

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

راهنمای پزشکان عمومی در برخورد با

مشکلات شایع سالمندان

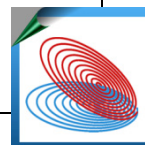
نویسندگان: دکتر هادی شجاعی

دکتر محمدحسن آزما

به سفارش اداره پایش سلامت معاونت بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران

پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان (۸۳)

سرشناسه	: شجاعی، هادی ، ۱۳۴۸-
عنوان و نام پدیدآور	: راهنمای پزشکان عمومی در برخورد با مشکلات شایع سالمندان/ نویسندگان هادی شجاعی، محمد حسن آزما.
مشخصات نشر	: تهران، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان ، ۱۳۸۷.
مشخصات ظاهری	: ۸۹ ص:، جدول ، نمودار.
شابک	: 964-9930-47-7
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت: کتابنامه	: ص/ ۸۸-۸۹
موضوع	: پزشکی سالمندان.
موضوع	: سالمندان - بیماری‌ها /
شناسه افزوده	: آزما، محمد حسن، ۱۳۵۲-
شناسه افزوده	: سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران، پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان .
رده بندی کنگره	: ۱۳۸۷ ۲ ر ۲۶ ش RA۵۶۴/۸
رده بندی دیویی	: ۶۱۳/۰۴۳۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۱۲۰۲۲۰۰



راهنمای پزشکان عمومی در برخورد با مشکلات شایع سالمندان

نویسندگان: دکتر هادی شجاعی و دکتر محمدحسن آزما

تیراژ: ۱۰۰۰

ویراستار: سمیه گیوه‌کی

حروفچینی: فاطمه براری

چاپ: صادق

لینتوگرافی: ۱۲۸

شابک: 964-9930-47-7

نوبت چاپ: بهار ۱۳۸۷

ناشر: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

آدرس: تهران، بزرگراه شهید چمران، خیابان یمن، خیابان مقدس اردبیلی، خیابان فرخ، پلاک ۲۵

تلفن: ۲۲۴۱۸۰۹۷

آدرس اینترنتی: www.jmerc.ac.ir

پیشگفتار مؤلفین

همه ما این جمله را بارها شنیده‌ایم «پیری درمان ندارد». با شنیدن این جمله تنها احساسی که بر وجود ما چیره می‌شود، یأس، سرخوردگی و ناامیدی است؛ اما به واقع با اینکه پیری حقیقتی غیرقابل اجتناب است، تمام حقیقت نیست. پیری درمان نمی‌شود؛ اما می‌توان کاری کرد که سالخوردگی برای همه افراد، دورانی خوب و خوش و همراه با سلامتی باشد. در کل باید گفت که سالخوردگی با اینکه همراه با تحلیل رفتن قوای جسمی و تحت تأثیر آن، آسیب‌پذیری نسبت به انواع بیماری‌ها است، با توجه خاص به این افراد می‌توان این آسیب‌ها را به حداقل رساند. برای دستیابی به این هدف، استفاده از راهکارهای علمی و دقیق، بسیار ضروری است. از طرفی، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در مورد سالخوردگی، عامل بسیار مؤثری برای رسیدن به این هدف می‌باشد. باید به این نکته توجه کرد که برای دستیابی به این هدف مقدس و بزرگ، اگر یک طرف قضیه، برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و مشخص کردن استراتژیها و راهکارها باشد، طرف دیگر، اجرای صحیح و کم‌اشتباه این برنامه‌ها است.

گروه پژوهشی توانبخشی پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، چندین سال است که پرداختن به مقوله سالمندی ایثارگران را مد نظر خود قرار داده است و در این راه، طرح تحقیقاتی ارزیابی جامع وضعیت سلامت ایثارگران سالمند و تعیین اولویت‌ها برای برنامه‌ریزی جهت ارتقاء سلامت آنان را تصویب و اجرای آن را آغاز کرده است.

اهداف اصلی این طرح، شناخت مسائل و مشکلات سالمندان ایثارگرو اولویت بندی آنها، تشخیص زودهنگام بیماری‌ها، ارتقای وضعیت شناختی و عملکردی، کاهش مرگ و میر، کاهش مدت بستری در بیمارستان‌ها، افزایش سطح رضایت از زندگی، داشتن استقلال فردی در زندگی فردی و اجتماعی و در نهایت افزایش کیفیت زندگی این افراد است.

به همین منظور کتابی که در دست دارید برای آشنایی پزشکان جهت استفاده از یک شیوه استاندارد و ثابت در بررسی، معاینه و درمان سالمندان، طراحی شده است و به لحاظ اینکه اولین کتابی است که با اهداف فوق تدوین گردیده خالی از ایراد و اشکال نخواهد بود. لذا پیشاپیش از نظرات، پیشنهادات و انتقادات سازنده شما عزیزان در کلیه زمینه‌های علمی محتوایی و اجرایی جهت بهبود این مجموعه، صمیمانه استقبال و قدردانی می‌نمایم.

در خاتمه لازم است از زحمات جناب آقای دکتر محمدرضا سروش که پشتیبان اصلی، در به ثمر رسیدن این کتاب بودند نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشیم همچنین از راهنمائیهای ارزنده جناب آقای دکتر رضا فدائی وطن و از زحمات آقایان عبدالله سعیدی و حبیب اله خدمتی که مراحل چاپ را با دقت بی نظیر انجام دادند و سایر پرسنل پژوهشکده که همکاری صمیمانه‌ای را در این روند داشته‌اند نهایت سپاس و قدردانی را بعمل می‌آوریم.

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

مشکلات شایع سالمندان و روش برخورد با آنها.....	۱
۱- مقدمه.....	۳
۲- بیماری‌های قلب و عروق.....	۴
۳- مشکلات تنفسی.....	۱۳
۴- مشکلات گوارشی.....	۲۰
۵- دیس لیپیدمی.....	۲۵
۶- دیابت.....	۲۸
۷- مشکلات ادراری- تناسلی.....	۳۵
۸- مشکلات بینایی.....	۳۶
۹- مشکلات شنوایی.....	۳۸
۱۰- سرطان.....	۴۰
۱۱- اختلالات تیروئید.....	۴۴
۱۲- عضلات، استخوان و مفاصل.....	۴۵
۱۳- پوکی استخوان.....	۴۷
۱۴- آنمی.....	۵۱
۱۵- مشکلات دهان و دندان.....	۵۲
۱۶- مشکلات تغذیه.....	۵۳
۱۷- مشکلات خواب.....	۶۰
۱۸- افسردگی.....	۶۱
۱۹- اضطراب.....	۶۴
۲۰- مشکلات شناختی.....	۶۵
۲۱- حفظ تعادل و سقوط.....	۶۸
۲۲- استقلال.....	۷۱
۲۳- زخم فشاری.....	۷۳
پیوست.....	۷۵
منابع.....	۸۳

مشکلات شایع سالمندان و

روش برخورد با آنها

۱- مقدمه

هنگامی که سالمند به پزشک مراجعه می‌کند، در ابتدا باید از وی یک شرح حال کامل گرفته شده و در پرونده پزشکی او نوشته شود. ابتدا باید سؤالاتی مرتبط با مشخصات فرد، مثل نام و نام خانوادگی، جنس، تاریخ و محل تولد و... از وی پرسیده شود. سپس باید از وضعیت سلامتی، بیماری‌ها، سابقه خانوادگی بیماری‌ها، ریسک‌فاکتورها و... اطلاعاتی را به دست آورید. همچنین مسائلی مثل سابقه مصرف داروها و کمک‌های دارویی و ایمن‌سازی نیز باید از سالمند پرسیده شود. برای نمونه دو فرم در پیوست آمده است.

برای بررسی وضعیت ایمن‌سازی باید از سالمند پرسید که آیا واکسنهای آنفلوآنزا (در ابتدای فصل بهار و پاییز هر سال)، یادآوری کزاز- دifterی (هر ده سال یک بار) و ینوموکوک (یک بار در ۶۰ سالگی) را دریافت کرده است. چنانچه سالمند تا کنون هیچ واکسنی دریافت نکرده و یا به طور ناقص آنها را دریافت کرده باشد، باید وی را تشویق کنید تا طبق دستورالعمل ایمن‌سازی کشوری واکسینه شود. با توجه به اینکه بیشتر سالمندان داروهای متعددی مصرف می‌کنند، شما باید از آنها اطلاع کسب کرده و نام داروهای مصرفی را در صفحه مربوط به شرح حال پرونده سالمند بنویسید. چنانچه سالمند نام داروهای مصرفی خود را نداند، ضروری است که این بخش را برای تکمیل در مراجعه بعدی خالی نگه داشته و از وی درخواست کنید تا به همراه جواب آزمایش‌های بالینی، همه داروهای مصرفی خویش را نیز بیاورد.

پس از گرفتن یک شرح حال کامل از سالمند باید به ظاهر وی توجه کرده و حال عمومی او را بررسی کنید. سالمند باید از نظر ضعف و بی‌حالی، تب، رنگ‌پریدگی، سیانوز لب و یا مخاط، هیپوترمی^۱، تنگی نفس و خواب‌آلودگی بررسی شود. چنانچه سالمند دچار هیپوترمی شده باشد باید وی را درون یک پتو بیچید و او را به بیمارستان منتقل کنید. اگر سالمند دچار رنگ‌پریدگی، بی‌حالی، افت فشار خون و تورگور پوستی بالا شده باشد، باید قبل از ارجاع وی به بیمارستان به او آب قند و سرم قندی- نمکی بدهید.

چنانچه خواستید تورگور پوستی را اندازه‌گیری کنید باید تورگور پوست پیشانی و یا استرنوم را اندازه بگیرید.

۱- کاهش درجه حرارت بدن به زیر ۳۵ درجه سانتیگراد

همچنین باید در هنگام ورود سالمند، به بی‌توجهی وی نسبت به محیط و دیس‌اورینته بودن وی توجه کنید. چنانچه سالمند هیپراکتیو یا روان‌آشفته باشد، ۱-۲mg هالوپریدول به وی تزریق کرده و سپس او را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

وضعیت پوست سالمند نیز از نظر خشکی، رطوبت، زخمی که بهبود آن بیش از دو هفته طول کشیده، وجود اسکار عمل جراحی در شکم و... باید بررسی شود. در صورت وجود زخمی که بهبود آن بیش از دو هفته طول کشیده، سالمند باید به طور فوری به مرکز تخصصی ارجاع داده شود؛ اما در مورد اسکار عمل جراحی، ارجاع فوری نیاز نیست و سالمند باید در یک فرصت مناسب ارجاع داده شود. خشکی و یا مرطوب بودن پوست نیز باید درمان شود.

در آخر باید برای بررسی یکسری از علائم مهم بیماری، یک معاینه فیزیکی از سالمند به عمل آید.

۲- بیماری‌های قلب و عروق

پس از سن ۴۰ سالگی بیماری‌های استحال‌ای قلب و رگ‌های خونی بیشتر بروز می‌کنند. رگ‌های خونی ضخیم‌تر شده و احتمال بروز آترواسکروز افزایش می‌یابد. همچنین با افزایش سن، احتمال بروز بیماری‌های قلبی و اختلالات عروقی نیز بیشتر می‌شود؛ (۳:۴۰۸)؛ بنابراین یک سالمند باید از نظر مسائلی مانند سوفل سیستولیک یا دیاستولیک، صدای غیرطبیعی یا اضافی در قلب، نبض تند (<۱۰۰)، نبض کند (>۶۰)، فشار سیستولیک بالاتر از ۱۰۹ و یا دیاستولیک بالاتر از ۹۹ مورد ارزیابی قرار گیرد.^۱

۲-۱- تپش قلب

تپش قلب به معنی آگاهی فرد از ضربان قلب خویش و احساس ناراحتی در این خصوص است.

۲-۱-۱- معاینه فیزیکی:

در صورت وجود شکایت بیمار از تپش قلب، در معاینه وی باید به نکات زیر توجه شود:

- ۱- علائم حیاتی: تب، تعداد ضربان قلب، فشار خون
- ۲- علائم کم‌خونی: رنگ‌پریدگی، خطوط کف دست
- ۳- علائم پرکاری تیروئید
- ۴- صداهای قلبی از نظر وجود مشکلات دریچه‌ای قلب مانند پرولاپس دریچه میترال

۱- فشار خون بالای نرمال، ۱۲۰/۸۰-۱۳۹/۸۹ می‌باشد.

۲-۱-۲- بررسی کلینیکی:

برای بررسی مشکل تپش قلب، موارد زیر را بررسی کنید:

Retic count CBC(diff), ferritin ,serum Iron ,stool ESR-۱

exam(B/ova) Hb, H

ECG-۲

TFT-۳

هموگلوبین کمتر از **۱۴ g/dl** در مردان و کمتر از **۱۲g/dl** در زنان به عنوان شاخص کم‌خونی، مطلبی جاافتاده است. در صورت وجود آنمی باید نوع آن مشخص شود. فرد دارای آنمی هیپوکروم میکروستیک، بدون وجود **OB** مثبت، با آهن و فریتین نرمال یا بالارفته را باید از نظر وجود بیماری‌های مزمن بررسی کرد.

در صورت وجود ریتم غیرطبیعی در **ECG**، علائم **IHD**، ریتم نامنظم، تاکیکاردی (**PR > ۱۰۰**)، برادیکاردی (**PR < ۶۰**) و یا تغییرات فشار خون و همچنین در صورت وجود

صداهای غیرطبیعی، بیمار را برای انجام اکوی قلبی به متخصص قلب و عروق ارجاع دهید.

در صورت طبیعی بودن **ECG** و فقدان آنمی، بیمار باید از نظر تست‌های تیروئید (**TSH**)، **T₃**، **T₄** بررسی شده و در صورت غیرطبیعی بودن تست‌های تیروئید و رسیدن به تشخیص، درمان اولیه بیماری تیروئید باید شروع شود. در صورت عدم پاسخ به درمان اولیه در ظرف مدت یک تا دو هفته، بیمار باید به متخصص غدد ارجاع داده شود. همچنین لازم است که بیماران دارای تپش قلب از نظر وجود علائم اضطرابی بررسی شوند.

درمان سمپیتوماتیک شامل قرص ایندرال^۱ می‌باشد. در صورت تجویز این دارو باید به تغییرات ارتواستاتیک ناشی از فشار خون توجه شود.

۲-۲- اختلالات نبض

تاکیکاردی و برادیکاردی از اختلالات نبض به حساب می‌آیند. تاکیکاردی اغلب با یافته‌هایی مثل تپش قلب، درد قفسه سینه، سرگیجه، افت فشار و کاهش سطح هوشیاری همراه می‌باشد. برادیکاردی نیز با سابقه درد قفسه سینه، تعریق، رنگ‌پریدگی، تهوع، تنگی نفس، سرگیجه و افت فشار خون همراه است.

۱-۲-۲-درمان:

برای درمان تاقیکاردی قبل از ارجاع سالمند باید بیماری‌های زمینه‌ای (هیپرتیروئیدی، تب و هیپوولمی) را در او بررسی کرده، از سالمند رگ بگیریید، به او اکسیژن بدهید و مانور واگ را برای او انجام دهید (اگر در سمع شرایین کاروتید، سوفل سیستولیک شنیده شد، این کار انجام نشود).

برای درمان برادیکاردی نیز قبل از ارجاع سالمند باید به او اکسیژن بدهید و از او رگ بگیریید.

۳-۲-اختلالات فشار خون

هیپوتانسیون و هیپرتانسیون از اختلالات فشار خون می‌باشند. به افزایش فشار خون به میزان بیش از ۱۴۰/۹۰ هیپرتانسیون گفته می‌شود. باید توجه داشته باشیم که افزایش فشار خون باید در دو نوبت جداگانه اثبات شده باشد.

هیپوتانسیون به معنای افت فشار خون سیستولیک به کمتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد. افت فشار خون سیستولیک به میزان بیش از ۲۰ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولیک به میزان بیش از ۱۰ میلی‌متر جیوه را در شرایطی که بیمار از حالت نشسته، ناگهان بایستد، ارتواستاتیک هیپوتانسیون می‌گویند.

بیماری که دچار افزایش فشار خون شده باشد ممکن است دچار سردرد و یا سرگیجه شود. در این هنگام باید مسائلی مانند سابقه سیگار کشیدن، سابقه چربی خون بالا، داشتن برنامه ورزشی مستمر و سابقه سکته مغزی در بستگان درجه یک سالمند (در سالمند زن، در بستگان درجه یک کمتر از ۶۵ سال و در سالمند مرد، در بستگان درجه یک کمتر از ۵۵ سال) بررسی شود.

فشار خون سالمند را باید پس از پنج دقیقه استراحت در هر دست وی، در حالت نشسته و خوابیده اندازه‌گیری کنید. سپس بعد از سه دقیقه استراحت، باید فشار وی را در هر دو دست در وضعیت ایستاده اندازه بگیریید.

۱-۳-۲-درمان:

برای درمان اختلالات فشار خون باید طبق آنچه که در ادامه آمده است عمل کنید:

فشار خون سیستول بین ۱۳۹-۱۲۰ و یا فشار خون دیاستول بین ۸۹-۸۰

افت فشار خون سیستول به اندازه ۱ میلی‌متر جیوه و یا فشار خون دیاستول به اندازه ۵ میلی‌متر جیوه به معنی پاسخ به درمان فشار خون بالا است.

- یافته‌های کمکی بدون اندیکاسیون‌های زیر:

- نارسایی قلبی
- سابقه انفارکتوس میوکارد
- دیابت
- عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی (دیس لیپیدمی، مصرف توتون، نداشتن فعالیت فیزیکی، چاقی)
- اختلالات مزمن کلیه
- سکته مغزی و یا ایسکمی گذرای مغزی و یا تغییرات رتین

- درمان

- اصلاح شیوه زندگی (نمایه توده بدنی مناسب (۲۵-۲۲)، محدود کردن مصرف نمک، ورزش مستمر، نکشیدن سیگار)
- در فواصل ۱-۲ ماه حداکثر تا ۱۲ ماه فشار خون کنترل شود. در صورت عدم پاسخ، درمان باید با داروهای زیر به ترتیب اولویت انجام شود:

۱- دیورتیک‌های تیازیدی مثل هیدروکلروتیازید به میزان $25-12.5\text{mg/d}$

۲- مهارکننده‌های آنژیوتانسین (ACE) مثل کاپتوپریل به میزان $50-6/25\text{mg}$ دو بار در روز

۳- بلوکرهای آنژیوتانسین II (ARB) مثل لوزارتین به میزان $100-25\text{mg/d}$

۴- بتابلوکرها مثل آتلولول به میزان $100-25\text{mg/d}$

۵- بلوکرهای کانال کلسیم (CCB) مثل دیلتیازم به میزان $360-120\text{mg/d}$

- یافته‌های کمکی با یکی از اندیکاسیون‌های نام برده شده در قسمت قبل

- درمان

- اصطلاح شیوه زندگی
 - درمان بر اساس اندیکاسیون به شرح زیر:
- ۱- در صورت نارسایی قلبی و یا نارسایی مزمن کلیه از مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل کاپتوپریل به میزان $50-6/25\text{mg}$ دو بار در روز و یا بلوکرهای آنژیوتانسین II مثل لوزارتین به میزان $100-25\text{mg/d}$ استفاده کنید (در صورت وجود ادم، از دیورتیک‌های لوپ مثل فوروزوماید به میزان $40-10\text{mg}$ دو بار در روز استفاده کنید).

۲- در صورت سکتۀ قلبی و یا یکی از عوامل خطر قلبی-عروقی از بتابلوکرها مثل آتنولول به میزان $100-25 \text{ mg/d}$ و یا مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل کاپتوپریل به میزان $50-6/25 \text{ mg}$ دو بار در روز استفاده کنید.

۳- در صورت وجود دیابت از دیورتیک‌ها مثل فوروزوماید به میزان $40-10 \text{ mg}$ دو بار در روز، و یا بتابلوکرها مثل آتنولول به میزان $100-25 \text{ mg/d}$ استفاده کنید.

۴- در صورت سابقۀ سکتۀ مغزی از مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل کاپتوپریل به میزان $50-6/25 \text{ mg}$ دو بار در روز و یا دیورتیک‌ها مثل فوروزوماید به میزان $40-10 \text{ mg}$ دو بار در روز استفاده کنید.

فشار خون سیستول بین $159-140$ و یا فشار خون دیاستول بین $99-90$

- یافته‌های کمکی بدون اندیکاسیون‌های زیر:

- نارسایی قلبی
- سابقۀ انفارکتوس میوکارد
- دیابت
- عوامل خطرناک بیماری‌های قلبی-عروقی (دیس لیپیدمی - مصرف توتون، نداشتن فعالیت فیزیکی، چاقی)
- اختلالات مزمن کلیه
- سکتۀ مغزی و یا ایسکمی گذرای مغزی و یا تغییرات رتین

- درمان

- اصلاح شیوۀ زندگی
- استفاده از داروهای زیر به ترتیب اولویت:
 - ۱- دیورتیک‌های تیازیدی مثل هیدروکلروتیازید به میزان $25-12/5 \text{ mg/d}$
 - ۲- مهارکننده‌های آنژیوتانسین (ACE) مثل کاپتوپریل به میزان $50-6/25 \text{ mg}$ دو بار در روز
 - ۳- بلوکرهای آنژیوتانسین II (ARB) مثل لوزارتین به میزان $100-25 \text{ mg/d}$
 - ۴- بتابلوکرها مثل آتنولول به میزان $100-25 \text{ mg/d}$
 - ۵- بلوکرهای کانال کلسیم (CCB) مثل دیلتیازم به میزان $360-120 \text{ mg/d}$
- یافته‌های کمکی با یکی از اندیکاسیون‌های نام برده شده در قسمت قبل

- درمان

- اصلاح شیوه زندگی
 - بر اساس اندیکاسیون به شرح زیر درمان کنید:
- ۱- در صورت نارسایی قلبی و یا نارسایی مزمن کلیه از مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل کاپتوپریل به میزان $50\text{mg}-6/25$ دو بار در روز، و یا بلوکرهای آنژیوتانسین II مثل لوزارتین به میزان $100\text{mg/d}-25$ استفاده کنید (در صورت وجود ادم از دیورتیک‌های لوپ مثل فوروزوماید به میزان $40\text{mg}-10$ دو بار در روز استفاده کنید).
 - ۲- در صورت سکنه قلبی و یا یکی از عوامل خطر قلبی-عروقی از بتابلوکرها مثل آتنولول به میزان $100\text{mg/d}-25$ ، و یا مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل کاپتوپریل به میزان $50\text{mg}-6/25$ دو بار در روز استفاده کنید.
 - ۳- در صورت دیابت از دیورتیک‌هایی مثل فوروزوماید به میزان $40\text{mg}-10$ دو بار در روز، و یا بتابلوکرها مثل آتنولول به میزان $100\text{mg/d}-25$ استفاده کنید.
 - ۴- در صورت سابقه سکنه مغزی از مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل کاپتوپریل به میزان $50\text{mg}-6/25$ دو بار در روز، و یا دیورتیک‌هایی مثل فوروزوماید به میزان $40\text{mg}-10$ دو بار در روز استفاده کنید.

فشار خون سیستول مساوی با بالاتر از ۱۶۰ و یا دیاستول مساوی یا بالاتر از ۱۰۰

- یافته‌های کمکی بدون اندیکاسیون‌های زیر:

- نارسایی قلبی
 - سابقه انفارکتوس میوکارد
 - دیابت
 - عوامل خطر بیماری‌های قلبی - عروقی (دیس‌لیپیدمی، مصرف توتون، نداشتن فعالیت فیزیکی، چاقی)
 - اختلالات مزمن کلیه
 - سکنه مغزی و یا ایسکمی گذرای مغزی و یا تغییرات رتین
- درمان
- اصلاح شیوه زندگی

• استفاده از دارو در شروع به ترتیب اولویت زیر:

- ۱- داروی اول انتخابی، دیورتیک‌های تیازیدی مثل هیدروکلروتیازید به میزان $25-12/5 \text{ mg/d}$
- ۲- داروی دوم انتخابی، مهارکننده‌های آنژیوتانسین (ACE) مثل کاپتوپریل به میزان $50-6/25 \text{ mg}$ دوبار در روز و یا بلوکرهای آنژیوتانسین II (ARB) مثل لوزارتین به میزان $100-25 \text{ mg/d}$ و یا بتابلوکراهایی مثل آتنولول به میزان $100-25 \text{ mg/d}$ و یا بلوکرهای کانال کلسیم (CCB) مثل دیلتیازم به میزان $360-120 \text{ mg/d}$

- یافته‌های کمی با یکی از اندیکاسیون‌های نام برده شده در قسمت قبل:

-درمان

• اصلاح شیوه زندگی

• بر اساس اندیکاسیون به شرح زیر درمان کنید:

- ۱- در صورت وجود نارسایی قلبی و یا نارسایی مزمن کلیه، از مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل کاپتوپریل به میزان $50-6/25 \text{ mg}$ دو بار در روز، و یا بلوکرهای آنژیوتانسین II مثل لوزارتین به میزان $100-25 \text{ mg/d}$ استفاده کنید (در صورت وجود ادم از دیورتیک‌های لوب مثل فوروزوماید به میزان $40-10 \text{ mg}$ دو بار در روز استفاده کنید).
- ۲- در صورت سکتۀ قلبی و یا یکی از عوامل خطر قلبی-عروقی از بتابلوکرها مثل آتنولول به میزان $100-25 \text{ mg/d}$ و یا مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل کاپتوپریل به میزان $50-6/25 \text{ mg}$ دو بار در روز استفاده کنید.
- ۳- در صورت وجود دیابت از دیورتیک‌هایی مثل فوروزوماید به میزان $40-10 \text{ mg}$ دو بار در روز، و یا بتابلوکراهایی مثل آتنولول به میزان $100-25 \text{ mg/d}$ استفاده کنید.
- ۴- در صورت سابقۀ سکتۀ مغزی از مهارکننده‌های آنژیوتانسین مثل کاپتوپریل به میزان $50-6/25 \text{ mg}$ دو بار در روز یا دیورتیک‌هایی مثل فوروزوماید به میزان $40-10 \text{ mg}$ دو بار در روز استفاده کنید.

چند نکته

- ۱- اندیکاسیون‌های نام برده شده توسط بیمار عنوان می‌شود (تشخیص قبلی توسط پزشک متخصص). در صورت شک به اندیکاسیون‌ها (معاینه فیزیکی و آزمایش‌های بیوشیمیایی)، پس از تجویز اولین دوز داروی مربوطه، سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- ۲- دقت کنید در شروع درمان از حداقل دوز استفاده کنید و در صورت عدم پاسخ (کنترل هفتگی فشار خون) دارو را بتدریج به حداکثر دوز افزایش دهید. چنانچه درمان با حداکثر دوز دارو حاصل نشد، داروی دوم را به ترتیب اولویت با دوزاژ حداقل شروع کنید و در صورت عدم پاسخ، آن را بتدریج تا حداکثر دوز افزایش دهید. در صورت عدم پاسخ، سالمند را ارجاع دهید.
- ۳- اگر با وجود طبیعی بودن فشار خون باز هم سردرد و سرگیجه وجود داشت باید سالمند را از نظر گوش، افسردگی، اضطراب، مشکلات چشمی، اختلالات دهان و دندان، تب (از علل سردرد حاد است)، اختلالات ستون فقرات گردنی، اشکالات سیستم عضلانی گردن و... بررسی کنید.

راهنمای تغذیه افراد دارای فشار خون بالا

- کاهش مصرف نمک روزانه (روزانه نصف قاشق مرباخوری)
- کاهش مصرف غذاهای شور و نمک‌سود. این افراد می‌توانند برای بهبود طعم غذا از سبزی‌های تازه، سیر، لیموترش، آب نارنج و... به جای نمک استفاده کنند.
- کاهش مصرف چربی‌ها بویژه چربی مخفی در گوشت و پوست و همچنین کاهش مصرف روغن‌های جامد
- افزایش مصرف سبزی‌ها و میوه‌ها
- نگه داشتن وزن بدن در محدوده طبیعی

۴-۲- درد قفسه سینه

گاهی اوقات سالمند با درد شدید قفسه سینه مراجعه می‌کند. این درد یا ناپایدار بوده و با ورزش، غذا خوردن و یا هیجان شروع می‌شود و یا پایدار بوده و با خوابیدن به پشت بدتر می‌شود. در چنین حالتی قبل از ارجاع سالمند به مرکز تخصصی کارهای زیر را برای وی انجام دهید:

- یک دوز نیتروگلیسرین زیرزبانی به میزان $0.6\text{mg}/2-0$ هر ۵ دقیقه تا حداکثر سه دوز به سالمند بدهید.
 - از آسپرین با دوز $300-160\text{mg/d}$ استفاده کنید (در مواردی که سالمند خونریزی معده دارد، از این دارو استفاده نکنید).
 - سالمند را در وضعیت نشسته و تکیه داده قرار دهید.
 - تا حد امکان سالمند را از نظر پوشش‌های تنگ و فشاردهنده راحت کنید.
 - با ماسک (10lit/min) و یا کانولای بینی (4Lit/min) به سالمند اکسیژن بدهید.
- سالمندانی که از درد قفسه سینه عودکننده (غیرحاد) شکایت می‌کنند به دو گروه تقسیم می‌شوند:

- ۱- افرادی که دارای ریسک فاکتور **CAD** یا **IHD** هستند، در این صورت:
 - اگر نوار قلبی بیمار نرمال باشد، وی را برای انجام تست ورزش ارجاع دهید.
 - اگر نوار قلبی بیمار دارای تغییرات ایسکمیک مزمن باشد، باید کنترل دارویی شروع شود و یا کنترل دارویی دقیق‌تری انجام گیرد. در صورت عدم پاسخ به کنترل دارویی و باقی ماندن علائم و یا تکرار آنها بیمار باید به متخصص قلب ارجاع داده شود.
- ۲- افرادی که دارای ریسک فاکتور **CAD** یا **IHD** نمی‌باشند، در این صورت:
 - اگر **CXR** بیمار غیرطبیعی باشد و در معاینه، مشکل قلبی دیده شده باشد، بیمار باید برای انجام اکوکاردیوگرافی ارجاع داده شود؛ اما اگر **CXR** وی به نفع ضایعه ریوی منتشر یا پنومونی بوده و حال عمومی وی مناسب باشد، باید درمان سرپایی آنتی‌بیوتیکی و درمانهای محافظه‌کارانه و اقدامات حمایتی بر حسب نظر پزشک معالج انجام شود.
 - اگر **CXR** بیمار نرمال باشد، باید بررسی بالینی دستگاه گوارش از نظر بیماری‌های معده، مری و کیسه صفرا و در صورت نیاز و مشکوک شدن، اقدامات پاراکلینیک مرتبط با علائم بالینی انجام شود. اگر همه این بررسی‌ها نرمال بودند و درد قفسه سینه همچنان ادامه داشت، نیاز است که کاتتریزم قلبی انجام شده و بیمار ارجاع داده شود.

۳- مشکلات تنفسی

در دهه‌های بالاتر زندگی، بیماری‌های تنفسی مثل آسم، برونشیت مزمن و آمفیزم، اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند؛ بنابراین هنگام ارزیابی یک سالمند باید به سمع رال و یا هر صدای غیرطبیعی دیگر در ریه و همچنین به ریت تنفس توجه شود.^۱

۳-۱- سرفه

در صورت وجود سرفه همراه با تنگی نفس کوششی، ارتوپنه، تائیکاردی، کراکل، ادم، کبد بزرگ، jvp برجسته، خلط و سایر علائم مشکوک، بیمار باید از نظر نارسایی قلبی بررسی شود. در صورت همراهی سرفه با تنگی نفس، تب و لرز، درد قفسه سینه و کراکل بیمار باید از نظر پنومونی بررسی شود. در مورد سرفه مزمن همراه با خلط خونی و کاهش وزن، خلط باید از نظر باسیل سل و سرطان بررسی شود. همچنین در مورد سرفه خشک بدون خلط همراه با ویزینگ، بدون وجود تب، بررسی تست‌های عملکرد تنفسی از نظر آسم باید انجام شود. چنانچه سالمند نشانه‌های بیماری شدید ریوی را نداشت، سرفه وی باید بر اساس اقدامات بی‌ضرر خانگی تسکین داده شود. همچنین باید به او یا همراه وی آموزش دهید که با دیدن چه علائمی سرعت مراجعه کنند. سپس پنج روز بعد باید وضعیت سرفه سالمند را پیگیری کنید.

۳-۱-۱- نکات مهم در بررسی فرد دارای سرفه:

در فردی که دارای سرفه است باید طول مدت سرفه، وجود یا عدم وجود تب و موقتی یا فصلی بودن سرفه بررسی شود.

۳-۱-۲- تست‌های درخواستی:

گرافی قفسه سینه و سینوس‌ها باید برای بیمار درخواست شود. اگر این گرافی‌ها نرمال بودند، علائم عفونت ریه و سینوزیت نیز مطرح نبود و فارتزیت وجود نداشت، بیمار باید برای انجام تست‌های عملکرد ریه ارجاع داده شود؛ اما اگر گرافی سینه، غیرطبیعی و دارای انفیلتراسیون منتشر بود، کشت خلط باید برای بیمار درخواست شود. در صورت وجود هر گونه یافته مثبت به نفع عفونت بالینی، همزمان باید بیمار را تحت درمان آنتی‌بیوتیکی مناسب قرار دهید تا جواب کشت خلط به دست آید. در صورت کشت منفی خلط یا وجود انفیلتراسیون ندولر، بیمار باید برای بیوپسی ریه ارجاع داده شود. در صورت وجود علائم به نفع برونشیت مزمن یا COPD و آسم، درمان اولیه باید شروع شده و در صورت مقاوم بودن بیمار به درمان

۱- تنفس بیش از ۲۵ بار در دقیقه، تنفس تند محسوب می‌شود.

و عدم پاسخ درمانی مناسب ظرف مدت ۷-۳ روز، بیمار باید به متخصص داخلی یا ریه ارجاع داده شود.

۲-۳- تنگی نفس

تنگی نفس به معنی آگاهی شخص از تنگی تنفس خویش می‌باشد. در این حالت، بیمار از عضلات گردن، شانه‌ها و شکم برای نفس کشیدن استفاده می‌کند.

در صورتی که سالمند دچار تنگی نفس شده باشد، ابتدا باید وی را در وضعیت نشسته قرار داده و لباسهای تنگ او را خارج کنید. در صورتی که سالمند دچار تنفس مشکل و سرفه شده باشد باید از وی بپرسید که آیا درد عضلانی و یا خلط نیز دارد.

همچنین تعداد نبض در یک دقیقه و درجه حرارت وی نیز باید اندازه‌گیری شود. همچنین باید سالمند را از نظر ویزیگ و رال خشک و مرطوب بررسی کنید.

۱-۲-۳- انواع تنگی نفس:

۱- تنگی نفس کوششی: در تنگی نفس کوششی، فرد در حالت فعالیت دارای تنفس مشکل می‌باشد. این حالت با استراحت برطرف می‌شود.

۲- تنگی نفس در زمان استراحت: در این شکل از تنگی نفس، فرد حتی در زمان استراحت نیز دارای تنفس مشکل می‌باشد.

۳- تنگی نفس وضعیتی (ارتوپنه): یعنی تنفس مشکل به جز در مواردی که شخص ایستاده است. ارتوپنه به معنی تنگی نفس در حالت خوابیده نیز می‌باشد که در این صورت بیمار برای تنفس راحت‌تر باید بنشیند.

۲-۲-۳- بررسی تنگی نفس:

برای بررسی تنگی نفس باید موارد زیر را مورد توجه قرار دهید:

۱- پرسش در مورد حاد یا مزمن بودن تنگی نفس

۲- ارتباط تنگی نفس با فعالیت

۳- ارتباط تنگی نفس با سرفه و یا خلط

۴- وجود خون در خلط

۵- همراهی تنگی نفس با درد قفسه سینه، تعریق شبانه و کاهش وزن

۶- بررسی سابقه خانوادگی سل

۷- بررسی سابقه ویزیگ

۳-۲-۳- معاینه فیزیکی:

در فردی که دارای تنگی نفس می‌باشد، علائمی مانند تب، کراکل ریه، علائم عفونت حاد، نشانه‌های نارسایی قلبی و ویزینگ باید مورد توجه قرار گیرد.

۳-۲-۴- بررسی‌های کلینیکی:

۱- **ESR, HCT, Hb, CBC** برای رد کردن احتمال وجود آنمی و عفونت

۲- **ECG** برای رد کردن احتمال وجود مشکلات قلبی

۳- آزمایش خلط، در صورت داشتن خلط در سه نوبت برای رد کردن احتمال وجود سل و سرطان

۴- عکس رخ و نیمرخ ریه برای رد کردن احتمال وجود مشکلات و توده‌های ریوی
اگر عکس ریه نرمال بود، ولی تنگی نفس وجود داشت، بیمار باید برای انجام اسپیرومتری به متخصص ریه ارجاع داده شود.

۳-۲-۵- اقدامات:

- در صورت وجود تنگی نفس شدید، علائم عفونت حاد شدید (سپتی‌سمی)، خلط مثبت (از نظر خون و یا باسیل سل)، بیمار را به متخصص داخلی یا متخصص ریه ارجاع دهید.

- در صورت وجود علائم نارسایی قلبی در فرد دارای تنگی نفس با یا بدون عکس ریه غیرطبیعی همراه با علائم بیماری قلبی، بیمار را به متخصص قلب ارجاع دهید؛ در غیر این صورت، درمان بر حسب تشخیص جدید پزشک برای کنترل عفونت یا کنترل COPD و برونشیت مزمن و... به وسیله استراحت، داروی ضدسرفه، هیدراسیون کافی (در صورت عدم وجود نارسایی قلبی)، آنتی‌بیوتیک مناسب و سایر اقدامات انجام می‌شود. در صورت عدم بهبودی ظرف مدت یک هفته، بیمار باید به متخصص مربوطه ارجاع داده شود.

- چنانچه سالمند دارای ویزینگ بود، او را طبق درمان آسم که در قسمت مربوطه آمده است، معالجه کنید.

- در صورت وجود تب و درد عضلانی، بیمار را طبق آنچه در ادامه آمده است درمان کنید:

۱- به سالمند استامینوفن بدهید.

۲- استراحت مطلق و خوردن مایعات فراوان را توصیه کنید.

۳- دو روز بعد وضعیت سالمند را پیگیری کنید.

- در صورت وجود تب، خلط و رال، سالمند را طبق آنچه در ادامه آمده است درمان کنید:

۱- به مدت ۵ روز آنتی‌بیوتیک مناسب به سالمند بدهید.

- ۲- برای تسکین درد، استامینوفن تجویز کنید.
- ۳- به بیمار، استراحت مطلق در منزل را توصیه کنید.
- ۴- دو روز بعد وضعیت سالمند را پیگیری کنید.
- در صورت وجود سرفه و خلط به مدت بیش از سه هفته، بیمار را طبق درمان استاندارد سل معالجه کنید.
- در صورت وجود سرفه و خلط به مدت بیش از سه هفته همراه یکی از دیگر نشانه‌ها، سالمند را بر اساس درمان بیماری‌های مزمن انسدادی ریه که در قسمت مربوطه آمده است، معالجه کنید.
- آسم، نارسایی قلبی، اضطراب و بیماری‌های مزمن انسدادی ریه نیز باعث تنگی نفس می‌شوند. این بیماری‌ها در ادامه شرح داده شده‌اند.

۳-۳- آسم

۱-۳-۳- یافته‌های کمکی

- ۱- شروع ناگهانی
- ۲- ویز (اگر حمله آسم شدید باشد ممکن است ویز شنیده نشود).
- ۳- اشکال در بازدم
- ۴- سرفه و یا سرفه شبانه
- ۵- رتراکشن بین دنده‌ای و بالای جناغ
- ۶- کوتاه شدن تنفس
- ۷- تشدید تنگی نفس و خس خس سینه در شرایط زیر:

- ورزش
- خواب شب
- هوای سرد
- دود سیگار
- عفونت‌های تنفسی
- خندیدن و یا گریستن زیاد

۲-۳-۳- درمان:

- برای درمان بیماری آسم باید اقدامات زیر را انجام دهید:
- ۱- بیمار را بنشانید.

۲- اکسیژن صددرصد تجویز کنید.

۳- از یکی از داروهای گشادکننده برونش به شرح زیر استفاده کنید:

- آلبوترول (ونتولین) به میزان ۲ پاف و تکرار آن هر ۲۰ دقیقه و یا ۰/۵ میلی لیتر از محلول ۲ درصد به کمک نبولایزر و تکرار آن هر ۲۰ دقیقه
- ایپراتروپیوم (آترونت) به میزان ۲ پاف و تکرار آن هر ۲۰ دقیقه و یا ۰/۵ میلی لیتر از محلول ۲ درصد به کمک نبولایزر و تکرار آن هر ۲۰ دقیقه (برای بیمارانی که گلوکوم و یا هیپوترافی پروستات ندارند و مشکل قلبی دارند).

۴- داروهای ضدالتهایی مثل استروئید استنشاقی با دوز بالا و یا پردنیزولون خوراکی به صورت تک دوز به میزان $60-40\text{ mg}$ به صورت خوراکی

۴-۳- بیماری‌های مزمن انسدادی ریه (COPD)

۴-۳-۱- یافته‌های کمکی:

- ۱- تنگی نفس با شروع معمولاً پس از ۵۰ سالگی و پیشرفت سریع، شیوع بیشتر و شدیدتر در مردان و در صورت اضافه شدن برونکواسپاسم با تغییرات وسیع روزبه روز
- ۲- سرفه مزمن (بیش از سه هفته) به عنوان شایع‌ترین علامت
- ۳- سابقه کشیدن سیگار از چندین سال قبل از شروع سرفه
- ۴- خلط مزمن (بیش از سه هفته) و به طور روزافزون با حجم متغیر، از کمتر از یک قاشق چایخوری تا چندین قاشق چایخوری و معمولاً شیرین‌رنگ (در صورت اضافه شدن عفونت و یا برونشیت، خلط، زرد و یا سبزرنگ می‌شود).

۴-۳-۲- درمان:

در صورتی که سالمند دارای خلط چرکی و علائم انسداد راه‌های هوایی نباشد، قبل از ارجاع وی اقدامات زیر را انجام دهید:

- ۱- در صورتی که سالمند عفونت ریه نداشته باشد، برای تسکین سرفه باید فقط از تماس و مواجهه با مواد محرک مثل سیگار، هوای سرد و... پرهیز کند.
- ۲- برای رقیق کردن خلط، سالمند باید به اندازه کافی در روز مایعات بنوشد (۶-۸ لیوان) تا هیدراته شود.

۳- الزامی است که عضلات تنفسی به شرح زیر تقویت شوند:

- تمرینات تقویت‌سازی دیافراگم با هدف تقویت عضلات تنفسی به شرح زیر:

- سالمند باید با یک دست بر روی شکم و یک دست بر روی قفسه سینه، به پشت بخوابد.

- سپس در حالی که ذهن خود را بر روی حرکت دادن دست از روی شکم به طرف بالا و به کارگیری دیافراگم متمرکز می‌کند باید به طور عمیق از طریق بینی نفس بکشد.
- سپس باید نفس خود را از طریق لب‌های جمع‌شده خارج کند. گذاشتن کتاب و یا کتاب‌هایی با وزن ۲/۵ تا ۳/۵ کیلوگرم بر روی شکم، حرکات دیافراگم را در حین بازدم تسهیل کرده و باعث می‌شود که دیافراگم در زمان دم، قوی‌تر عمل کند.
- این تمرین باید به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه چندین بار در روز تکرار شود.
- کاهش عضلات تنفس در زمان دم به صورت زیر:
- راه‌های هوایی تنگ‌شده را با استفاده از داروهای برونکودیلاتور کورتیکواستروئید بر اساس راهنمای آسم گشاد کنید.
- علاوه بر هیدراته کردن بیمار، در صورت اندیکاسیون از رقیق‌کننده‌های موکوس مثل برم‌هگزین خوراکی به صورت **TDS** استفاده کنید.
- ۴- واکسیناسیون آنفلوآنزا و پنوموکوک باید کنترل شود و واکسن پنوموکوک هر ۱۰-۶ سال یک بار باید تکرار شود.
- ۵- ورزشهایی مثل پیاده‌روی در هوای خوب و یا داخل منزل نیز توصیه می‌شود. در صورتی که سالمند دارای خلط چرکی به همراه انسداد راه‌های هوایی است، قبل از ارجاع وی اقدامات زیر را انجام دهید:
- اولین دوز آنتی‌بیوتیک خوراکی را بدهید (تتراسایکلین و یا اریترومایسین ۵۰۰ هر ۶ ساعت، و یا آموکسی‌سیلین ۵۰۰-۲۵۰ هر ۸ ساعت به مدت ۱۰ روز).
- بر طبق آنچه در درمان آسم آمده است از برونکودیلاتورها استفاده کنید.

۵-۳- نارسایی قلبی

۱-۵-۳- یافته‌های کمکی

- ۱- دیس‌پنه و خستگی، بخصوص با فعالیت
- ۲- ارتوپنه
- ۳- ادم وضعیتی
- ۴- شنیدن صدای ۳و۴ در سمع قلب
- ۵- شنیدن رال مرطوب در قسمت پایین ریه

۲-۵-۳- درمان:

قبل از ارجاع سالمند به مرکز تخصصی، موارد زیر را انجام دهید:

- ۱- بیمار را در وضعیت نشسته قرار دهید، به طوری که پاهای او از لبه تخت آویزان باشد.
- ۲- اکسیژن ۱۰۰ درصد و با سرعت بالا تجویز کنید.
- ۳- فشار خون سالمند کنترل شود. در صورت بالا بودن فشار خون بدون ادم وضعیتی از ACE استفاده کنید (در قسمت فشار خون آمده است). در صورت بالا بودن فشار خون با ادم از فوروسماید به میزان ۲۰mg به صورت وریدی استفاده کنید.
- ۴- در صورت فشار خون سیستولیک پایین تر از ۱۰ میلی متر جیوه حتی با وجود ادم از دیورتیک استفاده نکنید.

۵- کنترل واکسیناسیون آنفلوآنزا و پنوموکوک

۶- توقف مصرف سیگار و الکل

۷- کنترل چربی خون و دیابت

۸- رژیم غذایی کم نمک

۹- انجام تمرینات ورزشی سبک تا متوسط

۶-۳- اضطراب**۱-۶-۳- یافته‌های کمکی:**

۱- تحریک پذیری بیش از حد

۲- کاهش توانایی تمرکز

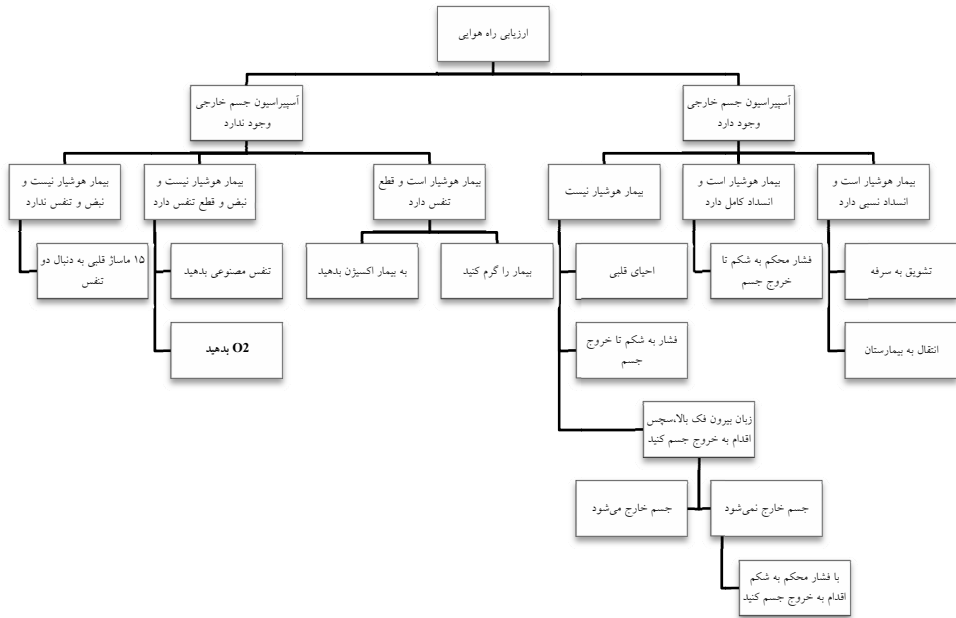
۳- لرزش اسپاسم عضلات

۲-۶-۳- درمان:

برای درمان تنگی نفس که در حالت اضطراب به وجود می‌آید باید ۱-۲mg لورازپام به صورت خوراکی به سالمند بدهید.

۷-۳- خفگی

خفگی یک اورژانس به حساب می‌آید. چنانچه سالمند با حالت خفگی مراجعه کند می‌توانید طبق الگوریتم شماره ۱ عمل کنید.



الگوریتم شماره ۱- ارزیابی راه هوایی

۴- مشکلات گوارشی

۴-۱- یبوست

به اجابت مزاج کمتر از سه بار در هفته و یا سختی و زور زدن زیاد هنگام دفع، یبوست می‌گویند. این مشکل در میان سالمندان، بسیار شایع است.

علتهای یبوست عبارتند از:

- ۱- رژیم غذایی کم فیبر و کم آب
- ۲- آنومالی‌های ساختمانی مانند فیشرآنال، هموروئید، آدنوکارسینوم کولون و...
- ۳- بیماری‌های عمومی و متابولیک مانند دیابت، بیماری‌های کلاژن واسکولار، پارکینسون، CVA، افسردگی و...
- ۴- یبوست ناشی از داروها
- ۵- بی‌حرکتی طولانی مدت

۱-۱-۴- بررسی شکایات:

درد شکم، مصرف ملین، مصرف دارو، افسردگی و وضعیت تحرک باید برای بیماری که دچار یبوست شده، بررسی شوند.

۲-۱-۴- معاینه فیزیکی:

در معاینه باید به نکات زیر توجه شود:

۱- معاینه ارولوژیک

۲- معاینه شکم از نظر دیستانسیون شکمی

۳- معاینه آنال و پری آنال از نظر **fecal impaction, fissure**

۳-۱-۴- تستهای آزمایشگاهی:

۱- **(OB) stool exam**

۲- **CBC** و الکترولیت‌ها

در صورت وجود **OB** مثبت در مدفوع و وجود آنمی، بیمار باید برای انجام کلونوسکوپی و رکتوسیگموئیدوسکوپی به متخصص ارجاع داده شود.

۴-۱-۴- درمان:

در شرایطی که بیمار دارای بی‌حرکتی مزمن می‌باشد، باید تلاش کنیم تا او را به حرکت در بیاوریم؛ همچنین برای رفع مشکل بیمار و تغییر در سبک زندگی وی باید به کمک فیزیوتراپیست، اقدامات توانبخشی برای وی انجام گیرد. در صورتی که بیمار در برابر درمان از خود مقاومت نشان دهد، باید او را به متخصص طب فیزیکی و توانبخشی ارجاع دهیم. هنگام وجود بیماری همزمان باید برای کنترل مناسب آنها و توانبخشی حرکتی مناسب تلاش کنیم.

در صورت ایجاد عارضه دارویی، داروها باید تعدیل شده و مصرف غذاهای پرفیبر و ملین‌های اسموتیک توصیه می‌شوند. تأثیر برخی از غذاها بر قوام مدفوع در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱- تأثیرات غذایی

فهرست ج غذاهایی که هیچ تأثیری بر مدفوع ندارند	فهرست ب غذاهایی که مدفوع را شل می‌کنند	فهرست الف غذاهایی که مدفوع را سفت می‌کنند
گوشت	میوه تازه*، پوست میوه*، آلو و سایر میوه‌های خشک (انجیر، زردآلو و...)، آبمیوه‌های unstrained (مخصوصاً آب آلو)	آب سیب، عصاره میوه‌های سفت
ماهی	ماست همراه میوه	شیر، پنیر سفت، پنیر محلی، ماست، بستنی
پودر نشاسته، خرده نان، دسرها	سبوس گندم*، نان کامل جو/برخی حبوبات/کلوچه/برنج غیر برشته*	نان سفید یا کلوچه، گندم خالص، شیرینی، نان شیرمال، ماکارونی، برنج سفید
سبزیجات پخته	سبزیجات نارس/سالاد*، سبزیجات پخته (باقلا و لوبیای سبز)، سیب‌زمینی (سرخ کرده یا آب‌پز) و پوست آنها*	سس و سوپ، سرشیر، خامه
چربی‌ها (روغن، کره و...)	لوبیا و باقالا، عدس‌ها، غذاهای ادویه‌دار تند، قهوه، شکلات‌های تیره‌رنگ، نوشیدنی‌های کربنات‌دار (اغلب نوشابه‌ها)	
* غذاهای با فیبر زیاد		
توجه: غذاهای اعلام شده در فهرست ب، مانند خانواده آلوها (آب آلو)، قهوه، نوشابه‌های کربنات‌دار و غذاهای ادویه‌دار تند، حرکات دفعی را از طریق افزایش فعالیت روده‌ها افزایش می‌دهند. اگر یک ساعت قبل از انجام برنامه دفعی، آنها را مصرف کنید می‌توانند در تخلیه روده، به طور مؤثر به شما کمک کنند.		

داروهای مورد نیاز عبارتند از:

- ۱- **Bran** به شکل **powder** به میزان **۲۵۰ mg**، ۲-۱ بار در روز
- ۲- **psyllium** به شکل **powder** به میزان **۳/۵ g/sachet**، ۳-۱ بار در روز
- ۳- در صورت وجود یبوست حاد، قرص یا شیاف بیزاکودیل به میزان **۱۵-۵ mg**. در صورت وجود یبوست شدید، **fecal impaction** و عدم موفقیت درمان دارویی به همراه دیستانسیون شکمی، بیمار باید به متخصص جراح عمومی ارجاع داده شود.

۲-۴- اسهال

اسهال یعنی دفع مدفوع شل، روان یا آبکی که بیش از سه بار در روز اتفاق می‌افتد. البته آنچه مهم‌تر است، تغییر قوام و ماهیت مدفوع است نه دفعات آن. در بررسی اسهال، مهم‌ترین مسأله، حاد یا مزمن بودن آن است. هنگامی که اسهال کمتر از یک هفته طول بکشد، به آن اسهال حاد می‌گویند. مهم‌ترین علل اسهال حاد، عفونت‌ها هستند.

۱-۲-۴- درمان:

در صورت عدم وجود تب بالا و عدم علائم دهیدراتاسیون و عدم وجود اسهال خونی، برای درمان باید جایگزینی آب و الکترولیت‌ها انجام گیرد؛ ولی در صورت وجود اسهال عفونی باکتریال، درمان به وسیله آنتی‌بیوتیک صورت می‌گیرد. در صورت وجود تب، علائم دهیدراتاسیون و اسهال خونی، طحال بزرگ، علائم سوء تغذیه و تندرns شکمی، توکسیسیته و درد شکمی شدید، بیمار باید برای بستری ارجاع داده شود.

۳-۴- تهوع و استفراغ

شکم حاد، سوء هاضمه مزمن، اختلالات حرکتی دستگاه گوارش، عفونت‌ها، مشکلات قلبی، اختلالات متابولیک و آندوکراین، سرطان، داروها، مسمومیت‌ها، مشکلات روانی و خونریزی از دستگاه گوارش از علل تهوع و استفراغ می‌باشند.

۱-۳-۴- علائم مهم:

استفراغ مزمن مواد غذایی هضم‌نشده به همراه کاهش وزن در صورتی که شکم، متورم نباشد، مطرح‌کننده انسداد معده است؛ ولی چنانچه این استفراغ با شکم متورم و پریتالیتسم واضح همراه باشد، انسداد روده را مطرح می‌کند که در این حالت باید بیمار را به متخصص جراحی ارجاع دهیم.

در صورت وجود درد شکم و تندرns شکمی همراه با تهوع و استفراغ، انجام یک تست **CBC(diff)** به همراه **U/A** برای تشخیص‌های افتراقی شکم‌حاد به صورت اورژانس الزامی است. سپس باید سالمند را ارجاع دهید.

۲-۳-۴- معاینه:

در معاینه باید به موارد زیر توجه شود:

۱- رویت استفراغ در صورت امکان

۲- بررسی علائم حیاتی

۳- بررسی انقباضات پرستالتیسم شکم

۴- تندرns شکم، درد، ریباند

۵- زردی و حساسیت کبد

۶- علائم نارسایی قلبی

۳-۳-۴- درمان:

استفراغ حاد، خود محدودشونده است و به جز احیای آب و الکترولیت، به درمان ویژه‌ای نیاز ندارد. در صورت بروز استفراغ مزمن، تست‌های **ESR, u/A, stool Exam, CBC** سونوگرافی و رادیوگرافی شکم باید انجام شود.

در صورت وجود هرگونه علائم انسدادی، مشکلات صفراوی و عفونت، بیمار باید به بیمارستان ارجاع داده شود.

۴-۴- خونریزی گوارشی

چنانچه سالمند دچار خونریزی گوارشی شود، با استفراغ خونی و یا مدفوع سیاه و قیری مراجعه می‌کند. در چنین حالتی، قبل از ارجاع، به وی سرم قندی- نمکی بدهید.

۵-۴- ناراحتی معده

اگر سالمند دچار ناراحتی معده شده باشد، باید موارد زیر را در وی بررسی کنید:

۱- آیا سالمند حالت تهوع دارد؟

۲- آیا سالمند نفخ دارد؟

۳- آیا سالمند احساس پری می‌کند؟

۴- آیا سالمند درد معده دارد؟

۵- آیا سالمند سوزش سردل دارد؟

در صورت پاسخ خیر، عوامل خطر زیر را در وی بررسی کنید:

- ۱- آیا سالمند مشکل جویدن دارد؟
 - ۲- آیا سالمند مشکل حرکتی دارد؟
 - ۳- آیا سالمند شیوه زندگی ناسالم مثل پرخوری، نامرتب بودن زمان خوردن، مصرف الکل و سیگار دارد؟
 - ۴- آیا سالمند اضطراب دارد؟
 - ۵- آیا سالمند از داروهای ضد اضطراب مثل آسپرین، ایبوپروفن، ایندوسید و... استفاده می‌کند؟
- ۱-۵-۴- اقدامات:**

- چنانچه حداقل یکی از عوامل خطر وجود داشته باشد، سالمند در معرض خطر سوء هاضمه قرار دارد، بنابراین باید وی را در جهت رفع عامل یا عوامل خطر آموزش داده و سه روز بعد، روند درمان را پیگیری کنید.

- چنانچه سالمند هیچ نشانه‌ای نداشته باشد، به وی رژیم غذایی مناسب را آموزش داده و موارد مراجعه بعدی را برای وی بازگو کنید.

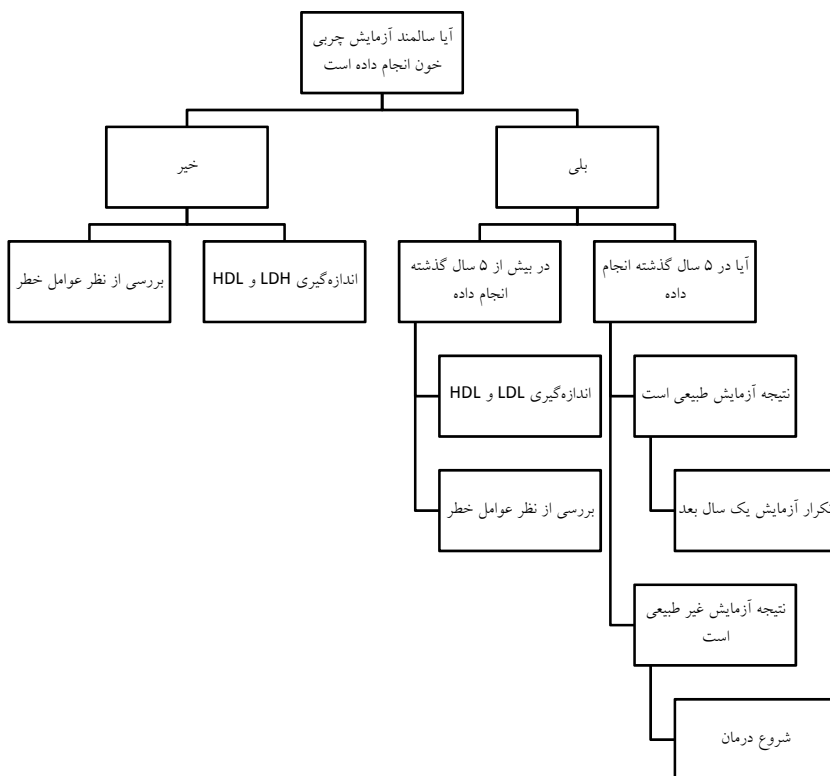
نکته

اگر بیمار با شکم درد شدید همراه با تهوع و استفراغ، کاهش اشتها و اتساع شکم مراجعه کند، قبل از ارجاع وی به مرکز تخصصی، وی را از نظر شوک بررسی کرده و اقدامات مناسب را انجام دهید.

۵- دیس لیپیدمی

از جمله بررسی‌های آزمایشگاهی بسیار ضروری در سنین کهنسالی، بررسی چربی‌های خون و پروفایل آنها می‌باشد. این بررسی باید در شرایطی صورت گیرد که بیمار در طی سه روز گذشته فقر غذایی نداشته و یا در طی روز قبل، غذای بسیار چرب مصرف نکرده باشد.

برای بررسی این مسأله شما می‌توانید بر اساس الگوریتم زیر تصمیم‌گیری کنید:



الگوریتم شماره ۲

۱-۵- ریسک فاکتورهای دیس لیپیدمی

- ۱- مردانی که دارای سنی بیشتر یا مساوی ۴۵ سال هستند.
- ۲- زنانی که دارای سنی بیشتر یا مساوی ۵۵ سال هستند.
- ۳- سابقه خانوادگی بیماری عروق کرونری زودرس در وابستگان درجه یک مرد که کمتر از ۵۵ سال سن دارند و در وابستگان درجه یک زن که کمتر از ۶۵ سال سن دارند.
- ۴- سیگار
- ۵- فشار خون سیستول بالاتر از ۱۴۰ و یا دیاستول بالاتر از ۹۰ و یا مصرف داروی ضد فشار خون
- ۶- HDL پایین (کمتر از ۴۰)

۲-۵- اهداف درمانی

- ۱- در صورت وجود سابقه بیماری قلبی - عروقی و یا دیابت، LDL به کمتر از ۱۰۰ برسد.
- ۲- در صورت وجود سابقه دو ریسک فاکتور، LDL به کمتر از ۱۳۰ برسد.
- ۳- در صورت وجود سابقه حداکثر یک ریسک فاکتور، LDL به کمتر از ۱۶۰ برسد.

۳-۵- درمان

- ۱- در صورت وجود دیس لیپیدمی جدی، یعنی LDL بیش از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر یا سابقه بیماری ایسکمیک قلبی یا دیابت و یا LDL بیش از ۱۶۰ میلی گرم در دسی لیتر و حداقل دو عامل خطر باید سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- ۲- در صورت وجود LDL برابر ۱۳۰-۱۰۰ با یک ریسک فاکتور (سابقه بیماری های ایسکمیک قلبی و یا دیابت) و یا LDL بیش از ۱۹۰ با حداکثر یکی از عوامل خطر باید کارهای زیر را انجام دهید:
 - اصلاح شیوه زندگی مبتنی بر کاهش استفاده از چربی های اشباع شده و کلسترول در رژیم غذایی و افزودن سبزیجات و فیبر در رژیم غذایی، کنترل وزن و افزایش فعالیت فیزیکی
 - تجویز لووستاتین به میزان ۲۰mg/d
- ۳- در صورت وجود LDL برابر ۱۶۰-۱۳۰ با حداقل دو عامل خطر (سابقه سیگار کشیدن و سابقه فامیلی بیماری قلبی زودرس، فشار خون بالاتر از ۱۴۰/۹۰ یا مصرف داروی ضد فشار خون) و یا LDL برابر ۱۹۰-۱۶۰ با حداکثر یکی از عوامل خطر، کارهای زیر را انجام دهید:
 - اصلاح شیوه زندگی مبتنی بر کاهش استفاده از چربی های اشباع شده و کلسترول در رژیم غذایی و افزودن سبزیجات و فیبر در رژیم غذایی، کنترل وزن و افزایش فعالیت فیزیکی

- تجویز لووستاتین به میزان 20 mg/d . در صورت عدم پاسخ به لووستاتین (نرسیدن به هدف درمانی بعد از یک ماه) می‌توان آن را تا 80 mg افزایش داد. در صورت عدم پاسخ سالمند به این درمان، باید او را به سطح بالاتر ارجاع دهید.

۶- دیابت

دیابت یکی از مشکلات شایعی است که بسیاری از افراد در سنین کهنسالی دست به گریبان آن می‌شوند. از آنجا که این بیماری عوارض متعددی از خود بر جای می‌گذارد، شناخت بموقع و کنترل آن بسیار سودمند است. برای درمان این بیماری بر اساس راهنمای درمان افراد دیابتیک با وزن نرمال، چاق و لاغر که در ادامه آمده است، عمل کنید.

۱-۶- بررسی عوارض دیابت

- معاینه و تست‌های مربوط به اعصاب محیطی از نظر پریفرال پلی‌نوروپاتی دیابتیک: در صورت وجود مشکل، بیمار باید برای انجام تست، نوار عصب و عضله به متخصص طب فیزیکی توانبخشی ارجاع داده شود.
- معاینه ته چشم: در صورت مشاهده موارد مشکوک، بیمار باید به چشم‌پزشک ارجاع داده شود.
- بررسی از نظر ولوواژینیت
- بررسی از نظر زخمهای لابه‌لای انگشتان پا
- بررسی از نظر عفونت کاندیدایی

توصیه‌های تغذیه‌ای در سالمندان دیابتی

- غذا را در حجم کم و به دفعات بیشتر میل کنند.
- در صورت اضافه وزن حتماً وزن خود را کاهش دهند.
- از تمام گروه‌های غذایی به میزان متعادل استفاده کنند.
- مصرف چربی‌ها را به حداقل برسانند. چربی گوشت را از آن جدا کنند و قبل از پختن مرغ نیز پوست آن را بکنند.
- از حبوبات، سبزی و میوه استفاده کنند؛ زیرا این مواد در کاهش قند خون مؤثر می‌باشند.
- بخشی از پروتئین مورد نیاز خود را از حبوبات تأمین کنند.

- از افراط در مصرف قندهای ساده (قند، شکر، کمپوت، شیرینی جات و...) خودداری کنند.
- از مواد غذایی با نمایه گلیسمی پایین (نان بربری، تافتون، سنگک، برنج، ماکارونی، چغندر قند، سیبزمینی آبپز و حبوبات) استفاده کنند.

راهنمای درمان دیابت افراد با وزن معمولی

(نمایه توده بدنی ۲۲-۳۰)

۱- دیابت شدید

- یافته‌های کمکی

- قند خون ناشتا بیش از ۳۰۰
- نفروپاتی (بالا بودن کراتینین یا اوره خون)
- رتینوپاتی پرولیفراتیو (ادم پایی و خونریزی)
- پای دیابتیک
- فشار خون بالا
- سابقه انفارکتوس میوکارد
- سابقه سکته مغزی یا TIA

- درمان

- اصلاح شیوه زندگی (به کارگیری توصیه‌های غذایی افراد دیابتیک چاق و ورزش مستمر به صورت پیاده‌روی به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه حداقل سه روز در هفته)
- از انسولین با دوزاژ یک واحد به ازای هر کیلوگرم از بدن به صورت یک‌سوم کریستال و دوسوم NPH، نیم ساعت قبل از غذا استفاده شود. در صورت عدم پاسخ مطلوب بعد از ۴-۲ هفته (قند خون ناشتا کمتر از ۱۴۰mg و یا قند خون دو ساعت پس از غذا کمتر از ۱۶۰mg و یا هموگلوبین گلیکوزه کمتر از ۷ درصد) ۱۰-۵ واحد تا سقف ۱۵۰ واحد اضافه شود (انسولین بیش از ۱۰۰ واحد باید حداقل دو بار در روز تزریق شود). در صورت عدم پاسخ مطلوب، سولفورنیل اوره (گلی‌بن‌گلامید) به صورت تک‌دوز به میزان ۵۰-۱/۲۵mg/d اضافه شده و در صورت عدم پاسخ (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) دوز دارو تا ۲۰ mg/d (۴ قرص) افزایش یابد. لازم است دوز روزانه بیش از ۱۰mg دو بار در روز داده شود. در این شرایط در صورت

امکان باید از انسولین کم کنید و به دارو و یا داروهای خوراکی (در صورت عدم پاسخ به داروی اول، متفورمین اضافه شود) اضافه کنید.

۲- دیابت نسبتاً شدید

- یافته‌های کمکی

- قند خون ناشتا کمتر از ۳۰۰
- یافته‌های کمکی همان یافته‌های نام برده شده در قسمت دیابت شدید می‌باشند.

- درمان

- اصلاح شیوه زندگی (به کارگیری توصیه‌های غذایی افراد دیابتیک چاق و ورزش مستمر به صورت پیاده‌روی به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه حداقل سه روز در هفته)
- سولفونیل‌اوره (گلی‌بن‌کلامید) را به صورت تک‌دوز به میزان $50-125 \text{ mg/d}$ همراه و یا پس از غذا برای بیمار شروع کنید. در صورت عدم پاسخ (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) دوز دارو را تا 20 mg (۴ قرص) بالا ببرید. لازم است دوز روزانه بیش از 10 mg دو بار در روز داده شود. در صورت عدم پاسخ، متفورمین را با دوز 250 mg (نصف قرص) دو بار در روز (حداقل دوز) همراه و یا پس از غذا برای بیمار اضافه کنید. در صورت عدم پاسخ (کنترل قند خون ناشتا ۲ تا ۴ هفته بعد) دوز دارو را هر بار $250-500 \text{ mg}$ تا سقف $3000-2500 \text{ mg/d}$ (۶ قرص در روز) بالا برده و در صورت عدم پاسخ (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) از انسولین استفاده کنید.

۳- دیابت خفیف

- یافته‌های کمکی

- قند خون ناشتا کمتر از ۳۰۰

- درمان

- اصلاح شیوه زندگی (همان گونه که قبلاً توضیح داده شد).
- در صورت عدم پاسخ، از دارو به شرح زیر استفاده کنید:
- سولفونیل‌اوره (گلی‌بن‌کلامید) به صورت تک‌دوز به میزان $50-125 \text{ mg/d}$ همراه و یا پس از غذا برای بیمار شروع کنید. در صورت عدم پاسخ (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) دوز دارو را تا 20 mg/d (۴ قرص) بالا ببرید. لازم است دوز روزانه بیش از 10 mg دو بار در روز داده شود. در صورت عدم پاسخ، متفورمین را با دوز 250 mg (نصف قرص) دو بار در روز (حداقل

دوز) همراه و یا پس از غذا برای بیمار اضافه کنید. در صورت عدم پاسخ (کنترل قند خون ناشتا ۲ تا ۴ هفته بعد) دوز دارو را هر بار $500-250 \text{ mg}$ تا سقف $3000-2500 \text{ mg/d}$ (۶ قرص در روز) بالا برده و در صورت عدم پاسخ (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) از انسولین استفاده کنید.

راهنمای درمان دیابت افراد لاغر

(نمایه توده بدنی کمتر از ۲۲)

- یافته‌های کمکی

- قند خون ناشتا بیش از ۱۲۵ در دو نوبت
- نفروپاتی (بالا بودن کراتینین و اوره خون)
- رتینوپاتی پرولیفراتیو (ادم پایی و خونریزی)
- پای دیابتیک
- فشار خون بالا
- سابقه انفارکتوس میوکارد
- سابقه سکته مغزی و یا ایسکمی گذاری مغزی

- درمان

- بررسی بیماری‌های دیگر (سل، هیپرتیروئیدی، بدخیمی‌ها و سایر بیماری‌های مزمن)
- اصطلاح شیوه زندگی به مدت سه ماه. به کارگیری توصیه‌های غذایی افراد دیابتیک لاغر و ورزش مستمر به صورت پیاده‌روی به مدت ۳۰-۲۰ دقیقه حداقل سه روز در هفته
- از انسولین با دوزاژ یک واحد به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن به صورت یک‌سوم کریستال و دوسوم NPH نیم ساعت قبل از غذا استفاده کنید. در صورت عدم پاسخ مطلوب بعد از ۴-۲ هفته (قند خون ناشتا کم از 140 mg و یا قند خون دو ساعت پس از غذا کمتر از 160 mg و یا هموگلوبین گلیکوزه کمتر از ۷ درصد) ۱۰-۵ واحد تا سقف ۱۵۰ واحد به آن اضافه کرده (انسولین بیش از ۱۰۰ واحد باید حداقل دو بار در روز تزریق شود) و در صورت عدم پاسخ مطلوب، سولفونیل‌اوره (گلی‌بن‌کلامید) را به صورت تک‌دوز به میزان $50-1/25 \text{ mg/d}$ اضافه کنید. در صورت عدم پاسخ (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) دوز دارو را تا 20 mg/d (۴ قرص) بالا ببرید. لازم است دوز روزانه به میزان بیش از 10 mg دو بار در روز داده شود. در صورت

عدم پاسخ بعد از ۲-۴ هفته، دوز دارو را تا 3000mg (۶ قرص) در روز افزایش دهید. در صورت امکان از انسولین کاسته و به داروی خوراکی اضافه کنید.

راهنمای درمان دیابت افراد چاق

(نمایه توده بدنی 30 و یا بالاتر)

۱- دیابت شدید

- یافته‌های کمکی

- قندخون ناشتا بیش از 300
- نفروپاتی (بالا بودن کراتینین و اوره خون)
- رتینوپاتی پرولیفراتیو (ادم پایی و خونریزی)
- پای دیابتیک
- فشار خون بالا
- سابقه انفارکتوس میوکارد
- سابقه سکته مغزی و یا ایسکمی گذرای مغزی

- درمان

- اصلاح شیوه زندگی، به کارگیری توصیه‌های غذایی افراد دیابتیک چاق و ورزش مستمر به صورت پیاده‌روی به مدت $30-20$ دقیقه حداقل سه روز در هفته
- از انسولین با دوزاژ نیم تا یک واحد به ازای هر کیلوگرم از وزن بدن به صورت یک‌سوم کریستال و دوسوم **NPH** نیم ساعت قبل از غذا استفاده کنید. در صورت عدم پاسخ مطلوب بعد از ۲-۴ هفته (قند خون ناشتا کمتر از 14 mg یا قند خون دو ساعت پس از غذا کمتر از 160mg و یا هموگلوبین گلیکوزه کمتر از ۷ درصد) $10-5$ واحد تا سقف 150 واحد اضافه کرده (انسولین بیش از 100 واحد باید حداقل دو بار در روز تزریق شود) و در صورت عدم پاسخ مطلوب، متفورمین را با حداقل دوز 250mg (نصف قرص) اضافه کنید. در صورت عدم پاسخ بعد از ۲-۴ هفته دوز دارو را تا 3000mg/d (۶ قرص) افزایش دهید. در این شرایط در صورت امکان از انسولین کاسته و به داروی خوراکی اضافه کنید.

۲- دیابت نسبتاً شدید

- یافته‌های کمکی

- قند خون ناشتا کمتر از 300

- همان یافته‌های کمکی نام برده شده در قسمت قبل (دیابت شدید) می‌باشد.

- درمان

- اصلاح شیوه زندگی (قبلاً در قسمت دیابت شدید توضیح داده شده است).
- متفورمین را با دوز **25mg** (نصف قرص) دو بار در روز (حداقل دوز) همراه و یا پس از غذا برای بیمار شروع کنید. در صورت عدم پاسخ، (کنترل قند خون ناشتا ۲ تا ۴ هفته بعد) دوز دارو را هر بار **500-250 mg/d** تا سقف **3000-2500 mg/d** (۶ قرص) اضافه کنید. در صورت عدم پاسخ، سولفونیل‌اوره (گلی‌بن‌کلامید) را به صورت تک‌دوز به میزان **50-1/25 mg/d** اضافه کرده و در صورت عدم پاسخ (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) دوز دارو را تا **20 mg/d** (۴ قرص) بالا ببرید. لازم است دوز روزانه بیش از **10mg** دو بار در روز داده شود و در صورت عدم پاسخ، (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) از انسولین استفاده شود.

۳- دیابت خفیف

- یافته‌های کمکی

- قند خون ناشتا کمتر از ۳۰۰

- درمان

- اصلاح شیوه زندگی به مدت سه ماه (قبلاً توضیح داده شد).
- در صورت عدم پاسخ پس از سه ماه، از دارو به شرح زیر استفاده کنید:
- متفورمین را با دوز **250mg** (نصف قرص) دو بار در روز (حداقل دوز) همراه و یا پس از غذا برای بیمار شروع کنید. در صورت عدم پاسخ (کنترل قند خون ناشتا ۲ تا ۴ هفته بعد) دوز دارو را هر بار **500-250 mg** تا سقف **3000-2500 mg/d** (۶ قرص در روز) اضافه کنید. در صورت عدم پاسخ، سولفونیل‌اوره (گلی‌بن‌گلامید) را به صورت تک‌دوز به میزان **5mg/d** - **1/25 mg/d** اضافه کرده و در صورت عدم پاسخ (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) دوز دارو را تا **20 mg/d** (۴ قرص) بالا ببرید. لازم است دوز روزانه را به میزان بیش از **10mg** دو بار در روز به بیمار بدهید. در صورت عدم پاسخ (کنترل ماهانه قند خون ناشتا) از انسولین استفاده کنید.

توصیه‌های تغذیه‌ای در سالمندان دیابتیک چاق

- استفاده از رژیم غذایی سه وعده‌ای شامل صبحانه، ناهار و شام
- صبحانه شامل پنیر، گردو، تخم‌مرغ، شیر، نان (یک کف دست نان سنگک و یا بربری و یا تافتون و یا ۴ کف دست نان لواش)
- ناهار شامل انواع گوشت (سه قطعه خورشتی) و یا حبوبات (سه چهارم لیوان). بهتر است یک تا دو قطعه گوشت با نصف تا یک چهارم لیوان حبوبات، نان (یک کف دست نان سنگک یا بربری یا تافتون و یا ۴ کف دست نان لواش)، برنج و یا ماکارونی (نصف لیوان) به همراه سالاد و یا سبزیجات، ماست و یا دوغ مصرف شود.
- شام شامل انواع گوشت (سه قطعه خورشتی) و یا حبوبات (سه چهارم لیوان)، نان (یک کف دست نان سنگک، بربری، تافتون و یا ۴ کف دست نان لواش)، برنج و یا ماکارونی (نصف لیوان) به همراه سالاد با روغن زیتون و یا سبزیجات، ماست و یا دوغ
- میان‌وعده دو بار در روز شامل استفاده از میوه‌های تازه و خشک و انواع مغزها مثل بادام، پسته، گردو و فندق، لبنیات کم‌چرب مثل شیر، ماست، پنیر و کشک
- رعایت تنوع غذایی از چهار گروه غذایی گوشت و حبوبات، میوه و سبزی، لبنیات، نان و غلات در برنامه غذایی روزانه
- استفاده از روغن‌های مایع نباتی به جای روغن‌های جامد نباتی
- مصرف غذاهای آب‌پز، کبابی و یا تنوری به جای غذاهای سرخ‌شده و چرب
- خودداری از مصرف غذاهای کنسرو شده و سوسیس، کالباس، همبرگر و مغز و کله‌پاچه
- جایگزین کردن میوه به جای آب میوه
- افزایش تعداد وعده‌های غذا در روز به همراه کاهش حجم آنها
- ثابت کردن زمان صرف غذا در وعده‌های مختلف در هر روز
- جایگزین کردن نان و ترجیحاً نان سبوس‌دار به جای برنج و ماکارونی
- مصرف شیر و لبنیات کم‌چرب
- مصرف گوشت بدون چربی و مرغ و ماهی بدون پوست
- استفاده از گوشت سفید به جای گوشت قرمز
- مصرف حداقل ۴ لیوان پر از شیر و یا جایگزین‌های آن (یک لیوان پر از ماست، دو لیوان پر از دوغ، یک قوطی کبریت پنیر و نصف لیوان کشک)

۷- مشکلات ادراری- تناسلی

در صورت وجود مشکلات ادراری- تناسلی، سالمند باید از نظر تب، معاینه شکمی و تندرns فلانک به طور کامل بررسی شود. همچنین در مورد مشکلاتی مانند سوزش ادرار، تکرر ادرار، وجود خون در ادرار، ادرار کردن شبانه (در سالمند مرد)، وجود تغییرات در خروج ادرار (باریک شدن، قطره قطره شدن انتهای ادرار و...) و احتباس ادراری (در سالمندان مرد) و خروج غیرارادی ادرار باید سؤالاتی از سالمند پرسیده شود. درجه حرارت دهانی و مقعدی سالمند نیز باید اندازه‌گیری شود.^۱

۷-۱- تست‌های آزمایشگاهی

تست‌های **U/C, U/A, ESR, CBC(diff)**، سونوگرافی شکم و لگن و **KUB** باید برای سالمند درخواست داده شود.

۷-۲- درمان

- در صورتی که سالمند دارای سوزش ادرار، تکرر ادرار یا خون در ادرار است، اقدامات زیر را برای وی انجام دهید:
- درخواست آزمایش کامل ادرار و آنتی‌بیوگرام آن
- مصرف کوتریموکسازول هر ۱۲ ساعت دو عدد پس از انجام آزمایش تا دریافت جواب آزمایش
- در صورتی که سالمند زن دارای خروج غیرارادی ادرار است، اقدامات زیر را برای وی انجام دهید:
- پس از دفع ادرار، ادرار باقیمانده سالمند را از طریق سوند یا سونوگرافی اندازه‌گیری کنید.
- در صورتی که سالمند رزیدو ندارد، برای وی آزمایش کامل ادرار و کشت و آنتی‌بیوگرام آن را درخواست کنید.
- در صورت وجود احتباس ادرار، از کیسه ادرار استفاده کرده و سپس سالمند را برای بررسی پروستات به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- در صورت وجود کشت ادرار مثبت به همراه تب، سالمند را بر اساس درمان استاندارد عفونت ادراری معالجه کنید.

۱- درجه حرارت دهان بیش از ۳۸/۲ درجه سانتیگراد و درجه حرارت مقعدی بیش از ۳۸/۷ درجه سانتیگراد، غیرطبیعی می‌باشد.

- در صورت وجود رزیدو، سالمند را برای بررسی پروستات و بی‌اختیاری ادرار به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- در صورت کشت ادرار مثبت بدون وجود تب، طبق درمان استاندارد عفونت ادراری، سالمند را معالجه و درمان وی را پیگیری کنید.
- در صورت وجود ادرار کردن شبانه و یا تغییرات در خروج ادرار، سالمند مرد را توشه رکتال کنید و برای سالمند زن تست استرس را انجام دهید. چنانچه هر یک از موارد گفته شده غیرطبیعی باشد، سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- در صورت وجود عفونت ادراری بدون وجود لکوسیتوز شدید و حال عمومی بد سالمند، درمان دارویی را مطابق آنتی‌بیوگرام انجام دهید.
- در صورت وجود لکوسیتوز شدید و وضعیت عمومی بد بیمار و وجود کاشکسی و وجود علائم درد شکمی، سالمند را به مرکز تخصصی بیمارستانی ارجاع دهید.
- در صورت وجود شواهدی به نفع توده شکمی در سونوگرافی یا **KUB**، سالمند را ارجاع دهید.
- در صورت وجود سنگ‌های ادراری مقاوم به درمان‌های اولیه و یا عود مکرر علائم انسدادی سنگ و یا شواهدی به نفع بزرگ بودن سنگ و احتمال ظهور علائم انسدادی حاد، بیمار را به متخصص اورولوژی ارجاع دهید.

۸- مشکلات بینایی

یکی از مشکلاتی که سالمندان با آن رو به رو می‌شوند، وجود مشکلات بینایی است. طبق آمار به دست آمده، ۵۷ درصد زنان و ۴۲/۲ درصد مردان در شهر، و ۶۴/۵ درصد زنان و ۵۳ درصد مردان در روستا از این مشکلات رنج می‌برند (۳:۴۱۸). در هنگام بررسی چشم سالمند، ابتدا باید در مورد مشکلات بینایی از وی سؤال کنید. در صورت شکایت وی از کاهش بینایی، ببینید که آیا از عینک یا لنز استفاده می‌کند. اگر بیمار عینک دارد، در مورد وضعیت دید وی هنگام استفاده از عینک سؤال کنید. در صورت وجود درد و سوزش در چشم، زمان ایجاد آن را بررسی کرده و ملتحمه چشم را بخوبی نگاه کنید. در معاینه چشم حتماً باید ته چشم و **visual Fiel** سالمند را بررسی کنید. در کل، مواردی مانند ظاهر غیرطبیعی (قرمزی، اشک‌ریزش، ترشح و مدت آن) رنگ‌پریدگی ملتحمه، خشکی چشم، کدورت عدسی، رتینوپاتی و... باید در هنگام معاینه چشم سالمند مورد توجه قرار گیرند.

۱-۸- درمان

- چنانچه سالمند دارای درد و یا سوزش در چشم، قرمزی چشم، تاری دید ناگهانی، مشاهده ناگهانی تعداد زیادی ذرات سیاه‌رنگ شناور، ادم پایی و یا خونریزی ته چشم باشد، دچار یک مشکل جدی در چشم شده که باید به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.
- چنانچه سالمند دارای ترشح از چشم به مدت بیش از دو هفته یا اشک‌ریزش مداوم و یا مشکل دید نزدیک یا دور باشد باید به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.
- چنانچه ترشح از چشم سالمند کمتر از دو هفته باشد، سالمند به عفونت چشمی مبتلا شده که باید با قطره چشمی حاوی آنتی‌بیوتیکی به مدت ۵ روز درمان شده و پس از دو روز پیگیری شود.
- در صورت وجود کونژنکتیویت حاد به همراه سوزش و درد چشم و با توجه به شرح حال بیمار، درمان لازم آنتی‌بیوتیکی و یا ضدآلرژی را شروع کنید. برای نمونه، آنتی‌بیوتیکی مانند قطره اریترومايسين به میزان ۲ قطره هر ۶ ساعت و یا قطره جنتامایسین به میزان ۲ قطره هر ۸ ساعت را تجویز کنید. در صورت عدم بهبودی بعد از سه روز و یا ایجاد تغییرات بینایی به نفع گلوکوم، بیمار را به متخصص ارجاع دهید.
- چنانچه علائم چشمی، ناشی از عوارض دیابت و سایر مشکلات شبکیه وجود داشت، و همچنین در صورت وجود علائم کاتاراکتی که برای بیمار مشکلات بینایی ایجاد کرده است، بیمار را ارجاع دهید.

نکته

- چنانچه سالمند با سردرد شدید، تاری دید ناگهانی، قرمزی چشم، سوزش و درد داخل و یا دور چشم (معمولاً به صورت یکطرفه) مراجعه کند باید به طور فوری به مرکز تخصصی ارجاع داده شود؛ ولی قبل از ارجاع باید موارد زیر را برای سالمند انجام دهید:
- یک قطره از محلول پیلوکارپین ۲ درصد هر ۵ دقیقه، ۴ تا ۶ بار در چشم بیمار بچکانید.
 - در صورت جواب ندادن به پیلوکارپین از استازولامید خوراکی به میزان ۲۵۰ mg استفاده کنید.

۹- مشکلات شنوایی

یکی از مهم‌ترین اختلالات، شکایت‌ها و بیماری‌های سالمندان، اختلالات شنوایی می‌باشد. طبق آمار به دست آمده ۲۶/۲ درصد زنان و ۲۵/۷ درصد مردان در شهر، و ۲۹/۳ درصد زنان و ۲۹/۹ درصد مردان در روستا از مشکلات شنوایی رنج می‌برند (۴۱۸: ۳).

این آمار، اهمیت بررسی این مشکلات را بیشتر نشان می‌دهد.

برای بررسی وضعیت شنوایی یک سالمند موارد زیر را در او بررسی کنید:

- آیا سالمند پچ پچ را با یا بدون سمعک نمی‌شنود؟
- آیا سالمند از دیگران می‌خواهد صحبت خود را تکرار کنند؟
- آیا سالمند به طور مکرر صدای رادیو و تلویزیون را بلند می‌کند؟
- آیا سالمند صدای زنگ تلفن و یا صحبت تلفنی را می‌شنود؟
- آیا سالمند سابقه وزوز گوش دارد؟
- در صورت ترشح از گوش مدت آن را سؤال کنید.
- علاوه بر پرسشهای بالا باید شخصاً سالمند را آزمایش کنید:
- با صدای آرام‌تر از معمول صحبت کنید.
- از سالمند بخواهید جملات پچ‌پچ شده را تکرار کند.
- با استفاده از اتوسکوپ، گوش وی را معاینه کنید.
- توجه کنید که آیا سالمند فقط در صورت دیدن فرد، صدای او را می‌شنود (لب‌خوانی).

تست‌های آزمایشگاهی

- اودیومتری
- تمپانومتری

۹-۲- درمان

- در صورت ترشح از گوش، قبل از ارجاع سالمند، با عمل فتیله‌گذاری گوش وی را خشک کنید.
- در صورت وجود وزوز گوش، سالمند را با آنتی‌هیستامین درمان کنید. چنانچه پس از سه روز، علائم بهتر نشد، وی را به متخصص ارجاع دهید.
- در صورت وجود جرم در گوش، قطره گلیسرین فنیله را برای مدت ۴ روز (۴ بار و هر بار ۴-۵ قطره) تجویز کرده و پس از ۴ روز گوش سالمند را شستشو دهید.

- در صورتی که معاینه گوش، طبیعی باشد، ولی کاهش شنوایی وجود داشته باشد، سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- در صورت وجود التهاب و عفونت در گوش میانی، به مدت ده روز به سالمند آنتی‌بیوتیک بدهید.
- در صورت وجود التهاب و عفونت در گوش خارجی از قطره‌های گوش‌حاشی حاوی آنتی‌بیوتیک یا ضدقارچ استفاده کنید.
- برای تسکین درد از استامینوفن استفاده کنید.
- در صورت وجود اختلال سنسوری‌نورال دوطرفه منطبق با پیرگوشی، سالمند را برای گرفتن سمعک ارجاع دهید.
- در صورت وجود اختلال سیستمیک مانند مشکلات فشار خون بالا، باید درمان لازم را طبق پروتکل فشار خون انجام دهید.
- در صورت اختلال تست پچ‌پچ و یا اظهار نظر صریح سالمند مبنی بر کاهش قدرت شنوایی، چنانچه در معاینه بالینی مجرای خارجی گوش، ضایعه انسدادی (مانند واکس) مشاهده نشد، برای خارج کردن واکس به صلاح خودتان اقدامات لازم را انجام دهید. چنانچه ضایعه‌ای در مجرای خارجی گوش وجود نداشته باشد، معاینه دقیق پرده گوش الزامی است. اگر در پرده گوش ضایعه‌ای اعم از سوراخ‌شدگی یا اسکروز مشاهده شود، برای بیمار تمپانوگرام درخواست کنید.
- در صورتی که سلامت پرده گوش محرز باشد، با توجه به اینکه شایع‌ترین علت کاهش شنوایی در افراد مسن، کری حسی-عصبی از نوع پیرگوشی و به شکل دوطرفه می‌باشد، برای تعیین شدت آن، برای بیمار اودیومتری درخواست کنید. باید توجه کنید که همراهی کاهش شنوایی و سرگیجه و سردرد، ضرورت بررسی تخصصی را ثابت می‌کند.
- دیابت، هیپرتیروئیدی و هیپوتیروئیدی که هر سه در سالمندان شایع هستند می‌توانند موجب کاهش شنوایی شوند. این سه مشکل در بیشتر موارد با اصلاح و درمان بیماری زمینه‌ای، برگشت‌پذیر می‌باشند.
- پس از اودیومتری و **DTA** چنانچه کاهش شنوایی از نوع حسی-عصبی، دوطرفه و در فرکانس‌های بالا (**20-18 KH2**) باشد، پس از مشاوره با بیمار در مورد نیاز و علاقمندی به دریافت سمعک، وی را به کلینیک سمعک ارجاع دهید.

نکته

- مصرف داروهای اتوتوکسیک مانند آنتی بیوتیک‌ها، دیورتیک‌ها، داروهای ضدالتهابی و داروهای موضعی گوش ممکن است باعث ایجاد کاهش شنوایی حسی - عصبی به همراه سرگیجه و وزوز گوش شوند.
- کاهش شنوایی در پیروگوشی، بتدریج از فرکانسهای بالا به سایر فرکانسهای پایین‌تر پیشرفت می‌کند.

۱۰- سرطان

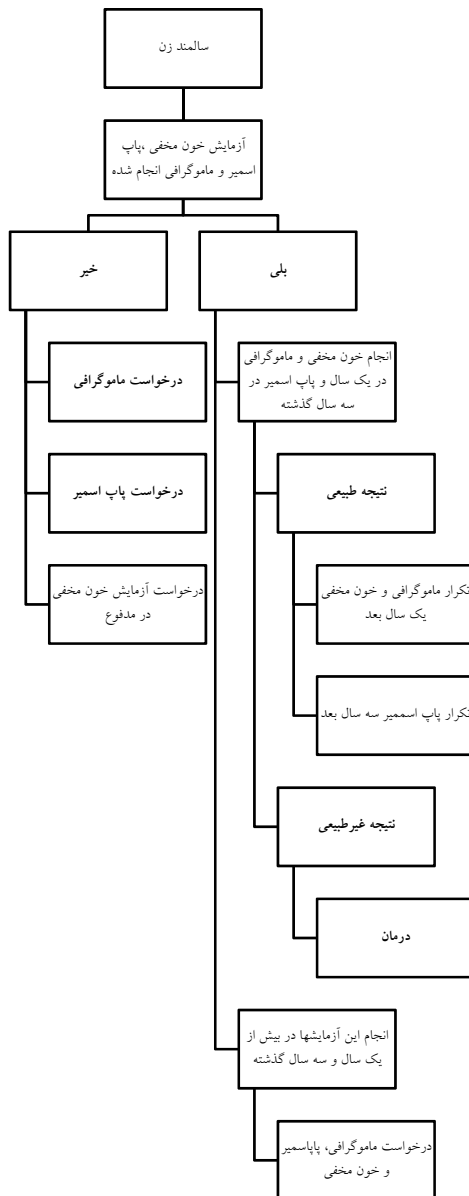
چنانچه سالمند با بی‌اشتهایی و کاهش وزن ناخواسته مراجعه کند باید دید که آیا وی اخیراً دچار تغییر در اجابت مزاج و یا سوء هاضمه شده است. در صورت پاسخ مثبت باید آزمایش خون مخفی در ادرار برای وی درخواست شود. همچنین باید سابقه بیوپسی از پستان در فرد سالمند و یا سابقه فامیلی سرطان پستان، کولون یا رحم را در اقوام درجه یک وی جویا شوید. چنانچه پاسخ، مثبت باشد باید برای سالمند زن ماموگرافی درخواست کنید. وجود خونریزی مهیلی و یا خونریزی مهیلی پس از نزدیکی و همچنین مشکوک بودن آخرین پاپ‌اسمیر یا ماموگرافی باید از سالمند پرسیده شود. در صورت مثبت بودن پاسخ، برای وی پاپ‌اسمیر درخواست کنید. یک خانم مسن باید برای بررسی رحم و پستان به طور دوره‌ای توسط ماما یا پزشک زن مورد ارزیابی قرار گیرد. پستان باید از نظر ظاهر طبیعی، قرینه بودن، قوام، وجود توده، وجود ترشح از نوک پستان و یا توکشیدگی نوک پستان بررسی شود.

همچنین یک سالمند مرد باید از نظر بزرگ شدن پروستات و قوام طبیعی آن مورد بررسی قرار گیرد.

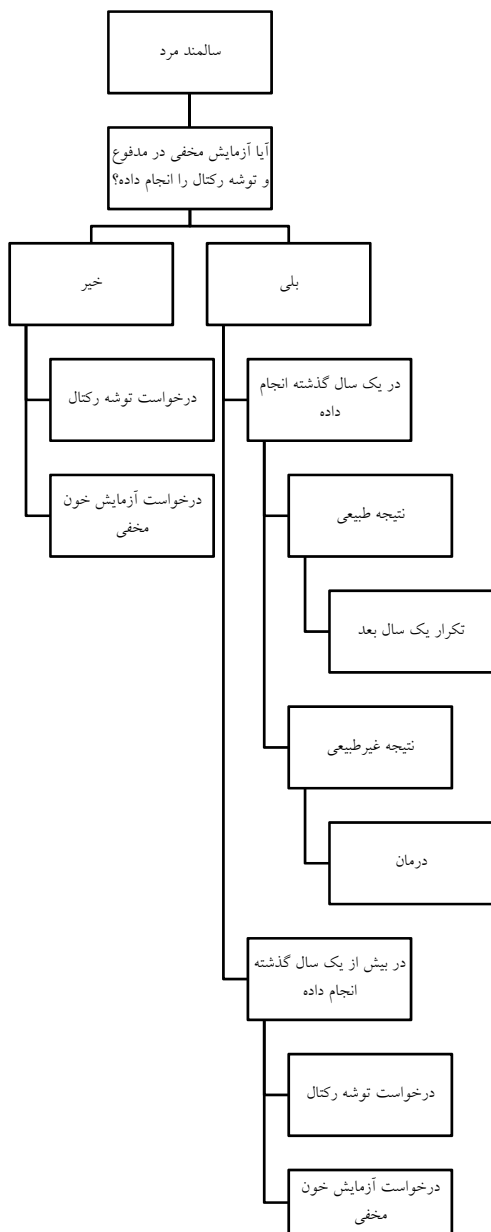
۱-۱۰- اقدامات

- چنانچه خون مخفی در مدفوع وجود داشته باشد، ماموگرافی غیرطبیعی و یا پاپ‌اسمیر مشکوک باشد، ممکن است سالمند به سرطان مبتلا شده باشد؛ بنابراین باید وی را به مراکز تخصصی ارجاع دهید.
- در صورت منفی بودن وجود خون مخفی در مدفوع و یا ماموگرافی و پاپ‌اسمیر طبیعی، سالمند به سرطان مبتلا نیست. در این حالت چنانچه سالمند با بی‌اشتهایی و کاهش وزن مراجعه کرده باشد باید وی را از نظر افسردگی و یا اختلالات شناختی بررسی کرده و وی را برای

آموزش به بهورز ارجاع دهید. همچنین باید وی را برای مراجعه بعدی در سال بعد (فقط پاپاسمیر سه سال بعد، در صورت داشتن دو پاپاسمیر منفی پی درپی) تشویق کنید. مراحل نام برده شده، در الگوریتم ۳ به طور خلاصه و جداگانه آورده شده‌اند:



الگوریتم شماره ۳- الف- راهنمای انجام تست سرطان در زنان



الگوریتم شماره ۳-ب- راهنمای انجام تست سرطان در مردان

۱۱- اختلالات تیروئید

اختلالات تیروئید نیز یکی از مشکلاتی است که سالمندان بیشتر دچار آن می‌شوند. هنگام مراجعه سالمند ابتدا باید غده تیروئید وی از نظر اندازه، قوام و وجود ندول مورد بررسی قرار گیرد. طبقه‌بندی زیر از سوی سازمان جهانی بهداشت برای درجه‌بندی گواتر ارائه شده است (۸۴: ۵).

جدول شماره ۲- درجه‌بندی گواتر

درجه	شرح
۰	گواتر وجود ندارد.
۱	غده تیروئید بزرگتر از بند دوم شست است؛ ولی هنگامی که سر در وضع طبیعی است، دیده نمی‌شود.
۲	غده تیروئید هنگامی که سر در حال طبیعی است، دیده می‌شود.

سالمندی که دارای مشکلات تیروئید است ممکن است با ضعف و بی‌حسی و دردهای عضلانی مراجعه کند. در این حالت ابتدا سؤالات زیر را از وی پرسید:

- آیا سالمند اخیراً دچار تغییر در اشتها شده است؟
- آیا سالمند اخیراً دچار تغییر در وزن شده است؟
- آیا تحرک سالمند به طور ناخواسته کاهش یافته است؟
- آیا سالمند یبوست دارد؟
- در صورتی که حداقل یکی از این نشانه‌ها وجود داشته باشد باید اقدامات زیر را انجام دهید:

- هورمون محرک تیروئید (TSH) سالمند را اندازه‌گیری کنید.
- در صورتی که TSH بالاتر از ۴/۵ و کمتر از ۵ است، T4 را اندازه‌گیری کنید.
- سپس درمان مناسب را بر اساس جدول زیر آغاز کنید.

جدول شماره ۳- تقسیم‌بندی تیروئید

بدون نشانه	TSH < ۰.۱/۰ یا TSH نرمال به همراه علائم کلینیکی و T4 بالاتر از حد طبیعی	TSH > ۵ یا TSH > ۴/۵ یا T4 کمتر از حد طبیعی	TSH > ۱۵
اختلال تیروئید وجود ندارد.	هیپرتیروئیدی	هیپوتیروئیدی	هیپوتیروئیدی بحرانی

• حد طبیعی T₄ کمتر از ۰/۶ نانوگرم در دسی لیتر است.

۱-۱۱- درمان

- چنانچه هیپوتیروئیدی بحرانی وجود داشته باشد باید سالمندان را به مراکز تخصصی ارجاع دهید.
- چنانچه هیپوتیروئیدی وجود داشته باشد سالمند را بر اساس درمان استاندارد هیپوتیروئیدی معالجه کنید.

نکته

- چنانچه سالمند دارای اختلال تیروئید نمی‌باشد، ولی همچنان ضعف و درد عضلانی دارد باید از نظر افسردگی و دیابت بررسی شده و برای مراجعه بعدی (۵ سال بعد) تشویق شود.

۱۲- عضلات، استخوان و مفاصل

- با گذشت زمان، تغییر شکل‌هایی در اندامها مشاهده می‌شود. گاهی ممکن است خون‌رسانی به اندام‌های تحتانی کمتر شده و در نتیجه سالمند دچار محدودیت حس و حرکت شود. استئوپوروز یا پوکی استخوان یکی از مسائل بسیار با اهمیت و رایج دوران سالمندی است. ضعف ناشی از پوکی عضلات نیز پدیده رایجی است. به همین دلیل سالمند باید از نظر تندرئیس مهره‌های کمر، دفورمیتی، کاهش نیروی عضلانی و یا حس، میزان قدرت عضلانی و دامنه حرکت، محدودیت حرکت، تورم، گرما، تغییر شکل و پوکی استخوان بررسی شود.

برای این بررسی ابتدا از سالمند در مورد درد و کاهش ناگهانی یا تدریجی و پیشرونده قدرت عضلانی و یا حس یک و یا چند اندام سؤال کنید. سپس به وسیله معاینه، کم شدن دامنه حرکات مفاصل در زمان به حرکت درآوردن آنها در ابعاد مختلف، وجود قرمزی، تورم، گرما، تغییر شکل در یک مفصل و مفاصل گرفتار را بررسی کنید.

روش تعیین درجه قدرت عضلانی در جدول شماره ۴ آمده است.

۱-۱۲- اقدامات

- در صورتی که سالمند دچار کاهش ناگهانی قدرت عضلانی و یا حس در یک و یا چند اندام شده باشد باید وی را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- در صورتی که سالمند مشکل استخوان و مفاصل ندارد باید به وی در مورد تغذیه و مراقبت از استخوان و مفاصل آموزش دهید.

جدول شماره ۴- درجه قدرت عضلانی

درجه ۰	عضله هیچ انقباض و حرکتی ندارد و کاملاً شل و بی حرکت است.
درجه ۱	عضله منقبض شده است ولی هیچ حرکتی ایجاد نمی کند.
درجه ۲	عضله منقبض شده است و فقط اگر نیروی جاذبه زمین حذف شود منجر به حرکت مفصلی یا اندام می شود.
درجه ۳	عضله منقبض شده است و می تواند با غلبه بر نیروی جاذبه زمین منجر به حرکت مفصلی یا اندام شود.
درجه ۴	عضله منقبض شده است و می تواند با غلبه بر جاذبه و مقداری مقاومت اضافی منجر به حرکت مفصلی یا اندام شود.
درجه ۵	عضله کاملاً طبیعی و دارای قدرت کافی می باشد.

نکته

- گاهی اوقات سالمند با درد شدید اسکلتی - عضلانی مراجعه می‌کند. در این حالت باید سابقه زمین خوردن یا سقوط به همراه زخم باز، تغییر شکل، تورم و یا کبودی در وی بررسی شده و قبل از ارجاع او به مرکز تخصصی موارد زیر انجام شود.
- عضو آسیب‌دیده را حرکت ندهید.
 - برای تمام زخم‌های باز ابتدا لباسها را درآورده، سپس زخم را پس از مشاهده کامل با یک گاز خشک استریل بپوشانید و در صورت خونریزی، با فشار جلوی آن را بگیرید.
 - اندام آسیب‌دیده را پس از خروج کامل لباسها و مشاهده کامل آن، آتل‌بندی کنید.

نکته

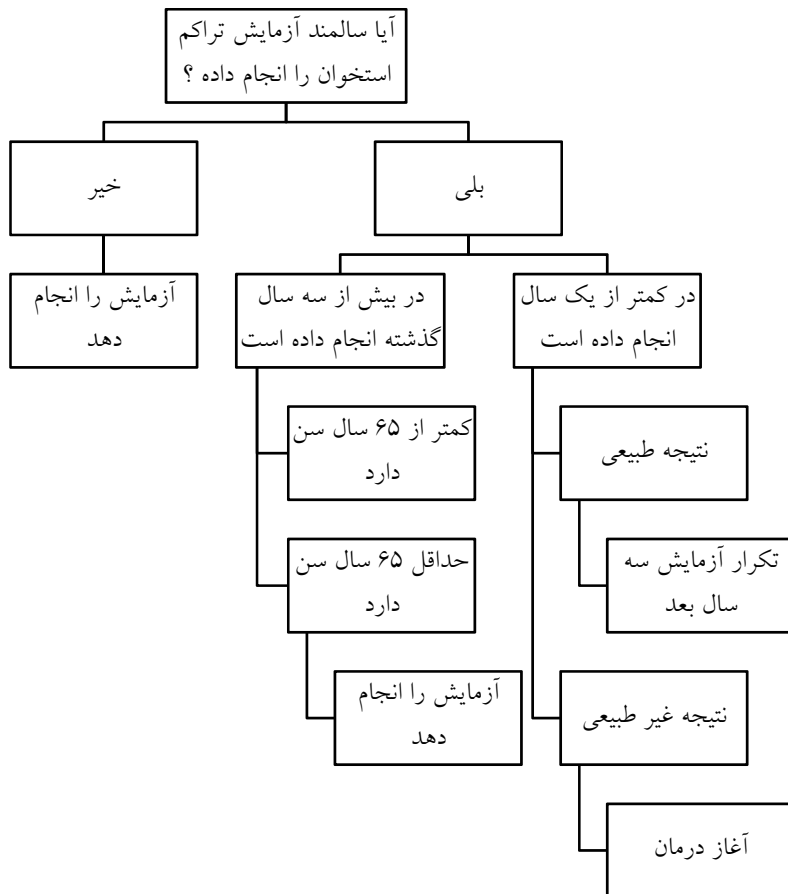
گاهی سالمند با شکایت از اختلال در راه رفتن بعد از طی مسافت مشخصی، مراجعه می‌کند. به این شکل که در ابتدای حرکت، مشکلی ندارد؛ ولی پس از پیمودن مسافتی، دچار ضعف و سستی در اندام‌های تحتانی می‌شود؛ تا جایی که سالمند مجبور می‌شود راه رفتن خود را متوقف کند. به این حالت، لنگیدن متناوب^۱ می‌گویند. افتراق نوع عروقی این مشکل از نوع عصبی آن اهمیت دارد.

۱۳- پوکی استخوان

استئوپوروز یا پوکی استخوان یک بیماری استخوانی است که در آن استحکام استخوان دچار اختلال شده و فرد مبتلا، مستعد افزایش خطر شکستگی می‌شود. این بیماری شایع‌ترین بیماری متابولیک استخوان است که با کاهش توده استخوانی و افزایش شکنندگی استخوان مشخص می‌شود.

مهم‌ترین عامل مؤثر در ایجاد این بیماری، عامل ژنتیک است. به طوری که در نژاد سفید و آسیایی این بیماری شایع‌تر می‌باشد. اهمیت استئوپوروز در شکستگی ناشی از آن است. این مسأله یک علت مهم ناتوانی و مرگ و میر به حساب می‌آید (۵: ۲).

برای بررسی پوکی استخوان در سالمند زن می‌توانید بر اساس الگوریتم شماره ۴ عمل کنید:



الگوریتم شماره ۴

همچنین عوامل خطر زیر باید از سالمند پرسیده شود:

- سابقه فامیلی پوکی استخوان یا شکستگی هیپ در مادر
- یائسه شدن قبل از سن ۴۵ سالگی
- بی حرکتی طولانی
- سابقه مصرف کورتون حداقل به مدت سه ماه
- مصرف دخانیات و فقدان ورزش منظم
- سوء تغذیه و یا مصرف ناکافی لبنیات و یا عدم دریافت مکمل‌های کلسیم و ویتامین **D**

۱-۱۳- اندیکاسیون‌های انجام BMD (۲:۱۳)

-سن بالای ۶۵ سال

-سن ۶۵-۵۵ سال همراه یک ریسک‌فاکتور ماژور یا دو ریسک‌فاکتور مینور

۲-۱۳- عوامل خطر استئوپوروز (۲:۱۴)

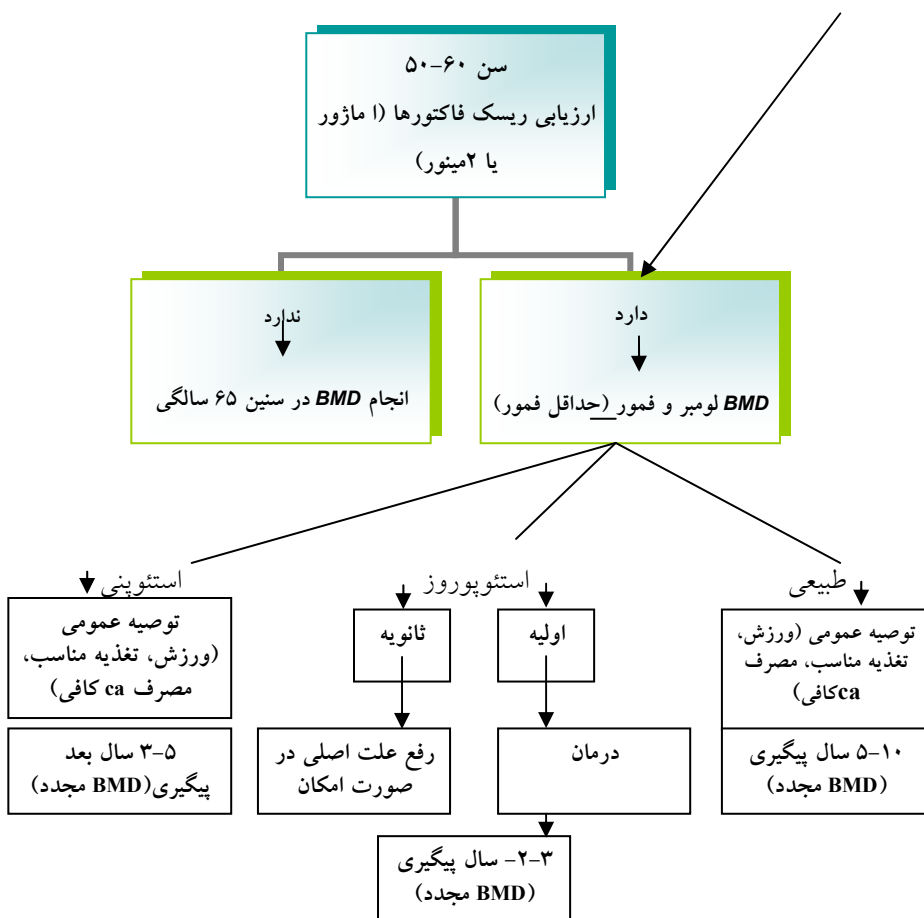
این عوامل به دو دسته مینور و ماژور تقسیم می‌شوند که در جدول زیر آمده است.

جدول شماره ۵- عوامل خطر استئوپوروز

عوامل خطر سازه مینور	عوامل خطر سازه ماژور
- بی‌حرکتی	- سن بیش از ۶۵ سال
- کاهش وزن بیش از ۱۰ درصد نسبت به وزن دوران جوانی، یا شاخص توده بدنی کمتر از 19 kg/m^2	- سابقه شکستگی استئوپروتیک در بیمار یا بستگان درجه اول وی
- سیگار	- سابقه مصرف گلوکوکورتیکوئیدها
- مصرف طولانی‌مدت هپارین و ضدتشنج‌ها	- وجود استئوپنی در گرافی ساده استخوان
- مصرف بیش از دو بار الکل در روز	- منوپوروز زودرس (پیش از ۴۰ سالگی)
	- بالا بودن احتمال زمین خوردن (به علت بیماری‌های عصبی-عضلانی، اختلال دید و...)
	- هیپوگنادیسم
	- سندرم‌های سوء تغذیه
	- هیپوپاراتیروئیدی اولیه

در ادامه، الگوریتم پیگیری بیماران مشکوک به استئوپوروز آورده شده است (۲:۲۸):

سن بیشتر از ۶۵ سال



الگوریتم شماره ۵- استئوپوروز

در پایان بر اساس جدول زیر تصمیم گیری کنید:

جدول شماره ۴

اگر آزمایش تراکم استخوان طبیعی و $SD \geq 1/5$ باشد	اگر آزمایش تراکم استخوان کمتر از $SD \geq 2/5$ و بدون عوامل خطر
بدون مشکل استئوپوروز	مشکل استئوپوروز

۳-۱۳- اقدامات

- چنانچه سالمند مشکل استئوپوروز داشته باشد، وی را بر اساس درمان استاندارد پوکی استخوان معالجه کنید.
- چنانچه سالمند مشکل استئوپوروز نداشته باشد، وی را برای آموزش شیوه زندگی سالم به بهورز ارجاع داده و در صورت وجود عوامل خطر، او را برای مراجعه بعدی در یک سال بعد، و در صورت نداشتن عوامل خطر برای مراجعه بعدی در سه سال بعد تشویق کنید.
- درمان پایه کلسیم و ویتامین **D** را نباید هرگز فراموش کنید.
- درمان یکی از دو مورد میکاکلسیت یا فوزوماکس توصیه می‌شود.

۱۴- آنمی

بنا به تعریف، آنمی کاهش گلبولهای قرمز خون یا کاهش میزان هموگلوبین خون می‌باشد. این بیماری بر اساس نتایج آزمایش **CBC** مشخص می‌شود. چنانچه میزان هموگلوبین خون کمتر از مقدار نرمال آزمایشگاهی باشد، آنمی رخ داده است. معمولاً در زنان، هموگلوبین کمتر از $12-11 \text{ mg/dl}$ و در مردان هموگلوبین کمتر از $14-13 \text{ mg/dl}$ را آنمی به حساب می‌آورند. در مورد شمارش گلبولهای قرمز نیز معمولاً کمتر از $3/9$ در زنان و کمتر از $4/5$ در مردان نیز آنمی محسوب می‌شود. با مشاهده هر یک از حالت‌های بالا، آنمی به سه دسته زیر تقسیم می‌شود:

- ۱- آنمی میکروستیک: اگر **mcv** کمتر از ۸۰ باشد.
 - ۲- آنمی نورموستیک: اگر **mcv** بین ۸۲-۹۸ باشد.
 - ۳- آنمی ماکروستیک: اگر **mcv** بیشتر از ۹۸ باشد.
- در برخورد با فردی که دچار آنمی میکروستیک شده باید به میزان **MCHC** توجه شود و بر اساس آنچه در ادامه آمده است باید اقدامات لازم را انجام داد.

۱-۱۴- اقدامات

- اگر $\text{MCHC} > 36$ باشد باید به اسفروسیتوز ارثی مشکوک شده و بررسی های لازم در این مورد انجام شود.
- اگر $\text{MCHC} < 30$ باشد، برای بررسی فقر آهن باید اندازه‌گیری فریتین، **ser.Iron** و **TIBC** سرم درخواست شود. در این صورت دو حالت پیش خواهد آمد:

- ۱- میزان آهن سرم، **TIBC** و فرتین نرمال است؛ بنابراین باید به هموگلوبینوپاتی‌ها، بیماری‌های التهابی مزمن و سابقه مصرف دارویی (از جمله ایزونیاژید- پیریدوکسین و...) مشکوک شویم و بررسی‌های لازم مثل الکتروفورر هموگلوبین و بررسی‌های آزمایشگاهی روماتولوژیک و شرح حال کامل دارویی را انجام دهیم.
- ۲- اگر میزان **serum Ferritin** < 10 و **TIBC/serum Iron** $< 10\%$ باشد، آنمی فقر آهن مطرح است؛ در این حالت بررسی سیستم گوارشی از جهت دفع خون، بررسی دقیق‌تر تغذیه فرد و سابقه خونریزی‌های مختلف، بسیار اهمیت دارد. اگر تشخیص با این بررسی‌ها مشخص شد، درمان بیماری زمینه‌ای و درمان آنمی فقر آهن باید انجام شود. اگر بررسی‌ها نرمال بود باید درمان با آهن خوراکی و سایر پروتکل‌های درمانی آنمی فقر آهن صورت گیرد. در برخورد با آنمی نورموستیک باید حتماً اندازه‌گیری رتیگولوسیت‌ها انجام شود.

۱۵- مشکلات دهان و دندان

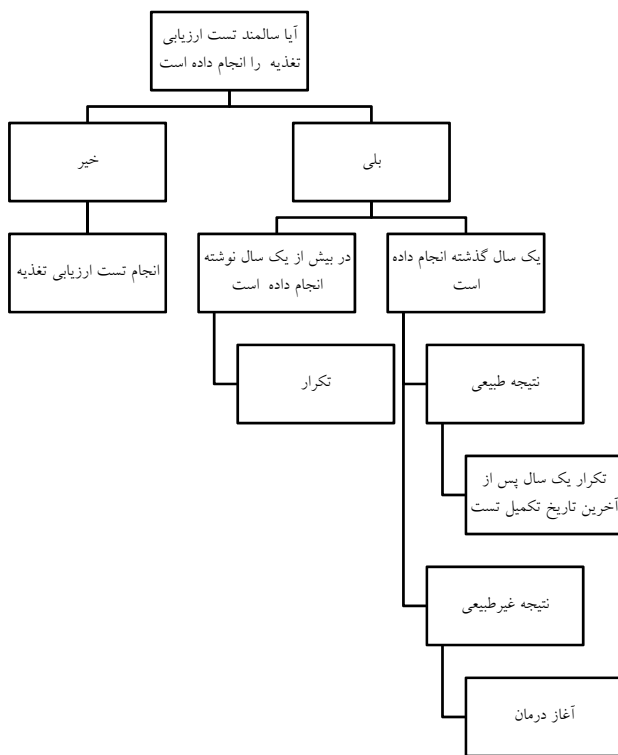
- در صورتی که سالمند دچار مشکلات دهان و دندان شده باشد باید یکسری سؤالات از وی پرسیده شود:
- _ آیا سالمند دندان درد دارد؟
 - _ آیا نخ دندان هنگام استفاده پاره می‌شود؟
 - آیا سالمند در موقع مسواک زدن یا گاز زدن سیب دچار خونریزی از لثه می‌شود؟
 - _ آیا سالمند مشکل جویدن دارد؟
 - همچنین باید به موارد زیر توجه کنید:
 - _ تغییر رنگ دندان به قهوه‌ای و یا سیاه
 - _ سوراخ شدن و یا شکستگی دندان
 - _ بوی بد دهان
 - _ لثه پر خون، قرمز و متورم
 - _ بی‌دندانی مطلق
 - _ لق شدن دندان طبیعی و یا مصنوعی
 - _ وجود دندان مصنوعی
 - _ زخم و یا موارد غیرطبیعی در داخل دهان و یا دور لب

۱-۱۵- اقدامات

- چنانچه سالمند دارای بیماری‌های دهان و دندان شده باشد باید وی را به مرکز بهداشتی-درمانی ارجاع دهید.
- چنانچه سالمند حداقل یک نشانه‌ها از مشکلات دهان و دندان را داشته باشد باید به وی آموزش داده و او را به مرکز بهداشتی-درمانی ارجاع دهید.

۱۶- مشکلات تغذیه

برای بررسی وضعیت تغذیه و نظردهی در مورد وزن متعادل سالمند باید تست ارزیابی تغذیه و محاسبه **BMI** وی انجام شود.



برای ارزیابی سالمند و بررسی چاقی و لاغری وی ابتدا باید شاخص توده بدنی وی را به صورت زیر اندازه‌گیری کنید (۴۴۲:۶):

$$\text{BMI} = \frac{\text{وزن (به کیلوگرم)}}{\text{قد (به متر) به توان دو}}$$

تست ارزیابی وضعیت تغذیه

• در صورت پاسخ مثبت به هر سؤال، امتیاز یک، و در صورت پاسخ منفی، امتیاز صفر را به سالمند بدهید.

- آیا اشتهای سالمند از سه ماه قبل، تغییری نکرده است؟
 - آیا سالمند در یک ماه گذشته وزن کم نکرده است؟
 - آیا سالمند توانایی خروج از منزل را دارد؟
 - در صورت پاسخ منفی به سؤال قبل، آیا سالمند توانایی حرکت در داخل منزل را دارد؟
 - آیا سالمند در سه ماه گذشته بیماری و یا استرس و اضطراب نداشته است؟
 - آیا سالمند مشکلات روانی (دمانس و افسردگی) ندارد؟
 - آیا **BMI** سالمند مساوی یا بالاتر از ۱۹ است؟
- در صورتی که سالمند از مجموعه سؤالات بالا امتیاز ۶ را کسب کند، طبیعی می‌باشد؛ ولی اگر امتیاز وی کمتر از ۶ شود احتمالاً سوء تغذیه دارد و باید به سؤالات زیر پاسخ دهد:
- آیا سالمند در خانه‌ای مستقل زندگی می‌کند؟
 - آیا سالمند کمتر از سه نوع دارو می‌خورد؟
 - آیا سالمند زخم‌های جلدی یا زخم بستر ندارد؟
 - آیا سالمند حداقل سه وعده در در روز غذا می‌خورد؟
 - آیا سالمند یک وعده در روز از فرآورده‌های لبنی استفاده می‌کند؟
 - آیا سالمند یک و یا دو بار در هفته تخم‌مرغ و سبزیجات مصرف می‌کند؟
 - آیا سالمند هر روز گوشت، مرغ یا ماهی مصرف می‌کند؟
 - آیا سالمند در روز میوه و سبزی مصرف می‌کند؟
 - آیا سالمند حداقل ۵ لیوان نوشیدنی در روز مصرف می‌کند؟

- آیا سالمند بتنهایی و بدون سختی غذا می خورد؟
- آیا سالمند تغذیه سالمند از دیدگاه خود خوب است؟
- آیا سالمند وضعیت سلامتی خود را حداقل مشابه دیگران می داند؟
در پایان باید برای بررسی بیشتر سالمند اقدامات زیر را انجام دهید:
- دور وسط بازوی سالمند را اندازه گیری کنید. چنانچه کمتر از ۲۱ سانتیمتر بود، امتیاز صفر و اگر ۲۱ سانتیمتر و بیشتر بود، امتیاز یک را به او بدهید.
- دور وسط ساق پای سالمند را اندازه گیری کنید. اگر کمتر از ۳۱ سانتیمتر بود، امتیاز صفر و اگر ۳۱ سانتیمتر و بیشتر بود امتیاز یک را به او بدهید.
- در پایان بر اساس جدول زیر اقدامات مناسب را انجام دهید.

جدول شماره ۵

امتیاز کمتر از ۱۳	$BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$	$29 < BMI < 29 / 1 \text{ kg/m}^2$	امتیاز بین ۱۱-۱۳	امتیاز بیش از ۱۸
لاغری	چاقی	اضافه وزن	در معرض خطر سوء تغذیه	مشکل تغذیه و خطر سوء تغذیه وجود ندارد.

۱-۱۶- اقدامات

- ۱- در صورت لاغری باید سالمند را بر اساس راهنمای تغذیه در شرایط لاغری که در ادامه آمده است آموزش داده و روند درمان وی را پیگیری کنید.

راهنمای تغذیه در شرایط لاغری

(سوء تغذیه)

- رژیم غذایی شش وعده ای شامل صبحانه، ساعت ۱۰، ناهار، ساعت ۳، شام ساعت ۶-۷ و قبل از خواب
- صبحانه شامل عسل، مربا، کره، پنیر، تخم مرغ، شیر، خامه، نان، گردو
- ناهار شامل انواع گوشت (سه قطعه خورشتی) و یا حبوبات (یک لیوان)، برنج و یا ماکارونی (حداقل یک لیوان) به همراه سالاد و با روغن زیتون و یا سبزیجات و ماست و یا دوغ

- شام شامل انواع گوشت (حداقل سه قطعه خورشتی) و یا حبوبات (حداقل یک لیوان)، برنج و یا ماکارونی (حداقل یک لیوان) به همراه سالاد با روغن زیتون و یا سبزیجات و ماست و یا دوغ
 - میان‌وعده‌ها شامل استفاده از بیسکویت، کیک، شیرینی، نان، خرما، کلوچه، میوه‌های تازه و خشک و انواع مغزها مثل بادام، پسته، گردو، فندق، و لبنیات مثل شیر، ماست، پنیر، کشک و بستنی
 - استفاده از انواع طعم‌دهنده‌ها مثل ادویه، چاشنی، آبلیمو و...
 - رعایت تنوع غذایی از چهار گروه غذایی گوشت و حبوبات، میوه و سبزی، لبنیات پرچرب، نان و غلات در برنامه غذایی روزانه
 - مصرف روغن‌های مایع نباتی مثل روغن زیتون به همراه سالاد، سبزی و غذا
 - مصرف حداقل ۴ لیوان پر از شیر و یا جایگزین‌های آن (یک لیوان پر از ماست، دو لیوان پر از دوغ، یک قوطی کبریت پنیر و نصف لیوان کشک)
 - مصرف تخم‌مرغ در هفته حداقل سه عدد
- پیگیری:** سالمند باید دو هفته بعد برای کنترل وزن مراجعه کند؛ چنانچه وزن سالمند افزایش نیافته باشد باید وی را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

نکته

- ۱- چنانچه در بررسی وضعیت تغذیه به این نتیجه رسیدید که خطر سوء تغذیه وجود دارد باید دو حالت را در نظر بگیرید:
 - الف) در صورتی که بیمار بتازگی دچار کاهش وزن شده ولی دارای اشتهای نرمال باشد، باید بررسی سیستم گوارشی شامل آندوسکوپی دستگاه گوارش فوقانی و بررسی چربی مدفوع انجام شود. اگر در این بررسی اختلالی دیده شد، بر حسب مورد اقدام شده و یا با صلاحدید پزشک، بیمار باید به متخصص داخلی ارجاع داده شود.
 - ب) اگر این بررسی‌ها نرمال بودند، برای بیمار سی‌تی‌اسکن درخواست شود.
 - ب) در صورتی که بیمار بتازگی دچار کاهش وزن شده و اشتهای وی نیز کاهش یافته باشد، بررسی‌های سیستم گوارش فوقانی (آندوسکوپی) و گرافی سینه باید انجام شود. اگر این بررسی‌ها نرمال بودند، تست‌های آزمایشگاهی عملکرد کبد، آلبومین، کلیه، تیروئید، تست‌های

روماتولوژیک، هپاتیت و ایدز باید انجام شود. چنانچه همه بررسی‌های آزمایشگاهی نرمال بودند، ولی بیمار از نظر سایکولوژیک دچار اختلال بود، درمان اولیه اختلال سایکولوژیک اعم از اختلال افسردگی، اضطرابی و ... توسط پزشک معالج باید صورت گیرد. چنانچه ظرف مدت یک هفته علائم بیمار کمتر شد و اشتهای وی بهبود نسبی پیدا کرد، زیر نظر پزشک باید درمان اولیه شروع شود؛ در غیر این صورت بیمار باید به متخصص تغذیه ارجاع داده شود.

اگر تشخیص **Anorexia nervosa** یا اختلالات روان‌تنی و سایکوسوماتیک مطرح شد، بیمار باید به روانپزشک ارجاع داده شود.

- در حالتی که سوء تغذیه محرز است، ارجاع بیمار به متخصص تغذیه ضروری می‌باشد.

۲- در صورت چاقی باید سالمند را بر اساس راهنمای تغذیه در شرایط چاقی که در ادامه آمده است آموزش داده و روند کاهش وزن وی را پیگیری کنید.

راهنمای تغذیه در شرایط چاقی

- رژیم غذایی سه وعده‌ای شامل صبحانه، ناهار و شام
- صبحانه شامل پنیر، گردو، تخم‌مرغ، شیر، نان (یک کف دست نان سنگک و یا بربری و یا تافتون و یا ۴ کف دست نان لواش)
- ناهار شامل انواع گوشت (سه قطعه خورشتی) و یا حبوبات (سه چهارم لیوان)، نان (یک کف دست نان سنگک، بربری، تافتون و یا ۴ کف دست نان لواش)، برنج و یا ماکارونی (نصف لیوان) به همراه سالاد و یا سبزیجات، ماست و یا دوغ
- شام شامل انواع گوشت (سه قطعه خورشتی) و یا حبوبات (سه چهارم لیوان)، نان (یک کف دست نان سنگک، بربری، تافتون و یا ۴ کف دست نان لواش)، برنج و یا ماکارونی (نصف لیوان) به همراه سالاد با روغن زیتون و یا سبزیجات، ماست و یا دوغ
- میان‌وعده دو بار در روز شامل استفاده از میوه‌های تازه و خشک و انواع مغزها مثل بادام، پسته، گردو و فندق، لبنیات کم‌چرب مثل شیر، ماست، پنیر و کشک
- رعایت تنوع غذایی از چهار گروه غذایی گوشت و حبوبات، میوه و سبزی، لبنیات، نان و غلات در برنامه غذایی روزانه
- استفاده از روغن‌های مایع نباتی به جای روغن‌های جامد و نباتی
- مصرف غذاهای آب‌پز، بخارپز، کبابی و یا تنوری به جای غذاهای سرخ شده و پرچرب

- اجتناب از مصرف غذاهای کنسرو شده و سوسیس، کالباس، همبرگر و کله پاپچه و مغز
- جایگزین کردن میوه به جای آب میوه
- افزایش تعداد وعده‌های غذا در روز به همراه کاهش حجم آن
- ثابت کردن زمان صرف غذا در وعده‌های مختلف در هر روز
- جایگزین کردن نان و ترجیحاً نان سبوس‌دار به جای برنج و ماکارونی
- مصرف شیر و لبنیات کم‌چرب
- مصرف گوشت بدون چربی و مرغ و ماهی بدون پوست
- استفاده از گوشت سفید به جای گوشت قرمز
- مصرف حداقل ۴ لیوان پر از شیر و یا جایگزین‌های آنها (یک لیوان پر از ماست، دو لیوان پر از دوغ، یک قوطی کبریت پنیر و نصف لیوان کشک)

● فعالیت‌های بدنی:

- شروع تدریجی و آهسته تمرینات مثل پیاده‌روی آهسته و کوتاه مدت و افزایش تدریجی آن تا حداقل ۳۰-۴۵ دقیقه پیاده روی با شدت متوسط در روز

● رفتاردرمانی

- کاهش سرعت غذا خوردن و افزایش مدت جویدن غذا
- کشیدن غذا در ظرف کوچک‌تر
- نخوردن غذا هنگام تماشای تلویزیون
- خریداری نکردن مواد غذایی چاق کننده مثل چیپس، شیرینی و ...

● پیگیری:

- سالمند باید ماه بعد جهت کنترل وزن مراجعه کند. در صورتی که وزن وی کاهش نیافته باشد باید او را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- در صورت اضافه وزن، سالمند را بر اساس راهنمای تغذیه در شرایط اضافه وزن که در ادامه آمده است آموزش دهید و روند تغییرات وزن وی را پیگیری کنید.

راهنمای تغذیه در شرایط اضافه وزن

- رژیم غذایی سه وعده‌ای شامل صبحانه، ناهار و شام
- صبحانه شامل پنیر، گردو، تخم‌مرغ، شیر، نان (یک کف دست نان سنگک، بربری، تافتون و یا ۴ کف دست نان لواش)
- ناهار شامل انواع گوشت (سه قطعه خورشتی) و یا حبوبات (سه چهارم لیوان)، نان یک کف دست نان سنگک، بربری، تافتون و یا ۴ کف دست نان لواش، برنج و ماکارونی (نصف لیوان) به همراه سالاد و یا سبزیجات، ماست و یا دوغ
- شام شامل انواع گوشت (سه قطعه خورشتی) و یا حبوبات (سه چهارم لیوان)، نان (یک کف دست نان سنگک، بربری، تافتون و یا ۴ کف دست نان لواش)، برنج و ماکارونی (نصف لیوان) به همراه سالاد با روغن زیتون و سبزیجات، ماست و یا دوغ
- میان‌وعده دو بار در روز شامل استفاده از میوه‌های تازه و خشک و انواع مغزها مثل بادام، پسته، گردو و فندق، و لبنیات کم‌چرب مثل شیر، ماست، پنیر و کشک
- رعایت تنوع غذایی از چهار گروه غذایی گوشت و حبوبات، میوه و سبزی، لبنیات، نان و غلات در برنامه غذایی روزانه.
- استفاده از روغن‌های مایع نباتی به جای روغن‌های جامد نباتی
- مصرف غذاهای آب‌پز، بخارپز، کبابی و یا تنوری به جای غذاهای سرخ‌شده و چرب
- خودداری از مصرف غذاهای کنسرو شده و سوسیس، کالباس، همبرگر و کله‌پاچه و مغز
- جایگزین کردن میوه به جای آب میوه
- افزایش تعداد وعده‌های غذا در روز به همراه کاهش حجم آن
- ثابت کردن زمان صرف غذا در وعده‌های مختلف در دو روز
- جایگزین کردن نان و ترجیحاً نان سبوس‌دار به جای برنج و ماکارونی
- مصرف شیر و لبنیات کم‌چرب
- مصرف گوشت بدون چربی و مرغ و ماهی بدون پوست
- استفاده از گوشت سفید به جای گوشت قرمز
- مصرف حداقل ۴ لیوان پر از شیر و یا جایگزین‌های آن

• **فعالیت‌های بدنی:**

- شروع تدریجی و آهسته تمرینات مثل پیاده‌روی آهسته و کوتاه‌مدت و افزایش تدریجی آن تا حداقل ۳۰-۴۵ دقیقه پیاده‌روی با شدت متوسط در روز

• **رفتار درمانی:**

- کاهش سرعت غذا خوردن و افزایش مدت جویدن غذا
- کشیدن غذا در ظرف کوچکتر
- نخوردن غذا هنگام تماشای تلویزیون
- خریداری نکردن مواد غذایی چاق‌کننده مثل چیپس، شیرینی و ...

• **پیگیری:**

سالمند باید هر ماه برای کنترل وزن مراجعه کند. در صورتی که وزن وی افزایش یابد باید به مرکز تخصصی ارجاع داده شود.

۱۷- مشکلات خواب

چنانچه سالمند در خواب خود دچار اختلال شده باشد باید سؤالات زیر از وی پرسیده

شود:

- آیا سالمند صبح زود از خواب بیدار می‌شود؟
- آیا سالمند زمانی که خواب‌آلوده است به رختخواب می‌رود و بعد از ظهرها نیز نمی‌خوابد، ولی باز هم مشکل به خواب رفتن دارد؟
- آیا سالمند بیدار شدنهای شبانه دارد و دوباره مشکل به خواب می‌رود؟
- در صورت مثبت بودن هر یک از سؤالات بالا موارد زیر را از سالمند پرسید:
- آیا سالمند در طی روز احساس خستگی می‌کند؟
- آیا سالمند در طی روز تحریک‌پذیری دارد؟
- آیا سالمند در طی روز اختلال در تمرکز دارد؟

۱- ۱۷- درمان

چنانچه سالمند دچار اختلال در خواب شده باشد باید به وی چگونه خوب خوابیدن را

آموزش داده و مدت کمتر از دو هفته هر شب سالمند را با دیاپام به میزان **10-5 mg** درمان

کنید.

۱۸- افسردگی

افسردگی به عنوان خلق یا عاطفه، احساس یا هیجان از همراهان همیشگی تجارب طبیعی انسان و دگرگونی‌هایی است که در زندگی او پدید می‌آید. فقدان‌ها، محرومیت‌ها، نارسایی‌ها و ناتوانی‌ها ایجاد افسردگی می‌کنند. این نوع افسردگی‌ها طبیعی هستند و جنبه بیماری ندارند. اما مرزی نیز وجود دارد که در آن سوی مرز، افسردگی از جنبه طبیعی خارج می‌شود و صورت بیماری به خود می‌گیرد (۷۱: ۱). در صورتی که سالمند احساس غم و افسردگی و یا کاهش شادی و علاقه و یا کاهش انرژی را حداقل به مدت دو هفته داشته باشد باید در مورد خواب پریشان، تغییر اشتها و وزن، کاهش میل جنسی، سردرد، آرزوی مرگ و افکار خودکشی و احساس گناه در وی مطلع شوید. در صورتی که هر یک از نشانه‌های نامبرده شده حداقل به مدت دو هفته وجود داشته باشد، یک نشانه برای افسردگی محسوب می‌شود.

۱۸-۱- ویژگی‌های افسردگی در سالمندان (۷۲: ۱)

- این ویژگی‌ها افسردگی در سالمندان را از بزرگسالان جوان‌تر متمایز می‌کند:
- در سالمندان کاهش عزت نفس و احساس تقصیر کمتر از بزرگسالان جوان‌تر است.
 - در سالمندان افسرده، شکایتهای جسمی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، نابهنجاریهای روانی- حرکتی، رفتار خودکشی و بیماری‌های طبی شایع‌تر از بزرگسالان جوان‌تر است.
 - برخی ویژگی‌های سالمندی طبیعی با شکایات ناشی از افسردگی همپوشی دارد.
 - دگرگونی‌های ناشی از داغدیدگی طبیعی ممکن است تشخیص افسردگی را در سالمندان پیچیده کند.

با توجه به مطالب گفته‌شده باید سالمند را از نظر افسردگی، بسیار تحت نظر داشته باشیم.

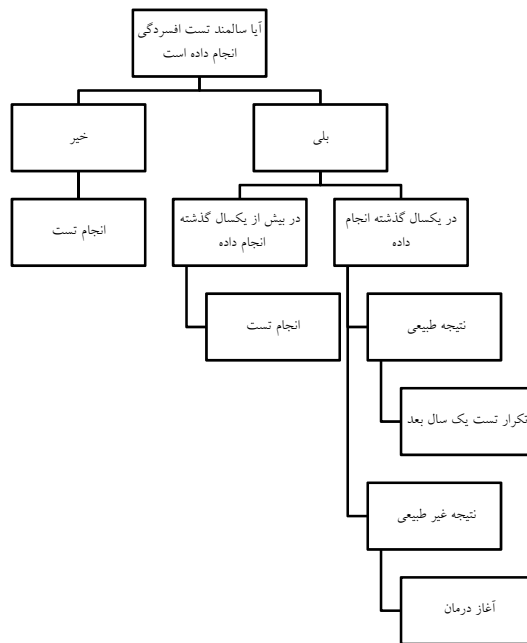
۱۸-۲- اقدامات

- چنانچه سالمند دارای فکر خودکشی و یا آرزوی مرگ و یا احساس گناه باشد، دچار افسردگی شدید شده است؛ بنابراین باید وی را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- چنانچه سالمند از میان نشانه‌های خواب پریشان، تغییر اشتها و وزن، کاهش میل جنسی، سردرد و یا عزاداری بیش از دو ماه، سه نشانه را داشته باشد، دچار افسردگی خفیف شده است؛ بنابراین برای درمان وی باید **20mg/d** فلوکسین تجویز کرده و سپس دو هفته بعد وی را پیگیری کنید. در صورتی که علائم بهبودی ظاهر شده باشد باید درمان را به مدت ۴-۶ ماه پس از رفع علائم ادامه دهید. در این مدت باید سالمند را برای پیگیری به بهورز ارجاع دهید.

- چنانچه سالمند کمتر از سه نشانه از نشانه‌های نام برده شده را داشته باشد باید با او و خانواده‌اش مشاوره کنید.
- اگر سالمند هیچ نشانه‌ای نداشته باشد و یا حداکثر دو ماه عزاداری کند باید روش‌های مقابله با استرس را به‌وی آموزش داده و دو هفته بعد او را پیگیری کنید.

۳-۱۸- بررسی دقیق افسردگی

یک راه دقیق‌تر برای بررسی افسردگی در سالمندان، استفاده از ابزار بررسی افسردگی است که در ادامه آمده است. شما می‌توانید طبق الگوریتم زیر در مورد یک سالمند تصمیم بگیرید.



الگوریتم شماره ۷

ابزار بررسی افسردگی در سالمندان

۰	۱	۱- آیا علایق و فعالیت‌های شما خیلی کم شده است؟
۰	۱	۲- آیا احساس می‌کنید زندگیتان بی‌هدف شده است؟
۰	۱	۳- آیا اغلب اوقات بی‌حوصله هستید؟
۰	۱	۴- آیا نگران هستید که اتفاق بدی برایتان بیفتد؟
۰	۱	۵- آیا اغلب احساس می‌کنید از شما کاری بر نمی‌آید؟
۰	۱	۶- به طوری کلی در خانه ماندن را نسبت به بیرون رفتن ترجیح می‌دهید؟
۰	۱	۷- فکر می‌کنید از دیگران فراموش‌کارتر هستید؟
۰	۱	۸- آیا احساس می‌کنید ارزش زندگی کمتر شده است؟
۰	۱	۹- آیا احساس ناامیدی می‌کنید؟
۰	۱	۱۰- آیا اوضاع و احوال دیگران از شما بهتر است؟
۰	۱	۱۱- آیا به طور کلی از زندگی خود راضی هستید؟
۰	۱	۱۲- آیا در بیشتر مواقع روحیه خوبی دارید؟
۰	۱	۱۳- آیا بیشتر مواقع خوشحال هستید؟
۰	۱	۱۴- از اینکه زنده هستید خوشحال هستید؟
۰	۱	۱۵- آیا احساس قوت و انرژی می‌کنید؟

۴-۱۸- نتیجه‌گیری و اقدامات

- ۱- چنانچه نمره دریافتی حداقل ۱۰ باشد، سالمند دچار افسردگی شدید است؛ بنابراین باید وی را بسرعت به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- ۲- چنانچه نمره دریافتی بین ۹-۶ باشد، یعنی سالمند دچار افسردگی متوسط است؛ بنابراین باید درمان را بر اساس درمان‌های استاندارد افسردگی شروع کنید.
- ۳- چنانچه نمره دریافتی حداکثر ۵ باشد، یعنی سالمند افسردگی ندارد؛ بنابراین وی را برای آموزش به بهورز ارجاع دهید.

نکته

چنانچه سالمند در هنگام افسردگی و اضطراب با سردرد شدید مراجعه کند باید به وی **mg** ۱-۲ لورازپام بدهید. در صورتی که سردرد پس از ۳۰-۱۵ دقیقه برطرف نشد، سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

۱۹- اضطراب

در صورتی که سالمند به مدت ۶ ماه در بیشتر اوقات روز احساس نگرانی و اضطراب کند باید در مورد مسائل زیر اطلاعات لازم را کسب کنید:

- کشش یا درد عضلانی
 - تحریک پذیری
 - بی خوابی
 - اشکال در تفکر و تمرکز
 - احساس خستگی زودرس
- همچنین باید توجه کنید که آیا سالمند بیقرار است و یا تنفس تند دارد.

۱-۱۹- اقدامات

- چنانچه حداقل سه تا از نشانه‌های نامبرده شده وجود داشته باشند، سالمند دارای اضطراب است و باید برای درمان وی کارهای زیر را انجام دهید:
 - تجویز دیازپام به میزان **mg** ۱۰-۵ در شب به مدت کمتر از ۲ هفته
 - تمرینات آرام سازی و روش‌های مقابله با استرس
 - ورزش‌های منظم
 - کاهش مصرف مواد کافئین‌دار
 - یک هفته بعد، پیگیری
- چنانچه سالمند کمتر از سه تا از نشانه‌های نامبرده شده را داشته باشد باید با وی و خانواده‌اش مشاوره اختصاصی کنید.

۲۰- مشکلات شناختی

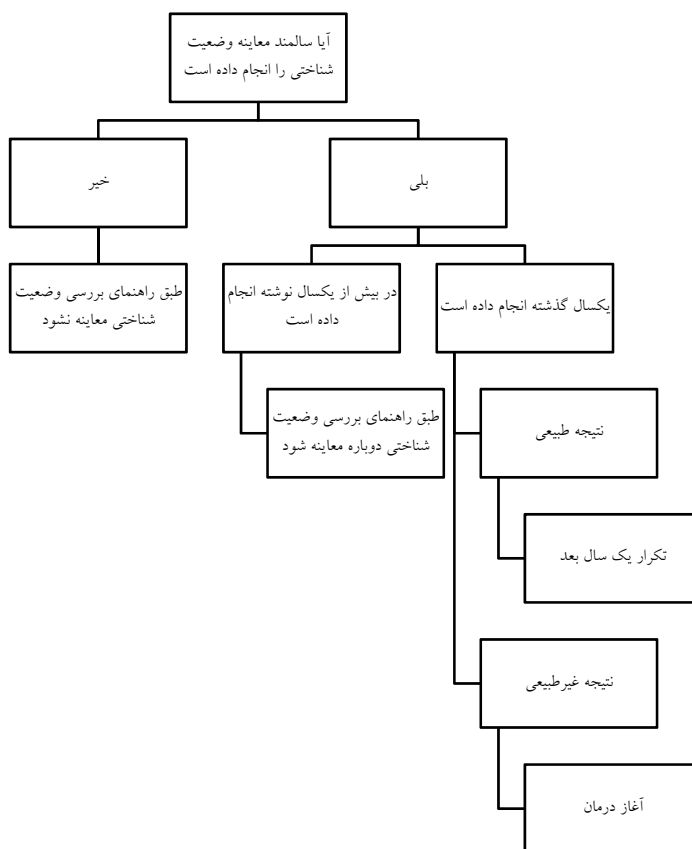
در مواجهه با فرد سالمندی که دچار افت سطح شناخته شده است، به خصوص زمانی که سابقه تروما به سر وجود داشته باشد، چنانچه هیچ سابقه‌ای از ترومای اخیر وجود نداشته و کاهش سطح شناخت و هوشیاری بتازگی به وجود آمده باشد، بررسی **EKG** و تست‌های آزمایشگاهی **Bs, p, ca, magnesium, Bun, creat** و تست‌های کبدی، تست‌های تیروئیدی و بررسی **sepsis workup** ضرورت دارد.

همزمان، گرفتن شرح کامل دارویی از نظر سابقه و میزان مصرف آنتی‌کولینرژیک‌ها، فنوتیازین‌ها، بتابلاکرها، آنتی‌هیستامین‌ها، آرام‌بخش‌ها، نارکوتیک‌ها، ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای، استروئیدها، داروهای ضد تشنج، گلیکوزیدهای قلبی، لیتیوم و سایمتدین ضرورت دارد.

چنانچه از بررسی‌های بالا به نتیجه‌ای نرسیدید، بیمار باید برای بررسی‌های تخصصی‌تر به متخصص داخلی یا داخلی مغز و اعصاب ارجاع داده شود.

باید توجه داشت که شایع‌ترین علت کاهش سطح شناخت در افراد بستری در بیمارستان یا افراد دارای شرایط بیماری‌های حاد اخیر، دلیریوم می‌باشد، ولی در افرادی که از نظر جسمی، به ظاهر سالم هستند و سابقه بستری ندارند، کاهش سطح شناخت به واسطه یک بیماری حاد اخیر دمانس و پسودودمانس می‌باشد. در هر حال، در صورت شک به دلیریوم، بیمار باید به بیمارستان ارجاع داده شود. همچنین برای افتراق دمانس از پسودودمانس و درمان آنها، ارجاع به روانپزشک ضروری است.

برای بررسی مشکل فراموشی و وضعیت شناخت در فرد سالمند باید بر اساس الگوریتم زیر تصمیم بگیرید:



الگوریتم شماره ۸

راهنمای بررسی وضعیت شناختی

- به هر جواب صحیح یک امتیاز بدهید.

جهت یابی

- ۱- در چه سالی، فصل، ماه، روز از ماه و روز از هفته هستیم؟ (۵)
- ۲- کجا هستیم؟ کشور، شهر، محله، نام و یا آدرس مرکز بهداشتی-درمانی، طبقه؟ (۵)

ثبت اطلاعات

- ۳- کلماتی را که نام برده می شود تکرار کنید. سیب، میز، کفش (۳)

توجه و محاسبه

۴- عدد ۵ را به طور سریال از عدد ۳۰ کم کنید. (۵)

یادآوری

۵- سه شی قبلی را نام ببرید. (۳)

نام بردن

۶- دو شی نشان داده شده (قلم و ساعت) را نام ببرید. (۲)

تکرار

۷- این جمله را تکرار کنید. تاجر تجارت توپ می‌کند. (۱)

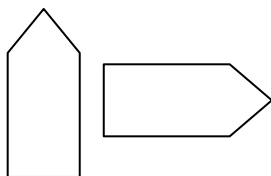
درک مطلب

۸- این سه کار را انجام دهید: مداد را برداشته و روی کتاب گذاشته و سپس هر دو را روی میز

بگذارید. (۳)

نقاشی

۹- این تصویر را کپی کنید. (۱)



۱-۲۰- نتیجه‌گیری و اقدامات

• چنانچه سالمند امتیازی کمتر از ۱۰ بگیرد، دچار اختلال شناختی شدید می‌باشد؛ بنابراین باید وی را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

• چنانچه سالمند امتیازی بین ۲۰-۱۰ بگیرد، دچار اختلال شناختی متوسط شده است؛ بنابراین باید درمان را برای او شروع کنید.

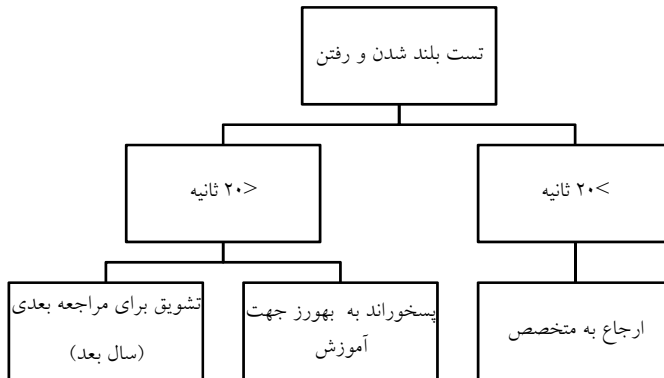
• چنانچه سالمند امتیازی بین ۲۵-۲۱ بگیرد، دچار اختلال شناختی خفیف شده است؛ بنابراین اگر علائم روان‌پریشی دارد، قبل از ارجاع وی به مرکز تخصصی $1\text{mg}-0.5$ هالوپریدول برای وی تجویز کند.

• چنانچه جمع نمرات سالمند بیش از ۲۵ باشد، هیچ‌گونه اختلال شناختی ندارد؛ بنابراین باید او را جهت آموزش به بهورز ارجاع دهید و برای مراجعه بعدی (یک سال بعد) تشویق کنید. همچنین باید به وی و همراه وی روش‌های تقویت حافظه را آموزش داده و او را از نظر اختلال خواب بررسی کنید.

۲۱- حفظ تعادل و سقوط

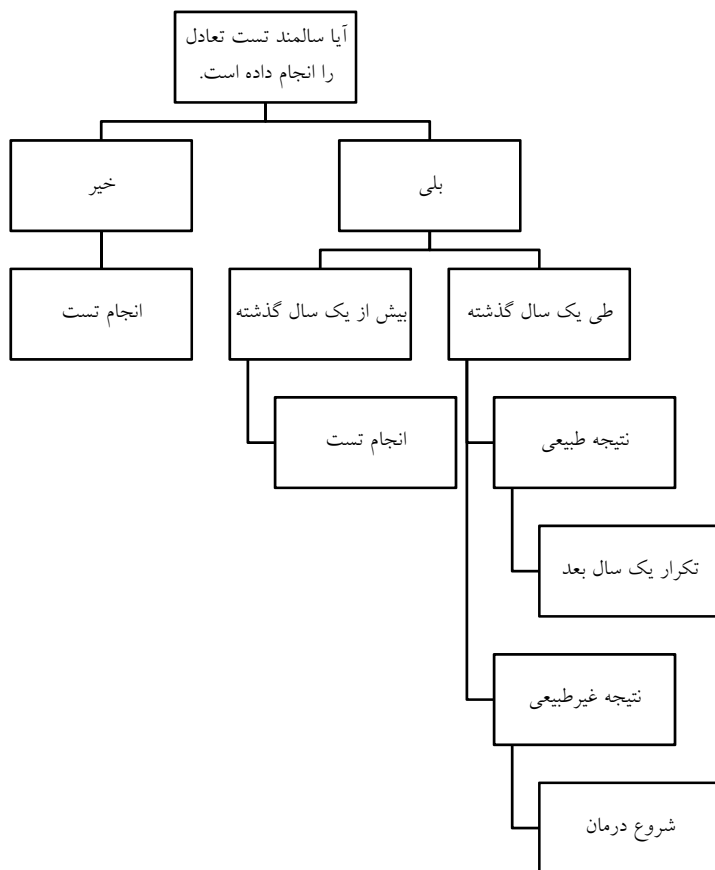
زمین خوردن با توجه به تکرار وقوع آن، عوارض همراه و هزینه‌های تحمیلی، یکی از مهم‌ترین مشکلات سالمندان است که با افزایش سن، به نحو چشمگیری افزایش می‌یابد. زمین خوردن می‌تواند تهدیدکننده جدی سلامتی در سالمندان باشد و موجب تغییر در کیفیت زندگی فرد سالمند و افزایش هزینه زندگی او شود. این مسأله علاوه بر عوارض جسمانی، عوارض روانی، اجتماعی و اقتصادی هم به دنبال خواهد داشت. زمین خوردن می‌تواند باعث جراحات بافت نرم، شکستگی‌های متعدد بویژه شکستگی گردن استخوان ران، مچ دست، سوختگی، هیپوترمی و دهیدراتاسیون، زخم بستر و... شود (۸۱: ۱).

اگر سالمند دچار مشکل سقوط شده و نمی‌تواند تعادل خود را حفظ کند باید دید که آیا سن او بیش از ۶۹ سال است و آیا می‌تواند نیمی از فعالیت‌های خود را به تنهایی انجام دهد یا خیر. چنانچه او نتواند نیمی از فعالیت‌های خود را به تنهایی انجام دهد و سنی بیش از ۶۹ سال داشته باشد برای وی تست بلند شدن و رفتن را انجام دهید. پس از انجام این تست شما می‌توانید بر اساس الگوریتم زیر اقدامات مناسب را انجام دهید.



الگوریتم شماره ۹

همچنین برای ارزیابی سالمند می‌توان از تست تعادل استفاده کرد. در این حالت نیز می‌توانید بر اساس الگوریتم شماره ۱۰ اقدامات مناسب را انجام دهید.



الگوریتم شماره ۱۰

تست تعادل

به جواب‌های طبیعی امتیاز یک، به جواب‌های مناسب امتیاز دو، و به جواب‌های غیرطبیعی، امتیاز سه بدهید.

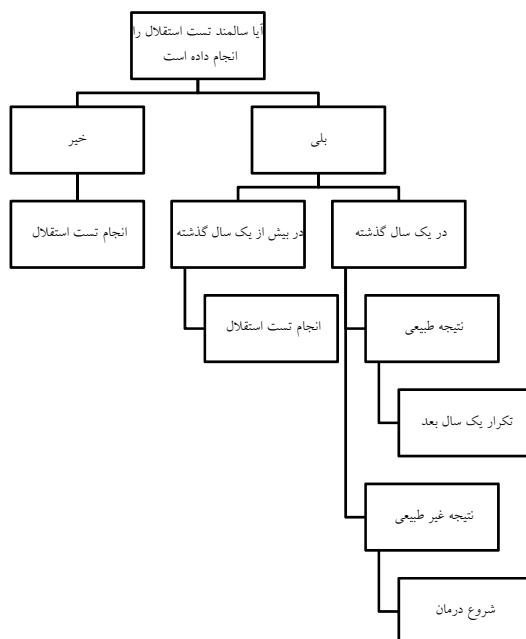
بررسی تعادل در وضعیت ثابت			
غیرطبیعی	مناسب	طبیعی	
			۱- نشسته بر روی صندلی
			۲- تعادل بلافاصله پس از بلند شدن
			۳- ایستاده با چشم باز و پاهای چسبیده
			۴- ایستاده با چشم‌های بسته
			۵- مقاومت در مقابل هول دادن استرنوم به عقب
			۶- بعد از یک دور کامل ۳۶۰ درجه
			۷- بعد از چرخش سر به سمت راست و چپ
			۸- در حالت ایستادن روی یک پا (۵ ثانیه)
			۹- حین کشش ستون گردن به عقب
			۱۰- حین کشش ستون گردن به عقب و بالا بردن اعضای فوقانی
			۱۱- حین خم شدن به جلو
			۱۲- حین نشستن
بررسی تعادل در وضعیت حرکت			
غیرطبیعی	مناسب	طبیعی	
			۱- در شروع راه رفتن
			۲- میزان بلند کردن پا
			۳- میزان دراز بلند کردن پا
			۴- هماهنگی دراز کردن پا هنگام راه رفتن
			۵- تکرار مناسب حرکات حین راه رفتن
			۶- انحراف در مسیر راه
			۷- استحکام تنه
			۸- وضعیت پاها حین راه رفتن
			۹- نیم‌دور در طول راه رفتن

۱-۲۱- نتیجه‌گیری و اقدامات

- چنانچه جمع نمرات تعادل در وضعیت ثابت و راه رفتن، بیش از ۴۴ باشد، خطر جدی سقوط وجود دارد؛ بنابراین باید سالمند را به مرکز تخصصی به طور فوری ارجاع دهید.
- چنانچه نمره تعادل در وضعیت ثابت و راه رفتن بین ۲۳-۴۴ باشد، خطر سقوط وجود دارد؛ بنابراین باید در اولین فرصت، سالمند را به مرکز تخصصی ارجاع دهید.
- چنانچه نمره تعادل در وضعیت ثابت و راه رفتن ۲۲ باشد، سالمند فاقد خطر سقوط است؛ بنابراین باید وی را جهت آموزش به بهورز ارجاع داده و او را برای مراجعه بعدی (یک سال بعد) تشویق کنید.

۲۲- استقلال

- یک سالمند باید از نظر وضعیت استقلال در انجام کارهای خود مورد ارزیابی قرار گیرد. به همین منظور شما می‌توانید طبق الگوریتم شماره ۱۱ اقدامات مناسب را انجام دهید.



الگوریتم شماره ۱۱

تست استقلال

- چنانچه سالمند در انجام هر یک از کارها مستقل عمل می‌کند، به وی نمره دو، چنانچه نیمه‌مستقل عمل می‌کند، نمره یک و چنانچه در انجام کارها وابسته است، نمره صفر را به او بدهید.

وابسته	نیمه مستقل	مستقل	بررسی استفاده از وسایل در فعالیت‌های روزانه
			استفاده از تلفن
			خرید روزمره
			آماده کردن غذا
			نظافت منزل
			شستشوی لباس‌ها
			استفاده از وسایل حمل و نقل
			مصرف داروها
			استفاده مناسب از پول و بودجه
وابسته	نیمه مستقل	مستقل	بررسی فعالیت‌های روزانه
			غذا خوردن
			لباس پوشیدن
			حمام کردن
			جابجا شدن
			دستشویی رفتن
			کنترل ادرار و مدفوع

۱-۲۲- نتیجه‌گیری و اقدامات

- چنانچه نمره دریافتی سالمند، ۲۸ باشد کاملاً مستقل بوده، بنابراین باید وی را برای آموزش به بهورز ارجاع داده و برای مراجعه بعدی (یک سال بعد) تشویق کنید.
- چنانچه نمره دریافتی سالمند بین ۱-۲۷ باشد، نیمه‌مستقل بوده، بنابراین باید وی را در اولین فرصت به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

- چنانچه نمره دریافتی سالمند، صفر باشد، کاملاً وابسته است؛ بنابراین باید وی را با سرعت به مرکز تخصصی ارجاع دهید.

۲۲- زخم فشاری^۱

سالمندی که یکجانشین شده و یا در بستر به مدت طولانی استراحت می‌کند ممکن است دچار زخم فشاری شود. در این مورد دو حالت وجود دارد:

الف) زخم فشاری وجود دارد:

Stage اول: در این مرحله باید فشار از روی ناحیه زخم برداشته شود و به سالمند یا همراه وی برای انجام مراقبت‌های لازم آموزش داده شود.

Stage دوم: علاوه بر کارهایی که در مرحله اول زخم فشاری انجام می‌شود، باید برای انجام پانسمان مناسب زخم، از نظر نوع آگزوداتیو، عفونی، غیرآگزوداتیو... به طور روزانه و یا یک روز در میان، آموزش مناسب داده شود.

Stage سوم: در این مرحله بیمار باید به پزشک متخصص ارجاع داده شود.

ب) زخم فشاری وجود ندارد:

در این حالت برای پیشگیری از به وجود آمدن زخم فشاری باید کارهای زیر را انجام دهید:

۱- آموزش مراقبت‌های لازم برای کنترل احتمالی آرمی و کمبود پروتئین و توصیه‌های تغذیه‌ای لازم باید صورت گیرد.

۲- بیمار برای تغییر وضعیت باید آموزش داده شود (هر ۲-۳ ساعت باید از یک وضعیت به وضعیت دیگر خوابیده تغییر یابد).

۳- در فعالیت‌های جابه‌جایی باید از نیروهای **shearing force** در سطوح تحت فشار جلوگیری شود و وضعیت‌های مناسب قرارگیری^۲ به فرد آموزش داده شود. بیمار باید در وضعیت تقریباً قائم یا نزدیک به آن (زاویه حدود ۹۰ درجه) قرار گیرد و هرگز نباید به طور ثابت بیش از ۳۰ دقیقه در این حالت بنشیند. در حالت درازکش نقاط پشت سر، باتکس‌ها، ساکروم و پاشنه پاها تحت فشار هستند؛ به همین دلیل باید به طور مکرر با حرکت اندام‌ها، عضلات اطراف مفاصل را کشش داده و پوزیشن آنها را تغییر داد. وضعیت مناسب برای هر مفصل شامل عدم اعمال فشار وزن به طور طولانی بر آنها است.

1- Pressure ulcers

2- proper positioning

نکته

- در صورتی که میزان فعالیت سالمند بسیار پایین باشد باید از تشک ضد زخم فشاری استفاده شود. می‌توان به وسیله تشک‌های نرم، از بروز زخم‌های نواحی دیستال اندام‌ها پیشگیری کرد. در صورت مقاومت این زخم‌ها نسبت به درمان، به بررسی پرفیوژن و سلامت عروق محیطی و احتمالاً آنژیوگرافی نیاز خواهد بود. چنین بیمارانی باید ارجاع داده شوند.
- از روش‌های غیردارویی و غیرجراحی درمان زخم‌های فشاری، استفاده از لیزر کم‌توان می‌باشد.

پیوست

فرم شماره ۱: اطلاعات دموگرافیک

نام:	۲- نام خانوادگی:	۳- نام پدر:										
۴- جنسیت:	<input type="radio"/> مرد ^۱	<input type="radio"/> زن ^۲										
۵- کد ملی:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
۶- محل سکونت - استان:	شهرستان:											
آدرس محل سکونت:	کدپستی:											
آدرس محل کار:	تلفن محل کار:											
تلفن محل سکونت:	تلفن محل کار:											
موبایل:	پست الکترونیک:											
۷- نوع بیمه:	نیروهای مسلح ^۱											
تأمین اجتماعی ^۲	خدمات درمانی ^۳	سایر موارد ^۴										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>										
بیمه تکمیلی:	آتیه ^۷	ایران ^۸										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	سایر موارد ^۹										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ندارد ^{۱۰}										
۸- تحصیلات:	بی سواد ^۱											
خواندن و نوشتن ^۲	ابتدایی ^۳	راهنمایی ^۴										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دیپلم ^۵										
فوق دیپلم ^۶	لیسانس ^۷	فوق لیسانس ^۸										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	دکتر ^۹										
۹- وضعیت تاهل:	هرگز ازدواج نکرده ^۱											
<input type="radio"/>	متاهل ^۲	از همسر جدا شده ^۳										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	همسر فوت شده ^۴										
۱۰- تعداد فرزندان:	-----											
۱۱- محل سکونت:	شهر ^۱	روستا ^۲										
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>											
۱۲- نوع محل سکونت:	خانه ^۱	:										
<input type="radio"/>	آپارتمان ^۲											
۱۳- مالکیت:	شخصی ^۱	سازمانی ^۳										
<input type="radio"/>	استیجاری ^۲	<input type="radio"/>										

۱۴- وضعیت شغلی

- بازنشسته^۱ از کارافتاده^۲ بیکار کارمند آزاد
-

۱۵- میزان در آمد ماهانه شما :

- کمتر از سیصد هزار تومان سیصد تا پانصد هزار تومان^۲
- ^۱
- پانصد تا هفتصد هزار تومان^۳ بیش از هفتصد هزار تومان^۴
-

۱۶- میزان رضایت از خدمات بیمه

- کاملاً راضی ام تا حدی راضی ام راضی ام راضی نیستم
-

۱۷- وجود فرد کمکی در هنگام مراجعه: ندارد دارد همسر فرزند

دوست پرستار سایر موارد

آیا سالمند نیازمند به کمکی یا پرستار در فعالیتهای شخصی می باشد بلی خیر

نام و نام خانوادگی پرستار :

نام پزشک :

.....

امضاء پرستار :

مهر و امضاء پزشک:

فرم ۲: بررسی شکایات بیمار در سیستم‌های مختلف بدن

تاریخ ویزیت	نوع	شکایت از سیستم
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	تنگی نفس با فعالیت تنگی نفس شبانه درد قفسه سینه سینکوپ سایر موارد :	قلب و عروق
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	تنگی نفس سرفه خلط خس خس سایر موارد:	ریه
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد	یبوست اسهال تهوع و استفراغ ترش کردن و سوزش سردل مشکلات رکتوم و آنال درد شکم رکتوراژی درد مقعد حین اجابت مزاج سایر موارد:	گوارش

<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	بی‌اختیاری ادرار	ادراری - تناسلی
<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	تکرر ادرار	
<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	سوزش ادرار	
<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	بوی بد ادرار	
<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	وجود خون در ادرار	
<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	درد زیر شکم	
<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	مشکل تناسلی	
<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	ترشح غیر طبیعی	
<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	ادرار قطره قطره	
<input type="radio"/> ندارد	<input type="radio"/> دارد	کاهش قطره ادرار	
		سایر موارد:	

تاریخ ویزیت	نوع	شکایت از سیستم
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	کاهش بینایی درد چشم سوزش چشم جرقه زدن شب کوری تاری دید خارش اشک ریزش دوبینی سایر موارد:	بینایی
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد	ضعف حرکتی اندامها مشکلات حسی اندامها تشنج عدم تعادل در راه رفتن سایر موارد:	عصبی
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد	کاهش شنوایی وزوز گوش سرگیجه سایر موارد:	شنوایی
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد	خارش بثورات پوستی زخم سایر موارد:	پوست و مخاط
<input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد <input type="radio"/> ندارد <input type="radio"/> دارد	درد مفاصل درد عضلانی درد ستون فقرات محدودیت حرکت مفصلی سایر موارد	عضلانی - اسکلتی

نام ببرید:	نام ببرید:	دارد <input type="radio"/>	ندارد <input type="radio"/>	سابقه جراحی
نام ببرید:	نام ببرید:	دارد <input type="radio"/>	ندارد <input type="radio"/>	یِماری مزمن
		دارد <input type="radio"/>	ندارد <input type="radio"/>	سابقه واکسیناسیون
		<input type="checkbox"/> آنفلوآنزا	<input type="checkbox"/> پنوموکوک	
		<input type="checkbox"/> دیفتری، تتانوس	<input type="checkbox"/> هیپاتیت B	
		<input type="checkbox"/> سایر موارد		
		دارد <input type="radio"/>	ندارد <input type="radio"/>	سابقه بیماری‌های فامیلی یا ژنتیکی
شرح دقیق‌تر علائم (در صورت نیاز):				

منابع

- ۱- شجاعی، هادی و همکاران- کلیات سالمندشناسی طب سالمندان- پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان- چاپ اول- تابستان ۱۳۸۴.
- ۲- راهنما برای تشخیص و درمان استئوپوروز- مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی- چاپ اول- بهار ۱۳۸۴.
- ۳- پارک. ک (۲۰۰۶) خسرو رفائی شیرپاک- درسنامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی - جلد سوم- نشر ایلیا- زمستان ۱۳۸۲.
- ۴- طرح تحقیقاتی ارزیابی جامع وضعیت سلامت ایثارگران سالمند- گروه پژوهشی توانبخشی پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.
- ۵- عزیزی، فریدون و همکاران- اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران- انتشارات خسروی- چاپ دوم- ۱۳۸۳.
- ۶- شجاعی. هادی، سروش. م. ر، مدیریان. ا.، قلی زاده. ح. بررسی میزان شیوع پوکی استخوان در جانبازان ضایعه نخاعی - دانشور - سال چهارم - دی ۱۳۸۵ - شماره ۶۶. ص ۳۷
- 7-Harrison's Principles of Internal Medicine 6th ed. Newyork: mcgraw-hill; 2005.
- 8-Randall L.Braddom و Physical medicine & rehabilitaton, 3th ed. Newyork: Saunders; 2006.
- 9-Brooking JI, Ritter SA, Thomas BI A Texbook of Psychiatiatric and Mental Health Nursing, Churchill Livingstone. 1992
- 10- Coffey CE ,Cummings JL : Texbook of Geriatrics Neuropsychiatry , the America Psychiatric Press , 2 nd Eds , 2000
- 11- Cecils Textbook of Medicine/ 22th edition/ 2004
- 12- Tanago Emil A, et al. Smith's General Urology. 16th edition. McGrawHill; 2004
- 13- Rolando H. Rolandelli, Clinical Nutrition Enteral and Tube Feeding 2005
- 14- Robert Chapey ,Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorder, Lippinco II villiams & Wilkings, 2001
- 15- Chop WC, Robnett R H; Gerontology; for the health care professional; F.A. Davis company; 1999.
- 16- Hoffmann wold G; Basic Geriatric Nursing; 2nd eds; Mosby; 1999.
- 17- Mass, ML, Buckwalter K, Hardy M D , and others; Nursing Care of Older Adults; Mosby, 1999.

- 18- Spar J E ; La Rue A; Concise Guide to Geriatric Psychiatry; 3d eds. American Psychiatric Publishing Inc; 2002.
- 19- Sadock B J, Sadock V A; Comprehensive Textbook of Psychiatry; 7th eds. Lippin Cott- Williams & Wilkins; 2000.
- 20- Thomas C.L (Ed) 1997. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary (18 th ed) Philadelphia F.A. Davis.
- 21- Neumann, B(1995). The Neumann Systems Model in B. Neumann (ed); The Neumann Systems Model (3 rd ed) Nor Walk, CT: Appleton & Lange.
- 22- Harper A.C & Lambert L.J (1994) the Health of Population, 2 nd ed , New York, Springer.
- 23- Erickson G.P. (1996): To Pauperize Or Empower: Public Health Nursing at The Turn Of The 20 th and 12 th Centuries. Public Health Nursing 15(3) 165-170.
- 24- Williams S.J & Torrens P.R (1999) : Introduction to Health Services (5 th ed) Albany; Delmar Publisher.
- 25- Turnock B. J (1997) public Health : What it is and How it Works. Gaitersbg, MD; Aspen Publisher.
- 26- Barton P.L (1999) : Understanding The U.S Health Service System, Chicago; AUPHA Press.
- 27- Ebersol. P; Hess. P. (1990) Toward Healthy aging, human needs and nursing responses (3 rd ed). St. Louis . The CV Mosby Company.
- 28- Langan, M. (1998) Welfare: needs, rights and risks. 1 st ed. Rutledge.
- 29- Haber, D. (1998) : Health promotion and aging (3 rd ed) . New york. Springer.
- 30- Reed KL, Sanderson SN. Concepts of ocepupational therapy, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilknis; 1992.
- 31- Kauffman T.L. Geriatric Rehabilitation Manual. 1st ed. Philadelphia. 1992.
- 32- Shojaei H, Soroush MR. Modirian E: Spinal Cord Injury – Induced Osteoporosis in Veterans. J Spinal Disord tech 2006 , Apr; 19(2): 11-7.
- 33- Shojaei H, Sokhangoei Y, Soroush MR. Low Level Laser Therapy in the Treatment of Pressure Ulcers in Spinal Cord Handicapped Veterans Living in Tehran. Iran J med Sci march 2008;Vol 33 No1. 44.