهره ها، دو و خم کردن کمر در سالمند لاغر با سابقه شکستگی و سقوط مکرر
- مصرف روزانه مواد غذایی حاوی کلسیم به خصوص لبنیات پاستوریزه کم چرب (۳-۲ لیوان شیر یا ماست کم چربی در روز)
- خودداری از مصرف خود سرانه شربت های کاهش دهنده اسید معده
- مصرف کمتر نوشابه های گاز دار
- منع مصرف دخانیات یا مواجهه با دود سیگار
- قرار گرفتن در مقابل نور مستقیم آفتاب به مدت ۱۵-۳۰ دقیقه هر روز برای دریافت ویتامین D

پیگیری

سالمند در معرض ابتلا به استئوپروز با عارضه را پس از ۳ 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 ۳ ماه یک بار به پزشک ارجاع دهد. دوسال پس از شروع درمان برای سالمند آزمایش تعیین تراکم استخوان را درخواست کنید:
- چنانچه علایم بهبودی مشاهده می گردد درمان را برای مدت ۳ سال ادامه دهید و سالمند را ۳ ماهه مراقبت ویژه کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را ماهانه مراقبت کند و در صورت بروز عامل خطر یا هر ۳ ماه یک بار به پزشک ارجاع دهد.
 - چنانچه علایم بهبودی مشاهده نمی گردد سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.

درمان

- چنانچه T Score بین SD ۱- و بالاتر از SD ۲/۵- است یا در صورت انجام ندادن آن چنانچه سالمند حداقل یک عامل خطر به استثنای مصرف حداقل ۳ ماهه کورتون و سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی ... را دارد به سالمند و همراه وی اقدامات پیشگیرانه زیر آموزش دهید:
۱. برای زنان تحت درمان با استروژن (HRT) و مردان روزانه ۱۰۰۰ میلی گرم کلسیم (۳-۲ لیوان شیر یا ماست کم چربی) و در صورت عدم دریافت استروژن روزانه ۱۵۰۰ میلی گرم کلسیم بصورت مکمل دارویی همزمان با صبحانه (پیگیری از کمبود آهن) به همراه مصرف کافی آب تجویز کنید.
 ۲. دوز پیشنهادی ویتامین D برای افراد تا ۷۰ سالگی روزانه ۴۰۰ واحد و برای افراد مسن تر روزانه ۶۰۰ واحد در روز است.
 ۳. روزانه به مدت ۱۵ تا ۳۰ دقیقه درمقابل نور مستقیم خورشید قرار بگیرند و حداقل ۱۵۰ دقیقه پیاده روی در هفته داشته باشند
- چنانچه T Score پایین تر از SD ۲/۵- است این سالمند علاوه بر اقدامات پیشگیرانه فوق نیاز به ارجاع به متخصص دارد.

فصل هفتم - بی اختیاری ادراری

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• حداقل یک نشانه به صورت همیشگی یا اکثر اوقات در روز	مشکل (بی اختیاری ادراری دائمی)	• به سالمند و همراه وی تمرینات تقویت عضلات مثانه و کف لگن را آموزش دهید. • سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
• حداقل یک نشانه بصورت غیر دائمی و گاهی اوقات در روز	در معرض ابتلا به بی اختیاری ادراری دائمی	• 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 سالمند عوامل خطر زیر را سؤال کنید	اقدام کنید
• 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 و یا برخاستن معمولاً در زنان • تست استرس	• یبوست • مصرف دارو • های بوجود آورنده بی اختیاری ادراری	• 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"

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، کافتین	پلی اوری، تکرر، ارژنسی
مسکن های ناركوتیک	اوپیود ها	احتباس ادراری، یبوست، تسکین، دلیریوم
داروهای روان گردان و ضد افسردگی سه حلقه ای	آمی تریپتیلین، دزپیرامین	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 دائمی)**" 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 احتمالا مبتلا به بی اختیاری ادراری:

انواع بی اختیاری ادرار

بی اختیاری ادرار یکی از سه حالت زیر را دارد:

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

توصیه هایی برای حالت اول بی اختیاری ادرار :

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

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

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

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

تمرینات تقویت مثانه

- سعی کنید کم کم مدت زمان بیشتری ادرار تان را نگه دارید.
- برای شروع هر ۲ ساعت یک بار ادرار کنید.
- به تدریج سعی کنید این مدت زمان ۲ 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 ۳ تا ۴ ساعت برسانید.
- این تمرین را لازم نیست که شب ها انجام دهید. با انجام این تمرین توانایی مثانه برای نگه داشتن ادرار بیشتر می شود.

راه های تقویت عضلات کف لگن

تمرین اول : هر بار که برای ادرار کردن به توالی می روید، چندین بار **به طور ارادی**، دفع ادرار را شروع و قطع کنید.

تمرین دوم : ناحیه مقعد را سفت کنید؛ مانند حالتی که می خواهید مانع دفع مدفوع شوید و این حالت را برای مدت ۵ ثانیه حفظ نموده و بعد رها کنید. **در طول انقباض نفس خود را حبس**

تکنید. 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

مرد ها دیده می شود

توصیه هایی برای حالت سوم بی اختیاری ادرار :

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

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

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.

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• امتیاز صفر از آزمون به ذهن سپاری یا • امتیاز صفر از آزمون یادآوری کلمات یا • امتیاز ۱ یا ۲ از آزمون یادآوری کلمات به همراه امتیاز صفراز آزمون کشیدن ساعت	مشکل (ابتلا به دمانس)	• به سالمند و همراه وی راه های تقویت حافظه را آموزش دهید. • سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
• امتیاز ۱ یا ۲ از تست یادآوری کلمات به همراه امتیاز یک از آزمون کشیدن ساعت	فاقد مشکل	• 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.



جمع بندی کنید	انجام آزمون کشیدن ساعت توسط سالمند با ۱ یا ۲ امتیاز از آزمون یادآوری
• امتیاز دریافتی از آزمون به ذهن سپاری و یادآوری کلمات	ابتدا صفحه مربوط به کشیدن ساعت را جلوی سالمند قرار دهید. خودکار یا مداد را در اختیار وی گذارید سپس بگویید: 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.

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 ۱ یا ۲ 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 ۱-۲ 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 ۱-۲ 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

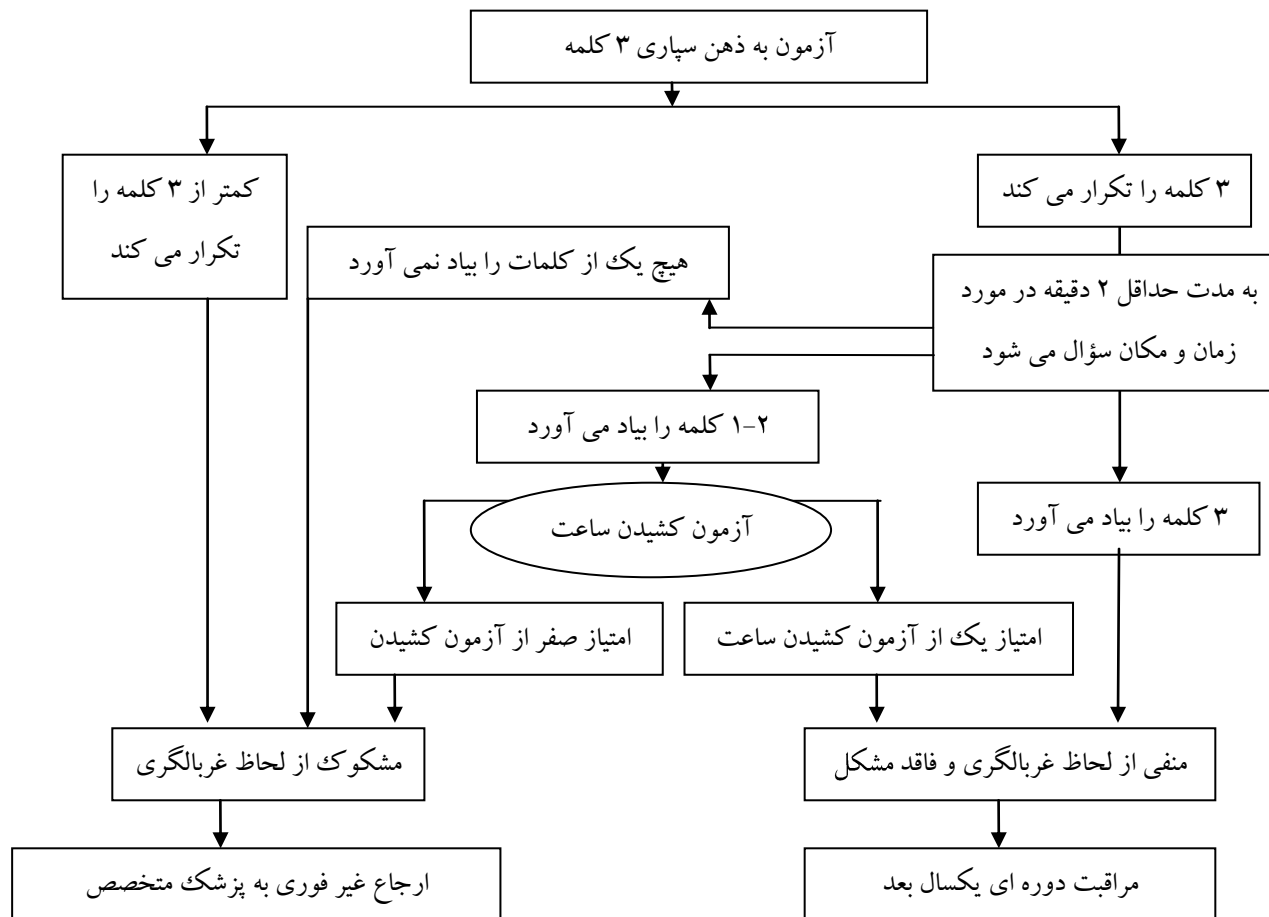
- گوش دادن به اخبار رادیو و تلویزیون هر روز و بازگو کردن آن در جمع دوستان
- سعی در مورد یادگیری یک چیز جدید هر روز
- مطالعه کردن کتاب یا روزنامه
- تعریف کردن خاطرات گذشته در جمع دوستان و یا خانواده
- نگاه کردن به آلبوم عکس های قدیمی و یادآوری نام افراد و خاطرات گذشته
- نوشتن خاطرات

- 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 جه 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 ۳ کلمه ای و آزمون کشیدن ساعت



فصل نهم - سقوط و عدم تعادل

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
■ سالمند را به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید. ■ به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید.	مشکل (احتمال سقوط)	• تست تعادل غیر طبیعی در وضعیت ثابت یا • تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت حرکت
• به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از سقوط را آموزش دهید. • سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. • به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید تا سالمند ماهانه پیگیری کند.	در معرض احتمال سقوط	• تست تعادل طبیعی در وضعیت ثابت و • تست تعادل طبیعی در وضعیت حرکت و • حداقل یک عامل خطر

طبقه
بندی
کنید

تست تعادل در وضعیت ثابت	جمع بندی کنید
سالمند روی یک پا (راست و چپ) می ایستد (زمان تست طبیعی حداقل ۵ ثانیه)	عوامل خطر • سالمند ۷۰ ساله یا بالاتر • سابقه سقوط در ۶ ماه گذشته • احتمال ابتلا به افت فشارخون وضعیتی یا کاهش بینایی یا دمانس • کم خونی • قادر نبودن به انجام فعالیت های زیر بطور مستقل: حمام کردن، لباس پوشیدن و در آوردن، توالت 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 ۱۲ قدم یعنی ۳ متر به طرف جلو بر می دارد سپس به جای اول بر می گردد. (زمان تست طبیعی حداکثر ۲۰ ثانیه)	

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 ۵ ثانیه حفظ کند و پای خود را بر زمین نگذارد تست را طبیعی در غیر این صورت یعنی سالمند زودتر از ۵ 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 ۱۲ قدم یعنی ۳ متر بطرف جلو حرکت کند، سپس کاملاً دور زده (۱۸۰ درجه) و به جای اول برگردد. زمان انجام این فعالیت چنانچه حداکثر ۲۰ ثانیه بطول انجامد تست را طبیعی در غیر این صورت یعنی زمانی که تست بیش از ۲۰ 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 (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 احتمال سقوط"** قرار می گیرد.

به سالمند و همراه وی در خصوص راه های پیشگیری از سقوط آموزش دهید. سالمند را ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید تا سالمند را هر ماه پیگیری کند و ۳ ماه بعد به پزشک ارجاع دهد.

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
۱. ثابت ک کردن کف پوش پله ها به وسیله گیره های مخصوص به پله ۲. استفاده از نرده پله و یا میله نصب شده بر روی دیوار در زمان بالا رفتن از پله ۳. روشن کردن چراغ در راه پله و پاگرد هنگام بالا و پایین رفتن از پله ها ۴. عاری کردن راه پله ها از هر گونه وسایل اضافی ۵. چسباندن نوار رنگی یا رنگ کردن لبه پله اول و پله آخر	۱. لیز نبودن کف پوش آشپزخانه ۲. استفاده نکردن از واکس های براق کننده کف آشپزخانه ۳. خشک و تمیز بودن کف آشپزخانه	۱. استفاده از دمپایی های غیر ابری و غیر لیز برای حمام ۲. استفاده از پادری های پلاستیکی مخصوص برای کف حمام ۳. استفاده از میله های نصب شده را بر روی دیوار حمام به عنوان دستگیره ۴. استفاده از یک صندلی یا چهارپایه برای زیر دوش و یا دوش دستی در صورت نشستن در حمام	۱. نصب کلید برق اتاق در نزدیک ترین محل به درب ورودی ۲. پرهیز از پهن کردن پتو یا روفرشی بر روی فرش ۳. قرار دادن وسایل خانه بخصوص در مسیر اتاق خواب به توالی و آشپزخانه ۴. رد کردن سیم وسایل برقی مثل تلویزیون رادیو و... از کنار دیوار ۵. استفاده از نور مناسب برای روشنایی اتاق در موقع خواب شب ۶. استفاده از تخت خواب با ارتفاع مناسب (هر دو پای سالمند به زمین) ۷. قرار دادن تلفن در نزدیکی محل خواب و نشستن ۸. گیر نکودن لبه های فرش به پا	۱. استفاده از صندلی با پایه ثابت برای نشستن و اجتناب از نشستن بر روی صندلی چرخ دار ۲. پرهیز از پوشیدن دمپایی نامناسب ۳. بکار بردن وسایل کمکی برای راه رفتن مثل عصا و واکر بطور صحیح ۴. نزدیک به دیوار قرار گرفتن در موقع قدم زدن بویژه در فضای باز ۵. استفاده از عینک مناسب نمره برای اصلاح بینایی خود ۶. خودداری از حمل بسته های زیاد بطور همزمان ۷. پرهیز از پوشیدن لباس های بلند ۸. خودداری از بالا رفتن از نردبان یا ایستادن روی چهار پایه

پیگیری

سالمند در معرض بالا بودن احتمال سقوط را بعد از ۳ 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 ۳ ماه بعد پیگیری کنید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که ماهانه سالمند را پیگیری کند و ۳ 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 در خصوص عمل به توصیه ها سؤال 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

جمع بندی و بررسی کنید	اقدام کنید	از سالمند
	• سرفه طول کشیده بیش از دو هفته • سابقه تماس با فرد مبتلا به سل در یک سال اخیر به همراه سرفه حداکثر دو هفته • نتایج اسمیر برداری ها از خلط	درخواست رادیوگرافی قفسه سینه از سالمند دارای یک اسمیر مثبت مبتلا به سل (در معرض ابتلا به سال با عارضه) سؤال کنید

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• ۲ یا ۳ اسمیر مثبت یا • یک اسمیر مثبت به همراه نشانه های رادیوگرافی سل در ریه	در معرض ابتلا به سل با عارضه	• سالمند را بر اساس جدول رژیم درمانی سل گروه بندی و درمان کنید و اولین دوز دارو را به سالمند بخورانید. • برای گروه درمانی یک در صورت امکان آزمون های کبیدی را درخواست کنید. • برای گروه درمانی ۲ کشت و تعیین هویت مایکوباکتریوم، تست حساسیت دارویی و آزمون های کلیه درخواست شود. • کارت درمان و کارت همراه را تکمیل 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 حمله ای درمان روزانه پیگیری و هر دو هفته یک بار به پزشک مرکز ارجاع و پس از آن یعنی تا پایان مرحله نگهدارنده درمان، در صورت دریافت درمان سل روزانه و در غیر این صورت 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.
• یک اسمیر مثبت بدون نشانه های رادیوگرافی سل یا • ۳ اسمیر منفی	در معرض ابتلا به سل	• به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که از سالمند با یک اسمیر مثبت ۳ نمونه اسمیر از خلط بر اساس برنامه کشوری مبارزه با سل تهیه کند و به محض آماده شدن جواب اسمیرها سالمند را به پزشک مرکز ارجاع غیر فوری دهد. • سالمند ۳ اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی ۱۰ تا ۱۴ روز بر طبق برنامه کشوری مبارزه با سل قرار دهید و وی را دو هفته بعد پیگیری کنید.

دقت کنید در زمان اسمیر برداری از خلط کلیه نکات ایمنی مربوط به محافظت شخص گیرنده اسمیر بر اساس راهنمای کنترل کشوری سل رعایت شود.

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 ۲ نمونه از ۳ 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 ۳ نمونه اسمیر برداری خلط مثبت است و علائم رادیوگرافیک مؤید سل نیز وجود دارد سالمند به عنوان **سل ریوی اسمیر مثبت** تحت درمان سل قرار می گیرد.

اگر نمونه های خلط، کلاً منفی باشد برای بیمار یک دوره درمان غیر اختصاصی با آنتی بیوتیک های وسیع الطیف **باستثنای** (ریفامپین، استرپتومایسین و سایر آمینو گلیکوزیدها و فلورو کینولون ها) – با اولویت ماکرولیدها – به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز تجویز می گردد و پس از آن چنانچه بهبودی حاصل نشده باشد و علائم بالینی پایدار باقی بماند، سه نمونه مجدد خلط، همانند نوبت اول تکرار می شود که در صورت دریافت جواب مثبت (یعنی حداقل در دو تا از نمونه ها)، بیمار بعنوان سل ریوی با اسمیر خلط مثبت معالجه و پیگیری می گردد؛ مگر آنکه فقط یکی از نمونه ها مثبت شده باشد که در صورت همراهی آن با رادیوگرافی منطبق با سل ریه باز بیمار تحت عنوان **سل ریوی با اسمیر خلط مثبت** تحت درمان قرار می گیرد. اما اگر جواب هر سه نمونه خلط سری دوم نیز منفی باشد و نشانه های رادیو لوژیک با بیماری سل مطابقت داشته باشد بیمار برای تعیین تکلیف نهایی (**تشخیص سل ریوی خلط منفی یا رد تشخیص سل**) باید به پزشک متخصص تعیین شده در سطح شهرستان یا کمیته سل شهرستان ارجاع 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 ۲ یا ۳ 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 ۳ اسمیر منفی از خلط در طبقه بندی "**در معرض ابتلا به سل**" قرار می گیرد. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که از سالمند با یک اسمیر مثبت، ۳ نمونه اسمیر از خلط بر اساس برنامه کشوری مبارزه با سل تهیه کند و به محض آماده شدن جواب اسمیرها سالمند را به پزشک مرکز ارجاع غیر فوری دهد. سالمند با ۳ اسمیر منفی را تحت درمان غیر اختصاصی ۱۰ تا ۱۴ روزه بر اساس جدول درمان راهنمای کشوری پیشگیری و مبارزه با سل چاپ دوم ۱۳۸۸ قرار دهید و وی را دو هفته بعد پیگیری کنید.

درمان علامتی عوارض خفیف دارویی

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

درد مفاصل: از آسپیرین استفاده کنید.

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

درمان

در حال حاضر داروهای اصلی ضد سل که کاربرد اساسی در درمان و کنترل بیماری دارند عبارتند از:

ایزونیازید (H)؛ ریفامپین (R)؛ پیرازینامید (Z)؛ اتامبوتول (E)؛ استرپتومايسين (S)

اشکال دارویی و مقدار تجویز روزانه داروهای خط اول ضد سل

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

در درمان سل دو گروه درمانی وجود دارد که به **جز موارد مشکوک یا قطعی مقاومت دارویی**، هر یک از مبتلایان به سل در یکی از این دو گروه (۱ یا ۲) دسته بندی می شوند.

دقت کنید در شرایط خاصی نظیر همراهی بیماری های کبدی و کلیوی رژیم های درمانی تغییر می کند که در کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل چاپ دوم ۱۳۸۸ به آن پرداخته شده است.

در راهبرد DOTS، بیماران جدید با رژیم کوتاه مدت شش ماهه (گروه اول درمانی = Cat I) و بیماران تحت درمان مجدد با رژیم کوتاه مدت هشت ماهه (گروه دوم درمانی = Cat II) درمان می شوند؛ که هر دوی این رژیم های درمانی مشتمل بر دو مرحله هستند:

در مرحله ی اول یا مرحله ی حمله ای درمان در "گروه اول درمانی" به مدت ۲ ماه از ۴ داروی ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول و در "گروه دوم درمانی" ابتدا به مدت ۲ ماه از ۵ داروی ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید، اتامبوتول و استرپتومایسین و سپس به مدت یک ماه از ۴ داروی ایزونیازید، ریفامپین، پیرازینامید و اتامبوتول درمان به صورت روزانه استفاده می گردد. در این مرحله اکثر باسیل ها کشته می شوند.

درمان در مرحله ی دوم یا مرحله ی نگهدارنده در "گروه اول درمانی" به مدت ۴ ماه با استفاده از ۲ داروی ایزونیازید و ریفامپین و در "گروه دوم درمانی" به مدت ۵ ماه با استفاده از ۳ داروی ایزونیازید، ریفامپین و اتامبوتول به طور روزانه ادامه می یابد. در این مرحله باکتری های باقیمانده و باکتری های فاز نهفته نابود خواهند شد.

رژیم درمانی سالمندان مبتلا به سل ریوی بر حسب گروه درمانی

گروه درمانی	بیمار تحت درمان	مرحله حمله ای		مرحله نگهدارنده	
		دارو	مدت (ماه)	دارو	مدت (ماه)
۱	بیماران جدید با: • اسمیر خلط مثبت • اسمیر خلط منفی	HRZE	۲	HR	۴
۲	موارد عود	HRZES	۲	HRE	۵
	موارد شکست درمان سایر موارد سل ریوی	و سپس HRZE	۱		

* توجه آنکه تعریف مورد جدید بیماری، عود، شکست درمان و که مبنای تعیین گروه و رژیم درمانی بیمار است در کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل ۱۳۸۸ آمده است.

از هر بیمار مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت که قرار است طبق تعاریف استاندارد تحت گروه دوم درمانی قرار بگیرد باید ابتدا نمونه خلط جهت انجام کشت، تعیین هویت مایکوباکتریوم و تست حساسیت دارویی اخذ و به آزمایشگاه ارسال شود.

پس از تشخیص بیماری و تعیین گروه و رژیم درمانی، باید کارت همراه بیمار، پرونده و کارت درمان بطور کامل تکمیل شود. اولین دوز دارو زیر نظارت مستقیم و در محل به بیمار خوراندن شود. توضیحات کامل در مورد بیماری، راههای سرایت، احتیاطات لازم الاجرا، ضرورت درمان کامل و منظم، مراجعه در صورت بروز هر نوع مشکل یا عارضه، طول مدت سرایت پذیری، طول مدت درمان، تعداد و نوع داروهای تجویزی، زمان مصرف دارو، ضرورت دریافت درمان تحت نظارت مستقیم روزانه کارمند بهداشتی و یا فرد مطمئنی که ایشان تعیین می کنند (حداقل در طول دوره حمله ای در بیماران جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت و در تمام طول درمان برای بیماران تحت گروه دوم درمانی)، زمان انجام ویزیتها و انجام آزمایشات حین درمان و به بیمار و همراه وی ارایه گردد. مطابق با کتاب راهنمای کشوری مبارزه با سل نسبت به بررسی اطرافیان در تماس با سالمند مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت اقدام شود. در صورت امکان از بیمار مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت رادیوگرافی قفسه سینه در بدو درمان تهیه شود. در طول مرحله حمله ای درمان حداقل هر دوهفته یکبار و در دوره نگهدارنده نیز ماهی یکبار باید بیمار تحت معاینه، بررسی و آموزشهای تکمیلی / تکراری قرار گیرد. واضح است که در صورت مشاهده عوارض خفیف و شدید داروهای ضد سل می بایست مطابق با راهنمای کشوری مبارزه با سل که کمی بعد بطور مختصر به آن اشاره شده است عمل نمود.

لازمست در کشور ما نیز مطابق با توصیه های بین المللی و سازمان جهانی بهداشت حداقل در بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت، مادام که ریفامپین در ترکیب دارویی بیمار مسلول قرار دارد، داروها تحت نظارت مستقیم روزانه^۱ یک ناظر مطمئن و آموزش دیده مصرف شوند. این بدین معناست که هر دو مرحله ی حمله ای و نگهدارنده رژیم درمانی بیماران مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت (اعم از آنکه تحت گروه ۱ یا ۲ درمانی قرار داشته باشند) باید به طور روزانه و تحت نظارت مستقیم یک نفر از کارکنان بهداشتی و یا فردی آموزش دیده و مطمئن دریافت شود. البته واضح است که این نظارت مستقیم روزانه در طول دوره ی حمله ای بیشتر از دوره ی نگهدارنده درمان دارای ارزش است و همچنین اهمیت آن در طول مرحله ی نگهدارنده درمان بیماران گروه ۲ درمانی بیشتر از بیماران گروه ۱ درمانی است.

در فواصل زمانی معینی بنا به گروه درمانی، از سالمند مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت (مطابق توضیحات زیر) هر بار دو نمونه خلط تهیه و جهت انجام آزمایش مستقیم به آزمایشگاه ارسال می گردد. (البته روند درمان مبتلایان به سل ریوی با اسمیر خلط منفی نیز در پایان مرحله درمان حمله ای، توسط انجام آزمایش اسمیر خلط مورد بررسی قرار داده می شود). این فواصل زمانی در گروه درمانی ۱ « پایان ماه دوم، دو ماه بعد از شروع درمان نگهدارنده و در طی ماه پایانی درمان (ماه ششم) » و در گروه درمانی ۲ « پایان ماه سوم، دو ماه بعد از شروع درمان نگهدارنده و در طی ماه پایانی درمان (ماه هشتم) » می باشد.

نکته قابل توجه آنکه مثبت شدن یکی از دو نمونه خلطی که در هر مرحله از پایش درمان بیماران تهیه می شود، جهت اعلام مثبت بودن نتیجه آزمایش در آن مرحله کافی است. اگرچه مرحله ی حمله ای در مورد گروه درمانی ۱، دو ماه است ولی اگر آزمایش اسمیر خلط بیمار جدید مبتلا به سل ریوی اسمیر مثبت در پایان ماه دوم درمان هنوز مثبت باقی مانده باشد، درمان حمله ای را تا پایان ماه سوم نیز ادامه داده و در هفته پایانی ماه سوم آزمایش اسمیر خلط را مجدداً تکرار می کنیم؛ اگر نتیجه اسمیر از نظر باسیل اسیدفاست منفی بود، درمان **نگهدارنده** را آغاز می

^۱ Directly Observed Treatment (=DOT)

کنیم. اما چنانچه اسمیر خلط هنوز مثبت باقی مانده باشد باید نمونه خلط برای انجام آزمایشات کشت خلط، تعیین هویت مایکوباکتریوم و تست حساسیت دارویی ارسال و همزمان درمان **نگهدارنده** را نیز آغاز کنیم. بدیهی است که پاسخ آزمایشات فوق که مبنای تصمیم گیری برای تغییر رژیم درمانی بیمار هستند باید به موقع پیگیری شود. بر اساس نتیجه آزمایش حساسیت دارویی، یکی از سه تصمیم زیر باید برای بیمار گرفته شود:

۱. پاسخ آزمایش حساسیت دارویی، حاکی از حساسیت باسیل به تمامی داروهای خط اول ضدسل باشد: در این حالت درمان نگهدارنده بیمار را ادامه داده و فقط در زمان های مشخص شده نسبت به انجام آزمایش اسمیر خلط برای بیمار اقدام می شود. مثبت بودن پاسخ هر یک از دو نوبت آزمایش اسمیر بعدی بیمار سبب طبقه بندی نتیجه درمان تحت عنوان **شکست درمان** شده و ما را نیازمند تکرار درخواست برای انجام آزمایشات کشت خلط، تعیین هویت مایکوباکتریوم و تست حساسیت دارویی خواهد کرد.
۲. چنانچه پاسخ آزمایش حساسیت دارویی، حاکی از مقاومت باسیل به حداقل دو داروی ایزونیازید و ریفامپین (یعنی MDR-TB) باشد. در این حالت، باید بیمار از طریق پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان و دانشگاه متبوع، برای بستری و شروع درمان با داروهای خط دوم ضدسل به مرکز ارجاع کشوری یا منطقه ای سل ارجاع فوری شود.
۳. چنانچه پاسخ آزمایش حساسیت دارویی، حاکی از مقاومت باسیل به حداقل یکی از داروهای خط اول ضدسل است، اما در عین حال مقاومت آن از نوع MDR-TB نیست. در این حالت، باید ادامه رژیم درمانی بیمار از طریق پزشک هماهنگ کننده سل شهرستان و دانشگاه متبوع طی مشاوره ای فوری از فو کال پوینت علمی مرکز ارجاع کشوری/ منطقه ای سل اعلام شود. در پایان درمان از سالمند مبتلا به سل ریوی، بمنظور کمک به تشخیص و تعیین سیر بهبود ضایعات رادیوگرافی قفسه سینه بعمل آورید.

جدول عوارض داروهای ضد سل و نحوه برخورد با آنها در یک نگاه

عارضه دارویی	داروهای احتمالی	اقدامات لازم
عوارض خفیف		
بی اشتها - تهوع - درد شکم	ریفامپین، پیرازینامید	دوز داروها کنترل شود و درمان ادامه یابد؛ داروها همراه با یک غذای بسیار سبک یا شب قبل از خواب مصرف شود. این علائم ممکن است علائم اولیه بروز یک هپاتیت دارویی باشند، به همین دلیل بیماری باید به دقت از نظر بالینی پیگیری شود.
درد مفاصل	پیرازینامید	از بالا نبودن دوز مصرفی پیرازینامید اطمینان حاصل شود و آسپیرین تجویز و مصرف شود. (این عارضه معمولاً در اواخر دوره حمله ای درمان اتفاق می افتد.)
احساس سوزش در پاها	ایزونیازید	پیریدوکسین به مقدار ۴۰ میلی گرم روزانه تجویز و مصرف شود.
عوارض شدید		
لکهای پوستی (همراه یا بدون وجود تب، ادم، زخم مخاطی و شوک)	استرپتومایسین، ایزونیازید، ریفامپین و گاهی پیرازینامید	مصرف تمام داروها متوقف و بیمار جهت بستری به بیمارستان ارجاع شود؛ داروی آنتی هیستامین و در صورت شدت عوارض کورتیکواستروئید به همراه مایعات داخل وریدی تجویز شود.

خارش	استرپتومایسین	درمان ضد سل را بدون استرپتومایسین ادامه دهید و با استفاده از تجویز آنتی هیستامین ها خارش را درمان علامتی کنید؛ به بیمار اطمینان خاطر داده و از خشک شدن پوست جلوگیری کنید.
کاهش شنوایی یا کری	استرپتومایسین	چنانچه در معاینه با اتوسکوپ یافته غیر طبیعی (واکس) وجود ندارد استرپتومایسین حذف و اتامبوتول جایگزین آن شود. این عارضه اغلب وابسته به دوز است، به همین دلیل باید ابتدا مطمئن شوید که دوز تجویزی متناسب با وزن و سن بیمار است.
سرگیجه و نیستاگموس	استرپتومایسین	استرپتومایسین حذف و اتامبوتول جایگزین شود.
زردی، هپاتیت (علتهای دیگر رد شده باشد)	ایزونیازید، پیرازینامید ریفامپین	مصرف تمام داروها متوقف و تست های کبدی و PT بطور اورژانس کنترل شود؛ بیمار جهت بستری به بیمارستان ارجاع شود.
اختلال بینایی (اختلال دید رنگ سبز و قرمز)	اتامبوتول	مصرف اتامبوتول متوقف و بیمار برای ادامه درمان به پزشک متخصص ارجاع شود. نکته آنکه در صورت بروز اختلال بینایی، اتامبوتول نباید مجددا تجویز شود.
گیجی (احتمال نارسایی حاد کبدی)	ایزونیازید، ریفامپین پیرازینامید	مصرف تمام داروها متوقف و تست های کبدی و PT بطور اورژانس کنترل شود؛ بیمار جهت بستری به بیمارستان ارجاع شود.
شوگ، پورپورا، ترومبوسیتوپنی و نارسایی حاد کلیوی	ریفامپین	مصرف ریفامپین متوقف شود. دوز اتامبوتول و استرپتومایسین (در صورت مصرف) زیر نظر متخصص و با توجه به عملکرد باقیمانده کلیه تعدیل شود

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 نگاهدارنده)، تعداد و نوع دارو های تجویزی، زمان مصرف دارو، عوارض دارویی و راه های مقابله با آن، اهمیت مصرف مرتب و مستمر و صحیح دارو
- کنترل راه های سرایت بیماری، طول مدت سرایت پذیری بیماری

پیگیری

سالمند در معرض 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 مجدداً 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 و 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 ۲ نمونه خلطی که در پایان مرحله حاد یعنی ۲ ماه پس از شروع درمان، از سالمند تهیه می شود مثبت باشد درمان مرحله حاد را بدون استرپتو مایسین تا پایان ماه ۴ ادامه دهید و در پایان ۴ ماه آزمایش خلط را تکرار کرده و اگر نتیجه هنوز مثبت باقی مانده باشد سالمند را به مرکز تخصصی / کمیته فنی سل بر اساس برنامه کشوری ارجاع غیر فوری دهید.

چنانچه سالمند به مدت کمتر از ۲ 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 ۲ تا ۸ 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 ۸ 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 / کمیته فنی سل بر اساس برنامه کشوری ارجاع غیر فوری دهید

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 ۳ نمونه اسمیر از خلط تهیه شود و وی را بر اساس نتایج اسمیر برداری بشرح زیر پیگیری کنید:

- چنانچه سالمند دارای ۳ نمونه اسمیر منفی است برای سالمند رادیوگرافی از قفسه سینه درخواست کنید. در صورتی که سالمند دارای رادیوگرافی طبیعی یا فاقد نشانه های رادیوگرافی منطبق با سل است سالمند را برای رد تشخیص سل و یا تشخیص سل اسمیر به کمیته سل شهرستان یا پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
- چنانچه سالمند دارای ۳ نمونه اسمیر منفی است به همراه نشانه های رادیوگرافی منطبق با سل است این سالمند مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت است. سالمند را مطابق جدول رژیم درمانی سل تحت درمان قرار دهید و وی را بر اساس سالمند در طبقه بندی در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری کنید.
-

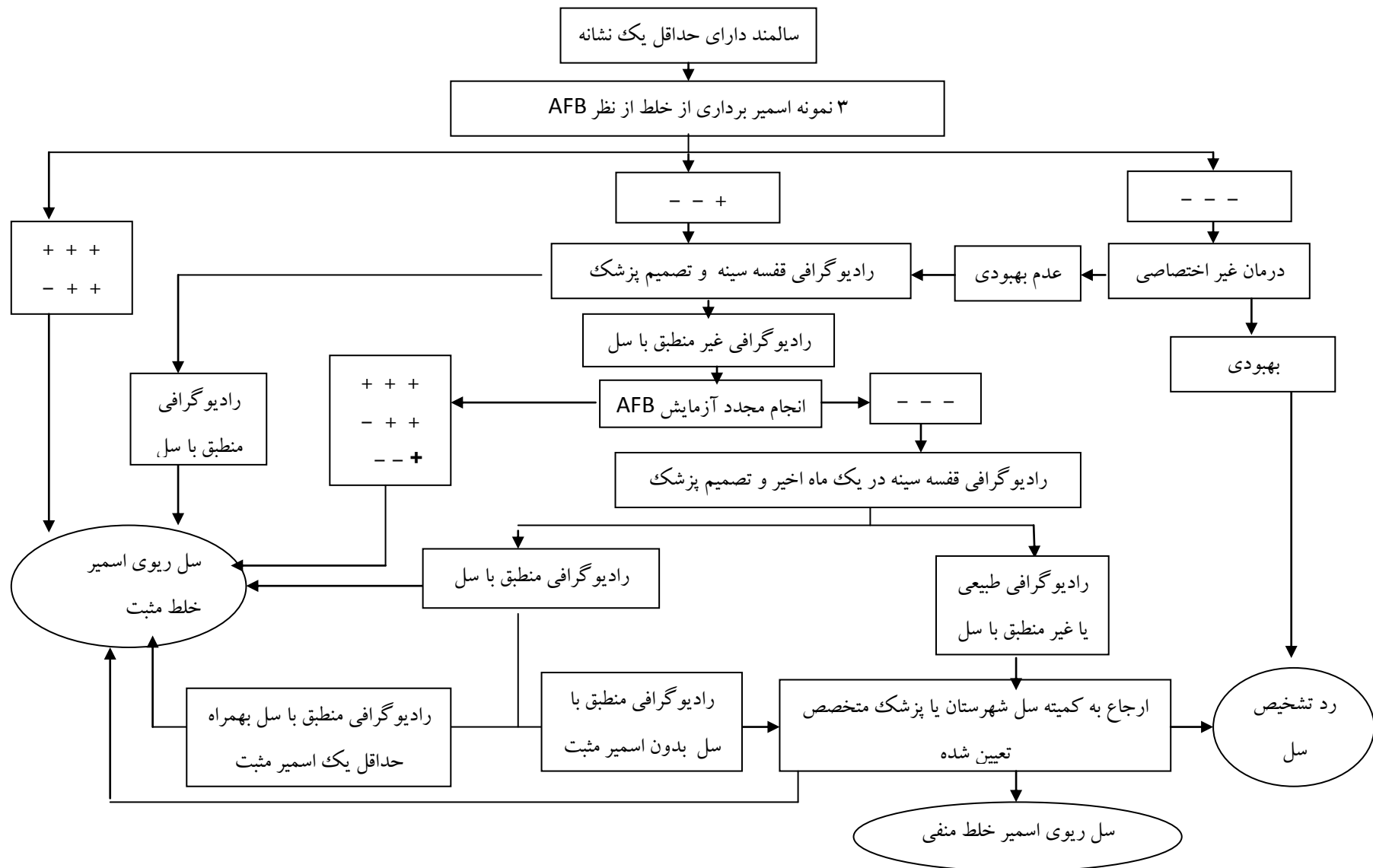
- چنانچه سالمند حداقل یک نمونه اسمیر مثبت دارد مبتلا به سل ریوی اسمیر خلط مثبت است. سالمند را مطابق جدول رژیم درمانی سل، تحت درمان قرار دهید و وی را بر اساس سالمند در طبقه بندی در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری کنید.

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

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

- چنانچه سالمند دارای علائم بهبودی است این سالمند مبتلا به سل نیست. سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا تماس با فرد مسلول تشویق کنید.
- چنانچه سالمند فاقد علائم بهبودی است برای سالمند رادیوگرافی قفسه سینه درخواست کنید و چنانچه نشانه های رادیوگرافی منطبق با سل است سالمند را مطابق جدول رژیم درمانی سل، تحت درمان قرار دهید و وی را بر اساس سالمند در طبقه بندی در معرض خطر ابتلا به سل با عارضه پیگیری کنید. چنانچه سالمند فاقد نشانه های رادیوگرافی منطبق با سل است از خلط سالمند مجدداً ۳ نمونه اسمیر تهیه شود و وی را مشابه سالمند دارای یک نمونه اسمیر خلط مثبت پیگیری کنید.

الگوریتم تشخیصی سل ریوی



فصل یازدهم - ایمن سازی

از سالمند یا همراه وی عوامل خطر زیر را سؤال کنید	جمع بندی کنید
• حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن آنفلوآنزا • سابقه بیماری گیلن باره	• زمان دریافت آخرین واکسن آنفلوآنزا • سابقه حساسیت به تخم مرغ یا واکسن آنفلوآنزا • سابقه بیماری فلج شدید

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
• حداقل یک عامل خطر	مشکل (شرایط نامطلوب برای ایمن سازی)	• به سالمند خودداری از تلقیح مجدد واکسن آنفلوآنزا را توصیه کنید. • سالمند را در صورت نیاز به پزشک متخصص ارجاع غیر فوری دهید.
• فاقد عامل خطر	فاقد مشکل (شرایط مطلوب برای ایمن سازی)	• 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.

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 پایان هر 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 ۲-۱ روز هم طول می کشد.

پیشگیری از آنفلوانزا

- اجتناب از تماس نزدیک با افراد ناخوش و یا دارای تب و سرفه
- فاصله گرفتن از افراد دارای علائم مشابه آنفلوانزا، حداقل یک متر
- پرهیز از دست دادن و بوسیدن افراد بویژه در زمان همه گیری های آنفلوانزا
- اجتناب از تماس دست آلوده با چشم ها، بینی و دهان
- شستن دست ها را با آب و صابون بصورت کامل و منظم
- اجتناب از خروج از منزل در زمان همه گیری آنفلوانزا تا جای ممکن
- رعایت عادات بهداشتی خوب مثل خواب و استراحت کافی
- مصرف مواد غذایی مناسب و انجام فعالیت های ورزشی

فرم های ثبت

فرم مراقبت دوره ای سالمند											
تاریخ تشکیل پرونده:			شماره خانوار (پرونده):			نام و نام خانوادگی:					
سال تولد:			تحصیلات:			جنس: زن - مرد			تاهل: مجرد - متاهل - بیوه - مطلقه یا جدا		
همراهان زندگی:			تنها - با همراه (همسر، فرزند، اقوام، دوست، سایر)			عادات: الکل - سیگار و					
غیر پزشک			سن	سن	سن	پزشک			سن	سن	سن
وضعیت قلبی	ارزیابی	میانگین فشارخون = ۱- مصرف دارو ۲- مصرف دخانیات / چربی خون بالا / سابقه ابتلا به فشارخون بالا / چاقی ۳- سابقه سکته قلبی / آنژین صدری / سکته مغزی / دیابت ۴- افت فشارخون ماکزیمم در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته	۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
	طبقه و توصیه	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- در معرض ابتلا: سه ماه بعد پیگیری ۳- فاقد مشکل: مراجعه ۳ سال بعد	۲	۱	۳	۱	۲	۱	۳	۱	۲
احتمال ابتلا به بیماری های قلبی عروقی	ارزیابی	۱- سابقه سکته قلبی / آنژین صدری / سکته مغزی / دیابت یا سابقه آن ۲- اختلالات چربی خون / فشارخون بالا / مصرف دخانیات / چاقی ۳- مصرف دارو	۲	۱	۳	۱ - LDL = ۲ - HDL = ۳ - AST = ۴ - ALT =			۳	۲	۱
	طبقه و توصیه	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز بیماری یا عامل خطر یا ۳ سال بعد	۲	۱	۳	۱	۲	۱	۳	۲	۱
تغذیه	ارزیابی	نمایه توده بدنی = ۱- کاهش اشتها در ۳ ماه اخیر / کاهش وزن ناخواسته در یک ماه اخیر ۲- عدم مصرف مولتی ویتامین مینرال	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲
	طبقه و توصیه	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- در معرض ابتلا: یک ماه بعد پیگیری ۳- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	۲	۱	۳	۱	۲	۱	۳	۲	۱
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
			۲	۱	۴	۳	۱	۲	۱	۴	۳
	</										

غیر پزشکی				سن	سن	سن	پزشک	سن	سن	سن
ارزیابی	طبقة و توصیه	۱- ابتلا به دیابت / مصرف دارو	۲- چاقی / فشارخون بالا / چربی	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲
		۳- سابقه فامیلی دیابت	۴- سابقه اختلال قند خون / عدم تحمل گلوکز	۴	۳					
ارزیابی	طبقة و توصیه	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری	۲- فاقده مشکل: مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا ۳ سال بعد	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲
		۳- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری	۴- احتمال مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	۴	۳					
ارزیابی	طبقة و توصیه	۱- کاهش بینایی / عدم توانایی خواندن با یا بدون عینک	۲- کاهش شنوایی / تست نجوای غیر طبیعی	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲
		۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری	۲- فاقده مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	۲	۱					
ارزیابی	طبقة و توصیه	۱- احساس غمگینی و غصه در روزهای اخیر	۲- احساس بی حوصلگی	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲
		۱- امتیاز ۲ یا بالاتر و T4 و TSH غیر طبیعی	۲- امتیاز ۲ یا بالاتر و T4 و TSH طبیعی	۲	۱					
ارزیابی	طبقة و توصیه	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری	۲- فاقده مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	۲	۱	۲	۱	۲	۱	۲
		۳- احتمال مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	۴- احتمال مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	۴	۳					

غیر پزشک		سن	سن	سن	پزشک			سن	سن	سن
ارزیابی	۱-صبح زودتر از معمول بیدار شدن / شب دیرتر از معمول به رختخواب رفتن ۲-مشکل بخواب رفتن/بیدار شدن های شبانه	۱	۲	۱	۱	۲	۱	۱	۲	۱
	۱-احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	۱	۲	۱	۱	۲	۱	۱	۲	۱
طبقة و توصیه	۱- سابقه پوکی استخوان / سابقه شکستگی پس از ۴۰ سالگی / مصرف کورتون حداقل به مدت سه ماه ۲- زن بالاتر از ۶۵ سال/ مرد بالاتر از ۷۰ سال / بی حرکتی طولانی/ ورزش نامستمر/ سابقه پوکی استخوان یا شکستگی لگن در مادر/ یائسگی زودرس / لاغری/ مصرف دخانیات	۱	۲		۱-تراکم استخوان پایین تر از SD ۲/۵- ۲- تراکم استخوان بین کمتر از SD ۱- و مساوی یا بیش از SD ۲/۵- ۳- تراکم استخوان SD ۱- یا بالاتر	۱	۲	۱	۳	
	۱-احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا ۳ سال بعد	۱	۲							
ارزیابی	۱- تست استرس مثبت ۲- تکرار ادرار/ ادرار کردن شبانه/ باریک شدن یا قطع و وصل شدن ادرار ناگهانی و شدید و ریزش ادرار ادرار هنگام عطسه، سرفه یا برخاستن	۱	۲	۱	۱	۲	۱	۱	۲	۱
	۱-احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد	۱	۲	۱	۱	۲	۱	۱	۲	۱
طبقة و توصیه	۱-احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- در معرض ابتلا: ۲ تا ۴ هفته بعد پیگیری	۱	۲	۱	۱	۲	۱	۱	۲	۱

غیر پزشک		سن	سن	سن	پزشک	سن	سن	سن
دندانپزشکی	ارزیابی	۱- امتیاز صفر از آزمون به ذهن سپاری / امتیاز صفر از آزمون یاد آوری ۲- امتیاز کمتر از ۳ از آزمون یاد آوری ۳- امتیاز ۳ از آزمون یاد آوری کلمات	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳	۱- امتیاز صفر از آزمون کشیدن ساعت ۲- امتیاز یک از آزمون کشیدن ساعت	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳
	طبقه و توصیه	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- فاقد مشکل: مراجعه یک سال بعد	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- فاقد مشکل: مراجعه یک سال بعد	۱ ۲	۱ ۲
شروط و عدم تعادل	ارزیابی	۱- سابقه سقوط/ انجام ندادن فعالیت های روزانه بطور مستقل ۲- سن ۷۰ سال یا بالاتر / افت فشارخون وضعیتی / کلهش بینایی / / دمانس	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲	۱- تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت ثابت ۲- تست غیر طبیعی تعادل در وضعیت حرکت	۱ ۲	۱ ۲
	طبقه و توصیه	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا یک سال بعد	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- در معرض ابتلا: ۳ ماه بعد پیگیری	۱ ۲	۱ ۲
رژیم	ارزیابی	۱- سرفه بیش از ۲ هفته ۲- سابقه تماس با فرد مبتلا به سل به همراه سرفه مساوی یا کمتر از ۲ هفته یا نبود سرفه	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲	۱- سه اسمیر مثبت/ دو اسمیر مثبت ۲- یک اسمیر مثبت ۳- علائم رادیولوژیک مویید سل ۴- سه اسمیر منفی	۱ ۲ ۳ ۴	۱ ۲ ۳ ۴
	طبقه و توصیه	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- در معرض ابتلا: یک ماه بعد پیگیری ۳- فاقد مشکل: مراجعه در صورت بروز نشانه یا عامل خطر	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳	۱- در معرض ابتلا: دو هفته بعد پیگیری	۱ ۲ ۳	۱ ۲ ۳
تجویز دارو	ارزیابی	۱- سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن آنفلوآنزا ۲- سابقه بیماری فلج شدید	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲	۱- سابقه حساسیت شدید به تخم مرغ یا واکسن آنفلوآنزا ۲- سابقه بیماری گیلن باره	۱ ۲	۱ ۲
	طبقه و توصیه	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- فاقد مشکل: توصیه به تلقیح واکسن در زمان مطلوب و شرایط مطلوب و مراجعه در شهریور ماه هر سال	۱ ۲	۱ ۲	۱ ۲	۱- احتمال مشکل: ارجاع غیر فوری ۲- فاقد مشکل: توصیه به تلقیح واکسن در زمان مطلوب و شرایط مطلوب و مراجعه در شهریور ماه هر سال	۱ ۲	۱ ۲

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 ۴ بخش اصلی بشرح زیر تشکیل شده است :

۱. اطلاعات عمومی سالمند
۲. مراقبت ها مشتمل بر ارزیابی و طبقه بندی به تفکیک هر مراقبت
۳. زمان مراقبت دوره ای مشتمل بر سه ستون نشان دهنده سن سالمند در زمان مراقبت دوره ای
۴. بخش پزشک و بخش غیر پزشک

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

۲- نحوه تکمیل بخش مراقبت ها:

در اولین ستون این بخش عنوان مراقبت، در دومین ستون، اجزاء مراقبت مشتمل بر ارزیابی و طبقه بندی و توصیه و در ۳ ستون بعدی سن سالمند در هر مراقبت دوره ای درج 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 ۱: 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 ۱ تا ۳ 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 و توصیه: دومین ردیف از هر مراقبت به طبقه بندی و توصیه اختصاص یافته که دارای حداقل ۲ و حداکثر ۳ 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 ۱: 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 خواب فاقد طبقه بندی مشکل و ارجاع غیر فوری هستند و بعضی دیگر مثل بی اختیاری ادراری فاقد طبقه بندی مشکل هستند.

۳ - **زمان مراقبت دوره ای:** همانطور که قبلاً ذکر گردید این بخش از ۳ 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 ۳ 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.

۴ - **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 کاملاً بر اساس ارزیابی های انجام شده توسط غیر پزشک خواهد بود، لذا دقت عمل در سطح غیر پزشک در موارد یاد شده از اهمیت بالایی برخوردار است 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 ۴ 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 ویژه 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 از : مرکز بهداشتی درمانی / بیمارستان / پزشک متخصص به: خانه بهداشت/ پایگاه بهداشتی / مرکز بهداشتی درمانی همکار ارجمند با سلام بیمار در تاریخ با وضعیت قید شده در فرم ارجاع در مرکز/ بیمارستان.....پذیرش و ارزیابی و معاینه شد و تشخیص های لازم است برای وی: پیگیری در هر ماه و ارجاع پس از ۳ ماه برای بیماری های پیگیری هر ۳ ماه و ارجاع پس از ۶ ماه برای بیماری های پیگیری هر ۶ ماه و ارجاع پس از یک سال برای بیماری های مراقبت دوره ای یک یا ۳ سال بعد برای بیماری های انجام شود. بیمار در تاریخ با تشخیص های فوق ترخیص / ارجاع شد. نام و نام خانوادگی پسخوراند دهنده سمت:	فرم ارجاع شماره پرونده..... شماره ته برگ..... تاریخ ارجاع...../...../..... از : خانه بهداشت / مرکز بهداشتی درمانی / پایگاه بهداشتی..... به : مرکز بهداشتی درمانی / بیمارستان / پزشک متخصص..... همکار ارجمند با سلام، بیمار با نام و نام خانوادگی..... سن..... با نشانه ها و علایم: کاهش اشتها- کاهش وزن ناخواسته- کاهش بینایی- کاهش شنوایی- غم/بی حوصلگی- صبح زودتر ازخواب بیدار شدن/شب دیرتر به رختخواب رفتن/ مشکل به خواب رفتن/ بیدار شدن های شبانه- تکرر ادرار/ شب ادراری/مختل شدن جریان ادرار/احساس ناگهانی و ریزش ادرار- سرفه بیش از ۲ هفته و عوامل خطر: فشارخون بالا -LDL-بالا -HDLپایین- چاقی- لاغری- دخانیات- ورزش نامستمر- مصرف کورتون- یبوست- سقوط- افت فشارخون وضعیتی- عدم توانایی انجام کار های روزانه-تماس با فرد مبتلا به سل-حساسیت شدید به واکسن و آزمون های تشخیصی مثبت / غیر طبیعی: نجوا- استرس - ذهن سپاری- یادآوری- تعادل در وضعیت ثابت/ حرکت-خلط اسهال خلط مثبت و سابقه بیماری / بیماری های آنژین /سکته قلبی -سکته مغزی-بیماری کلیه-دیابت/اختلال قندخون ناشتا-پوکی استخوان/ شکستگی- فلج شدید- دهان و دندان و درمان های معرفی می گردد. خواهشمند است نتیجه کار را پس از درج در فرم پسخوراند به مبدأ عودت دهید. نام و نام خانوادگی ارجاع دهنده سمت:	"ته برگ فرم ارجاع" نام و نام خانوادگی: سن سالمند: علت ارجاع: تاریخ ارجاع: شماره ته برگ: شماره پرونده توجه : این ته برگ در مبدأ بایگانی می گردد.
---	---	---

راهنمای تکمیل فرم ارجاع

این فرم از ۳ ستون مجزا تشکیل گردیده است:

- ته برگ فرم ارجاع
- فرم ارجاع
- فرم پسخوراند

الف) ته برگ فرم ارجاع: در این فرم ابتدا نام و نام خانوادگی و سن سالمند را وارد می کنید. در ادامه علت یا علل ارجاع و تاریخ ارجاع و شماره پرونده 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:

۱. 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.
 ۲. 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.
 ۳. در قسمت "به" دور گزینه مرکز بهداشتی درمانی را دایره کشیده و نام آن را وارد می کنید.
 ۴. در قسمت بعدی مشخصات سالمند شامل نام، نام خانوادگی و سن را وارد می کنید.
- ۱ - در قسمت **"با نشانه ها و علائم"** دور نشانه و علایمی و در قسمت **عوامل خطر** دور عوامل خطر و در قسمت **آزمون های تشخیصی مثبت / غیرطبیعی** دور تست های تشخیصی مثبت یا غیرطبیعی و در قسمت **سابقه بیماری و بیماری ها** دور بیماری ها و یا سابقه بیماری هایی که در سالمند وجود دارد را با دایره کشیدن مشخص می کنید. در قسمت درمان اقدامات درمانی را وارد می کنید و در انتهای ستون نام و نام خانوادگی و سمت خود را می نویسید. 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.....

نام و نام خانوادگی..... سن..... آدرس و شماره تلفن.....

[illegible]

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 ارایه 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 ارایه 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 ۷ ستون به شرح زیر تشکیل شده است:

۱. 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 ۸۷/۴/۲ است در ستون "تاریخ مراجعه" نیز ۸۷/۴/۲ 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 ۸۷/۵/۵ 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 ۸۷/۵/۲ ثبت شده و باید مراجعه می کرده مقایسه می شود. در این مثال مشخص می شود که سالمند با ۳ روز تاخیر به نزد شما مراجعه کرده است در این شرایط علت تاخیر جستجو تا از تاخیر در مراجعات بعدی در صورت امکان پیگیری شود.

نکته ۱: تاریخ های پیگیری بعدی را بر اساس تاریخ مراجعه همان روز یعنی به عنوان مثال از تاریخ ۸۷/۵/۵ باید در نظر گرفته شوند.

۱. 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 ۸۷/۴/۲ تکمیل شده است، در ستون "تاریخ مراجعه" همین تاریخ یعنی ۸۷/۴/۲ 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 ابتلا به 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.

۲. در ستون سوم، تحت عنوان "اقدامات پیگیری" مراقبت ها و توصیه ها ارایه 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 ۲۸ و توصیه های تغذیه ای و فعالیت های بدنی لازم" و در ردیف مقابل سل "نمونه برداری از خلط" را وارد می کنید.

دقت کنید سالمند برای پیگیری فشارخون بالا ۳ ماه و برای چاقی و سل یک ماه بعد از مراقبت دوره ای مراجعه می کند.

۳. ستون چهارم تحت عنوان "نتیجه پیگیری" دارای ۳ 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 ۳ ستون وارد کنید. به عنوان مثال در مورد پیگیری فشارخون بالا چنانچه فشارخون ماکزیمم قبلی سالمند ۱۳۰ و در مراقبت پیگیری ۱۲۰ میلیمتر جیوه است در ستون بهتر علامت می زنید و در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند ۲۸ باشد در ستون بدون تغییر علامت گذاری می کنید.
۴. ستون پنجم 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 ۱۴۰ میلی متر جیوه رسیده باشد در ستون "دارد" علامت می زنید.
۵. ستون ششم 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 ۱۴۰ میلی متر جیوه رسیده باشد در ستون "ندارد" علامت می زنید. **دقت کنید** سالمند در مراجعات پیگیری، بر اساس نتیجه پیگیری یا ارجاع می شود یا تحت مراقبت های پیگیری قرار می گیرد.
۶. در ستون هفتم 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 ۸۷/۷/۲ و در دومین و سومین ردیف در مقابل ردیف های ابتلا به چاقی و سل تاریخ ۸۷/۵/۲ قید می گردد. **دقت کنید** در زمان انجام مراقبت دوره ای، فقط ۳ 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.
۷. 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

۱. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری سکنه قلبی و سکنه مغزی، مرکز مدیریت بیماری ها-۱۳۸۴
۲. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری قلبی و عروقی، مرکز مدیریت بیماری ها-۱۳۸۴
۳. برنامه جامع قلب و عروق، مرکز مدیریت بیماری ها-۱۳۸۵
۴. راهنمای فشارخون بالا برای پزشکان، مرکز مدیریت بیماری ها-۱۳۸۰
۵. راهنمای ارزیابی، تشخیص و درمان انواع اختلال چربی های خون، مرکز مدیریت بیماری ها-۱۳۸۳
۶. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری چاقی، مرکز مدیریت بیماری ها-۱۳۸۴
۷. تغذیه سالمندان در سلامت و بیماری، دفتر بهبود تغذیه جامعه-۱۳۸۳
۸. پزشک و دیابت، مرکز مدیریت بیماری ها-۱۳۸۳
۹. بهورز و دیابت، مرکز مدیریت بیماری ها-۱۳۸۳
۱۰. پیشگیری، تشخیص زودرس و درمان سلطان های پوست، پستان، روده بزرگ و دهانه رحم، مرکز مدیریت بیماری ها
۱۱. مراقبت های بهداشتی اولیه در سالمندان ایران، دکتر شهربانو مقصودنیا، فوق تخصص سالمندان
۱۲. سلامت روان کاربردی برای پزشکان عمومی و پزشکان خانواده، دفتر سلامت روان
۱۳. استئوپروز، مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران-۱۳۸۲، دکتر فرهاد شهرام
۱۴. بی اختیار اداری در افراد مسن، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران-۱۳۸۲، دکتر محمد علی صدیقی گیلانی
۱۵. راهنمای کشوری مبارزه با سل، مرکز مدیریت بیماری ها-۱۳۸۱
۱۶. سلامت دهان و دندان، مجموعه کتب آموزش بهورزی، اداره سلامت دهان و دندان-۱۳۸۴
۱۷. 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،

۱۳۸۳

18. The MERCK MANUAL of GERIATRICS, Fourth Edition, 2004
19. The Guide to Clinical Preventive Services, 2005
20. Best Practices in Nursing Carer to Older Adults, try this, 2001
21. Elderly Health Services, Health Problems of the elderly, 2005