مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان

ویژه بهورز و مراقب سلامت

مؤلفین : دکتر مهین سادات عظیمی، سهیلا داوری، دکتر زهرا صلبی، دکتر شهین لدنی، دکتر الهام کارگزار، دکتر شیما رئیسی، دکتر فریبا تیموری، دکتر آزاده سادات زنده باد

زیر نظر : دکتر سید حامد برکاتی

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 ازمدیران دفاتر و رؤسای ادارت فنی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

معاون محترم گروه های جمعیتی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، سرکار خانم دکتر فروزان صالحی

معاون محترم گروه های سنی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، جناب اقای دکتر سید تقی یمانی

مدیر محترم برنامه های سلامت و نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه، سرکار خانم دکتر ناهید جعفری بید هندی، کارشناس محترم گروه مدیریت برنامه های مرکز مدیریت شبکه، سرکار خانم فرشته فقیهی

ریاست محترم اداره بیماری های قلبی عروقی، جناب آقای دکتر علیرضا مهدوی، کارشناس محترم مسئول پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی سرکار خانم دکتر طاهره سموات و کارشناس محترم مسئول پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی سرکار خانم علیه حجت زاده

مدیر محترم گروه تغذیه سالمندان دفتر بهبود تغذیه، سرکار خانم دکتر پریسا ترابی

ریاست محترم اداره غدد، 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

مدیر محترم برنامه پیشگیری و کنترل استئوپروز و بیماری های استخوانی مفصلی، سرکار خانم دکتر محبوبه دینی

با قدردانی و تشکر از متخصصین و اعضای محترم هیئت علمی دانشگاه های 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 آکوچکیان: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت محترم 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، ریاست محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
سرکار خانم دکتر مرضیه شیرازی خواه: پزشک عمومی، MPH سالمندی، عضو محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
جناب آقای دکتر حامد مرتضوی: دکترای آموزش پرستاری، استادیار و مدیر گروه محترم پرستاری سالمندی، رئیس محترم مرکز تحقیقات مراقبت سالمندان و رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
سرکار خانم دکتر نیلوفر خدابنده لو : متخصص داخلی، مدیر گروه محترم طب سالمندی 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 سهیلاخو شبین، سرکار خانم دکتر عالیه 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 کرده اند :

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 بم
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 زابل
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 کهکلویه و بویر احمد
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 مطالب

صفحه

پیشگفتار..... ۶

بخش اول : کلیات ۷

راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان ۹

بخش دوم : مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان..... ۱۰

فصل اول: پیشگیری از سکته های قلبی و مغزی از طریق خطر سنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت، فشار خون بالا و اختلالات چربی خون ۱۰

فصل دوم: اختلالات تغذیه ۲۱

فصل سوم: سقوط و عدم تعادل ۳۲

فصل چهارم: افسردگی..... ۳۶

فصل پنجم : تشخیص زود هنگام و غربالگری سرطان پستان (ویژه ماما)..... ۳۹

فصل ششم : تشیخص زود هنگام و غربالگری سرطان کولورکتال ۴۰

منابع: ۴۱

پیشگفتار:

بند ۷ سیاست های 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 سال های اخیر کشور ایران به مدد توسعهٔ اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت های 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 ۹/۲۸درصد جمعیت را تشکیل می دهد و انتظار می رود تا سال ۱۴۳۰ این درصد به ۳۰ درصد کل جمعیت کشور برسد.

سالمندی معمولاً همراه با مشکلات مختلفی است که جنبه های جسمی، روانی و اجتماعی را در بر گرفته و با تحمیل هزینه های قابل توجهی همراه است . با سالمند شدن جمعیت، برنامه ریزی و سیاست گذاری در جهت تغییر نقش سالمندان از افرادی وابسته به جمعیتی فعال از هر نظر، اجتناب ناپذیر است.

حفظ تندرستی و سلامت سالمندان، امری امکان پذیر بوده و نباید بیماری و ناتوانی را جزء جدایی ناپذیر سالمندی دانست. در این راستا مراقبت دوره ای سالمندان در کنار آموزش شیوه زندگی سالم می تواند با کاهش بار بیماری و افزایش امید به زندگی توأم با سلامت، به سالمندی سالم و فعال منجر شود. بدیهی است شما به عنوان پزشک مرکز ارایه خدمات جامع سلامت، بیشترین نقش را در پیشبرد اهداف نظام سلامت خواهید داشت. امید است با تلاش شما، شاهد افزایش برخورداری سالمندان از برنامه های سلامت باشیم.

سید حامد برکاتی

مدیر کل دفتر سلامت خانواده، جمعیت و مدارس

بخش اول : کلیات

تعریف

مراقبت‌های ادغام یافته به مفهوم استفاده از عوامل خطر و نشانه‌های بالینی ساده ادغام یافته به صورت جامع در سطح استفاده کننده خدمت است. در این مدل از حداقل عوامل خطر و نشانه‌های بالینی کلیدی برای شناسایی زودرس بیـماری، درمان مناسب و ارجاع به موقع استفاده شده است. لازم به ذکر است که عوامل خطر، نشانه‌ها، علایم بالینی، اقـدامات تشخیصی، درمـان، موارد ارجاع و پیگیری‌های مورد استفاده در این مدل بهره گرفته از برنامه های کشوری اداره های تخصصی و منابع تخصصی طب سالمندی است.

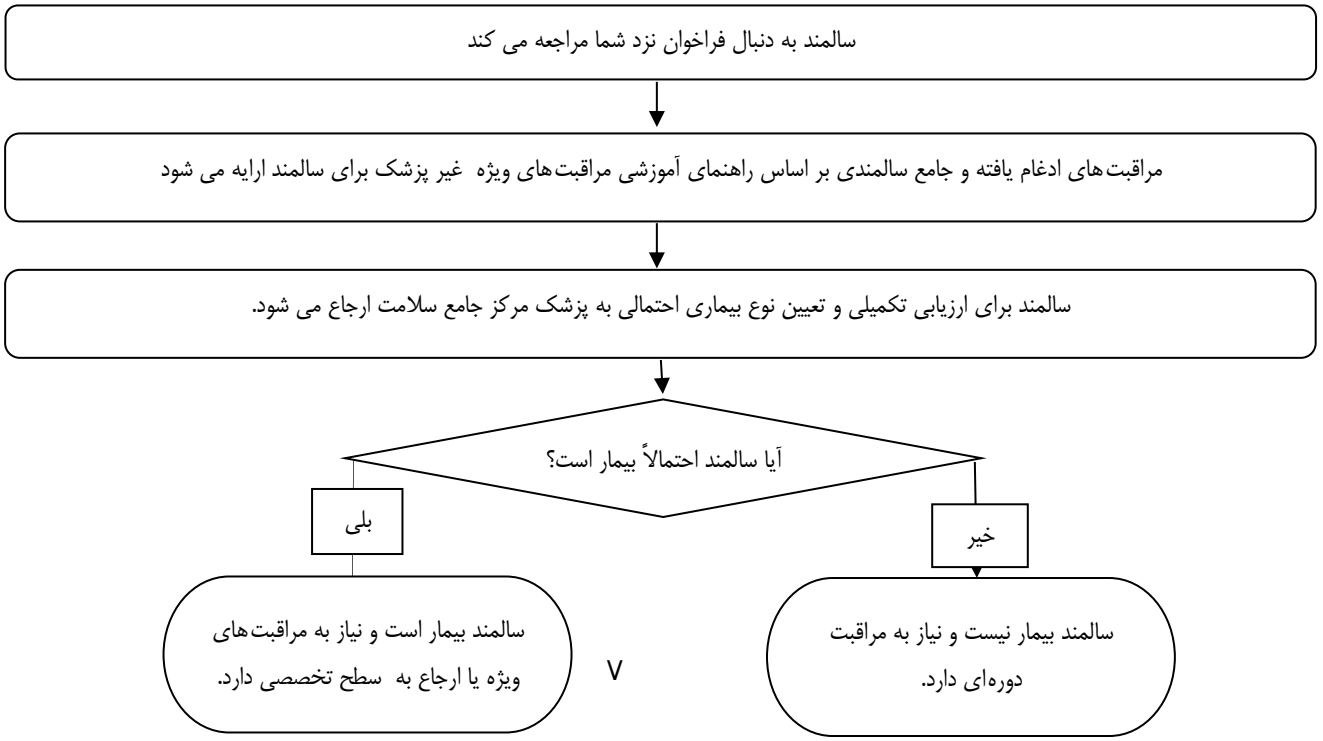
در این مجموعه نحوه ارزیابی کردن سالمند از نظر بیماری‌های جسمانی و روانی اولویت دار بر اساس بار بیماری‌ها و اختلالات تغذیه‌ای آموزش داده‌می‌شود و علاوه بر روش‌های تشخیصی و درمانی ساده، راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها نیز عنوان شده است. به طور خلاصه در این مجموعه شما نحوه استفاده و کار با راهنمای مراقبت های ادغام یافته و جامع سالمندی را فرا خواهید گرفت.

اصول کلی

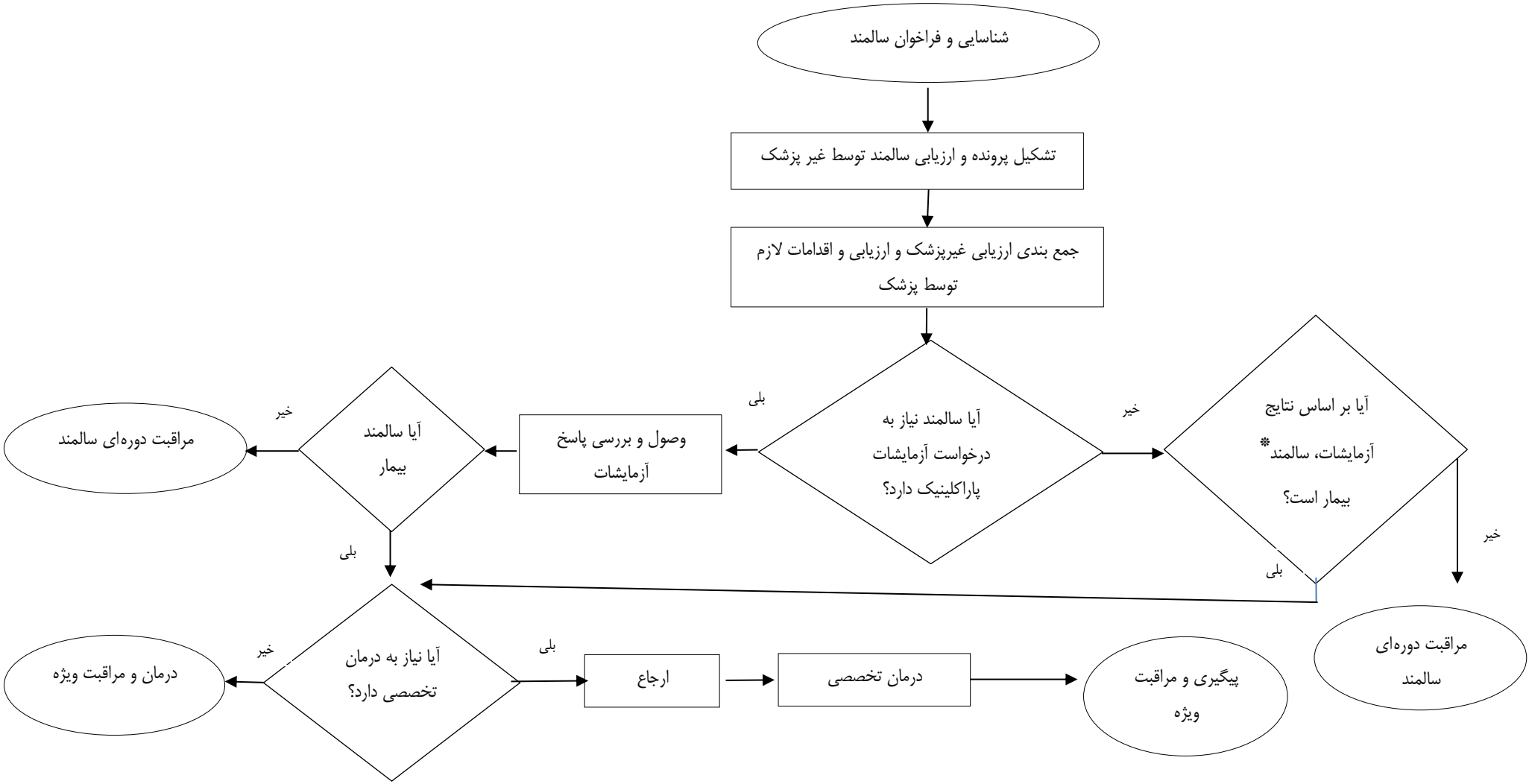
برنامه مراقبت از سالمند به صورت یک برنامه با عنـوان بسته خدمات نوین سالمندان ویژه پزشک و غیر پزشک طـراحی گردیده است. در این راستا زمانی که سالمند به دنبال فراخوان به نزد شما مراجعه می کند، برای ارایه مراقبت‌های سالمند از بسته خدمات نوین سالمندان ویژه غیر پزشک استفاده می شود.

در پایان ارایه مراقبت‌ها چنانچه برای سالمند تشخیص ابتلا به یک یا چند بیماری توسط پزشک داشته باشد، 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 کار کلی مراقبت از سالمند



نمودار کلی جریان فرایند مراقبت از سالمند



راهنمای آموزشی مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان

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 آزمون‌های تشخیصی انجام شده، مورد مطالعه قرار می‌گیرد و در صورت نیاز از اقدامات تشخیصی یا معاینات جامع‌تر برای سالمند استفاده می‌گردد.

در بخش **طبقه بندی** موارد به دست آمده از قسمت ارزیابی یعنی عوامل خطر، نشانه‌های بالینی، معاینات ساده و جامع و اقدامات تشخیصی بر اساس شدت بیماری طبقه‌بندی می‌شوند. سالمندی که دارای نشانه و علامت جدی بیماری است و نیاز به دریافت خدمات اورژانسی دارد، در طبقه **" مشکل فوری"** قرار می‌گیرد و در جدول طبقه‌بندی به رنگ قرمز دیده می‌شود. در صورتی‌که سالمند دارای نشانه و علامت بیماری است که خطر جدی ندارد ولی نیاز به دریافت خدمات تخصصی و ارجاع دارد، در طبقه **مشکل "** قرار می‌گیرد و در جدول طبقه‌بندی به رنگ صورتی دیده می‌شود. چنانچه سالمند دارای نشانه و علامت بیماری و یا عامل خطری است که نیاز به خدمات تخصصی و ارجاع ندارد، در طبقه**" در معرض مشکل "** قرار می‌گیرد که در جدول طبقه بندی به رنگ زرد مشاهده می‌گرد. چنانچه سالمند فاقد نشانه و علامت بیماری و عامل خطر است، در طبقه **" فاقد مشکل"** قرار می‌گیرد و در جدول طبقه‌بندی به رنگ سبز نمایان است.

در ستون مربوط به **توصیه ها** اقدامات درمانی، ارجاع، اقدامات قبل از ارجاع، پیگیری و آموزش‌های لازم بر اساس طبقه‌بندی مشکل برای سالمند به شرح زیر ارایه می گردد:

۱- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **"مشکل فوری "** قرار می‌گیرد، ارجاع در اولین فرصت به نزدیکترین بیمارستان(اورژانس) یا مرکز درمانی است.[۱]*

۲- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **" مشکل "** قرار می‌گیرد، ارجاع غیر فوری به پزشک مرکز جامع سلامت و آموزش‌های لازم و مرتبط است.

۳- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **" در معرض مشکل "** قرار می گیرد، ارایه مراقبت های ویژه در پیگیری ها، درمان غیر دارویی و آموزش است که به رنگ زرد دیده می‌شود.[۲]*

۴- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه **" فاقد مشکل "** قرار می‌گیرد، تشویق سالمند به مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت‌های دوره‌ای و ارایه آموزش‌های لازم جهت مراقبت از خود در منزل و سایر محیط ها است که به رنگ سبز مشاهده می‌شود.

انواع بیماری‌های 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 سال‌های 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 آموزش‌ها شامل نحوه ارزیابی سالمند، توصیه مناسب، مداخلات آموزشی مرتبط از نظر اختلالات فشارخون، اختلالات تغذیه،اختلالات چربی خون، دیابت، سقوط و عدم تعادل و افسردگی است. بنابراین شما با استفاده از این مجموعه آموزشی، مهارت‌های لازم در زمینه نحوه ارزیابی سالمند، انتخاب یک و یا چند توصیه مناسب، مداخلات آموزشی مرتبط و مراقبت های غیر درمانی لازم را کسب خواهید کرد.

---

[۱]* *طبقه بندی مشکل فوری فقط در مبحث خطرسنجی غیر پزشک و افسردگی پزشک 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 سکته 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
	میانگین فشارخون ۱۸۰/۱۱۰ میلی متر جیوه و بالاتر	**فشارخون بالا**	-ارجاع فوری به پزشک و پیگیری بر اساس دستور پزشک
در مورد سابقه بیماری های قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک سوال کنید: آیا سالمند سابقه سکته قلبی، سابقه انجام مداخله درمانی تهاجمی (بالون گذاری یا استنت قلبی)، سابقه عمل جراحی باز قلب، سابقه سکته مغزی، سابقه علایم گرفتگی شریان های اندام تحتانی را دارد؟در صورت پاسخ بلی به سوال، بقیه سوالات پرسیده نشود و خطر سنجی قلبی عروقی انجام نگردد.	حداقل یک مورد سابقه بیماری قلبی عروقی تایید شده توسط پزشک	**خطر ۱۰ ساله ۳۰ ٪ و بالاتر**	-ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری بر اساس دستور پزشک یا طبق دستورالعمل: -مراقبت ماهانه و پیگیری و ارجاع به پرشک ۳ ماه یکبار
در مورد عوامل خطر و سابقه بیماری سوال کنید: مصرف مواد دخانی، مصرف الکل، سابقه خانوادگی بیماری های قلبی عروقی زودرس، دیابت و نارسایی کلیه در افراد درجه یک خانواده، سابقه ابتلا به بیماری های دیابت و فشارخون بالا	۱- سالمند مبتلا به فشار خون بالای شناخته شده با فشارخون ۱۵۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر(فشارخون ماکزیمم ۱۵۰ تا ۱۷۹ یا فشارخون مینیمم ۹۰تا ۱۰۹) 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 با چربی خون کنترل نشده	**بیماری کنترل نشده**	-ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی موارد بیماری ها -آموزش اصلاح شیوه زندگی - آموزش پایبندی به درمان -پیگیری بر اساس 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: با رعایت شرایط اندازه گیری فشار خون، مطابق دستورالعمل فشار خون را اندازه گیری کنید. با رعایت شرایط قد و وزن سالمند را اندازه گیری کنید.	**۱**- سالمند مبتلا به فشارخون بالای شناخته شده با فشارخون کمتر از ۱۵۰/۹۰ 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

اقدام کنید:

قند خون ناشتا و کلسترول خون را بررسی کنید: چنانچه فرد آزمایش قند خون ناشتا و کلسترول در طی یک سال گذشته را یه همراه دارد از همان استفاده می شود و در غیر اینصورت 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.

		-پیگیری برای مراجعه جهت ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر
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
پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های قرمز کمرنگ و پر رنگ قرار گرفته اند	**خطر ۱۰ ساله ۳۰ ٪ و بالاتر**	- آموزش اصلاح شیوه زندگی -ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری بر اساس دستور پزشک - پیگیری و ارزیابی خطر قلبی عروقی هر۳ ماه یا طبق میزان خطر جدید
پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های نارنجی قرار گرفته اند.	**خطر ۱۰ ساله ۲۰ الی ۲۹ ٪**	- آموزش اصلاح شیوه زندگی -ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری بر اساس دستور پزشک - پیگیری و ارزیابی خطر هر ۶ ماه یا طبق میزان خطر جدید
۱-میانگین فشارخون ۱۴۰/۹۰ میلی متر جیوه و بالاتر ۲-قند خون بالا (۱۲۶میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر) ۳-کلسترول خون بالا (۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر و بالاتر)	**مشکوک به بیماری**	-ارجاع غیرفوری به پزشک برای بررسی و تایید موارد مشکوک -پیگیری بر اساس دستور پزشک و طبق دستورالعمل -پیگیری و ارزیابی خطر قلبی عروقی طبق میزان خطر
افت فشارخون ماکزیمم در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته مساوی یا بیش از ۲۰ میلی متر جیوه	**احتمال افت فشارخون وضعیتی**	-آموزش پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی به سالمند و همراه وی - ارجاع غیرفوری به پزشک و پیگیری بر اساس دستور پزشک
افت فشارخون ماکزیمم در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه	**افت فشارخون وضعیتی ندارد**	-آموزش پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی به سالمند و همراه وی -تشویق سالمند به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد
پس از ارزیابی خطر در یکی از خانه های سبز قرار گرفته اند	**خطر ۱۰ ساله کمتر از ۱۰ ٪**	- 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
میانگین فشارخون کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی متر جیوه **(غیر بیمار)**	**فشارخون در محدوده قابل قبول(مطلوب)**	
میانگین فشارخون ۱۲۰/۸۰ تا ۱۳۹/۸۹ میلی متر جیوه **(غیر بیمار)**	**فشار خون طبیعی بالا (هاپیرتنشن)**	
-کلسترول خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر	**چربی های خون در محدوده قابل قبول(مطلوب)**	
قند خون کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر **(غیر بیمار)**	**قند خون طبیعی**	
قند خون ناشتای ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر **(غیر بیمار)**	**پره دیابت**	

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

سالمند را از نظراحتمال 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 یا ۱۰ میلی لیتر جیوه فشار خون دیاستولیک 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:

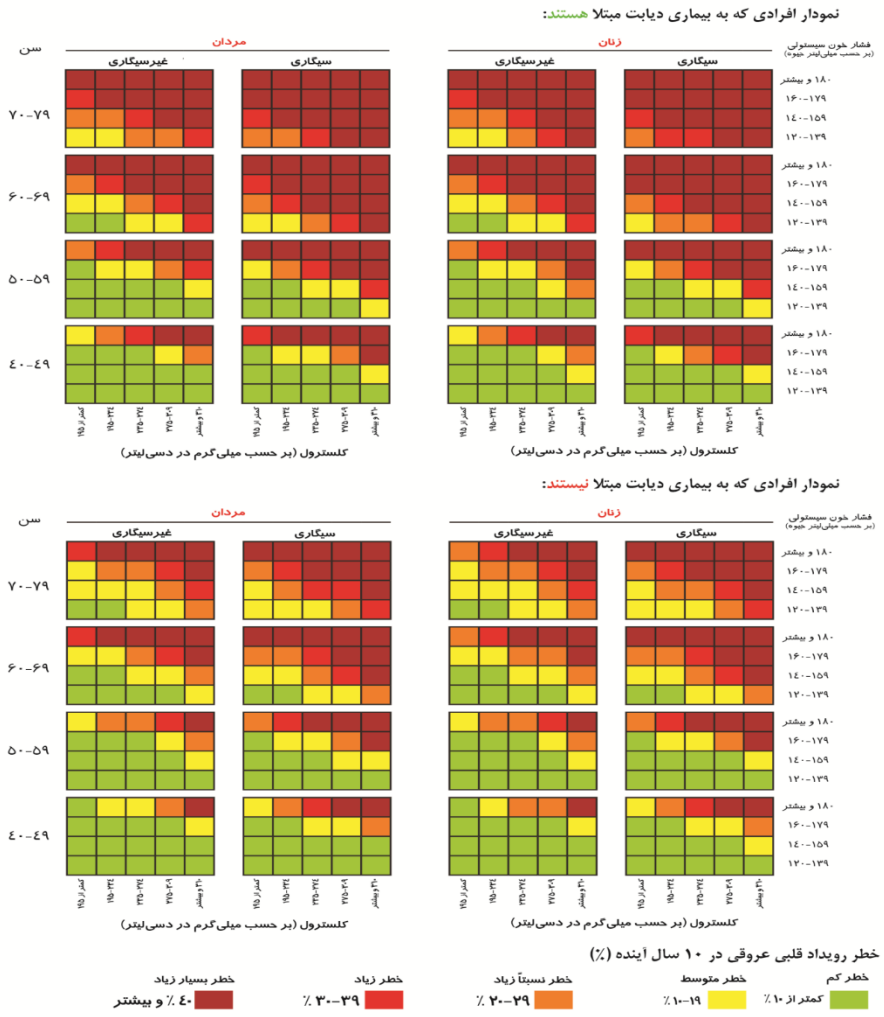
- مصرف نکردن قهوه و سیگار نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- ناشتا نبودن طولانی (بیش از ۱۴ ساعت) ؛
- انجام ندادن فعالیت بدنی شدید و یا احساس خستگی قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- تخلیه کامل مثانه نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشار خون؛
- راحت بودن کامل سالمند در وضعیت نشسته و پشت وی به صندلی تکیه داشته باشد (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 بازو 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؛
- 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 گوشی 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 ماکزیمم و از بین رفتن صدای ضربان قلب به معنای فشارخون مینیمم است.

تذکر: در مواردی که فشارخون سیستولیک در یک طبقه و فشارخون دیاستولیک در یک طبقه دیگر قرار می گیرد، مثلاً فشارخون سیستولیک ۱۵۰ میلی متر جیوه (طبقه مشکل) و فشارخون دیاستولیک ۸۰ میلی متر 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 سکته های 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 سیستولی بر حسب میلی متر جیوه و میزان کلسترول بر حسب میلی گرم در دسی لیتر ، میزان خطر ۱۰ ساله سکته های قلبی مغزی کشنده یا غیر کشنده سالمند را تعیین کنید.

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



مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند

۱-تغذیه مناسب

- غذاها را به صورت کم نمک مصرف نماید.
- از مصرف فراورده های غذایی نمک سوده مثل چیپس، پفک، سوسیس، کالباس، فست فودها و ساندویچ ها 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 چربی های 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 آب پز، بخار پز یا تنوری باشد.
- از مصرف سس برای سالاد یا سبزیجات خودداری نماید و به جای آن از روغن زیتون با آبلیمو یا سرکه و سبزی های معطر به همراه ماست کم چرب استفاده نماید.
- به جای روغن های جامد و کره از مارگارین و به جای چربی های حیوانی از روغن های مایع مثل روغن زیتون، روغن آفتابگردان و روغن ذرت استفاده 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 چربی های حیوانی را کاهش دهد وگوشت مرغ، ماهی و سویا را جایگزین آن نماید.
- لبنیات کم چرب و غلات سبوس 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 ورزش های هوازی با شدت متوسط، به مدت ۶۰- ۳۰ دقیقه در روز و ۷-۵ روز در هفته توصیه می شود.

ورزش های هوازی: این تمرینات موجب افزایش تعداد ضربان قلب و تنفس می شوند. مصرف اکسیژن در طی این حرکات افزایش می یابد و در نتیجه کارایی قلب و ریه ها و سیستم گردش خون افزایش می یابد و توانایی در انجام کارهای روزانه بیشتر می شود. 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 می شود.
- چنانچه درحین فعالیت ورزشی، تغییر در تعداد ضربان نبض و تنفس به گونه ای باشد که سالمند بتواند به راحتی صحبت کند، به عنوان فعالیت با شدت متوسط در نظر گرفته می شود.
- چنانچه درحین فعالیت ورزشی، تغییر در تعداد ضربان نبض و تنفس به گونه ای باشد که سالمند نتواند به راحتی صحبت کند، به عنوان فعالیت با شدت شدید در نظر گرفته می شود.

ابتدا از سالمند در مورد فعالیت های ورزشی وی سؤال کنید. به طور مثال از وی بپرسید که معمولاً از صبح تا شب (مثلاً دیروز) چه فعالیت های 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.
- قبـــل 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 مدت۱۰ تا ۱۵دقیقه 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 نگهدارد 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 مانـــع 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 پرکند 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 سراشیبی برای پیاده روی توصیه نمی شود، اگر در سربالایی یا سراشیبی 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 یا گرسنه است، تمرینات ورزشی انجام ندهد.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمندی که سیگار می کشد

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 کم کم ترک کند. برای این کار می تواند:

- 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 بیاندازد.
- اگر عادت به مشغول بودن دست ها دارد، گرفتن قلم، کلید یا تسبیح در دست را امتحان کند.

استمرار ترک سیگار

زمانی که هوس می کند 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 بر می گردد.
- ۴۸ ساعت بعد از ترک سیگار، قدرت چشایی و بویایی بهتر می شود.
- ۷۲ ساعت بعد از ترک سیگار، تنفس راحت تر می شود.
- ۳ تا ۶ ماه بعد از ترک سیگار، سرفه، خس خس و مشکلات تنفسی خوب می شود.
- ۵ سال بعد از ترک سیگار، خطر حمله قلبی نصف یک فرد سیگاری می شود.
- ۱۰سال بعد از ترک سیگار، خطر سرطان ریه نصف یک فرد سیگاری می شود و خطر سکته قلبی مانند کسی است که هرگز سیگار نکشیده است.

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 جوراب های واریس 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، 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، همچنین تظاهرات زودرس و دیررس بیماری را به تأخیر 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 می‌کند. در هر بار ملاقات با سالمند، نکته های 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 وعده های غذا و کاهش میزان غذا در هر وعده؛
- متناسب بودن غذای مصرفی با فعالیت های بدنی؛
- حذف نکردن یکی از وعده های اصلی غذا به خصوص در سالمندان لاغر و سالمندان تحت درمان دارویی؛
- استفاده زیاد از میوه های غیر شیرین و 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 حبوبات در برنامه غذایی روزانه؛
- استفاده از نان های سبوس دار؛
- محدود کردن قند، شکر و شیرینی مانند آب نبات، شکلات، شیرینی، گز، سوهان و ...در برنامه غذایی؛
- استفاده مناسب از مواد نشاسته ای مانند نان، برنج، سیب زمینی، گندم، جو و ماکارونی به میزانی که موجب افزایش وزن نشوند؛
- کاهش مصرف چربی ها (خودداری از سرخ کردن غذا و تهیه آن به صورت آب پز، بخارپز، کبابی)؛
- استفاده از گوشت های کم چرب (قبل از پخت، چربی گوشت و پوست و چربی مرغ را جدا کند)؛
- استفاده از شیر و ماست کم چرب؛
- محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ؛
- مصرف کمتر گوشت های احشایی مانند جگر، مغز، قلوه و کله پاچه؛
- استفاده از روغن مایع کانولا و زیتون؛

توجه : بعضی از افراد مبتلا به دیابت می توانند 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 می توانند ورزش های 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 اندازه گیری شود.
- ۵–۱۰ 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.
- هیچ گاه در حال گرسنگی به ورزش پرداخته نشود.
- پس از ورزش، پاها و بین انگشتان از نظر قرمزی و تاول بررسی شوند.

٤. برخورد با افت قند خون :

- علایم افت قند خون مانند احساس ضعف شدید و بیحالی، لرزش، تعریق را به سالمند آموزش دهید.
- درصورت بروز علایم افت قند خون، سالمند بلافاصله سه حبه قند در یک لیوان آب یا دو قاشق مربا خوری 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.

٥ . مراقبت از پاها در سالمند دیابتی:

- هر روز پاهای خود را با آب ولرم و صابون بشویند و بین انگشتان خود را با حوله ی نرم خشک کنند.
- ناخن های پا را کوتاه نگه دارند. ناخن را مستقیم گرفته گوشه های آن را نگیرند و در ضمن ناخن نباید از ته گرفته شود. در صورتی که دید سالمند مشکل داشته باشد، شخص دیگری ناخن های 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 جراحت های احتمالی پا، با پای برهنه در منزل راه نروند.
- پاهای خود را روزانه از نظر وجود قرمزی، تورم، تغیر رنگ، ترک خوردگی و ترشح اطراف ناخن بررسی کنند و برای این منظور و مشاهده کف پا می توانند از آینه استفاده نمایند.
- از نزدیک کردن پای خود به آتش، بخاری، شوفاژ و هر وسیله گرمایی دیگر خودداری کنند.

٦. ترک دخانیات:

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

۷. نحوه ی مصرف و تزریق انسولین

نحوه ی 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 ی 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 سر سوزن 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 محل های مختلف متفاوت است، به این صورت که در شکم جذب از همه ی قسمت ها سریع تر است، بعد در بازوها و بعد ران ها و در باسن از همه ی قسمت ها کندتر جذب می شود. بهتر است در صورتی که فرد دو بار تزریق در روز دارد، صبح ها روی شکم و شب ها بالای ران تزریق انجام شود.
- هر ورزشی میزان جذب انسولین را از نواحی تزریق مربوط به آن ورزش افزایش می دهد، به طور مثال در صورت تزریق در ران ها در هنگام دویدن جذب انسولین سریع تر می شود.
- تغییرات پوستی نواحی تزریق مثل تورم، قرمزی و سفتی باعث کندی جذب انسولین می شود. تفاوتی ندارد که از چه روشی برای تزریق انسولین استفاده می کنند، فقط باید مطمئن باشید که تزریق خود را در محلی انجام می دهند که میزان مناسبی از چربی در زیر پوست قرار دارد. تزریق انسولین به صورت زیر جلدی (زیر پوستی) و اغلب بدون هیچ گونه درد و یا سوزشی انجام می شود. سرعت جذب انسولین، به محل تزریق بستگی دارد.

۸. مصرف داروهای تجویز شده

- معمولاً بیماران دیابتی از داروهای متعددی استفاده می کنند (انسولین، قرص های پایین آورنده قند خون، آسپیرین، داروهای تنظیم کننده فشار خون بالا و چربی های 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 هر گونه 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 می کند 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 قرص های خوراکی پایین آورنده قند خون، تنها هنگام انجام هم زمان تمرینات بدنی منظم و رعایت برنامه غذایی صحیح به دست می آید.

۹. نکته هایی که فرد مبتلا به دیابت در هنگام ابتلا به سایر بیماری ها باید رعایت کند.

در مواردی که شخص مبتلا به دیابت به بیماری هایی از قبیل سرماخوردگی، تب، اسهال، استفراغ مبتلا شود، باید اقدام های 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 ی کافی استراحت کند.
- در صورت ابتلا به عوارض شدید، مانند اسهال و استفراغ شدید حتماً به پزشک مراجعه کند.

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

۱- اندازه گیری قد، وزن و محاسبه نمایه توده بدنی. هدف کاهش وزن تا رسیدن به حد مطلوب می باشد.BMI کمتر از ۲۷ مطلوب است. میزان کاهش وزن توصیه شده ۱تا۲ کیلو گرم در ماه یا هر هفته نیم کیلو گرم تا رسیدن به وزن مطلوب یا نمایه توده بدنی کمتر از ۲۷ است.

۲- اندازه گیری فشارخون نشسته با رعایت اصول و شرایط اندازه گیری (یک نوبت کافی است). هدف حفظ فشارخون بیماران به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلیمتر جیوه است. در بیماران ۶۰ ساله و بالاتر مبتلا به بیماری فشار خون بالا میزان فشار تا ۱۵۰/۹۰ میلیمتر جیوه مطلوب محسوب میشود.

- 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 ۱۶۰/۱۰۰ تا ۱۸۰/۱۱۰ ، سالمند را به پزشک ارجاع غیرفوری 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 دستوالعمل . 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 بهورز 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

الف) سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱

ارزیابی کنید :
نمایه توده بدنی (BMI) [1]* **سالمند را محاسبه نمایید**
برای سالمند با نمایه توده بدنی **کمتر از ۲۱** پرسشنامه **MNA** [2]* (شماره یک) را تکمیل نموده و بر اساس 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 داشته اید؟ ۰= بیش از ۳ کیلو گرم کاهش وزن ۱= نمی داند ۲= بین ۱ تا ۳ کیلو گرم 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 می رود
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.

نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
۷–۰	مبتلا به سوء تغذیه	• آموزش تغذیه بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تاکید برای شرکت در کلاس های 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)
	مبتلا به دیابت ، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی	• آموزش تغذیه بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تاکید برای شرکت در کلاس های 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)
۱۱–۸	لاغر در معرض خطر	• آموزش تغذیه بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز • پی گیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد • در صورت عدم بهبودی، ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای • پی گیری مراقب جهت مراجعه به کارشناس تغذیه (لازم است کارشناس نیز مراجعه فرد به مرکز را از مراقب پیگیری نماید)
۱۴–۱۲	لاغر با امتیاز مناسب	آموزش تغذیه بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت تاکید برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه مرکز پی گیری برای یک دوره سه ماهه

نکته مهم : کلیه سالمندان مبتلا به بیماری های دیابت، دیس لیپیدمی، 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 و پیگیری خواهد شد.

[2]* *ارزیابی مختصر تغذیه ای* ***Mini Nutritional Assessment: MNA***

فصل دوم– اختلالات تغذیه ای

ب) سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر

ارزیابی کنید
ابتدا نمایه توده بدنی (BMI) [1]* سالمند را محاسبه نمایید
برای سالمند با نمایه توده بدنی **۲۱ و بالاتر** پرسشنامه زیر (شماره دو) را تکمیل نموده و بر اساس امتیاز حاصله، طبقه بندی و اقدام نمایید.
۱–مصرف میوه روزانه شما معمولاً چقدر است؟ ۰= بندرت/ هرگز ۱= کمتر از ۲ سهم ۲= ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر
۲–مصرف سبزی روزانه شما معمولاًچقدر است؟ ۰= بندرت/ هرگز ۱= کمتر از ۳ سهم ۲= ۳ تا ۵ سهم
۳– مصرف شیر و لبنیات روزانه شما معمولاً چقدر است؟ ۰= بندرت/ هرگز ۱= کمتر از ۲ سهم ۲= ۲ سهم یا بیشتر
۴– آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟ ۰= همیشه ۱= گاهی ۲= بندرت/ هرگز
۵– چقدر بطور 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
۶– از چه نوع روغنی 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.

[1]* *BMI : حاصل تقسیم وزن برحسب کیلوگرم بر مجذور قد بر حسب متر*

نکته مهم : کلیه سالمندان مبتلا به بیماری های دیابت، دیس لیپیدمی، 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

نتیجه ارزیابی		طبقه بندی	توصیه ها
۳۰ و بالاتر	**چاق**	**هر امتیاز**	✓ آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت ✓ تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه ✓ ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی ✓ ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای ✓ پی گیری 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
	مبتلا به دیابت ، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی	**هر امتیاز**	آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه ارجاع به پزشک جهت انجام بررسی‌ها و اقدامات پزشکی ارجاع از پزشک به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت‌های تغذیه‌ای پی گیری 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 ۲۹/۹)	**اضافه وزن**	۱۲-۷ (الگوی تغذیه ای متوسط تا مطلوب)	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • پی گیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد در صورت عدم بهبودی ارجاع به کارشناس تغذیه • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
		۶-۰ (الگوی تغذیه ای نا مطلوب)	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • ارجاع به کارشناس تغذیه جهت اجرای مراقبت های تغذیه ای • پی گیری سه ماه بعد جهت بررسی مراجعه فرد به کارشناس تغذیه • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
نمایه توده بدنی ۲۱ تا ۲۶/۹	طبیعی	۶-۰ (الگوی تغذیه ای نا مطلوب)	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • پی گیری برای مراجعه مجدد ۳ ماه بعد و ارزیابی مجدد الگوی تغذیه • ادامه مراقبت ها مطابق بسته خدمت
		۱۱ -۷ (الگوی تغذیه ای متوسط تا مطلوب)	• آموزش تغذیه به سالمند و همراه وی بر حسب مشکل توسط مراقب سلامت • تشویق برای شرکت در کلاس های آموزش گروهی کارشناس تغذیه • پی گیری ۶ ماه بعد توسط مراقب سلامت مطابق با بسته خدمت سالمندان
		۱۲ (الگوی تغذیه ای مطلوب)	• آموزش تغذیه مناسب به سالمند و همراه وی توسط مراقب سلامت • تشویق برای ادامه الگوی تغذیه مناسب

فصل دوم : اختلالات تغذیه

سالمند را از نظراحتمال 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 نظرگرفته 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 بپرسید و برحسب پاسخ، امتیاز هر سؤال را ثبت کنید.

۱. در سؤال اول از سالمند یا همراه وی بپرسید: « آیا طی سه ماه گذشته به علل مختلف مانند بی اشتهایی 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 : وجود مشکلات بلع بعلت بیماری نیاز به ویزیت پزشک دارد.

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

۵. در سؤال پنجم از سالمند یا همراه وی بپرسید:« 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.

اندازه‌گیری دور ساق پا در سالمندان

اندازه‌گیری دور ساق پا

شاخص اندازه دور ساق پا، در ارزیابی تغذیه ای سالمندان با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ (پرسشنامه MNA) مورد استفاده قرار می گیرد. باید توجه داشت که به علت تحلیل بافت عضلانی و یا خمیدگی پشت در سالمندان، نمایه توده بدنی که معیار قابل‌توجهی برای ارزیابی سوء تغذیه در سایر سنین است معیار دقیقی در این سنین نیست به همین علت معمولا از پرسشنامه مختصر شده MNA برای تشخیص سوء تغذیه در سالمندان استفاده می شود. در این پرسشنامه استاندارد و بین المللی، اندازه دور ساق پا بعنوان معیاری برای تعیین میزان تحلیل عضلانی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. تحلیل عضلانی به عنوان یک یافته شایع در سالمندان در معرض سوء تغذیه می‌باشد.

بسته به شرایط سلامت سالمند، اندازه‌گیری دور ساق پا در شرایط مختلف می‌تواند صورت گیرد.

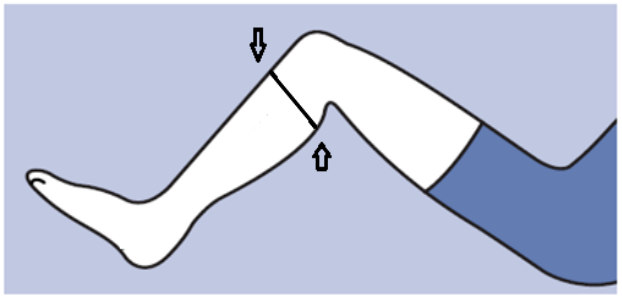
الف) نحوه اندازه‌گیری دور ساق پا در حالت نشسته یا ایستاده



برای اندازه‌گیری دور ساق پا در فردی 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 **ترجیحا 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 (در افرادی که پای چپ به هرعلتی آسیب دیده و غیر قابل ارزیابی است از پای راست استفاده شود).
۳. متر نواری را دور پهن‌ترین بخش ساق پا قرار داده و اندازه را یادداشت نمایید.
۴. بار دیگر دو اندازه‌گیری دیگر در دو ناحیه کمی بالاتر و پایین‌تر از محل اندازه‌گیری شده انجام دهید تا ازاندازه‌گیری اول خود مطمئن شوید.

ب) نحوه اندازه‌گیری دور ساق پا در حالت خوابیده



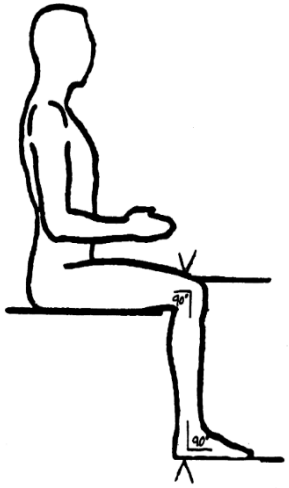
برای اندازه گیری دور ساق پا در فردی که قادر به ایستادن یا نشستن نیست به ترتیب زیر عمل کنید:

۱. فرد را در حالت طاقباز 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 با دقت ۰/۱ سانتی‌متر بنویسید.
۵. در اندازه‌گیری مجدد، نباید بیش از ۰/۵ سانتی‌متر اختلاف وجود داشته باشد.
۶.

اندازه‌گیری ارتفاع زانو

از اندازه قد زانو (ارتفاع زانو) تنها در سالمندان جهت تخمین قد در مواردی که امکان اندازه‌گیری قد وجود ندارد یا به دلیل خمیدگی پشت قابل انجام نیست و یا برای تعیین تقریبی BMI در مواردی که امکان اندازه‌گیری وزن سالمند وجود ندارد، استفاده می‌شود. اندازه گیری ارتفاع زانو با استفاده از کالیپر انجام می شود. 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.

الف) اندازه‌گیری ارتفاع زانو در حالت نشسته



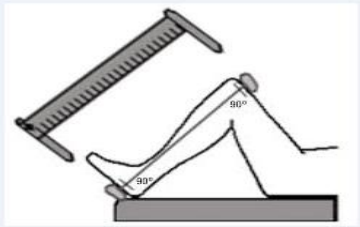
برای اندازه‌گیری ارتفاع زانو در حالت نشسته، پاهای فرد باید با زاویه ۹۰ درجه **آویزان** باشد.

ب) اندازه‌گیری ارتفاع زانو در حالت چمباتمه

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 می‌گیرد. در این وضعیت می توانید به روش اندازه گیری ارتفاع زانو در حالت نشسته عمل کنید.

ج) اندازه‌گیری ارتفاع زانو در حالت درازکش

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



در هر سه حالت فوق، به ترتیب زیر عمل کنید:

۱. تیغه ثابت کالیپر را زیر پاشنه پای چپ (ترجیحا) زیر قوزک خارجی از استخوان نازک نی فیکس کنید.
۲. تیغه متحرک کالیپر باید روی سطح قدامی ران قرار گیرد. (بالای استخوان ران چپ حدود ۵ سانتیمتر بالاتر از استخوان کشکک) (دقیقا مانند تصویر زیر)
۳. 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.
۴. کمی به بافت فشار وارد کنید.
۵. در همان حالتی که پا و کالیپر قرار دارند مجددا اندازه گیری را انجام دهید و عدد ارتفاع زانو را با دقت ۰/۱ سانتی‌متر ثبت کنید.
۶. عدد بدست آمده را در فرمول زیر قرار داده و قد فرد را محاسبه نمایید.

فرمول محاسبه قد افرادی که قادر به ایستادن نیستند یا خمیدگی پشت دارند براساس ارتفاع زانو تا پاشنه با استفاده از فرمول چاملا (Chumlea) :

قد برای زنان :

(سن ×۰/۱۷)- (ارتفاع زانو × ۱/۹۱)+ ۷۵ = قد (با Error ۸/۸۲ mc) **یا** (ارتفاع زانو ×۱/۸۳) + (سن ×۰/۲۴)- ۸۴/۸۸ = قد به سانتی متر

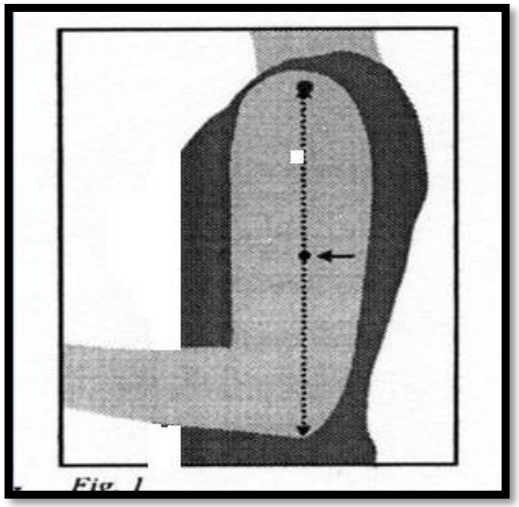
قد برای مردان :

(ارتفاع زانو × ۲/۰۸) +۵۹/ ۰۱ = قد (با Error ۷/۸۴ mc) **یا** (ارتفاع زانو ×۲/۰۳) + (سن ×۰/۰۴)- ۶۴/۱۹ = قد به سانتی متر

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

اندازه‌گیری محیط وسط بازو (MAC)

در مواردی که امکان اندازه‌گیری وزن سالمند وجود ندارد از اندازه محیط وسط بازو برای تعیین تقریبی BMI استفاده می‌شود.



اندازه گیری محیط وسط 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 کرانون) انجام می‌شود. برای اندازه‌گیری باید مراحل زیر درنظر 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 حالی‌که دست فرد به موازات بدن وی به حالت رها و شل قرار گرفته، محیط میانه بازو را از روی نقطه علامت‌زده 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 سوءتغذیه 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 ثبت کنید.
۷. اندازه‌گیری را دو بار انجام دهید تا از صحت عدد قرائت شده اطمینان حاصل کنید.
۸. اندازه بدست آمده را در فرمول زیر قرار داده و وزن تقریبی را محاسبه نمایید

فرمول محاسبه وزن افرادی که قادر به ایستادن روی ترازو نیستند بر اساس ارتفاع زانو و محیط وسط بازو:

برای زنان : **وزن** (با ۱۱±/۴۲Kg دقت) = (۱/۰۹ ×ارتفاع زانو) + (۲/۶۸ × اندازه محیط وسط بازو) – ۶۵/۵۱

برای مردان : **وزن** (با ۱۱±/۴۶Kg دقت) = (۱/۱۰ × ارتفاع زانو) + (۳/۰۷ × اندازه محیط وسط بازو) – ۷۵/۸۱

توضیح: واحد اندازه گیری محیط بازو و اررتفاع زانو سانتی متر و واحد اندازه گیری وزن کیلوگرم می باشد.

ب : ارزیابی سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر از نظراحتمال اختلالات تغذیه ای

سؤالات زیر را از سالمند و یا همراه وی بپرسید و برحسب 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 می شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً میوه مصرف نمی‌کند یا بندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۲ سهم میوه مصرف می کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند روزانه ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر میوه مصرف می‌کند، امتیاز دو کسب بدهید.

تذکر: 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 می شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً سبزی مصرف نمی‌کند یا گاهی بندرت مصرف می کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳ سهم سبزی مصرف می کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند روزانه ۳ تا ۵ سهم یا بیشتر سبزی مصرف می‌کند، امتیاز دو بدهید.

تذکر: 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 کاهو است.

در سؤال ۳ : درباره مصرف روزانه شیر و لبنیات پرسیده می شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا بندرت مصرف می کند، 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.

تذکر: هر یک سهم شیر و لبنیات معادل یک لیوان (۲۵۰- ۲۰۰ میلی لیتر) شیر، یا یک لیوان (۲۰۰-۲۵۰ میلی لیتر) ماست، یا ۴۵ گرم (معادل ۱/۵ قوطی کبریت) پنیر است.

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

در سؤال ۵: درباره مصرف فست فود(انواع ساندویچ های آماده حاوی سوسیس یا کالباس یا سمبوسه یا پیتزاهای حاوی سوسیس،کالباس و پنیر پیتزای فراوان) یا مصرف نوشابه‌های گازدار پرسیده می شود، اگر سالمند عنوان کند که در هفته دو بار یا بیشتر فست فود یا نوشابه های گاز دار 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 نوشابه های گاز دار استفاده نمی‌کند و یا در طول سال ممکن است چند نوبت محدود استفاده کند، امتیاز دو بدهید.

در سؤال۶ : درباره روغن مصرفی پرسیده می شود، 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 لاغری

- افزایش انرژی دریافتی
- مصرف حداقل سه میان وعده غنی از پروتئین و انرژی مانند تخم مر غ آب پز سفت، نان، خرما، میوه های 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 دهنده ها مانند آبلیمو، ادویه، چاشنی و ... برای افزایش اشتهای سالمند ؛
- مصرف روغن های 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 گروه های 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 کربوهیدرات های ساده؛
- استفاده از جوانه ها، 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 بزرگ تر؛
- میل کردن غذا در جمع دوستان، اقوام یا خانواده؛
- میل نکردن آب قبل از غذا و یا همراه آن؛
- افزایش تعداد وعده های 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 آب پز و تنوری به جای غذاهای سرخ شده و پر چرب؛
- 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 نوشابه های گاز دار شیرین(حتی رژیمی)؛
- مصرف شیر و لبنیات کم چرب؛
- 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 وکربوهیدرات 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

مشابه با بخش فشارخون صفحه ..... است .

فصل سوم– سقوط و عدم تعادل

ارزیابی کنید :
از سالمند یا همراه وی سؤال کنید
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؟ ۲–آیا هنگام راه رفتن یا ایستادن احساس ناپایداری و عدم تعادل داشته اید؟ 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.)
اقدام کنید :
● تست تعادل در وضعیت حرکت را برای سالمند انجام دهید.[1]* ● اگر اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت بود، پرسشنامه فعالیت های روزانه زندگی (ADL)[2]* صفحه ۳۵ را برای سالمند تکمیل نموده و سالمند را همراه با نتیجه آن به پزشک ارجاع دهید.

نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام
		توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
● پاسخ مثبت به یکی از سه سؤال ارزیابی اولیه **و** ● اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت	احتمال سقوط	● 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.
● پاسخ منفی به هر سه سؤال ارزیابی اولیه **یا** ● تست تعادل در وضعیت حرکت طبیعی	احتمال کم سقوط	● 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. ● پی گیری مصرف کلسیم و ویتامینD ● به سالمند توصیه کنید سالی یک بار جهت ارزیابی بینایی و شنوایی به بینایی سنج و شنوایی سنج مراجعه نماید.

[1]* **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.*

[2]* *Activity of Daily Living=ADL*

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 با یا بدون از دست دادن هوشیاری و با یا بدون آسیب می باشد که با وقایع مهم حاد داخلی (صرع، سکته مغزی و سنکوپ) و تصادفات مانند تصادف ماشین تفاوت دارد.

سقوط علل مختلفی دارد و معمولاً ترکیبی است از:

علل داخلی: مانند ضعف در تعادل، ضعف بینایی،کاهش شنوایی، افت فشارخون وضعیتی، دمانس، بیماری های قلبی عروقی، کم خونی، بیماری های عفونی، دیابت، سکته مغزی، التهاب مفاصل، ضعف عضلانی، پارکینسون، کمبود ویتامین B12، 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.

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.

انجام فعالیت های روزمره زندگی (ADL)

(فعالیت‌های 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.	
٤	**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.	
٥	**اختیار داشتن(ادرار/ مدفوع)**	**۱:** اختیار کامل ادرار و مدفوع خود را دارد. **۰:** بی اختیاری کامل یا نسبی ادرار و مدفوع دارد.	

٦	**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 جزیی (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 پله ها به وسیلهٔ گیره‌های مخصوص به پله	لیز نبودن کف پوش آشپزخانه	استفاده از دمپایی های 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 میلهٔ نصب شده بر روی دیوار در زمان بالارفتن از پله	استفاده نکردن از واکس براق کننده کف آشپزخانه	استفاده از پادری های 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 پله ها	خشک و تمیز بودن کف آشپزخانه	استفاده از میله های نصب شده بر روی دیوار حمام به عنوان دستگیره	قرار ندادن وسایل خانه به خصوص در مسیر اتاق خواب به توالت و آشپز خانه	به کار بردن وسایل کمکی برای راه رفتن مثل عصا و واکر به طور صحیح
عاری کردن راه پله‌ها از هر گونه وسایل اضافی			رد کردن سیم 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 لبهٔ پلهٔ اول و پلهٔ 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	اســتفاده از عینک با نمره مناســب برای اصــلاح بینایی خود
			اســتفاده از تخت خواب با ارتفاع مناســب (رسیدن هر دو پای سالمند به زمین)	خودداری ازحمل بسته های زیاد به طور همزمان
			قرار دادن تلفن در نزدیکی محل خواب و نشستن	پرهیز از پوشیدن لباس های بلند
			ثابت کردن لبه های فرش، به منظور پیشگیری از گیر کردن پا به لبه فرش	خودداری از بالا رفتن از نردبان یا ایستادن روی چهار پایه

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 شناسائی 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 می شوند 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 می گردد 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.

۱۲. این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود. پاسخگویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارایه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.

- سوالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که ***در طول یک هفته گذشته تجربه کرده اید.*** در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید « بلی یا خیر»

فصل چهارم : افسردگی

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

ارزیابی کنید :		
پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان را برای سالمند تکمیل کنید و بر اساس دستوالعمل «تفسیر پاسخ»، نمرات را جمع بندی و سپس طبقه بندی نمایید.		
۱. آیا از زندگی خود راضی هستید؟	۰- بلی	۱- خیر
۲. آیا احساس می‌کنید که زندگی شما پوچ و بی معنی است؟	۱- بلی	۰- خیر
۳. آیا اغلب کسل هستید؟	۱- بلی	۰- خیر
۴. آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟	۰- بلی	۱- خیر
۵. آیا می ترسید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟	۱- بلی	۰- خیر
۶. آیا در اغلب مواقع احساس سر حالی می‌کنید ؟	۰- بلی	۱- خیر
۷. آیا اغلب احساس درماندگی می کنید؟	۱- بلی	۰- خیر
۸. آیا فکر می کنید زنده بودن، لذت بخش است؟	۰- بلی	۱- خیر
۹. آیا در وضعیت فعلی خود، احساس بی ارزشی زیادی می‌کنید؟	۱- بلی	۰- خیر
۱۰. آیا احساس می کنید موقعیت شما نا امید کننده است؟	۱- بلی	۰- خیر
۱۱. آیا فکر می کنید حال و روز اکثر آدم ها از شما بهتر است؟	۱- بلی	۰- خیر
مجموع امتیازات :		

نتیجه ارزیابی	**طبقه بندی**	**اقدام**
		توصیه ،اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
نمره کل مساوی یا بیشتر از ۶	**غربال مثبت افسردگی** (احتمال افسردگی)	• 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.
نمره کل کمتر از ۶	**غربال منفی افسردگی** (عدم احتمال ابتلا به افسردگی)	• 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

دقت کنید : در پر س شنامه مقیاس اف سردگی سالمندان، در برخی از سؤالات امتیاز یک به پا سخ های 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 «**غربال 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 «**غربال منفی افسردگی**» **و** عدم احتمال ابتلا به افسردگی قرار می‌گیرد.

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

با درنظر 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 «**غربال مثبت افسردگی**» و احتمال ابتلا به افسردگی قرار گرفت به **پزشک ارجاع دهید** و مطابق دستورپزشک پیگیری شود.
- پس از ارجاع و تشخیص پزشک درصورت عدم مراجعه سالمند برای دریافت خدمات ـ بر اساس دستورالعمل پیگیری اختلالات روانپزشکی ـ ***سالمند را یک بار در ماه و تا ۳ ماه برای مراجعه پیگیری نمایید.***

- چنانچه سالمند در طبقه «**غربال 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 مهارت‌زندگی و خودمراقبتی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهید.

فصل پنجم: تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان پستان

ارزیابی کنید:	نتیجه ارزیابی	طبقه بندی	اقدام توصیه، اقدامات درمانی، ارجاع، پیگیری
از سالمند یا همراه وی سؤال کنید : ۱. سابقه فردی سرطان پستان ۲. سابقه نمونه برداری پستان **۳.** سابقه رادیوتراپی قفسه سینه	**شرح حال غیرطبیعی** (هر یک از موارد زیر) • سابقه خانوادگی مثبت **یا** • سابقه فردی مثبت **یا** • سابقه نمونه برداری پستان **یا**	**مشکوک و نیازمند ارجاع**	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • فرد را به سطح دو (پزشک متخصص جراح در بیمارستان های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع دهید. (زمان ارجاع

۴. سابقه خانوادگی سرطان (به ویژه پستان یا تخمدان) ازجمله 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 50 سال	• سابقه رادیوتراپی قفسه سینه		افرادی که ماموگرافی طبیعی دارند، یک سال پس از آخرین ماموگرافی خواهد بود)
اقدام کنید : **معاینه بالینی پستان (CBE) را انجام دهید:** ۱. توده پستان یا زیر بغل ۲. تغییر در شکل (عدم قرینگی) یا قوام (سفتی) پستان ۳. تغییرات پوستی پستان **٤.** ترشح نوک پستان **سوابق ماموگرافی فرد را بررسی کنید.**	**معاینه غیرطبیعی** (هر یک از موارد زیر) • 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 اگزمای 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	**مشکوک و نیازمند ارجاع**	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • فرد را به سطح دو (پزشک متخصص جراح در بیمارستان های عمومی یا مراکز تشخیص زودهنگام سرطان) ارجاع دهید.
	○ نتیجه ماموگرافی غیرطبیعی (BIRADS ۴ و ۵) در طی یک سال اخیر	مشکوک و نیازمند ارجاع	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • فرد را به سطح دو(مراکز تشخیص زودهنگام سرطان یا در صورت نبود آن

			پزشک متخصص جراح در بیمارستانهای عمومی) ارجاع دهید.
	○ نتیجه ماموگرافی (BIRADS ۲و ۳) در طی یک سال اخیر	نیازمند پیگیری و تکرار ارجاع در زمان های تعیین شده	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • درخصوص BIRADS 2 ظرف 12 ماه و در خصوصBIRADS 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 بیمارستانهای عمومی) است.
	○ (نداشتن سابقه خانوادگی، سابقه فردی، نمونه برداری پستان و رادیوتراپی قفسه سینه) ○ معاینه طبیعی ○ ماموگرافی طبیعی در طی یک سال اخیر (BIRADS ۱)	طبیعی و عدم نیاز به ارجاع	• اصول خودمراقبتی و خودآزمایی پستان را به فرد آموزش دهید. • برای۱ سال بعد نوبت ویزیت مجدد بدهید و به بهورز/ مراقب سلامت ارجاع دهید. • توصیه کنید درصورتی که در فواصل بین معاینات معمول، مشکلات پستان داشته باشد مراجعه کند.

فصل ششم: تشخیص زودهنگام و غربالگری سرطان روده بزرگ

ارزیابی در گروه هدف ۵۰ تا ۶۹ سال	معیار طبقه بندی	طبقه بندی	اقدام
در مورد علایم زیر سوال کنید: ۵. آیا در طی یک ماه اخیر خونریزی دستگاه گوارشی تحتانی(خونریزی از مقعد) داشته است؟ ۶. آیا در طی یک ماه اخیر یبوست (با یا بدون اسهال، درد شکم و احساس پربودن مقعد پس از اجابت مزاج)داشته است؟ ۷. آیا در طی شش ماه اخیر کاهش بیش از ۱۰٪ از وزن بدن داشته است؟ **در مورد سابقه فردی سوال کنید:** ۱. سابقه فردی سرطان روده بزرگ ۲. سابقه فردی آدنوم روده بزرگ ۳. سابقه بیماری التهابی روده بزرگ (IBD) (بیماری کرون یا کولیت اولسروز) **در مورد سابقه خانوادگی سوال کنید:** **۱.** سابقه خانوادگی سرطان یا ادنوم روده بزرگ در افراد درجه یک خانواده (پدر، مادر، برادر، خواهر یا فرزندان) **۲.** سابقه سرطان روده بزرگ در فامیل درجه دو که در سن زیر 50 سال بروز کرده باشد (عمه، عمو، خاله، دایی، مادر بزرگ و پدر بزرگ) **آزمایش زیر را برای مراجعه کننده انجام دهید:** تست خون مخفی در مدفوع (FIT)	• دارا بودن یکی از موارد زیر: ○ علامت‌دار ○ سابقه خانوادگی مثبت ○ سابقه فردی مثبت ○ تست خون مخفی در مدفوع (FIT) مثبت	موارد مشکوک و نیاز به ارجاع به پزشک	• 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 بیمارستان‌های عمومی) ارجاع دهید.
	• وجود همه شرایط زیر: ○ بدون علامت ○ سابقه خانوادگی منفی ○ سابقه فردی منفی ○ تست خون مخفی در مدفوع (FIT) منفی	طبیعی و عدم نیاز به ارجاع	• اصول خودمراقبتی را به فرد آموزش دهید. • توصیه شود پس از دو سال جهت ارزیابی مجدد مراجعه کند. • توصیه شود درصورت داشتن مشکلات گوارشی در فواصل معاینات مراجعه کند.

اصول خودمراقبتی برای پیشگیری از سرطان کولورکتال را به سالمند آموزش دهید

خوشبختانه سرطان روده بزرگ یکی از قابل پیشگیری‌ترین سرطان هاست. بنابراین نه تنها می‌توان با تغییر در شیوه زندگی احتمال پولیپ یا سرطان روده بزرگ را کاهش داد بلکه با انجام اقدامات غربال‌گری و تشخیص زودهنگام، پولیپ‌ها پیش از تبدیل به سرطان شناسایی و از تبدیل آن‌ها به سرطان جلوگیری کرد. برای کاهش احتمال بروز سرطان روده بزرگ می‌توانید توصیه‌های زیر را به افراد داشته باشید:

- سیگار نکشید
- الکل ننوشید
- فعالیت بدنی کافی دا شته با شید 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 میوه‌های 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 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.
- علایم 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

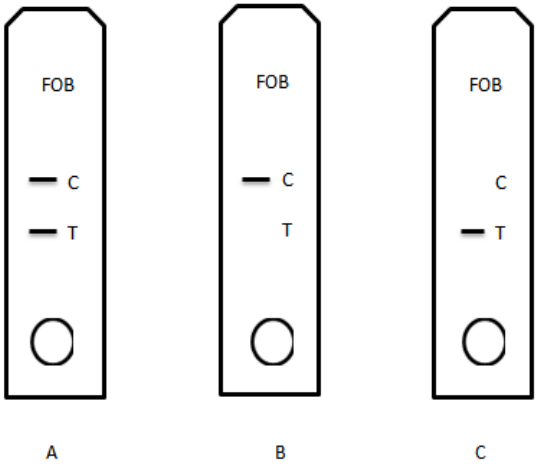
پولیپ‌ها و سرطان کولون گاهی خونریزی می‌کنندکه سبب ایجاد خون در مدفوع می‌شود اما این خون آنقدر کم است که با چشم دیده نمی شود بلکه باید با انجام آزمایش آن را تشخیص داد.

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. بهورز/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 ۱



شکل ۲

طبقه بندی کنید