

بسم الله الرحمن الرحيم

مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان

ویژه بهورز و مراقب سلامت

مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان

ویژه بهورز و مراقب سلامت

مؤلفین: دکتر محسن شتی، دکتر مهین سادات عظیمی، سهیلا داوری، دکتر زهرا صلیبی، دکتر شهین لدنی
دکتر الهام کارگزار، دکتر شیما رئیسی، دکتر فریبا تیموری، دکتر آزاده سادات زنده باد، دکتر منیژه مقدم
زیر نظر: دکتر حامد برکاتی

۱۳۹۸

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت سالمندان

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

تقدیر و تشکر:

با قدردانی و تشکر از مدیران دفاتر و رؤسای ادارات فنی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاون محترم گروه‌های جمعیتی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، سرکار خانم دکتر فروزان صالحی
معاون محترم گروه‌های سنی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، جناب آقای دکتر سیدتقی یمانی
مدیر محترم برنامه‌های سلامت و نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه، سرکار خانم دکتر ناهید جعفری بیدهندی، کارشناس محترم گروه مدیریت برنامه‌های مرکز مدیریت شبکه، سرکار خانم فرشته فقیهی
ریاست محترم اداره بیماری‌های قلبی عروقی، جناب آقای دکتر علیرضا مهدوی، کارشناس محترم مسئول پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی سرکار خانم دکتر طاهره سماوات و کارشناس محترم مسئول پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی سرکار خانم علیه حجت زاده
مدیر محترم گروه تغذیه سالمندان دفتر بهبود تغذیه، سرکار خانم دکتر پریسا ترابی
کارشناس محترم مسئول دفتر بیماری‌های غیرواگیر، سرکار خانم دکتر شهین یاراحمدی
مدیر کل محترم دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد جناب آقای دکتر احمد حاجبی، ریاست محترم اداره سلامت روان جناب آقای علی اسدی و کارشناس محترم مسئول دفتر سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد
سرکار خانم طاهره زیادلو

با قدردانی و تشکر از متخصصین و اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی:

جناب آقای دکتر فریدون عزیزی: متخصص غدد و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
جناب آقای دکتر احمد علی اکبری کامرانی: متخصص داخلی و فلوشیپ سالمندی، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو محترم هیئت علمی مرکز تحقیقات سالمندی و گروه آموزشی سالمندی
جناب آقای دکتر کاظم ملکوتی: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
سرکار خانم دکتر مهشید فروغان: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو محترم هیئت علمی مرکز تحقیقات سالمندی و گروه آموزشی سالمندی
سرکار خانم دکتر پریسا طاهری تنجانی: متخصص طب سالمندان از فرانسه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
سرکار خانم دکتر مریم نوروزیان: متخصص مغز و اعصاب و عضو محترم هیئت علمی و مدیر گروه محترم طب سالمندی دانشگاه تهران
جناب آقای دکتر مجید برکتین: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر حمید صانعی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر محمد حسن انتظاری: دکترای تغذیه، رئیس محترم دانشکده تغذیه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر نوشین خلیلی بروجنی: فوق تخصص غدد و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر ویکتوریا عمرانی فرد: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر شهلا آکوجکیان: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر علی جواد پور: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی فارس
سرکار خانم دکتر محدثه بهجتی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر ماه منیر نحوی زاده: متخصص روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر حمید محمد بیگی: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر جعفر گلشاهی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر لیلا آزاد بخت: دکترای تغذیه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
جناب آقای دکتر بابک تمیزی فر: متخصص داخلی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی: دکترای پرستاری سالمندان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
سرکار خانم دکتر مرضیه شیرازی خواه: پزشک عمومی، MPH سالمندی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
جناب آقای دکتر حامد مرتضوی: دکترای آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
سرکار خانم دکتر نیلوفر خدابنده لو: متخصص داخلی دانشگاه علوم پزشکی ایران
جناب آقای دکتر محمدرضا امامی: متخصص مغز و اعصاب، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

با قدردانی و تشکر ویژه از:

همکاران اسبق اداره سلامت سالمندان: سرکار خانم خدیجه امیرحسینی، سرکار خانم دکتر سهیلا خوشبین، سرکار خانم دکتر عالیبه عزیزآبادی فراهانی، سرکار خانم دکتر مهتاب علیزاده، سرکار خانم لاله رادپویان، سرکار خانم سمیرا پورمروت
دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: جناب آقای دکتر رضا خدیوی، جناب آقای دکتر پژمان عقدک، جناب آقای دکتر غلامرضا بهرامی، سرکار خانم دکتر میترا مرادی نیا، سرکار خانم ناهید مرادی، سرکار خانم دکتر الهه ایزدی خواه، جناب آقای دکتر رضا فدایی، سرکار خانم دکتر رامش حسین خانی، سرکار خانم دکتر ناهید گرامیان، سرکار خانم دکتر شهره اخوان، جناب آقای دکتر جهانشاه جهانگیری پور، سرکار خانم لیلا غلامی، سرکار خانم افسانه سرتیپ زاده و سرکار خانم فاطمه جعفری

با قدردانی و تشکر از سایر همکاران دانشگاهی که با ارائه نظرات پیشنهادی ما را در تهیه این مجموعه یاری کرده‌اند:

۱. دانشگاه علوم پزشکی آبادان
۲. دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
۳. دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۴. دانشگاه علوم پزشکی اسدآباد
۵. دانشگاه علوم پزشکی اسفراین
۶. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۷. دانشگاه علوم پزشکی البرز
۸. دانشگاه علوم پزشکی اهواز
۹. دانشگاه علوم پزشکی ایران
۱۰. دانشگاه علوم پزشکی ایرانشهر
۱۱. دانشگاه علوم پزشکی ایلام
۱۲. دانشگاه علوم پزشکی بابل
۱۳. دانشگاه علوم پزشکی بزم
۱۴. دانشگاه علوم پزشکی بوشهر
۱۵. دانشگاه علوم پزشکی بهبهان
۱۶. دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۱۷. دانشگاه علوم پزشکی تربت جام
۱۸. دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه
۱۹. دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲۰. دانشگاه علوم پزشکی جهرم
۲۱. دانشگاه علوم پزشکی جیرفت
۲۲. دانشگاه علوم پزشکی چهارمحال و بختیاری
۲۳. دانشگاه علوم پزشکی خراسان جنوبی
۲۴. دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۲۵. دانشکده علوم پزشکی خمین
۲۶. دانشکده علوم پزشکی خوی
۲۷. دانشکده علوم پزشکی خلخال
۲۸. دانشگاه علوم پزشکی دزفول
۲۹. دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
۳۰. دانشگاه علوم پزشکی زاہل
۳۱. دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
۳۲. دانشگاه علوم پزشکی زنجان
۳۳. دانشگاه علوم پزشکی ساوه
۳۴. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
۳۵. دانشکده علوم پزشکی سراب
۳۶. دانشگاه علوم پزشکی سمنان
۳۷. دانشکده علوم پزشکی سیرجان
۳۸. دانشگاه علوم پزشکی شاهرود
۳۹. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴۰. دانشگاه علوم پزشکی شوشتر
۴۱. دانشگاه علوم پزشکی فارس
۴۲. دانشگاه علوم پزشکی فسا
۴۳. دانشگاه علوم پزشکی قزوین
۴۴. دانشگاه علوم پزشکی قم
۴۵. دانشگاه علوم پزشکی کاشان
۴۶. دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۴۷. دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۴۸. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
۴۹. دانشگاه علوم پزشکی کهکلوپه و بویراحمد
۵۰. دانشگاه علوم پزشکی گراش
۵۱. دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۵۲. دانشگاه علوم پزشکی گناباد
۵۳. دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۵۴. دانشگاه علوم پزشکی لارستان
۵۵. دانشگاه علوم پزشکی لرستان
۵۶. دانشگاه علوم پزشکی مازندران
۵۷. دانشگاه علوم پزشکی مراغه
۵۸. دانشگاه علوم پزشکی مرکزی
۵۹. دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۶۰. دانشگاه علوم پزشکی نیشابور
۶۱. دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
۶۲. دانشگاه علوم پزشکی همدان
۶۳. دانشگاه علوم پزشکی یزد

فهرست

۹	پیشگفتار
۱۰	بخش اول - کلیات
۱۲	راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان
۱۳	بخش دوم - مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان
۱۳	فصل اول - پیشگیری از سکتته های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون
۲۷	فصل دوم - اختلالات تغذیه ای
۳۵	فصل سوم - سقوط و عدم تعادل
۳۹	فصل چهارم - افسردگی
۴۱	فصل پنجم - تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان پستان
۴۳	فصل ششم - تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان کولورکتال
۴۵	منابع

بند ۷ سیاست‌های جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری

«فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی ساز و کار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب»

در سال‌های اخیر کشور ایران به مدد توسعه اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت‌های نظام سلامت، به میانگین سنی بالاتر و امید به زندگی بیشتری دست یافته است. بدیهی است افزایش امید به زندگی، با افزایش درصد جمعیت سالمند همراه بوده و سالخوردگی جمعیت یک دست آورد مثبت و یکی از افتخارات ما است. براساس سرشماری سال ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، کشور ما ۷ میلیون سالمند دارد که ۹/۲۸ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهد و انتظار می‌رود تا سال ۱۴۳۰ این نسبت به ۳۰ درصد کل جمعیت کشور برسد.

سالمندی معمولاً همراه با مشکلات مختلفی است که جنبه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را در بر گرفته و با تحمیل هزینه‌های قابل توجهی همراه است. با سالمند شدن جمعیت، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در جهت تغییر نقش سالمندان از افرادی وابسته به جمعیتی فعال از هر نظر، اجتناب‌ناپذیر است.

حفظ تندرستی و سلامت سالمندان، امری امکان‌پذیر بوده و نباید بیماری و ناتوانی را جزء جدایی‌ناپذیر سالمندی دانست. در این راستا مراقبت دوره‌ای سالمندان در کنار آموزش شیوه زندگی سالم می‌تواند با کاهش بار بیماری و افزایش امید به زندگی توأم با سلامت، به سالمندی سالم و فعال منجر شود. بدیهی است شما به عنوان ارائه‌دهنده خدمات سلامت، بیشترین نقش را در پیش برد اهداف نظام سلامت خواهید داشت. امید است با تلاش شما، شاهد افزایش برخورداری سالمندان از برنامه‌های سلامت باشیم.

سید حامد برکاتی

مدیر کل دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

بخش اول: کلیات

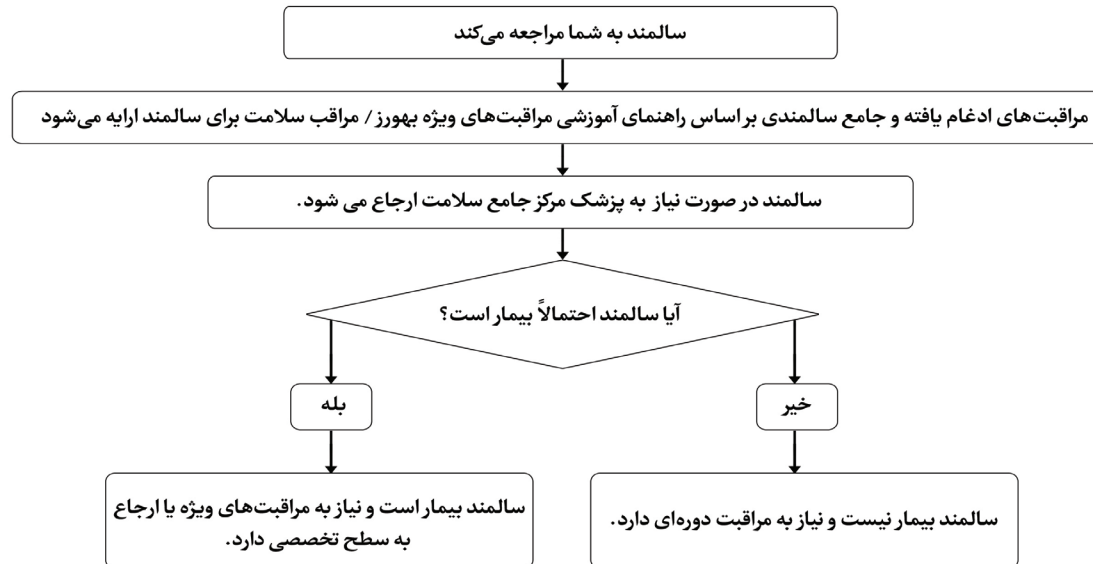
تعریف

مراقبت های ادغام یافته به مفهوم ارائه خدمات جامع سلامتی به گروه هدف با استفاده از ارزیابی علائم و نشانه های بالینی ساده و ادغام یافته در سطح گیرنده خدمت است. در این مدل از حداقل عوامل خطر و نشانه های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. لازم به ذکر است که عوامل خطر، نشانه ها، علائم بالینی، اقدامات تشخیصی، درمان، موارد ارجاع و پیگیری های مورد استفاده در این مدل برگرفته از برنامه های کشوری اداره های تخصصی و منابع تخصصی طب سالمندی است. در این مجموعه نحوه ارزیابی کردن سالمند از نظر بیماری های جسمانی و روانی اولویت دار بر اساس بار بیماری ها و اختلالات تغذیه ای آموزش داده می شود و علاوه بر روش های تشخیصی و درمانی ساده، راه های پیشگیری از بیماری ها نیز عنوان شده است. به طور خلاصه در این مجموعه شما نحوه استفاده و کار با راهنمای مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی را فرا خواهید گرفت.

اصول کلی

برنامه مراقبت از سالمند به صورت یک برنامه با عنوان بسته مراقبت های ادغام یافته سالمندان طراحی گردیده است. در این راستا زمانی که سالمند به دنبال فراخوان به نزد شما مراجعه می کند، برای ارزیابی مراقبت های سالمند از بسته مراقبت های ادغام یافته سالمندان ویژه بهورز / مراقب سلامت استفاده می شود. در پایان ارزیابی مراقبت ها چنانچه برای سالمند تشخیص ابتلا به یک یا چند بیماری توسط پزشک داده شود، در چرخه مراقبت ویژه یا ارجاع تخصصی و سپس پیگیری قرار می گیرد و اگر سالمند مبتلا به بیماری یا اختلال نباشد، در چرخه مراقبت های دوره ای قرار می گیرد.

چرخه فرآیند کلی مراقبت از سالمند



جدول راهنمای مراقبت 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 ارزیابی های جامع تر برای سالمند استفاده می گردد.

در بخش **طبقه بندی** موارد به دست آمده از قسمت ارزیابی یعنی عوامل خطر، نشانه های بالینی، معاینات ساده و جامع و اقدامات تشخیصی براساس شدت بیماری طبقه بندی می شوند. سالمندی که دارای نشانه و علامت جدی بیماری است و نیاز به دریافت خدمات اورژانسی دارد، در طبقه **«مشکل فوری»** قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ قرمز دیده می شود. 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 **«مشکل»** قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ زرد دیده می شود. همچنین سالمندی که دارای نشانه و علامت بیماری و یا عامل خطری است که نیاز به بررسی بیشتر دارد، در طبقه **«در معرض مشکل»** 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 و نیاز به خدمات تخصصی و ارجاع ندارد، در طبقه **«فاقد مشکل»** 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 براساس طبقه بندی مشکل برای سالمند به شرح زیرارایه می گردد:

۱- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **«مشکل فوری»** قرار می گیرد، ارجاع فوری به نزدیکترین بیمارستان (اورژانس) یا مرکز درمانی است.^{۱*}

۲- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **«مشکل»** قرار می گیرد، ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جامع سلامت و آموزش های لازم و مرتبط است.

۳- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **«در معرض مشکل»** قرار می گیرد، بررسی بیشتر، رایه مراقبت های ویژه در پیگیری ها، درمان غیر دارویی و آموزش است که به رنگ زرد دیده می شود.^{۲*}

۴- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **«فاقد مشکل»** قرار می گیرد، تشویق سالمند برای مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت های دوره ای و رایه 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 با توجه به 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^{۳*} USPS task force است.

در این راهنما آموزش ها شامل نحوه ارزیابی سالمند، توصیه مناسب، مداخلات آموزشی مرتبط از نظر اختلالات فشارخون، اختلالات تغذیه، اختلالات چربی خون، دیابت، سقوط و عدم تعادل، افسردگی و تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان و تشخیص زودهنگام و غربالگری کولورکتال است. بنابراین شما با مهارت های لازم در زمینه نحوه ارزیابی سالمند، انتخاب یک و یا چند توصیه مناسب، مداخلات آموزشی مرتبط و مراقبت های غیردرمانی لازم را کسب خواهید کرد.

۱ * طبقه بندی مشکل فوری فقط در مبحث خطرسنجی غیر پزشکی وجود دارد.

۲ * کلمه «در معرض مشکل» به این مفهوم نیست که الزاماً سالمند در معرض وضعیت بدتر است، بلکه عدم درمان مناسب و به موقع می تواند سالمند را به یک فرد آسیب پذیرتر تبدیل کند.

۳ US preventative service task force

فصل اول

پیشگیری از سکته‌های قلبی و مغزی از طریق
خطرسنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت،
فشار خون بالا و اختلالات چربی خون

بخش دوم - مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان

فصل اول - پیشگیری از سکتته های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون

ارزیابی	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
در مورد سابقه بیماری های قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک سوال کنید:	میانگین فشارخون ۱۱۰/۱۸۰ میلی متر جیوه و بالاتر	فشارخون بالا	ارجاع فوری به پزشک و پیگیری براساس دستور پزشک
آیا سالمند سابقه سکتته قلبی، سابقه انجام مداخله درمانی تهاجمی (بالون گذاری یا استنت قلبی)، سابقه عمل جراحی باز قلب، سابقه سکتته مغزی، سابقه علایم گرفتگی شریان های اندام تحتانی را دارد؟ در صورت پاسخ بلی، نیازی به ادامه ارزیابی نیست و در طبقه بندی «خطر ۱۰ ساله ۳۰ درصد و بالاتر» قرار گیرد.	حداقل یک مورد سابقه بیماری قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک	خطر ۱۰ ساله ۳۰٪ و بالاتر	ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری براساس دستورالعمل: - مراقبت ماهانه و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یکبار
در مورد عوامل خطر و سابقه بیماری سوال کنید:	۱. سالمند مبتلا به فشار خون بالای شناخته شده با فشارخون ۹۰/۱۵۰ میلی متر جیوه و بالاتر ۲. سالمند مبتلا به دیابت شناخته شده با قند خون ناشتا کمتر از ۷۰ یا بیش از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر ۳. سالمند مبتلا به اختلال چربی خون بالای شناخته شده یا چربی خون کنترل نشده، کلسترول خون ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر	بیماری کنترل نشده	- ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی موارد بیماری ها - آموزش اصلاح شیوه زندگی - آموزش پایبندی به درمان - پیگیری براساس دستور پزشک یا طبق دستورالعمل: - مراقبت ماهانه بیماری فشارخون بالا و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار تا دستیابی به میزان هدف فشارخون و تثبیت آن در دو نوبت مراقبت و بعد از آن ۳ ماه یک بار و ارجاع به پزشک سالی یکبار - مراقبت ماهانه بیماری دیابت و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار - مراقبت ۳ ماه یک بار بیماری اختلال چربی های خون و پیگیری و ارجاع به پزشک حداکثر ۳ ماه یک بار تا کنترل چربی خون و بعد ارجاع به پزشک دو بار به فاصله ۶ ماه یک بار و سپس سالی یک بار بعد از تثبیت چربی های خون هدف و مراقبت دوره ای ۶ ماه یکبار - پیگیری برای مراجعه جهت ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر
معاینه کنید:	۱. سالمند مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده با فشارخون کمتر از ۹۰/۱۵۰ میلی متر جیوه ۲. سالمند مبتلا به دیابت شناخته شده با قند خون ناشتای ۷۰ تا ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر ۳. سالمند مبتلا به بیماری چربی خون شناخته شده با کلسترول خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر	بیماری کنترل شده	- آموزش اصلاح شیوه زندگی - آموزش پایبندی به درمان - مراقبت ماهانه بیماری فشارخون بالا و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار تا دستیابی به میزان هدف و سپس طبق دستورالعمل - مراقبت ماهانه بیماری دیابت و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار - مراقبت ۳ ماه یک بار بیماری اختلال چربی های خون و پیگیری و ارجاع به پزشک ۳ ماه یک بار تا کنترل چربی خون و بعد دو بار به فاصله ۶ ماه یک بار و سپس سالی یک بار بعد از تثبیت چربی های خون هدف - پیگیری برای مراجعه جهت ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر
با رعایت شرایط اندازه گیری فشارخون، مطابق دستورالعمل فشارخون را اندازه گیری کنید. با رعایت شرایط قد و وزن سالمند را اندازه گیری کنید.	پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های زرد قرار گرفته اند.	خطر ۱۰ ساله ۱۰ الی ۱۹٪	- آموزش اصلاح شیوه زندگی - پیگیری و ارزیابی خطر هر ۹ ماه یا طبق میزان خطر جدید
اقدام کنید:	پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های قرمز کمرنگ و پررنگ قرار گرفته اند.	خطر ۱۰ ساله ۳۰٪ و بالاتر	- آموزش اصلاح شیوه زندگی - ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری براساس دستور پزشک - پیگیری و ارزیابی خطر قلبی عروقی هر ۳ ماه یا طبق میزان خطر جدید
قند خون ناشتا و کلسترول خون را بررسی کنید: چنانچه فرد آزمایش قند خون ناشتا و کلسترول در طی یک سال گذشته را به همراه دارد از همان استفاده می شود و در غیر این صورت در صورت موجود بودن دستگاه سنجش و نوار آزمایش طبق دستورالعمل قند خون و کلسترول خون ناشتا را اندازه بگیرید و اگر همه موارد منفی بود فرد را جهت انجام آزمایش قند و کلسترول خون به آزمایشگاه ارجاع دهید و پس از دریافت نتیجه آزمایش، مطابق چارت ارزیابی خطر ابتلا به حوادث قلبی عروقی، خطر قلبی عروقی را تعیین کنید.			

<p>- آموزش اصلاح شیوه زندگی - ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری براساس دستور پزشک - پیگیری و ارزیابی خطر هر ۶ ماه یا طبق میزان خطر جدید</p>	<p>خطر ۱۰ ساله ۲۰ الی ۲۹٪</p>	<p>پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های نارنجی قرار گرفته اند.</p>	
<p>- ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی و تایید موارد مشکوک - پیگیری براساس دستور پزشک و طبق دستورالعمل - پیگیری و ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر</p>	<p>مشکوک به بیماری</p>	<p>۱. میانگین فشار خون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر ۲. قند خون بالا (۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر) ۳. کلسترول خون بالا (۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر)</p>	
<p>- آموزش پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی به سالمند و همراه وی - ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری براساس دستور پزشک</p>	<p>احتمال افت فشارخون وضعیتی</p>	<p>افت فشارخون ماکزیمم در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته مساوی یا بیش از ۲۰ میلی متر جیوه</p>	
<p>- آموزش پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی به سالمند و همراه وی - تشویق سالمند به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد</p>	<p>افت فشارخون وضعیتی ندارد</p>	<p>افت فشارخون ماکزیمم در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه</p>	
<p>- آموزش اصلاح شیوه زندگی - تشویق سالمند به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد - پیگیری برای مراجعه ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر</p>	<p>خطر ۱۰ ساله کمتر از ۱۰٪</p>	<p>پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های سبز قرار گرفته اند.</p>	
	<p>خطر ۱۰ ساله کمتر از ۱۰٪</p>	<p>میانگین فشارخون کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه (غیر بیمار)</p>	
	<p>فشارخون در محدوده قابل قبول (مطلوب)</p>	<p>میانگین فشارخون ۱۲۰/۸۰ تا ۱۳۹/۸۹ میلی متر جیوه (غیر بیمار)</p>	
	<p>فشار خون بالای طبیعی (پره هایپرتنشن)</p>	<p>کلیستروکل خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر</p>	
	<p>محدوده قابل قبول (مطلوب)</p>	<p>قند خون کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر (غیر بیمار)</p>	
	<p>قند خون طبیعی</p>	<p>قند خون ناشتای ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر (غیر بیمار)</p>	
	<p>پره دیابت</p>		

فصل اول: پیشگیری از سکنه های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون

سالمند را از نظرا احتمال اختلالات فشارخون ارزیابی کنید.

فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته پس از ۵ دقیقه استراحت در دست راست اندازه گیری کنید. چنانچه فشارخون ماکزیمم مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشارخون مینیمم مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است پس از ۵ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. کاف فشارسنج را باز نکنید و برای بررسی افت فشارخون وضعیتی، پس از آنکه سالمند به مدت ۲ تا ۵ دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت، فشارخون وی را دوباره از دست راست اندازه گیری کنید. اگر به هر دلیلی اندازه گیری فشارخون ایستاده مشکل است، افت فشار از حالت خوابیده به نشسته را اندازه گیری نمایید. ابتدا سالمند ۵ دقیقه به پشت بخوابد سپس فشارخون را از دست راست اندازه گیری نماید. سپس از سالمند بخواهید که بنشیند به نحوی که پاها از لبه تخت آویزان باشد. پس از ۲ تا ۵ دقیقه نشستن، فشار را از دست راست اندازه گیری نمایید. به کاهش ۲۰ میلی لیتر جیوه فشار خون سیستولیک با تغییر وضعیت از حالت نشسته یا خوابیده به حالت ایستاده، افت فشار خون وضعیتی گفته می شود.

در زمان اندازه گیری فشار خون توصیه های زیر رعایت شود:

- مصرف نکردن قهوه و سیگار نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- ناشتا نبودن طولانی (بیش از ۱۴ ساعت)؛
- 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 سالمند در وضعیت نشسته و پشت وی به صندلی تکیه داشته باشد (سالمند باید حداقل ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشارخون استراحت کند به گونه ای که احساس خستگی نکند)؛
- قرار دادن دست سالمند در حالت نشسته و یا ایستاده به روی یک تکیه گاه مناسب هم سطح قلب وی (وضعیت افتاده دست باعث بالا رفتن کاذب فشار خون ماکزیمم می شود)؛
- بالا زدن آستین دست راست تا بالای بازو به گونه ای که بازو تحت فشار قرار نگیرد (لباس نازک نیازی به بالا زدن آستین ندارد)؛
- فاصله با سالمند در زمان اندازه گیری فشارخون کمتر از یک متر؛
- خارج کردن هوای داخل کیسه لاستیکی با استفاده از پیچ تنظیم؛
- 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 گوسی روی شریان بازویی بدون فشار روی شریان، توسط سالمند؛
- حس کردن و نگاه داشتن نبض مچ دست راست سالمند 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 میزان 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 با سرعت ۲ میلی متر جیوه در ثانیه)؛

• شنیدن اولین صدای ضربان قلب به مفهوم فشارخون سیستولیک و از بین رفتن صدای ضربان قلب به معنای فشارخون دیاستولیک است.
تذکره: در مواردی که فشارخون سیستولیک در یک طبقه و فشارخون دیاستولیک در یک طبقه دیگر قرار می‌گیرد، مثلاً فشارخون سیستولیک ۱۵۰ میلی‌متر جیوه (طبقه مشکل) و فشارخون دیاستولیک ۸۰ میلی‌متر جیوه (طبقه در معرض مشکل) باشد، سالمند را در طبقه بالاتر فشارخون، یعنی احتمال مشکل طبقه بندی کنید.

سالمند را از نظر میزان خطر ۱۰ ساله سکته‌های قلبی مغزی کشنده یا غیر کشنده ارزیابی کنید

با استفاده از نمودار ارزیابی خطر با توجه به جنس، سن، ابتلا یا عدم ابتلا به دیابت، سیگاری یا غیرسیگاری بودن، فشارخون سیستولیک بر حسب میلی‌متر جیوه و میزان کلسترول بر حسب میلی‌گرم در دسی‌لیتر، میزان خطر ۱۰ ساله سکته‌های قلبی مغزی کشنده یا غیرکشنده سالمند را تعیین کنید.

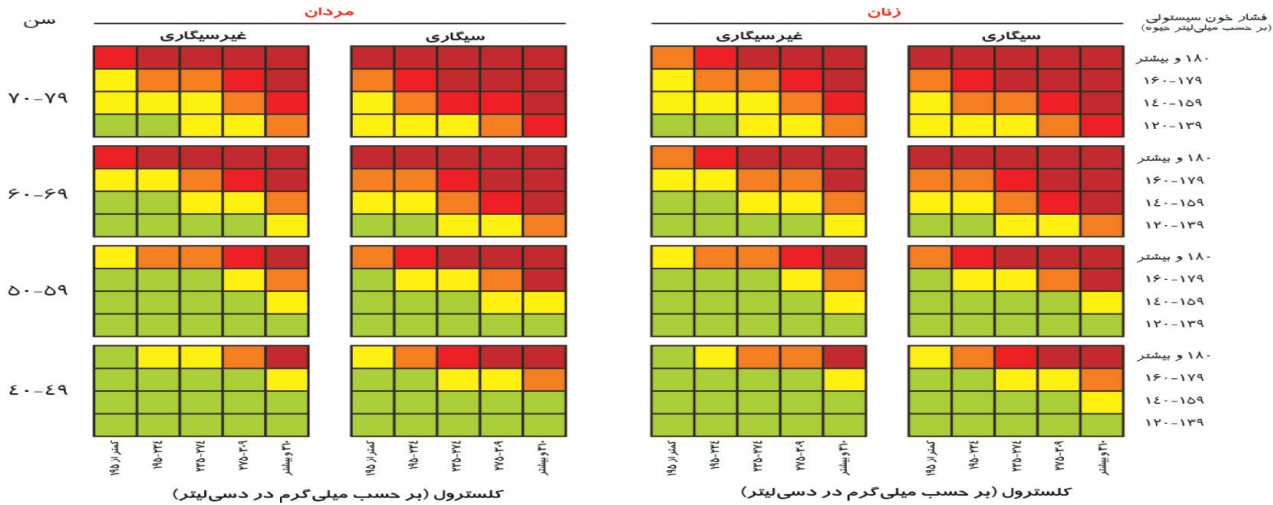
دقت کنید: در مواردی که فشارخون سیستولیک در یک طبقه و فشارخون دیاستولیک در یک طبقه دیگر قرار می‌گیرد، مثلاً فشارخون سیستولیک ۱۵۰ میلی‌متر جیوه (طبقه مشکل) و فشارخون دیاستولیک ۸۰ میلی‌متر جیوه (طبقه در معرض مشکل) باشد، سالمند را در طبقه بالاتر فشارخون، یعنی احتمال مشکل طبقه بندی کنید.

نمودار ارزیابی خطر: احتمال بروز حوادث کشنده و غیرکشنده قلبی عروقی طی ۱۰ سال آینده

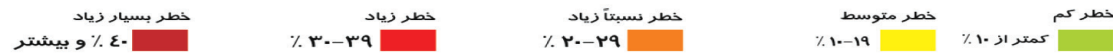
نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا هستند:



نمودار افرادی که به بیماری دیابت مبتلا نیستند:



خطر رویداد قلبی عروقی در ۱۰ سال آینده (%)



مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند

۱- تغذیه مناسب

- غذاها را به صورت کم نمک مصرف نماید.
- از مصرف فراورده‌های غذایی نمک سوده مثل چیپس، پفک، سوسیس، کالباس، فست فودها و ساندویچ‌ها با سس زیاد، فلافل و سمبوسه پرروغن و ... خودداری نماید.
- مصرف میوه و سبزی را افزایش دهند و در صورت وجود مشکلات دندانی از میوه و سبزی خرد شده استفاده کند. در صورت وجود مشکل گوارشی از میوه و سبزی پخته شده، استفاده نماید.
- مصرف چربی به خصوص چربی‌های اشباع را کم نماید.
- مصرف غذاهای چرب و سرخ شده را به حداقل برساند. اما برای اینکه چربی مورد نیاز بدن سالمند تأمین شود، روزانه یک قاشق سوپ خوری روغن گیاهی مثل روغن زیتون همراه غذا یا سالاد مصرف کند.
- مصرف غذاها به صورت آب‌پز، بخارپز یا تنوری باشد.
- از مصرف سس برای سالاد یا سبزیجات خودداری نماید و به جای آن از روغن زیتون یا آبلیمو یا سرکه و سبزی‌های معطر به همراه ماست کم چرب استفاده نماید.
- به جای روغن‌های جامد و کره از مارگارین و به جای چربی‌های حیوانی از روغن‌های مایع مثل روغن زیتون، روغن آفتابگردان و روغن ذرت استفاده کند.
- قبل از طبخ مرغ، پوست آن را کاملاً جدا کند.
- از مصرف کله پاچه، مغز و قلوه که حاوی مقادیر بالای چربی است، خودداری شود.
- تا حد امکان مصرف گوشت قرمز و چربی‌های حیوانی را کاهش دهد و گوشت مرغ، ماهی و سویا را جایگزین آن نماید.
- لبنیات کم چرب و غلات سیوس دار را بیشتر مصرف نماید.
- بهتر است بیشتر از ۳ تخم مرغ در هفته، چه به تنهایی و چه داخل غذا مانند کوکو مصرف نکند.
- مصرف روزانه ۸-۶ لیوان آب را فراموش نکند.

۲- تمرینات بدنی مناسب

- در سالمند مبتلا به فشارخون ورزش‌های هوازی با شدت متوسط، به مدت ۶۰-۳۰ دقیقه در روز و ۷-۵ روز در هفته توصیه می‌شود.
- ورزش‌های هوازی:** این تمرینات موجب افزایش تعداد ضربان قلب و تنفس می‌شوند. مصرف اکسیژن در طی این حرکات افزایش می‌یابد و در نتیجه کارایی قلب و ریه‌ها و سیستم گردش خون افزایش می‌یابد و توانایی در انجام کارهای روزانه بیشتر می‌شود. این تمرینات شامل: پیاده روی، دوچرخه سواری، شنا، کوهنوردی و ...
- شدت ورزش:** برای محاسبه شدت ورزش از تست تکلم استفاده کنید، از سالمند در خصوص تغییرات ضربان نبض، تنفس و نحوه تکلم در حین ورزش سؤال کنید:
- چنانچه در حین فعالیت ورزشی تعداد ضربان نبض و تنفس تغییری نداشته باشد، به عنوان فعالیت با شدت کم در نظر گرفته می‌شود.
 - چنانچه در حین فعالیت ورزشی، تغییر در تعداد ضربان نبض و تنفس به گونه‌ای باشد که سالمند بتواند به راحتی صحبت کند، به عنوان فعالیت با شدت متوسط در نظر گرفته می‌شود.
 - چنانچه در حین فعالیت ورزشی، تغییر در تعداد ضربان نبض و تنفس به گونه‌ای باشد که سالمند نتواند به راحتی صحبت کند، به عنوان فعالیت با شدت شدید در نظر گرفته می‌شود.
- ابتدا از سالمند در مورد فعالیت‌های ورزشی وی سؤال کنید. به طور مثال از وی بپرسید که معمولاً از صبح تا شب (مثلاً دیروز) چه فعالیت‌های ورزشی داشته است. در صورتی که فعالیت ورزشی مناسب دارد

وی را به ادامه کار تشویق کنید و از وی بخواهید که به تدریج زمان آن را افزایش دهد. چنانچه سالمند فعالیت ورزشی مناسبی ندارد، به عنوان ساده ترین ورزش هوازی می توانید روش پیاده روی صحیح را به وی آموزش دهید.

سالمند برای انجام پیاده روی باید نکات زیر را رعایت کند:

- در سالمندانی که ورزش نمی کنند قبل از شروع ورزش، ارزیابی سلامت شوند.
- قبل از شروع پیاده روی با تمرینات گرم کننده عضلات، خود را گرم کند (۵ دقیقه حرکات نرمشی، راه رفتن ملایم و یا درجا انجام دهد)، سپس برای مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه پیاده روی کند.
- مدت پیاده روی را به تدریج افزایش دهد تا حداکثر به یک ساعت در روز برسد.
- بهتر است پیاده روی را در دو نوبت صبح و عصر و هر بار ۳۰ دقیقه انجام دهد. سالمندانی که تازه ورزش و پیاده روی را شروع کرده اند و یا سالمندانی که توانایی انجام پیاده روی طولانی را ندارند، هر بار ۱۰ دقیقه کفایت می کند، به مرور زمان پیاده روی را بیشتر کند.
- کفش راحت، کاملاً اندازه و بنددار بپوشد که پا را در خود نگه دارد و مانع تأثیر ضربه به پا شود. همچنین جوراب های ضخیم نخی که عرق پا را جذب و پاها را حفظ کند، بپوشد.
- لباس راحت، سبک و متناسب با دمای هوا بپوشد. در تابستان لباس با رنگ روشن و در زمستان به جای یک لباس ضخیم، چند لباس نازک تر بپوشد تا بتواند به تدریج با گرم شدن بدن در حین پیاده روی، لباس های خود را کم کند.
- پیاده روی را با سرعت کم شروع کند و به مرور سرعت خود را افزایش دهد.
- در یک وضعیت متعادل و راحت راه برود. سر را بالا نگه دارد، به جلو نگاه کند. در هر قدم بازوها را آزادانه در کنار بدن حرکت دهد. بدن را کمی به جلو متمایل کند. گام برداشتن را از مفصل ران و با گام بلند انجام دهد. روی پاشنه فرود آمده و با یک حرکت نرم به جلو برود. از برداشتن گام های خیلی بلند خودداری کند.

انجام تمرینات بدنی در هوای آلوده مضر است. در چنین شرایطی ورزش را در منزل انجام دهد.

- راه رفتن را در صورت امکان بدون توقف انجام دهد. ایستادن مکرر و شروع مجدد پیاده روی مانع تأثیرات مثبت آن می شود.
- در حین راه رفتن، نفس های عمیق بکشد. با یک نفس عمیق از طریق بینی و با دهان بسته ریه ها را از هوا پر کند و سپس هوا را از دهان خارج کند.
- سعی کند زمان خاصی از هر روز را برای پیاده روی در نظر بگیرد که خسته و یا گرسنه نباشد و در صورت امکان با دوستان خود پیاده روی کند.
- مسیرهای سربالایی و سراسیمه برای پیاده روی توصیه نمی شود، اگر در سربالایی یا سراسیمه قدم می زند، باید پیاده روی به شکل زیگزاگ انجام شود.
- مدت زمان پیاده روی و مسافتی را که طی کرده، هر روز در تقویم خود یادداشت کند. هفته ای یک بار مدت زمان پیاده روی را افزایش دهد.
- در اواخر پیاده روی به تدریج قدم های خود را آهسته تر کند و با این کار بدن خود را کم کم سرد کند.
- اگر در حین پیاده روی دچار درد قفسه سینه، تنگی نفس و یا پا درد شد، فوراً استراحت کند و با پزشک، بهورز، مراقب سلامت مشورت نماید.

زمانی که سالمند خسته است تمرینات ورزشی انجام ندهد

۳- مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمندی که سیگار می‌کشد

- ابتدا برای ترک سیگار تصمیم بگیرد و سپس زمان خاصی را برای این کار انتخاب کند.
۱. راه اول این است که از یک روز معین ترک سیگار را شروع کند و دیگر اصلاً سیگار نکشد و در این تصمیم خود محکم باشد. در این صورت یک باره سیگار را ترک خواهد کرد.
 ۲. راه دوم اینکه سیگار را کم‌کم ترک کند. برای این کار می‌تواند:
 - سیگار را وقتی نصفه شد، خاموش کند و میزان مصرف روزانه سیگار را کم کند.
 - مکان همیشگی سیگار کشیدن را عوض کند و زمان همیشگی سیگار کشیدن را به تأخیر بیندازد.
 - اگر عادت به مشغول بودن دست‌ها دارد، گرفتن قلم، کلید یا تسبیح در دست را امتحان کند.

استمرار ترک سیگار

- زمانی که هوس می‌کند که سیگار بکشد موارد زیر کمک کننده است:
- دو بار پشت سر هم نفس عمیق بکشد یا یک لیوان آب یا نوشیدنی دیگر بنوشد یا کار دیگری انجام دهد به عنوان مثال از خانه بیرون برود و قدم بزند و به ضررهای سیگار کشیدن فکر کند.
 - اگر پس از ترک سیگار، بار دیگر کشیدن سیگار را شروع کرد، دلسرد نشود. در وقت مناسب دیگری مجدداً ترک سیگار را شروع کند.

برخی اثرات خوب ترک سیگار

- ۲۰ دقیقه بعد از ترک سیگار، فشار خون و ضربان قلب به حد طبیعی برمی‌گردد.
- ۴۸ ساعت بعد از ترک سیگار، قدرت چشایی و بویایی بهتر می‌شود.
- ۷۲ ساعت بعد از ترک سیگار، تنفس راحت‌تر می‌شود.
- ۳ تا ۶ ماه بعد از ترک سیگار، سرفه، خس خس و مشکلات تنفسی خوب می‌شود.
- ۵ سال بعد از ترک سیگار، خطر حمله قلبی نصف یک فرد سیگاری می‌شود.
- ۱۰ سال بعد از ترک سیگار، خطر سرطان ریه نصف یک فرد سیگاری می‌شود و خطر سکت قلبی مانند کسی است که هرگز سیگار نکشیده است.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند مبتلا به افت فشارخون وضعیتی

- بلند شدن آرام و چند مرحله ای از صندلی و رختخواب؛
- نوشیدن دو لیوان آب و یا مایعات جایگزین، صبح ناشتا قبل از بلند شدن از رختخواب؛
- استفاده از جوراب‌های وارپس ساق بلند قبل از بلند شدن از رختخواب و استفاده از آن در طی روز؛

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند مبتلا به دیابت

در ابتدا سالمند باید بداند که کنترل دقیق قند خون برای پیشگیری از عوارض دیابت مانند مشکلات چشمی، ناراحتی‌های کلیه، ناراحتی‌های قلبی، بی‌حسی و گزگز کردن دست‌ها و پاها و نیز دیر بهبود یافتن زخم‌ها، اهمیت زیادی دارد، همچنین تظاهرات زودرس و دیررس بیماری را به تأخیر می‌اندازد و در صورت ایجاد عوارض، از ناتوانی‌های ناشی از آنها مثل کوری، قطع عضو، نارسایی شدید کلیه، سکته قلبی و مرگ پیشگیری می‌کند. در هر بار ملاقات با سالمند، نکته‌های زیر را آموزش دهید:

۱. کاهش وزن

در صورتی که نمایه توده بدنی سالمند بیش از ۲۷ باشد، وی را به کاهش وزن تشویق نمایید.

۲. تغذیه مناسب

- افزایش تعداد وعده‌های غذا و کاهش میزان غذا در هر وعده؛
 - متناسب بودن غذای مصرفی با فعالیت‌های بدنی؛
 - حذف نکردن یکی از وعده‌های اصلی غذا به خصوص در سالمندان لاغر و سالمندان تحت درمان دارویی؛
 - استفاده زیاد از میوه‌های غیر شیرین و سبزی‌ها در وعده‌های غذایی؛
 - محدود کردن مصرف میوه‌های شیرین مانند انگور، خربزه، خرما، توت و همچنین خشکبار مانند توت خشک، کشمش، قیسی و ...؛
 - مصرف بیشتر حبوبات در برنامه غذایی روزانه؛
 - استفاده از نان‌های سیوس دار؛
 - محدود کردن قند، شکر و شیرینی مانند آب نبات، شکلات، شیرینی، گز، سوهان و ... در برنامه غذایی؛
 - استفاده مناسب از مواد نشاسته‌ای مانند نان، برنج، سیب زمینی، گندم، جو و ماکارونی به میزانی که موجب افزایش وزن نشوند؛
 - کاهش مصرف چربی‌ها (خودداری از سرخ کردن غذا و تهیه آن به صورت آب‌پز، بخارپز، کبابی)؛
 - استفاده از گوشت‌های کم‌چرب (قبل از پخت، چربی گوشت و پوست و چربی مرغ را جدا کند)؛
 - استفاده از شیر و ماست کم‌چرب؛
 - محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ؛
 - مصرف کمتر گوشت‌های احشایی مانند جگر، مغز، قلوه و کله پاچه؛
 - استفاده از روغن مایع کانولا و زیتون؛
- توجه:** بعضی از افراد مبتلا به دیابت می‌توانند با نظر پزشک معالج خود روزه بگیرند.

۳. ورزش و تمرینات بدنی

افزایش تمرینات بدنی در کنترل بیماری قند اهمیت بسیار دارد. ورزش و تمرینات 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 می‌توانند ورزش‌های سبک مثل نرمش و پیاده روی انجام دهند. بهتر است قبل از شروع در مورد نوع ورزش با پزشک مشورت نمایند.

نکات ایمنی هنگام ورزش

- از کفش و لباس مناسب استفاده شود.
- مقادیر کافی آب و مایعات بدون قند نوشیده شود.
- قند خون پیش و پس از ورزش اندازه‌گیری شود.
- ۱۰-۵ دقیقه در ابتدا و انتهای هر جلسه ورزش به «گرم کردن» و «سرد کردن» بدن اختصاص داده شود.
- اگر قند خون بیش از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر بود، نباید ورزش کرد.
- حتماً مواد قندی با خود داشته باشد که در صورت افت قند خون مصرف شود.
- هیچ‌گاه در حال گرسنگی به ورزش پرداخته نشود.
- پس از ورزش، پاها و بین انگشتان از نظر قرمزی و تاول بررسی شوند.

۴. برخورد با افت قند خون

- علائم افت قند خون مانند احساس ضعف شدید و بی‌حالی، لرزش، تعریق را به سالمند آموزش دهید.
- در صورت بروز علائم افت قند خون، سالمند بلافاصله سه حبه قند در یک لیوان آب یا دو قاشق مرباخوری شکر در یک لیوان آب یا سه چهارم لیوان آب میوه یا یک قاشق غذاخوری عسل بخورد و تا یک ساعت آینده یک وعده غذایی شامل کربوهیدرات و پروتئین مصرف نموده و در اولین فرصت به پزشک مراجعه نماید.

۵. مراقبت از پاها در سالمند دیابتی

- هر روز پاهای خود را با آب ولرم و صابون بشویند و بین انگشتان خود را با حوله نرم خشک کنند.
- ناخن‌های پا را کوتاه نگه دارند. ناخن را مستقیم گرفته گوشه‌های آن را نگیرند و در ضمن ناخن نباید از ته گرفته شود. در صورتی که دید سالمند مشکل داشته باشد، شخص دیگری ناخن‌های او را بگیرد.
- جوراب خود را روزانه عوض کرده و از جوراب نخی و ضخیم استفاده کنند.
- از کفش راحت، پاشنه کوتاه و پنجه پهن استفاده کنند.
- در خانه از کفش راحتی و دمپایی استفاده کنند و برای جلوگیری از جراحات‌های احتمالی پا، با پای برهنه در منزل راه نروند.
- پاهای خود را روزانه از نظر وجود قرمزی، تورم، تغییر رنگ، ترک خوردگی و ترشح اطراف ناخن بررسی کنند و برای این منظور و مشاهده کف پا می‌توانند از آینه استفاده نمایند.
- از نزدیک کردن پای خود به آتش، بخاری، شوفاژ و هر وسیله گرمایی دیگر خودداری کنند.

۶. ترک دخانیات

- افراد مبتلا به دیابت، برای ترک هر نوع دخانیات (سیگار، پیپ، چاق، قلیان و جویدن توتون) تشویق شوند.

۷. نحوه مصرف و تزریق انسولین

نحوه نگه داری انسولین

انسولین باز شده حتماً باید در یخچال نگهداری شود، ولی باید از قرار دادن آن در سرمای شدید (زیر ۲ درجه) خودداری کرد. از تکان دادن های بیش از حد شیشه نیز باید اجتناب کرد. ایجاد هر گونه تغییر در انسولین مثل یخ زدگی و کدر شدن، قدرت انسولین را کاهش می دهد.

نحوه مخلوط کردن

در صورتی که بیمار از دو نوع انسولین با اثر سریع (کریستال) و با اثر متوسط (NPH) استفاده می کند، باید برای مخلوط کردن آنها نکته های زیر را رعایت کند:

- هیچ گونه ماده ی رقیق کننده و یا داروی دیگری نباید به مخلوط دو نوع انسولین اضافه شود.

- مخلوط انسولین کریستال و NPH را هم می توان فوراً تزریق کرد و هم می توان برای وعده بعدی تزریق نگه داری کرد. البته هنگام استفاده برای وعده بعد باید سرنگ را بین دست ها حرکت داد تا انسولین مخلوط شود.

نکته مهم: همیشه باید اول انسولین کریستال در سرنگ کشیده شود و بعد انسولین NPH، در غیر این صورت ساختمان و اثر انسولین کریستال تغییر می کند.

رعایت بهداشت سرنگ ها

- در صورت آلوده نکردن سرنگ و رعایت نکته های بهداشتی، می توان از هر سرنگ چندین نوبت استفاده کرد.
- در صورت استفاده مکرر از یک سرنگ، فقط باید برای همان شخص مصرف شود و استفاده از سرنگ فرد دیگر ممنوع است (زیرا خطر انتقال بعضی از عفونت های ویروسی از طریق جریان خون افزایش می یابد).
- در صورتی که سرسوزن سرنگ قابل جدا شدن است، در تزریق بعدی باید چند بار پیستون سرنگ را با فشار عقب و جلو برد تا انسولینی که در سرسوزن مانده (حدود ۵ واحد انسولین) خارج گردد و سپس اقدام به کشیدن مجدد انسولین شود.
- انسولین باید نیم ساعت قبل از غذا خوردن تزریق شود.

محل های تزریق انسولین

- باید در بافت زیر جلدی قسمت بالای بازو، سطح جلو و کناری قابل دید ران ها و در محدوده ی ۵ سانتی متری اطراف ناف تزریق شود.
- تزریق نباید داخل عضله انجام گیرد و باید حتماً در زیر پوست و در بافت چربی باشد.
- تزریق انسولین باید هر دفعه در یک محل جداگانه انجام شود (چرخشی)، در غیر این صورت ممکن است پوست سفت شود.

- سرعت جذب انسولین در محل‌های مختلف متفاوت است، به این صورت که در شکم جذب از همه ی قسمت‌ها سریع‌تر است، بعد در بازوها و بعد ران‌ها و در باسن از همه ی قسمت‌ها کندتر جذب می‌شود. بهتر است در صورتی که فرد دو بار تزریق در روز دارد، صبح‌ها روی شکم و شب‌ها بالای ران تزریق انجام شود.
- هر ورزشی میزان جذب انسولین را از نواحی تزریق مربوط به آن ورزش افزایش می‌دهد، به طور مثال در صورت تزریق در ران‌ها در هنگام دویدن جذب انسولین سریع‌تر می‌شود.
- تغییرات پوستی نواحی تزریق مثل تورم، قرمزی و سفتی باعث کندی جذب انسولین می‌شود. تفاوتی ندارد که از چه روشی برای تزریق انسولین استفاده می‌کنند، فقط باید مطمئن باشید که تزریق خود را در محلی انجام می‌دهند که میزان مناسبی از چربی در زیر پوست قرار دارد. تزریق انسولین به صورت زیر جلدی (زیر پوستی) و اغلب بدون هیچ‌گونه درد و یا سوزشی انجام می‌شود. سرعت جذب انسولین، به محل تزریق بستگی دارد.

۸. مصرف داروهای تجویز شده

- معمولاً بیماران دیابتی از داروهای متعددی استفاده می‌کنند (انسولین، قرص‌های پایین آورنده قند خون، آسپیرین، داروهای تنظیم‌کننده فشار خون بالا و چربی‌های خون و ...). باید به بیماران نام داروهای مصرفی، مقدار مصرف، روش استفاده (پیش و یا پس از غذا میل شدن دارو)، علت مصرف، زمان مصرف، عوارض جانبی احتمالی، اقدام لازم در صورت فراموشی دارو و هرگونه توصیه مربوط به دارو را آموزش داد.
- بعضی از داروها با داروهای دیگر تداخل دارند. به بیمار توصیه کنید که اگر به پزشک دیگری مراجعه می‌کند حتماً لیست داروهای مصرفی خود را به وی نشان دهد تا از تجویز داروهایی که با هم تداخل دارند اجتناب شود.
- به سالمند یادآور شوید که بهترین نتیجه درمانی از مصرف قرص‌های خوراکی پایین آورنده قند خون، تنها هنگام انجام هم‌زمان تمرینات بدنی منظم و رعایت برنامه غذایی صحیح به دست می‌آید.

۹. نکته‌هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری‌ها باید رعایت کند.

- در مواردی که شخص مبتلا به دیابت به بیماری‌هایی از قبیل سرماخوردگی، تب، اسهال، استفراغ مبتلا شود، باید اقدام‌های زیر را انجام دهد:
- در صورت تزریق انسولین نباید مصرف آن را قطع کند.
 - اگر قادر به خوردن غذاهای سفت نیست، بهتر است از غذاهای مایع مانند سوپ، آش، مایعات غیر شیرین، آب میوه و یا شیر استفاده نماید.
 - باید در زمان بیداری به اندازه کافی استراحت کند.
 - در صورت ابتلا به عوارض شدید، مانند اسهال و استفراغ شدید حتماً به پزشک مراجعه کند.

۱۰. در هر مراقبت ماهانه برای سالمند دیابتی مبتلا به فشار خون اقدامات ذیل باید انجام گردد:

۱. اندازه‌گیری قد، وزن و محاسبه نمایه توده بدنی. هدف کاهش وزن تا رسیدن به حد مطلوب می‌باشد. BMI کمتر از ۲۷ مطلوب است. میزان کاهش وزن توصیه شده ۱ تا ۲ کیلوگرم در ماه یا هر هفته نیم کیلوگرم تا رسیدن به وزن مطلوب یا نمایه توده بدنی کمتر از ۲۷ است.
۲. اندازه‌گیری فشارخون نشسته با رعایت اصول و شرایط اندازه‌گیری (یک نوبت کافی است). هدف حفظ فشارخون بیماران به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه است.
- در صورت فشارخون ۱۴۰/۹۰ تا ۱۶۰/۱۰۰، علت شامل: مصرف منظم دارو، رعایت محدودیت مصرف نمک، عدم مصرف الکل، ترک استعمال دخانیات، انجام فعالیت بدنی و روند کاهش وزن بررسی شود.

اندازه گیری فشارخون یک هفته بعد و در صورت عدم کنترل فشار طی هفته بعد، سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

• در صورت فشارخون ۱۶۰/۱۱۰ تا ۱۸۰/۱۱۰، سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

• در صورت فشارخون ۱۸۰/۱۱۰ و بالاتر سالمند را به پزشک ارجاع فوری دهید.

۳. توصیه به اصلاح شیوه زندگی شامل: کاهش مصرف نمک، عدم مصرف الکل، ترک استعمال دخانیات، رژیم غذایی مناسب از جمله کاهش مصرف چربی بالاخص روغن جامد، مصرف بیشتر میوه و سبزیجات و فیبر

۴. افزایش فعالیت بدنی به میزان حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته با شدت متوسط که معادل روزانه ۳۰ دقیقه و پنج روز در هفته است.

۵. اندازه گیری فشار خون ایستاده پس از دو دقیقه ایستادن در کسانی که داروی فشارخون مصرف میکنند، فقط یکبار در ابتدای تجویز دارو و در صورت شکایت از سرگیجه هنگام تغییر وضعیت یا بلند شدن در سالمندان برای رد احتمال افت فشار خون وضعیتی

۶. بررسی سالمند از نظر سردرد، سرگیجه، خونریزی از بینی و سایر عوارض طبق دستورالعمل. در صورت پاسخ مثبت سالمند را به پزشک ارجاع فوری دهید.

۷. بررسی مصرف داروهای تجویز شده مطابق دستور پزشک و تاکید بر استفاده منظم و دائمی از داروها

آموزش در مورد خطرات قطع خودسرانه مصرف داروی های کاهش دهنده فشار خون. توضیح در مورد اینکه ممکن است تا چند روز پس از قطع مصرف دارو، فشارخون در محدوده قابل قبول باشد ولی به معنی بهبودی نیست. قطع دارو ممکن است سبب افزایش ناگهانی فشار خون شده و خطر عوارض را بیشتر کند.

۸. ارجاع به پزشک مطابق دستورالعمل سه ماه بعد

تذکر مهم: بعد از شناسایی و تثبیت بیماری فشارخون، مراقبت ممتد معمول توسط بهورزی یا مراقب سلامت ماهی یک بار، توسط پزشک عمومی هر سه ماه یک بار و توسط متخصص قلب و عروق یا متخصص داخلی سالی یک بار است، مگر این که با نظر پزشک فواصل مراقبت تغییر کند.

فصل دوم اختلالات تغذیه ای

فصل دوم- اختلالات تغذیه‌ای

الف (سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱

نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
		توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
۰-۷ امتیاز	به سوء تغذیه مبتلا	<ul style="list-style-type: none"> آموزش تغذیه برحسب مشکل توسط مراقب سلامت تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید)
۸-۱۱	مبتلا به فشارخون بالا، دیابت، لیپیدی	<ul style="list-style-type: none"> آموزش تغذیه برحسب مشکل توسط مراقب سلامت تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید)
۱۲-۱۴	لاغر با امتیاز مناسب	<ul style="list-style-type: none"> آموزش تغذیه برحسب مشکل توسط مراقب سلامت تاکید برای شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز پیگیری برای یک دوره سه ماهه

ارزیابی کنید:
نمایه توده بدنی (BMI) *۱ سالمند را محاسبه نمایید
برای سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ پرسشنامه MNA*۲ (شماره یک) را تکمیل نموده و براساس امتیاز حاصله، طبقه بندی و اقدام نمایید.
۱- آیا مصرف غذا طی ۳ ماه اخیر به علت کاهش اشتها، مشکلات گوارشی، مشکلات دندانی و جویدن یا اختلال در بلع، کاهش یافته است؟ ۰= کاهش شدید مصرف غذا ۱= کاهش متوسط مصرف غذا ۲= کاهش نیافتن مصرف غذا
۲- آیا کاهش وزن ناخواسته طی ۳ ماه گذشته داشته‌اید؟ ۰= بیش از ۳ کیلوگرم کاهش وزن ۱= نمی‌داند ۲= بین ۱ تا ۳ کیلوگرم کاهش وزن ۳= بدون کاهش وزن
۳- میزان تحرک معمول شما چقدر است؟ ۰= وابسته به تخت یا صندلی ۱= قادر به ترک کردن تخت یا صندلی است اما قادر به بیرون رفتن نیست ۲= بیرون می‌رود.
۴- آیا طی ۳ ماه اخیر استرس روحی روانی یا یک بیماری حاد به شما وارد شده است؟ ۰= بلی ۲= خیر
۵- آیا مبتلا به مشکلات عصبی- روانی هستید؟ ۰= فراموشی شدید یا افسردگی شدید ۱= فراموشی خفیف ۲= فاقد مشکلات روانی
۶- دور عضله ساق پا را اندازه بگیرید. اندازه دور عضله ساق پا: ۰= کمتر از ۳۱ سانتی متر ۳= ۳۱ سانتی متر یا بیشتر
مجموع امتیازات:
اقدام کنید: سه عدد مگا دوز ویتامین D و ۹۰ عدد مکمل کلسیم، یا کلسیم D را برای مصرف سه ماه به سالمند تحویل دهید.

نکته مهم: کلیه سالمندان مبتلا به بیماری‌های دیابت، پره دیابت، دیس لیپیدی، پرفشاری خون و سوتغذیه چاقی و لاغری پس از غربالگری توسط مراقب سلامت یا بهورز، ابتدا جهت انجام مراحل درمانی به پزشک ارجاع می‌شوند. سپس از طرف پزشک جهت دریافت مراقبت تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع و پیگیری خواهد شد.

*۱. BMI: حاصل تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر

*۲. ارزیابی مختصر تغذیه‌ای MNA: Mini Nutritional Assessment

ب) سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر

ارزیابی کنید		نتیجه ارزیابی		طبقه بندی	توصیه ها
ابتدا نمایه توده بدنی (BMI) *۱ سالمند را محاسبه نمایید					
برای سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر پرسشنامه زیر (شماره دو) را تکمیل نموده و براساس امتیاز حاصله، طبقه بندی و اقدام نمایید.					
مصرف میوه روزانه شما معمولاً چقدر است؟ =۰ بندرت / هرگز = ۱ کمتر از ۲ سهم = ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر					
مصرف سبزی روزانه شما معمولاً چقدر است؟ =۰ بندرت / هرگز = ۱ کمتر از ۳ سهم = ۲ تا ۵ سهم					
مصرف شیر و لبنیات روزانه شما معمولاً چقدر است؟ =۰ بندرت / هرگز = ۱ کمتر از ۲ سهم = ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر					
آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟ =۰ همیشه = ۱ گاهی = ۲ بندرت / هرگز					
چقدر به طور معمول فست فود یا نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟ =۰ هفته ای ۲ بار یا بیشتر = ۱ ماهی ۱ یا ۲ بار = ۲ بندرت / هرگز					
از چه نوع روغن معمولاً مصرف می کنید؟ =۰ فقط روغن نیمه جامد یا جامد یا حیوانی =۱ تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد =۲ فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)					
مجموع امتیازات:					
اقدام کنید: سه عدد مگا دوز ویتامین D و ۹۰ عدد مکمل کلسیم، یا کلسیم D را برای مصرف سه ماه به سالمند تحویل دهید.					
* BMI: حاصل تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد برحسب متر					
۳۰ و بالاتر	چاق	هر امتیاز	<ul style="list-style-type: none"> آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی برحسب مشکل توسط مراقب سلامت - تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه - ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی - ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای - پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت 		
			<ul style="list-style-type: none"> آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی برحسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی ها و اقدامات پزشکی • ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای • پیگیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید) ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت 		
۲۷ تا ۲۹	افزافه وزن	۷-۱۲ (الگوی تغذیه ای متوسط تا مطلوب)	<ul style="list-style-type: none"> آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی برحسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • پیگیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت 		
			<ul style="list-style-type: none"> آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی برحسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • گیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت 		
نمایه توده بدنی ۲۱ تا ۲۶	طبیعی	۷-۱۱ (الگوی تغذیه ای متوسط تا مطلوب)	<ul style="list-style-type: none"> آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی برحسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • پیگیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد و ارزیابی مجدد الگوی تغذیه ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت 		
			<ul style="list-style-type: none"> آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی برحسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • پیگیری ۶ ماه بعد توسط مراقب سلامت مطابق با بسته خدمت سالمندان 		
		۱۲ (الگوی تغذیه ای مطلوب)	<ul style="list-style-type: none"> • تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب 		

نکته مهم: کلیه سالمندان مبتلا به بیماری های دیابت، دیس لیپیدی، پرفشاری خون و سوتغذیه چاقی و لاغری پس از غربالگری توسط مراقب سلامت یا بهورز، ابتدا جهت انجام مراحل درمانی به پزشک ارجاع می شوند. سپس از طرف پزشک جهت دریافت مراقبت تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع خواهند شد.

فصل دوم- اختلالات تغذیه

سالمند را از نظر احتمال اختلالات تغذیه ارزیابی کنید

ابتدا نمایه توده بدنی سالمند را با استفاده از فرمول مربوطه محاسبه و ثبت کنید. در سالمندان ایرانی نمایه توده بدنی ۲۱ تا ۲۶/۹ مطلوب و نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و نمایه توده بدنی ۲۷ و بالاتر نامطلوب در نظر گرفته می شود. برای سالمندانی که نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ دارند از پرسشنامه شماره یک (MNA) و برای سالمندانی که نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر دارند از پرسشنامه شماره دو استفاده کنید.

الف: ارزیابی سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ از نظر احتمال اختلالات تغذیه ای

سؤالات زیر را از سالمند و یا همراه وی پرسید و بر حسب پاسخ، امتیاز هر سؤال را ثبت کنید.

۱. در سؤال اول از سالمند یا همراه وی پرسید: «آیا طی سه ماه گذشته به علل مختلف مانند بی اشتها یا مشکلاتی مانند تهوع، استفراغ، مشکل در جویدن یا بلع، کمتر از حد عادی غذا خورده اید؟» در صورتی که کاهش شدید مصرف غذا داشته باشد صفر امتیاز، در صورتی که کاهش مصرف غذا را متوسط ذکر کند، امتیاز یک و در صورتی که مصرف غذای سالمند کاهش نیافته باشد، امتیاز دو بدهید.

نکته: اختلال بلع بعلت بیماری نیاز به ویزیت پزشک دارد.

۲. در سؤال دوم از سالمند یا همراه وی پرسید: «آیا طی سه ماه گذشته کاهش وزن ناخواسته داشته اید؟» یا مثلاً «حس کرده اید که کمربند یا لباس هایتان گشادتر شده اند؟ اگر بلی، چقدر وزن کم کرده اید؟ کمتر از ۳ کیلوگرم یا بیشتر از ۳ کیلوگرم؟» در صورتی که پاسخ بیش از ۳ کیلوگرم کاهش وزن باشد امتیاز صفر، اگر نمی داند امتیاز یک، در صورتی که بین ۱ تا ۳ کیلوگرم کاهش وزن داشته است، امتیاز دو و در صورتی که کاهش وزن نداشته است، امتیاز سه بدهید.

نکته: کاهش وزن به طور ناخواسته و غیر ارادی حتی در مورد سالمندان دارای اضافه وزن و چاق اهمیت بالایی دارد، زیرا ممکن است ناشی از سوء تغذیه باشد.

۳. در سؤال سوم از سالمند یا همراه وی پرسید: «وضعیت تحرک شما چگونه است؟» مثلاً «آیا می توانید از صندلی، تخت یا ویلچر بدون کمک بلند شوید؟» اگر پاسخ سالمند خیر بود، امتیاز صفر بدهید. «آیا می توانید از صندلی یا تخت بلند شوید اما قادر به رفتن به بیرون از منزل بدون کمک نیستید؟» اگر پاسخ بلی است، امتیاز یک بدهید. «آیا می توانید بدون کمک دیگران منزل خود را ترک کنید؟» اگر پاسخ بلی است، امتیاز دو بدهید.

۴. در سؤال چهارم از سالمند یا همراه وی پرسید: «طی سه ماه گذشته تحت استرس شدید قرار گرفته اید؟» یا «آیا اخیراً بیماری شدیدی داشته اید؟» در صورت پاسخ مثبت به هر کدام از سؤالات امتیاز صفر و در صورت پاسخ منفی امتیاز دو بدهید.

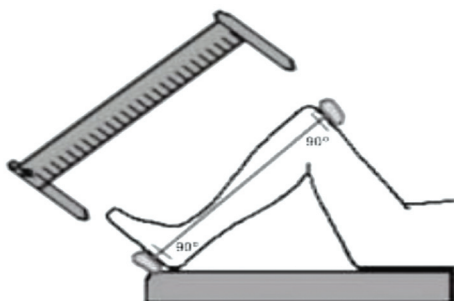
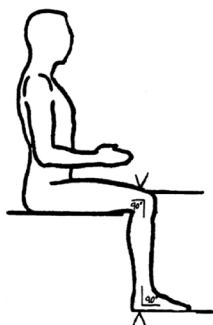
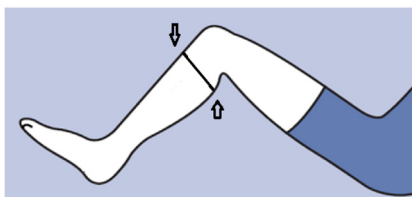
۵. در سؤال پنجم از سالمند یا همراه وی پرسید: «آیا فراموشی دارید؟» و یا «آیا افسردگی مزمن یا شدید دارید؟» در صورت پاسخ بلی، شدت افسردگی یا فراموشی را چک کنید. در صورت وجود فراموشی یا افسردگی شدید امتیاز صفر، در صورت فراموشی یا افسردگی خفیف، امتیاز یک و در صورت فقدان مشکلات روانی (سایکولوژیک) امتیاز دو بدهید.

۶. دور ساق پا را اندازه بگیرید.

اندازه گیری دور ساق پا در سالمندان

برای اندازه گیری دور ساق پا در سالمندی که می تواند به حالت ایستاده یا نشسته بر لبه تخت یا صندلی باشد به ترتیب زیر عمل کنید:

۱. وزن فرد در حالت ایستاده باید روی هر دو پا به طور مساوی پخش شده باشد و در حالت نشسته پای چپ به طور آزاد آویزان باشد.



۲. از فرد بخواهید پاچه شلوار خود را بالا زده و ساق پا بطور کامل قابل دسترسی باشد.

۳. متر نواری را دور پهن ترین بخش ساق پا قرار داده و اندازه را یادداشت نمایید.

۴. بار دیگر دو اندازه گیری دیگر در دو ناحیه بالاتر و پایین تر از محل اندازه گیری شده انجام دهید تا از اندازه گیری اول خود مطمئن شوید.

برای اندازه گیری دور ساق پا در سالمندی که قادر به ایستادن یا نشستن نیست ترتیب زیر عمل کنید:

۱. فرد را در حالت طاق باز روی تخت بخوابانید و زانوی چپ او را در زاویه ۹۰ درجه قرار دهید.

۲. متر نواری را دور بزرگترین قطر ساق پای چپ قرار دهید.

۳. نوار را به نرمی بکشید. نه آنقدر محکم که روی بافت، فشار بیاورد.

۴. اندازه روی نوار را بخوانید و بدقت (به نزدیکترین ۰/۱ سانتیمتر) بنویسید.

۵. در اندازه گیری مجدد، نباید بیش از ۰/۵ سانتی متر اختلاف وجود داشته باشد.

اندازه گیری قد زانو تا پاشنه

از قد زانو تا پاشنه تنها برای تخمین اندازه قد افراد بالای ۶۰ سال که اندازه گیری قد آنها به دلیل خمیدگی پشت قابل انجام نیست استفاده می شود.

برای اندازه گیری قد زانو تا پاشنه به ترتیب زیر عمل کنید:

۱. پاهای فرد باید با زاویه ۹۰ درجه آویزان باشد.

۲. یک طرف تیغه بلند (تیغه ثابت) کالیپر را زیر پاشنه پای راست زیر قوزک خارجی از استخوان نازک نی فیکس کنید.

توجه ۱: در فردی که در حالت چمباتمه قرار دارد و قادر به نشستن بر روی صندلی نیست، باید پای او را طوری قرار دهید که زانو و قوزک پا زاویه ۹۰ درجه داشته باشند. این بهترین حالتی است که پای فرد کف دست شما قرار می گیرد.

توجه ۲: در فردی که در حالت دراز کش قرار دارد و قادر به نشستن نیست باید او را در حالت طاق باز قرار دهید طوری که کمر او صاف باشد و زانو با زاویه ۹۰ درجه خم شده باشد.

۳. تیغه متحرک کالیپر باید روی سطح قدامی ران راست قرار گیرد. (بالای استخوان ران راست حدود ۵ سانتیمتر بالاتر از استخوان کشکک)

۴. محور کالیپر باید موازی محور استخوان درشت نی باشد، طوری که محور کالیپر از بالای قوزک خارجی استخوان نازک نی و قسمت خلفی سر استخوان نازک نی عبور کند.

۵. کمی به بافت فشار وارد کنید.

۶. در همان حالتی که پا و کالیپر قرار دارند مجدداً اندازه گیری را انجام دهید و عدد را ثبت کنید. (قد زانو را با دقت ۰/۱ سانتی متر ثبت کنید).

توضیح: در صورت عدم دسترسی به کالیپر می توان از خط کش و گونیا با رعایت زاویه ۹۰ درجه در زانو و ساق پا استفاده کرد.

اندازه‌گیری وسط دور بازو (MAC)

- در مواردی که امکان اندازه‌گیری وزن سالمند وجود ندارد از اندازه وسط دور بازو برای تعیین تقریبی BMI استفاده می‌شود.
- اندازه‌گیری وسط محیط بازو به ترتیب زیر در فردی که در حالت نشسته یا درازکشیده به پشت قرار دارد انجام می‌شود. در صورت امکان و ترجیحاً از بازوی چپ بدون آستین لباس استفاده کنید. اندازه‌گیری در نقطه وسط بین برجستگی خارجی استخوان شانه (آکرومیون) و نوک آرنج (اوله کرانن) انجام می‌شود. برای اندازه‌گیری باید مراحل زیر در نظر گرفته شود:
۱. بازوی چپ را خم کنید و نوک آرنج و برجستگی خارجی استخوان شانه را مشخص کرده و علامت بزنید.
 ۲. نقطه وسط بین نقاط علامت زده شده را مشخص کرده و علامت بزنید.
 ۳. سپس در حالی که دست فرد به موازات بدن وی به حالت رها و شل قرار گرفته، محیط میانه بازو را از روی نقطه علامت زده شده، اندازه‌گیری کنید. برای این کار از متر نواری استفاده کنید.
 ۴. دقت کنید که نوار کاملاً مماس بر بازوی فرد باشد، نه آزاد و نه بیش از اندازه کشیده شده باشد.
 ۵. دقت کنید که پوست و عضلات افراد دچار سوء تغذیه بسیار شل بوده و کوچک‌ترین فشار اضافی می‌تواند باعث گردد تا محیط میانه بازو کم‌تر از حد واقعی اندازه‌گیری شود.
 ۶. بلافاصله عدد را خوانده و بر حسب میلی‌متر ثبت کنید.
 ۷. اندازه‌گیری را دو بار انجام دهید تا از صحت عدد قرائت شده اطمینان حاصل کنید

محاسبه قد بر اساس قد زانو تا پاشنه با استفاده از فرمول چاملا (Chumlea)

$$\text{قد (سن } \times 100) = 75 + (\text{قد زانو} \times 1/91) \quad \text{یا} \quad \text{قد (با } rorrE \ 8/82mc) \text{ یا (قد زانو} \times 1/83) + (\text{سن} \times 24) - 84/88 = \text{قد برای زنان}$$
$$\text{قد (سن } \times 100) = 59/10 + (\text{قد زانو} \times 2/08) \quad \text{یا} \quad \text{قد (با } rorrE \ 7/84mc) \text{ یا (قد زانو} \times 2/03) + (\text{سن} \times 04) - 64/19 = \text{قد برای مردان}$$

توضیح: واحد اندازه‌گیری قد و قد زانو سانتی‌متر و واحد اندازه‌گیری سن سال می‌باشد.

محاسبه وزن سالمندانی که قادر به ایستادن روی ترازو نیستند

$$65/51 - 2/68 \times \text{اندازه وسط دور بازو} + (1/09 \times \text{قد زانو}) = \text{وزن (با } 11/42gK \pm \text{دقت): برای زنان}$$
$$75/81 - 3/07 \times \text{اندازه وسط دور بازو} + (1/10 \times \text{قد زانو}) = \text{وزن (با } 11/46gK \pm \text{دقت): برای مردان}$$

توضیح: واحد اندازه‌گیری دور بازو و قد زانو سانتی‌متر و واحد اندازه‌گیری وزن سال می‌باشد.

ب: ارزیابی سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر از نظر احتمال اختلالات تغذیه‌ای

سوالات زیر را از سالمند و یا همراه وی پرسید و بر حسب پاسخ، امتیاز هر سؤال را ثبت کنید.

پرسشنامه شماره دو حاوی ۶ سؤال است. گزینه اول هر یک از پرسش‌ها دارای امتیاز صفر و گزینه دوم آنها دارای امتیاز یک است.

در سؤال ۱: درباره مصرف روزانه میوه پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً میوه مصرف نمی‌کند یا بندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۲ سهم

میوه مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند روزانه ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر میوه مصرف می‌کند، امتیاز دو کسب بدهید.
تذکره: هر یک سهم میوه معادل یک عدد سیب متوسط یا همین مقدار از هر میوه دیگر است.

در سؤال ۲: درباره مصرف روزانه سبزی پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً سبزی مصرف نمی‌کند یا گاهی بندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳ سهم سبزی مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند روزانه ۳ تا ۵ سهم یا بیشتر سبزی مصرف می‌کند، امتیاز دو بدهید.
تذکره: هر یک سهم سبزی معادل یک عدد سبزی غیربرگی متوسط مانند گوجه‌فرنگی، بادنجان یا هویج، و یا یک لیوان سبزی برگی نظیر سبزی خوردن یا کاهواست.

در سؤال ۳: درباره مصرف روزانه شیر و لبنیات پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا بندرت مصرف می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۲ سهم شیر و لبنیات مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند که روزانه ۲ سهم یا بیشتر شیر و لبنیات مصرف می‌کند، امتیاز دو بدهید.
تذکره: هر یک سهم شیر و لبنیات معادل یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) شیر، یا یک لیوان (۲۵۰-۲۰۰ میلی لیتر) ماست، یا ۴۵ گرم (معادل ۱/۵ قوطی کبریت) پنیر است.

در سؤال ۴: درباره استفاده از نمکدان سرسفره پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که همیشه یا اکثر اوقات از نمکدان سرسفره استفاده می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که گاهی از نمکدان سرسفره استفاده می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند که هرگز از نمکدان سرسفره استفاده نمی‌کند یا در موارد نادر ممکن است استفاده می‌کند، امتیاز دو بدهید.

در سؤال ۵: درباره مصرف فست فود (انواع ساندویچ‌های آماده حاوی سوسیس یا کالباس یا سمبوسه یا پیتزاهای حاوی سوسیس، کالباس و پنیر پیتزای فراوان) یا مصرف نوشابه‌های گازدار پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که در هفته دو بار یا بیشتر فست فود یا نوشابه‌های گازدار مصرف می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که در ماه حدود یک تا دو بار مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند که هرگز در طول یک ماه از فست فود یا نوشابه‌های گازدار استفاده نمی‌کند و یا در طول سال ممکن است چند نوبت محدود استفاده کند، امتیاز دو بدهید.

در سؤال ۶: درباره روغن مصرفی پرسیده می‌شود، اگر سالمند عنوان کند که فقط از روغن‌های نیمه جامد، جامد یا حیوانی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که تلفیقی از روغن‌های گیاهی مایع و روغن‌های نیمه جامد را برای طبخ غذا مورد استفاده قرار می‌دهد، امتیاز یک و اگر عنوان کند که فقط از روغن‌های گیاهی مایع معمولی و مخصوص سرخ کردنی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، امتیاز دو بدهید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح تغذیه سالمند

راهنمای تغذیه سالمند مبتلا یا در معرض ابتلا به سوء تغذیه لاعری

- افزایش انرژی دریافتی
- مصرف حداقل سه میان وعده غنی از پروتئین و انرژی مانند تخم مرغ آب پزسفت، نان، خرما، میوه‌های تازه، خشک و پخته، انواع مغزها مثل بادام، گردو، فندق، لبنیات مثل شیر، ماست، پنیر، کشک،

- بستنی، حبوبات مثل عدس و...، شیربرنج و فرنی؛
- استفاده از انواع طعم دهنده‌ها مانند آلبیمو، ادویه، چاشنی و... برای افزایش اشتهاى سالمند؛
- مصرف روغن‌های مایع نباتی مانند روغن زیتون همراه سالاد، سبزی و غذا (روزانه یک قاشق سوپ خوری روغن زیتون یا کانولا مصرف شود)؛
- رعایت تنوع غذایی در برنامه غذایی روزانه (استفاده از انواع گروه‌های غذایی)؛
- استفاده بیشتر از گروه نان و غلات مثل انواع نان سبوس دار و سنتی، برنج و ماکارونی و سیب زمینی به همراه مواد پروتئینی؛
- توجه بیشتر به وعده صبحانه، استفاده از مواد مقوی و مغذی مثل گردو و پنیر در صبحانه؛
- مصرف ماهی؛
- مصرف غلات سبوس دار و کاهش مصرف کربوهیدرات‌های ساده؛
- استفاده از جوانه‌ها، غلات و حبوبات در سالاد و آش و سوپ و خوراک؛
- استفاده از پنج گروه غذایی (گوشت و حبوبات و تخم مرغ و مغزها)، (شیر و لبنیات)، (میوه)، (سبزیجات) و (نان و غلات) در برنامه غذایی روزانه؛
- مصرف چند لیوان آب میوه به جای آب معمولی به خصوص بعد از غذا به طور روزانه؛

رفتار درمانی

- کشیدن غذا در ظرف بزرگ‌تر؛
- میل کردن غذا در جمع دوستان، اقوام یا خانواده؛
- میل نکردن آب قبل از غذا و یا همراه آن؛
- افزایش تعداد وعده‌های غذایی و کاهش حجم غذا در هر وعده؛
- غذا خوردن در محیط آرام و شاد؛

راهنمای تغذیه سالمند چاق یا در معرض ابتلا به چاقی

- کاهش انرژی دریافتی؛
- مصرف غذاهای آب‌پز و تنوری به جای غذاهای سرخ شده و پرچرب؛
- کاهش مصرف مواد غذایی کنسرو شده مانند همبرگر، سوسیس و کالباس؛
- ترجیحاً مصرف میوه به جای آب میوه؛
- استفاده از نان سبوس دار به جای برنج و ماکارونی؛
- اجتناب از مصرف نوشابه‌های گازدار شیرین (حتی رژیمی)؛
- مصرف شیر و لبنیات کم‌چرب؛

- استفاده از ماهی و مرغ بدون پوست به جای گوشت قرمز و اجتناب از مصرف گوشت های احشایی (دل، قلوه، کله پاچه و مغز)؛
- استفاده متعادل از غذاهای نشاسته ای مثل ماکارونی و سیب زمینی؛
- محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ (حداکثر سه عدد در هفته)؛
- اجتناب از مصرف غذاهای پرانرژی 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 به جای روغن جامد؛
- مصرف انواع سالاد بدون سس ترجیحاً قبل از غذا یا همراه غذا و استفاده از آب نارنج، سرکه و آبلیمو به جای سس سالاد

رفتار درمانی

- کاهش در سرعت غذا خوردن و افزایش مدت جویدن غذا؛
- نوشیدن حداقل یک لیوان آب قبل از غذا و کشیدن غذا در ظرف کوچک تر؛
- خریداری نکردن مواد غذایی چاق کننده مثل چیپس، شیرینی و نوشابه های گاز دار شیرین (حتی رژیمی)؛
- شرکت در کلاس های ورزش؛

فعالیت های بدنی

کاملاً مشابه با بخش فشارخون صفحه ۱۸ و ۱۹ است.

فصل سوم سقوط و عدم تعادل

فصل سوم - سقوط و عدم تعادل

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
<ul style="list-style-type: none"> • با توجه به نتایج تست تعادل و پرسشنامه فعالیت های روزانه زندگی (ADL)، سالمند و همراه وی را در خصوص پیشگیری از سقوط و حوادث و تمرینات تعادلی آموزش دهید. • سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. • در صورتی که پزشک سالمند را به سطوح تخصصی ارجاع دهد، سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید. • به سالمند توصیه کنید سالی یک بار جهت ارزیابی بینایی و شنوایی به بینایی سنج و شنوایی سنج مراجعه نماید. • در صورت ارجاع سالمند برای احتمال فشارخون بالا یا افت فشارخون وضعیتی یا دیابت یا اختلالات شناختی، قید شود که سالمند در معرض سقوط قرار دارد. 	احتمال سقوط	<ul style="list-style-type: none"> • پاسخ مثبت به یکی از سه سؤال ارزیابی اولیه و • اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی در زمینه پیشگیری از سقوط و حوادث و تمرینات تعادلی آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا یک سال بعد تشویق کنید. • پیگیری مصرف کلسیم و ویتامین D • به سالمند توصیه کنید سالی یک بار جهت ارزیابی بینایی و شنوایی به بینایی سنج و شنوایی سنج مراجعه نماید. 	احتمال کم سقوط	<ul style="list-style-type: none"> • پاسخ منفی به هر سه سؤال ارزیابی اولیه یا • تست تعادل در وضعیت حرکت طبیعی

ارزیابی کنید:
<p>از سالمند یا همراه وی سؤال کنید</p> <p>۱- آیا در یک سال اخیر سابقه سقوط داشته اید؟ اگر بلی چندبار؟ در چه مکانی؟ در حین انجام چه فعالیتی؟ آیا دچار صدمه هم شده اید؟</p> <p>۲- آیا هنگام راه رفتن یا ایستادن احساس ناپایداری و عدم تعادل داشته اید؟</p> <p>۳- آیا از اینکه سقوط کنید می ترسید؟ (در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات بالا تست تعادل در وضعیت حرکت را انجام دهید.)</p>
<p>اقدام کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تست تعادل در وضعیت حرکت را برای سالمند انجام دهید.^{۱*} • اگر اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت بود، پرسشنامه فعالیت های روزانه زندگی (ADL)^{۲*} صفحه ۳۵ را برای سالمند تکمیل نموده و سالمند را همراه با نتیجه آن به پزشک ارجاع دهید.

*۱ تست تعادل در وضعیت حرکت: از سالمند بخواهید از روی صندلی بلند شود و به اندازه سه متر در مسیر مستقیم تا نقطه ای که شما روی زمین با علامت مشخص کرده اید با سرعت معمولی به طرف جلو برود، سپس برگردد و به طرف صندلی آمده و مجدداً روی صندلی بنشیند. از زمان شروع حرکت سالمند برای برخاستن از صندلی تا نشستن مجدد وی، با ثانیه شمار زمان بگیرید. چنانچه زمان انجام این فعالیت حداکثر ۱۲ ثانیه به طول بیانجامد، تست را طبیعی و در غیر این صورت یعنی اگر زمان تست بیش از ۱۲ ثانیه طول بکشد، تست را غیرطبیعی قلمداد کنید. اگر سالمند با ابزار کمکی مثل عصا یا واکر راه می رود، این تست را با استفاده از آن، انجام دهد. در تمامی مراحل انجام تست، ایمنی سالمند را در نظر بگیرید.

*ADL= Activity of Daily Living

فصل سوم - سقوط و عدم تعادل

سقوط یا زمین خوردن عبارت است از حادثه ای که نتیجه آن قرار گرفتن ناخواسته فرد بر روی زمین یا از یک سطح به همان سطح یا سطح پایین تر یا بدون از دست دادن هوشیاری و با یا بدون آسیب می باشد که با وقایع مهم حاد داخلی (صرع، سکتة مغزی و سنکوپ) و تصادفات مانند تصادف ماشین تفاوت دارد.

سقوط علل مختلفی دارد و معمولاً ترکیبی است از:

علل داخلی: ممانند ضعف در تعادل، ضعف بینایی، کاهش شنوایی، افت فشارخون وضعیتی، دمانس، بیماری های قلبی عروقی، کم خونی، بیماری های عفونی، دیابت، سکتة مغزی، التهاب مفاصل، ضعف عضلانی، پارکینسون، کمبود ویتامین B_{۱۲}، سرگیجه و ...

علل خارجی: مانند مصرف برخی داروها، محیط نامناسب و یا محیط ناآشنا، روشنایی ضعیف، عدم وجود امکانات ایمنی، وجود قالیچه های لغزنده روی سنگ و ... که منجر به زمین خوردن می گردد. سالمندان ۷۰ ساله و بالاتر و سالمندان زن بیشتر در معرض خطر سقوط قرار دارند.

انجام فعالیت های روزمره زندگی (ADL) (فعالیت های پایه)

ردیف	فعالیت	دستورالعمل	امتیاز
۱	حمام کردن	۱: قادر است به تنهایی و کامل حمام کند یا تنها برای یک قسمت بدن (پشت، ناحیه تناسلی و انتهاها) به کمک نیاز دارد. ۰: برای بیش از یک قسمت از بدن، وارد یا خارج شدن از زیر دوش یا وان به کمک نیاز دارد و یا به حمام کامل نیاز دارد.	
۲	لباس پوشیدن، درآوردن	۱: به تنهایی قادر به برداشتن لباس از کمد، پوشیدن و درآوردن و بستن کمربند و ... می باشد (بند کفش مستثنی است). ۰: برای قسمتی از لباس پوشیدن و یا به طور کامل نیاز به کمک دارد.	
۳	توالت رفتن	۱: قادر است به توالت رفته، کارش را انجام داده، شستشو کند، لباس هایش را بپوشد و خارج شود. ۰: برای رفتن به توالت و انجام کارها و شستشو و ... به کمک نیاز داشته و یا از لگن یا پوشک استفاده می کند.	
۴	جابجا شدن در منزل	۱: قادر است به تنهایی و یا با کمک ابزار (عصا) در صندلی و رختخواب جابه جا شود. ۰: برای جابجایی از رختخواب به صندلی نیاز به کمک فرد دیگر دارد یا کلا قادر به جابه جا شدن نیست.	
۵	اختیار داشتن (ادرار/ مدفوع)	۱: اختیار کامل ادرار و مدفوع خود را دارد. ۰: بی اختیاری کامل یا نسبی ادرار و مدفوع دارد.	
۶	غذا خوردن	۱: قادر است به تنهایی غذا بخورد به طوری که بدون کمک غذا را از بشقاب به دهان بگذارد. ممکن است غذا را با کمک دیگران تهیه نماید. ۰: نیاز به کمک جزئی (مانند بریدن قطعه های غذا یا تکه کردن نان) یا کامل برای غذا خوردن دارد.	
جمع امتیاز			

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی به منظور پیشگیری از سقوط و حفظ تعادل

تمرینات بدنی مربوط به تعادل را بر اساس جلد یک کتاب مجموعه آموزشی شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی به سالمند آموزش دهید.

پیشگیری از سقوط در راه پله	پیشگیری از زمین خوردن در آشپزخانه	پیشگیری از زمین خوردن در حمام	پیشگیری از زمین خوردن در اتاق	اصول کلی پیشگیری از زمین خوردن و سقوط
ثابت کردن کف پوش پله‌ها به وسیله گیره‌های مخصوص به پله	لیز نبودن کف پوش آشپزخانه	استفاده از دمپایی‌های غیر ابری و غیر لیز در حمام	نصب کلید برق اتاق در نزدیک ترین محل به درب ورودی	استفاده از صندلی با پایه ثابت برای نشستن و اجتناب از نشستن بر روی صندلی چرخ دار
استفاده از نرده پله و یا میله نصب شده بر روی دیوار در زمان بالا رفتن از پله	استفاده نکردن از واکس براق کننده کف آشپزخانه	استفاده از پادری‌های پلاستیکی مخصوص در کف حمام	پرهیز از پهن کردن پتو یا روفرشی بر روی فرش	پرهیز از پوشیدن دمپایی استفاده از کفش مناسب
روشن کردن چراغ در راه پله و پاگرد هنگام بالا و پایین رفتن از پله‌ها	خشک و تمیز بودن کف آشپزخانه	استفاده از میله‌های نصب شده بر روی دیوار حمام به عنوان دستگیره	قرار ندادن وسایل خانه به خصوص در مسیر اتاق خواب به توالت و آشپزخانه	به کار بردن وسایل کمکی برای راه رفتن مثل عصا و اگر به طور صحیح
عاری کردن راه پله‌ها از هرگونه وسایل اضافی		رد کردن سیم و وسایل برقی مثل تلویزیون رادیو و... از کنار دیوار	نزدیک به دیوار قرار گرفتن در موقع قدم زدن به ویژه در فضای باز	
چسباندن نوار رنگی یا رنگ کردن لبه پله اول و پله آخر		استفاده از یک صندلی یا چهار پایه برای زیر دوش و یا دوش دستی در صورت نشستن در حمام	استفاده از نور مناسب برای روشنایی اتاق در موقع خواب شب	استفاده از عینک با نمره مناسب برای اصلاح بینایی خود
			استفاده از تخت خواب با ارتفاع مناسب (رسیدن هر دو پای سالمند به زمین)	خودداری از حمل بسته‌های زیاد به طور همزمان
			قرار دادن تلفن در نزدیکی محل خواب و نشستن	پرهیز از پوشیدن لباس‌های بلند
			ثابت کردن لبه‌های فرش، به منظور پیشگیری از گیر کردن پا به لبه فرش	خودداری از بالا رفتن از نردبان یا ایستادن روی چهار پایه

پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه «احتمال سقوط» قرار گرفت، در صورتی که پزشک سالمند را به سطوح تخصصی ارجاع دهد، سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید، در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه «احتمال کم سقوط» قرار گرفت، سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا یک سال بعد تشویق کنید.

فصل چهارم افسردگی

فصل چهارم - افسردگی

قبل از پرسشگری در این بخش، به سالمند و همراه وی توضیح دهید:

- در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم.
- هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره، زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.

در خصوص حفظ رازداری: اطمینان دهید مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما است و کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند؛ همچنین دسترسی به اطلاعات برای پزشک فراهم خواهد بود.

- این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.
- پاسخگویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.
- سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول یک هفته گذشته تجربه کرده‌اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید « بلی یا خیر»

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری		
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. • در صورتی که پزشک، سالمند را به سطوح تخصصی ارجاع دهد، سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید، در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید. • به سالمند توصیه‌های خودمراقبتی در اصلاح شیوه زندگی مطابق با شرایط و امکانات فردی را به منظور مقابله با افسردگی را آموزش دهید. 	غربال مثبت افسردگی (احتمال افسردگی)	نمره کل مساوی یا بیشتر از ۶
<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را برای شرکت در کلاس‌های آموزش مهارت زندگی و خودمراقبتی ارجاع دهید. • تشویق سالمند به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد 	غربال منفی افسردگی (عدم احتمال ابتلا به افسردگی)	نمره کل کمتر از ۶

ارزیابی کنید:
پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان را برای سالمند تکمیل کنید و براساس دستورالعمل «تفسیر پاسخ»، نمرات را جمع بندی و سپس طبقه بندی نمایید.
آیا از زندگی خود راضی هستید؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا احساس می‌کنید که زندگی شما پوچ و بی‌معنی است؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا اغلب کسل هستید؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا می‌ترسید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا در اغلب مواقع احساس سرحالی می‌کنید؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا اغلب احساس درماندگی می‌کنید؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا فکر می‌کنید زنده بودن، لذت بخش است؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا در وضعیت فعلی خود، احساس بی‌ارزشی زیادی می‌کنید؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا احساس می‌کنید موقعیت شما نا امیدکننده است؟
۰- بلی ۱- خیر
آیا فکر می‌کنید حال و روز اکثر آدم‌ها از شما بهتر است؟
۰- بلی ۱- خیر
مجموع امتیازات:

سالمند را با استفاده از پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان از نظر احتمال ابتلا به افسردگی ارزیابی کنید.

دقت کنید: در پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان، در برخی از سؤالات امتیاز یک به پاسخ‌های بلی و در برخی دیگر، به پاسخ‌های خیر تعلق می‌گیرد.

سالمند را از نظر احتمال ابتلا به افسردگی طبقه بندی کنید

- سالمند با «نمره ۶ و بیشتر، از پرسشنامه مقیاس افسردگی» در طبقه بندی مشکل «**غریبال مثبت افسردگی**» قرار می‌گیرد؛ در این صورت سالمند را به **پزشک ارجاع غیر فوری** دهید.
- سالمند با «نمره کمتر از ۶ از پرسشنامه مقیاس افسردگی» در طبقه «**غریبال منفی افسردگی**» و عدم احتمال ابتلا به افسردگی قرار می‌گیرد.

مداخلات آموزش خودمراقبتی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با افسردگی

با در نظر گرفتن شرایط جسمی و توانمندی سالمند* و مطلع کردن خانواده توصیه کنید زمانی که دچار احساس اضطراب می‌شود اقدامات زیر را انجام دهد:

- مشغول شدن به انجام فعالیت در خانه؛ ترجیحاً کار مورد علاقه مثل نگاه کردن به تلویزیون، کتاب خواندن، باغبانی کردن و ...
- صحبت کردن با دوستان و اقوام
- دیدن دوستان و آشنایان
- خارج شدن از خانه برای مدت کوتاه و تماشای مغازه‌ها یا قدم زدن در پارک

تذکر مهم: سالمندان با بیماری‌های مزمن و یا مشکلات حافظه نیاز به همراهی یک مراقب دارند در چنین شرایطی با مراقبین سالمند برای بهبود شرایط او در ارتباط باشید.

پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه «**غریبال مثبت افسردگی**» و احتمال ابتلا به افسردگی قرار گرفت به **پزشک ارجاع دهید** و مطابق دستور پزشک پیگیری شود.
- پس از ارجاع و تشخیص پزشک در صورت عدم مراجعه سالمند برای دریافت خدمات - بر اساس دستورالعمل پیگیری اختلالات روانپزشکی - سالمند را یک بار در ماه و تا ۳ ماه برای مراجعه پیگیری نمایید.
- چنانچه سالمند در طبقه «**غریبال منفی افسردگی**» و عدم احتمال ابتلا به افسردگی قرار گرفت، سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و مراجعه یک سال بعد تشویق نمایید و در صورت تمایل سالمند، وی را برای دریافت خدمات توانمندسازی و شرکت در کلاس‌های آموزش گروهی مهارت زندگی و خودمراقبتی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.

فصل پنجم

تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

فصل پنجم - تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

اقدام	طبقه بندی	نتیجه ارزیابی	ارزیابی کنید
			از سالمند یا همراه وی سؤال کنید:
توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری	مشکوک و نیازمند ارجاع	شرح حال غیرطبیعی (هر یک از موارد زیر) <ul style="list-style-type: none"> • سابقه خانوادگی مثبت یا • سابقه فردی مثبت یا • سابقه نمونه برداری پستان یا • سابقه رادیوتراپی قفسه سینه 	<ul style="list-style-type: none"> ۱. سابقه فردی سرطان پستان ۲. سابقه نمونه برداری پستان ۳. سابقه رادیوتراپی قفسه سینه ۴. سابقه خانوادگی سرطان (به ویژه پستان یا تخمدان) از جمله یکی از موارد زیر: - دست کم دو فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان پستان در یک سمت فامیل با هر سنی - دست کم دو فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان در یک سمت فامیل با هر سنی که یکی از آنها سرطان پستان باشد. - دست کم یک فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان تخمدان در یک سمت فامیل با هر سنی - یک فامیل درجه یک، دو یا سه با سرطان پستان یا هر سرطان دیگری در سن زیر ۵ سال
			<p>اقدام کنید:</p> <p>معاینه غیرطبیعی (هر یک از موارد زیر) <ul style="list-style-type: none"> • توده پستان یا زیر بغل یا • تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان یا • تغییرات پوستی پستان (پوست پرتغالی، اریتم یا قرمزی پوست، زخم پوست، پوسته پوسته شدن و آگزمای پوست و تغییرات نوک پستان شامل فرورفتگی یا خراشیدگی) یا • ترشح نوک پستان که از یک پستان باشد (و نه هر دو پستان)، از یک مجرا باشد (و نه از چند مجرا)، ترشح خود به خودی و ادامه دار باشد، در هنگام معاینه ترشح وجود داشته باشد، سروزی یا خونی باشد </p> <p>معاینه بالینی پستان (CBE) را انجام دهید:</p> <ul style="list-style-type: none"> ۱. توده پستان یا زیر بغل ۲. تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان ۳. تغییرات پوستی پستان ۴. ترشح نوک پستان <p>سوابق ماموگرافی فرد را بررسی کنید.</p>
اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید.	مشکوک و نیازمند ارجاع	<ul style="list-style-type: none"> • نتیجه ماموگرافی غیرطبیعی (BIRADS ۴ و ۵) در طی یک سال اخیر 	

<ul style="list-style-type: none"> • اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • در خصوص BIRADS ۲ ظرف ۱۲ ماه و در خصوص BIRADS ۳ ظرف ۶ ماه از ماموگرافی قبلی نیاز به پیگیری و ارجاع مجدد فرد به سطح دو (مراکز تشخیص زودهنگام سرطان یا در صورت نبود آن پزشک متخصص جراح در بیمارستان های عمومی) است. 	<p>نیازمند پیگیری و تکرار ارجاع در زمان های تعیین شده</p>	<ul style="list-style-type: none"> • نتیجه ماموگرافی (BIRADS ۲ و ۳) در طی یک سال اخیر 	
<ul style="list-style-type: none"> • اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • برای ۲ سال بعد نوبت ویزیت مجدد بدهید و به بهورز/ مراقب سلامت ارجاع دهید. • توصیه کنید در صورتی که در فواصل بین معاینات معمول، مشکلات پستان داشته باشد مراجعه کند. 	<p>طبیعی و عدم نیاز به ارجاع</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (نداشتن سابقه خانوادگی، سابقه فردی، نمونه برداری پستان و رادیوتراپی قفسه سینه) • معاینه طبیعی • ماموگرافی طبیعی در طی یک سال اخیر (BIRADS 1) 	

فصل ششم
تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان
کولورکتال

فصل ششم - تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ

معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام	ارزیابی / در گروه هدف ۵۰ تا ۶۹ سال
<ul style="list-style-type: none"> • اصول خودمراقبتی را به فرد آموزش دهید. • فرد را به سطح دو (مراکز تشخیص زودهنگام سرطان یا در صورت نبود آن پزشک متخصص داخلی گوارش در بیمارستان های عمومی) ارجاع دهید. 	<p>موارد مشکوک و نیاز به ارجاع به پزشک</p>	<p>دارا بودن یکی از موارد زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • علامت دار • سابقه خانوادگی مثبت • سابقه فردی مثبت • تست خون مخفی در مدفوع (FIT) مثبت 	<p>در مورد علایم زیر سوال کنید:</p> <p>۵. آیا در طی یک ماه اخیر خونریزی دستگاه گوارشی تحتانی (خونریزی از مقعد) داشته است؟</p> <p>۶. آیا در طی یک ماه اخیر بیبوست (با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پر بودن مقعد پس از اجابت مزاج) داشته است؟</p> <p>۷. آیا در طی شش ماه اخیر کاهش بیش از ۱۰٪ از وزن بدن داشته است؟</p> <p>در مورد سابقه فردی سوال کنید:</p> <p>۱. سابقه فردی سرطان روده بزرگ</p> <p>۲. سابقه فردی آدنوم روده بزرگ</p> <p>۳. سابقه بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) بیماری کرون یا کولیت اولسروز</p> <p>در مورد سابقه خانوادگی سوال کنید:</p> <p>۱. سابقه خانوادگی سرطان یا آدنوم روده بزرگ در افراد درجه یک خانواده (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان)</p> <p>۲. سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر ۵۰ سال بروز کرده باشد (عمو، عمه، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدر بزرگ)</p> <p>آزمایش زیر برای مراجعه کننده انجام دهید:</p> <p>تست خون مخفی در مدفوع (FIT)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • اصول خودمراقبتی را به فرد آموزش دهید. • توصیه شود پس از دو سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کند. • توصیه شود در صورت داشتن مشکلات گوارشی در فواصل معاینات مراجعه کند. 	<p>طبیعی و عدم نیاز به ارجاع</p>	<p>وجود همه شرایط زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بدون علامت • سابقه خانوادگی منفی • سابقه فردی منفی • تست خون مخفی در مدفوع (FIT) منفی 	

تذکر مهم: در غربالگری برای سرطان باید شرایط سلامتی و تحمل سالمند برای اقدامات تشخیصی و درمانی را در نظر گرفت. سالمندانی که چند بیماری ناتوان کننده دارند مانند بیماری های قلبی ریوی و یا سالمندانی که دمانس دارند و سالمندانی که طول عمر آنها کمتر از ۵ سال حدس زده می شود از غربالگری خارج می شوند. اصول خودمراقبتی برای پیشگیری از سرطان کولورکتال را به سالمند آموزش دهید.

خوشبختانه سرطان روده بزرگ یکی از قابل پیشگیری ترین سرطان هاست. بنابراین نه تنها می توان با تغییر در شیوه زندگی احتمال پولیپ یا سرطان روده بزرگ را کاهش داد بلکه با انجام اقدامات غربالگری و تشخیص زودهنگام، پولیپ ها پیش از تبدیل به سرطان شناسایی و از تبدیل آن ها به سرطان جلوگیری کرد. برای کاهش احتمال بروز سرطان روده بزرگ می توانید توصیه های زیر را به افراد داشته باشید:

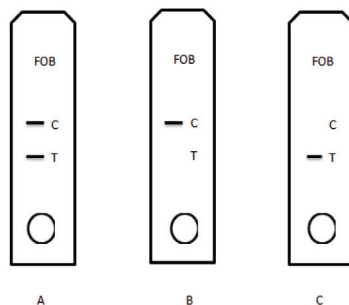
- سیگار نکشید
- الکل ننوشید
- فعالیت بدنی کافی داشته باشید از جمله ۷۵ دقیقه در هفته فعالیت بدنی شدید (که موجب تعریق و نفس نفس زدن می شود مانند، دویدن، دوچرخه سواری تند، کارهای سنگین مثل بیل زدن) یا ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط (که موجب تعریق و نفس نفس زدن نمی شود مانند انواع پیاده روی آرام ورزشی، باغبانی، شنا و جارو زدن)
- وزن خود را کاهش دهید به طوری که نمایه توده بدنی زیر ۲۵ باشد.
- رژیم غذایی مناسب داشته باشید از جمله روزانه ۵ وعده (معادل یک فنجان از میوه های خورد شده) یا ۴۰۰ گرم میوه بخورید، مصرف گوشت قرمز به خصوص به صورت کبابی شده یا فرآوری شده را به

- کمتر از ۷۰ گرم در روز یا نیم کیلو در هفته محدود کنید، غذاهای آماده (فست فود) را محدود کنید، میزان کالری کمتری و چربی کمتری مصرف کنید.
- برخی داروها مثل آسپرین (اگر سابقه خونریزی معده وجود نداشته باشد)، فولیک اسید و کلسیم نیز با کاهش احتمال بروز سرطان روده بزرگ همراه بوده اند.
- علائم هشداردهنده سرطان مانند خونریزی دستگاه گوارش تحتانی، تغییر در عادات اجابت مزاج و کاهش وزن را به افراد آموزش دهید.
- اگر سابقه فردی یا خانوادگی آدنوم یا سرطان روده بزرگ و یا بیماری التهابی روده بزرگ دارید، به صورت دوره‌ای ارزیابی‌های کامل تری مانند کولونوسکوپی انجام دهید.

آزمایش خون مخفی در مدفوع

پولیپ‌ها و سرطان کولون گاهی خونریزی می‌کنند که سبب ایجاد خون در مدفوع می‌شود اما این خون آنقدر کم است که با چشم دیده نمی‌شود بلکه باید با انجام آزمایش آن را تشخیص داد. بخش اول این آزمایش توسط خود فرد مراجعه‌کننده قابل انجام است. در ابتدا فرد درب ظرف شیشه‌ای (شکل ۱) را باز می‌کند. سپس قسمت میله متصل به درب ظرف را ۳ بار داخل مدفوع قرار می‌دهد و دوباره آن را به جای خود برگردانده و بر روی ظرف می‌بندد. پس از آن ظرف را چند بار تکان می‌دهد. این ظرف توسط مراقب سلامت تحویل گرفته می‌شود. به‌طور/مراقب سلامت، قسمت زائده سر ظرف شیشه‌ای را می‌شکند و از مایع داخل ظرف ۲ قطره بر روی کیت (شکل ۱) می‌چکاند. بعد از ۵ دقیقه باید کیت مورد نظر را بررسی کند. در صورتی که کیت بعد از ۱۰ دقیقه بررسی شود ارزشی نخواهد داشت. نتایج کیت مورد نظر ممکن است یکی از ۳ حالت زیر را داشته باشد:

- اگر علامت به صورت دو خط در کنار حروف C و T باشد (مانند قسمت A شکل ۲) یعنی نتیجه تست مثبت است.
- در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف C باشد (مانند قسمت B شکل ۲) یعنی نتیجه تست منفی است.
- در صورتی که علامت به صورت یک خط در کنار حرف T باشد (مانند قسمت C شکل ۲) یعنی نتیجه تست نامعتبر است و باید این تست مجدد انجام شود.



شکل ۲



شکل ۱

1. "HAZZARDS Geriatric Medicine and Gerontology", Jeffrey B. Halter et al, MC Graw Hill Education, Seventh edition, 2017
۲. «زندگی سالم در دوره سالمندی»، عظیمی مهین سادات و همکاران، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، انتشارات پژوهاک آرمان، چاپ اول، ۱۳۹۵
۳. عبدالهی زهرا، ترابی پریسا، صالحی مازندرانی فروزان و همکاران، «مجموعه مراقبتها و خدمات تغذیه‌ای در برنامه تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت»، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، ۱۳۹۷
4. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETS 2017 , AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, January 2017 Volume 40, Supplement 1
۵. «راهنمای بالینی دیابت»، ۱۳۹۳، ویژه پزشکان عمومی و پزشکان خانواده و تیم ارائه خدمات به بیماران دیابتی، تالیف: دکتر باقر لاریجانی، دکتر انسیه نسلی اصفهانی و همکاران، مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶. دستوالعمل اجرایی و محتوای آموزشی پزشک در برنامه پیشگیری و کنترل دیابت، دکتر مهدی نجفی
7. Geriatrics screening Guidelins: A brief review (20062016-)
8. <https://www.cdc.gov/stedi/about.html>
۹. هنجاریابی مقیاس افسردگی سالمندان با فرم ۱۵ سوالی در ایران، دکتر سید کاظم ملکوتی، پریدخت فتح‌الهی، دکتر آرش میراب زاده، مزده صلواتی، شمس‌الدین کمانی، مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دوره ۳۰ ف شماره ۴، زمستان ۱۳۸۵ ف صفحات ۳۶۱-۳۶۸
۱۰. «راهنمای ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان ویژه ی پزشکان عمومی در طرح تحول نظام سلامت»، ۱۳۹۵، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی