

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





کلیات سالمند شناسی و طب سالمندان / گردآوری مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان؛ زیر نظر شهربانو مقصود نیا، هادی شجاعی؛ ویراستار آریا دخت فروزان. - تهران: پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان، ۱۳۸۴.

۱۳۰ص: جدول. - (پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان؛ ۲۵)

ISBN:964-95689-5-6

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیپا.
کتابنامه .

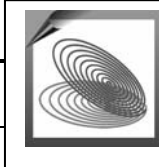
۱. سالمندی. ۲. سالمندان - بهداشت. ۳. سالمندان - بیماریها. ۴. پزشکی سالمندان. الف. مقصودنیا، شهربانو. ب. شجاعی، هادی، ۱۳۴۸- ج. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی. مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان. د. سازمان امور جانبازان. پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان.

HQ ۱۰۶۱ / ک ۸۴

۳۰۵/۲۶

۸۴-۱۳۳۳م

کتابخانه ملی ایران



کلیات سالمندشناسی و طب سالمندان

گردآوری : پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

مرکز تحقیقات مسائل اجتماعی روانی سالمندان

دکتر شهربانو مقصود نیا

دکتر هادی شجاعی

چاپ اول تابستان ۱۳۸۴

تیراژ ۱۰۰۰

ویراستار : دکتر آریا دخت فروزان

صفحه آرائی: مبین اله فدمتی

لیتوگرافی : ۱۲۸

چاپ : صادق

اجراء : عبدالله سعیدی

ناشر : پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

آدرس : تهران ، بزرگراه شهیدچمران، فیابان یمن، فیابان

مقدس اردبیلی ، فیابان فرغ، پلاک ۲۵

تلفن : ۲۴۱۵۳۶۷

صفحه اطلاعات وب www.jmerc.ac.ir

شاپک : ۶-۵-۹۵۶۸۹-۹۶۴

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است

فهرست

صفحه	نویسنده	عنوان
الف	دکتر هادی شجاعی	پیشگفتار
۱	دکتر شهریانو مقصودنیا	ساختارهای مراقبتی و درمان سالمندان
۶	دکتر هادی شجاعی	توانبخشی سالمندان
۱۴	دکتر احمدعلی اکبری کامرانی	پدیده سالمندی
۲۰	دکتر علیرضا کلدی	رفاه اجتماعی سالمندان و مقایسه چند کشور
۳۱	دکتر مهشید فروغان	تغییرات طبیعی روانی با افزایش سن
۳۹	دکتر عطاءا... مثنوی	جامعه شناسی جمعیت
۴۵	سیما قاسمی	آموزش بهداشت در سالمندان
۵۵	فرحناز محمدی	بررسی و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان
۶۰	رائیکا براری	خصوصیات تغذیه در سالمندان
۷۱	دکتر فرید فدائی	افسردگی در سالمندان
۷۴	دکتر مهشید فروغان	دمانس و راهکارهای درمان
۸۱	دکتر احمدعلی اکبری کامرانی	زمین خوردن در سالمندان
۸۳	فتح ... آزادی	نقش اطلاعات حسی در سیستم کنترل ماهیچه
۸۶	دکتر فرناز الماس گنج	سالمندان و روش ارزیابی تعادل
۹۶	دکتر مرسده سمیعی	توجهات اختصاصی در درمان بی اختیاریهای
۱۰۰	ماندانا فلاح پور	ادراری در زنان مسن
۱۱۳	دکتر کیان نوروزی	دلیریوم در سالمندان
		کار درمانی در سالمندان
		جامعه و سالمند

پیش گفتار

گذشت عمر و رسیدن به سالهای کهنسالی، بالقوه برای کلیه انسانها غیر قابل اجتناب است. این روند برای فرد انسان بسیار قابل تأمل و حائز اهمیت است چرا که غفلت از آن موجب بروز مشکلات بعضاً ناتوان کننده ای خواهد شد که اگر بموقع پیش بینی شوند و درصد تأمین آمادگیهای لازم برای مقابله با آنها برآئیم، از شدت بار مشکلات رو در روی آینده امان، کم خواهیم کرد.

مشکلات و بیماریهای ناشی از پدیده سالمندی چه از جنبه سالمندی طبیعی و چه از جنبه بیماریهای سنین سالمندی، در افرادی که دچار درجاتی از ناتوانیها یا معلولیتها نیز باشند، از اهمیت ویژه و بالاتری برخوردار خواهد بود. لذا جامعه جانبازان کشور عزیزمان که بسته به نوع آسیبهای بدنی اشان در طی جنگ ۸ ساله عراق علیه ایران، دچار انواع و اقسام مشکلات و گرفتاریهای جسمی - روحی و ناتوانیها و بعضاً معلولیت های متفاوتی شده اند، بتدریج در حال رسیدن به دوران میانسالی و سالمندی هستند و اگر پدیده سالمندی را نیز بر سایر مشکلاتشان افزون ببینند، مسلماً بار بیماریشان بصورت تصاعدی اضافه خواهد شد. لذا بر مسئولین امر بهداشت و درمان جانبازان واجب است که نسبت به این مهم از هم اکنون تدابیر لازم را بکار گیرند. در این راستا پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان؛ با درک این مطلب اقدام به برگزاری سمینار آموزشی در رابطه با سالمند شناسی و طب سالمندان نمود و از کلیه متخصصین امر برگزار کننده این سمینار تقاضا شد تا در ارتباط با

موضوع سخنرانی خویش مطالب مکتوبی را ارائه فرمایند و لذا کتابچه ی حاضر، جزوات نوشته شده توسط سخنرانان سمینار می باشد که با ارائه به پژوهشکده، اینک بصورت مدون در قالب یک کتاب سالمندی بچاپ رسیده و در اختیار صاحب نظران و علاقمندان خصوصاً مسئولین امور جانبازان که دغدغه سالمندی جانبازان را دارند قرار می گیرد. این کتاب نه تنها برای عموم مردم و خانواده ها و اقشار مختلف مرتبط با امور بهداشتی و درمانی جامعه مناسب است بلکه برای کسانی که در پیرامون خود موهبت برخورداری و خدمتگزاری فرد سالمند را بعهدہ دارند حائز اهمیت ویژه می باشد. امید است با عنایت به این امر و به لطف پروردگار از انجام این رسالت مهم که همانا پیشگیری مناسب تر از درمان است خصوصاً بابت مشکلات قابل پیشگیری پدیده سالمندی، سربلند بیرون آئیم این وظیفه ای است که در صورت غفلت از آن موجب ضررهای جبران ناپذیری به جامعه رو به رشد سالمندی بطور عام و جامعه جانبازان و معلولین کشور بطور خاص وارد خواهد آمد ، از یاد نبریم که همه ما در شرف رسیدن به این پدیده ، دیر یا زود هستیم.

دکتر هادی شجاعی

رئیس گروه پژوهشی توانبخشی

پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان

سافتارهای مراقبتی و درمان سالمندان



دکتر شهربانو مقصودنیا
فوق تخصص طب سالمندان
عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و
رئیس موسسه دانشگاهی پژوهش های سالمندی ایران

تعاریف

پدیده سالمندی روندی طبیعی است که از زمان حیات جنین شروع و تا مرگ ادامه می یابد. سالمندی را می توان از بعد زیست شناسی این چنین معنی کرد: مرحله ای است طبیعی و پیش پایانی در ادامه روند تولد تا مرگ و از بعد اجتماعی: سالمندی دورانی از زندگی است که شخص قادر به ادامه زندگی خود بطور مستقل نیست و محتاج به کمک دیگران می باشد. مراحل قانونی نیز وجود دارد: مثل معاف شدن بالطبع یا بالاجبار از انجام وظائف منظم قانونی (بازنشستگی). از بعد جسمی، روند طبیعی به سمت افت عملکرد بعضی از بافتها پیش می رود است و نیز می توان سن روانی را مد نظر قرار داد. حتی از بعد ادبی هم بخصوص در ادبیات غنی فارسی و عرفانی اشاراتی شده تحت عناوین "پیر" "پیر دیر، پیرمیکده، پیر می فروش، پیر طریقت و غیره و با تعابیر زیباتر همچون: مرشد، راهنما، پیشکسوت و بزرگتر.

سازمان بهداشت جهانی (WHO) میانگین سنی را اینگونه طبقه بندی می کند:

میانسال (Middle age)	۴۵ - ۵۹	-
سالمند جوان (Young old)	۶۰ - ۷۴	-
سالمند (Old)	۷۵ تا ۹۰	-
سالمند (Oldest old)	۹۰ به بالا خیلی	-

طبق سرشماری جمعیت کشور در سال ۱۳۷۵، میزان ۶/۷٪ جمعیت کشور را سالمندان ۶۰ سال به بالا تشکیل می دهند (بیش از ۴ میلیون) امید به زندگی در بدو تولد در کشورمان ۶۹/۸ سال برای بانوان و ۶۷ سال برای آقایان است. در آینده ای نزدیک در ایران پدیده "انفجار سالمندی" رخ خواهد داد.

طبق نتایج پژوهشی به نام « بررسی وضعیت سلامت سالمندان کشور» که توسط دفتر سلامت خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۸ انجام شد، نتایج ذیل به دست آمده است:

- میزان بیسوادی بین سالمندان به طور کلی بسیار بالا می باشد و این میزان، در روستا بیش از شهر است. میزان بیسوادی در بین زنان سالمند خصوصاً زنان روستایی به طور چشمگیری بیشتر از سالمندان مرد می باشد.

- درصد تاهل در مردان سالمند بیش از دو برابر تاهل زنان سالمند می باشد که در شهر و روستا تقریباً برابر است.

- ۶۶ درصد مردان سالمند، اعم از شهری یا روستایی با همسر و فرزندان خود زندگی می کنند، در حالی که تنها حدود ۲۴ درصد زنان سالمند، با همسر و فرزندان خود زندگی می کنند. درصد زنان سالمندی که تنها زندگی می کنند. به طور قابل ملاحظه ای بیش از مردان می باشد.

- بیش از ۲۰ درصد سالمندان تواناییهای لازم برای انجام امور شخصی از جمله غذاخوردن، رفتن به دستشویی، حمام و انجام نظافت شخصی، خرید مواد غذایی و دارو، انجام امور منزل، تعویض لباس خود و ... را ندارند (سالمندان آسیب پذیر).

- بیش از ۳۰ درصد سالمندان زن و مرد شهری و روستایی از حمایتها و کمکهای لازم توسط همسر، فرزندان، اقوام و غیره برخوردار نیستند و برای ۷۰ درصد دیگر، عمده این کمکها در مردان توسط همسرانشان و در زنان از طریق فرزندانشان ارائه می گردد.

- نیازهای عمده زنان و مردان سالمند در درجه اول بهداشت و سلامتی، در درجه دوم، درآمد و سپس حمل و نقل می باشد. مهمترین نیاز زنان خصوصاً در روستاها، بهداشت و سلامتی می باشد که بیش از مردان است.

اگر چه در جامعه ما سالمندان از پشتیبانی عاطفی و خانوادگی بالایی برخوردارند و اکثر خانواده ها مراقبت از سالمند را خود بر عهده می گیرند، فشارهای متعدد که به پیکره خانواده وارد می شود (اقتصادی، شهرنشینی، مشکلات مسکن، بیکاری و ...)، روند فوق (پشتیبانی خانواده) را متأسفانه سست می نماید.

اکنون در ایران طبق آمار سازمان بهزیستی بیش از ده هزار سالمند در مراکز حمایت و توانبخشی از بزرگسالان در سراسر کشور زندگی می کنند. حال اگر تعداد سالمندان آسیب پذیر و آسیب دیده را به ۲۵٪ برآورد کنیم، بیش از یک میلیون نفر سالمند نیاز به ساختارهای بهداشتی، درمانی، توانبخشی یا مراقبتی دارند. شاید نزدیک به صد هزار نفر سالمند با ناتوانیها و افت استقلال

عملکردی در انجام فعالیتهای روزمره زندگی خود (غذا خوردن، لباس پوشیدن، نظافت بدن و ...) به دشواری و بدون حمایت سازمان یافته زندگی می کنند.

انواع مراقبت و خدمات درمانی برای سالمندان

برای حفظ استقلال و توانایی سالمندان و تأمین مراقبت و خدمات درمانی برای سالمندانی که به نوعی توانایی خود را برای نگهداری شخصی از دست داده اند، سرویسهای متنوعی وجود دارند که ذیلاً نام و تعریف مختصری از هر یک خواهد آمد:

۱. مراکز چندمنظوره سالمندان (Multipurpose senior Centers).
در این مراکز خدمات مختلفی از قبیل غربالگری، برنامه های اجتماعی، فرهنگی و تفریحی و برنامه های آموزشی به سالمندان فعال و مستقل در جامعه ارائه داده می شود.
۲. خدمات داخل خانه (Home Services).
کمک برای انجام اموری چون تمیزکاری، پخت و پز، خرید و شستشوی لباس.
۳. خدمات مربوط به تعمیر خانه (Home Maintenance).
کمک برای تعمیرات و بازسازی منزل به آنان که بدون کمک قادر به انجام آن نیستند. این نوع خدمات می تواند از طریق مساجد، کمیته امداد، انجمن ها و افراد نیکوکار نیز تامین گردد.
۴. خدمات مراقبت تلفنی (Telephone Check-in).
ارائه سرویس مراقبت تلفنی برای اطمینان از وضعیت سالمند و در صورت لزوم فراهم کردن ارتباط از طریق داوطلبانی از مراکز تخصصی حمایت از سالمندان، مساجد یا سایر انجمن های عمومی.
۵. مراکز نگهداری روزانه مبتنی بر جامعه (Community-based Adult Day care).
ارائه دهنده انواع خدمات به سالمندان آسیب پذیر یا دارای اختلالات شناختی (مثل زوال مغزی یا دمانس). ارائه فعالیتهای برنامه ریزی شده مراقبت بهداشتی و تغذیه ای و تفریحی - فرهنگی و حفظ سطوح ارتباطی و حضور سالمند در جمع و جامعه. فراهم شدن

امکان برای سایر اعضاء خانواده برای حفظ امور شغلی و شخصی خود و به تاخیر انداختن یا عدم سپردن سالمند به مراکز نگهداری دائم و شبانه روزی.

۶. توانمندسازی همراه و خانواده (Respite Care)

انجام امور مراقبتی سالمندان در منزل (بمدت کوتاه بصورت های چند ساعته، چند روزه یا چند هفته ای) توسط افراد تعلیم دیده جهت تامین فرصت استراحت برای سایر اعضای خانواده وی و جلوگیری از فرسودگی همراه (Caregiver burn out) به این هدف می توان با پذیرش کوتاه مدت سالمند ناتوان در یک مرکز تخصصی شبانه روزی نیز رسید (به طور مثال ۱۵ روز در سال).

۷. مراقبت و خدمات درمان آخر زندگی (Hospice Care – Palliative Care)

ارائه مراقبت ویژه در مراکز شبانه روزی یا منزل برای سالمند در روزهای آخر زندگی و خانواده وی. بخشی از این خدمات توسط بیمه یا از طریق مددکاری بیمارستان، کمیته امداد، انجمن های خیریه و اشخاص نیکوکار تأمین می شود.

۸. بخش مراقبت حاد (Acute Geriatric Ward)

مراقبت کوتاه مدت (میانگین ۱۵ روز بستری) در بیمارستان عمومی برای یک بیماری حاد یا وخیم شدن یک بیماری مزمن. بخش بیماران سالمند با تیم تعلیم یافته تخصصی چند منظوره (شامل: پزشک، پرستار، فیزیوتراپیست، مددکار اجتماعی، کاردرمان و متخصصین سلامت روانی و غیره) فعالیت می نمایند.

۹. بخش مراقبت توانبخشی (Rehabilitation Ward)

در داخل یا وابسته به یک بیمارستان عمومی یا مستقل. معمولاً جهت سالمندانی که مراقبت میان مدت (میانگین یک ماه بستری) احتیاج دارند، مثلاً در دوران بهبودی بعد از جراحی یا بیماری حاد و یا سالمندان دارای بیماری مزمن که مشاوره تخصصی و مراقبت پرستاری و توانبخشی ویژه ای احتیاج دارند. معمولاً شامل فعالیتهای توانبخشی و اجتماعی می باشد، هدف بازگرداندن بیمار به میزان توانمندی پیش از بیماری یا جراحی و بازگشت وی به محیط زندگی اش می باشد با کیفیت مناسب. در این بخشها نیز تیم درمانی آزمون دیده و با انگیزه به طور گروهی خدمت می نمایند.

۱۰. بخش مراقبت طولانی و خدمات درمانی تخصصی دراز مدت

(Skilled Nursing Home – Long Term Care)

ارائه مراقبت ۲۴ ساعته برای سالمندان دارای بیماری مزمن یا دارای ناتوانی جسمی یا روانی مثل اختلال شناختی که دارای محدودیت در فعالیتهای زندگی روزمره خود می باشند (ADL)*. (در اکثر کشورهای توسعه یافته زیر نظر وزارت بهداشت می باشند و هزینه آن توسط دولت، بیمه ها، خود بیمار و انجمن های خیریه تأمین می شود)

۱۱. مراقبت و خدمات درمانی در فعالیتهای روزمره زندگی

(Assisted-Living / Non-Skilled Nursing Home)

ارائه مراقبت روزانه یا شبانه روزی به سالمندان توانمندی که نیاز ناچیزی به مراقبتهای پرستاری یا توانبخشی دارند. اکثراً خصوصی هستند و قرارداد ویژه ای با بیمه می توانند داشته باشند. مثال: باشگاه، شهرک تفریحی، سرای سالمندان بازنشسته و غیره.

۱۲. مراقبت و درمان در منزل (Home Care)

این خدمات توسط افراد یا تیم متخصص و تعلیم یافته انجام می شود. خدمات شامل پرستاری، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی و کمکهای بهداشتی دیگر در منزل می باشد. هدف این است که بیماران آسیب پذیر و آسیب دیده دسترسی به ساختارهای درمانی داشته و از بستری شدن غیرضروری و مکرر جلوگیری شود و ارتقاء کیفیت زندگی در منزل، برای بیمار و همراهان.

*ADL: Activity of Daily Living

توانبخشی سالمندان

دکتر هادی شجاعی

بورده تخصصی طب فیزیکی و توانبخشی

استاد یار پژوهشی

پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان



مقدمه :

با مسن شدن جمعیت به منظور به حداکثر رساندن و در سطح ایده آل نگهداشتن میزان عملکرد بیماران جهت **بهبود کیفیت زندگی** ایشان و کاهش در هزینه های مراقبتهای بهداشتی و درمانی، طب توانبخشی نقش مهمی را بعهده دارد و روز به روز نیز با پیشرفت علم و تکنولوژیهای نوین پزشکی، این نقش برجسته تر می شود.

یک مثال از میزان رشد نسبی جمعیت کافی است تا به اهمیت وافر موضوع آگاه شویم، براساس آمار ایالات متحده میزان جمعیت بالای ۶۵ سال از ۱۲/۵٪ در سال ۱۹۹۰ به ۱۷/۳٪ در سال ۲۰۲۰ و ۲۱/۸٪ در سال ۲۰۵۰ خواهد رسید. جالب این است که بیشترین افزایش در پیرترین گروه سنی یعنی بالای ۸۵ سال (Oldest old age group) خواهد بود که در واقع دو برابر خواهند شد.

با افزایش سن جمعیت عمومی، پره والانس^۱ بیماریهای مزمن و نیز میزان افت عملکرد و محدودیت در فعالیتهای فردی افزایش خواهد یافت. بعنوان مثال تخمین زده می شود که پره والانس استئوآرتریت (آرتروز) در افراد بالای ۶۵ سال به میزان ۴۷/۳٪ بوده در حالیکه نقائص ارتوپدیک در حد ۱۷/۱٪ و کاهش فعالیت فرد حداقل در خصوص یکی از فعالیتهای عمده وی به میزان ۲۱/۳٪ باشد.

براساس آمار اخیراً منتشر شده در کشور سوئد ۵۰٪ افراد مسن تا سن ۷۶ سالگی، که در جامعه زندگی می کنند از وسایل کمکی assistive device استفاده می کنند که عمدتاً مربوط به وسایل کمک حرکتی و حمام کردن بوده است و هرچه گروه سنی بالاتر می رود میزان وابستگی و استفاده از وسایل کمکی چه در جامعه و چه در خانه های مواظبت از سالمندان افزایش می یابد. مشکلات عملکردی (functional) سالمندان از نقطه نظر سبب شناسی یا اتیولوژی بسیار متفاوت می باشد و می توان آنها را به دو دسته بزرگ تقسیم نمود: یک دسته عبارت از فاکتورهای ناشی از افزایش سن (شکل ۱) و دیگری فاکتورهای ناشی از بیماریها (شکل ۲) می باشند. عبارتی نباید

^۱ - عبارت است از نسبت موارد شناخته شده یک بیماری در یک جمعیت در یک زمان مشخص

همیشه ، همه چیز راه فرآیند سالمندی یا پروسه ageing نسبت دهیم این کار ممکن است منجر به عدم درمان یک اختلال قابل برگشت همانند سندرم تونل مچ دستی که اشتباهاً استئوآرتریت (ارتروز) تشخیص داده شده است، گردد.

شکل ۱: فاکتورهای مرتبط با افزایش سن که می توانند توانبخشی را تحت الشعاع قرار دهند.

Biological:	Psychological:	Social:
عملکرد قلبی ، عملکرد ریوی ، ظرفیت حیاتی و حجم دقیقه‌ای، تغییرات ارتوستاتیک و میزان مقاومت عروق محیطی	توانایی یادگیری ضعیف و نیاز به تکرار زیاد باورهای افراد در خصوص توانبخشی باورهای افراد نسبت به بهبودی باورهای شخصی و خصوصی افراد	دید منفی نسبت به کهنسالی از طرف جامعه و خود شخص، موانع اقتصادی و مالی، مراجعات پزشکی ناچیز نسبت به نقائص سالمندی

شکل ۲- فاکتورهای مرتبط با بیماریهای زمینه ای در افراد سالمند که می توانند در توانبخشی سالمندان تأثیر گذار باشند.

Biological:	Psychological:	Social:
بیماریهای متعدد وضعیت نامطلوب بدنی کنتراکچرها تأثیرات بیماریها بر یکدیگر مصرف داروهای متعدد عملکرد نامطلوب اما بدون علامت ارگانها	اختلالات شناخت افسردگی تظاهرات غیر معمول بیماریها میزان انگیزش فرد	آسیبهای اجتماعی منجر به ناتوانی های اجتماعی فقدان خدمات اجتماعی ساختمانهای غیرقابل دسترسی آسان، مشکل قوانین مربوط به پرداختهای هزینه ها در جامعه

توانبخشی سالمندی یا Geriatric Rehabilitation را می توان بصورت زیر تعریف کرد:
«انجام درمانهای مدیکال به اضافه اقدامات پیشگیرانه به همراه حفظ توانائیهها و حفظ و ارتقاء وضعیت موجود، تطابق و سازش آنها با فعالیتهای فرد و محیط پیرامون وی و نهایتاً آموزش بیمار» و شامل اجزاء زیر می باشد

۱- Accomodation : تطابق و سازش با اثرات برگشت ناپذیر ناشی از سالمندی نرمال یا سالمندی توأم با پاتولوژی می باشد و احتیاج به آموزش بیمار و خانواده اش دارد. تیم توانبخشی می تواند راه های جدیدی را به بیمار آموزش دهد تا کارهایی را که بعلت اثرات ageing قادر به انجام نبوده بتواند انجام دهد. در واقع تیم توانبخشی با توجه به میزان توانائیههای بیمار در یادگیری می تواند این تکنیک ها را یا به بیمار یا به خانواده اش آموزش دهد.

۲- دومین جزء توانبخشی سالمندی عبارت از پیشگیری از بروز ناتوانی (disability) و سعی در حفظ حداکثر عملکرد فرد می باشد. خیلی از موارد نقائص بدنی (impairments)^۲ متشکل از اجزاء قابل برگشت و غیر قابل برگشت بوده مثلاً برای جلوگیری یا معکوس نمودن اثرات سوء ناشی از عدم بکارگیری اندامها متعاقب آسیب دیدگی یا بی تحرکی، حرکات ورزشی (یا تمرین درمانی) می تواند بسیار مؤثر واقع شوند بعنوان نمونه بیماری که دچار شکستگی استخوان بازو شده و در نتیجه قدرت و حرکت اندام فوقانی را از دست داده است، چون قسمتی از این فقدان عملکردی ثانویه به بی حرکتی بوده است، لذا قابل برگشت بوسیله اقدامات توانبخشی می باشد حال آنکه از همان ابتدای آسیب می توان بوسیله برنامه های توانبخشی از قسمت عمده ای از این محدودیتها جلوگیری نمود. بنابراین دیدگاه پیشگیری را درخصوص تمام افراد سالمند باید در نظر گرفت و این فلسفه را در خصوص سیستمهای حرکتی بدن باید همواره بیاد داشت که:

«استفاده کن یا از دستش بده»: (use it or lose it)

۳- سومین جزء اساسی توانبخشی سالمندی عبارت از درمانهای مدیکال در خصوص نقائص یا impairment ها می باشد منظور از درمان، معالجه (در صورت امکان) و یا به مرحله ثبات رساندن (stabilize) پروسه بیماری (در صورت معالجه پذیر نبودن) می باشد، بسیاری از اختلالات کهنسالی، مزمن و غیر قابل علاج اما کنترل شونده بوده و لذا با پیشگیری و به تأخیر انداختن پیشرفت آنها و جلوگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای متعاقب آنها، کمک بسیار بزرگی به بیماران در جهت بهبود کیفیت زندگی ایشان در باقی عمرشان خواهد نمود.

بیولوژی و فیزیولوژی سالمندی

۱- برخی تغییرات مهم که در بدن فرد سالمند رخ می دهد در جدول ۱ نشان داده شده است مثلاً کاهش تدریجی در lean tissue و افزایش در میزان چربی بدن معرف از دست رفتن توده عضلانی است. از دست رفتن مواد معدنی استخوان (Bone Mineral) نیز منجر به کاهش دانسیته استخوانی خواهد شد.

^۲- هرگونه محدودیت (یاعدم) توانائی در انجام یک فعالیت در محدوده طبیعی اش را «ناتوانی» گویند بعبارتی نشاندهنده اشکالی در سطح فردی می باشد.

^۳- هرگونه فقدان یااختلالی در ساختار یا عملکرد مرتبط با فیزیولوژی، آناتومی یا سایکولوژی فرد را «نقص» گویند و نشاندهنده اشکالی در سطح بافت، ارگان می باشد.

جدول ۱- تغییرات ایجاد شده در عملکردهای بیولوژیک در پاسخ به سالمندی، بی حرکتی، کاهش وزن و تمرینات ورزشی

Function	Aging	inactivity	weightlessness	exercise
VO2 max	↓	↓		↑
Cardiac out put	↑	↓		Not for older ↑
Systolic BP	↓		↑	↓
Orthostatic Tolerance	↑	↓	↓	↑
Body water	↓	↓	↓	
RBC mass	↓	↓	↓	
Thrombosis	↓	↑		↓
Serum Lipids	↑	↑		↓
HD Lipoproteins	Over age 80 yr ↑			↑
Lean body mass	↓	↓	↓	
Muscle strength	↓	↓	↓	↑
Calcium	↓	↓	↓	
Glucose Tolerance	↓	↓		↑
EEG dominant frequency	↓	↓		↑

۲- تغییر در وضعیت قرار گیری بدن یا Posture فرد ناشی از روند سالمندی، یکی از مقوله های مهم و مرتبط با توانبخشی آنها می باشد بعنوان مثال بتدریج سر متمایل به سمت جلو شده و اکستانسیون گردن افزایش می یابد در ناحیه توراسیک کیفیت رخ داده و فقرات کمری لوردوز خود را از دست میدهد و صاف می شود .
در اندام فوقانی ، بازوها به سمت عقب رفته (اکستانسیون) و شانه ها به جلو کشیده می شوند(Scapular protraction) آرنج ها در وضعیت خمیده (flexion) و مچ دست ها در انحراف به سمت اولنار و انگشتان تمایل به وضعیت فلکسیون می شوند.
در اندام تحتانی افزایش فلکسیون هیپ و زانوها را به همراه کاهش در دورسی فلکسیون مچ پاها شاهد خواهیم بود.

۳- تغییراتی که ضمن راه رفتن یک فرد سالمند رخ خواهد داد عبارتند از: کاهش در حرکات موزون اندام فوقانی (دستها) ضمن راه رفتن (arm siwing) . کوتاه شدن قدم ها (step length) . پهن شدن کمر بند استخوانی لگن و افزایش زاویه گردن فمور با شفت

فمور (والگوس هیپ) سطح اتکاء ایستادن (standing base) بطور پیشرونده افزایش می یابد و پهن می شود. تأثیر عملکردی این تغییرات این است که مرکز ثقل بدن از محل قبلی اش (در قدام مهره S1-S2) دور شده و منجر به این شود که برای حفظ مسیر شاقولی خط ثقل بدن مفاصل اندام تحتانی از وضعیت اکستانسیون در حالت ایستادن راست خارج شوند و در نتیجه با خم کردن زانوها مرکز ثقل به پشت مفصل هیپ منتقل شده و لذا ممکن است فرد جهت راه رفتن نیاز به وسایل کمکی از جمله عصا پیدا کند.

۴- تغییرات عصبی (نروژنیکال) نرمال بدنبال سالمندی: (جدول ۲) برای شناسایی تغییرات پاتولوژیک در افراد مسن باید تغییرات نرمال نروژنیک شناخته شود مثلاً عدم وجود رفلکس آشیل و کاهش حس ارتعاش در دیستال پاها اگر بدون سابقه بالینی و دیگر یافته های معاینه فیزیکی باشد لزوماً دلیل بر وجود نروپاتی نیست. برعکس عدم وجود یک یافته مورد انتظار در یک بیماری، می تواند در افراد مسن تصویر کلینیکی بیماری را گیج کننده نماید مثلاً در افراد مسن مبتلا به بیماری نرونهای حرکتی فوقانی (UMND)^۴ پاسخ باینکی بصورت همیشگی دیده نمی شود یعنی ممکنست این پاسخ وجود نداشته باشد. مثال دیگر اینکه کاهش قدرت عضلانی در افراد مسن رخ داده که در اندامهای تحتانی بیشتر از اندامهای فوقانی است و در پروگزیمال اندام بیشتر از دیستال، این ضعف دیده می شود و از طرفی یکی از شکایات های شایع افراد مسن اشکال و سختی در بلند شدن از صندلی یا توالت است. و معاینه فیزیکی معمولاً نکته خاصی را بجز کاهش قدرت عضلانی در کمر بند لگنی مخصوصاً اکستانسورهای هیپ، نشان نمی دهد. به واقع این عضلات دیگر قدرت کافی برای بلند کردن وزن بدن از وضعیت نشسته به حالت ایستاده را ندارند و حرکات ورزشی به تنهایی نیز نمی تواند این نقص را بر طرف کند لذا روشهای تطابقی وسازشکارانه بهمراه آموزشهای لازم در اینجا بکار خواهند آمد. مثلاً اگر بیماران روی صندلیهای با (firm seats) بنشینند که مفاصل زانو هیپ هایشان را در زاویه ۹۰ درجه نگهدارد و کف پاها را در وضعیت کاملاً تخت روی زمین حفظ کند دارای موقعیت فانکشنال تری شده و نیز لازم است صندلی ها دسته دار بوده و باید به بیماران آموزش داد تا هنگام برخاستن از صندلی خود را به لبه صندلی منتقل نموده و با خم کردن بیشتر زانوها پاها را به سمت عقب برده تا به سطح لگن آنها برسند و با کمک از دستها و فشار به دسته صندلی خود را بالا بکشند.

⁴ - Upper Motor Neuron disease

جدول ۲: تغییرات عصبی شایع در افراد سالمند

<p>Eye signs Small, irregular pupils Diminished reaction to light and near reflex Diminished range of movement on convergence and upward gaze</p> <p>Motor signs Tendency to tremor (>69 yr, 43% have hand tremor, 7% have head tremor [titubation]) Gait: short-stepped or broad-based with diminished associated movements Dysmetria (in all >65 yr) Dysdiadochokinesia Atrophy of interossei (thenar wasting in 66%, anterior tibial wasting in 25%) Increased muscle tone: legs more than arms, proximal more than distal Diminished muscle strength: legs more than arms, proximal Sensory signs Diminished vibratory sense distally, legs much more than arms Possible change in proprioception Mildly increased threshold for light touch, pain, and temperature Impaired double simultaneous stimulation</p> <p>Reflex signs Diminished or absent ankle jerks Some reduction in knee, biceps, and triceps reflexes Abdominal reflex sometimes lost Babinski's sign may not occur (when it would in younger patients) Primitive reflexes occur in 20% to 25% (palmomental, snout, and nuchocephalic [doll's eyes])</p>
--

۵- در توانبخشی سالمندی باید به تغییرات پوستی (کاهش رطوبت، کاهش خاصیت ارتجاعی، کاهش تغذیه و خونرسانی پوست و کاهش حساسیت پوستی نسبت به لمس، درد و حرارت) توجه نمود چرا که بیمار آسیب پذیر تر شده و در معرض احتمال زخمهای پوستی قرار خواهد گرفت.

۶- تغییرات قلبی ریوی در ضمن توانبخشی سالمندان بسیار حائز اهمیت هستند چرا که کاهش ظرفیت قلبی و قدرت انقباضی قلب و کاهش در میزان ضربان قلب در پاسخ به فعالیت های ورزشی می تواند در حین توانبخشی مسئله ساز شود. باید دانست که عمده نواقص عملکردی ثانویه به اختلالات قلبی - ریوی ناشی از بیماریهای زمینه ای هستند و نه خود پدیده سالمندی و تغییرات متعاقب آن.

۷- تغییرات ایجاد شده در سیستم ادراری از جمله: تکرار ادرار، احتباس و تأخیر در شروع ادرار، شب ادراری، (که شایعترین مشکلات این سیستم در هر دو جنس هستند) ناشی از تغییر

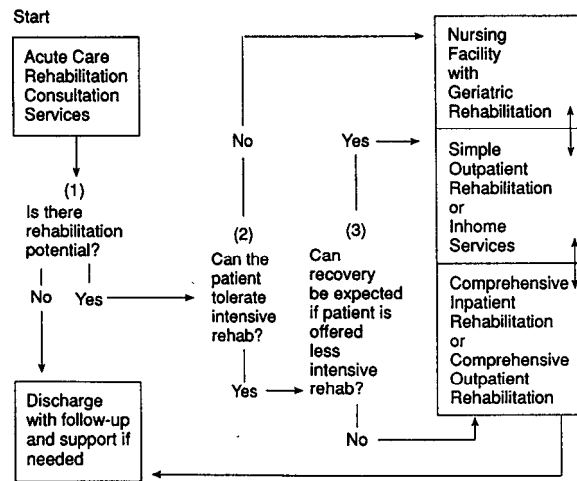
- آناتومیک و فیزیولوژیک کلیه‌ها و ممانه بدنبال روند کهنسالی می‌باشند. کاهش ظرفیت ممانه و افزایش حجم باقیمانده ادرار در آن در اثر هیپرتروفی پروستات در مردان مسن و کاهش کلیرنس کراتینین از مشکلات شایع این سیستم می‌باشند که باید به آنها توجه داشت.
- ۸- وضعیت آب (هیدراسیون) بدن: چون افراد مسن تقریباً ۲۵٪ کاهش در میزان احساس تشنگی در مقایسه با افراد جوان دارد، در ضمن اقدامات توانبخشی اگر در موقعیتی قرار گیرند که کاهش دسترسی به آب داشته باشند افزایش ریسک دهیدراتاسیون یا کم‌آبی را به همراه خواهند داشت. بعلاوه باید توجه کرد که مصرف داروهای دیورتیک (ادرار آور) و مسهل نیز نیاز به آب افراد مسن را زیادتر می‌کند. از سوی دیگر برخی بیماریهای شایع دوران کهنسالی و یا مصرف برخی داروها از جمله ضد افسردگی‌ها، مسکن‌ها و یا داروهای شیمی درمانی می‌توانند بروز سندرم ترشح نابجای ADH (SIADH) شده و احتباس آب و هیپوناترمی را به همراه داشته باشند.
- ۹- وضعیت تعادل گرمایی بدن: در افراد مسن سیستم تنظیم دمای بدن دچار اختلال می‌شود که آنها رامستعد به هیپوترمی یا هیپوترمی می‌کند لذا باید ضمن کنترل مناسب و تنظیم دمای محیط زندگی به این مسئله در جریان اقدامات توانبخشی کاملاً آگاه بود.
- ۱۰- تمرینات بدنی (ورزش): تأکید بر این است که استفاده از ظرفیتهای فیزیکی فرد برای جلوگیری از هدر رفتن آنها، بسیار ضروری است بعبارتی مطابق با اصل «use it or lose it» کاهش عملکردهای فیزیولوژیک در افراد مسن بدنبال پروسه کهنسالی، حتمی الوقوع نبوده بلکه ناشی از inactivity است. بعبارتی اگر افراد مسن شروع به یک برنامه ورزشی و حرکت درمانی مناسب نمایند، می‌توانند سن فیزیولوژیک خود را که بوسیله حداکثر اکسیژن مصرفی (VO2 Max) اندازه گیری می‌شود کاهش دهند. به منظور نگهداری فانکشن مفاصل عمده باید محدوده حرکتی (Range of motion) آنها حفظ شود مثلاً در مورد شانه باید اجازه حداقل ۹۰ درجه abduction همراه با چرخش به داخل کافی جهت لمس پشت کمر و چرخش بخارج کافی جهت لمس پشت سر را به اندام فوقانی بدهد. در ساعد محدوده حرکتی باید حداقل اجازه ۴۵ درجه پروناسیون و سوپیناسیون همراه با حرکات مچ دست را بدهد.

در مورد میزان خم شدن انگشتان به سمت کف دست می‌بایست تا محدوده ۱ اینچی کف دست امکان خم شدن انگشتان وجود داشته باشد.

در اندام تحتانی باید اکستانسیون هیپ حداقل تا وضعیت Neutral و فلکسیون هیپ تا ۹۰ درجه امکانپذیر باشد و در زانو اکستانسیون تا وضعیت نوترال و فلکسیون تا ۱۱۰ درجه قابل

قبول است. در مچ پا باید دورسی فلکسیون تا وضعیت نوترال عملی باشد. قبل از اینکه یک برنامه ورزشی را در افراد مسن شروع کنیم باید احتیاط ها و کونتراندیکاسیونهای خاص آنها را در نظر داشته باشیم. وضعیت قبلی باید مشخص شود و هرگونه نقص کاردیوواسکولر **unstable** یا درمان نشده باید به عنوان کونتراندیکاسیون احتمالی در نظر گرفته شود. در مورد محدودیت حرکتی مفاصل یا وضعیتهای التهابی مفاصل ممکن است احتیاج به تدوین برنامه تمرینی بیمار باشد. وجود هرگونه بیماری مدیکال همزمان یا مصرف داروئی همزمان می تواند روی توانائی فرد در میزان فعالیت ورزشی اش تأثیر بگذارد بعنوان مثال مصرف دکونزستانت برای رفع علائم تنفسی فوقانی نیاز به کاهش تمرینات ورزشی را طلب می کند یا همینطور در مورد دما و درجه رطوبت بالا تر از حد معمول که نیاز به کاهش تمرینات ورزشی دارد.

سایر مباحث مرتبط با توانبخشی سالمندان شامل موارد تعادل، راه رفتن، زمین خوردن و مشکلات طبی شایع آنها (مانند سندرم های گوناگون درد، پوکی استخوان، سکته مغزی، بیماریهای اعصاب حرکتی محیطی و مرکزی، پارکینسون، اختلالات عروق محیطی، بیماریهای دژنراتیو مفصلی، اشکالات بلع، شنوایی، تکلم، بینائی و ...) بوده که نیاز به بحث های جداگانه و مجزا دارد. در خاتمه فلوجارت مربوط به سیستم ارائه خدمات توانبخشی سالمندان ارائه می گردد.



References:

Braddom. Physical medicine and Rehabilitation textbook 2000, chapter: Principles of Geriatrics Rehabilitation.

پدیده سالمندی

دکتر احمدعلی اکبری کامرانی

متخصص داخلی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی



برای درک بهتر پدیده سالمندی طبیعی، لازم است که اشاره ای مختصر به زیست شناسی سالمندی یا (Biology of Aging) داشته باشیم تا بدانیم که مثلاً چقدر از تغییرات ناشی از پیری قابل پیشگیری است، و چه اندازه این تغییرات، حتمی و ناگزیر است. واکنش و تغییرات دستگاههای مختلف بدن در سالمندی متغیر است. گروهی از اعضاء و دستگاهها مانند کلیه ها - ریه ها - دستگاه ایمنی، در عملکرد فیزیولوژیک پایه خود نیز دچار کاهش می گردند (declines in basal physiologic Function) ولی بیشتر اعضاء و سیستم های بدن مانند قلب، مغز استخوان، کبد، سطح عملکرد پایه فیزیولوژیک خود را حفظ می کنند و فقط در ظرفیت ذخیره ای خود دچار کاهش می گردند. (Reduction in Reserve Capacity).

دلایل واقعی بروز پیری کدام است؟ چه تئوری هائی تاکنون شرح داده شده اند؟ تعریف سالمندی چیست؟ و بالاخره تغییرات فیزیولوژیک ارگان ها و سیستم ها و اعضاء بدن در سالمندی چگونه است؟ اینها موضوعاتی هستند که به اختصار به آنها می پردازیم.

هنوز علت واقعی پیری مشخص نشده است. به احتمال زیاد علت واحدی را نیز نمی توان برای آن در نظر گرفت. پدیده سالمندی، احتمالاً توسط مکانیسم های داخلی سلول، (Intrinsic cellular mechanisms)، تنظیم می شود. ولی تحت تاثیر عوامل خارجی متعدد نیز قرار دارد (Environmental influence).

در مطالعه ای که روی دوقلوهای همسان و غیر همسان انجام شده است، اختلاف طول عمر در دوقلوهای همسان کمتر بوده است، ولی بهرحال دو قلوهای همسان نیز دارای اختلاف بوده اند، در مطالعات انجام شده در این مورد قابلیت توارث طول عمر ۳۵ درصد مربوط به ژنتیک بوده و ۶۵ درصد نیز متاثر از عوامل خارجی بوده است.

در تحقیقات ژنتیکی، حداقل ۵۰ ژن که بنحوی در سلامت و عمر سلول ها مداخله داشته اند، شناخته شده است. اسکاگر و همکارانش که مطالعات ژنتیکی روی طول عمر انجام داده اند، این ژن ها را به سه گروه تقسیم کرده اند:

(۱) ژن هایی که طول عمر گونه جاندار را تعیین می کند،

مثلاً عمر انسان ۵ برابر گربه است - و عمر گربه ۵ برابر موش - و عمر موش ۲۵ برابر مگس میوه است .

(۲) ژن هایی که مربوط به ترمیم و حفظ سلامت سلول هستند ، تفاوت در این ژن ها ، باعث تفاوت طول عمر ، در داخل هر گونه جانوری می شود .
(۳) ژن هایی که در رابطه با بیماری های مهم و حیات موجود جان دار هستند ، مثلاً ژن های عامل ایجاد بیماری تالاسمی _ هیپرکلسترولی فامیلیال و

یکی از ژن های مهم و مورد توجه ژن P53 می باشد که عامل کنترل کننده تکثیر سلولی است .

می دانیم که در بسیاری از سرطان ها ، این ژن ها دچار موتاسیون می شوند و لذا تکثیر سلولی ، کنترل یا متوقف نمی شود .

یافته مهم دیگری که امروزه از آن بعنوان ساعت بیولوژیکی عمر (مشابه ساعت شنی)، یاد می شود ، وجود قسمت انتهایی کروموزوم ها (دم کروموزوم) بنام تلومر است که تاثیر مستقیم و مشخص بر روی پدیده تقسیم سلولی دارد ، بطوریکه در هر تقسیم بخشی از اسید های نوکلئیک آن جدا شده و تجزیه می گردد و در طول تقسیمات متوالی، بطور پیشرونده ای کوتاه می شود و در نهایت با پایان یافتن این دم تلومریک ، قدرت تکثیر و تقسیم سلولی از بین رفته و سلول دچار آپوپتوزیس یا دژنراسانس می گردد .

مطالعاتی در دست انجام است که با تاثیر بر روی آنزیم تلومراز ، از کوتاه شدن این دم جلوگیری شود و در این صورت طول حیات بیشتری برای سلول فراهم آید .

در جمع بندی نهایی ، چند تئوری پایه برای پدیده سالمندی بیان شده است که اهم آن عبارتند از :

program theory

(۱) تئوری پیری برنامه ریزی شده

Error theory

(۲) تئوری پیری بر حسب خطاهای تصادفی

هردوی این تئوری ها از بعد هومورال یا سیستمیک و یا از بعد سلولی توضیح داده شده اند .

امروزه تئوری تخریب سلولی بعلت مواد زائد حاصل از سوخت و ساز خود سلول - یا تئوری

تخریب سلول بعلت پیدایش رادیکالهای آزاد مثل سوپر اکسید ، که در جریان متابولیسم سلول پیدا می شوند ، طرفداران بیشتری دارد .

تئوری تخریب سلول در اثر گلوکز ، مثل پیدایش هموگلوبین گلیکوژیله در جریان مرض قند

(Hb A1c) - و پیدایش سایر پروتئین های گلیکوژیله نیز توصیف شده است .

در هر صورت تعریف سالمندی از دیدگاه بیولوژیکی، ممکن است با تعاریف سالمندی از دیدگاه تقویمی یا اجتماعی، یا روانی متفاوت باشد. البته چون رشته طب سالمندی یک علم چند رشته ای (Multidisciplinary) است، لذا هر رشته علمی از دیدگاه مورد علاقه خود به آن می پردازد. ما در اینجا از دیدگاه بیولوژی و تغییرات آن در سالمندی صحبت می کنیم.

از دیدگاه بیولوژیک و فیزیولوژیک، در انسان، متابولیسم (سوخت و ساز)، از دو بخش آنابولیسم (ساز) و کاتابولیسم (سوخت) تشکیل می شود. در طول دوره عمر طبیعی منحنی متابولیسم در انسان به شکل دوزنقه در نظر گرفته می شود.

از بدو تشکیل نطفه، تا انتهای دوره بلوغ (کامل شدن بلوغ) که حدود ۲۵ سالگی است، میزان آنابولیسم، بیشتر از کاتابولیسم است. لذا فرد در این دوره در حال رشد و نمو و فزونی است، حداکثر توده استخوانی فرد نیز مربوط به سن حدود ۲۵ سالگی است.

پس افراد در این دوره عمر بر شاخه صعودی متابولیسم نشسته اند.

از بعد از کامل شدن بلوغ تا حدود سن ۴۰ سالگی، میزان آنابولیسم و کاتابولیسم تقریباً همسان است. افراد در این برهه از عمر بر شاخه مسطح یا پلاتو منحنی سوار هستند.

از حدود ۴۰ سالگی به بعد میزان کاتابولیسم بطور معمول بیشتر از آنابولیسم است، و لذا تحلیل تدریجی و بی صدا در فرد شروع می شود. و افراد بتدریج در شیب منحنی پائین رونده متابولیسم قرار می گیرند. تغییرات در ابتدا نامحسوس و اندک است و لذا در توانمندی های معمول و روزمره افراد خللی وارد نمی شود، لیکن اثرات این کاهش در مسابقات رقابتی نمایان می گردد، و این یعنی اینکه از عملکردهای ذخیره ای اعضای و ارگان ها کاسته شده است.

از حدود ۶۵-۶۰ سالگی این کسری ها خود را بصورت محسوس نشان خواهند داد.

سن تقویمی سالمندی، همان سن قانونی بازنشستگی است که بسته به امید به زندگی، و طول عمر متوسط افراد در هر جامعه ای متفاوت است. هم اکنون در بعضی از کشورهای جهان سوم سن بازنشستگی ۵۵ سال، و در بعضی از کشورهای صنعتی و پیشرفته ۷۰-۶۵ سال می باشد.

سن بیولوژیکی و سن تقویمی، همیشه هم خوانی مستقیم ندارند، - مثلاً وجود دارند افراد ۳۵ ساله و جوان تر، که بعلت شرایط محیطی ناپهنجار، عملکرد کلیه ها، ریه ها، قلب و عروق و ... خود را از دست داده اند. و در واقع از نظر بیولوژیکی بسیار فرتوت و ناتوان بوده و در انتهای شاخه نزولی متابولیسم و یا عملکرد فیزیولوژیک خود هستند، - در مقابل افرادی نیز هستند که ۶۵-۷۵ ساله یا بیشتر بوده و بعلت شرایط محیطی ویژه و استعداد ژنتیک ویژه از تندرستی کامل و عملکرد فیزیولوژیک بالایی برخوردار هستند.

بحث عمیق و اساسی در این زمینه حداقل مشتمل بر یک کتاب درسی (text book) خواهد بود لذا بطور اجمالی ، ما در اینجا سرفصل های مهم تغییرات فیزیولوژیک جسمی در سالمندی را یادآور و مختصری درباره آن توضیح خواهیم داد .

جدولهای شماره ۱ تا ۴ در ضمن متن توضیح داده شده است.

جدول شماره ۵ = تغییرات مربوط به سن را بطور ژنرال در کلیت بدن ، و تغییرات مربوط به چشم و گوش را نشان می دهد .

جدول شماره ۶ = تغییرات مربوط به سن را در غدد درون ریز نشان می دهد .

جدول شماره ۷ = تغییرات مربوط به سن را در دستگاه تنفس و قلب و عروق بیان می کند .

جدول شماره ۸ = تغییرات مربوط به سن را در دستگاه گوارش و سیستم خونساز و ایمنی بدن شرح می دهد .

جدول شماره ۹ = تغییرات مربوط به سن را در کلیه ها - و دستگاه تناسلی و ادراری نشان می دهد .

جدول شماره ۱۰ = تغییرات مربوط به سن را در سیستم اسکلتی عضلانی و سیستم اعصاب نشان می دهد .

Topics of discussion

- What is the really cause of aging
- Theories of aging
- Various definition of aging
- Age – related changes in organ. system

جدول شماره ۱

Causes of Aging

- No really cause has been known
- 50 genes due to repair & phenotype of cells are recongnized
- Mutation of P53 gene in cancers
- Telomere & telomerase

جدول شماره ۲

Theories of Aging

- Program Theory
 - Hypothalamus, Thymus
 - Change threshold level
 - Cellular
- Error theory
 - Damage to DNA
- Cellular theory
 - Environmental factors
 - Free radicals

جدول شماره ۳

Various Definition of Aging

- Chronological Aging
- Biological Aging
- Psychological Aging
- Sociological Aging

جدول شماره ۴

Age Related Changes

- General
 - Body fat increase
 - Total body water decrease
- Eyes.ears
 - Presbyopia
 - Lens opacification
 - High frequency acuity decrease

جدول شماره ۵

Age Related Changes

- Endocrine
 - Impaired glucose homeostasis
 - Thyroxine clearance & production decrease
 - ADH increase
 - Renin/aldosterone/testosterone.decrease
 - Vitamin D absorption & activation decrease

جدول شماره ۶

Age Related Changes

- Respiratory
 - Lung elasticity decrease
 - chest wall stiffness increase
- Cardiovascular
 - Arterial compliance decrease
 - Systolic BP increase
 - B-adrenergic responsiveness decrease
 - Baroreceptor sensitivity decrease
 - SA node automaticity decrease

جدول شماره ۷

Age Related Changes

- Gastrointestinal
 - Hepatic function decrease
 - Gastric acidity decrease
 - Colonic motility decrease
 - Anorectal function decrease
- Hematologic . immune system
 - Bone marrow reserve decrease
 - T cell function decrease
 - Autoantibodies increase

جدول شماره ۸

Age Related Changes

- Renal
 - GFR decrease
 - Urine concentration / dilution decrease
- Genitourinary
 - Vaginal /Urethral mucosal atrophy
 - Prostate enlargement

جدول شماره ۹

Age Related Changes

- Musculoskeletal
 - Lean body mass.muscle decrease
 - Bone density decrease
- Nervous system
 - Brain atrophy
 - Brain catechol synthesis decrease
 - Brain dopaminergic synth. decrease
 - Righting reflexes decrease
 - Stage 4 sleep decrease

رفاه اجتماعی سالمندان و مقایسه چند کشور



دکتر علیرضا کلدی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

سالمندان قشری از جامعه هستند که در دنیای معاصر، همگام با پیشرفت های عظیم صنعت، علم و تکنولوژی، به عنوان جمعیت رو به رشد با نیازهای ویژه ای محسوب شده و دولت ها خود را ملزم می دانند که این قشر را بیش از پیش مورد توجه قرار دهند. امروزه در دنیای فوق صنعتی، برای طیف نیازهای این گروه از جمله، اوقات فراغت، درمان، توانبخشی و تغذیه سرمایه گذاری های وسیعی صورت می گیرد. در این زمینه، کشورهای در حال توسعه با مسائل و مشکلات عدیده ای روبرو هستند و نه تنها پوشش همگانی در ارائه خدمات مختلف به این گروه را ندارند بلکه اغلب نمی توانند، به نیازهای اساسی آنها نیز پاسخ مناسبی دهند. در این بررسی به شرح کوتاهی از وضعیت سالمندی در کشورهای مختلف پرداخته و سپس در یک نگاه تطبیقی، امکانات این کشورها در رابطه با سالمندان، مورد ملاحظه قرار خواهد گرفت.

تعریف، عوامل و ملاحظات جمعیتی

رفاه اجتماعی شامل کلیه تدابیر و راه حل هایی است که به منظور تأمین رفاه همگانی ارائه می شوند و در برگیرنده امکاناتی است مانند، وسایل زندگی، بهداشت، خوراک، پوشاک، مسکن، کار، فرهنگ و حتی وسایل تفریح، برای همگان، رفاه اجتماعی از طریق تأمین اجتماعی تحقق می یابد که وظیفه اصلی آن، حفظ و تأمین درآمد در هنگام سختی و ضرورت است. چنانچه رفاه اجتماعی هدف جامعه می باشد، بیمه های اجتماعی وسیله نیل به این هدف تلقی شده و تأمین اجتماعی، طریق رسیدن به آن است. عوامل توجه به رفاه و تأمین اجتماعی را باید در رشد جمعیت، نظام های نوین تولیدی، وجود سازمان ها و اتحادیه های کارگری، جنگ های جهانی، سازمان ملل و سازمان های وابسته، و نیز ایدئولوژیهای مختلف جستجو نمود. در طول یکصد سال اخیر، عواید مربوط به بیمه اجتماعی (از قبیل مستمری بازنشستگی) و کمک های اجتماعی، نخست در اروپا، سپس در کشورهای امریکایی و بعد ها در سایر کشورهای جهان بنا نهاده شد.

هرم سنی جمعیت کشورها با توجه به عوامل اقتصادی اجتماعی دستخوش تحول شده است. جدول زیر ، نشانگر این تحول در برخی کشورها می باشد. جدول شماره ۱: درصد افراد بالای ۶۵ سال در پاره ای کشورها در فاصله ۱۹۸۰ و پیش بینی ۲۰۲۵

کشور	درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر	
	۱۹۸۰	۲۰۲۵
آلمان	۱۵/۵	۲۳/۶
ژاپن	۹/۰	۲۱/۲
سوئد	۱۶/۴	۲۱/۵
انگلستان	۱۴/۸	۱۸/۵
امریکا	۱۱/۲	۱۹/۴
ایران	۲/۹	۹

Source: B. A . Gustafsson et al . (1989) The political Social Security, North Holland

دیدگاه های نظری در باره رفاه

نظریه های متفاوتی پیرامون نقش «دولت رفاه» در جامعه صنعتی وجود دارد.

دیدگاه اول :

این دیدگاه «anti-collectivist» ضد جمع گرا نامیده شده که ریشه های آن در قرن ۱۹ و با ایده «عدم مداخله دولت در امور اجتماعی» *laissez-faire* همراه است. ویژگیهای آن عبارتند از:

- الف- اقتصاد زمانی به بهترین وجه کار می کند که دولت هیچگونه مداخله ای در آن نداشته باشد.
- ب- اعضای جامعه عهده دار مراقبت از خویشان بوده و به کمک دولت متکی نباشند.
- ج- و بالاخره ،خدمات و کالاهای مربوط به خدمات رفاهی، به بهترین وجه توسط شرکت های خصوصی فراهم می شود. بنابراین شرکت ها با یکدیگر بر سر افزایش کارآیی رقابت خواهند کرد. طرفداران این دیدگاه اعتقاد دارند که دخالت دولت با گرایش نامطبوع بر تمرکز بیش از حد طرفداران استبداد، مانعی بر سر راه رقابت است که آزادی فردی را محدود می سازد.

دیدگاه دوم :

دیدگاه دوم به collectivist جمع‌گرا مشهور است، اما از دو رشته تفکر مشتق شده است: «جمع‌گرایان مخالف» reluctant collectivists و «سوسیالیست‌ها محتاط» Fabian Socialist. رشته اول با عقاید افرادی چون ویلیام بوریدج «William Beveridge» آغاز می‌شود. گزارش بوریدج در سال ۱۹۴۲، باعث شد که نظام تأمین اجتماعی بعد از جنگ جهانی دوم وضع گردد. اما رفاه «welfare» را جنبه‌ای از شهروندی «citizenship» می‌دانست به این معنا که همه باید در صندوق بیمه مشارکت نمایند و به عنوان حق، منافع آنرا دریافت نمایند. این افراد «اعضای بی‌میل جامعه» هستند زیرا نظام بازار را به عنوان ایده آل پذیرفته‌اند و فقط «دولت رفاه» را عاملی برای حداقل ترمیم و یا حل مسائل به صورت موقت می‌دانند. دسته دیگر، سوسیالیست‌های محتاط، از ابتدای قرن بیستم، به نقش دولت در ایجاد جامعه متعادل‌تر خوشبین هستند. آنها معتقدند که برابری هدفی مهمتر از آزادی فردی و ارزش مثبتی در تأمین اجتماعی و کنترل مرکزی است. دولت رفاه با تدارک جامع بیمه ملی، خدمات بهداشتی و آموزشی، به عنوان بخش مهم جامعه مدرن صنعتی محسوب می‌گردد. دیدگاه اجتماعی معتقد است تا زمانی که نابرابری وجود دارد، دولت مسئول تدوین سیاست اجتماعی برای انجام اصلاحات است.

دیدگاه سوم :

«Marxist Perspective»

شیوه سوم به نظریه مارکسیستی معروف است، اگرچه در دیدگاه مارکسیستی، چندین رشته وجود دارند. در این دیدگاه، نظام اقتصادی سرمایه‌داری در رابطه با نابرابریهای مسئول ایجاد مشکلات بنیادی است. در این مضمون، نقش دولت رفاه را می‌توان به طرق مختلف ملاحظه نمود. تأمین رفاه می‌تواند به وسیله اعطای امتیاز از سوی قدرتمندان به طبقه کارگر مشخص گردد، به بیان دیگر نوعی غرامت برای استمرار نظام سرمایه‌داری. بنابراین، خدمات رفاهی به عنوان اقدامی تلقی می‌شود که از سوی حاکمین برای ممانعت از تغییرات اقتصادی و سیاسی واقعی که به شکل انقلاب ظهور می‌کند، اعمال می‌گردد. دولت رفاه برای کاهش ناملایمات و نابرابری بدون انتقال واقعی قدرت و توزیع مجدد ثروت عمل می‌نماید.

با تأکیدی متفاوت، دیدگاه مارکسیستی انتقادی از دولت رفاه، آن را به گونه‌ای به عنوان یک عامل برای کمک و حفظ نظام سرمایه‌داری می‌داند که از طریق فراهم نمودن کارگران سالم و تحصیل کرده به قیمت نسبتاً ارزان عمل می‌کند. دولت رفاه در نظام سرمایه‌داری به صورت شکلی از کنترل اجتماعی عمل می‌کند، و هیچ رفاه واقعی نمی‌تواند در یک جامعه ذاتاً نابرابر، وجود داشته باشد.

برای تعیین میزان رفاه، به شاخص رفاه می توان اشاره نمود. به یک بیان، معیارهای چهارگانه شاخص رفاه عبارتند از: درآمد سرانه، مخارج کل سرانه، مخارج سرانه مواد غذایی، سهم هزینه مواد غذایی در کل مخارج.

با توجه به دیدگاه های فوق، مفهوم رفاه برای اقشار و گروه های مختلف جامعه از جمله سالمندان متفاوت بوده و چگونگی دستیابی به امکانات رفاهی را از سوی این قشر، در جوامع مختلف، تحت تأثیر قرار می دهد.

وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی برای سالمندان در برزی جوامع

کانادا: برنامه تأمین سالمندان، شامل درآمد مکمل تضمین شده و کمک همسر.

این برنامه نقش اساسی را در زمینه تأمین درآمد دوران پیری ایفا می نماید. مزایای پرداختی شامل مستمری پایه دوران پیری، درآمد مکمل تضمین شده و کمک همسر می شوند. بودجه این برنامه ها، از محل درآمد مالیاتهای عمومی تأمین اعتبار می شوند. برنامه های تضمین شده مالی وزارت رفاه و تندرستی کانادا، از طریق ادارات محلی که در هر استان مستقرند برنامه های تأمین سالمندان را اجرا می نماید. تمام مزایای پرداختی، تحت عنوان مزایای دوران سالمندی، سالیانه چهار نوبت (در ابتدای هر فصل) مطابق با شاخص افزایش هزینه های زندگی، ترمیم می گردد. این مستمری بر حسب تقاضای کلیه کسانی که ۶۵ سال یا بیشتر داشته باشند، ماهیانه قابل پرداخت است و چگونگی وضعیت استخدامی قبل از تقاضای دریافت این مستمری ملاک عمل نمی باشد. میزان مستمری انفرادی بستگی به طول مدت اقامت در کانادا دارد که میزان آن در سال ۱۹۹۰ ماهیانه ۳۵۱ دلار بوده است.

درآمد مکمل تضمین شده: این درآمد نیز به طور ماهیانه به کسانی پرداخت می گردد که در حال دریافت مستمری پایه دوران پیری بوده و فاقد درآمد دیگر هستند. میزان درآمد مکمل بستگی به وضعیت تأهل، میزان درآمد و سن همسر شخص متقاضی دارد. بنابراین شامل هر درآمد دیگری از قبیل مستمری بازنشستگی مرتبط با دستمزد، بهره، سود سهام، اجاره، دستمزد و سایر درآمدها می شوند.

اگر چنانچه متقاضی متأهل باشد مجموع درآمد متقاضی و همسر وی ملاک محاسبه قرار خواهد گرفت. کمک همسر: کمک همسر مزایای ماهیانه ای است که برای حل مشکل بیوه های سالمند و زوجهایی که فقط با مستمری پایه دوران پیری شوهر یا همسر زندگی می کنند، طراحی شده است. این کمک در سنین (۶۰-۶۴) به همسر افرادی که از مستمری پایه دوران پیری استفاده می کنند و افراد بیوه کم درآمد در سنین فوق، قابل پرداخت است.

حداکثر کمک قابل پرداخت به همسر مستمری بگیر، برابر است با ترکیبی از مستمری کامل دوران پیری، به اضافه حداکثر مبلغ درآمد مکمل تضمین شده قابل پرداخت به فرد متأهل. بدین ترتیب برنامه های تأمین درآمد دوران پیری به شرح زیر می باشد:

جدول: شماره ۲: برنامه های تأمین درآمد دوران پیری در کانادا

نام برنامه	حداکثر مزایای پرداختی (در سال ۱۹۹۰)
مستمری پایه دوران پیری	۳۵۱ دلار کانادا
درآمد مکمل تضمین شده (یک نفر مستمری بگیر)	۴۱۷ دلار کانادا
درآمد مکمل تضمین شده (دو نفر مستمری بگیر هر کدام)	۲۷۲ دلار کانادا
کمک همسر	۶۲۳ دلار کانادا
کمک همسر (شخص بیوه)	۶۸۸ دلار کانادا

طبق قوانین فعلی کشور کانادا، کلیه مردم، تحت پوشش نظام بیمه همگانی قرار دارند. این برنامه شامل، ارائه خدمات درمانی در سطح کشور و تأمین درآمد برای سالمندان، از کارافتادگان، بیکاران، مصدومین ناشی از کار و افراد زیر سن ۱۸ سال می باشد، که از طریق بانکهای اطلاعاتی جامع ثبت و ضبط و قابل ارائه است.

آمریکا

قبل از انقلاب صنعتی، سالمندان معمولاً در کنار خانواده باقی می ماندند، جایی که مسئولیت نگهداری کودکان و سایر امور محوله را بر عهده داشتند. از زمانی که خانواده، به علت تغییرات اقتصادی و اجتماعی منبعث از صنعتی شدن، کوچکتر شد، بسیاری از سالمندان دیگر قادر نبودند در خانواده باقی بمانند.

به همین علت قانون فقر (Poor law) (۱۶۰۱ م) برای سالمندان که خانواده قادر به مراقبت از آنها نبود نوانخانه هایی (almshouse) فراهم ساخت. این امر سالمندان را قادر ساخت تا زندگی خود را به آرامی و با طیب خاطر (احساس امنیت) ادامه دهند (indoor relief). با بهبود شرایط زندگی و مراقبت های پزشکی بهتر، طول عمر بسیاری از مردم افزایش یافت، و نیاز به ارائه برنامه

هایی برای کمک به قادر سازی سالمندان و حفظ استقلال آنان ، آشکارتر شد. نقطه تحول تاریخی دیگر ، قانون تأمین اجتماعی سال (۱۹۳۵) امریکا است، که متضمن برنامه حقوق بازنشستگی و مستمری بود، به صورتی که ، درآمدهای تکمیلی برای سالمندان نیازمندی که در محیط خانه خود باقی ماندند، فراهم ساختن (outdoor relief) . برنامه های بنیادی مصوب در سال ۱۹۳۵ میلادی ادامه پیدا کرد و در سالهای بعد، توسط اصلاحیه هایی گسترش یافت. همچنین برنامه های حمایت از سالمندان براساس قانون (۱۹۶۵) ، به اجرا در آمد. به این ترتیب شبکه ای از موسسات در سطوح مختلف، توسط دولت، به منظور برنامه ریزی ، هماهنگی و ارائه طیفی از خدمات ویژه سالمندان، ایجاد شد. این برنامه شامل مسکن (housing) ، سرگرمی و تفریح (Recreation) ، رفت و آمد (transportation) ، تغذیه (nutrition) و مشاوره (counselling) بود. کمک پزشکی (medicaid) و مراقبت پزشکی (medicare) به منظور برخورد مناسب تر با نیازهای سالمندان به مراقبت های بهداشتی، به قانون تأمین اجتماعی سال ۱۹۶۵ اضافه شد. برنامه تکمیل تأمین درآمد در سال ۱۹۷۴، انواع کمک های مالی قابل دسترس برای سالمندان نیازمند و ناتوان را بهبود بخشید. این برنامه ها به صورتی اساسی، شرایط اقتصادی متوسط افراد سالمند را تسهیل نمود. کوششهای جاری بر پیشگیری از سوء استفاده ، هتک حرمت (abuse) ، تأمین مسکن (housing) ، نگهداری طویل المدت (long-term custodial) و مراقبت های بهداشتی (health care) متمرکز است.

اروپای شمالی : پیری ، از کارافتادگی و بی سرپرستی

در کشورهای اروپای شمالی ، کلیه شهروندان در صورتی که به علت بیماری، از کارافتادگی و یا عوامل اجتماعی، توانایی انجام کار را از دست داده باشند، مستمری دریافت می کنند. به علاوه ، قوانین مربوط به مستمری ها ، برای مستخدمین سالمندی که مشارکت در بازار کار برایشان مشکل باشد، بازنشستگی همراه با مستمری را ممکن ساخته است. همچنین تمام شهروندان مشمول دریافت مستمری پیری می شوند.

از جمله ویژگی های مشترک طرحهای مستمری در کشورهای اروپای شمالی این است که ، طی یک دوره طولانی پایه گذاری شده اند و میزان مستمری یا بالا رفتن سطح کلی زندگی افزایش یافته است.

میزان و انواع مستمری ها در بین کشورهای اروپای شمالی تفاوت دارد. از دلایل این تنوع، وجود طرحهای مختلف برای مستمریها، سالمندان و افراد از کارافتاده، مشمول دیگر مزایای نقدی نیز می شوند که مهمترین آنها مزایای مسکن است.

تعداد مستمری بگیران در فنلاند و سوئد بالاترین و در ایسلند کمترین رقم را تشکیل

می دهد. به علاوه دولت نیز خدمات وسیعی در اختیار گروه های فوق الذکر قرار می دهد.

هدف از ارائه این خدمات، فراهم نمودن امکانات برای همه افراد، صرف نظر از سن و ناتوانی، جهت اقامت در منزل و نیز پیش بینی تسهیلات متناسب با نیاز معلولین است. همچنین در رابطه با خدمات خانگی و فراهم نمودن امکانات مربوط به جابه جایی افراد سالمند و از کارافتاده نیز حمایت‌هایی پیش بینی شده است. هزینه های مربوط به سالمندان و افراد از کارافتاده، از نقطه نظر قدرت خرید سرانه، در سوئد بالاترین و در ایسلند پایین ترین درصد تولید ناخالص داخلی را به خود اختصاص داده است. همچنین هزینه های پیری، از کارافتادگی و بی سرپرستی از کل هزینه های حمایتی مثل، خانواده و کودکان، بیکاری، خدمات درمانی و بیماری، سایر مزایا و نیز هزینه های اداری، به ترتیب در فنلاند ۴۸ درصد، دانمارک ۴۶/۹ درصد، نروژ ۴۶/۴ درصد، سوئد ۴۳/۹ درصد و ایسلند ۳۱ درصد می باشد.

براساس گزارش وضعیت جهان سازمان ملل متحد در سال ۱۹۸۰، جمعیت ۶۵ سال و بیشتر اروپا در سال ۱۹۷۵، ۱۲/۳ درصد کل جمعیت اروپا بوده و این رقم به سال ۲۰۰۰، ۱۴/۳ درصد خواهد رسید.

انگلستان :

کل هزینه ها بین ۶ گروه سالمندان، مبتلایان به بیماریها و از کارافتادگیهای طولانی، مبتلایان به بیماریهای کوتاه مدت، خانواده ها، بیکاران و زنان بیوه تقسیم می شود. هزینه ها برحسب مزایای اصلی که پرداخت می شوند دسته بندی می گردند، به عنوان مثال حق فرزند پرداختی به یک فرد بیکار به خانواده اختصاص می یابد تا به بیکار، بدین ترتیب هزینه های کمک درآمد، حق مسکن، مزایای مخارج اجتماعی پرداختی به خانواده های دارای فرزند که به دلیل بیکاری به آنها پرداخت می شود، به بیکاران اختصاص می یابد تا به خانواده ها. زیرا این مزایا عمدتاً به دلیل بیکاری پرداخت می شوند. میزان هزینه ها برحسب نوع مزایا در بین گروههای یاد شده متفاوتند. سالخوردگان و مبتلایان به بیماری کوتاه مدت میزان قابل ملاحظه ای مزایای اشتراکی را دریافت می دارند و بیکاران نیز عمده دریافت کنندگان مزایای درآمدی و خانواده‌ها بیشترین دریافت‌های مربوط به سایر مزایا را به خود اختصاص می دهند و این در شرایطی است که مبتلایان به بیماریهای طولانی و از کارافتادگی از هر سه نوع مزایا برخوردار می شوند. جدول شماره ۳ هزینه مزایای استفاده شده بر حسب گروههای مختلف را نشان می دهد.

جدول شماره ۳: هزینه مزایای استفاده شده بر حسب گروههای مختلف به قیمت‌های واقعی سال ۹۲-۱۹۹۱ (به میلیون پوند)

گروه‌های برخوردار / سال	۹۱- ۱۹۹۰	۹۲- ۱۹۹۱	۹۳- ۱۹۹۲	۹۴- ۱۹۹۳	۹۵- ۱۹۹۴
سالخوردگان	۳۰۴۹۰	۳۱۴۵۰	۳۲۶۸۰	۳۳۵۰۰	۳۳۶۵۰
مبتلایان به بیماری بلند مدت و از کارافتادگی	۱۰۹۳۰	۱۲۲۵۰	۱۳۱۱۰	۱۴۲۰۰	۱۵۰۰۰
مبتلایان به بیماریهای کوتاه مدت	۱۳۱۰	۱۰۸۰	۱۰۶۰	۱۰۵۰	۱۱۰۰
خانواده ها	۱۰۵۶۰	۱۱۴۹۰	۱۲۲۷۰	۱۲۸۰۰	۱۳۰۵۰
بیکاران	۵۳۹۰	۷۳۶۰	۷۵۶۰	۷۷۰	۷۸۵۰
زنان بیوه و سایرین	۱۳۱۰	۱۳۶۰	۱۳۴۰	۱۳۰۰	۱۳۰۰
جمع کل هزینه ها	۵۹۹۸۰	۶۵۰۰۰	۶۸۰۲۰	۷۰۵۵۰	۷۱۹۵۰

مقایسه وضعیت رفاه سالمندان در کشورهای در حال توسعه و پیشرفته

وضعیت رفاه سالمندان در کشورهای در حال توسعه و پیشرفته از جنبه های مختلف متفاوت است. درصد جمعیت سالمند از کل جمعیت ، پوشش خدمات درمانی ، وضعیت تغذیه ، پرداخت مستمری بازنشستگی ، مسکن ، اوقات فراغت و ... با یکدیگر تفاوت زیادی دارند. البته در واقع می توان کشورها را در سه طبقه قرار داد. کشورهای نظیر ژاپن ، تایوان ، هنگ کنگ ، کره جنوبی ، سنگاپور ، در دهه های اخیر تلاش نموده اند که خدمات رفاه برای سالمندان را بهبود بخشند. کشورهای مانند امریکا، کشورهای اروپائی ، کانادا و استرالیا از نظر ارائه خدمات رفاهی به سالمندان در ردیف اول قرار دارند. همچنین دسته دیگر کشورهای در حال توسعه که از نظر اقتصادی توان ارائه خدمات مناسب برای سالمندان را ندارند.

سالمندان از عمده ترین گروههای برفوردار از مزایا هستند.

در مورد سالمندان ارزش درآمدهای مستمری بگیران بطور پیوسته افزایش یافته است. براساس اصلاحاتی که در برنامه رفاه و تأمین اجتماعی از سوی دولت بعمل آمده ، مزایای درآمدی افراد سالمند به طور قابل ملاحظه ای افزایش یافته است. در اوائل سال ۱۹۹۱ ، مزایای مستمری

بگیران عادی برای افراد ۶۰ تا ۷۵ ساله بیش از افزایش میزان نرخ معمول و به میزان ۸۰ میلیون پوند افزایش داشت. از سال ۱۹۹۲ به بعد، با توجه به افزایش نرخ ها، یک مستمری بگیر ۶۳/۲۰ پوند و یک زوج ۹۶/۱۵ پوند در هفته دریافت کرده اند.

مراقبت از سالمندان

به طور قطع با پیشرفت های بهداشتی - درمانی، بهبود وضع تغذیه و مراقبت های مختلف امروزه، متوسط طول عمر در اغلب جوامع افزایش یافته و این امر با درجه توسعه صنعتی و تکنولوژیکی جامعه ارتباط دارد.

همچنین درصد افراد سالمند از کل جمعیت، در همه جوامع رو به فزونی است. مسئولیت این قشر (سالمندان) با توجه به دیدگاههای نظری فوق و نیز تغییرات اجتماعی سریع، هنوز در بسیاری از جوامع در حال توسعه، بر عهده خانواده است، حال آنکه در جوامع فوق صنعتی، جامعه، بعضاً خود افراد سالمند و یا توأماً عهده دار این مسئولیت هستند. از سوی دیگر، ارزش و احترام سالمند در برخی جوامع، دستخوش تحول شده است. جدول زیر نشان دهنده وضعیت مراقبت از سالمندان در چهار کشور اروپایی و آمریکایی است.

جدول شماره ۴: مراقبت از سالمندان: نظری مقایسه ای

امریکا	سوئد	لهستان	مکزیک	
کا				
۱۱/۳	۱۵	۹/۸	۳/۱	درصد بالای ۶۵ سال (۱۹۸۰)
خود/ جامعه	جامعه	خانواده	خانواده	مسئولیت اولیه در قبال سالمندان
تقریباً همه	همه	اغلب	تاحدی	سالمندان تحت پوشش بیمه بازنشستگی
تا حدی	وسیع	محدود	کم	عمومی
قابل تحمل	قابل احترام	قابل احترام	قابل احترام	مسکن مناسب قابل دسترس برای سالمندان ارزش سالمند در جامعه

منبع: سالنامه جمعیتی ۱۹۸۵، نیویورک، سازمان ملل متحد.

نتیجه :

ضرورت توجه به سالمندان همان گونه که اشاره شد، سالمندان از نظر تعداد ، در کلیه جوامع رو به افزایش هستند. در بسیاری از جوامع براساس وضعیت اقتصادی ، رفاه اجتماعی اقشار و گروههای مختلف جامعه ، مورد توجه برنامه ریزان اجتماعی قرار گرفته و در این ارتباط ، سالمندان به دلیل ارزشمندی ، و نقش مشارکتی آنان در پیشرفت های اقتصادی ، در دوره فعالیت آنان ، شایسته توجه ویژه هستند.

تجربه بسیاری از کشورهای صنعتی نشان می دهد که ارائه خدمات رفاهی مختلف ، قدرشناسی عملی از این قشر را مقذور می سازد . بنابراین همچنان که در کشورهای صنعتی مشاهده می شود. جهت گیری به سوی نظام حمایت اجتماعی (social assistance) و ارائه خدمات رفاه همگانی به این قشر در کنار رفاه همگانی به این قشر، در کنار نظام بیمه های اجتماعی ، در سالهای آینده نیز به عنوان گامی اساسی برای تحقق عدالت اجتماعی در کشورهای رو به رشد غیر قابل اجتناب است.

منابع :

- ۱- سالنامه جمعیتی ۱۹۸۵ ، نیویورک ، سازمان ملل متحد.
- 2- B. A Gustafsson et al . (1989) The Political Economy of Social Security, North Holland.
- 3- R. C. Federico (1990) Social Welfare in Today's World, New York: MC Graw Hill.
- 4- Social Security in The Nordic Countries.
- 5- Kart, Gary 5. (1985) The social Relations of Aging , Boston, Mass: Align & Bacom.
- 6- Giddens, A. (1994) sociology , Cambridge: Polity Press.
- 7- Moore, S (2001) Sociology Alive, London: Nelson thornes.

مکیده :

سالمندان قشری از جامعه هستند که در دنیای معاصر، همگام با پیشرفتهای عظیم صنعت، علم و تکنولوژی، به عنوان جمعیت رو به رشد با نیازهای ویژه محسوب شده و دولت ها خود را ملزم می دانند که این قشر را پیش از پیش مورد توجه قرار دهند.

امروزه در دنیای فوق صنعتی، برای نیازهای این گروه از جمله اوقات فراغت، درمان، توانبخشی و تغذیه، سرمایه گذاریهای وسیعی صورت می گیرد. در این زمینه، کشورهای در حال توسعه با مسائل و مشکلات عدیده ای در ارائه خدمات فوق به این قشر از جامعه رو به رو هستند و نه تنها پوشش همگانی در ارائه خدمات مختلف به این گروه را ندارند بلکه اغلب نمی توانند به نیازهای اساسی آنها نیز پاسخ مناسبی دهند.

هدف از ارائه این مقاله ارائه تصویری روشن از وضعیت رفاه سالمندان برخی از کشورهای توسعه یافته و نیز کشورهای در حال توسعه و نیز مراقبت از سالمندان در این کشورهاست.

این مطالعه با مرور اسناد و مدارک و گزارشات مربوط به وضعیت رفاه سالمندان در این کشورها انجام شده و یافته ها نشان می دهند که در کشورهای در حال توسعه پیشرفته و به بهبود است اما این امر منوط به وضعیت اقتصادی - اجتماعی هر کشوری تعیین می گردد. به عبارت دیگر، میزان ارائه خدمات رفاهی به سالمندان و وضعیت رفاه سالمندان با بسیاری عوامل اقتصادی - اجتماعی هر جامعه ارتباط دارد، بطوریکه در کشورهای صنعتی و فوق صنعتی متأثر از جهت گیری نظام حمایت اجتماعی (Social Assistance) و ارائه خدمات رفاه همگانی به همه اقشار جامعه از جمله سالمندان، تلاش می شود که هر چه بیشتر نسبت به رفع نیازهای اساسی سالمندان از جمله درمان، توانبخشی، تغذیه، اوقات فراغت و ... اقدامات اساسی صورت پذیرد. در این رهگذر جوامع در حال توسعه نیز با محدودیت های مالی و صنعتی و اعتباری و مشکلات اقتصادی - اجتماعی کوشش می نمایند تا در کنار نظام بیمه های اجتماعی که شامل آن دسته از کارکنانی می شود که در جریان تحقق عدالت اجتماعی اقداماتی هر چند محدود انجام دهند.

کلید واژه ها : رفاه سالمندان، تأمین اجتماعی، حمایت اجتماعی

تغییرات طبیعی روانی با افزایش سن

دکتر مهشید فروغان

فلوشیب روانپزشکی سالمندان

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

سالمند کیست؟

تغییرات زیست شناختی و روانشناختی سالمندی بسیار تدریجی رخ می دهند، از این رو هیچ سن معینی را برای شروع سالمندی نمی توان تعیین کرد. این رویه که افراد ۶۵ سال و بالاتر را سالمند خطاب کنیم از آلمان و سالهای ۱۸۸۰ آغاز شده است. در آن زمان اتو فن بیسمارک صدراعظم آلمان ۶۵ سالگی را سن شروع استفاده از مزایای تأمین اجتماعی اعلام نمود و پیرو آن ۶۵ سالگی سن آغاز سالمندی در غرب تلقی شد.

برخی از سالمند شناسان تقسیمات ریزتری را نیز برای سالمندی پیشنهاد کرده اند. از جمله سالمند جوان و سالمند پیر (برای افراد زیر ۷۵ سال و بالای ۷۵ سال) و نیز کهنسالان برای افراد بالاتر از ۸۵ سال. گرچه این مرزها نیز قراردادی هستند ولی می توانند شاخص مفیدی برای تمایز سطح عملکرد سالمندان هر گروه باشند. از سوی دیگر، بهتر است به یاد داشته باشیم که سالمند ممکن است در برخی از ابعاد وجودی زودتر از ابعاد دیگر پیر شود (برای مثال از لحاظ زیست شناختی پیرتر و از لحاظ روانشناختی یا اجتماعی جوانتر باشد) (به جداول آخر فصل رجوع شود)

تغییرات شناختی

مغز انسان در دوره سالمندی تغییراتی می کند. وزن آن که در فاصله ۳۰ تا ۷۰ سالگی فقط ۵٪ کاهش نشان می دهد، تا ۸۰ سالگی ۱۰٪ و تا ۹۰ سالگی ۲۰٪ کاهش خواهد یافت. این کاهش وزن که نمودار مرگ سلولهای عصبی است همراه با کاهش جریان خون مغز، که خصوصاً در لوبهای پیشانی و گیجگاهی مشخصتر است سبب افت کارکردهای شناختی فرد می شود (برای ویژگیهای مثبت و منفی CNS در دوره سالمندی به جداول رجوع شود). حافظه یکی از کارکردهایی است که در سالمندی دستخوش تغییر می شود و چون اختلال آن احتمال دمانس (زوال عقل)، خصوصاً بیماری آلزایمر را مطرح می کند سبب نگرانی پزشک و سالمند می شود. بررسی های بعمل آمده نشان می دهند که سرعت بازیافت اطلاعات قبلی از ذخایر حافظه در سالمندان کاهش می یابد و علاوه بر آن فراگیری و بازیافت اطلاعات تازه نیز دشوار می شود. از این رو، یافتن راه حل برای

مسائل تازه و پیچیده برای سالمندان دشوارتر از جوانان است. حافظه فوری که در واقع شاخص توجه و تمرکز سالمند نیز می باشد تغییر چندانی محسوس نمی کند. حافظه دور نیز که معمولاً در برگزیده دانستنیها و مهارتهای آموخته شده و خاطرات قدیمی است دچار افت قابل توجهی نمی شود، ولی متأسفانه کدگذاری، نگهداری و یادآوری اطلاعات تازه با دشواری روبرو می شود و این امر سبب اختلال یادگیری سالمند می شود. البته، مطالعات نشان می دهند که اگر به سالمند فرصت کافی برای یادآوری مطالب آموخته شده داده شود این مطالب با همان دقت افراد جوان به حافظه باز خواهد گشت و در واقع احتمالاً اختلال اساسی کندی فرایندهای ذهنی (و احتمالاً هدایت عصبی) است. همچنین باید اضافه کرد که بازشناسی (Recognition) یعنی به یاد آوردن موضوعات قبلاً ارائه شده با راهنمایی و دادن سرنخ در سالمندان بهتر از یادآوری (Recall) یا به یاد آوردن این مطالب بدون دادن سرنخ است.

مسأله تغییر هوش با افزایش سن همواره یکی از موضوعات بحث انگیز بوده است. مطالعاتی که به مقایسه هوش سالمندان با جوانان پرداخته اند از لحاظ متدولوژی به شدت مورد انتقاد قرار گرفته اند امروز اکثر محققان معتقدند اختلافاتی که میان هوش سالمندان و جوانان دیده می شود بیشتر نتیجه تفاوتهای فرهنگی و فرصتهای آموزشی است. در هر حال پژوهشها نشان داده اند که هوش متبلور که شاخص دانش عمومی، واژگان و مهارتهای عملی آموخته شده در طول زندگی است، نه تنها با افزایش سن افت نمی کند بلکه برخی از جنبه های آن، از جمله واژگان، ممکن است غنی تر شود. علاوه بر آن، افزوده شدن بعد تجربه به دانش موجود سبب عمیقتر شدن فرزاندگی و خردورزی در سالمندان می شود. البته، هوش سیال که عواملی نظیر توانایی درکی و حافظه نزدیک و مهارتهای حرکتی در آن دخالت دارند تا حدودی کاهش می یابد. سایر تغییرات شناختی عبارتند از: کاهش مختصر روانی کلام به شکل تکرار، و نیز اختلال گاه به گاه در واژه یابی؛ کاهش توانایی دیداری فضایی؛ کاهش مهارت مسأله گشایی استدلالی، و بالاخره کاهش کارکردهای اجرایی (شامل برنامه ریزی، زنجیره سازی، پایش حرکات و نظایر آن)

در هر حال، باید به یاد داشت که این تغییرات بسیار تدریجی رخ می دهند، بنابر این هر گونه تغییر ناگهانی در وضعیت شناختی را باید به مثابه وجود نوعی اختلال تلقی کنیم، مگر عکس آن ثابت شود (به جدول های مربوطه رجوع شود)

تغییرات شخصیت و هیجانات:

بررسی تغییرات شخصیت و هیجانها در دوره سالمندی به اندازه مطالعه شناخت عمیق و گسترده نبوده اند، ولی اغلب مطالعات نشان می دهند که استنباط سالمندان از تغییرات شخصیتشان با افزایش سن بیشتر مثبت است تا آنکه منفی باشد. یا به عبارت دیگر اغلب سالمندان

احساس می کنند که خصوصیات مثبت آنها بر خصوصیات منفیشان می چربد و شخصیت آنان روند رو به رشدی دارد. البته، افرادی که در ادوار قبلی زندگی با مشکلات شخصیتی دست به گریبان بوده اند، احتمالاً در دوره سالمندی نیز بدون مشکل نخواهند بود. ویژگی‌هایی نظیر درون گرایی / برون گرایی، خلق و خو، جرأت ورزشی و پرخاشگری تقریباً در طول زندگی ثابت باقی می ماند.

بخشی از تغییرات روانی و رفتاری سالمندان در این دوره از زندگی نتیجه انتظارات جامعه است. به این معنی که جامعه معمولاً در مورد آنچه برای هر گروه سنی مناسب یا نامناسب است باورهای محکمی دارد (مثلاً چگونه لباس بپوشد، صحبت کند، معاشرت کند، از چه حقوقی برخوردار باشد، و غیره) لذا، سالمندان ناگزیر به ایجاد برخی تغییرات و تبعیت از برخی مقررات در رفتار خود خواهند بود تا همنوایی خود را با جامعه حفظ کرده و مطرود نشوند.

عامل موثر دیگر در تغییرات روانشناختی سالمندان مسأله تغییر نقش است.

بسیاری از افراد وقتی به دوره سالمندی می رسند به دلیل بازنشستگی، بیماری، ناتوانی یا معلولیت ناگزیرند فعالیت اقتصادی یا اجتماعی خود را کاهش داده یا به کلی کنار بگذارند، این امر آنها را با بحران تغییر نقش روبرو می کند که اگر به موقع با آن مقابله نشده و از طریق انتخاب فعالیت‌های جایگزین جبران نشود فرد را به ورطه افسردگی می اندازد. گذشته از آن، استقلال فرزندان، مرگ نزدیکان و دوستان، افت وضعیت اقتصادی، از دست دادن موقعیت اجتماعی و ... از عواملی هستند که سبب تشدید بحران فوق و افزایش خطر افسردگی می شوند. در این موارد توجه به نیاز فرد برای آنکه احساس کند آنچه در حال حاضر هست ادامه همان است که در گذشته بوده به او کمک می کند که بر افسردگی فائق شود. به همین دلیل است که خاطره گویی (توصیف رویدادهای جالب و آموزنده گذشته بیمار در گروه‌های اجتماعی یا ضمن تماشای یادگارهای گذشته) سبب تسکین و آرامش سالمند می شود.

برخی از تحقیقات تمایزاتی را بین تغییرات شخصیت زنان و مردان با افزایش سن نشان داده اند. از جمله ذکر شده است که با افزایش سن مردان طبقه متوسط عاطفی تر، مهربانتر و ملایمتر می شوند و زنان دارای اعتماد به نفس و جرات ورزشی بیشتر خواهند شد (به اسلایدها رجوع شود).

اریک اریکسون سالمندی را آخرین مرحله رشد و چالش اصلی این دوره را یکپارچگی شخصیت در برابر نومیدی قید کرده است، به این معنی که اگر سالمند با موفقیت به این دوره قدم بگذارد وقتی به گذشته می نگرد احساس رضایت می کند.

تقسیمات سالمندی :

- ۶۵-۷۵، سالمند (elderly) یا پیر جوانسال
- ۷۵-۸۵، پیر (old) یا پیر میانسال
- >۸۵، خیلی پیر (very old) یا پیر پیر

جدول شماره ۱

عوامل موثر بر تغییرات ارگانیک با افزایش سن (فرایند سالمندی)

- اندروژن
- سبک زندگی (تغذیه - فعالیت فیزیکی - عادات - ...)
- ارث
- جنس
- آگزوژن
- وضعیت اجتماعی - اقتصادی
- شرایط اقلیمی
- آلاینده های محیط زیست
- رویدادهای ویژه (حجم ، شدت ، زمان استروسورها)
- غیره

جدول شماره ۲

به علت تاثیر عوامل مختلف در فرایند سالمندی در نتیجه :
تغییر پذیری ↑ (Variability) افزایش می یابد و لذا :
سن تقویمی شاخصی ضعیف برای سن فیزیولوژیک می باشد

جدول شماره ۳

معیارهای لازم برای افتراق پدیده های مرتبط با فرایند سلامندی از فرایندهای بیماریزا

- همگانی (universal)
- درونزاد (intrinsic)
- پیشرونده (progressive)
- زیان آور (deleterious)

جدول شماره ۴

تغییرات دستگاه عصبی مرکزی و حواس در سالمندی

- ۱- حجم و وزن مغز ↓ ، به ویژه بعد از ۶۰ سالگی
- ۲- مرگ سلولهای عصبی در برخی از لایه های قشر مغز
- ۳- کاهش جریان خون مغز
- ۴- تغییر در سنتز ، ذخیره و آزاد سازی نوروترانس میترها خصوصا کاته کولامینها
- ۵- کاهش سرعت هدایت عصبی ← کند شدن پردازش اطلاعات
- ۶- افزایش NA سرم *
- ۷- اختلال حس شنوایی (high-frequencies) بینایی، بویایی، چشایی، حس تعادل منجر به تغییر در رفتار و دستگاههای تنظیم کننده بدن می شوند

جدول شماره ۵

ظرفیتهای حفظ شده دستگاه عصبی مرکزی

- ساختار و کارکرد بهنجار ساقه مغزی
- پتانسیل انتقال اکسیژن به بافت عصبی از طریق پیوند سست تر O₂ با Hb
- رشد سیناپسی و شکل گیری مجدد آن
- توانایی ترمیم بافت عصبی

جدول شماره ۶

کارکردهای شناختی

- حافظه
- هوش
- زبان
- توجه
- کارکردهای دیداری فضایی
- تفکر استدلالی
- کارکردهای اجرایی
- سرعت

جدول شماره ۷

عوامل موثر بر شناخت در سالمندی بهنجار

- عوامل ژنتیک
- تحصیلات
- فعالیت ذهنی
- فعالیت فیزیکی
- خبرگی و مهارت
- خلق و شخصیت
- محیط فرهنگی و اجتماعی
- محیط تربیت شناختی
- اثر کوهورتی
- تفاوت‌های جنسی
- تفاوت‌های نژادی و قومی

جدول شماره ۸

آیا حافظه با افزایش سن تغییر میکند؟

حافظه فوری (immediate memory): ثابت یا کاهش مختصر - شمارش رقم (۲ ± ۷)
 عوامل مداخله گر به آسانی سبب اختلال آن میشوند

حافظه کوتاه مدت (Working memory): کاهش مختصر تا متوسط - کاهش کد گذاری و بازیافت
 حافظه بلند مدت:

↓ (کاهش)	اپیزودیک (episodic)
↑ (افزایش)	معنایی (semantic)
	اجرایی (procedural)

جدول شماره ۹

آیا هوش با افزایش سن تغییر می کند؟

- هوش سیال
 - هوش متبلور:
- | | |
|----------|--------------------------|
| ● کلامی: | ثابت یا افزایش |
| ● عملی: | کاهش (از ۵۰ تا ۶۰ سالگی) |
- (مهارت‌های ادراکی - حرکتی)

جدول شماره ۱۰

تغییرات زبان در سالمندی	
- توانش ارتباطی	ثابت (در صورت فقدان اختلال حس)
- کاربرد قواعد دستوری و گنجینه لغات	ثابت همبسته با میزان تحصیلات
- سیالی کلام و نام بردن	کاهش مختصر واژه یابی
- درک کلامی	ثابت یا کاهش مختصر پردازش پیامهای پیچیده
- بیان کلامی	متغیر تکراری و غیر دقیق

جدول شماره ۱۱

تغییرات توجه به افزایش سن	
- فراخوانی توجه :	ثابت یا کاهش مختصر
- کارکدهای پیچیده توجه :	کاهش مختصر
(تقسیم توجه - جابه جا کردن توجه - غربالگری محرکها)	

جدول شماره ۱۲

سایر تغییرات شناختی	
- توانائی دیداری فضایی :	کاهش
- تفکر استدلالی و مساله گشایی :	کاهش
- کارکردهای اجرایی :	کاهش خفیف
(برنامه ریزی - پایش رفتارهای پیچیده)	
- سرعت :	کاهش

جدول شماره ۱۳

عوامل موثر بر شخصیت با افزایش سن	
-	زمان بندی اجتماعی (social clock)
-	حس تداوم (The sense of continuity)
-	جرات ورزی در زنان و مهرورزی در مردان
-	کنترل احساسات
-	پردازش و غنای هیجانی
-	کانون کنترل

جدول شماره ۱۴

کانون کنترل	
-	درونی - فرآیندهای خلال ← خودکفایی
-	بیرونی - فرآیند غیر فعال ← درماندگی یاد گرفته شده ← افسردگی
کانون کنترل جز در قلمرو هوش و سلامتی با افزایش سن تغییر نمی کند.	

جدول شماره ۱۵

References:

1. Chop WC, Robnett R H; Gerontology; for the health care professional; F.A. Davis company; 1999.
2. Hoffmann wold G; Basic Geriatric Nursing; 2nd eds; Mosby; 1999.
3. Mass, ML, Buckwalter K, Hardy M D , and others; Nursing Care of Older Adults; Mosby, 1999.
4. Spar J E ; La Rue A; Concise Guide to Geriatric Psychiatry; 3d eds. American Psychiatric Publishing Inc; 2002.

جامعه شناسی جمعیت



عطاء الله مثنوی

جمعیت شناسی موضوع یا علمی است که به بررسی ساخت جمعیت های انسانی، یعنی توزیع آنها بر حسب سن، جنس، وضعیت تأهل و مهاجرت می پردازد. دموگرافی یا علم مطالعه جمعیت از دو ریشه یونانی Dcmos به معنای مردم و graphi به معنای نوشتن و مجموعاً یعنی علم نوشتار جمعیت مردم است.

این واژه اولین بار در سال ۱۸۵۵ در دایره المعارف آشیل گیتارد فرانسوی بکاررفته است. براساس برآورد باستان شناسان، انسان اول بار حدود ۶۰۰,۰۰۰ سال قبل ظهور کرده و از آن تاریخ تاکنون قریب به ۷۷ میلیارد انسان متولد شده، بنابراین جمعیت ۵ میلیاردی کنونی کره زمین حدود ۶/۵ درصد رقم نجومی فوق است. در طول تاریخ بشر در اوایل دوره مسیحیت حدود ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلیون نفر جمعیت روی زمین زندگی می کرده، این رقم تا سال ۱۶۵۰ میلادی به ۵۰۰ میلیون نفر رسید و در سال ۱۸۵۰ جمعیت دنیا بیش از یک میلیارد نفر و در سال ۱۹۸۸ از مرز ۵ میلیارد نفر گذشته است. در واقع جمعیت جهان در ساعت ۷ صبح روز بیستم تیر ماه ۱۳۶۶ برابر با ۱۱ ژوئیه ۱۹۸۷ با تولد نوزادی بنام ماتی گاسپار در هشر زاگرب یوگسلاوی بصورت سمبلیک از مرز پنج میلیارد نفر گذشت و دبیر کل سازمان ملل برای دیدن آن رفت.

آخرین برآورد در سالهای اخیر حاکی است که رشد جمعیت جهان بدین قرار است که در هر دقیقه ۱۵۰ نفر و در هر روز ۲۲۰,۰۰۰ نفر به جمعیت دنیا افزوده میشود. از دیدگاه جامعه شناسی جمعیت، پیشرفت کلی کشورها، ضریب زاد و ولد را کاهش می دهد، از طرف دیگر میزان پایین زاد و ولد افزایش رقم سالمندان را موجب میشود. سالخوردگی جمعیت از دو راه به وجود می آید:

۱- تغییر در پایه هرم سنی که نتیجه کاهش باروری ها و کم شدن نسبت جوانان در کل جمعیت است.

۲- تغییر در رأس هرم سنی و متورم شدن آن که نتیجه بهبود در کاهش مرگ و میر سالخوردگان است.

آقای آدل لاندیری شتاب افزایش جمعیت را تحت عنوان «انقلاب جمعیتی» به دو دوره تقسیم می کند:

دوره اول انقلاب جمعیتی :

از قرن ۱۸ به بعد جمعیت اروپا تحت تأثیر عواملی از جمله انقلاب کشاورزی، پیشرفت علم طب و سرانجام انقلاب صنعت رو به فزونی گذاشت. در این دوره مرگ و میر در اروپا رو به کاهش می رود و در نتیجه ازدیاد جمعیت را بدنبال می آورد.

دوره دوم انقلاب جمعیتی :

این مرحله که در کشورهای صنعتی به وقوع پیوسته است، میزان مرگ و میر و میزان باروری هر دو در سطح پائینی بوده، از این رو رشد جمعیت به طور قابل توجهی کاهش یافته و در این مرحله است که نسبت سالمندی در آن جوامع رو به افزایش می گذارد و سالمندی به عنوان مسئله مطرح میشود.

کشورهای توسعه یافته هم اکنون در این مرحله یعنی باروری پایین و مرگ و میر پایین قرار دارند و جمعیت آنها بتدریج پیرتر خواهد شد. چنانچه :

در اتریش ۲۰ درصد، دانمارک ۲۰/۲ درصد، آلمان غربی ۲۱/۷ درصد، ایتالیا ۲۰/۸ درصد و انگلستان ۲۰/۶ درصد بوده در حالی که این نسبت در کشورهای عقب مانده یا در حال توسعه چاد ۴/۷ درصد، نیجریه ۴/۳ درصد، الجزایر ۵/۷ درصد و ایران در سرشماری سال ۱۳۷۵ برابر ۶/۶۲ درصد است.

در طول چند دهه اخیر نسبت سالمندان در دنیا در حال افزایش است.

براساس برآوردها، نرخ رشد سالمند به جمعیت سالمندی در حدود ۲/۵ درصد است که با ادامه این روند در سال ۲۰۲۵ میلادی جمعیت سالمندی جهان به حدود یک میلیارد نفر خواهد رسید و در آنصورت از هر هفت نفر جمعیت دنیا یک نفر بیش از ۶۰ سال زندگی می کند که این رقم در سال ۱۹۵۰ به ازاء هر ۱۲ نفر یک نفر بوده است.

بنابراین با توجه به ارقام بالا، بالاترین نسبت جمعیت سالمندی در کشورهای اروپای غربی و کمترین نسبت در کشورهای آسیایی و آفریقایی است.

جامعه شناسان از مفهوم «خاکستری شدن جمعیت» در آمریکا یاد می کنند که کنایه از سالمندی جمعیت است که در سال ۲۰۳۰ طبق برآورد حدود ۱۸٪ خواهد بود و به همین دلیل گروههای مدافع حقوق سالمندان هم در این کشور طی سالهای اخیر افزایش یافته است.

جمعیت سالمندی در ایران :

جمعیت سالمندی در ایران نیز از چند دهه قبلی رو به فزونی گذاشته چنانچه این افزونی در پنج سرشماری عمومی کشور به شرح ذیل بارز است.

تاریخچه سرشماری در ایران :

در عهد ناصرالدین شاه قاجار حدود ۱۴۰ سال پیش سرشماری از شهرها انجام شده از جمله شهر قم در سال ۱۲۴۳ قمری که جمعیت آن ۲۵۳۸۲ نفر و شهر تهران در ۱۲۴۴ قمری تعداد ۱۵۵۷۳۶ نفر بوده است.

جدول پنج سرشماری عمومی کشور. (شماره ۱)

سال سرشماری	جمعیت کل به نفر	جمعیت سالمندی بالای ۶۰ سال	درصد افزایش
۱۳۳۵	۱۸,۹۵۴,۷۰۴	۱,۱۸۳,۹۸۲	۳ درصد
۱۳۴۵	۲۵,۰۷۸,۹۲۳	۱,۵۸۸,۰۴۲	۳/۳ درصد
۱۳۵۵	۳۳,۷۰۸,۷۴۴	۱,۷۷۰,۶۱۴	۵/۲ درصد
۱۳۶۵	۴۹,۴۴۵,۰۱۰	۲,۶۷۲,۱۱۵	۵/۲۵ درصد
۱۳۷۵	۶۰,۵۵۰,۴۸۸	۳,۹۷۸,۱۲۷	۶/۶۲ درصد

چنانچه ملاحظه میشود جمعیت سالمندی ایران در فاصله سرشماری اول تا پنجم متجاوز از سه برابر شده است.

جدول شماره (۲) تعداد و نسبت سالمندان ۶۰ سال و ۶۵ سال و بالاتر در سرشماریهای عمومی کشور.

سال سرشماری	تعداد کل سالمندان ۶۰ سال و بالاتر		درصد	تعداد کل سالمندان ۶۵ سال و بالاتر	درصد
	تعداد نفر	افزایش سالانه			
۱۳۳۵	۱,۱۸۴,۰۰۰	-	۶/۳	۷۵۲,۰۰۰	۴
۱۳۴۵	۱,۶۸۴,۰۰۰	۷۰,۰۰۰	۶/۵	۹۹۳,۰۰۰	۳/۸
۱۳۵۵	۱,۷۷۰,۰۰۰	۱۶۰۰	۵/۲	۱,۱۸۶,۰۰۰	۳/۵
۱۳۶۵	۲,۶۹۴,۲۷۶	۹۲۴۲۷	۵/۴	۱,۵۰۳,۴۳۶	۳
۱۳۷۵	۳,۹۷۸,۱۲۷	۱۲۸۳۸۵	۶/۲۶	۲,۵۹۵,۱۸۱	۴/۳۲

جدول شماره (۳) تعداد سالمندان ۶۰ سال بیشتر در پنج سرشماری عمومی کشور به تفکیک جنس

سال سرشماری	تعداد مردان سالمند	نفر	درصد	تعداد زنان سالمند	نفر	درصد
۱۳۳۵	۷۱۹,۳۰۱		۵۲/۵	۶۴۹,۷۴۹		۴۷/۵
۱۳۴۵	۸۸۵,۲۵۵		۵۲/۵	۷۹۸,۵۱۸		۴۷/۵
۱۳۵۵	۹۲۵,۷۸۹		۵۲	۸۴۴,۸۲۵		۴۸
۱۳۶۵	۱,۴۰۹,۲۴۱		۵۲	۱,۲۸۵,۰۳۵		۴۸
۱۳۷۵	۲,۱۳۵,۹۵۰		۵۴	۱,۸۴۲,۱۷۷		۴۶

براساس سرشماری سال ۱۳۷۵ (آخرین سرشماری) تعداد سالمندان ۳,۹۷۸,۱۲۷ نفر است که با توجه به کل جمعیت ۶۰,۰۵۵,۴۸۸ نفر نسبت سالمندان به کل جمعیت ۶/۶۲ درصد است .

$$(E = \frac{3978127 \times 100}{60055488} = \%6/62)$$

مشخصات سالمندان برابر سرشماری طرح اقتصار آسیب پذیر جامعه .

- ۸۲ درصد سالمندان بی سوادند . این نسبت در زنان بیشتر از مردان است.
- ۴۴/۴ درصد زنان سالمند همسر فوت شده می باشند. که این نسبت در مردان ۶/۸ درصد است . این اختلاف می تواند در درجه اول دلایل پائین بودن سن زن از شوهر در فرهنگ ایران در هنگام ازدواج و در درجه دوم بالاتر بودن امید زندگی زنان نسبت به مردان می باشد.
- ۷/۵ درصد سالمندان بدون فرزند می باشند (مردان ۸/۹ درصد ، زنان ۶/۳ درصد)
- ۷/۳ درصد سالمندان به تنهایی زندگی می کنند. زنان بیشتر از مردان رنج تنهایی را تحمل می کنند. ۱۲/۸ درصد مقابل ۲/۵ درصد مردان. این امر ممکن است ناشی از امکان ازدواج مجدد مردان باشد که کمتر از زنان تنها هستند.
- نسبت تنهایی با افزایش سن سالمند بیشتر میشود. چنانچه در سن ۷۰ سالگی نسبت ۷/۳ درصد به ۱۱ درصدی می رسد که در این مورد نیز زنان ۱۹/۱ درصد و مردان ۱۱/۸ درصد است.
- تنها ۳۱/۱ درصد سالمندان شاغل می باشند. در این مورد مردان ۵۲/۵ درصد و زنان ۶/۴ درصد است.
- حدود ۱۹/۷ درصد سالمندان از نهادها یا سازمانها کمک و هزینه دریافت می دارند این نسبت در زنان بیشتر از مردان است.
- حدود ۳۲/۸ درصد سالمندان از راه کمک فرزندان امرار و معاش می کنند.
- ۴۵/۳ درصد سالمندان با مشکل مادی روبرو هستند.

اجلاسها و تصمیمات بین المللی

- نخستین اجلاس بین المللی پیرامون مسائل سالمندی از ۲۶ جولای تا ۲ اگوست ۱۹۸۲ در وین برگزار و از طرف سازمان بهداشت جهانی آن سال ، سال سالمندان نامیده شد.
- در سال ۱۹۸۵ در کمیته امور اجتماعی سمینار بین المللی ، حقوق سالمندان شناخته شد.

- در سال ۱۹۹۴ سازمان بهداشت جهانی «در همه جا عمر طولانی» را یکی از مواهب توسعه اجتماعی دانست.
- سازمان بهداشت جهانی سال ۱۹۹۹ را سال سالمندان تعیین و مجمع عمومی سازمان ملل متحد هم در قطعنامه ۴۷۱۵ آن را سال جهانی سالمندان نامید.
- تقسیمات سازمان ملل از گروههای سنی سالمندی:
 - ۴۵ تا ۵۹ سال = میان سال
 - ۶۰ تا ۷۴ سال = مسن
 - ۷۵ تا ۹۰ سال = پیر
 - ۹۰ سال و بیشتر = خیلی پیر
- نرخ وابستگی سالمندان: نرخ وابستگی سالمندان ۶۵ سال و بیشتر از ۸ درصد در سال ۱۹۵۰ به ۱۵ درصد در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید.

روز سالمند: اول اکتبر هر سال برابر ۹ مهر ماه روز جهانی سالمند است.

تقسیم سازمان ملل در مورد جمعیت سالمندی کشورها :

- کشورهای دارای جمعیت جوان زیر ۴ درصد سالمند = ۸۹ کشور
 - کشورهای دارای جمعیت بزرگسال بین ۴ تا ۶ درصد = ۱۰ کشور
 - کشورهای دارای جمعیت سالخورده بالای ۶ درصد = ۲۷ کشور
- جمع ۱۲۶ کشور

دومین اجلاس بین المللی سالمندان :

دومین اجلاس با حضور وزرا و نمایندگان ۱۵۸ کشور در مادرید اسپانیا از تاریخ ۱۹ تا ۲۳ فروردین ۱۳۸۱ (۲۰۰۲ میلادی) برگزار گردید.

هشدار اجلاس:

طی دهه های آینده تعداد سالمندان (در سال ۲۰۵۰) تا مرز ۲ میلیارد نفر خواهد رسید که ۸۲ درصد آنان در کشورهای در حال توسعه مخصوصاً در مناطق روستائی زندگی می کنند. محوره های مهم اجلاس: مسئله مهم در این اجلاس ارتباط مسایل سالمندی و توسعه است که در سه محور

۱- سالمندان و توسعه ۲- توسعه بهداشت و رفاه سالمندان ۳- توسعه و توانمند سازی مورد توجه قرار گرفته است.

توصیه های اجلاس

محور اول - ۳۳ پاراگراف از گزارش بر محور سالمندان و توسعه شامل ۸ توصیه مهم به کشورها که در رأس آن مشارکت فعال سالمندان در جامعه است به شرح ذیل آمده :

- مشارکت فعال سالمندان در جامعه و توسعه
- ایجاد فرصت شغلی برای سالمندان
- رهایی سالمندان از تنهایی
- ایجاد فرصتهای یادگیری برای سالمندان
- همبستگی بین نسلها
- کاهش یا مهار فقر و تنگدستی از سالمندان
- تأمین اجتماعی سالمندان
- تأمین ضروریات زیستی سالمندان

محور دوم - تعمیم بهداشت و رفاه برای سالمندان در ۲۷ پاراگراف
محور سوم - ایجاد فضای مناسب توانمندسازی سالمندان در ۱۸ پاراگراف

فمانت اجرایی تصمیمات اجلاس :

- ۱- اقدام ملی = در اقدام ملی، اجرای تعهدات مسئولیت اصلی با دولتها است که در رأس اقدام ملی، تشکیل سازمان ملی سالمندان است.
- ۲- اقدام بین المللی = همکاریهای بین المللی و ارائه کمکهای مالی
- ۳- نظارت جهانی = اسناد مهم و تعهدات بین المللی مانند اعلامیه جهانی حقوق بشر ملاک نظارت خواهد بود.

آموزش بهداشت در سالمندان "Health promotion in Aging"



سیما قاسمی

کارشناس ارشد آموزش بهداشت

هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه :

از بدو تأسیس سازمان جهانی بهداشت لزوم ایجاد تشکیلات مربوط به آموزش بهداشت احساس می شده است، به طوری که در بخشی از مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت چنین آمده است: یکی از ارکان رسیدن به سلامت کامل این است که اطلاعات بهداشتی - پزشکی در دسترس عام قرار گیرد. لذا مطلع نمودن و شرکت فعال مردم در توسعه بهداشت و ارتقای سلامت خودشان از اهمیت فوق العاده برخوردار است. از طرف دیگر مسئله شکافی است که بین اطلاعات و دانش مردم و باورها و گرایش های افراد و رفتارهای بهداشتی آنان وجود دارد، هنوز فاصله بسیاری بین دانش و نگرش و عملکرد افراد در زمینه های مخلف بهداشتی وجود دارد گریفیت (Griffith) معتقد است که، تنها آموزش بهداشت می تواند شکاف موجود بین آنچه که بهترین رفتار بهداشتی شناخته و آنچه که در واقع عمل می شود، را پر کند. در واقع بین دانش بهداشتی و رفتار پلی برقرار می سازد و نیز افراد را در گرفتن خدمات بهداشتی و پذیرش آنها تشویق می نماید.

امروزه مفهوم آموزش بهداشت را در قالب مفهوم ارتقاء سلامت "Health promotion" بیان می دارند. زیرا یکی از موارد بسیار مهم در ارتقاء بهداشت، نقش آموزش و مشاوره است که متأسفانه اغلب به فراموشی سپرده شده است و از آن غفلت گردیده است. به واسطه آموزش و مشاوره، اطلاعات به افراد، دوباره داده می شود. بطوری که آنها درک روشنی از برنامه مراقبتی خواهند داشت. در حال حاضر مشخص است که به وسیله آموزش می توان تغییرات مؤثر در رفتارهای بهداشتی افراد بوجود آورد. معمولاً تغییرات رفتاری انسان به دنبال تغییرات ادراکی او حاصل می شود. به منظور ایجاد طرز تطمینهای بهداشتی و ارتقاء سطح دانش بهداشت که خود عامل به وجود آورنده تغییرات ذهنی می باشد، می توان از برنامه های آموزش بهداشت استفاده نمود.

جدول شماره ۱

تغییرات طبیعی پیری که در امر آموزش مداخله می نماید و ملاحظات عمومی

- کاهش قدرت بینائی
- استفاده از زمینه و کاغذهای چاپی که رنگهای مشخص و متضاد دارند.
- استفاده از مواد چاپی درشت چاپ .
- بکارگیری نور کافی بدون ایجاد خیرگی .
- کاهش قدرت شنوایی
- صحبت کردن بطور شمرده ، روان و بسیار واضح .
- کاهش دادن سرو صدای خارجی .
- تشخیص موارد غیر قابل فهمیم در سالمند .
- ارائه مطالب نوشتاری .
- کاهش توانایی سیستم اسکلتی - عضلانی
- در نظر گرفتن زمان طولانی برای تغییر وضعیت دادن .
- کمک کردن فرد برای تغییر وضعیت دادن .
- اختصاص دادن زمانهای استراحت .
- کاهش زمان عکس العمل
- در نظر گرفتن نهایت دقت جهت واکنش نشان دادن افراد سالمند .
- اجتناب از به تعجیل واداشتن سالمند در امر آموزش .

در اغلب مواقع ، نیاز فردی جهت کسب آگاهی و یا مهارت موجب شروع فرآیند آموزش می گردد، که در این صورت افراد تمایل خواهند داشت ، اطلاعاتی در خصوص ارتقاء بهداشت و یا پیشگیری و یا پیشگیری از بیماریها بدست آورند. در چنین مواقعی که تقاضای مستقیم وجود دارد، آموزش بسیار سهل تر می باشد و برعکس زمانی که در خواستی وجود ندارد و یا مددجو از نیازهای آموزشی خویش آگاه نیست، آموزش بسیار مشکل خواهد بود.

سالمندان نیازهای آموزشی مخصوص مربوط به ارتقاء سلامت و مدیریت فرآیند بیماریهای مزمن دارند. زمانیکه آموزش سالمندان مطرح می باشد، قوانین یادگیری بزرگسالان باید رعایت شود و نیز بعضی ملاحظات عمومی که به علت پیری اتفاق می افتد ، باید در نظر گرفته شود.

اهمیت و ضرورت آموزش بهداشت در سالمندان :

ارتقاء سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تأثیر گذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم می باشد.

سالمندان از اقشار آسیب پذیر و در معرض خطر از نظر مسائل بهداشتی می باشند و نیز از آنجا که آحاد جامعه و اقشار مختلف مردم به گروههای هدف ارتقاء سلامت می باشند، لزوم توجه به این بخش جمعیتی نیز حائز اهمیت است. مسئله دیگر این است که این بخش در حال رشد سریع جمعیتی هستند، بر طبق آمارهای موجود در همه جوامع، حتی در کشورهای در حال توسعه و همچنین کشورما شمار سالمندان رو به افزایش است، از طرف دیگر این افراد به علت تغییرات طبیعی ناشی از پیری و وجود بیماریهای مختلف این دوران، مصرف کننده عمده خدمات و مراقبت های بهداشتی هستند و لذا ضرورت آموزش بهداشت به این افراد بیش از پیش آشکارتر می گردد. توسعه ارتقاء سلامت و برنامه های پیشگیرانه به سمت سالمندان و افزایش تمرکز به مراقبت از آنان هدفمند شده است. برنامه ریزی و اجرای آموزش مؤثر برای سالمندان نیازمند دانستن اصول یادگیری بزرگسالان و نیز دانستن نیازهای آموزشی و روشهای آموزشی است که با این گروه جمعیتی مطابقت داشته باشد.

نوول Knowle (۱۹۸۴) مشخص کرد که آموزش گیرندگان بزرگسال خود فرمان هستند، به این معنی که بزرگسالان تجربیات زندگی اشان را در موقعیت هایی که به عنوان یک منبع در فرآیند یادگیری عمل می کند، می آورند. برخی از اصول یادگیری بزرگسالان ذیل فهرست شده است.

اصول یادگیری از بزرگسالان

- یادگیری یک فرآیند فعال است و افراد باید فعالانه در فرآیند آموزش مشارکت داشته باشند.
- یکی از اصول اساسی در امر آموزش بهداشت، اصول مشارکت است. مشارکت بر پایه اصل روان شناختی آموختن فعال قرار دارد و این امر از آموختن انفعالی تحقیر است. با درگیر شدن شخص افراد با مسائل احتمال بیشتری وجود دارد که آموزش به پذیرش و قبول آنها بیانجامد.
- یادگیری با اصل از دانسته با نادانسته پیش می رود.
- یعنی از آنچه که مردم می دانند شروع شده و سپس به ارائه اطلاعات تازه پیش می رود. باید به خاطر داشت که مردم بطور محض فاقد اطلاعات یا نگرش نیستند. همیشه میزانی ادراک و یا باور وجود دارد که بایستی قبل از آموزش بررسی شود و مبدأ حرکت قرار گیرد.
- ایجاد انگیزه در افراد از مسائل بسیار مهم در امر آموزش است .

اصولاً مردم به چیزهایی که علاقه ندارند گوش نمی دهند. برای اینکه بتوان در افراد علاقه به وجود آورد، آموزش باید بر پایه نیازهای آنان طرح ریزی شود.

- یادگیری باید تقویت شود، تقویت با تکرار انجام می شود.

اطلاعاتی که بیشتر تکرار شوند، بیشتر احتمال دارد به خاطر سپرده شود.

- تشویق و تأیید کردن افراد در مورد آنچه که آموخته اند، می تواند در امر آموزش پیشرفت حاصل کند و آن را تداوم بخشد و یادگیری را سهل تر خواهد نمود.

- شناخت سطح آگاهی و سواد افراد آموزش گیرنده از مسائل اساسی در امر آموزش است. چنانچه آگاهی های ارائه شده بر پایه سطح دانش افراد طرح ریزی گردد. درک و یادگیری آن آسانتر خواهد بود.

- آموختن توام با عمل، یادگیری جامع تر و پایدارتر خواهد نمود، زیرا آموختن یک فرآیند عملی است.

- داشتن روابط انسانی خوب در امر آموزش، یادگیری را سهل تر ساخته و بیشتر مورد پذیرش افراد واقع خواهد گردید. این مسئله بخصوص در امر آموزش سالمندان حائز اهمیت ویژه است.

فرآیندهای ذخیره سازی اطلاعات، فرآیند سازی و بازیابی در هر فردی متفاوت هستند. مغز اطلاعات را طی فرآیند سه مرحله ای ذخیره می کند: رمز گذاری، ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات. رمزگذاری به فرآیندی اشاره می کند که به واسطه آن اطلاعات را به نمایه سمبولیک، ترجمه می کند. ذخیره سازی توانائی نگهداری اطلاعات در مغز در طول زمان می باشد و بازیابی، توانایی دریافت و استفاده اطلاعات از حافظه می باشد. فرآیند طبیعی سالمندی بر روی این مراحل احتمالاً یادگیری تأثیر می گذارند.

تغییرات شناختی، روانی - حرکتی و عوامل محیطی بر فرآیند یادگیری اثر می گذارند. حیطه های شناختی، روانی - حرکتی و حیطه های مؤثر در یادگیری به واسطه فرآیند سالمندی متأثر می شوند. حوزه شناختی به مهارتهای هوش مربوط می گردد. آگاهی به زمان، مکان و اشخاص و توانائی ارتباط برقرار کردن بین اشکال کلامی و نوشتاری توانایی یادگیری سالمندان را متأثر می سازد. حوزه روانی - حرکتی بسیار پیچیده است و هم بواسطه فرآیند پیری و هم به علت بیماریهای مختلف متأثر می شوند. سالمندان ممکن است قادر باشند مراحل یک روش آموزشی را یاد بگیرند ولی به علت نواقص عملکرد نمی توانند آنها را بکار ببندند.

عواطف، احساسات و ارزشها به حیطه یادگیری مؤثر نسبت داده می شوند. نگرش نسبت به یادگیری و ارتباط و تفاهم با آموزش دهنده نیز با توانائی های یادگیری شخص، تأثیر می پذیرند. و همه این سه حیطه مستقیماً در توانمندی یادگیری سالمندان تأثیر می گذارند و باید زمانی که برنامه ریزی آموزشی طرح ریزی می گردد، مورد ملاحظه واقع بشوند. در جدول ۱ برخی از تغییرات طبیعی پیری و ملاحظات عمومی بیان شده است.

فرآیند طبیعی سالمندی به واسطه تغییرات در سیستم عصبی، سیستم عصبی - اسکلتی و حیطه های اقتصادی اجتماعی متأثر می شود.

تغییرات حواس از جمله موارد دیگر است که هر پنج حس را متأثر می سازد. دید کاهش پیدا می کند و کاتاراتحت شایع است. دید محیطی، درک از عمق و تحمل نسبت به نور و توانائی سازگاری در تغییرات ناگهانی روشنائی و تاریکی همه سالمندان کاهش می یابند. شنوائی اصوات توسط سالمندان مشکل می شود. سالمندان ممکن است مجبور به استفاده از وسایل کمکی شنوائی باشند.

تغییرات سیستم اسکلتی - عضلانی توانائی، حرکت سالمندان را تغییر می دهند که باید در برنامه ریزی آموزشی سالمندان مورد توجه قرار گیرند. مشکلات ارتوپدی مزمن موجب سختی مفاصل و کاهش رنج حرکت و تأخیر در زمان عکس العمل از مسائل خاص سالمندان است که همه این موارد توانائی سالمندان را در چالاکی مهارتها کاهش می دهند. افزایش مشکلات حرکت می تواند موجب افتادن ها بشود که موجب کاهش توانائی استقلال سالمندان می شوند. بدین منظور باید برنامه های آموزشی کوتاه مدت و با زمانهای استراحت مکرر در نظر گرفته شود که در نتیجه توانایی افراد را در مشارکت در برنامه های آموزشی افزایش می دهد.

تغییرات اقتصادی - اجتماعی نیز توانائی سالمندان را در مشارکت برنامه آموزشی متأثر می سازد. در آمد پائین، فقدان امکانات حمل و نقل، از دست دادن عواطف، تغییرات خود پنداره، وسطوح آموزشی پایین همه موجب کاهش مشارکت سالمندان در برنامه های آموزشی می گردد که باید این موارد در برنامه ریزی آموزشی در نظر گرفته شود.

عوامل اخلاقی و فرهنگی نیز می تواند در انتخاب و تصمیم گیری اتخاذ رفتارهای بهداشتی تأثیر بگذارد. تنوع فرهنگها و پیچیدگی تنوع آنها نیز حائز اهمیت است. مشکل دیر در تنوع سطوح فرهنگی، فقدان هماهنگی خدمات پیشگیرانه بهداشتی است که منجر می شود موانعی را در آموزش مؤثر بوجود آورد. برنامه های آموزشی مبتنی بر جامعه بر روی این موانع هدفمند شده است. برای درک شناخت صحیح این موانع، مدلهای آموزش بهداشت طراحی شده است. استفاده از این مدلها در فرآیند طراحی برنامه آموزش بهداشت در جهت یادگیری مؤثر حائز اهمیت است.

در نوع از این الگوها، مدل اعتقاد بهداشتی (H.B.M) Health Belief Model و مدل Perceived می باشد که مدل اول بخصوص در جوامعی که سطح سواد و آموزش پایین است استفاده می شود.

مدل H.B.M عواملی را که باعث برانگیختن فرد برای پذیرش و انجام رفتارهای بهداشتی می شود، بررسی می نماید. طبق این مدل، عوامل مؤثر بر انجام رفتار بهداشتی، شامل: حساسیت (susceptibility) یا آسیب درک شده فرد در مورد یک بیماری یا مشکل بهداشتی است.

حساسیت و شدت باعث بوجود آمدن عامل به نام تهدید درک شده (Perceived threat) می گردد و در نهایت این مدل به منافع و موانع درک شده Perceived Benefits- Barriery می پردازد که فرد تجزیه و تحلیلی از مضرات رفتارهای پیشگیرانه انجام می دهد. و بالاخره علائم برای عمل Cuses to Action که فرد یکسری علائم و اطلاعات، پیام ها و ارتباطات را که موجب اتخاذ رفتار پیشگیری کننده بهداشتی فرد می شود را درک کرده و تحت تأثیر پیشنهادات دیگران، پیام های افراد ذی نفوذ جامعه و یا رهبران مذهبی و پوسترها و پیامهای بهداشتی واقع می شود. یک برنامه آموزشی مؤثر سالم ارزیابی نیازهای آموزشی، روشهای یادگیری فردی، موانع یادگیری و ملاحظات مربوط به محیط یادگیری (عوامل محیطی) می باشد. برخی از عوامل محیطی و ملاحظات مربوط به آن در جدول ۲ فهرست شده است.

تشخیص و تعیین نیازهای آموزشی سالمندان

جهت تعیین نیازهای آموزشی، انجام پژوهش های نیازسنجی آموزشی سالمندان از مؤثرترین اقدامات می باشد، کالج پزشکان آمریکا (۱۹۹۴) راهنمایی هایی در تعیین رفتارهای بهداشتی افراد با دانستن عوامل خطر تعیین کرده است. و ملاحظات پیشگیرانه مشخصی جهت افراد سالمند فراهم کرده است که از این موارد میتوان به عنوان راهنمایی در اولویت های آموزشی سالمندان استفاده نمود.

در سطح اول پیشگیری یا پیشگیری اولیه در سالمندان شامل برنامه این ایمن سازی، مشاوره های ترک سیگار و حمایت های تغذیه ای و اجرای ورزشهای کسب جهت حفظ ثبات و تعادل، عوامل ایمنی در محیط و خانه، تدابیر مربوط به استرس و استفاده مناسب از داروها می باشد. جدول شماره ۳، برنامه ایمن سازی در سالمندان را نشان می دهد.

سطح دوم پیشگیری در سالمندان و فعالیتهای پیشگیری ثانویه شامل تشخیص زودرس بیماری در شرایط بدون علائم بالینی می باشد. شایع ترین نکات مورد توجه، کنترل فشار خون و تشخیص زودرس سرطان پوست می باشد. برنامه های غربالگری نیز در این سطح قرار می گیرند. از جمله آزمایشات غربالگری سالانه پیشنهادی برای سالمندان شامل: آزمایش واژن می باشد، بعضی از پزشکان غربالگری سالانه آزمایشگاهی مانند عملکرد تیروئید، عملکرد کبد و کلیه، شمارش گلبولهای خون، آزمایش کامل ادرار و کلسترول را نیز توصیه می کنند.

جدول شماره ۴. پیشنهادات آزمایشات غربالگری را جهت سالمندان نشان می دهد.

فعالتهای سطح سوم پیشگیری در جلوگیری از پیشرفت بیماری، عوارض حاصله از آن بواسطه فعالیتهای توانبخشی هدفمند می شوند و شامل فعالیتهایی است که موجب محدود کردن ناتوانی فرد به وسیله تشویق کوششها جهت ابقای توانائی عملکردی و یا کاهش هر گونه نواقص

عملکردی می باشد و نیز سازگاری و مطابقت مددجو با وضعیت موجود می باشد. از جمله موارد شایع در سالمندان شامل آرتروز ، استئوپروز و بی اختیاری ادرار و مدفوع است.

جدول شماره ۲

عوامل محیطی و ملاحظات مربوط به آن :

- فضای فیزیکی کلاس متناسب با تعداد افراد سالمند شرکت کننده باشد.
- تهویه و درجه حرارت اتاق مناسب باشد.
- صندلی ها راحت و به سادگی در دسترس باشند و تناسب با افراد سالمند در نظر گرفته شود.
- وسایل کلاس طوری تنظیم گردد که فضای کافی برای حرکت سالمندانی که ویلچر و واکر دارند، موجود باشد.
- اتاق کاملاً ساکت و آرام و بدون سروصدای اضافی باشد.
- نور اتاق مناسب و بدون ایجاد خیرگی و تشعشع باشد.
- فضای کافی برای شرکت احتمالی خانواده سالمندان در نظر گرفته شود.

جدول شماره ۳

برنامه ایمن سازی توصیه شده در سالمندان :

- ایمن سازی بر علیه آنفلوآنزا ، سالانه
- ایمن سازی پنوموکوک ، یکبار ، (ممکن است نیاز به تکرار آن در یک نوبت باشد).
- دیفتری - کزاز، سه بار به فواصل متوالی ، سپس هر ۱۰ سال یکبار
- هپاتیت B برای سالمندان در معرض خطر

جدول شماره ۴

پیشنهادات آزمایشات غربالگری در سالمندان

فشار خون (در افراد بدون خطر)	هر ۶ ماه یکبار
شنوائی	سالانه
بینائی	سالانه
معاینه بالینی پستان	سالانه
ماموگرام (در افراد ۵۰ ساله و بالاتر)	سالانه
معاینه دهان و دندان	سالانه
پاپ اسمیر	سالانه
غربالگری کلسترول	با توجه به علائم بالینی

آزمایش آنتی پروستات (PSA)	با توجه به علائم بالینی
نمونه مدفوع جهت خون مخفی	با توجه به علائم بالینی
آزمایشات تیروئیدی	با توجه به علائم بالینی
قند خون و ادرار	با توجه به علائم بالینی

در برنامه ریزی آموزشی و تعیین اولویت های آموزشی جهت سالمندان باید براساس سطوح پیشگیری و مسائل و مشکلات شایع سالمندان در این سطوح طرح ریزی گردد.

برنامه ریزی :

زمانیکه اولویت های آموزشی براساس نیازهای آموزشی سالمندان تعیین گردید، می توان برنامه آموزشی را تدوین نمود در این برنامه باید موانع مشخص سالمندی که قبلاً ذکر شد، شامل سطح سواد، آموزش، فرهنگ، اعتقادات، انگیزه افراد و عوامل اقتصادی و اجتماعی و عوامل محیطی، در نظر گرفته شود.

اهداف آموزشی دقیقاً مطابق با نیازهای آموزشی تعیین می گردد. اهداف باید با معیارهای رفتاری (افعال رفتاری) و قابل دسترسی و قابل اندازه گیری و واقعی طرح ریزی بشوند.

اجرا

روشهای اجرای برنامه آموزشی، بهداشت بسیار متنوع می باشند. این روشها شامل دو بخش روشهای آموزشی گروهی و روش آموزش چهره به چهره فردی می باشد. انتخاب روش آموزشی مستقیماً بستگی به نوع برنامه آموزشی و افراد شرکت کننده در آموزش و با در نظر گرفتن شرایط و موانع یادگیری می باشد.

در ذیل به مهمترین نکاتی که در اجرای برنامه آموزش بهداشت سالمندان باید در نظر گرفته شود، اشاره می گردد:

- از جلسات آموزشی طولانی مدت باید اجتناب گردد و به جای آن چندین جلسه کوتاه آموزشی در نظر گرفته شود.
- صبحها بهترین زمان برای برگزاری جلسات آموزشی است.
- برقراری تماس چشمی در حین صحبت کردن به یادگیری سالمندان کمک می نماید.
- استفاده از وسایل مناسب کمک آموزشی دیداری - شنیداری و تناسب و تطابق آنها با فرهنگ، سطح سواد ... سالمندان ضروری است.
- جلسات و آموزش گروهی معمولاً برای سالمندان مفید نیستند، زیرا اغلب سالمندان در پرسیدن و جواب دادن به سؤالات در جمع دچار ناراحتی و مشکل می شوند.

- جلسات آموزشی باید با ملاحظات مربوط به موانع فردی افراد سالمند، برنامه ریزی گردند، (مواردی نظیر: ضعف حافظه، وجود افسردگی، وجود اضطراب، عدم انگیزه یادگیری، ...)
- در تهیه مواد آموزشی برای سالمندان موارد زیر باید در نظر گرفته شود:
 - مناسب محتوی، نوع قلم، استفاده از تصاویر مناسب، رنگ و هزینه هر یک از آنها باید بطور کاملاً فردی و مجزا در نظر گرفته شود.
 - در انتخاب مواد آموزشی به ضعفهای حواس یا حرکتی افراد توجه بشود.
 - مواد چاپی باید بزرگ باشند با نوشته های سیاه در زمینه سفید که خیرگی در چشم ایجاد نکند و تشعشع نداشته باشند.
 - اندازه قلم بین ۱۲ تا ۱۴ و نوع آن Time roman test برای سالمندان مفیدتر و آسان تر خواهد بود. و همینطور نوع تایپ bold انتخاب گردد تا موجب افزایش توانایی دید در آنان بشود.
 - استفاده از رنگهای گرم مثل قرمز، نارنجی یا زرد، قدرت دید را افزایش می دهد.
 - مواد چاپی آموزشی باید تناسب با سطح سواد و دانش عمومی سالمندان تهیه گردد که افراد بتوانند آن را درک کنند.

ارزیابی :

- ارزیابی برنامه آموزشی بهداشت در فرآیند آموزشی از گامهای اساسی است. موفقیت در امر آموزش می تواند بوسیله ارزیابی یادگیری و بواسطه تغییرات رفتاری حاصله در سالمندان تعیین بشود.
- مهمترین معیارهای مورد استفاده در ارزیابی آموزش مؤثر در جدول شماره ۵ و ۶ بیان شده است.
- جدول شماره ۵

برخی از معیارهای ارزیابی آموزش مؤثر

- تعیین معیارهای ارزیابی در برنامه آموزشی
- مشاهده هر گونه تغییر حالت و علاقه و انگیزه سالمند در طی فرآیند آموزش
- وجود مواد آموزشی مطابق با نیازهای یادگیری سالمند
- پرسش کردن در طی آموزش در رابطه با اطلاعات داده شده
- مشاهده بازخوردهای افراد
- تعیین نتایج حاصله براساس تغییرات رفتاری بوجود آمده
- ارزیابی روشها و برنامه آموزشی

جدول شماره ۶

معیارهای ارزیابی جهت مواد آموزشی

- آیا مطالب نوشتاری به سادگی قابل فهم می باشند؟
- آیا مواد آموزشی مناسبت فرهنگی دارند؟
- آیا نوع فونت و رنگ بکار رفته برای سالمندان مناسب است؟
- آیا پوسترها و فیلم چارتهها به سادگی قابل رویت هستند؟
- آیا اطلاعات ارائه شده بایک روش سازماندهی شده از موارد اساسی هستند؟
- آیا مطالب نوشتاری ، آگاهی های کلامی را تقویت می کنند؟
- آیا تغییرات رفتاری ماندگار به دنبال آموزش در سالمند به وجود آمده است؟

بمٹ و نتیجه گیری

در برنامه ریزی و اجرای آموزش بهداشت در سالمندان دانستن اصول یادگیری و داشتن مهارتهای آموزشی و نیز دانش مربوط به فرآیند طبیعی پیری از اصول مهم و اساسی است. این موارد و ملاحظات مربوط به آن در برنامه ریزی و اجرای آموزش بهداشت باید در نظر گرفته شود. در رابطه با عوامل فرهنگی و اجتماعی و سایر عوامل که در اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه در افراد تأثیر می گذارند می توان از مدل‌های آموزش بهداشت استفاده نمود دو نمونه از این مدلها مدل اعتقاد بهداشتی و مدل پرسبود می باشد که از مدل اول بیشتر در جوامعی که سطح سواد و دانش عمومی پایینی دارند استفاده می شود. مسئله مهم دیگر این است که قبل از تدوین هر برنامه آموزشی نیاز بایستی تعیین شود و اگر نیاز نباشد، آموزش بهداشت بیهوده خواهد بود. مسئولیت آموزش دهندگان این است که در تشخیص نیازهای آموزشی به سالمندان کمک نموده و نیازهای آموزشی صحیح و ملموس را از نیازهای غیر واقعی تشخیص داده و در جهت تعادل و هماهنگ کردن این نیازها بکوشند.

همچنین برنامه آموزش بهداشت سالمندان باید بر پایه سه سطح پیشگیری استوار گردد و اولویت های بهداشتی و مسائل ارتقاء سلامت در این سه سطح با توجه به مشکلات بهداشتی هر جامعه ای تعیین گردد. ارزیابی برنامه های آموزشی نیز باید اجرا گردد. با ارزیابی دقیق می توان میزان موفقیت حاصله در امر آموزش را از طریق ایجاد تغییرات رفتاری و اتخاذ رفتارهای بهداشتی در افراد بررسی نمود.

بررسی و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان



فرحناز محمدی

عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

بدنه دانش بشری در انتزاعی ترین سطح خود در برگیرنده متاپارادیمهایی^۵ است که شالوده نظام علمی و حرفه ای رشته های مختلف را بنیان می نهد. در این میان متاپارادیمهای انسان، محیط و سلامتی شاید چالش برانگیزترین پدیده ها و مفاهیم در دوره های مختلف علمی بوده است. بطوریکه در طول اعصار و قرون مختلف شاهد پیشرفت علوم با توسعه این مفاهیم و بعضاً تغییر و تحول در زیر مجموعه مفاهیم کلی دانش بشری هستیم. فاوست معتقد است «متاپارادایم سلامتی به سایر مفاهیم عمده علوم مربوط به انسان جهت و معنا می بخشد»

نظر به پویایی علوم انسانی و ضرورت توسعه و تکامل دانش بشری ضروری است دیدگاههای نوین در عرصه خدمات بهداشتی ایجاد گردد و پدیده های جدید مطرح شده در شاخه های اختصاصی علوم پزشکی نیز جایگاه خود را بازابد، یکی از مفاهیم بالنسبه جدید در علوم پزشکی مفهوم کیفیت زندگی^۶ است.

در مورد مفهوم کیفیت زندگی اتفاق نظر واحدی وجود ندارد در سیر تکاملی این مفهوم سه دوره مشخص مشهود می باشد:

قبل از دهه ۱۹۷۰ تمرکز بر این مفهوم از دیدگاه اقتصادی بوده و در این دوره تصور می شد صرفاً معرفهای اجتماعی در قضاوت نسبت به رفاه ملی اهمیت دارند. از ۱۹۷۰ به بعد تمرکز مطالعات در مفهوم کیفیت زندگی بر دو پهلو بودن این مفهوم از نظر معرفهای ذهنی^۷ و عینی^۸ در مورد زندگی انسان قرار گرفت. پس از ۱۹۸۰ و پیرو سیر تکاملی این مفهوم تفاوت بین سطح زندگی معمول فرد با یک سطح استاندارد بیشتر مد نظر واقع شد.

امروزه بررسی مفهوم کیفیت زندگی در تحقیقات بالینی اهمیت خاصی یافته است، بطوریکه در حال حاضر به منظور تعیین و سنجش نیازها و ارتقاء سطح سلامتی افراد تحت مراقبت، کیفیت

^۵ - Metaparadigm

^۶ - Quality of life

^۷ - Subjective

^۸ - Objective

زندگی به عنوان ملاک ارزشیابی مطرح می باشد. امروزه سطح کیفیت زندگی یک نقطه اصلی در تصمیم گیری در مورد هدف درمان و خدمات بهداشتی است. مفهوم کیفیت زندگی یک دیدگاه کلی گرا^۹ در مقایسه با مفهوم سلامت دارد. تاریخچه مفهوم کیفیت زندگی به تحقیقات جامعه شناختی باز می گردد، تحقیق در مورد کیفیت زندگی از دهه ۱۹۶۰ بدنبال نهضت بیمارستان زدایی آغاز شد و در توانبخشی کاربرد عمده یافت. موضوع کیفیت زندگی برای اولین بار در پزشکی در ۱۹۷۵ مطرح گردید و پس از آن بطور اساسی پی گیری شد بطوریکه قرن ۲۱ را قرن کیفیت زندگی نام نهاده اند.

تعریف مفهوم کیفیت زندگی :

کیفیت زندگی یک جزء ذهنی از رفاه است، شاید بتوان کیفیت زندگی را مجموعه ای از رفاه جسمی ، روانی و اجتماعی که شخص یا گروهی از افراد درک می کنند، دانست (پارک ۱۹۹۵، صفحه ۱۴). آنچه که بیش از هر نکته در این تعریف جلب نظر می کند رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که چیزی جز تعریف سلامتی نیست. به واقع مفهوم سلامتی در مرکز مفهوم کیفیت زندگی قرار دارد.

سازمان بهداشت جهانی در ۱۹۹۵ برداشت و درک افراد از موقعیت خود در زندگی در رابطه با اهداف و نظام ارزشی مورد قبول آنان با توجه به شرایط عینی زندگی را کیفیت زندگی می نامد . این مفهوم ابعاد مختلفی از ابعاد سلامت جسمی ، روانی ، استقلال، تعاملات اجتماعی و اعتقادات را در بر می گیرد (اولیور ۱۹۹۷، صفحه ۱۸) .

با توجه به عدم وجود اتفاق نظر واحد در این مفهوم بهتر است عوامل موثر بر تعاریف کیفیت زندگی را از دیدگاه های مختلف شناخته و سعی در کشف مفاهیم، ابعاد و اهداف مرتبط داشته باشیم.

کارسون (۲۰۰۰) معتقد است کیفیت زندگی ورفاه مترادف بوده و شاخصهای مهم آن عبارتند از:

- ۱- فعال بودن فرد
- ۲- برای دیگران خوب و مثبت بودن
- ۳- برای خود خوب و مثبت بودن (خود باوری مثبت)
- ۴- داشتن خلق شاداب

^۹ - Holistic

مهمترین ویژگی این مفهوم عبارت است از:

- ۱- ذهنی بودن (Subjective)
- ۲- پویایی در ماهیت آن (Dynamic)
- ۳- چند بعدی بودن (Multidimensional)
- ۴- عینی بودن (Objective)

از نظر پارک شاخصهای مهم کیفیت زندگی عبارتند از نشانگرهای جسمی، روانی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی این شاخصها با ابعاد کیفیت زندگی از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت منطبق است چرا که این سازمان برای کیفیت زندگی سلامت جسمی و روانی، برخورداری از استقلال، ارتباطات اجتماعی و محیطی و اعتقادات مذهبی، شخصی و معنوی را لحاظ نموده است.

با عنایت به مقدمه بسیار اجمالی بر مفهوم وسیع الطیف کیفیت زندگی می توان به این نکته اشاره داشت که شالوده ارائه خدمات بهداشتی به سالمندان نیز باید بر ارتقاء کیفیت زندگی آنان استوار گردد و هرگونه تصمیم گیری و برنامه ریزی به منظور ارائه مراقبت بهداشتی منوط به تصحیح کیفیت زندگی آنان باشد. امروزه به منظور ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان رویکردهای سنتی گذشته متحول گشته و دیدگاه جدیدی پا به عرصه خدمات بهداشتی نهاده است.

مهمترین این تحولات بشرح ذیل می باشد:

رویکرد سنتی	رویکرد نوین
اعتقاد به وجود یک وضعیت سلامت ایده آل که باید هر فرد به آن دست یابد.	سلامت برای هر فرد جداگانه و کاملاً شخصی تعریف می شود.
هر مشکلی یک علت اصلی و ویژه دارد که رفع آن سبب حل مشکل خواهد شد.	اهداف بهداشتی مددجویان باید از طریق مشارکت فرد و خانواده و ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی تدوین شود.
صاحبان حرف بهداشتی به سبب تخصص در موقعیت بهترین قضاوت کنندگان سلامت افراد و طرح درمانی هستند.	دست یابی به اهداف مددجو مستلزم عنایت به توانایی، منابع و علایق و نیازها و ارزشهای فردی مددجو می باشد.
از بیمار و مددجو انتظار می رود که توصیه ها و دستورات متخصصان را اجرا کنند.	تصمیم گیری نهایی در مورد اهداف و اولویتهای آن باید به عهده مددجو باشد.
موفقیت اقدامات بهداشتی براساس درجه حل مشکل بیمار و بر اساس سطح استفاده از فن آوری روز سنجیده می شود.	موفقیت خدمات به میزان دستیابی به اهداف مددجو و متخصصان بهداشتی بستگی دارد.

مهمترین معیارهای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان به ویژه سالمندانی که به نوعی از اختلال و ناتوانی رنج می‌برند عبارتند از:

- توسعه سطح توانایی عملی فرد سالمند
- ارتقاء اختیار توانایی عملی فردی سالمند
- کسب زندگی مستقل

در طول دو دهه اخیر بررسی کیفیت زندگی به عنوان یک معرف مهم کیفیت مراقبت بهداشتی مددجویان مطرح شده است. این امر از دیدگاه بیمار و خانواده شان نیز دارای اهمیت می‌باشد. به واقع کیفیت زندگی بیان می‌دارد که درمان و بهبودی چه تأثیری بر زندگی بیمار و خانواده داشته است و از سوی دیگر اهمیت به صرفه بودن هزینه‌های درمانی را نیز بازگو می‌کند. نظر به پیچیدگی مفهوم کیفیت زندگی و عدم وجود تعریفی جامع جهت، بررسی و ارزیابی آن، توجه داشتن به نکات زیر الزامی است:

۱- توجه به شاخصهای مهم :

- رضایت کلی فرد از زندگی
- توانایی کار کردن
- وضعیت مالی
- فعالیتهای روزمره زندگی
- فعالیتهای اجتماعی
- علائم و نشانه‌های بیماری و اختلالات
- استرس وارده
- حمایت اجتماعی
- میزان دست‌یابی به اهداف
- اعتماد به نفس
- میزان افسردگی
- روشهای مقابله

۲- توجه به چگونگی ارزیابی ذهنی فرد نسبت به رفاه و سلامتی خود

۳- توجه به ارزیابی عینی از کیفیت زندگی فرد مورد نظر

۴- استفاده از سؤالات معتبر بویژه با تاکید بر اعتبار معیاری (Criterion validity) و اعتبارسازه (Construct V.)

۵- سنجش کیفیت زندگی در زمانهای مختلف (و نه صرفاً فضاوت براساس یک سنجش واحد)

۶- انتخاب ابزار مناسب سنجش کیفیت (بطور مثال پرسشنامه لیپاد مخصوص سنجش کیفیت زندگی سالمندان WhoQOL- 100Test و ...)

Reference:

- 1- Philip, Clark. (1995) Quality of life, values & Teamwork in geriatric care. *Gerontologist*: 35,3,405-412.
- 2- Allegne, Gorge. (2001) Health & the quality of life . world health 2001.
- 3- Hass, Barbara. (1999) Multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western journal of nursing research*: 21, 6, 728-742.
- 4- Lawton , Powell etal (1999). Affect and quality of life. *Aging and Health*: 11,2,169-198.
- 5- Judilth A Depalma. 2001. Measuring QOL of patients of Trumatic brain injury . *Critical Quarterly*. 23(4). 42-51.
- 6- Lehman, anthony . 1995. Measuring QOL in a reformed Health sys. 14 (3).90.
- 7- Oliver , etal . 1997. QOL & mental health. First edi. Newyourk.
- 8- Canan, Arcon, 1999. QOL of mainly care giver. *Rehab Nursing*. 24(5). 192-196.
- 9- Lind quist , Rag; etal. 2000. Coping strategies & Health related QOL. *Advanced nursing*. 31(6). 1399-1408.

موضوعیات تغذیه در سالمندان



رائیکا براری

کارشناس تغذیه و رژیم درمانی

اثرات سالمندی بر نیازهای تغذیه ای

سالمندی فرآیند نرمالی است که دامنه وسیعی از تغییرات را در کلیه قسمت‌های بدن را بر می گیرد. میزان تأثیر این تغییرات بر روی اندامهای بدن در افراد مختلف متفاوت است. در نتیجه رژیم غذایی مناسب این سنین نیز از فردی به فرد دیگر متفاوت است. به طور کلی تغییرات بدن در دوران سالمندی عبارتند از:

- توده عضلانی بدن کاهش می یابد. در نتیجه نیاز به انرژی کاهش می یابد. فعالیت بدنی نیز در این سنین نیاز به کالری کمتری دارد.
- جذب Vit A توسط بافتهای محیطی کمتر شده و در نتیجه سطوح در حال گردش افزایش می یابد.
- عملکرد سیستم ایمنی کاهش یافته و حساسیت به عفونت افزایش می یابد.
- سنتز پوستی Vit D کم می شود.
- استفاده از Vit B12 کم می شود.
- ترشح اسید معده در ۱/۳ جمعیت بالای ۷۰ سال کاهش می یابد. در نتیجه اثراتی بر جذب Vit B12 ، اسید فولیک، کلسیم ، آهن و روی دارد و ممکن است موجب بروز کمبودهایی گردد. در نتیجه مصرف مکمل این مواد مغذی ممکن است ضرورت یابد.

جدول ۱ تغییرات بدن را در طی دوران سالمندی به خوبی نشان می دهد.

جدول ۱- تغییرات بدن در دوران سالمندی

بخش بدن	تغییرات ایجاد شده ناشی از سالمندی
پوست	چروکیدگی
	کاهش مو
	کاهش عملکرد غدد عرق و چربی
کلیه	۳۰-۲۰٪ کاهش در وزن نفرونها و حجم آنها کاهش میزان فیلتراسیون و افزایش آستانه گلوکز
قلب	کاهش عضله قلبی
	افزایش بافت فیبروز
	کاهش برون ده قلبی
استخوان	افزایش بافت جذب
عضله	کاهش انقباض و انبساط
	آتروفی خصوصاً در اندامهای تحتانی
سیستم ایمنی	تخریب عملکرد سلولهای T حساسیت بیشتر به عفونتهای ویروسی
روده کوچک و بزرگ	کاهش عملکرد خودبخود و حجم عضلانی
	تخریب ظرفیت هضم
	دیورتیکولوز
شنوایی	کاهش آستانه شنوایی
	کاهش ادراک فرکانس های بالا
لامسه	افزایش آستانه تحریک پذیری و درد
چشایی	کاهش تعداد جوانه های چشایی
	افزایش آستانه حس چشایی (بدون حساسیت مزه)
بوایی	کاهش تعداد سلولهای حساس بینی
بینایی	کاهش دقت در رنگ
	کاهش سرعت تشخیص در بینایی
قد	کاهش
تنظیم هموستاتیک	کاهش
کل بدن	افزایش چربی بدن
ترکیبات	کاهش LMB

عوامل فردی مؤثر در تغذیه سالمندان

کاهش حواس

حواسی مانند بویایی، شنوایی و لامسه در سنین سالمندی کاهش می یابند. کاهش حس چشایی (Dysgeusia) و افت حس بویایی (Hyposmia) در افراد مسن شایع است و ممکن است به دلیل عوامل مختلفی ایجاد گردد.

اختلال در عملکرد حس بویایی و چشایی در حدود سن ۶۰ سالگی رخ می دهد و با افزایش سن (بعد از ۷۰ سالگی) شدت می یابد. توانایی فرد در تشخیص بوها و غذاهایی که خورده می شود کاهش می یابد و این کاهش توانایی اهمیت به سزایی دارد. کاهش این حواس فقط لذت غذا خوردن را کم نمی کند بلکه ممکن است فاکتور خطرزایی را نیز ایجاد کند که در آن بیمار به دلیل عدم تشخیص بو و مزه، دچار مسمومیتهای غذایی گردد.

از آنجایی که تحریک حواس بویایی و چشایی باعث بروز تغییرات متابولیکی مانند ترشح بزاق، اسید معده و پانکراس شده و باعث افزایش سطح انسولین پلاسما می شود. کاهش تحریکات حسی ممکن است این فرآیندهای متابولیکی را تضعیف کند.

کاهش حس شنوایی و بینایی و کاهش عملکرد نیز در افراد سالمند شایع است و ممکن است منجر به کاهش دریافت غذا (به دلیل کاهش اشتها)، کاهش تشخیص غذا و عدم توانایی سالمند در غذا خوردن به تنهایی شود.

بهداشت دهان و دندان

Xerostomia احساس درونی است که در آن فرد احساس خشکی دهان دارد و این حس به علت کاهش ترشح بزاق (Hyposalivation) دست می دهد.

سالمندان مبتلا به Xerostomia با مشکلاتی در جویدن و بلعیدن روبرو هستند و به همین دلیل کم کم از مصرف برخی غذاها خصوصاً غذاهای ترد و خشک و چسبناک امتناع می کنند.

عدم مراقبت صحیح از دهان و دندان و وجود پریدونتیت از علل رایج از بین رفتن دندانها در دوران سالمندی است که منجر به استفاده از دندان مصنوعی می گردد. عموماً افرادی که از دندان مصنوعی استفاده می کنند، نسبت به افرادی که دندانهای طبیعی دارند ۸۵-۷۵٪ کمتر می توانند بجوند. لذا ممکن است همین امر منجر به مصرف کمتر گوشتها و میوه جات و سبزیجات تازه گردد و کمبود انرژی، آهن، برخی ویتامین ها خصوصاً Vit C، فولات و B - کاروتن را به دنبال داشته باشد.

عملکرد دستگاه گوارش

- در سالمندی تغییراتی در دستگاه گوارش رخ میدهد که بر روی دریافت، هضم و جذب مواد مغذی اثر می نماید.
- آنزیم لاکتاز موجود در دستگاه گوارش در بزرگسالان کاهش می یابد. این آنزیم با هضم و جذب لاکتوز موجود در محصولات لبنی مرتبط می باشد و با کاهش این آنزیم وعدم جذب لاکتوز، احتمال بروز استئوپروز افزایش می یابد.
 - یکی از مهمترین تغییراتی که با افزایش سن رخ می دهد، گسترش مداوم گاستریت آتروفیک و عدم توانایی معده در ترشح اسید معده می باشد.
 - یبوست یکی از علل عمده مصرف ملین ها در سالمندان است. یبوست معمولاً به علت کافی نبودن دریافت مایعات و فیبر رژیم غذایی ایجاد گردد.
- یبوست اغلب با افزایش دریافت فیبر رژیمی، مایعات و انرژی و نیز افزایش فعالیت فیزیکی کاهش می یابد. با این حال زمانی که رژیم غذایی پر فیبر توصیه می گردد باید سطح کلسیم نیز کنترل شود.

عملکرد سیستم قلب و عروق

- دردوران سالمندی عروق خونی خاصیت الاستیکی خود را تا حدی از دست می دهند و مقاومت کل محیطی بالا می رود. در نتیجه هیپرتانسیون بروز می نماید. فشار خون در زنان بالای ۸۰ سال افزایش می یابد ولی در مردان مسن به طور قابل توجهی کاهش می یابد. سطوح کلسترول سرم در مردان در سنین ۶۰ سالگی شروع به بالا رفتن می کند ولی سطوح کلسترول و LDL در زنان تا سن ۷۰ سالگی افزایش می یابد.

عملکرد کلیوی

- عملکرد کلیوی و میزان فیلتراسیون گلومرولی در سنین ۸۰-۳۰ سالگی به علت برخی شرایط مزمن، کاهش تعداد نفرونها و کاهش جریان خون تا بیش از ۶۰٪ کاهش می یابد و همین امر باعث می شود افراد مسن نتوانند به تغییراتی که در وضعیت مایعات داده می شود، پاسخ مناسبی دهند و تعادل اسید-باز را حفظ نمایند.

کاهش توده عضلانی (سارکوپنیا)

- همراه با سن ترکیبات بدن به طور چشمگیری تغییر می کند. با افزایش سن توده عضلانی بیشتر از توده بدون چربی کاهش می یابد. این تغییرات در ساختار بدن بر نیازهای تغذیه ای اثر دارد. این کمبود عضله و بافت بدن که به عنوان سارکوپنیا نامیده می شود و منجر به کاهش قدرت و تحرک، عدم تعادل و افتادندگی مداوم سالمند می گردد.

کاهش دانسیته استخوانی و سنتز پوستی Vit D

سالمندی بر روی متابولیسم کلسیم و Vit D به روش های مختلفی اثر می کند و می تواند منجر به کاهش شدید استخوان و پیشرفت استئوپروز در سالمندان گردد.

- سنتز کلسیتریول و جذب کلسیم از روده کوچک با افزایش سن کاهش می یابد.
- دریافت ناکافی Vit D می تواند منجر به کاهش استخوان و افزایش ریسک شکستگی گردد.

Vit D کاهش یافته در سالمندان نشان دهنده دریافت کمتر این ویتامین و کمتر در معرض خورشید قرار گرفتن و کاهش سنتز پوستی است.

سیستم ایمنی، تغذیه و سالمندی

در دوران سالمندی سوء تغذیه پروتئین، کمبود روی، کمبود Vit B6 و دریافت ناکافی آنتی اکسیدان همگی عللی هستند که سالمند را در معرض خطر قرار می دهند و ممکن است بر عملکرد سیستم ایمنی اثر گذارد.

ارزیابی تغذیه ای سالمند

در سالمندان ارزیابی تغذیه توسط پرسشنامه M.N.A. (Mini Nutritional Assessment) انجام می پذیرد. این پرسشنامه شامل ۲ بخش می باشد:

- بخش اول: غربالگری
 - بخش دوم: بررسی تکمیلی
- با انجام بخش اول وجود سوء تغذیه در سالمند مشخص می گردد. در صورتی که سالمند به سوء تغذیه مبتلا باشد اقدام به انجام بخش دوم می کنیم.
- مشکل اساسی این پرسشنامه عدم تعیین دریافت کلیه مواد مغذی است. به عبارت دیگر با انجام این پرسش و پاسخ فقط کفایت دریافت انرژی مشخص می گردد. اما نمی توان دریافت تک تک مواد مغذی مانند ویتامین ها و یا مواد معدنی را بررسی نمود.
- مشکل دیگر این پرسشنامه وجود فاکتوری به نام BMI می باشد این فاکتور چنین محاسبه می گردد:

$$BMI = \text{weight (Kg)} - [\text{height (m)}]^2$$

از آنجایی که در سنین سالمندی به علت وجود پاره ای از مشکلات قد سالمند افت می کند، لذا نمی توان به راحتی قد وی را محاسبه نمود. برای اندازه گیری دقیق قد سالمند معمولاً از خط کش مخصوصی استفاده می شود. اما از آنجایی که این ابزار در دسترس اکثریت قرار ندارد مجبور از روش دیگری هستیم. مشخص شده است که قد ۲۰ سالگی فرد را می توان در این فرمول جایگزین نمود.

انرژی

در دوران سالمندی به علت کاهش فعالیت بدنی فرد به انرژی کمتری نیاز دارد. البته زمانی که سالمند دچار بیماری خاصی مانند تب، زخم بستر و ... باشد، میزان نیاز به انرژی باز هم تغییر می نماید. نیاز به انرژی برای سالمندان به قرار زیر است:

Male : 2300 kcal/day
Female: 1900 kcal/day

کربوهیدرات

در دوران سالمندی ممکن است اختلالاتی مانند کاهش قند خون، افزایش قند خون و یا بیماری دیابت بروز نماید که البته با رژیم غذایی مناسب، کنترل وزن و فعالیت فیزیکی مداوم بهبود می یابد.

منابع غذایی کربوهیدرات عبارتند از:

انواع نانها، آرد، برنج، بلغور، جوانه گندم، حریره غلات، انواع رشته و ماکارونی، حبوبات، سیب زمینی، بیسکویت و کیک.

توصیه می شود بیشتر از منابعی استفاده شود که حاوی فیبر بالایی هستند. این مواد غذایی عبارتند از:

حبوبات، غلات سبوس نگرفته، نان های تهیه شده از آرد قهوه ای (سبوس نگرفته)

پروتئین

در صورتی که مقدار پروتئین رژیم غذایی کافی نباشد، امکان بروز زخم بستر افزایش می یابد. بنابراین در سالمندان کم تحرک دریافت پروتئین اهمیت به سزایی دارد. از طرف دیگر اگر سالمند به بیماری مبتلا باشد نیاز به پروتئین افزایش می یابد.

پس به طور کلی سالمند در حد فرد بزرگسال به پروتئین نیاز دارد مگر در موارد خاص

(برخی بیماریها):

Protein: 1-1.2g/kg Body Weight

منابع پروتئین عبارتند از:

انواع گوشتها (ماهی، مرغ، گوشت گوسفند، گوشت گوساله، دل و جگر و قلوه، تن ماهی و ...) و پنیر

چربی

محدود نمودن چربی رژیم غذایی به پیشگیری از بروز سرطان و یا بیماریهای قلبی - عروقی

کمک می کند. البته حذف کامل چربی از رژیم غذایی نیز توصیه نمی گردد زیرا در صورت حذف

کامل چربی، جذب ویتامین های محلول در چربی (A,D,E,K) با مشکل مواجه می شود.

کل چربی رژیم غذایی ۲۵-۳۰٪ کالری روزانه را تشکیل می دهد. در صورتی که رژیم توصیه شده برای سالمند رژیم کم چرب باشد، ۲۵٪ چربی را در نظر می گیریم. بهتر است در دوران سالمندی مصرف چربیهای از قبیل کره، مارگارین، خامه، شیرهای پر چرب و روغنهای حیوانی را محدود نموده و به جای آنها از روغنهای گیاهی (روغنهای مایع) و روغن زیتون استفاده نمائید.

ماهی حاوی اسید چربی W-3 می باشد. این اسید چرب محافظ قلب و عروق می باشد و از اسیدهای چرب مفید برای بدن محسوب می گردد. از بین انواع ماهی، ماهی قزل آلا، شاه ماهی و ماهی آزاد حاوی این اسید چرب می باشند و مصرف ۱-۲ وعده در هفته از این ماده غذایی توصیه می گردد.

ویتامین ها

به طور کلی نیاز به اکثر ویتامین ها در سالمندی همانند بزرگسالی می باشد. اما در این دوران ممکن است نیاز به برخی ویتامین ها تغییر نماید. ویتامین B-12, B-6, D از این دسته هستند و به ترتیب ذکر می گردند:

ویتامین D

در دوران سالمندی حفظ سلامت استخوان بسیار اهمیت دارد. بیشتر شکستگی های استخوانی در این سن به علت پوکی استخوان است و منجر به عدم تحرک سالمند می گردد. پوکی استخوان به علت عدم دریافت کلسیم و Vit D کافی و همچنین عدم تحرک سالمند بروز می نماید و البته خود منجر به بی تحرکی بیشتر سالمند می گردد. به عبارت دیگر فیدبک منفی دارد.

- دو عامل مهم در حفظ سلامت استخوانها یکی دریافت کلسیم کافی و دیگری دریافت Vit D مناسب است. لازم به ذکر است که تابش مستقیم آفتاب بر پوست باعث سنتز پوکی استخوان می گردد و آفتاب پشت شیشه ای اثری در سنتز Vit D ندارد. زیرا شیشه اشعه ماوراء بنفش را جذب میکند.

- رژیم غذایی و شیوه زندگی (داشتن تحرک و یا عدم تحرک) به پیشگیری از بروز پوکی استخوان کمک می نماید.

- یکی دیگر از عوامل مؤثر بر بروز پوکی استخوان، وزن فرد است. کم وزن بودن و یا اضافه وزن هر دو امکان بروز پوکی استخوان را افزایش می دهد. از طرف دیگر افزایش وزن می تواند منجر به کم تحرکی شده و امکان زمین خوردن و افتادن را در سالمندان افزایش می دهد.

ویتامین C

در دوران سالمندی به علت بروز مشکلات گوارشی و یا مشکلات ناشی از وجود دندان مصنوعی مصرف میوه جات و سبزیجات کاهش می یابد.

Vit C نقش بسیار مهمی در بهبود زخمها دارد. به همین دلیل در صورتی که این ویتامین به حد کافی به بدن نرسد، زخمها به کندی التیام می پذیرند. این اختلال خصوصاً در زخمهای ناحیه پا ممکن است مشکلاتی را ایجاد نماید.

به منظور پیشگیری از کمبود Vit C مصرف روزانه میوه جات و سبزیجات توصیه می گردد. مصرف روزانه ۳-۴ لیوان سبزیجات خام مانند سالاد یا سبزی خوردن و ۲-۳ عدد میوه در روز الزامی می باشد.

منابع غذایی Vit C عبارتند از :

مرکبات، گوجه فرنگی و سبزیجات گوناگون شامل فلفل سبز، کلم و گل کلم و سبزیهای برگ سبز تیره

اسید فولیک

اسید فولیک یکی دیگر از ویتامینهای محلول در آب است که کمبود آن ممکن است در دوران سالمندی دیده شود. این ویتامین در مرکبات به وفور یافت می گردد. کمبود این ویتامین به ندرت دیده می شود مگر در مواردی که افراد از غذاهایی استفاده کنند که مرحله پخت طولانی داشته باشند. در چنین مواردی کمبود این ویتامین می تواند منجر به کم خونی گردد.

منابع غذایی اسید فولیک عبارتند از:

سبزیجات برگ سبز تازه ، جگر و مرکبات

ویتامین B-12

Vit B12 از دسته ویتامین های گروه B می باشد و کمبود آن نوعی کم خونی را ایجاد می نماید. کمبود این ویتامین در ۲۰-۵۰٪ سالمندان دیده می شود و معمولاً در افرادی رخ می دهد که دچار ناراحتی معده باشند و یا گاسترکتومی شده باشند.

منابع غذایی Vit B12 عبارتند از:

فرآورده های حیوانی (شامل انواع گوشتها و محصولات گوشتی خصوصاً جگر و دل و

قلوه) ، ماهی ، ماکیان ، تخم مرغ و لبنیات

عناصر معدنی

سالمندی تغییرات چندانی را در نیاز به مواد معدنی ایجاد نمی نماید. البته به علت

تغییرات خاص این دوران نیاز به برخی مواد معدنی تغییر می کند که به توضیح آن می پردازیم:

کلسیم

همانطور که در بخش Vit D بیان شد، نقش کلسیم در حفظ سلامت استخوانی است. در دوران سالمندی توصیه می‌گردد به منظور پیشگیری از بروز پوکی استخوان مصرف روزانه ۲-۳ لیوان شیر یا ماست (ترجیحاً شیر) فراموش نگردد. البته در زنان مبتلا به پوکی استخوان این میزان به ۴ لیوان در روز می‌رسد.

منابع غذایی کلسیم شامل مواد غذایی زیر می‌باشد:
ماست، شیر، دوغ، ساردین (تن ماهی) با استخوان، کلم و برگ شلغم.

آهن

با اینکه سالمندان (خصوصاً زنان) نیاز به آهن کمتری نسبت به دوران جوانی دارند، برخی اختلالات ممکن است منجر به عدم جذب کافی آهن گردد. سالمندانی که دچار زخم معده یا زخم اثنی عشر هستند، به دلیل خونریزی این گونه زخم‌ها بیشتر در معرض کمبود آهن هستند. بنابراین دریافت آهن از رژیم غذایی باید در حد مطلوبی باشد.

منابع غذایی خوب آهن عبارتند از:

دل و جگر، جوانه گندم، زرده تخم مرغ، میوه‌ها و برخی دانه‌های خشک

روی

عنصر روی برای ترمیم بافت ضروری می‌باشد و بهبود زخم هنگام کمبود روی ممکن است به تأخیر بیفتد. کاهش حواس در سالمندان نیز کمبود روی مرتبط است.
منابع غذایی روی عبارتند از:

گوشت، جگر، تخم مرغ و غذاهای دریایی مخصوصاً صدف دریایی

مایعات

عوامل متعددی در سالمندان دست به دست هم داده و احتمال کمبود مایعات را بالا می‌برند. برخی از عوارض کمبود آب در سالمندان به شرح زیر است:

- احساس کمتر مزه
- گیجی
- یبوست
- خواب‌آلودگی

- اختلال در عملکرد قلبی
اثرات کمبود آب مانند خواب آلودگی و یا گیجی ممکن است عدم احساس تشنگی را بدتر نموده و مشکل حادثر شود. در صورتی که کمبود آب به ۲۰٪ برسد کشنده خواهد بود. به منظور پیشگیری از کمبود آب، دریافت روزانه ۸-۶ لیوان آب در روز برای سالمندان ضروری می باشد.

فیبر

فیبر یکی از اجزاء مواد غذایی می باشد و باعث حجیم شدن غذا شده و به هضم آن کمک می نماید. به نظر می رسد مصرف فیبر، شیوع بیماریهای قلبی - عروقی، سرطان روده بزرگ و دیابت را کاهش می دهد. برخی از انواع فیبر ممکن است بر چربی خون نیز اثر نموده و آن را کاهش دهند. سبزیجات و میوه جات منابع غذایی خوب فیبر می باشند.

ملاحظات عمومی تغذیه

- سالمندان باید نکات زیر را رعایت کنند تا وضعیت تغذیه مناسبی داشته باشند:
- رژیم غذایی باید حاوی مواد غذایی متنوع باشد.
 - غذا باید سبک و سهل الهضم باشد.
 - تعداد وعده های غذایی را بیشتر نموده و برعکس مقدار غذای هر وعده را کاهش دهید.
 - وعده کامل غذا را برای ناهار در نظر بگیرید.
 - بهتر است شام سبک باشد.
 - غذا باید حاوی مواد غذایی بالایی باشد.
 - زندگی فعالی داشته باشید. حتی هنگام بیماری نیز دست از فعالیت بدنی نکشید و سعی کنید همه روزه به انجام فعالیت پردازید.
 - از افزودن قند و شکر به غذا بپرهیزید.
 - مصرف «ویتامین ث» را افزایش دهید.
 - سبزیجات و میوه جات تازه را بیشتر مصرف کنید.
 - در فصول بهار و تابستان حتماً پوست خود را در معرض تابش مستقیم آفتاب قرار دهید.
 - در صورت کم خوابی مصرف ۱ لیوان شیر گرم قبل از خواب به خوب خوابیدن کمک می کند.
 - مصرف مواد غذایی زیر برای سالمندان مناسب نیست:

غذاهای چرب و سرخ شده ، سبزیجاتی مانند کلم و شلغم و ترب و تربچه که ایجاد نفخ می کنند، سس مایونز و امثالهم ،حبوبات کم پخت ، تخم مرغ نیمرو، شیرینی خامه ای ، چای و قهوه به مقدار زیاد.

- سالمندانی که مشکل دندانی دارند و نمی توانند به خوبی بجوند، باید از غذاهای نرم استفاده نمایند که در زیر به برخی از آنها اشاره شده است:

شیر، ماست ، پنیر ، تخم مرغ آب پز، مرغ پخته نرم، گوشت‌های نازک یا چرخ شده ، ماهی ، برنج کته، نانهای نرم، سیب زمینی پخته و پوره شده ، سبزیهای خرد شده یا پخته شده ، میوه های نرم مانند انگور، موز، کمپوت میوه ها و آبمیوه.

افسردگی در سالمندان



دکتر فرید فدائی

استادیار روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

عضو گروه فلوشیپ روانپزشکی سالمندان

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 است و جنبه بیماری ندارد. اما مرزی نیز وجود دارد که در آن سوی مرز، افسردگی از جنبه طبیعی خارج می‌شود و صورت بیماری به خود می‌گیرد.

در افسردگی واکنشی، وضعیت ذهنی فرد به عنوان واکنش نسبت به رویدادهای اطرافش از جمله از دست دادن یک عزیز یا یک موقعیت قابل درک اما شدت آن بیش از حد مورد انتظار است. **در افسردگی روان - نژدانه**، واکنش فرد نه تنها شدیدتر از حد مورد انتظار است بلکه طول دوره افسردگی او نیز به نظر نامتناسب می‌رسد. **در افسردگی درونزاد** شخص بدون ارتباط با عوامل روانی - اجتماعی دچار افسردگی می‌شود که از درون او و عدم تعادل مواد شیمیایی در بدن وی سرچشمه می‌گیرد.

بر حسب طبقه بندی **DSM-IV**، اختلالات افسردگی در طبقه بندی کل اختلالات خلقی جای دارند. مهمترین انواع اختلالات افسردگی عبارتند از: **اختلالات افسردگی عمده**، **افسرده خوبی**، **اختلال افسردگی ناشی از یک وضعیت پزشکی عمومی**، **اختلال افسردگی ناشی از مواد شیمیایی**، **اختلال انطباقی همراه با خلق افسرده**.

معیارهای تشخیصی دوره اختلال افسردگی عمده عبارتند از: خلق افسرده، یا فقدان علاقه و لذت (که دست کم یکی از این دو نشانه حتماً به مدت حداقل دو هفته وجود داشته باشد)، و دست کم چهار نشانه دیگر در این مدت دو هفته ای از بین نشانه‌های زیر موجود باشد: کاهش یا افزایش چشمگیر وزن، بیخوابی یا پرخوابی، آشفتگی و بیقراری روانی - حرکتی یا کندی روانی - حرکتی، خستگی یا بی‌بنیگی، احساس بی‌ارزشی یا احساس تقصیر بیش از حد، کاهش قدرت اندیشه یا تمرکز، افکار راجعه درباره مرگ یا خودکشی. امکان دارد ویژگیهای **روانپریشانه** چون **هذیان** یا **توهم** نیز در افسردگی عمده وجود داشته باشد که عموماً متناسب با حالت خلقی است (هذیانهای نیست انگاری یا گناه، توهمات شنوایی تحقیر کننده یا توهین آور).

اختلال افسرده خوبی نوع خفیف تر اما درازمدت تری از افسردگی عمده است به نحوی

که نشانه ها دست کم دو سال ادامه دارد.

- **افسردگی عمده در سالمندان** ویژگیهایی دارد که آن را از بزرگسالان جوانتر متمایز می کند. این تفاوتها به شرح زیر است:

۱. در سالمندان کاهش عزت نفس و احساس تقصیر کمتر از بزرگسالان جوانتر است.
۲. در سالمندان افسرده، شکایت های جسمی، بی اشتهایی و کاهش وزن، نابهنجاریهای روانی - حرکت، رفتار خودکشی و بیماری طبی شایعتر از بزرگسالان جوانتر است.
۳. برخی ویژگیهای سالمندی طبیعی با شکایات ناشی از افسردگی همپوشی دارد.
۴. دگرگونیهای ناشی از داغدیدگی طبیعی ممکن است تشخیص افسردگی را در سالمندان پیچیده کند و باید کنار گذاشته شوند.

- تنوعات تظاهر بالینی افسردگی سالمندان به شرح زیر است:

۱. **افسردگی روانپزشانه:** شایعترین تظاهر بالینی افسردگی در سالمندان است (۴۰٪ موارد).
۲. **افسردگی نقابدار:** دگرگونیهای خلقی بوسیله شکایت های متعدد جسمی جانشین می شوند.
۳. **افسردگی همراه با نارسایی شناختی:** که به نشانگان خرد زدودگی افسردگی یا شبه خرد زدودگی افسردگی هم موسوم است افتراق آن از خردزدودگی آلزایمر یا انواع خردزدودگی عروق مهم است.
۴. **افسردگی همراه با بی اشتهایی:** بی اشتهایی شدید در غیاب هر ویژگی دیگر عصبی - نباتی افسردگی همراه با خلق و عاطفه بهنجار.
۵. **افسردگی همراه با پسرفت رفتاری:** کاهش فعالیت جسمی و اجتماعی، غفلت از بهداشت شخصی و درمان ضروری.

- **اپیدمیولوژی افسردگی در سالمندان:** شیوع نقطه ای اختلال افسردگی عمده در کل زنان و مردان ۶٪ اما در سالمندان بالای ۶۵ سال ۱٪، لیکن شیوع نشانه های چشمگیر افسردگی که از نظر بالینی مشمول ضوابط تشخیصی دقیق نمی شود در سالمندان بسیار بالا و در حدود ۲۰٪ است. این افراد در معرض خطر ابتلاء به افسردگی عمده هستند. افسردگی ۶۰٪ موارد بستری در بخش های روانپزشکی سالمندان را تشکیل می دهد.

سبب شناسی افسردگی در سالمندان: ۱- فرضیه های روان پویایی (فرایند سوگ، درونسازی تصویر شیء از دست رفته، متعاقباً خشم نسبت به شیء به علت ترک کردن و صدمات و ناکامیهای

قبلی معطوف به فرد می شود) ۲- فرضیه های شناختی و رفتاری (مفهوم درماندگی آموخته شده توسط سلیگمن، رابطه بین فقدانهای گریز ناپذیر پیری با حس درماندگی انفعالی فرد سالخورده).
 ۳- فرضیه های عصبی - زیست شناختی (کاهش غلظت مغزی نوراپی نفرین، سروتونین، دوپامین و استیل کولین، افزایش غلظت مغزی مونو آمین اکسیداز، اختلال در ریتم های درونزاد، دگرگونیهای ساختاری مغز).

- در سالمندان باید ارزیابیهای ضروری آزمایشگاهی برای رد علل عضوی افسردگی و شناسایی وضعیت خط پایه پیش از درمان باید به عمل آید. از جمله CBC و شمارش افتراقی گلبولهای سفید، اندازه گیری هورمونهای تیروئید و کورتیزول سرم، کامل ادرار و نیتروژن اوره خون، در صورت لزوم سی تی اسکن و ام آر آی از سر.

- مقیاسهای ارزیابی میزان افسردگی در سالمندان: ۱- پرسشنامه افسردگی بک
 ۲- مقیاس افسردگی سالمندی = GDS ۳- مقیاس ارزیابی ها میلتنون برای افسردگی.
 - آزمونهای روانشناختی مفید در بررسی افسردگی سالمندان: شامل MMPI و MCMI آزمون لکه مرکب رور شاخ و TAT می باشند.

- تشخیص افتراقی افسردگی عمده در سالمندان: داغدیدگی بهنجار، افسردگی ناشی از مصرف مواد، افسردگی ناشی از یک وضعیت پزشکی عمومی (از جمله اختلالات نوروسپیکیاتریک چون آلزایمر، پارکینسون، سکتة مغز، ضربه جمجمه، بیماریهای قلبی عروقی، بیماریهای متابولیک، بیماریهای غدد داخلی)، اختلال افسرده خویی، افسردگی مربوط به منش.

- درمان افسردگی: ۱- درمان روانی - اجتماعی ۲- درمان دارویی ۳- درمان با تشنج برقی (برای موارد شدید) ۴- درمان نگهدارنده.

درمان دارویی: داروها در ۸۰٪ موارد اختلال افسردگی عمده سبب بهبود می شوند. از عوامل دارویی خط اول باید به فلوکستین اشاره کرده که ۵ - ۱۰ میل گرم در روز برای سالمندان به کار می رود. از عوامل دارویی خط دوم، سه حلقه ای ها بویژه دزپیرامین (۲۰۰ - ۷۵ میلی گرم در روز) و نورتریپ تیلین (۱۰۰ - ۲۵) میلی گرم در روز قابل ذکر است.

دمانس (زوال عقل): تشخيص و (اهکارهای درمان



دکتر مهشید فروغان

فلوشیپ روانپزشکی سالمندان

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

در دمانس قوای ذهنی و شناختی فرد، به ویژه حافظه و قضاوت تخریب می شود و معمولاً این تخریب چنان عمیق است که با انجام وظایف شغلی و اجتماعی او منافات دارد. بیماران مبتلا توانایی اداره زندگی مستقل را از دست می دهند و نیاز به مراقبت دائم پیدا می کنند. حدود ۵٪ از سالمندان ۶۵ سال و بالاتر علائم دمانس با شدت متوسط و بیشتر را نشان می دهند. این رقم با سن رابطه مستقیم دارد به طوری که در افراد ۸۰ سال و بالاتر میزان شیوع دمانس به ۲۰٪ می رسد. دمانس علل مختلفی دارد. یک نفر از هر پنج نفر بیمار مبتلا به دمانس به نوع درمان پذیر آن مبتلاست. از این رو ارزیابی تشخیصی کامل اهمیت بسیار داشته و گاه نجات بخش زندگی بیمار است (برای آشنایی با معیارهای تشخیصی، علل و ارزیابی موارد مشکوک به دمانس به جداول رجوع شود).

در میان علل موجد دمانس، بیماری آلزایمر جایگاه ویژه ای دارد و پس از آن دمانس ناشی از ضایعات عروقی مغز قرار می گیرد. بیماری آلزایمر اختلال پیشرونده ای است که می توان آن را به سه مرحله تقسیم کرد:

مرحله اول یا مرحله خفیف: در این مرحله مشکلات مربوط به حافظه که بیشتر حافظه نزدیک را درگیر می کند نمود مشخص دارد. ذخیره شدن اطلاعات و یادآوری آن با اشکال روبرو می شود. قدرت یادگیری مطالب تازه رفته رفته ضعیف می شود و این نقص به شکل تکرار در رفتار فرد تظاهر می کند. بیمار سوالات و گفته های خود را مرتباً تکرار می کند یا کاری مانند صرف غذا را بارها انجام می دهد. گاهی برای مقابله با این ضعف به روشهای مقابله ای توسل می جوید. چنان نشان می دهد که به حفظ نظم به شدت علاقمند است. در نتیجه با هر تغییری در محیط مخالفت می کند و به این ترتیب خود را از ثبت و یادآوری تغییرات تازه معاف می نماید. سعی می کند با چرخاندن موضوع، طفره رفتن، شوخی و حرافی نقص خود را بپوشاند یا آن را انکار کند. معمولاً مشکلات بیمار در محیط کار که در آن ناگزیر از مواجهه با موقعیتهای تازه است زودتر نمایان می شود. در این مرحله بیمار هنوز می تواند امور خود را به طور مستقل اداره کند.

مرحله دوم: در این مرحله اشکالات حافظه بیشتر می شوند. انجام کارهای پیچیده تر نظیر پخت و پز، خرید، اداره امور مالی، و رانندگی برای فرد دشوار می شود. قضاوت او دچار اختلال شده و تصمیمات نادرست می گیرد. رفته رفته در تشخیص اطرافیان، به ویژه آشنایان و منسوبین دورتر یا تازه تر دچار اشکال می شود. گاهی راه بازگشت به منزل را پیدا نمی کند و در خیابانها سرگردان می شود. در پیدا کردن نام اشیاء مشکل پیدا می کند. تدریجاً علائم واضح اختلال روانی نظیر افسردگی، بیقراری، ترس، و گوشه گیری در او ظاهر می شود. بیخوابی او را آزار می دهد. اغلب روزها می خوابد و شبها بیدار می ماند. ممکن است توهم و هذیان پیدا کند. اختلالات رفتاری او گاه چنان شدید می شوند که خواب و آسایش را از اطرافیان سلب می کنند و در برخی موارد سبب سپردن فرد به آسایشگاه می شود.

مرحله سوم یا پایانی: در این مرحله فرد تقریباً همه چیز حتی نام خود را فراموش می کند. کنترل ادرار و مدفوع، قدرت تکلم و حرکت را از دست می دهد. بلع او دچار مشکل می شود. تدریجاً وزن از دست می دهد و دچار زخمهای بستر شود و معمولاً در تابلوی عفونت و یا به دلیل کم آبی بدن فوت می کند (به جداول رجوع شود).

طول دوره این بیماری که پس از سن، ارث مهمترین عامل خطر آن است به طور متوسط ۸ تا ۱۰ سال می باشد. مغز این بیماران در کالبد شکافی تغییرات مشخصی را نشان می دهد شامل آتروفی قشر مغز که به ویژه در ناحیه پاریتال و تامپورال واضحتر است و اتساع سیستم و انتریکولر که در تصویر نگاری مغز نیز دیده می شوند. علاوه بر آن در مقاطع میکروسکوپی تغییرات درون سلولی به نام کلافه ها نوروفیبریلی و برون سلولی به نام پلاکهای آمیلوئید همراه با نیفلتراسیون سلولهای التهابی در پیرامون عروق دیده می شوند.

در سالهای اخیر درمان بیماری آلزایمر پیشرفتهای چشمگیری داشته است. گرچه نمی توان ادعا کرد که درمان قطعی این بیماری کشف شده است ولی برخی از داروهای موجود حداقل برای مدتی محدود می توانند سیر بیماری را کرده و علائم روانی و شناختی آن را تا حدودی تخفیف دهند. این داروها که با تأثیر بر برخی از واسطه های عصبی - شیمیایی در مغز، خصوصاً استیل کولین عمل می کنند دریچه تازه ای را به سوی شناخت علت بیماری آلزایمر باز کرده اند. مکانیسم اثر این داروها عمدتاً تقویت سیستم کولینرژیک از طریق بازداری آنزیم استیل کولین استراز است. مهمترین داروهای این گروه عبارتند از ریواستگمین (Rivastigmine) و دانپزیل (Danepezil) که خوشبختانه عوارض جانبی اندکی دارند. این عوارض بیشتر شامل مشکلات گوارشی نظیر تهوع، استفراغ، درد معده، و اسهال و گاهی بیخوابی، بیقراری و تحریک پذیری است (برای آشنایی با روشهای درمانی به جدال رجوع شود) پیشگیری از بیماری آلزایمر در مقطع کنونی میسر نیست ولی برخی از عوامل از جمله مصرف داروهای

ضدالتهابی غیر استروئیدی، استروژنها و نیز مطالعه منظم و به کارگیری قوای ذهنی موثر تشخیص داده شده اند.

بررسی تشخیصی دمانس	
• شرح حال کامل	
• معاینه فیزیکی و عصب شناختی دقیق	
• معاینه روانشناختی دقیق شامل MMSE	
• نوار قلب و عکس قفسه صدی	
• CBC و فرمول شمارش	
• پانل الکترولیتی	
• پانل متابولیک	
• اندازه گیری سطح B12 و فولات	
• تست سیفلیس و HIV	
• کامل ادرار	
• LP و P.E.T, M.R.I, C.T., EEG در صورت لزوم	

جدول شماره ۱

درمان افسردگی سالمندان - دارویی	
داروهای ضد افسردگی	انتخاب اول : SSRIS
	داروی پروتوتیپ Fluoxetine
	انتخاب دوم : ۱- TCA Nortriptyline
	۲- آتیپیک Trazodon
	انتخاب سوم : MAOIS
	داروی پروتوتیپ Phenelzine

جدول شماره ۲

معیارهای تشخیصی بیماری آلزایمر (Probable AD)
۱- دمانس
- افت قوای شناختی در معاینه بالینی و روان سنجی
- کمبود حداقل در یک حوزه شناختی دیگر
ب- افت عملکرد در حوزه های شغلی ، خانوادگی و اجتماعی
پ- پیشرفت تدریجی
ت- بهنجاری سطح هشیماری حداقل در اوایل تا اواسط بیماری
ث- شروع علائم بعد از ۴۰ سالگی
ج- رد عوامل سبب زای دیگر پس از بررسی تشخیصی

جدول شماره ۳

استراتژیهای دارویی عمده در آلزایمر	
۱- بازدارنده های استیل کولین استراز: Tacrine - Aricept - Exelon - Reminyl - ۲- آنتی اکسیدانها - ویتامین E - Gingkobiloba	داروهای موثر بر شناخت
۱- ضد پسیکوزها : Haloperidol کلاسیک - Risperidon آتیپیک - ۲- ضد افسردگی ها SSRIs - TCAs - - آتیپیک ۳- خواب آورها - کلرال هیدرات - بنزودیازپین ها	داروهای موثر بر روان و رفتار

جدول شماره ۴

شیوع اختلالات روانی در جمعیت سالمندان برحسب درصد در سطح کل جامعه:	
۴/۹	اختلالات شناختی
۲/۵	اختلالات خلقی
۵/۵	اختلالات اضطرابی
۰/۹	وابستگی به الکل و مواد اعتیاد آور
۰/۱	اختلالات اسکیزوفرنیایی
۱/۱	جسمی کردن
۰	اختلال شخصیت
۰	سایر اختلالات روانی
شیوع کلی در سطح جامعه %۱۲	
شیوع در سالمندان بستری در بیمارستانها %۷۲/۷	
شیوع در سالمندان آسایشگاهی %۹۴	

جدول شماره ۵

مقایسه افسردگی و دمانس اولیه	
افسردگی	دمانس اولیه
دوره کوتاهتر	دوره طولانیتر
سابقه اختلال خلق ++	سابقه اختلال خلق ±
خلق افسرده و هذیان ++	خلق افسرده و هذیان ±
سابقه فامیلی ++	سابقه فامیلی ±
اختلال خلق	اختلال خلق
اختلال خواب ++	اختلال خواب ±
(بیداری سحرگاهی)	(بیداری سحرگاهی)
پاسخ به درمان ضد افسردگی +	پاسخ به درمان ضد افسردگی -

جدول شماره ۶

نکات مهم در ارزیابی سالمندان
۱. خانه، بهترین مکان برای ارزیابی سالمندان
۲. استفاده از منابع اطلاعاتی متعدد برای تهیه شرح حال
۳. انجام معاینات سریال
۴. تعیین عوامل خطر
۵. معاینه فیزیکی و معاینه روانی مکمل یکدیگرند
۶. MMSE، یک وسیله آسان برای ارزیابی شناختی
۷. ارزیابی عملکرد بیمار (IADL, ADL)

جدول شماره ۷

نکات مهم در درمان سالمندان
۱. مصرف همزمان چند دارو (Poly-Pharmacy)
۲. کند شدن متابولیسم دارو
۳. بالا بودن سطح داروی آزاد در خون
۴. کاهش دفع دارو
۵. حساسیت به عوارض جانب محیطی داروها
۶. حساسیت به عوارض جانبی مرکزی داروها
۷. وخامت پی آمدهای ثانوی ناشی از عوارض جانبی دارو
۸. درمان کلیه بیماریهای طبی همزمان و علل عضوی احتمالی قبل از شروع دارو
۹. تبعیت از قانون "Start low and go slow"

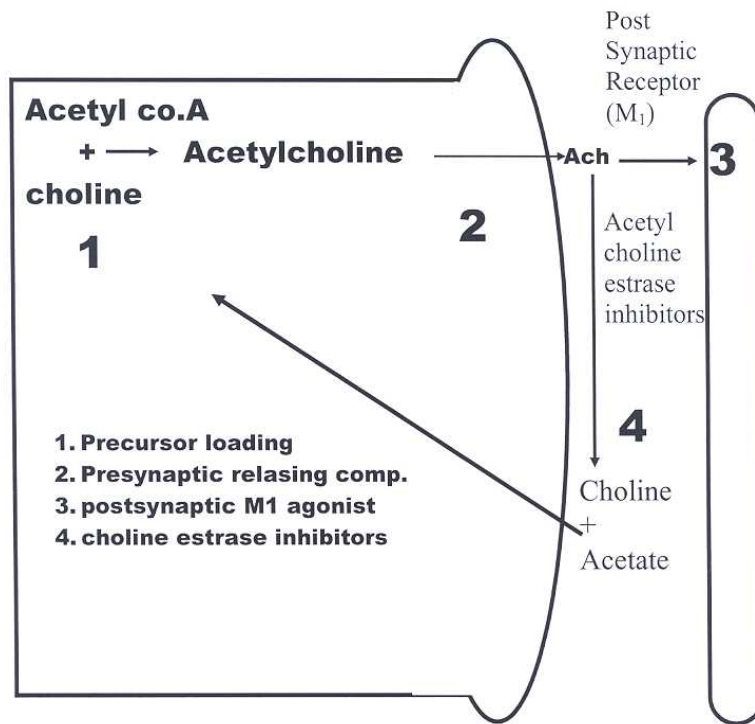
جدول شماره ۸

معیارهای تشخیص دمانس

- اختلال حافظه
- وجود حداقل یکی از موارد زیر
 - آفازی
 - آگنوزی
 - آپراکس
- افت عملکرد واضح در حوزه شغلی ، خانوادگی و اجتماعی
- محدود نبودن وجود علائم به دوره دلیریم
- وجود عوامل عضوی مشخصی که از لحاظ علی مرتبط با دمانس محسوب می شوند
- در صورت عدم وجود عوامل مشخص ،احتمال وجود عوامل عضوی و رد اختلالات روانی غیر عضوی نظیرافسردگی

جدول شماره ۹

متابولیسم استیل کولین و محل اثرات تقویت کننده های شناخت (Cognitive enhancer)



References:

1. Chop WC, Robnett R H; Gerontology for the Health Care Professional; F.A. Davis Company; 1999.
2. Coffey CE, Cummings J 1 ; Textbook of Geriatric NeuroPsychiatry; 2nd eds; American Psychiatric Press Inc; 2001.
3. Ham R J, Sloane PD; Primary Care Geriatrics: a Case-Based Approach; Mosby; 1992.
4. Sadock B J, Sadock V A; Comprehensive Textbook of Psychiatry; 7th eds. Lippin Cott- Williams & Wilkins; 2000.
5. Spar J E, La Rue A; Concise Guide to Geriatric Psychiatry; 3d eds; American Psychiatric Publishing Inc. 2002.

Falls یا زمین خوردن در سالمندان



دکتر احمدعلی اکبری کامرانی

متخصص بیماریهای داخلی

استاد یار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مکیده:

به قول خیام شاعر و حکیم بزرگ ، انسان:

صد بوسه ز مهر بر جبین می زندش

جامی است که عقل آفرین می زندش

می سازد و باز بر زمین می زندش

این کوزه گر دهر چنین جام لطیف

در آمریکا هزینه های مربوط به زمین خوردن سالمندان (Falls) در سال ۱۹۹۴، حدود ۲۰ میلیارد دلار بوده که در سال ۲۰۰۲ به حدود ۳۲ میلیارد دلار رسیده است.

زمین خوردن با توجه به تکرار وقوع آن، عوارض همراه و هزینه های تحمیلی، یکی از مهمترین مشکلات سالمندان است، که با افزایش سن به نحو چشم گیری افزایش می یابد. ۲۵ تا ۴۷ درصد سالمندانی که در اجتماع زندگی می کنند حداقل در سال یک بار زمین خوردن را تجربه می کنند، در سالمندان مقیم آسایشگاه میزان زمین خوردن از این هم بیشتر است.

زمین خوردن می تواند تهدید کننده جدی سلامتی در سالمندان باشد و موجب تغییر در کیفیت زندگی فرد سالمند و افزایش هزینه زندگی او شود. زمین خوردن علاوه بر عوارض جسمانی، عوارض روانی، اجتماعی و اقتصادی هم بدنبال خواهد داشت. نیمی از سالمندانی که بدنبال جراحات ناشی از زمین خوردن در بیمارستان ها بستری می شوند. پس از ترخیص نیاز به آسایشگاه های سالمندی و مراقبت های ویژه دارند.

زمین خوردن می تواند باعث جراحات بافت نرم - شکستگی های متعدد بویژه شکستگی

گردن استخوان ران، مچ دست، سوختگی، هیپوترمی و دهیدراسیون، زخم بستر و ... گردد.

۷۰٪ پذیرش سالمندان ۷۵ سال در بخش اورژانس بعلت زمین خوردن است. در کارولینای

شمالی ۶۸٪ سالمندانی که به بخش اورژانس مراجعه کردند بعلت آسیب های ناشی از زمین

خوردن بوده است. (در طول مدت ۳ سال که مطالعه انجام شده است) که این افراد بطور متوسط ۹

روز در بخش مراقبت های ویژه ICU بستری بوده و طول متوسط بستری شدن آنها در بیمارستان

۱۵ روز بوده است. به علت عوارض و تهدیدهای جدی که برای سلامت سالمندان در پی داشته

است مساله زمین خوردن و فاکتورهای خطر (Risk Factors) آن بطور وسیع و همه جانبه ای مورد مطالعه قرار گرفته است.

کاهش فعالیت و تحرک بدن، کاهش قدرت عضلات پروکسیمال، ضعف عضلات اندام تحتانی، کاهش انعطاف پذیری مفاصل، ارتزیت ها، اختلالات عضلانی اسکلتی، نورولوژیکی، پارکینسون، اختلالات راه رفتن، کاهش توانایی های ذهنی، کاهش حس ارتعاش، کاهش اطلاعات حسی، کند شدن پاسخ های حرکتی، کاهش عملکرد سیستم وستیبولار، دمانس، نورویاتی محیطی، مشکلات قلبی عروقی و بالاخره اختلالات بینایی از فاکتورهای داخلی و تشدید کننده خطر زمین خوردن می باشد.

البته بخش عمده ای از عوامل تشدید کننده خطر زمین خوردن در سالمندان فاکتورهایی است که ناشی از شرایط محیطی هستند و به عنوان فاکتورهای خارجی مورد بحث قرار خواهند گرفت.

نقش اطلاعات حسی در سیستم کنترل ماهیچه سالمندان

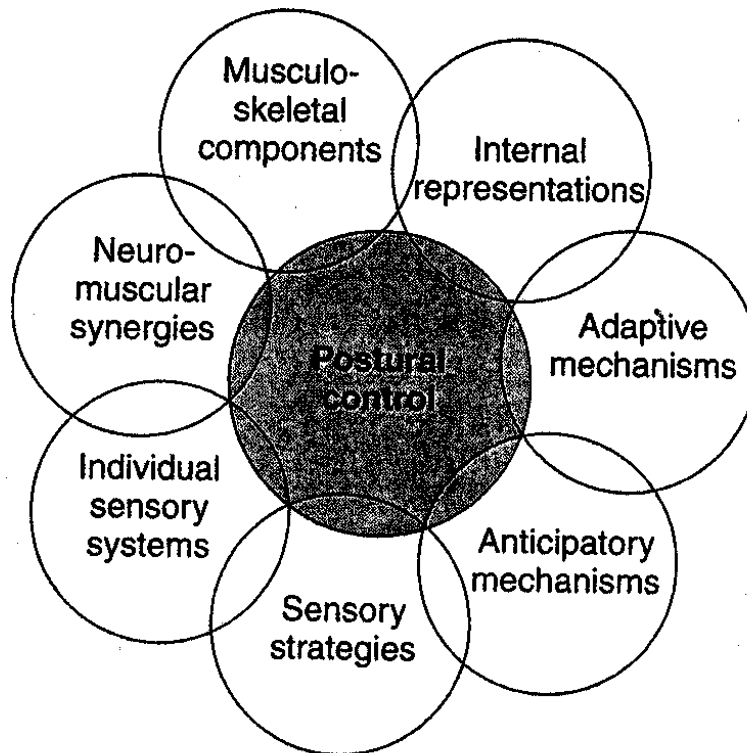
وروش ارزیابی تعادل



فتح الله آزادی

کارشناس ارشد فیزیوتراپی

هدف از ارائه این مقاله تعیین نحوه تأثیر اطلاعات حسی در تعادل سالمندان و استفاده از تقویت ورودیهای حسی به عنوان روشی برای بهبود تعادل سالمندان می باشد. سیستم کنترل ماهیچه مسئول نگهداری مرکز ثقل بدن در یک محدوده فضایی به نام محدوده تعادل است. محدوده تعادل بخشی از فضا است که فرد بدون تغییر سطح اتکا قادر به حفظ تعادل می باشد. کارکرد بهینه این سیستم مستلزم همکاری بخش های مختلفی است که در تصویر ۱-۱ نمایش داده شده است.



در این نوشتار اهمیت اطلاعات حسی مورد تأکید قرار می گیرد.

اطلاعات حسی مورد نیاز سیستم کنترل ماهیچه از سه منبع تأمین می شوند که عبارتند از:

۱- سیستم بینائی ۲- سیستم وستیبولار ۳- حس های عمقی

سیستم بینائی با مرجع قراردادن وضعیت عمومی نحوه قرارگیری بدن و اشیاء محیطی را به

CNS مخابره می کند. باید توجه داشت اطلاعات مخابره شده از Perpheral Visual Field

نقش بیشتری در حفظ تعادل دارند تا اطلاعات Central Visual Field.

یکی از نقص های سیستم بینائی این است که فرق بین Self Motion (حرکت فرد) و

Object Motion (حرکت شی) را تشخیص نمی دهد. این سیستم به شرط سلامت دیگر

سیستم های حسی نقش کمتری در کنترل تعادل دارد. در پروسه سالمندی این سیستم دچار

تغییرات دژنراتیو متعدد می شوند که باعث: ۱- کاهش میدان بینائی ۲- بالا رفتن آستانه درک

روشنائی ۳- کاهش توانایی Visual Contrast ۴- کاهش دقت بینائی و ... می شود با توجه به

تغییرات دژنراتیو سیستم های حسی دیگر اطلاعات سیستم بینائی نقش مهمتری را در سالمندان

ایفاء نموده بنابر این آنها در محیط های نامناسب بینائی (مکان های تاریک، نورهای درخشنده و ...)

بیشتر دچار عدم تعادل می شوند.

سیستم حسی دیگر سیستم وستیبولار است که با دارا بودن او تریکول، ساکول و مجاری

نیمدایره اطلاعات مربوط به حرکات شتابدار خطی و زاویه ای را مخابره می کند. اطلاعات این

سیستم Self Motion را Object Motion تمییز می دهد. در پروسه سالمندی این سیستم

هم دچار تغییرات دژنراتیو در بخش های مختلف می شود اما بنظر می رسد سالمندان از اطلاعات

این سیستم بیش از اطلاعات حسی سیستم های دیگر بعنوان "حس مبنا" استفاده می کنند.

سیستم حسی دیگر حس های عمقی می باشند که نحوه قرارگیری قسمتهای مختلف نسبت

به همدیگر و سطح اتکا را مخابره می کند.

در پروسه سالمندی تعداد گیرندهای حسی و کیفیت عملکرد آنها کاهش می یابد. همچنین

به واسطه نروپاتیهای محیطی هم این سیستم دچار اختلال می شود.

سیستم کنترل ماهیچه پس از دریافت اطلاعات از منابع مذکور، اطلاعات سیستمی را که

شرایط موجود را دقیق تر مخابره کرده باشد را به عنوان مبنا قرار دارد. و اطلاعات دیگر

سیستم های حسی را در راستای تکمیل شناخت خود از شرایط موجود یا بوجود آمده را بکار

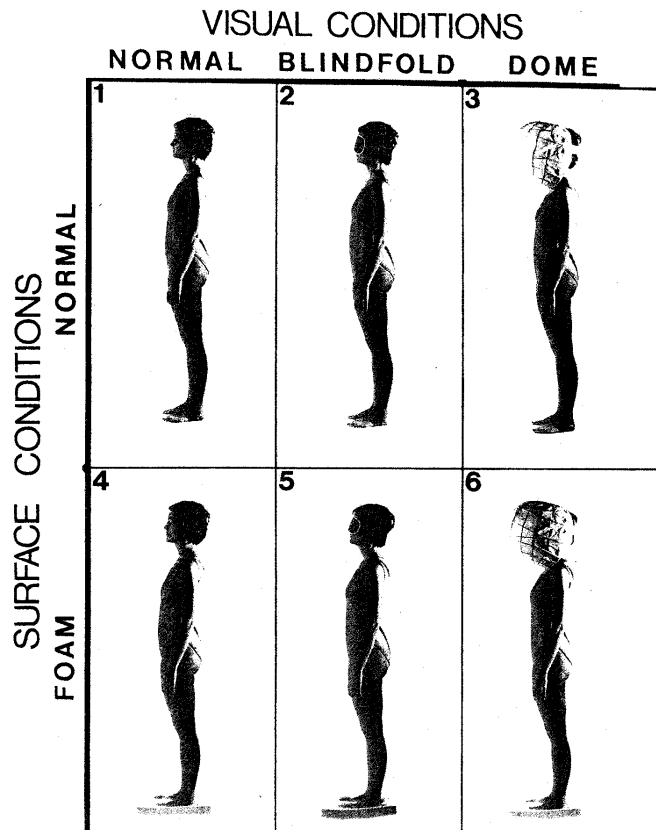
می گیرد. مجموع اطلاعات حسی در قالب یکسری استراتژیهای حرکتی تبدیل می شوند که در

حفظ و بازیابی تعادل نقش اساسی دارند. یک روش ارزیابی نقش اطلاعات حسی در کنترل تعادل

روش CTSIB است که شامل شش وضعیت می باشد که در سه وضعیت اول سطح اتکا فرد محکم

و سفت است (مانند کف اتاق) و در سه وضعیت آخر سطح اتکا اسفنجی است. استفاده از سطح اتکا

اسفنجی باعث اختلال حس های عمقی می شود. همچنین در هر کدام از دو سری مذکور به ترتیب اعمال زیر انجام می شود: چشم باز، چشم بسته و استفاده از کلاهک بینائی. مدت زمان حفظ تعادل در هر یک از شش وضعیت مذکور متغیر تست می باشد که در آن در صورتیکه فرد بمدت ۳۰ ثانیه قادر به حفظ تعادل در هر یک از وضعیتهای مذکور بود طبیعی قلمداد شده و در صورتیکه در این مدت دچار عدم تعادل یا زمین خوردن شود غیرطبیعی قلمداد می گردد نتایج تست به شرح زیر تفسیر می شود: در صورتیکه فرد در سه وضعیت آخر دچار عدم تعادل شود بعنوان Surface Dependent در صورتیکه در وضعیتهای ۲، ۳ و ۶ دچار عدم تعادل شود بعنوان Visual Dependent قلمداد می شود، در صورتیکه در وضعیتهای ۵ و ۶ دچار عدم تعادل شود دچار اختلال عملکرد سیستم وستیبولار و در صورتیکه در وضعیتهای ۳، ۴، ۵، ۶ دچار عدم تعادل شود در هماهنگ کردن و Interaction حس های مذکور دچار مشکل است. تحقیقات نشان می دهد که از این روش می توان تقویت سیستم و استراتژیهای حسی و به تبع آن، بهبود تعادل سالمندان، سود جست.



توجهات اختصاصی در درمان بی‌اختیاریهای ادراری در زنان مسن



دکتر فرناز الماس گنج
متخصص جراحی زنان و زایمان

مقدمه

بی‌اختیاری ادراری مشکل معمولی در بین افراد مسن است. حدود یک سوم زنان بالای ۶۵ سال از بی‌اختیاری رنج می‌برند و این مشکل مانع فعالیتهای دلخواه آنان در دوران کهولتشان می‌شود. حدود ۱۵-۳۰ درصد افراد مسن دچار بی‌اختیاری هستند، شاید در یک چهارم این افراد مشکل بسیار شدید باشد. این شیوع در افرادی که در آسایشگاهها ساکن هستند به مراتب بیشتر است. مشکلات قابل توجهی در رابطه با این مسئله محتمل است، مثل زمین افتادن و شکستگیهای استخوانی در اثر لیز خوردن روی کف مرطوب حمام یا دستشویی، بثورات و خراشهای پوستی در اثر تماس ممتد با ادرار و سلولیت ایدیوپاتیکی. در خانه‌های سالمندان بسیاری از بیماران با گذاشتن کاتتر کنترل می‌شوند که روشی غیر ضروری بوده و باعث افزایش ریسک عفونت و urosepsis می‌شود. علاوه بر مشکلات طبی، هزینه‌های صرف شده برای این افراد مقادیر بالایی را بخود اختصاص می‌دهد.

گرچه بی‌اختیاری ادراری در افراد مسن معمولتر از دیگران است ولی نباید بعنوان یک وضعیت طبیعی در رابطه با سن در نظر گرفته شود. بسیاری افراد مسن تصور می‌کنند که این مشکل غیر قابل اجتناب و غیر قابل درمان بوده و با ممانعت از فعالیتهای فیزیکی و اجتماعی آن را تحمل می‌کنند. خجالت، ترس از سپرده شدن به خانه سالمندان یا انجام جراحی باعث تأخیر در مراجعه این افراد به پزشک می‌شود.

متأسفانه بسیاری از پرسنل پزشکی نیز چنین برداشت نادرست عام را در مورد بی‌اختیاری ادرار در افراد سالمند دارند. گاه پزشکان تصور می‌کنند که افراد مسن از بسیاری انواع درمان که در افراد جوانتر استفاده می‌شود، سود نمی‌برند. این تصور نادرست است و برخلاف بسیاری از مشکلات طبی دیگر، بی‌اختیاری ادرار معمولاً قابل درمان بوده و اثر قابل توجهی در کیفیت زندگی فرد و اتکاء به نفس وی دارد. در بسیاری موارد پزشک بعلت اینکه فرد مسن آنقدر پیر است که انتظار زندگی برای وی بحدی نیست که ارزش انجام جراحی را داشته باشد و یا بعلت بالا بودن ریسک جراحی و عدم تحمل آن توسط بیمار، تمایل به انجام جراحی در این افراد را ندارند.

ولی هیچکس، تنها بعثت سن بالا نباید از درمان به طریقه جراحی کنار گذاشته شود. علاوه بر این بسیاری از روشهای کنسرواتیو نیز در درمان بی اختیاری ادرار در افراد مسن در نظر گرفته نمی شوند. مثلاً تصور می شود افراد مسن قادر به گذاشتن کاتتر برای خود نبوده یا نمی توانند ورزشهای لگنی را انجام دهند و یا تصور می شود افراد مسن سالهای زیادی از دوران یائسگی را پشت سرگذاشته و درمان هورمونی برایشان مناسب نیست. هیچکدام از این موارد صحیح نیستند.

علت بی اختیاری در افراد مسن

تغییرات فیزیولوژیک دستگاه ادراری در افراد مسن باعث می شود که ظرفیت مثانه این افراد جهت برقراری موازنه بین تجمع طبیعی ادرار و تخلیه آن در اثر عوامل ساده ای چون تغییر در دوز یک دارو بهم خورده و فرد دچار بی اختیاری شود.

عوامل درونی: مقادیر کافی استروژن در زنان باعث حفظ تمامیت استخوان، کاهش بیماریهای قلبی عروقی، طولانی شدن عمر و حفظ سلامت روحی روانی ایشان می شود. چون مثانه و مجرای خروجی ادرار ارگانهای حساس به استروژن هستند، کاهش مقادیر استروژن باعث آتروفی دستگاه ادراری تناسلی و نازک شدگی بافتهای ولو و واژن می شود. بعلاوه مخاط *urothelium* تریگون نازک شده و مخاط یورترا نمی تواند به خوبی روی هم قرار گرفته و مجرای خروجی ادرار را مسدود کند. در بافت همبند نیز قابلیت ارتجاع کاهش یافته و میزان کلاژن کم می شود. با کاهش مقدار بافت همبند، آتروفی عضلات مخطط و کاهش حجم جریان خون در شبکه عروقی یورترا، ساپورت مجرای ادرار مختل می شود. ممکنست هیپرتروفی عضله دترسور ایجاد شود که باعث تراپکولاسیون مثانه و ایجاد دیورتیکول می شود. از بین رفتن لایه حفاظت کننده گلیکوزامینوگلیکان در مثانه می تواند آنرا مستعد تهاجم باکتریها و عفونت دستگاه ادراری کند تغییرات نورولوژیک در اثر افزایش سن می تواند باعث کاهش تعداد رسپتورهای آلفا آدرنرژیک در یورترا و کاهش تدریجی زمان هدایت عصبی شود. مجموعه همه این عوامل باعث کاهش ظرفیت مثانه، افزایش حساسیت مثانه و یورترا، افزایش حرکت گردن مثانه و کاهش قدرت بیمار در ایجاد ممانعت یا شروع انقباض دترسور می شود.

عوامل بیرونی: فیلتراسیون کلیوی با افزایش سن کاهش می یابد، در نتیجه در ساعات شبانه دیورز برقرار می شود و ممکنست مشکلاتی مثل استاز وریدی یا نارسائی احتقانی قلب آنرا تشدید کند، دریک فرد سالم ۸۰ ساله غیر طبیعی نیست که دوبار درشب جهت ادرار کردن از خواب بیدار شود.

بیماریهای مزمن ریه نیز باعث تشدید بی اختیاری استرسی می شود. اختلالات نورولوژیک پس از stroke یا در ارتباط با بیماری پارکینسون یا انواع مختلف دمانس نیز باعث افزایش overactivity مثانه می شود. دیابت نیز که در افراد مسن معمولترست باعث افزایش حجم ادرار و نوروپاتی محیطی میشود. پرولاپس دستگاه تناسلی نیز با افزایش سن بیشتر شده و می تواند در حس مثانه و تخلیه آن تأثیر گذارد. نهایتاً، کاهش حرکت بیمار، براحتی باعث ایجاد مشکل در رسیدن به موقع بیمار به محل مناسب جهت تخلیه مثانه می شود.

مجموعه عوامل درونی و بیرونی، ظرفیت مثانه و فشار بسته شدن یورترا را کاهش داده، باعث کاهش در جریان ادرار و قدرت انقباض دترسور در افراد مسن می شود. در ۲۰٪ زنان طبیعی بین ۶۰ تا ۷۰ سال در زمان انجام سیستومتری، انقباضات نابجای دترسور گزارش شده است.

بی اختیاری همراه با تخلیه ناقص مثانه:

در بیمارانیکه بی اختیاری ادرار همراه با hyperactivity دترسور دارند، مشاهده شده که حجم باقیمانده مثانه پس از ادرار کردن بیشتر از طبیعی است. به نظر می رسد که عامل آن وجود اختلال در ایجاد انقباض دترسور در حین وجود overactivity آن باشد. این سندرم DHIC یا (Detrusor Hyperactivity with Impaired Contractility) گفته می شود.

در صورتی که امکان سوندگذاری توسط خود بیمار وجود داشته باشد، ایجاد ممانعت از فعالیت دترسور توسط داروها همراه با انجام عمل سوندگذاری بصورت منظم، راه حل مناسبی برای این مشکل است.

علل قابل برگشت بی اختیاری :

مشکلات گذرای طبی می توانند باعث بی اختیاری شوند. اصلاح این موارد می تواند باعث بهبود مشکل شود بنابراین ارزیابی خاص بیماریهای اساسی در دو سال بی اختیاری در افراد مسن است. برای طبقه بندی علل قابل برگشت بی اختیاری ادرار در افراد مسن می توان کلمه DIAPPERS را در نظر داشت که نشان دهنده عوامل فوق است:

Delirium, Infection, Atrophic urethritis and vaginitis, Pharmacologic causes, Psychologic causes, Excess fluid excretion, Restricted mobility, Stool impaction.

مشکلات فاص دیگر در افراد مسن :

Urethral caruncle و پرولاپس مجرای ادرار در اثر کمبود استروژنی می تواند علائم سوزش ادرار و urgency ایجاد کند. سیستم های بزرگ و پرولاپس های دیگر هم مشکلات ادراری ایجاد می کنند. کمبود استروژن ، مثانه را مستعد عفونت ها می کند. کاهش در دریافت مایعات و متابولیسم غیر طبیعی کلسیم و اورات باعث ایجاد سنگ های ادراری می شود. شروع ناگهانی علائم تحریکی در زمان ادرار کردن در افراد مسن، باید پزشک را متوجه احتمال وجود نئوپلاسم های ادراری کند.

ارزیابی بیمار مسن:

تاریخچه بیماری : فرد مسن در ابراز مشکلات ادراری اش دچار خجالت و دیسترس شدید می شود. تصور کنید احساس یک مادر بزرگ پیر را که در مقابل نوه هایش خودش را خیس می کند. آنها متوجه موضوع نبوده و ممکنست حتی او را مسخره کنند. در میان گذاشتن این مشکل با پزشک نیز می تواند بهمان اندازه برای فرد ضربه زنده باشد. پرسنل بهداشتی باید در مورد وجود مشکلات ادراری از بیمار به نحوی سؤال کنند که اضطراب آنان را کاهش دهند. تذکر اینکه بسیاری از زنان در این سن دچار مشکلات ادراری هستند می تواند ترس بیماران را در بیان مشکلشان کاهش دهد. مثلاً ذکر این جمله که بسیاری از بیماران مسن نمی توانند خود را در مواقع لازم به دستشویی برسانند و گاه دچار بی اختیاری می شوند. آیا شما تابحال دچار مشکلی شده اید؟ می تواند بسیار کمک کننده باشد. بررسی سابقه بیماریها در فرد بسیار مهم است. همه داروهای که بیمار دریافت می کند باید پرسیده شوند. پزشک لازم است فرد مسن را از نظر وجود تغییرات ذهنی بررسی کند. همچنین بررسی میزان تحرک فرد و سرعت عمل وی مهم است. می بایست بیمار از نظر علائم stroke بررسی شده و در صورت وجود، از نظر درمان با داروهای آنتی کولینرژیک احتیاط شود زیرا ممکنست با وجودیکه هیپررفلکسی دترسور وجود دارد، باعث رتانسیون ادراری شوند. بعلاوه این داروها ممکنست مشکلاتی در بیماران مبتلا به گلوکوم ، یبوست یا دیورتیکولوزیس شدید ایجاد کند. بررسی بیمار از نظر وجود ادم لازمست چون این حالت می تواند دیورز شبانه و شب ادراری ایجاد کند. بعلاوه تعیین حجم مایعات خورده شده در روز و چارت ادراری بسیار مهم است.

بی اختیاری مدفوع اغلب همراه با بی اختیاری ادرار است و بیماران عدم تمایل بیشتری در مورد ابراز این مسئله نسبت به بی اختیاری ادرار دارند. اگر حس مثانه مختل و یا شدیداً کاهش یافته باشد، علامت نوروپاتی است که بررسی بیشتری را ضروری می کند.

در مورد هدف درمان باید با بیمار و خانواده وی بحث شود. در صورت عدم وجود حالات قابل برگشت یا بالقوه خطرناک، درمان باید در جهت اصلاح بدترین علائم بیمار (شدیدترین یا آزاردهنده ترین) باشد. هدف از درمان بهبود مطلق به هر قیمت نیست، ولی در نظر گرفتن محدودیت از پیش تعیین شده در انتخاب نوع درمان، خصوصاً زمانی که در مورد درمانهای جراحی رادیکال صحبت می شود، نادرست است.

تست اورودینامیک در افراد مسن:

چارت ادراری (frequency-volume bladder chart) اطلاعات با ارزشی در مورد دریافت زیاد مایعات، تعداد حملات بی اختیاری و میزان تکرر ادرار و شب ادراری بیمار به ما می دهد. تخمین زده شده که چارت ادراری در یک چهارم جمعیت زنان مسن با بی اختیاری، تشخیص را مسجل می کند. بررسیهای آزمایشگاهی می تواند علت افزایش حجم ادرار یا کاهش هوشیاری را نشان دهد. در بیمارانی که اخیراً دچار تکرر و urgency شده اند، بررسی سیتولوژی ادرار لازمست، هماچوری چه بصورت میکروسکوپی یا ماکروسکوپی، نگران کننده است زیرا بدخیمی یا دیگر بیماریهای مهم دستگاه ادراری در بیش از ۲۰٪ زنان مسن با این یافته وجود دارد. مانومتري آنال روشی سریع و نسبتاً ارزان در ارزیابی حس رکتوم، فشار پایه، تونیسیتة اسفنکتر و فشار در حین زورزدن بوده و اغلب اطلاعاتی می دهد که در درمان بیماران کمک کننده است. زمانهای ترانزیت کولون یا defecography می تواند در بررسی حرکت مدفوع در روده بزرگ و رکتوم کمک کند.

درمان بی اختیاری ادرار در افراد مسن :

اصلاح بعضی مشکلات همراه در بیماران مسن می تواند به بهبود آنان کمک کند. چون بیبوست باعث تشدید علائم ادراری در بیماران می شود، استفاده از ملین ها در حد لزوم توصیه می شود. در بیمارانی که دچار مشکل دیورز شبانه هستند توصیه می شود که در بعد از ظهرها پهایش را بالا گذاشته و مایعات دریافتی شان را چند ساعت قبل از رفتن به بستر محدود کرده و از داروهای دیورتیک در ابتدای روز استفاده کنند. میتوان لگنی را در کنار تخت بیمار در طی شب و در جای مناسبی در داخل محوطه در طی روز قرارداد تا فرد دسترسی سریع به آن داشته باشد. بعلاوه فرد لباس ساده و راحت پوشیده، از walker استفاده کند تا برای رسیدن به دستشویی احساس امنیت بیشتری کند. نصب دستگیره ها و نرده کناری در دستشویی باعث بهبود حرکت بیمار و دسترسی سریعتر وی به آن می شود. تغییر داروهای بیمار اغلب مفید است. استفاده از

داروهای ضد افسردگی با اثرات کمتر آنتی کولینرژیک و جایگزین کردن ACE inhibitors یا داروهای دیگری که عملکرد ممانه را مثل دیورتیکها یا آلفابلوکرها (مثل پرازوسین) مختل نکنند، توصیه می شود.

افتادگی دستگاه تناسلی باعث تشدید بی اختیاری در افراد مسن می شود. در صورت علامتدار بودن شلی عضلات لگن، می توان از پساری^{۱۰} استفاده کرد. در این صورت پساری باید به نحوی انتخاب شود که تخلیه ممانه یا روده را مختل نکند. حتی در صورت عدم استفاده از پساری، می توان به بیمار یاد داد که جهت کمک به تخلیه، از جا انداختن سیستموسل در انتهای زمان ادرار کردن یا فشار دادن رکتوسل با انگشت، جهت کمک به دفع مدفوع استفاده کند.

وضعیت استروژنی:

درمان هورمونی در افراد مسن بی ارزش نبوده و تصمیم گیری جهت شروع آن نه براساس سن بیمار بلکه بر پایه نیازهای فرد باید انجام شود. تنها منع قطعی شروع درمان هورمونی، وجود بیماری فعال کیسه صفرا یا بیماری کبدی، سرطانهای وابسته به هورمونها (پستان و اندومتر)، بیماری فعال ترومبوآمبولیک یا ترومبوفلیت وریدی حاد و خونریزی بدون علت مشخص از دستگاه تناسلی است. منع نسبی آن شامل وجود سابقه قوی وقایع ترومبوآمبولیک، بیماری عروقی محیطی و سردردهای میگرنی است.

گرچه بهترین اثر استروژن در درمان بی اختیاری فوریتی ادرار مشاهده شده، ولی مدارک اخیر نشان می دهد که این دارو در درمان بی اختیاری استرسی هم مفید بوده است. حتی بیمارانیکه سالها از سن یائسگی آنها گذشته است می توانند از این فرم درمان سود برند. استروژن همچنین باعث بهبود ضخامت و عروق اپی تلیوم واژن و فاشیای اندوپلوپیک می شود، در نتیجه جراحی روی این بافت و ترمیم آن نیز بهبود می یابد. می توان از کرم استروژن موضعی استفاده کرد. برای شروع درمان در یک بیمار با واژینیت آتروفیک، از یک اپلیکاتور کامل پر از کرم هر شب بمدت ۲ تا ۴ هفته استفاده می شود، سپس دوز آن بتدریج کاهش یافته تا بعد دوز نگهدارنده یعنی یک یا نصف اپلیکاتور ۲ تا ۳ بار در هفته رسانده شود. پس از ایجاد اثر کامل استروژن، می توان دوز دارو را به نصف اپلیکاتور در هفته کاهش داد. قبل از تجویز استروژن باید مطمئن شد که بیمار حتماً آنرا استفاده می کند. بسیاری از زنان مسن تمایل به استعمال چیزی از طریق واژن ندارند. در چنین افرادی استفاده از استروژن سیستمیک می تواند مفیدتر باشد.

¹⁰ - pessary

دستگاهی که برای نگهداری زهدان یا راست روده در مهبل گذاشته می شود (گرفته شده از فرهنگ اصطلاحات پزشکی دورلند - ویراستار)

استفاده از استروژن خوراکی یا **transdermal** در بیماران مسن که منعی برای مصرف آنها ندارند، کاملاً قابل قبول است. در این موارد با تجویز روزانه پروژستین می توان از هیپرتروفی اندومتر جلوگیری کرد و همینطور مانع خونریزی ناخواسته شد.

درمان بی اختیاری استرسی :

روشهای کنسرواتیو زیادی برای درمان بی اختیاری استرسی در افراد مسن پیشنهاد می شود. آلفاآگونیسرها مثل فنیل پروپانول آمین، پسودوافدرین و داروهای دیگر در افراد مسن مشابه افراد جوان تأثیر دارند. در صورت استفاده از این داروها، فشار خون بیمار پس از شروع دارو باید کنترل شود.

برنامه های ورزشی عضلات کف لگن نیز مفید است ولی همه بیماران پاسخ مساوی نمی دهند. در یک بررسی کاهش حملات بی اختیاری با استفاده از بکار بردن بیوفیدبک در روش فوق، به میزان ۸۲٪ گزارش و این موفقیت بمدت ۱۲ ماه باقی مانده است. در بررسی دیگری اثر فیزیوتراپی در درمان بی اختیاری استرسی، زیر سؤال برده شده است. اثر این روش به میزان زیادی وابسته به اشتیاق بیمار و نحوه برخورد فرد درمان کننده با اهمیت موضوع دارد. ظرفیت پذیرش این رژیم ورزشی عامل کلیدی در میزان موفقیت بوده و می بایست توجه شود که ممکنست اثر آن ۳ ماه یا بیشتر پس از شروع درمان ظاهر شود.

در مورد روشهای دیگر مثل تغییر در وضعیت فرد برای بهبود کنترل یا سرکوب کردن **urgency** (مثل ضربدری کردن پاها، فشار دادن رانها بهم یا خم شدن) باید با بیمار صحبت شود. گرچه بسیاری از زنان این مانورها را خودشان از قبل یافته اند، ولی بسیار تعجب انگیز است که بسیاری از آنها از این روشهای ساده تغییر وضعیت برای بهبود کنترل مثانه شان استفاده نمی کنند. این روشها باعث کاهش حجم ادرار دفع شده بوده و بسیاری از بیماران آنها را از نظر اجتماعی قابل قبول می دانند.

تصمیم گیری جهت انجام جراحی در افراد مسن درست مشابه افراد جوانتر است. اینکه آیا مشکل بیمار با جراحی قابل اصلاح است و اینکه آیا خطر جراحی بیشتر از سود آن است؟ آیا مشکل طبی زمینه ای که قادر به کنترل آن در قبل و بعد از جراحی نداشته باشد؟ آیا علل قابل برگشت بی اختیاری وجود دارد که قابل اصلاح بوده و جراحی را غیر ضروری کند؟ باید همه اطلاعات به بیمار داده شود تا وی بتواند تصمیم صحیح بگیرد. کاهش حملات بی اختیاری به میزان ۵۰٪ یا کاهش آن بحد یک یا دو بار در هفته، می تواند بهبود قابل توجهی باشد که جراحی را برای بیمار بسیار ارزشمند می کند. در هیچ بیماری نباید تنها بعلت کهولت از انجام جراحی خودداری کرد. به هر حال توجهات خاصی جهت انجام جراحی در افراد مسن میبایست در نظر گرفته شود. اغلب

بیحسی نخاعی ارجح است و در بعضی موارد می توان از بیحسی موضعی استفاده کرد. مشاوره با یک geriatrician قبل و بلافاصله بعد از جراحی ما را قادر به انجام بهترین مراقبت از بیمار می کند، خصوصاً اگر وضعیت طبی بیمار و کنترل میزان مایعات تجویز شده را در نظر بگیریم. نوع جراحی باید براساس وضعیت بیمار تعیین شود و هیچ نوع جراحی خاصی صرفاً برای افراد مسن پیشنهاد نمی شود. چون زنان مسن مستعد رتانسیون ادراری پس از عمل هستند جراحیهای غیر مسدود کننده ارجح بوده و می توان بطور آزادانه از کاتترهای سوپراپوبیک و سوند گذاری توسط خود بیمار استفاده کرد.

درمان علائم عدم ثبات دترسور:

در ابتدای بررسی بیمار مسن با علائم تکرر ادرار، بی اختیاری فوریتی و urgency، نئوپلاسم و رتانسیون مزمن ادراری باید رد شود. پس از این، درمان درست مشابه افراد جوانتر است. در این گروه سنی انقباضات دترسور ممکنست مختل باشد، پس توجه خاص به عوارض داروهای آنتی کولینرژیک ضروری است و در واقع درمان داروئی، انتخاب اول نیست.

Bladder retraining و تغییرات رفتاری اغلب اثر مشابه دارو درمانی در افراد مسن دارند و بعلاوه از اثرات سوء مصرف داروهای آنتی کولینرژیک جلوگیری می کنند. میزان موفقیت وابسته به میزان انگیزه بیمار و پرسنل بهداشتی دست اندرکار است. بیمارانیکه انتظار یک بهبود سریع را دارند به احتمال زیاد سود زیادی از آموزش بیوفیدبک نمی برند.

آموزش در مورد کنترل میزان مایعات مصرفی نکته کلیدی در این برنامه هاست. بیمار میبایست چارت ادراری اش را ثبت کرده و این چارت بدقت با وی مرور شود تا مطمئن شویم که وی عادات مثانه اش را و اینکه چگونه باید آنها را تغییر دهد، متوجه می شود. بسیاری بیماران مسن دریافت مایعاتشان را شدیداً محدود می کنند تا از تکرر و بی اختیاری شان جلوگیری شود. چنین ادراری با غلظت بالا می تواند در مقایسه با حجم بیشتری از ادرار رقیقتر، برای مثانه تحریک کننده تر باشد. باید بیمار تشویق شود که روزانه حداقل ۱۵۰۰ میلی لیتر مایعات دریافت کند. این مقدار مایعات باید در طی روز تقسیم شود ولی سه ساعت قبل از زمان خوابیدن، بهترست دریافت مایعات قطع شود.

آموزش bladder retraining باید شامل راهنمایی های گفتاری در طی ویزیت و دستوالعمل های نوشتاری برای استفاده در منزل باشد. این نوشته ها باید قابل فهم برای افراد عام باشد چون نوشته هایی که بیمار نتواند آنها را بفهمد سودی ندارند. میتوان به بیمارانی که برنامه خاص زمان بندی شده برای تخلیه مثانه دریافت می کنند، توصیه کرد که از ساعت های مچی زنگ

دار جهت کمک به یادآوری آنها استفاده کنند. پیگیری دقیق و تشویق بیمار با تماس های تلفنی مکرر، بسیار مفید است. بیمار باید در فواصلی در حین درمان، چارت ادراری اش را ثبت کند تا پیشرفت وی مشخص شده و در صورت وجود مشکلات خاص، به آن توجه شود. گرچه در بیماران جوانتر می توان امید داشت که فواصل ادراری ۳ ساعته یا بیشتر را در انتهای برنامه درمانی بدست آوریم، در افراد مسن احتمالاً فواصل ۲ ساعته هدف مناسبتری است. با استفاده از تکنیکهای بیوفیدبک به بیمار یاد داده می شود که مثانه، اسفنکتر و فشار داخل شکم را با پاسخگویی به یک سیگنال شنوایی یا بینائی که از طریق فعالیت یک پروسه فیزیولوژیک داخلی ایجاد می شود، کنترل کند.

پس از انجام این روشها، با در نظر گرفتن اثرات داروها و بیماریهای سیستمیک در بیمار می توان تجویز داروهای آنتی کولینرژیک را در نظر گرفت. در اغلب مواقع لازم است دوز دارو کاهش یابد زیرا کلیرانس کلیوی در افراد مسن کاهش یافته و احتمال رتانسیون ادرار وجود دارد. داروهای مثل پروپانتلین، اکسی بوتینین، دی سیکلومین و ایمی پرامین از داروهای معمول مورد استفاده در درمان این بیماران می باشند. داروی بلوک کننده کانال کلسیم بنام *tolterodine* در درمان بی اختیاری فوریتی ادرار بعلت عدم ثبات دترسور و هیپررفلکسی آن هر دو مؤثر بوده است. برتری مهم آن طولانی بودن نیمه عمر داروست که باعث قابلیت تجویز آن بصورت یکبار در روز شده و عوارض آنتی کولینرژیک آن کمتر است. داروهای آنتی ولینرژیک ممکنست باعث تیرگی ذهن و خواب آلودگی در افراد مسن شوند. بعلاوه ممکنست رتانسیون حاد ادرار و مشکلاتی در رابطه با افزایش فشار داخل چشمی در افراد دچار گلوکوم ایجاد کنند. بیوست و خشکی دهان نیز دو عارضه معمول است که می توان در این موارد از ملین ها و جویدن آدامسهای بدون قند یا قطره لیمو استفاده کرد.

هرگاه یک بیمار سونداژ شده در یک آسایشگاه سالمندان مشاهده شد باید این سؤال پرسیده شود: چرا این بیمار سوند دارد؟ روشهای دیگر جهت حل مشکل باید بررسی شود. بیمار ممکنست نتواند خودش را به دستشویی برساند ولی مایل باشد از کسی کمک بگیرد. برقراری یک برنامه زمان بندی شده منظم جهت ادرار کردن می تواند به میزان زیادی حملات بی اختیاری را در این گروه از بیماران کاهش دهد. نوارهای جذب کننده و کرمهای پوستی محافظت کننده و همچنین کاتتریزاسیون تمیز و مکرر توسط خودبیمار یا پرسنل پرستاری می توانند کمک کننده باشند. گرچه میزان عفونت در بیماران مقیم آسایشگاهها بیشتر از افراد مقیم در منزل است، ولی هنوز میزان آن کمتر از مواردی است که از کاتترهای طولانی مدت استفاده می شود. عاقلانه است که تعداد بیماران دارای سوند را در آسایشگاههای سالمندان به کمتر از ۱-۲٪ برسانیم.

بیماران geriatric، هم آنهایی که در منزل زندگی می کنند و هم در آسایشگاهها، اغلب قابلیت‌های بیشتری در انجام کارها نسبت به آنچه تصور می شود دارند. وقتی تشویق، توجه و ایجاد انگیزه با درمان همراه شود، معمولاً می توان به افراد مسن کمک کرد تا درجات بالاتری از کنترل ارادی ادرار را نسبت به قبل بدست آورند. می بایست به این افراد فرصت داد تا باعث بهبود وضعیت خود و ارتقاء کیفیت زندگیشان بشوند.

دلیریوم در سالمندان



دکتر مرصده سمیعی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دلیریوم یک اختلال نوروسایکیاتریک شایع، جدی، و اغلب تشخیص داده نشده در سالمندان است. دلیریوم به عبارتی فصل مشترک طب داخلی و روانپزشکی است، چون در واقع عبارتست از تعدادی علائم روانی که بر اثر بیماریهای جسمی به وجود می آید. از آنجا که مغز افراد سالمند نسبت به تغییراتی که در محیطش رخ می دهد (تغییراتی مثل مصرف دارو، فرایندهای مرضی در اعضای مختلف بدن، تغییرات محیطی و بسیاری از عوامل دیگر که بر کار کرد مغز اثر می گذارد)، بسیار حساس است، بنابراین دلیریوم را به وفور در سالمندان دچار مشکلات طبی می بینیم. شیوع اختلال در گزارشات مختلف از ۱۵-۱۰٪ تا ۵۰٪ (در شکستگی هیپ) بیماران بستری در بخشهای داخلی و جراحی گزارش شده است و بیش از همه در بیماران ICU یا بیمارانی که تحت عمل جراحی قلب باز قرار می گیرند، دیده می شود. دلیریوم در صورتی که سریع تشخیص داده شود، اغلب قابل برگشت است، اما در صورت عدم درمان ۳۰-۲۵٪ مورتالیته دارد. بنابراین ارزیابی سریع، تشخیص افتراقی و درمان صحیح برای برگشت علائم و پیشگیری از عوارض ضروری است.

علائم بالینی

دلیریوم یک اختلال منتشر مغزی است. بنابراین تظاهر بالینی دلیریوم می تواند به اشکال متفاوتی باشد و علامت مشخصه آن «تغییر پذیری علائم» است. وضعیت روانی فرد در طول روز ممکن است از کاملاً سالم تا کاملاً آریخته متغیر باشد. علائم دلیریوم را میتوان به دو دسته تقسیم کرد: علائم هسته ای و علائم همراه. علائم هسته ای: عبارتند از تغییرات شناختی که در عرض چند ساعت شروع می شوند و حداکثر چند هفته دوام دارند. هم نوع و هم شدتشان در طول روز نوسان می کند، به طوری که معمولاً شبها بدتر است. به این پدیده sundowning میگویند. این تغییرات شناختی به طور مشخص در چهار حوزه است: هوشیاری، توجه، حافظه و جهت یابی. اختلال توجه به صورت کاهش تمرکز و حواسپرتی است که همراه با اختلال در حافظه نزدیک منجر به کاهش یادگیری مطالب جدید

می شود. معمولاً حافظه دور اختلالی ندارد. اختلال جهت یابی هم به ویژه نسبت به زمان و مکان است و نسبت به اشخاص دیده نمی شود.

علائم همراه : تقریباً همه دستگاه روانی را در بر می گیرد:

۱- اختلال سایکوموتور: می تواند هم به صورت کندی و هم به صورت افزایش باشد. در صورت افزایش معمولاً با افزایش alertness هم همراه است که این حالت را عده ای activated delirium نامیده اند که بیشتر در ترک مواد مضعف CNS یا مسمومیت با مواد محرک دیده می شود. وقتی کندی سایکوموتور وجود داشته باشد، معمولاً با کاهش alertness و کاهش output شناختی همراه است. این حالت را عده ای somnolent delirium نامیده اند. ممکن است به علت شباهت علائم با افسردگی، کاتا تونی یا دمانس اشتباه شود. معمولاً علت زیر بنایی اش انسفالوپاتی کبدی است.

۲- اختلال ادراک : می تواند از خطای ادراکی (ایلوژیون) تا توهم دیده شود. معمولاً بینایی یا شنوایی است . مثلاً فرد ممکن است لوله سرمی را که به او وصل است، مار یا کرمی ببیند که زیر پوستش رفته است و به همین دلیل واکنش شدید نشان دهد.

۳- اختلال تفکر: هم در فرایند فکر وجود دارد و هم در محتوای آن ، اختلال در فرایند فکر می تواند به صورت بیربط گویی، تفکر مماسی یا موتیسم دیده شود. محتوای فکر معمولاً پر می شود از فانتزیها و تصوراتی که انعکاس دهنده تجارب بیمار هستند. فرد ممکن است دچار هذیان شود، اما این هذیانها برخلاف اسکیزوفرنی معمولاً گذرا و غیر سازمان یافته بوده و به آسانی فراموش می شوند، و به شدت هم تحت تأثیر محیط قرار می گیرند. هذیانها بیشتر از نوع پارانویید هستند.

۴- اختلال خواب: معمولاً فرد دچار دلیریوم در طول روز خواب آلوده است و حتی ممکن است وسط صحبت کردن خوابش ببرد. اما برعکس خواب شبش کوتاه و منقطع است. سیکل خواب بیداریش ممکن است معکوس شود. در شروع خواب معمولاً علائم تشدید می شود و در خواب ممکن است کابوس ببیند.

۵- اختلال خلق: با تغییرات سریع خلق در طول روز همراه است. از همه شایعتر خشم و ترس در آنها می بینیم، که می تواند سبب آژیتاسیون و حمله به مراقبین شود.

۶- علائم نورولوژیک: برحسب نوع بیماری ممکن است علائم مختلفی از قبیل افزایش فعالیت اتونوم، اختلال راه رفتن، علائم حرکتی مثل ترمور، دیسفازی ، بی اختیاری ادرار و ... دیده شود. علائم معمولاً منتشر است نه فوکال.

تشخیص

برای تشخیص دو سؤال ساده و بسیار مهم وجود دارد که پاسخ دقیق به آنها در تشخیص کمک زیادی می کند:

- چه مدت است که علائم شروع شده است؟
- آیا شروع علائم ناگهانی بوده یا نه؟

به طور کلی در هر بیماری که دچار تغییر سریع علائم یا نشانه های روانی شده باشد، باید به دلیریوم مشکوک شد و با یک تاریخچه دقیق از اطرافیان و معاینات مکرر در طول روز و انجام تستهای آزمایشگاهی می توان به تشخیص دقیق و احتمالاً اتیولوژی اختلال رسید.

در بررسی بالینی بیمار میتوان از MMSE استفاده کرد که در تعیین شدت تخریب شناختی مفید است ولی بطور اختصاصی در افتراق دلیریوم کمک نمی کند. DSM_IV معیارهای تشخیصی منسجمی را برای دلیریوم مطرح کرده است:

- A. اختلال در هوشیاری (یعنی کاهش وضوح آگاهی از محیط) همراه با کاهش توانایی تمرکز، تداوم یا انتقال توجه.
- B. تغییر در شناخت (مثل حافظه) دیس ارینتاسیون، اختلال زبانی یا ایجاد اختلال ادراکی که با دمانس قابل توجیه نباشد.
- C. اختلال در طی دوره زمانی کوتاه (معمولاً چند ساعت تا چند روز) ایجاد شده و طی روز نوسان دارد.

D. شواهدی از تاریخچه ، معاینه فیزیکی ، یا یافته های آزمایشگاهی وجود داشته باشد که اختلال بر اثر عواقب مستقیم فیزیولوژیک یک بیماری طبی عمومی به وجود آمده باشد. روش ساده و مؤثر دیگر تحت عنوان Confusion Assessment Method یا CAM توسط Inouye و همکاران در سال ۱۹۹۰ برای تشخیص دلیریوم مطرح شده است. در عمل دیده شده که حدود ۹۵٪ Sensitivity و Specificity دارد. Inouye چهار خصیصه برای دلیریوم مطرح کرده که برای تشخیص وجود دو خصیصه اول و یکی از دو خصیصه بعدی لازم است. الگوریتم تشخیص CAM :

خصیصه اول: شروع حاد و سیر نوسان کننده :

این خصیصه را معمولاً افراد خانواده یا پرستار بیان میکنند و با پاسخ مثبت به سؤالات زیر مشخص می شود:

- آیا شواهدی از تغییر حاد در وضعیت روانی پایه بیمار وجود دارد؟
- آیا رفتار نابهنجار در طول روز نوسان دارد، یعنی شدت آن کم و زیاد می شود؟

خصیصه دوم : عدم توجه :

این خصیصه با پاسخ مثبت به سؤال زیر نشان داده می شود. آیا بیمار در فوکوس کردن توجه مشکل دارد، مثلاً به آسانی حواسش پرت می شود؛ یا در دنبال کردن موضوع صحبت دچار مشکل می شود؟

خصیصه سوم : تفکر نابسامان :

این خصیصه با پاسخ مثبت به سؤال زیر نشان داده می شود: آیا تفکر بیمار نابسامان یا Incoherent است: مثلاً حرفهای بیربط می زند، یا مسیر افکارش غیر منطقی و غیر واضح است، یا بطور غیر قابل پیش بینی از موضوعی به موضوع دیگر می پرد؟

خصیصه چهارم:

این خصیصه با دادن هر پاسخی بجز alert به سؤال زیر مشخص می شود: شما سطح هوشیاری بیمار را چگونه می بینید؟

Alert (نرمال)، (Hyperalert) vigilant، لتارژیک (خواب آلوده که به آسانی بیدار می

شود)، استوپور (بیدار شدنش سخت است)، یا کوما (بیدار نمی شود).

در صورت آژیتاسیون: محدودیت فیزیکی موقت و هالوپریدول با دوز کم.

در صورت سایکوز : هالوپریدول تزریقی ۲mg-۰/۵ هر نیم ساعت بر حسب نیاز IM یا IV که بعد از آرام شدن بیمار تبدیل به خوراکی می کنیم که دوز را باید ۱/۵ برابر کنیم و ۱/۳ را صبح و ۲/۳ را شب می دهیم.

در صورت تجویز نورولپتیک باید بیمار مکرراً از نظر بروز عوارض دارو از جمله عوارض

اکستراپیرامیدال و آکاتژی چک شود.

استفاده از بنزودیازپین و نورولپتیک Low potency به دلیل عوارض ممنوع است.

کار درمانی در سالمندان^{۱۱}



خانم ماندانا فلاح پور

کارشناس ارشد کار درمانی

عضو گروه آموزشی کار درمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تعریف علم کاردرمانی طبق تعریف انجمن کار درمانی آمریکا در سال ۱۹۸۱:

علم و هنر استفاده از فعالیت های هدفمند (purpose ful activity) در افراد مبتلا به بیماریها یا ضایعات جسمی ، اختلال در عملکردهای روانی - اجتماعی ، ناتوانی های رشدی ، اختلالات یادگیری و سالمندان به منظور پیشگیری از ناتوانی، حفظ حداکثر استقلال و کسب سلامتی. واژه Occupation به معنای کار = (Work) می باشد و کار درمانی بر استفاده از کار و فعالیت بعنوان فاکتور درمان تأکید می کند و در واقع فعالیت ابزار کار درمانی می باشد. پیشگامان این رشته معتقد بودند که با استفاده همزمان از ذهن وعضلات در بازیها، ورزش و تمرینات ، فعالیت های مختلف مثل صنایع دستی و حتی کار می توان سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار داد. بعدها این اعتقاد مبنایی برای استفاده از کار، ورزش ، تمرین و بازی بعنوان روش های درمانی در کار درمانی قرار گرفت.

تاریخچه :

در طی قرن ۱۸ و ۱۹ میلادی کار درمانی ابتدا در درمان بیماران روانی مورد توجه قرار گرفت. فیلیپ پنیل اولین بیمارستان روانی را در قرن ۱۸ (سال ۱۷۹۳) در فرانسه تأسیس کرد و در درمان بیماران از کار استفاده کرد. پس کار درمانی برای نخستین بار در قرن ۱۸ توسط فیلیپ پنیل در بیماران روانی بکارگرفته شد. او در کتاب خود در سال ۱۸۰۱ روش های درمانی خود را بصورت تمرینات فیزیکی و کارهای دستی توصیف کرد و معتقد بود که این روش باید در تمام بیمارستان های روانی بکارگرفته شود چون کار بهترین فاکتور در حفظ روحیه شاد و سلامتی فرد است و از طرفی توانایی بیمار برای بازگشت به حرفه و علاقه قبلی با تلاش و کوشش بهترین نشانه بهبودی وی است.

^{۱۱} - Geriatric occupational therapy.

همینطور در قرن ۱۸ (۱۷۸۰) در نشریات به کاردرمانی با جنبه معلولیت های فیزیکی اشاره شد. آدولف مایر پیش آهنگ حرفه کار درمانی در ایالات متحده بود که به درمان بیماران روانی با کار اشاره نمود. در سال ۱۹۱۰ اولین آموزشگاه حرفه ای کار درمانی توسط اسلاگل که خود مددکار بود بنا شد. تا قبل از این مرحله از پیشرفت کار درمانی، با صلاحیت ترین افراد برای انجام کار درمانی، مددکاران، پرستاران، مربیان کودک و معلمین هنرهای دستی بودند.

ویلیام راش دانتون (۱۸۹۰) پدر علم کار درمانی شناخته شده است او یک کارگاه فلزکاری برای بیماران تدارک دید و مشاغل و کارهای دستی دیگری را بعدها به کارگاه خود افزود و در درمان بیماران روانی از آنها استفاده نمود.

انتخاب نام کار درمانی برای نشان دادن خدمات حرفه ای این رشته درمانی مدیون بارتوون می باشد. او هدف کار درمانی را به فعالیت درآوردن عضلات خاص، برانگیختن علائق بیمار و کاهش یکنواختی و خستگی دوره نقاهت توصیف کرد.

در جنگ جهانی اول خدمات کار درمانی و فیزیوتراپی ارائه شد که این کار باعث ایجاد انگیزه ای برای آغاز کار درمانی در بیماریهای فیزیکی و کاربرد عملی و علمی آن شد.

پس از جنگ جهانی اول چند مرکز جدید کار درمانی تأسیس شد و استانداردهایی برای آموزش کار درمانی ارائه شد.

اواخر جنگ جهانی دوم بیش از ۱۰۰۰ کار درمان مشغول خدمت بودند و در بخش های بیماران نورولوژیک، ارتوپدی و روانی مشغول بکار بودند. جنگ جهانی دوم موجب توسعه روش های کار درمانی شد.

کاردرمانی در ایران در سال ۱۳۵۰ با تأسیس بخش کار درمانی در بیمارستان شفایحیائیان با همکاری خانم یانسن کار درمانگر که از طرف WHO به ایران آمده بود، بنیان نهاده شد و در سال ۱۳۵۲، کاردرمانی در دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران در مقطع کارشناسی تدریس شد.

حداقل چهار ویژگی مشخصه تاریخچه کار درمانی است:

- ۱- استفاده از کار و فعالیت هدفدار که می تواند سلامت فرد را تحت تأثیر قرار دهد.
- ۲- تطابق و عملکرد کلی افراد باید نسبت به محیطشان در نظر گرفته شود و درمان باید همه جانبه و با توجه به تمام عوامل فیزیکی، اجتماعی و روانشناختی در نظر گرفته شود. کار درمانگر باید دیدی کلی نگر و همه جانبه داشته باشد.
- ۳- ارتباطات بین فردی در فرآیند کار درمانی عامل مهمی است.
- ۴- کار درمانی در پیوند با علم پزشکی بوده و در آن ریشه دارد و نیازمند همکاری و هماهنگی با سایر شاخه های پزشکی می باشد.

خدمات کار درمانی :

- بیماریهای جسمانی:
 - ارتوپدیک
 - نورولوژیک
 - روماتولوژیک
 - ضایعات ترمیمی
 - ضایعات و نقص های مادرزادی
- بیماریهای روانی
- کودکان (CP و اختلالات مادرزادی و ...)
- عقب ماندگی ذهنی ، اختلالات یادگیری
- سالمندان
- نابینایان
- معتادان
- توانبخشی حرفه ای (ضایعات شغلی و حرفه ای)

فرآیند کاردرمانی :

- ۱- ارجاع (Refer)
- ۲- ارزیابی (Evaluation)
- جمع آوری اطلاعات (Data gathering)
- مصاحبه (History / Interview)
- مشاهده observation
- انجام تست های خاص Standard Testing
- ۳- اهداف و برنامه های درمانی (Goals & Programs)
- ۴- ارزیابی مجدد (Re Evaluation)

کار درمانی سالمندان :

کار درمانی شامل بکارگیری درمانی فعالیت های Work, self-care و leisure به منظور افزایش عملکرد مستقل ، افزایش و ارتقاء توانایی و پیشگیری از ناتوانی می باشد. تأکید و تمرکز این حرفه تخصصی روی کارکرد عملکردی یـا

(Functional performance) در فعالیت های روزمره به منظور بهبود کیفیت زندگی است. پس هدف کار درمانی تأثیر بر عملکرد بگونه ای است که سبب ارتقاء کیفیت زندگی شود پس کار درمان دارای نقش مهم و کلیدی در تیم توانبخشی سالمندان می باشد. کار درمانگران در حوزه سالمندان نقش های متفاوتی دارند. این نقش ها شامل ارائه خدمات مستقیم ، نظارت و اداره ، آموزش ، مشاوره و تحقیق می باشد.

محتوای هر برنامه آموزشی براساس نتایج ارزیابی تعیین میشود. هنگامی که ارزیابی صورت گرفت و مشکل و ناتوانی بیمار تشخیص داده شد برنامه درمانی مناسب و هماهنگی با وضعیت بیمار در نظر گرفته خواهد شد. این برنامه درمانی جهت کسب حداکثر استقلال از طریق انجام فعالیت های درمانی پیگیری میشود. نحوه ارجاع بیمار به طرق متفاوتی انجام میشود.

ارزیابی کار درمانی (Evaluation)

ارزیابی اطلاعات وسیعی به بیمار، درمانگر و تیم توانبخشی در مورد توانایی بیمار در مورد انجام فعالیتهای متفاوت روزانه میدهد که در ابتدا باید عمومی تر و سپس تخصصی و جزئی تر باشد. مثلاً یک ارزیابی همه جانبه و کلی Functional Independence Measure (FIM) را می توان مثال زد. ارزیابی فعالیت های روزمره زندگی شامل ADL و IADL می باشد.

عبارت ADL جهت توصیف فعالیت های کمپلکس مثل آماده کردن غذا و Medical Management بکار می رود. سایر ارزیابی ها توسط کار درمانها اطلاعاتی را در خصوص عملکرد حسی یا درکی و مهارتهای عصبی اسکلتی عضلانی و حرکتی ، مهارتهای شناختی، مهارتهای بازی و اوقات فراغت و کارکرد نقش های اجتماعی (Social role performance) می دهد. ارزیابی بیمار با توجه به وضعیتش باید شامل موارد ذیل باشد:

- تاریخچه پزشکی (History)
- اطلاعات در مورد ارجاع بیمار
- تشخیص بیماری و دارو درمانی
- ارزیابی فیزیکی
- ارزیابی شخصی (ADL)
- تاریخچه اجتماعی
- وضعیت روانی

ارزیابیها:

برحسب مشکل فرد سالمند موارد متفاوتی مورد ارزیابی قرار می گیرد:

- ارزیابی دامنه حرکتی مفاصل
- ارزیابی قدرت عضلانی
- ارزیابی فانکشن سالمند (اندام فوقانی ، دست و ...)
- ارزیابی حسی
- ارزیابی درکی
- ارزیابی شناختی
- ارزیابی مهارتها
- Gross motor Dexterity
- Fine Motor Dexterity
- سرعت عمل و مهارت (skill)
- ارزیابی دفرمیتی ، کانتراکچر
- ارزیابی خستگی
- ارزیابی درد (مکان ، میزان ، زمان و ...)
- ارزیابی نیاز به وسیله کمکی و اسپیلنت
- ارزیابی تعادل
- ارزیابی هماهنگی
- Posture ارزیابی
- gait ارزیابی
- ADL ارزیابی
- Transfer & Mobility
- Self care
- Communication : نوشتن ، تلفن ، وسایل ارتباطی ، کامپیوتر
- Management of environment & devices کلیدها ، کلید برق، در یا پنجره
- I ADL ارزیابی
- Home management
- Community living skills اداره اقتصادی منزل ، استفاده از وسایل نقلیه عمومی، رانندگی ، خرید.
- Health management

- Safety management آگاهی به ایمن آتش ، توانایی تلفن به آتش نشانی،
تشخیص شرایط خطرناک
- Environmental hard ware اجاق ، جارو برقی و ...

ارزیابی وضعیت روانی بیمار :

- ۱- رفتار عمومی : سطح فعالیت - عاطفه - خلق - آگاهی و ظاهر و اعتماد به نفس و ...
- ۲- رفتار و مهارت‌های کاری : علاقه به فعالیت ، تحمل کاری - تحمل شکست
- ۳- مهارت‌های شناختی: توجه ، تمرکز ، حل مشکل ، تصمیم گیری ، قضاوت و ...
- ۴- مهارت‌های بین فردی و اجتماعی : میزان استقلال، همکاری ، نحوه بیان، مقبولیت اجتماعی و ...
- ۵- مهارت‌های گروهی: میزان ابراز وجود، رفتار مشارکتی ، نقش پذیری ، آگاهی از دیگران
- ۶- مهارت‌های روزمره زندگی : مراقبت از خود و ...
- ۷- مهارت‌های عملکردی در امور مالی و اقتصادی: خرید، تنظیم بودجه و ...

- Performance شامل ADL ، کار ، بازی، اوقات فراغت و ...
روش های ارزیابی : مصاحبه ، مشاهده، تست های استاندارد، فعالیت های برون فکنانه ، چک لیست و Self- rating صورت می گیرد.

مدافله درمانی کار درمانی:

- بطور کلی کار درمانی در سالمندان شامل استفاده از فعالیت های درمانی Self-Care ،
کاری و اوقات فراغت به منظور افزایش عملکرد مستقل و ارتقاء توانایی و جلوگیری از ناتوانی جهت
بالا بردن کیفیت زندگی می باشد.
- اهداف کار درمانی در سالمندان عبارت هستند از:
- حفظ و تقویت توانایی های موجود در فرد سالمند از جهات متفاوت (فانکشن، قدرت عضلانی ، دامنه حرکتی مفاصل ، مهارتها ، حس ، شناخت ، درکی، تعادل، هماهنگی ، gait ، posture و ...)
 - حفظ و تقویت تحرک فیزیکی در بالاترین حد ممکن زیرا عدم تحرک خود منجر به زوال فیزیکی و روانی بیشتر خواهد شد.
 - آموزش و تقویت فعالیت های روزمره زندگی (IADL,ADL)

- آموزش استفاده از تکنیک های تطابقی جهت جبران ناتوانی های سالمند، آموزش تکنیک های حفظ و ذخیره انرژی و تسهیل کار
- تجویز وسیله کمکی یا اسپلینت و آموزش ترانسفر به سالمند.
- حفظ و تقویت فاکتورهای روانی شناختی نظیر انگیزه ، ارتباطات اجتماعی و تحمل کاری ، همکاری ، آرامسازی و کاهش اضطراب و....
- ساپورت سالمند از نظر سایکوسوشیال
- تقویت فعالیت های کاری و اوقات فراغت در سالمند.

کار درمانگریک عضو کلیدی تیم توانبخشی سالمندان محسوب میشود که ۵ هدف را دنبال می کند. اطلاعات باید بصورت دقیق از تیم توانبخشی ، بیمار، خانواده و درمانگر و ... استخراج گردد.

اهداف بصورت کوتاه مدت و دراز مدت در نظر گرفته می شود. اهداف و برنامه های کار درمانی در قالب ۵ برنامه کلی و اصلی برنامه ریزی میشود:

- 1- Prevention
- 2- Skill or Ability Development
- 3- Remediation
- 4- Environmental Adjustment
- 5- Supportive Health Maintenance

اهداف و برنامه های درمانی براساس نیازها و ضرورت های فرد سالمند تنظیم میشود.

۱- Prevention :

سطح فرد : سالمند با عملکرد فعلی در محیط اجتماعی طبیعی (جامعه) بارضایت زندگی می کند.

اهداف :

- پیشگیری از افت فیزیکی و روانی
- پیشگیری از عوارض ناشی از بیماریهای Biogenic مثل دفرمیتی و صدمات دستها ناشی از آرتروز.
- پیشگیری از بیماریهای psychogenic مثل افسردگی و انزوا
- پیشگیری از بیماریهای Sociogenic مثل elder abuse

تکنیک ها و مهارت ها :

- تنظیم و انجام فعالیت های ADL
- آموزش جهت اداره امور منزل با کارایی
- توصیه برای تغییر وضعیت شغل یا تغییر شغل
- آموزش در بکارگیری روش های اصلاح رفتاری
- آموزش افزایش استفاده از تجهیزات تطبیقی جهت پیشگیری از دفرمیتی یا صدمه
- مشارکت در فعالیت های برنامه ریزی شده جهت جلوگیری از فقدان عملکردی حسی حرکتی مثل دامنه حرکتی مفصل ، هماهنگی ، قدرت عضلانی ، تحمل فیزیکی، درک حسی و یکپارچه سازی
- شرکت در فعالیت های برنامه ریزی شده جهت استفاده مفید از اوقات فراغت.

برنامه ها:

- این آموزش ها از طریق جلسات سخنرانی، بحث، بوکلت ، بروشور، فیلم های آموزشی ، آموزش های کامپیوتری ، مشاوره با سازمانهای اجتماعی مربوط به سلامت و رفاه عمومی سالمندان صورت می گیرد.
- برنامه های درمانی کار درمانی جهت پیشگیری از ناتوانی های فانکشنال با برنامه منظم کار درمانی پیگیری می شوند.

۲- Development :

سطح فرد : توانایی ها و مهارت ها را متناسب با سطح سنی نیاموخته است یا ارتقاء نیافته است .
اهداف:

- افزایش عملکردهای حسی حرکتی متناسب با سطح سنی و فعالیت های فرد در زندگی
- افزایش مهارتهای شناختی حرکتی متناسب با سطح سنی و فعالیت های فرد در زندگی
- افزایش مهارتهای سایکوسوشیال (رفتاری) با سطح سنی و فعالیت های فرد در زندگی
- افزایش توانایی انجام فعالیت های خود نگهداری (Self-maintenance activity)
- افزایش توانایی انجام فعالیت ها و وظایف زندگی (leisure یا productive)

مهارت ها و تکنیکها :

- آموزش و ایجاد فرصت هایی جهت انجام مهارت ها و فعالیت هایی در زمینه سطح رشدی

- آموزش انجام فعالیت های ADL و IADL
- مشارکت در فعالیت های برنامه ریزی شده جهت ارتقاء Self – concept ، ارتباطات
- بین فردی و مهارت های تعامل گروهی (group interaction)

برنامه ها:

- توضیح و نمایش
- توالی رشد طبیعی
- تمرینات مداوم
- تطبیق و اصلاح رفتاری (رفتار درمانی)
- Simulation- role playing
- آنالیز فعالیت

۳- Remediation:

سطح فرد : فرد مهارت ها و توانائیش را به علت بیماری یا تروما از دست داده است ولی انتظار می رود که حداقل برخی مهارت ها و فعالیت ها را بصورت تطبیقی و آموزش و درمان بدست آورد.

اهداف :

- افزایش استقلال در انجام ADL و IADL
- افزایش عملکردهای حسی حرکتی
- ارتقاء مهارت های اداره منزل
- ارتقاء مهارت های حرفه ای و عملکرد کاری
- ارتقاء مهارت های وابسته به حرفه
- ارتقاء عملکرد سایکوسوشیال
- پیشگیری از دفرمیتی
- پیشگیری از توسعه و پیشرفت بیماری

مهارت ها و تکنیک ها:

- افزایش عملکرد حسی حرکتی در مواردی مثل دامنه حرکتی مفصل، قدرت عضلانی، هماهنگی، تحمل فیزیکی، تمایز حسی، عملکرد شناختی از طریق فعالیت های طرح ریزی شده.
- آموزش در انجام ADL و IADL
- آموزش در جنبه های اداره منزل
- آموزش در مهارت های وابسته به کار
- آموزش جهت ارتقاء فعالیت های اوقات فراغت
- آموزش در مهارت های سایکوسوشیال

برنامه ها:

- فعالیت های فردی یا گروهی ویژه
- کنترل محیطی (ساختاری - غیرساختاری)
- ارتقاء برنامه های منزل

۴ - Environmental Adjustment :

سطح فردی : وقتی که جهت بهبود و ارتقاء عملکرد فرد نیاز به تغییرات محیط خارجی و رفع موانع می باشد.

اهداف :

- جهت افزایش عملکردهای حسی حرکتی
- جهت افزایش عملکردهای سایکوسوشیال
- جهت افزایش توانایی انجام ADL
- جهت افزایش توانایی انجام فعالیت های کاری و اوقات فراغت

مهارتها و تکنیک ها :

- اصلاح و آموزش استفاده از وسایل و تجهیزات تطبیقی
- تجویز و آموزش استفاده از اسپلینت
- رفع موانع معماری
- آموزش و توصیه وسایل کمکی

برنامه ها:

- آنالیز فعالیت
- توضیح و نمایش
- تمرینات مداوم
- مشاوره

۵- Supportive/ Health Maintenance :

سطح فرد : فرد در یک محیط نیمه حفاظت شده مثل آسایشگاه و ... زندگی می کند.

اهداف:

- حفظ عملکرد های حسی حرکتی عمومی در اعضاء گروه
- حفظ یا افزایش مهارتهای سایکوسوشیال گروه
- حفظ یا افزایش توانایی انجام فعالیت های زندگی شامل ADL و IADL.
- حفظ عملکردهای شناختی گروه.

مهارتها و تکنیکها:

- آموزش از طریق فعالیت های طرح ریزی شده جهت تشویق تعامل فردی با دیگران و محیط غیر انسانی (غیرزنده)
- فعالیت های برنامه ریزی شده جهت حفظ عملکردی حسی و فیزیکی با در نظر گرفتن سطح عملکردی موجود در فرد.
- انتخاب و آموزش فعالیت هایی در توانایی فرد که او را وادار به استفاده مناسب از زمان میکند.

برنامه ها :

- توضیحات و مباحثه و نمایش گروهی و فردی.
- تجزیه فعالیت در گروه و توانایی های فردی و تجهیزات مورد نیاز فعالیت.
- مشاوره با مسئولین پرسنل.

بمط :

کار درمانگر یک عضو کلیدی تیم توانبخشی سالمندان محسوب میشود. که برنامه های کار درمانی اهداف زیر را دنبال می کند:

- Prevention
- Skill & Ability Development
- Remediation
- Environmental Adjustment
- Supportive/ Health Maintenance

برنامه های درمانی در قالب تکنیک های درمانی متفاوت نظیر تمرین درمانی (فیزیکی و ذهنی)، فعالیت درمانی، بازیها و ... و روش های درمانی نظیر گروه درمانی، فعالیت های انفرادی، آرام سازی، یکپارچگی حسی و ... اجرا می شود.

اساساً فعالیت ابزار درمان کار درمانی است و هر نوع فعالیتی که جنبه قانونی داشته باشد در حیطه اختیار و کاربرد کار درمان است نظیر:

- فعالیت های کاری : آشپزی ، نجاری ، باغبانی و...
- فعالیت های اجتماعی : بازیها
- فعالیت های مشارکتی: گروه های مباحثه
- فعالیت های روان درمانی : سایکودراما، بازی درمانی
- فعالیت های فیزیکی : ورزش، آرام سازی
- فعالیت های برون فکنانه : نقاشی ، کلاژ، سفال ، **Finger painting**
- فعالیت های اوقات فراغت
- فعالیت های هنرهای دستی

فعالیت براساس مقتضیات فیزیکی، شناختی، اجتماعی، درکی ، جسمی و ارائه فرصت هایی برای ابراز وجود ، میزان استقلال، ملاحظات عملی و ... برای فرد در نظر گرفته میشود که بسته به هدف به دو صورت انفرادی و گروهی داده میشود.

فعالیت ها براساس توانایی ها ، علائق ، فرهنگ ، زمینه حرفه ای و مشکل بیمار برای فرد در نظر گرفته میشود.

منابع :

- 1- Reed KL, Sanderson SN. Concepts of occupational therapy, 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992.
- 2- Kauffman T.L. Geriatric Rehabilitation Manual. 1st ed. Philadelphia. 1992.

۳- رضایی . مهدی، زینعلی. رزمی، توانبخشی سالمندان ، راهنما مرضیه کیانی،

پایان نامه کارشناسی کار درمانی

جامعه و سالمند

دکتر کیان نوروزی
PHD پرستاری
عضو هیأت علمی



مقدمه:

تعریف جامعه^{۱۲}: یک جامعه را می توان یک سامانه^{۱۳} اجتماعی دانست. در این تعریف تلویحا نوعی از تعامل مطرح است، افراد به شکل رسمی یا غیر رسمی در داخل سامانه گسترده تری با هم به تعامل می پردازند و تشکیل شبکه هائی^{۱۴} را می دهند که کارکردشان در جهت منافع افراد درون گروه می باشد. (۱) نیومن^{۱۵} از نظریه پردازان پرستاری، جامعه را به عنوان عرصه فعالیت حرفه ای کادر بهداشتی، نقطه هدفی که سرویسهای خدمات بهداشتی بایستی به آن برسد و یا هر گروه کوچکتري در یک اجتماع بزرگتر می داند. از دیدگاه وی فرد مددجو سامانه ای باز است که با تمامی ابعاد خود با عوامل تنش زای داخلی و خارجی در ارتباط متقابل می باشد. (۲) پرستاران می توانند در ارزیابی جامعه محل ارائه خدمات خود از رویکرد نیومن که کل جامعه را بعنوان مددجو در نظر می گیرد استفاده نمایند. مدل این رویکرد توسط اندرسون، مک فرلین و هلتنون ارائه شده است. (۳)

در این مدل مداخلات بهداشتی در سه سطح اول، سطح دوم و سطح سوم انجام می شود. همچنین ارزشیابی طرح و برنامه مراقبتی نیز پیش بینی شده است. این الگو شامل هشت زیر سامانه مرتبط با یکدیگر می باشد که عبارتند از: بهداشت و تندرستی، اجتماعی - فرهنگی، آموزش، برقراری ارتباطات اجتماعی و جابجائی در سطح جامعه، سرگرمی و اوقات فراغت، مسائل اقتصادی، قوانین و امور سیاسی و امور اعتقادی و مذهبی.

استفاده از این مدل در تشخیص گروههای اجتماعی در معرض خطر بروز مشکلات بهداشتی

مفید می باشد. (۴)

¹² - Community

¹³ - System

¹⁴ - Network

¹⁵ - Neuman

سلامت اجتماعی^{۱۶} : عبارتست از علم و هنر پیشگیری از بیماریها، طولانی تر کردن عمر انسانها و ارتقاء سطح سلامت و کارائی افراد از طریق فعالیتهای سازماندهی شده اجتماعی در خصوص سالم سازی محیط زیست، کنترل بیماریهای واگیردار، آموزش افراد در مورد مسائل بهداشت فردی، سازماندهی سرویسهای پزشکی و پرستاری برای پیشگیری و تشخیص و درمان سریع بیماریها و طراحی ساز و کارهای اجتماعی لازم برای اطمینان از اینکه تمامی افراد جامعه از استانداردی از زندگی که متضمن حفظ سلامت آنها باشد برخوردار می باشند، همچنین سازماندهی منابع اجتماعی در جهت اینکه هر یک از شهروندان در مسیر عینی سازی حق اولیه خود در برخورداری از سلامت، بهداشت و طول عمر قرار داشته باشند. (۵)

پرستاری بهداشت جامعه^{۱۷} عبارتست از تلفیق بدنه دانش بهداشت جامعه با تئوری های مطرح در حرفه پرستاری با هدف ارتقاء سلامت تمامی اقشار جامعه، این هدف در بستر پیشگیری سطح اول و ارتقاء سلامتی تحقق یافته و در حیطه بهداشت جامعه اصلی بنیادی و زیر بنایی محسوب می گردد. (۶)

انجمن پرستاران امریکا به منظور تبیین فعالیتهای پرستاران بهداشت جامعه استانداردهای فعالیت آنها را به شرح ذیل تعریف کرده است. (۷)

- ۱- تئوری : پرستار از مفاهیم نظری بعنوان پایه و زیر ساخت فعالیتهای و اقدامات خود استفاده می کند.
- ۲- جمع آوری داده ها : پرستار به شکل سیستماتیک به جمع آوری داده های موثق، جامع و کامل اقدام می کند.
- ۳- تشخیص پرستاری : پرستار به تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده از جامعه، خانواده و افراد می پردازد تا به تشخیص برسد.
- ۴- طراحی و برنامه ریزی: در هر یک از سطوح پیشگیری پرستار طرح و برنامه هائی ارائه می دهد که این برنامه ها نشان دهنده اقداماتی است که در پاسخ به نیازهای ویژه و اختصاصی هر یک از مددجویان انجام خواهد شد.
- ۵- مداخلات مراقبتی : پرستار با راهنمایی طرح و برنامه مراقبتی در جهت ارتقاء، حفظ و بازبایی سلامتی، پیشگیری از بروز بیماریها و توانبخشی مددجو اقدام می کند.
- ۶- ارزشیابی: پرستار پاسخ جامعه، خانواده و فرد را نسبت به اقدامات مراقبتی انجام شده ارزشیابی می کند تا میزان پیشرفت در جهت کسب نتایج مطلوب را ارزشیابی نماید

¹⁶ - Public Health

¹⁷ - Community Health Nursing

- و براساس نتایج ارزشیابی نسبت به جمع‌آوری داده‌ها، تشخیص‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های آتی خود تجدید نظرهای لازم را اعمال نماید.
- ۷- تضمین کیفیت^{۱۸} و تکامل حرفه‌ای: پرستار در فرایند ارزشیابی توسط گروه همکاران^{۱۹} و سایر روشهای ارزشیابی که برای اطمینان از کیفی بودن خدمات پرستاری انجام می‌شود مشارکت می‌کند. پرستار مسئولیت تکامل و پیشرفت حرفه‌ای خود را می‌پذیرد و به رشد و ارتقاء حرفه‌ای دیگر افراد تیم نیز کمک می‌کند.
- ۸- همکاری بین بخشی^{۲۰}: پرستار با سایر گروههای حرفه‌ای و نمایندگان جامعه در زمینه‌های بررسی و نیازسنجی، طراحی و برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های بهداشت جامعه همکاری می‌کند.
- ۹- پژوهش و تحقیق: پرستار با انجام مطالعه و پژوهش‌های مرتبط به بسط زمینه‌های نظری و عملی حرفه پرستاری بهداشت جامعه کمک می‌کند. (۸)

بهداشت جامعه^{۲۱}: عبارتست از تشخیص نیازهای بهداشتی و محافظت و بهبود بخشی به سلامت جمعیتی که در محدوده جغرافیائی خاصی زندگی می‌کنند. (۹)

یکی از چالشهای رو درروی ارائه خدمات بهداشت جامعه پاسخگو بودن نسبت به نیازهای بهداشتی مطرح در اجتماع می‌باشد. از این روست که ساختار دستگاه بهداشت جامعه را واجد خصوصیات پیچیدگی برنامه‌ها و سرویسهای گوناگون در حال بهره‌برداری و یا در حال طراحی می‌بینیم. مواردی از این برنامه‌ها و خدمات عبارتند از: آموزش بهداشت، برنامه‌های تنظیم خانواده، پیشگیری از تصادفات و سوانح، حفاظت منابع محیط زیست، واکسیناسیون و ایمن‌سازی، آموزش تغذیه، غربالگری‌های اولیه دوره‌ای و پایش وضعیت رشد و تکاملی کودکان و نوجوانان، برنامه‌های بهداشت مدارس، بهداشت و سلامت روان، بهداشت حرفه‌ای و رسیدگی‌های بهداشتی به گروههای آسیب‌پذیر. (۱۰)

دست‌اندرکاران امر بهداشت جامعه ارزش و تأکید فراوانی برای سلامتی و تندرستی قائلند و به همین علت در تعریف سلامتی ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت بستر سازی و ایجاد ظرفیت برای عینیت بخشی به استعداد بالقوه انسانها در دستیابی به یک زندگی پویا و پربازده که با ابزار کیفیت زندگی قابل اندازه‌گیری می‌باشد را ملحوظ نموده‌اند. (۱۱)

¹⁸ - quality Assurance

¹⁹ - Peer Review

²⁰ - Interdisciplinary Collaboration

²¹ - Community Health

ابعاد و اجزاء خدمات بهداشت جامعه :

برای فهم و درک ماهیت خدمات بهداشت جامعه لازم است شش جزء تشکیل دهنده آن را مورد توجه و بررسی قرار داد این اجزاء عبارتند از ۱- ارتقاء سطح سلامتی ۲- پیشگیری از بروز مشکلات بهداشتی ۳- درمان اختلالات و ناخوشی ها ۴- توانبخشی ۵- ارزشیابی خدمات ارائه شده ۶- تحقیق و پژوهش . (۱۲)

۱- ارتقاء سطح سلامتی: عبارتست از تمامی تلاشها و اقداماتی که در جهت نزدیکتر کردن افراد به وضعیت ایده آل سلامتی و تندرستی آنها انجام می شود در این میان پرستاری بخصوص در زمینه ارتقاء سطح سلامتی آحاد جامعه دارای وضعیت و رسالتی اجتماعی می باشد.

سامانه بهداشت جامعه درهراجتماعی با سه روش در کسب این هدف تلاش می کند :
الف - افزایش دامنه زندگی توأم با سلامتی تمامی شهروندان ب- کاهش تبعیض و نابرابری های موجود بین گروههای مختلف اجتماع در خصوص برخورداری از خدمات بهداشتی ج - فراهم سازی امکان دسترسی و بهره گیری از خدمات پیشگیری .

۲- پیشگیری از بروز بیماریها: مسائل و مشکلات سلامتی را می توان به نحو مؤثر با حفظ سبک سالم زندگی و محیط سالم برطرف و یا از بروز آنها پیشگیری نمود بدین منظور تلاش فراوانی صورت می گیرد تا برای اقشار جامعه شرایط زندگی و کار مناسب، تغذیه سالم و آب و هوای پاکیزه فراهم شود. فعالیتهای پزشکی پیشگیری^{۲۲} بعنوان شاخه ای از پزشکی که اصول نظری و عملی مطرح در بهداشت جامعه را مورد استفاده قرار می دهد نیز در این عرصه دیده می شود.

۳- درمان اختلالات و بیماریها: سومین جزء خدمات بهداشت جامعه را تشکیل می دهد. این قسمت از خدمات بهداشت جامعه بر طیف بیماریهای بردار سلامتی متمرکز است و رویکرد درمانی مراقبتهای بهداشت جامعه را تشکیل می دهد. برای تأمین این جزء از سه شیوه استفاده می شود الف - ارائه خدمات بهداشتی به شکل مستقیم به افراد دارای مشکلات بهداشتی ب- ارائه خدماتی به اینگونه افراد تا این خدمات آنها را قادر به دسترسی و دریافت درمانهای لازم نماید. ج- طراحی و اجرای برنامه هایی که شرایط

²² - Preventive Medicine

فردی و اجتماعی ناسالم را برطرف نماید مثلاً فراهم سازی این امکان که افراد سالمند دارای مشکلات سلامتی مزمن که محدودیت خروج از خانه هایشان را دارند از برنامه های بازدید منزل موسسات پرستاری به منظور کمک در رعایت رژیم درمانی و نظارت بر چگونگی مصرف داروهایشان و مراقبتهای شخصی بهره مند شوند از جمله این فعالیتها می باشد. (۱۳)

پرستار بهداشت جامعه کارآمد به شکل فعال در صدد برقراری ارتباط و همکاری با سایر کارکنان حرفه بهداشت جامعه شاغل در مؤسسات خدمات بهداشتی بوده و از این افراد بعنوان منابع و مراجع مناسبی برای ارجاع مددجویان خود استفاده می نماید. کیفیت این همکاریها در تضمین اینکه نیازهای بهداشتی مددجویان به شکل مناسبی تأمین می گردد نقشی اساسی دارد. بدین ترتیب پرستار نقش پلی را بازی می کند که پیوند دهنده مددجوی دارای نیازهای خاص بهداشتی و افراد و گروههای ارائه کننده این خدمات می گردد. اینکه پیامد این همکاریها رفع مشکل مددجو باشد و یا اینکه سیستم خدمات بهداشتی از اقدامات خود نتایج لازم را بدست نیاورده و احساس یاس و بی کفایتی کند به میزان استحکام و نوع پیوندهای ایجاد شده بستگی دارد. (۱۴)

سومین روش درمان اختلالات سلامتی و بیماریها طراحی برنامه ها و سیستم هائی بمنظور اصلاح وضعیت ناسالم اجتماعی می باشد مثلاً یک اجتماع در پاسخ به بروز موارد زیاد از سوء مصرف و اعتیاد به مواد مراکز مشاوره و درمان و ترک اعتیاد را راه اندازی میکند. فعالیتهای اصلاحی مردم و کادر بهداشتی در زمینه هائی همچون اصلاح و بهبود وضعیت تغذیه ای یک دبیرستان و یا شرایط نامطلوب رسیدگی و مراقبتی در یک مرکز نگهداری شبانه روزی سالمندان مثالهای دیگری در این خصوص می باشد.

۴- نوتوانی: چهارمین جزء فعالیتهای مراقبتی بهداشت جامعه شامل اقداماتی است که در جهت کاهش معلولیت و ناتوانی و بازگرداندن توانائی های فعالیتی افراد تا حد امکان انجام می شود. افراد با معلولیتهای مادرزادی و یا اکتسابی و ناشی از بیماریها و سوانح نظیر سکته مغزی و قلبی، قطع عضو و بیماریهای روانی با دریافت خدمات ویژه ای قادر خواهند بود تا بخشی از توانائی فعالیتی خود را باز یافته و مهارتهای جبرانی^{۲۳} جدیدی را کسب نمایند.

۵- ارزشیابی: پنجمین جزء فعالیتهای بهداشت جامعه شامل فرایندهائی است که طی آن اقدامات مراقبتی انجام شده براساس اهداف مورد انتظار و معیارها و استانداردهای تعیین شده مورد تجزیه و تحلیل، قضاوت و تغییر و اصلاح قرار می گیرد. ارزیابی وضعیت

²³ - Compensatory Skills

سلامتی افراد و گروههای اجتماعی و مراقبتهای بهداشتی ارائه شده به آنها بایستی جزئی تفکیک ناپذیر از فرایند ارائه هر گونه خدمات مراقبتی در قالب برنامه های فرد، گروهی، کشوری و ملی و یا بین المللی باشد. ارزشیابی چه بصورت موردی انجام شود و چه کل برنامه را شامل شود در رفع اشکالات کمک کننده بوده و مسیر صحیح برنامه ریزیهای خدمات مراقبتی آتی را تعیین می نماید.

۶- پژوهش: برنامه ریزی و اجرای فعالیتهای مراقبتی در عرصه خدمات بهداشت جامعه بر پایه اطلاعات مرتبط در زمینه های جمعیت شناسی، همه گیری شناسی، نیازسنجی از جمعیت هدف، انجام مطالعات نظر سنجی و دیگر یافته های پژوهشی استوار بوده و مبتنی بر شواهد بودن برنامه ها و مداخلات از جمله معیارها و استانداردهای مطرح در سیستم های ارائه خدمات بهداشت جامعه می باشد.

مراقبتهای پرستاری مبتنی بر جامعه^{۲۴}: در مراقبتهای پرستاری مبتنی بر جامعه سازماندهی خدمات در مکانهایی صورت می گیرد که مردم در آنجا کار و زندگی یا تحصیل می کنند. این خدمات از نوع با کیفیت بالائی می باشند که طی آن در هزینه ها صرفه جوئی شده و بر پیشگیری از بروز بیماریها و ارتقاء و بهبودی سطح سلامتی تأکید می گردد. در این سیستمها بر مشارکت و همکاری بین ارائه کنندگان و دریافت کنندگان خدمات مراقبتی تأکید می شود. این خدمات افراد را در تمامی طول دامنه زندگیشان در بر می گیرد. این خدمات افراد با فرهنگ های مختلف را پوشش می دهد و خدمات در دسترس گروههای در معرض خطر بروز مشکلات سلامتی قرار می گیرد. بعلاوه این سیستمهای مراقبتی توسعه و ارتقاء ظرفیتهای بهداشتی جامعه را مد نظر داشته و مسئولان این سیستمها با سیاستگذاران در زمینه تغییر و اصلاح سیاستهای بهداشتی وارد مذاکره می شوند و تلاش می کنند تا محیط را سالمتر کنند. (۱۶)

اساساً گسترش و ارتقاء جایگاه فعالیتهای پرستاری مبتنی بر جامعه متأثر از روندهائی به شرح ذیل بوده است:

- ارتقاء ظرفیتهای موجد در جوامع برای بهبود سلامت افراد
- ارائه تعاریف وسیعتر و جامعتری از سلامتی
- تأکید بر مشارکت اجتماعی و انجام کار گروهی
- کنترل و مهار هزینه های مراقبتی - درمانی
- تأکید بر پیشگیری از بروز بیماریها و ارتقاء سطح سلامتی

²⁴ - Community Based Nursing

- وجود تفاوت‌های قومی و فرهنگی در افراد دریافت کننده خدمات مراقبتی
 - لزوم ارائه مراقبت‌های بهداشتی لازم به گروه‌های در معرض خطر
 - پیشرفت‌های بدست آمده در فن آوریها و گسترش پوشش رسانه های همگانی
 - نتایج مطلوب و کیفی بدست آمده توسط سیستم های خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه.
- (۱۷)

پدیده سالمندی^{۲۵}: پدیده سالمندی حاصل سیر طبیعی زمان است که منجر به تغییرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی می شود؛ سالمندی پدیده ای نیست که خاص یک گروه مشخص باشد بلکه همه افراد آن را به مرور تجربه خواهند کرد. (۱۸)

امروزه جوامع بشری با چالش بزرگی بنام افزایش شدید نسبت جمعیت سالمندان به کل جمعیت خود روبرو هستند که این امر بعلت پیشرفت‌های بهداشتی و کاهش نرخ موالید و مرگ و میر مطرح گردیده است. پیش بینی می شود که تا سال ۲۰۲۰ تعداد سالمندان به یک میلیارد خواهد رسید. بطور متوسط ۱۶٪ جمعیت کشورهای صنعتی را افراد سالمند تشکیل می دهند که پیش بینی می شود تا چند دهه آینده این میزان تا ۳۰٪ افزایش یابد. نکته قابل توجه در این میان آن است که ۶۰٪ افراد سالمند در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند، کشورهایی که آمادگی لازم برای رویارویی با پدیده سالمندی و پیامدهای بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی آن را دارا نمی باشند. (۱۹)

بطور کلی مسائل بهداشتی سالمندان از مسائل بهداشتی جوانان و میانسالان متفاوت است و حیطه مراقبت از افراد سالمند نیز بطور مستمر با کشفیات جدید در علوم پزشکی گسترش می یابد. (۲۰)

سازمان جهانی بهداشت حدود نیم قرن در خصوص پیشگیری از بروز بیماریها و حفظ سلامت سالمندان فعالیت نموده است و از سال ۱۹۸۲ که سازمان ملل متحد کنگره جهانی خود را در شهر وین پیرامون مشکلات و مسائل بهداشتی سالمندان برگزار نمود این مسائل در ابعاد وسیعتری مورد توجه قرار گرفته است. (۲۱)

مطالعات نشان می دهد که عوامل مختلفی در طی دوره سالمندی به شکل سالم مؤثر می باشند. از جمله این عوامل عبارتند از: عادات‌های صحیح بهداشتی در طول زندگی، محیط زندگی سالم، سیستم حمایت اجتماعی مؤثر و کارآمد و دارا بودن دیدگاهی مثبت و سازنده نسبت به زندگی. (۲۲) برخورداری از توانائی های جسمی، ذهنی و اجتماعی، توانائی برقراری تطابق و

سازگاری با شرایط زیستی و کنار آمدن با تنش های زندگی فعال بودن و درگیر شدن در مسائل زندگی همگی از نشانه های سلامتی در دوره سالمندی بشمار می روند. (۲۳)

امروزه چالش بزرگ رو در روی سیستم های ارائه مراقبتهای بهداشتی به سالمندان به حداکثر رسانیدن سلامت قابل دستیابی در این گروه سنی می باشد. در ارائه مراقبتهای بهداشتی به سالمندان هدف نایستی صرفا به ادامه زندگی آنها محدود شود بلکه کمک به رشد و تعالی سالمندان بایستی همواره مد نظر باشد. (۲۴)

هر چند سالمندی فرایندی فیزیولوژیک، طبیعی و غیر قابل برگشت است ولی همچنان که در تحقیقات نشان داده شده است می توان سرعت آن را کاهش داد و از بروز بسیاری از مشکلات مرتبط با سالمندی جلوگیری کرد. در سرعت پیر شدن افراد تفاوت های قابل ملاحظه ای مشاهده می شود و حتی در یک فرد خاص نیز سرعت پیر شدن سیستم های مختلف بدن متفاوت است. به این ترتیب ملاحظه می شود که سن تقویمی شاخص مناسبی برای تعیین نیازهای بهداشتی نیست با این حال با افزایش عمر بر نسبت افراد دارای نیازهای بهداشتی افزوده شده و سالمندان در مقایسه با سایر گروه های سنی بیشتر در معرض ابتلا به بیماری های مختلف مزمن و ناتوان کننده می باشند. (۲۵)

ارائه خدمات مراقبتی پرستاری مؤثر و کارآمد در خصوص هر جمعیتی مستلزم آشنائی و شناخت نیازها و مسائل بهداشتی آن گروه خاص می باشد. طی صدها سال گذشته بیشترین تأکید سیستم های ارائه کننده خدمات مراقبتی بر طیف بیماری بردار سلامتی متمرکز بوده است و این در حالیست که ادامه تأکید بر این حیطة و صرف بخش اعظم امکانات و نیروی کادر مراقبتی در جهت درمان بیماریها و مصدومیتها از هیچگونه توجیه منطقی برخوردار نمی باشد. ما اکنون در دورانی زندگی می کنیم که در آن پیشگیری از بروز بیماریها و ارتقاء سطح سلامتی گروه های انسانی نه تنها امکانپذیر می باشد بلکه امری ضروری بوده که انجام آن مسئولیت یک فرد این حرفه می باشد. پرستاری به عنوان یک نظام علمی با تمامی ابعاد وجودی مددجویان ارتباط داشته و برای دستیابی به سطح مطلوب بهداشت، سلامتی و تندرستی ارتباط بین مددجو، محیط و عوامل مؤثر بر سلامتی را با هم در نظر می گیرد بنابه تعریف هدف پرستاری عبارت است از کمک به افراد و گروه های انسانی و اجتماع در دستیابی و حفظ تندرستی و یا یک وضعیت مطلوب از جنبه خوب بودن. (۲۶)

سالمندان نیز مانند سایر گروه های سنی نیازهای اساسی ویژه ای را دارا می باشند. نیازهای فیزیولوژیک، امنیتی، عاطفی و ارتباطی، عزت نفس و خود شکوفائی، نیازهای جسمی، عاطفی و روانی اجتماعی آنها با یکدیگر مرتبط بوده و دارای پیچیدگی خاصی می باشد. برای پاسخگویی به

این نیازها خدمات مراقبتی بهداشتی در قالب سه سطح از اقدامات پیشگیری کننده (سطح اول ، سطح دوم و سوم) ارائه می شود. (۲۷)

پیشگیری سطح اول شامل انجام اقداماتی است که باعث استمرار سلامتی فرد می گردد مانند آموزش بهداشت و رعایت دقیق مسائل بهداشتی. بعنوان نمونه مؤسسه سالمندی آمریکا با تأکید بر پیشگیری سطح اول ده اصل را برای دستیابی به سالمندی سالم ارائه نموده است مراجع مختلفی نیز راهبردهائی را برای طی دوره سالمندی به شکل سالم و موفقیت آمیز پیشنهاد نموده اند. (۲۸)

توجه و رسیدگی به نیازهای تغذیه ای ، فعالیتی ، اقتصادی و مالی ، روانی - اجتماعی ، تأمین اشتغال و خودکفائی ، تعاملات اجتماعی و معاشرت با دیگران ، تأمین نیازهای امنیتی و نیازهای معنوی از جمله اقدامات مراقبتی است که در پیشگیری سطح اول انجام می شود. پیشگیری سطح دوم بر تشخیص بیماری در مراحل اولیه و اقدام سریع در جهت بهبود بیماری تأکید دارد. در سطح جهان بخش عمده ای از فعالیت پرستاران بهداشت جامعه شامل انجام آزمونهای روتین غربالگری بمنظور تشخیص بیماریهای نظیر فشار خون بالا و سرطان می باشد زیرا که این نوع بیماریها اگر در مراحل اولیه تشخیص داده شوند قابل درمان می باشند. سالمندان بایستی تشویق و ترغیب شوند که در فواصل تعیین شده نسبت به انجام آزمونهای غربالگری که لازم تشخیص داده می شود اقدام کنند.

پیشگیری سطح سوم شامل مراقبتهای پیشگیری و نوتوانی بوده و هنگامی مطرح می گردد که بیماری تشخیص داده شده و درمانهای اولیه آغاز شده است. شایعترین بیماریهای مزمن سالمندان در سطح جامعه عبارتند از : آرتروز ، کاهش بینائی ، کاهش شنوائی ، بیماریهای قلبی ، بیماریهای عروق محیطی و فشار خون بالا، بیماری آلزایمر^{۲۶} ، آرتروز ، انواع کانسر ، افسردگی ، دیابت ، بیماری های قلبی عروقی و پوکی استخوان از جمله بیماریهای شایع دوره سالمندی است که افراد درگیر آن نیازمند خدمات توانبخشی می باشند.

تأکید اولیه در این قبیل بیماریهای مزمن دوره سالمندی بر درمان قطعی متمرکز نبوده بلکه پیشگیری از بروز عوارض مربوطه، نوتوانی با هدف دستیابی به بالاترین حد کاراء و مطلوبترین شرایط زیستی در مد نظر قرار می گیرد. (۲۹)

علم سالمندی شناسی^{۲۷} به مطالعه تمام ابعاد فرایند و پدیده سالمندی می پردازد. ابعادی مانند مسائل روانی، اجتماعی، اقتصادی و بالینی و تأثیری که هر یک از این موارد بر فرد سالمند و جامعه اعمال می نماید. سالمندی شناسی طیف وسیعی داشته و مأموریتی بین بخشی محسوب

²⁶ - Alzheimer dis

²⁷ - Gerontology

می گردد. (۳۰) در پرستاری سالمندی^{۲۸} تأکید بر ارتقاء سطح سلامتی و فعال نمودن افراد سالمند تا حد ممکن قرار دارد. (۳۱)

در سال ۱۹۸۴ میلادی شورای پرستاری سالمندی^{۲۹} بعنوان یکی از شاخه های انجمن پرستاری آمریکا تشکیل گردید؛ هدف از تشکیل این شورا ارتقاء و بهبود کیفیت مراقبتهای دریافتی و کیفیت زندگی در تمامی محیطها و موقعیتهای مراقبتی ذکر شده است. (۳۲) در سال ۱۹۸۷ انجمن پرستاری آمریکا استانداردها و حیطه های فعالیت پرستاری سالمندی را تعیین کرد. (۳۳) اخیراً پرستاری سالمندی از بعد فلسفی شاهد تحولی اساسی بوده به گونه ای که رویکرد آن از بیماری محوری به سلامتی محوری تغییر یافته است بگونه ای که در پرستاری سالمندی تأکید زیادی بر ارتقاء سطح سلامتی و خود مراقبتی مددجویان می باشد. (۳۴)

در امر پرستاری از افراد سالمند به منظور دستیابی به هدف سلامتی و تندرستی لازم بنظر می رسد که از این مفاهیم بنیادی تعاریف جدیدی ارائه شود. در این راستا اخیراً در پرستاری مدل‌هایی ارائه شده است که در آنها سلامتی و ناتوانی همزمان با هم مطرح می باشد که نمونه ای از این الگو توسط انجمن پرستاران آمریکا با عنوان مدل مراقبتی طولانی مدت^{۳۰} ارائه شده است. نشان داده شده است که مدل مراقبتی طولانی مدت در مقایسه با مدل پزشکی سنتی که برای مراقبتهای حاد و کوتاه مدت مناسب می باشد از چند جنبه اساسی برتری دارد:

- مراقبتهای بهداشتی و پرستاری در مدل مراقبتهای پزشکی جزء نیازهای ثانویه می باشد در حالی که در مدل پرستاری مراقبت، این نیازها اساسی و اولیه تلقی می شود.
- در نقطه مقابل نیاز به مراقبتهای درمانی و پزشکی در الگوی مراقبتی پزشکی از ملزومات اولیه بوده در حالیکه این نیازها در الگوی پرستاری جزء نیازهای فرعی و ثانویه محسوب می گردد.
- محل ارائه خدمات مراقبتی در الگوی پزشکی بیمارستانها و مراکز درمانی می باشد در حالیکه در مدل پرستاری خدمات مراقبتی در هر مکانی قابل ارائه است.
- شاخص موفقیت آمیز بودن اقدامات درمانی در مدل مراقبتی پزشکی عبارتست از تعداد بیماریهای تشخیص داده شده که بطور مناسب درمان و برطرف شده و یا مورد نوتوانی قرار گرفته است. در مدل مراقبتهای پرستاری شاخص موفقیت آمیز بودن مراقبتهای مقایسه سطح عملکرد فعلی مددجو در حیطه های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی با سطح عملکردی ایده ال و بالقوه وی در این حیطه ها می باشد.

²⁸ - Gerontological Nursing

²⁹ - Council of Gerontological Nursing

³⁰ - Long Term Care Model

- در مدل پزشکی تأکید و نقطه ثقل مراقبت‌ها بر شکایت اصلی بیمار متمرکز است: چه چیزی اشکال دارد، چه ارگانی از کار افتاده است، رویکرد، بیماری و ناتوانی محوری است؛ در حالیکه در مدل پرستاری سطح فعالیت مددجو در مرکز توجه قرار می‌گیرد: چه چیزی خوب است، چه چیزی بهداشتی و سالم است، رویکرد در اینجا توانائی و سلامتی محوری است.
- در مدل مراقبتی پزشکی آنچه که در کانون رسیدگی و توجهات مراقبتی قرار می‌گیرد ارگانی از بدن بیمار است که شکایت اصلی فرد به آن مربوط می‌شود؛ در حالیکه در مدل پرستاری رویکرد همه جانبه نگر^{۳۱} بوده و کل یکپارچه انسان در محیط انسان خود مورد توجه و رسیدگی قرار می‌گیرد.
- طول مدت ارائه خدمات مراقبتی در مدل مراقبت‌های پزشکی کوتاه و مقطعی بوده ولی در الگوی پرستاری مراقبت‌ها مستمر و ادامه دار می‌باشد.
- نقش و مسئولیت بیمار، مددجو و خانواده در مدل مراقبتی پزشکی انفعالی، ارتجاعی و وابسته بوده در حالیکه در مدل پرستاری مددجو و خانواده در سیستم مراقبتی مشارکت فعال، پیشرونده و مستقل دارا می‌باشند. (۳۵)
- در حال حاضر در کشورهای توسعه یافته مدل‌های گوناگونی از سیستم‌های ارائه کننده خدمات مراقبتی ویژه سالمندان تدارک دیده شده است که این سیستم‌ها پاسخگوی نیازهای خاص هر گروه از سالمندان می‌باشند. کلینیک‌های روزانه^{۳۲}، سرویس‌های خدمات مراقبتی در منزل، مؤسسات ارائه کننده خدمات پرستاری تخصصی، مراکز نگهداری سالمندان، خانه‌های گروهی و مراقبت‌های ویژه مراحل انتهایی زندگی نمونه‌هایی از این گونه سیستم‌های مراقبتی می‌باشند. (۳۶) این درحالیست که در جامعه ما به این مقوله کمتر با دید علمی نگریسته شده و تنها در مراحل پایانی زندگی فرد سالمند است که به این موضوع به یکی از اشکال سنتی ذیل پرداخته می‌شود:

الف - در محیط خانه و به شکل سنتی توسط اعضای خانواده و بستگان.

ب- ارائه مراقبت‌ها در منزل از سوی افراد غیر متخصص که با انگیزه کسب درآمد از طریق عقد قراردادهای مربوطه توسط شرکتهای خصوصی فعال در این زمینه و بدون رعایت ضوابط و استانداردهای مراقبتی لازم بکار گمارده می‌شوند.

³¹ - Hospice Care

³² - Day Care Centers

ج- انتقال فرد سالمند به یکی از مراکز نگهداری شبانه روزی که اغلب علیرغم میل قلبی اعضای خانواده و به علت ناتوانی در برآورده نمودن نیازهای مراقبتی خاص فرد سالمند و بعنوان تنها راه حل موجود در نظر گرفته می شود. (۳۷)

امروزه تأکید بر آن است که سرویسهای مورد نیاز افراد سالمند تا حد امکان در سطح جامعه و در محل سکونت آنها به ایشان ارائه شود. دلایل این تأکید آن است که اولاً: سالمندان در خانه های خود احساس راحتی و شادمانی بیشتری می کنند و ثانیاً: ثابت شده است که با ارائه خدمات مراقبتی در منزل سرعت بهبودی افزایش یافته و در هزینه های مراقبتی نیز صرفه جوئی می شود. (۳۸) نقطه ضعف عمده سیستم ارائه خدمات مراقبتی در منزل آن است که ارائه این خدمات اغلب غیر منسجم و ناکافی بوده و دسترسی فرد سالمند به این نوع خدمات اغلب با مشکلاتی همراه می باشد از این گذشته در موارد متعددی نیز ارائه این خدمات از استانداردها و کنترل کیفی لازم برخوردار نبوده است. (۳۹)

ارائه خدمات مراقبتی مبتنی بر جامعه برای سالمندان زمانی مؤثر و کارآمد تلقی می شود که واجد مشخصات ذیل باشد: جامع و کامل بودن، هماهنگ ارائه شدن، در دسترس بودن و کیفی بودن لذا ضروری بنظر می رسد که افراد متخصص در سطح جامعه نیازهای خاص افراد سالمند را مورد بررسی قرار دهند و برآن اساس منابع و خدمات مورد نیاز را تدارک و هماهنگ نموده و بر چگونگی ارائه این خدمات نظارت داشته باشند. پرستاران بهداشت جامعه بخوبی می توانند در این نقشهای مدیریت موردی انجام وظیفه نمایند تا بدینوسیله فرد سالمند با دریافت خدمات مراقبتی (درمانی، مشاوره ای، آموزشی و ...) متناسب با نیازهای خویش تا حد امکان و تا مدت طولانی تری به شکل مستقل در سطح جامعه زندگی کرده و مجبور به نقل مکان به مؤسسات نگهداری شبانه روزی نشوند. (۴۰)

هم اکنون در کشور ما وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی کشور، سازمان تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، کانون بازنشستگان کشور و برخی مؤسسات غیر دولتی خیریه یا خصوصی و غیر انتفاعی امر رسیدگی به امور سالمندان را برعهده دارند که باتوجه به آمار و ارقام موجود و اظهارات مسئولین این سازمانها و نتایج برخی مطالعات انجام شده خدمات ارائه شده به سالمندان توسط این مراجع به هیچ وجه واجد خصوصیات جامع، هماهنگ، در دسترس و کیفی (شاخصهای نشان دهنده مؤثر و کارآمد بودن خدمات) نمی باشند (۴۱، ۴۲). بر طبق آمارهای ارائه شده توسط سازمان بهزیستی کشور حدود ۶۶۰۰ نفر از سالمندان که اغلب ناتوانی جسمی یا ذهنی دارند در ۶۵ مرکز سازمان بهزیستی و ۱۷ آسایشگاه خیریه و خصوصی نگهداری می شوند. (۴۳)

آمار فوق بدان معناست که درصد قابل ملاحظه ای از سالمندان که نیازمند دریافت خدمات مراقبتی و بهداشتی می باشند در سطح جامعه «زندگی» می نمایند که برای پاسخگویی به این نیازهای مراقبتی طراحی و بکارگیری الگوهای مراقبتی با لحاظ نمودن عواملی همچون: منابع و امکانات موجود و قابل دستیابی (مالی و نیروی انسانی)؛ مسائل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی هر منطقه و ویژگیهای خاص گروههای مختلف سالمندان لازم بنظر میرسد.

References:

- 1- Thomas C.L (Ed) 1997. Taber's Cyclopedic Medical Dictionary (18 th ed) Philadelphia F.A. Davis.
- 2- Neumann, B(1995). The Neumann Systems Model in B. Neumann (ed); The Neumann Systems Model (3 rd ed) Nor Walk, CT: Appleton & Lange.
- 3- Ibid . P23
- 4- Ibid . P25
- 5- Harper A.C & Lambert L.J (1994) the Health of Population, 2 nd ed , New York, Springer.
- 6- Pickett, GE & Hanlon, JJ (1990) Public Health Administration and Practice (9th ed) st. louis times mirror – Mosby.
- 7- ANA : Standards Of Nursing Practice (1986) .
- 8- Ibid. P5.
- 9- Thomas, C.L. Op. P23.
- 10- 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.
- 11- Williams S.J & Torrens P.R (1999) : Introduction to Health Services (5 th ed) Albany; Delmar Publisher.
- 12- Turnock B. J (1997) public Health : What it is and How it Works. Gaitersbg, MD; Aspen Publisher.
- 13- Ibid . P.17.
- 14- Sourtzi, P; . Nolan P & Andrew R (1996) . Evaluation Of Health Promotion Activities In Community Nursing Parctice. Journal Of Advanced Nursing, 24 ; 1214-1223.
- 15- Turnock B. J. op.cit.p.13.

- 16- Pender N.J (1996) : health Promotion in Nursing Practice (3 rd ed) Nor Walk, CT; Appleton& Lange.
- 17- Barton P.L (1999) : Understanding The U.S Health Service System, Chicago; AUPHA Press.
- 18- Ebersol. P; Hess. P. (1990) Toward Healthy aging, human needs and nursing responses (3 rd ed). St. Louis . The CV Mosby Company.
- 19- Bartz., W. M (1996) Dare to be 100. New York; Simon ""& Schuster.
- 20- Miller, C.A (1999) nursing care of older adults theory and practice (3rded) Philadelphia lippincott. Williams & Wilkins.
- 21- Langan, M. (1998) Welfare: needs, rights and risks. 1 st ed. Rutledge.
- 22- Haber, D. (1998) : Health promotion and aging (3 rd ed) . New york. Springer.
- 23- Ibid . P. 11.
- 24- Elipoulos, C Gerontological nursing (4 th ed) philadelphia. Lippincott Roven 1999.
- 25- Mutran, E; Ferrara, K. F (1988) : Medical needs and use of services among older men and women, Journal of Gerontology: social sciences. 43(5) PP: 162-171.
- 26- American Nurses' Association : A Challenge for Change: The Role of Gerontological Nursing Kansas City , Missouri, American Nurses; Association, 1982, P. 12.
- 27- Ibid. P. 47.
- 28- Stanley, M, Beake, P. G (1999). Gerontological nursing. Philadelphia. F. A. Davis.
- 29- Ibid. P. 22.
- 30- Miller, C. A. op. cit P. 8.
- 31- Ibid. P. 9.
- 32- Matteson, M. A. (1996): Gerontological nursing; concepts and practices. Phialdelphia. W.B. sounders co 2 nd ed.
- 33- Ibid. P. 18.
- 34- Ebersol. P; Hess. P. op.cit.P.4.
- 35- Collins, C.E, (1997) . Models for community based long term care for the elderly in a changing health system; nursing outlook . 45, PP: 59-63.

36- Stone, J. T; Wyman, J.F; Salisbury, S.A, (1999) " clinical gerontological nursing: a guide to advanced practice" (nd ed) Philadelphia. WB Saunders.

۳۷- رستگار پور ، صفت اله ، بررسی برنامه ریزی و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی سالمندان شهر تهران در سال ۱۳۷۶.

38- French, K. (1998) "full life" counselors help frail seniors stay independent. Senior case management . 1(7) . PP: 97-100.

39- Ibid. P. 100.

40- Collins, C. E. op.cit. P. 62.

۴۱- بوستان آباد، ناهید: بررسی و شناخت وضع موجود سالمندان در شهر تهران . مجموعه مقالات سالمندی جلد دوم اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران. تهران - مهرماه ۱۳۷۸.

۴۲- صادقی پور- حمیدرضا و همکاران ، بررسی نیازهای بهداشتی، اقتصادی ، اجتماعی ، سالمندان ساکن در مناطق تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران در سال ۱۳۷۶. مجموعه مقالات سالمندی اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران مهر ماه ۱۳۷۸.

۴۳- مجموعه مقالات سالمندی جلد دوم / اولین کنفرانس بین المللی سالمندی در ایران . تهران مهرماه ۱۳۷۸.