

بسته خدمات نوین سلامت سالمندان

ویژه غیر پزشک

مؤلفین : دکتر محمد اسماعیل مطلق، دکتر پریسا طاهری تنجانی، دکتر مهین سادات عظیمی، دکتر زهرا صلبی،
خدیجه امیرحسینی، دکتر شهین لدنی، سهیلا داوری، ناهید مرادی، دکتر فریبا تیموری، دکتر آزاده سادات زنده باد

زیر نظر : جناب آقای دکتر علی اکبر سیاری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

اداره سلامت سالمندان

۱۳۹۵

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

تقدیر و تشکر:

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

ریاست محترم اداره بیماری های قلب و عروق، آقای دکتر علی رضا مهدوی، سرکار خانم دکتر طاهره سماوات و سرکار خانم علیه حجت زاده

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

ریاست محترم اداره غدد، سرکار خانم دکتر شهین یاراحمدی

ریاست محترم دفتر سلامت روان، جناب آقای دکتر احمد حاجبی

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

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

جناب آقای دکتر فریدون عزیزی: متخصص غدد و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

جناب آقای دکتر احمد علی اکبری کامرانی: متخصص داخلی و فلوشیپ سالمندی، عضو محترم هیئت علمی و معاون درمان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو محترم هیئت علمی مرکز تحقیقات سالمندی و گروه آموزشی سالمندی

جناب آقای دکتر کاظم ملکوتی: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه ایران

سرکار خانم دکتر مهشید فروغان: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و عضو محترم هیئت علمی مرکز تحقیقات سالمندی و گروه آموزشی سالمندی

سرکار خانم دکتر مریم نوروزیان: متخصص مغز و اعصاب و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه تهران

جناب آقای دکتر مجید برکتین: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر حمید صانعی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر محمد حسن انتظاری: دکترای تغذیه، رئیس و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر نوشین خلیلی بروجنی: فوق تخصص غدد و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر ویکتوریا عمرانی فرد: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر شهلا آکوچکیان: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر علی جواد پور: متخصص روانپزشکی و فلوشیپ روانپزشکی سالمندان و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی فارس

سرکار خانم دکتر محدثه بهجتی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر حمید محمد بیگی: متخصص روانپزشکی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر ماه منیر نحوی زاده: متخصص روانپزشکی و کارشناس محترم واحد بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر جعفر گلشاهی: فوق تخصص قلب و عروق و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر لیلا آزاد بخت: دکترای تغذیه و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جناب آقای دکتر بابک تمیزی فر: متخصص بیماریهای داخلی و عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی: دکترای پرستاری سالمندان، ریاست محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

سرکار خانم دکتر مرضیه شیرازی خواه: دکترای پرستاری سالمندان، عضو محترم مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

جناب آقای دکتر حامد مرتضوی: دکترای آموزش پرستاری، استادیار و مدیر گروه محترم پرستاری سالمندی، رئیس محترم مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی و رئیس محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی

سرکار خانم دکتر الهام کارگزار: متخصص طب فیزیکی و توانبخشی

سرکار خانم دکتر نیلوفر خدابنده لو: متخصص داخلی، مدیر گروه محترم طب سالمندی دانشگاه علوم پزشکی ایران

جناب آقای دکتر محمدرضا امامی: متخصص مغز و اعصاب، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

با قدردانی و تشکر ویژه از :

- همکاران اسبق اداره سلامت سالمندان: سرکار خانم دکتر سهیلا خوشبین، سرکار خانم دکتر عالیہ عزیز آبادی فراهانی، سرکار خانم دکتر مهتاب علیزاده، سرکار خانم لاله رادپویان، سرکار خانم سمیرا پور مروت
- دانشگاه علوم پزشکی اصفهان: جناب آقای دکتر رضا خدیوی، جناب آقای دکتر پژمان عقدک، جناب آقای دکتر غلامرضا بهرامی، سرکار خانم دکتر میترا مرادی نیا، سرکار خانم دکتر الهه ایزدی خواه، جناب آقای دکتر رضا فدائی، سرکار خانم دکتر رامش حسین خانی، سرکار خانم دکتر ناهید گرامیان، جناب آقای دکتر جهانشاه جهانگیری پور، سرکار خانم لیلا غلامی، سرکار خانم افسانه سرتیپ زاده و سرکار خانم فاطمه جعفری

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

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

فهرست مطالب

پیشگفتار

صفحه

۶	.....
۷	..... بخش اول : کلیات
۹	..... راهنمای آموزشی خدمات نوین سلامت سالمندان
۱۰	..... بخش دوم : خدمات نوین سلامت سالمندان
۱۰	..... فصل اول : اختلالات فشارخون
۱۶	..... فصل دوم: اختلالات تغذیه
۲۳	..... فصل سوم: اختلالات چربی خون
۲۴	..... فصل چهارم: دیابت
۳۲	..... فصل پنجم : سقوط و عدم تعادل
۳۶	..... فصل ششم : افسردگی

بند ۷ سیاست های جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری

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

در سال‌های اخیر کشور ایران به مدد توسعه اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت‌های نظام سلامت، به میانگین سنی بالاتر و امید به زندگی بیشتری دست یافته است. بدیهی است افزایش امید به زندگی با افزایش درصد جمعیت سالمند همراه بوده و سالخورده‌گی جمعیت یک دست آورد مثبت و یکی از افتخارات ما است. براساس سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران، کشور ما ۶ میلیون سالمند دارد که ۸/۲۵ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهد و انتظار می‌رود تا سال ۱۴۳۰ این درصد به ۲۶ درصد کل جمعیت کشور برسد.

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

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

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بخش اول : کلیات

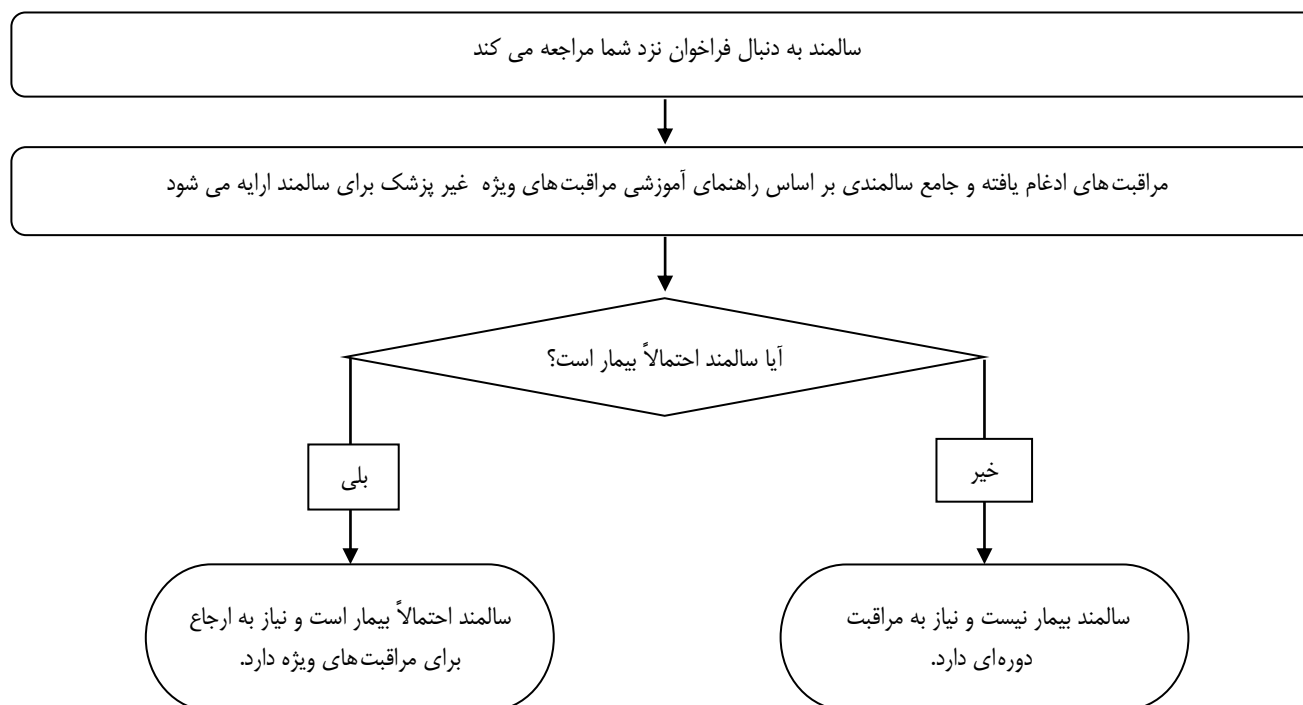
تعریف

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

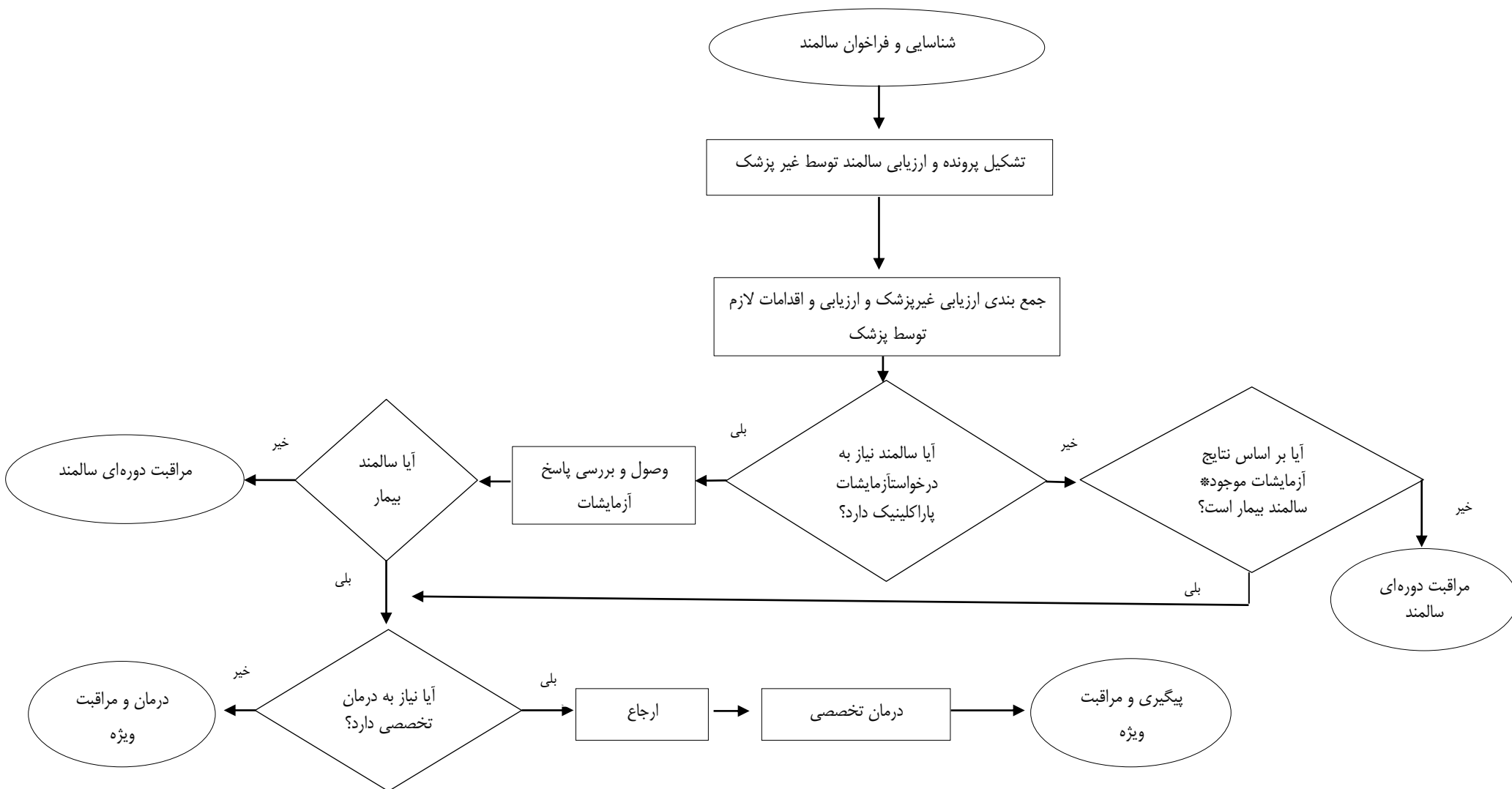
اصول کلی

برنامه مراقبت از سالمند به صورت یک برنامه با عنوان بسته خدمات نوین سلامت سالمندان، ویژه پزشک و غیرپزشک طراحی گردیده است. در این راستا زمانی که سالمند به دنبال فراخوان به نزد شما مراجعه می کند، برای ارزیابی مراقبت های سالمند از بسته خدمات نوین سالمندان ویژه غیرپزشک استفاده می شود. در پایان ارزیابی مراقبت ها چنانچه برای سالمند احتمال ابتلا به یک یا چند بیماری و یا اختلال وجود داشته باشد، از مراقبت های سطح بالاتر بهره مند می گردد و در چرخه ارجاع و سپس پیگیری قرار می گیرد و اگر سالمند مبتلا به بیماری یا اختلال نباشد، در چرخه مراقبت های دوره ای قرار می گیرد.

چرخه کار کلی مراقبت از سالمند



نمودار کلی جریان فرایند مراقبت از سالمند



* منظور آزمایشات کمتر از شش ماه گذشته است.

راهنمای آموزشی خدمات نوین سلامت سالمندان

جدول راهنمای مراقبت از اجزاء زیر تشکیل یافته است:

۱. ارزیابی

۲. طبقه بندی

۳. توصیه

در قسمت **ارزیابی**، جمع بندی عوامل خطر و نشانه های بیماری و آزمون های تشخیصی انجام شده مورد مطالعه قرار می گیرد و در صورت نیاز از اقدامات تشخیصی یا معاینات جامع تر برای سالمند استفاده می گردد. در بخش **طبقه بندی** موارد به دست آمده از قسمت ارزیابی یعنی عوامل خطر، نشانه های بالینی، معاینات ساده و جامع و اقدامات تشخیصی بر اساس شدت بیماری و یا مشکل طبقه بندی می شوند. سالمندی که دارای نشانه و علامت جدی بیماری است و نیاز به دریافت خدمات اورژانسی دارد، در طبقه بندی "**مشکل فوری**" قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ قرمز دیده می شود. در صورتی که سالمند دارای نشانه و علامت بیماری است که خطر جدی ندارد ولی نیاز به دریافت خدمات تخصصی و ارجاع دارد، در طبقه بندی "**مشکل**" قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ صورتی دیده می شود. چنانچه سالمند دارای نشانه و علامت بیماری و یا عامل خطری است که نیاز به خدمات تخصصی و ارجاع ندارد، در طبقه بندی "**در معرض مشکل**" قرار می گیرد که در جدول طبقه بندی به رنگ زرد مشاهده می گردد. چنانچه سالمند فاقد نشانه و علامت بیماری و عامل خطر است، در طبقه بندی "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد و در جدول طبقه بندی به رنگ سبز نمایان است.

در ستون مربوط به **توصیه ها** اقدامات درمانی، ارجاع، اقدامات قبل از ارجاع، پیگیری و آموزش های لازم بر اساس طبقه بندی مشکل برای سالمند به شرح زیر ارائه می گردد:

۱- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه "**مشکل فوری**" قرار می گیرد، ارجاع فوری به نزدیک ترین (بیمارستان) اورژانس یا مرکز درمانی است. ^۱*

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

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

۴- توصیه لازم برای سالمندی که در طبقه "**فاقد مشکل**" قرار می گیرد، تشویق سالمند به مراجعه به موقع برای دریافت مراقبت های دوره ای و ارائه آموزش های لازم در خصوص علایم خطر و مراقبت از خود در منزل و

سایر محیط ها است که به رنگ سبز مشاهده می شود.

تذکر مهم: در اولین مراجعه سالمند حتی اگر در تمامی قسمت ها، در گروه فاقد مشکل قرار گیرد، مراقبت توسط پزشک، ضروری است.

انواع بیماری های گنجانده شده در این مجموعه بهره گرفته از مطالعات کمی انجام شده در سال های ۱۳۷۷ و ۱۳۸۱، مطالعه کیفی انجام شده در سال ۱۳۸۵ و نسبت سال های از دست رفته عمر به دلیل مرگ زودرس و ناتوانی در گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۲ و توصیه های USPS task force ^۳* است.

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

^۱ * طبقه بندی مشکل فوری فقط در مبحث فشارخون بالای غیر پزشک و افسردگی پزشک وجود دارد.

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

^۳ * US preventative Service task force

بخش دوم : خدمات نوین سلامت سالمندان

فصل اول - اختلالات فشارخون

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون ماکزیمم مساوی یا بیش از ۱۸۰ یا فشارخون مینییم مساوی یا بیش از ۱۱۰ میلی متر جیوه 	مشکل فوری	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را به نزدیک ترین بیمارستان (اورژانس) یا مرکز درمانی، ارجاع فوری دهید و وی را تا دو روز بعد پیگیری نمایید. در صورتی که پزشک سالمند را به سطوح تخصصی ارجاع دهد، سالمند را تا دو هفته بعد پیگیری کنید. در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید. توصیه های لازم در خصوص اهمیت مراجعه فوری به پزشک و مراجعه مجدد برای اقدامات بعدی داده شود.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون ماکزیمم ۱۴۰ تا ۱۷۹ یا فشارخون مینییم ۹۰ تا ۱۰۹ میلی متر جیوه و بدون مصرف دارو فشارخون ماکزیمم ۱۵۰ تا ۱۷۹ یا فشارخون مینییم ۹۰ تا ۱۰۹ میلی متر جیوه و مصرف دارو 	مشکل	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید. سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید و پیگیری بعدی را طبق نظر پزشک انجام دهید. در صورتی که پزشک سالمند را به سطوح تخصصی یا کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهد، سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری کنید.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون ماکزیمم ۱۲۰ تا ۱۳۹ میلی متر جیوه و بدون مصرف دارو یا فشارخون مینییم ۸۰ تا ۸۹ میلی متر جیوه و بدون مصرف دارو 	در معرض مشکل	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را شش ماه بعد پیگیری کنید. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون ماکزیمم کمتر از ۱۵۰ و فشارخون مینییم کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه و مصرف دارو 	مشکل	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را هر ماه یک بار مراقبت و هر سه ماه یک بار به پزشک ارجاع دهید. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید.
<ul style="list-style-type: none"> فشارخون ماکزیمم کمتر از ۱۲۰ و فشارخون مینییم کمتر از ۸۰ میلی متر جیوه و بدون مصرف دارو 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه با بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.
<ul style="list-style-type: none"> افت فشارخون ماکزیمم در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته مساوی یا بیش از ۲۰ میلی متر جیوه 	مشکل	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید. سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید و بر اساس نظر پزشک پیگیری نمایید.
<ul style="list-style-type: none"> افت فشارخون ماکزیمم در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه 	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی پیشگیری از افت فشار خون وضعیتی را آموزش دهید. سالمند را به مراجعه با بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

ارزیابی کنید :	
از سالمند یا همراه وی سؤال کنید	اقدامات زیر را انجام دهید (معاینه کنید)
<ul style="list-style-type: none"> مصرف داروی پایین آورنده فشارخون 	<ul style="list-style-type: none"> فشارخون سالمند را در وضعیت نشسته پس از ۵ دقیقه استراحت در دست راست اندازه گیری کنید. چنانچه فشارخون ماکزیمم مساوی یا بیش از ۱۴۰ میلی متر جیوه یا فشارخون مینییم مساوی یا بیش از ۹۰ میلی متر جیوه است پس از ۵ دقیقه مجدداً فشارخون سالمند را از دست راست اندازه گیری کنید و میانگین دو نوبت فشارخون را به عنوان فشارخون سالمند ثبت کنید. برای بررسی افت فشارخون وضعیتی، پس از آنکه سالمند به مدت ۲ دقیقه در وضعیت ایستاده قرار گرفت، فشارخون وی را دوباره از دست راست اندازه گیری کنید.

فصل اول: اختلالات فشار خون

سالمند را از نظر احتمال اختلالات فشار خون ارزیابی کنید

ابتدا از سالمند در خصوص مصرف داروهای پایین آورنده فشار خون سؤال کنید. سپس به ارزیابی بپردازید.

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

- مصرف نکردن قهوه و سیگار نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- ناشتا بودن طولانی (بیش از ۱۴ ساعت)؛
- انجام ندادن فعالیت بدنی شدید و یا احساس خستگی قبل از اندازه گیری فشارخون؛
- تخلیه کامل مثانه نیم ساعت قبل از اندازه گیری فشار خون؛
- راحت بودن کامل بیمار در وضعیت نشسته (سالمند باید حداقل ۵ دقیقه قبل از اندازه گیری فشار خون استراحت کند به گونه ای که احساس خستگی نکند)؛
- قرار دادن دست سالمند در حالت نشسته و یا ایستاده به روی یک تکیه گاه مناسب هم سطح قلب وی (وضعیت افتاده دست باعث بالا رفتن کاذب فشار خون ماکزیمم می شود)؛
- بالا زدن آستین دست راست تا بالای بازو به گونه ای که بازو تحت فشار قرار نگیرد (لباس نازک نیازی به بالا زدن آستین ندارد)؛
- فاصله با سالمند در زمان اندازه گیری فشارخون کمتر از یک متر؛
- خارج کردن هوای داخل کیسه لاستیکی با استفاده از پیچ تنظیم؛
- بستن بازوبند به دور بازو نه خیلی شل و نه خیلی سفت؛
- قرار دادن وسط کیسه لاستیکی داخل بازو بند روی شریان بازویی و لبه تحتانی بازو بند ۲ تا ۳ انگشت بالای آرنج؛
- نگاه داشتن صفحه گوشی روی شریان بازویی بدون فشار روی شریان، توسط سالمند؛
- حس کردن و نگاه داشتن نبض دست راست سالمند با دست دیگر؛
- فشار دادن متوالی پمپ برای ورود هوا به داخل کیسه لاستیکی تا زمان حس نکردن نبض؛
- ادامه دادن پمپاژ هوا به داخل کیسه لاستیکی به میزان ۳۰ میلی متر جیوه پس از قطع نبض؛
- باز کردن پیچ تنظیم فشار هوا به آرامی برای خروج هوا از کیسه لاستیکی ضمن نگاه کردن به صفحه مدرج دستگاه (پایین آمدن عقربه یا جیوه به آرامی با سرعت ۲ میلی متر جیوه در ثانیه)؛
- شنیدن اولین صدای ضربان قلب به مفهوم فشارخون ماکزیمم و از بین رفتن صدای ضربان قلب به معنای فشارخون مینیمم است.

سالمند را از نظر احتمال اختلالات فشار خون طبقه بندی کنید

با توجه به فشارخون اندازه گیری شده و جمع بندی، سالمند را از نظر احتمال ابتلا به اختلالات فشارخون به شرح زیر طبقه بندی کنید:

- سالمند با "فشارخون ماکزیمم مساوی یا بیش از ۱۸۰ یا فشارخون مینیمم مساوی یا بیش از ۱۱۰ میلی متر جیوه" در طبقه مشکل فوری "احتمال فشارخون بالای فوری" قرار می گیرد. سالمند را به نزدیک ترین بیمارستان (اورژانس) یا مرکز درمانی ارجاع فوری دهید و توصیه های لازم در خصوص اهمیت مراجعه فوری به پزشک و مراجعه مجدد برای اقدامات بعدی داده شود.
- سالمند با "فشار خون ماکزیمم ۱۴۰ تا ۱۷۹ یا فشارخون مینیمم ۹۰ تا ۱۰۹ میلی متر جیوه و بدون مصرف دارو" در طبقه مشکل "احتمال فشارخون بالا" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید. سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند با "فشارخون ماکزیمم ۱۵۰ تا ۱۷۹ یا فشارخون مینیمم ۹۰ تا ۱۰۹ میلی متر جیوه و با مصرف دارو" در طبقه مشکل "فشارخون بالای کنترل نشده" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید. سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.

- سالمند با "فشارخون ماکزیمم ۱۲۰ تا ۱۳۹ میلی متر جیوه یا فشارخون مینییمم بین ۸۰ تا ۸۹ میلی متر جیوه و بدون مصرف دارو" در طبقه در معرض مشکل "در معرض ابتلا به فشارخون بالا" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید.
- سالمند با "فشارخون ماکزیمم کمتر از ۱۵۰ و فشارخون مینییمم کمتر از ۹۰ میلی متر جیوه و با مصرف دارو" در طبقه در معرض مشکل "فشارخون بالای کنترل شده" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید.
- سالمند با "فشارخون ماکزیمم کمتر از ۱۲۰ و فشارخون مینییمم کمتر از ۸۰ میلی متر جیوه و بدون مصرف دارو" در طبقه فاقد مشکل "فشارخون طبیعی" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید.
- سالمند با "افت فشارخون ماکزیمم ۲۰ میلی متر جیوه و بیشتر در وضعیت ایستاده نسبت به وضعیت نشسته"، در طبقه مشکل "احتمال افت فشار خون وضعیتی" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی آموزش دهید. سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند با "افت فشار خون ماکزیمم کمتر از ۲۰ میلی متر جیوه در وضعیت ایستاده نسبت به نشسته" در طبقه فاقد مشکل "فشار خون وضعیتی طبیعی" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی راه های پیشگیری از افت فشارخون وضعیتی را آموزش دهید.

دقت کنید: در مواردی که فشارخون ماکزیمم در یک طبقه و فشارخون مینییمم در یک طبقه دیگر قرار می گیرد، مثلاً فشارخون ماکزیمم ۱۵۰ میلی متر جیوه (طبقه مشکل) و فشارخون مینییمم ۸۰ میلی متر جیوه (طبقه در معرض مشکل) باشد، سالمند را در طبقه بالاتر فشارخون، یعنی احتمال مشکل طبقه بندی کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند

۱- تغذیه مناسب

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

۲- تمرینات بدنی مناسب

در سالمند مبتلا به فشارخون ورزش های هوازی با شدت متوسط، به مدت ۶۰-۳۰ دقیقه در روز و ۷-۵ روز در هفته توصیه می شود. ورزش های هوازی: این تمرینات موجب افزایش تعداد ضربان قلب و تنفس می شوند. مصرف اکسیژن در طی این حرکات افزایش می یابد و در نتیجه کارایی قلب و ریه ها و سیستم گردش خون افزایش می یابد و توانایی در انجام کارهای روزانه بیشتر می شود. این تمرینات شامل: پیاده روی، دوچرخه سواری، شنا، کوهنوردی و

شدت ورزش: برای محاسبه شدت ورزش از تست تکلم استفاده کنید، از سالمند در خصوص تغییرات ضربان نبض، تنفس و نحوه تکلم در حین ورزش سؤال کنید:

- چنانچه در حین فعالیت ورزشی تعداد ضربان نبض و تنفس تغییری نداشته باشد، به عنوان فعالیت با شدت کم در نظر گرفته می شود.
- چنانچه در حین فعالیت ورزشی، تغییر در تعداد ضربان نبض و تنفس به گونه ای باشد که سالمند بتواند به راحتی صحبت کند، به عنوان فعالیت با شدت متوسط در نظر گرفته می شود.
- چنانچه در حین فعالیت ورزشی، تغییر در تعداد ضربان نبض و تنفس به گونه ای باشد که سالمند نتواند به راحتی صحبت کند، به عنوان فعالیت با شدت شدید در نظر گرفته می شود.

ابتدا از سالمند در مورد فعالیت های ورزشی وی سؤال کنید. به طور مثال از وی بپرسید که معمولاً از صبح تا شب (مثلاً دیروز) چه فعالیت های ورزشی داشته است. در صورتی که فعالیت ورزشی مناسب دارد وی را به ادامه کار تشویق کنید و از وی بخواهید که به تدریج زمان آن را افزایش دهد. چنانچه سالمند فعالیت ورزشی مناسبی ندارد، به عنوان ساده ترین ورزش هوازی می توانید روش پیاده روی صحیح را به وی آموزش دهید.

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

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

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

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

زمانی که سالمند خسته یا گرسنه است، تمرینات ورزشی انجام ندهد.

۳- راهنمای ترک سیگار

ابتدا برای ترک سیگار تصمیم بگیرید و سپس زمان خاصی را برای این کار انتخاب کنید.

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

استمرار ترک سیگار

زمانی که هوس می کند که سیگار بکشد موارد زیر کمک کننده است:

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

برخی اثرات خوب ترک سیگار

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

سیگار کشیدن نه تنها سلامتی خود فرد را به خطر می اندازد بلکه تجاوزی آشکار به حقوق دیگران به خصوص کودکان است.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند مبتلا به افت فشار خون وضعیتی

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

پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه "فشارخون بالای فوری" قرار گرفت، سالمندی که به نزدیک ترین بیمارستان یا مرکز درمانی ارجاع فوری شده است را تا دو روز بعد پیگیری نمایید. در صورتی که پزشک سالمند را به سطوح تخصصی ارجاع دهد، سالمند را تا دو هفته بعد پیگیری کنید. پیگیری های بعدی را طبق دستور پزشک انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "احتمال فشارخون بالا" قرار گرفت، سالمندی را که توسط پزشک به متخصص یا کارشناس تغذیه ارجاع داده شده، تا سه هفته بعد پیگیری نمایید، در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "فشارخون بالای کنترل نشده" قرار گرفت، سالمندی را که توسط پزشک به متخصص یا کارشناس تغذیه ارجاع داده شده، تا سه هفته بعد پیگیری نمایید، در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "در معرض ابتلا به فشارخون بالا" قرار گرفت، سالمند را شش ماه بعد پیگیری کنید.
- چنانچه سالمند در طبقه "فشارخون بالای کنترل شده" قرار گرفت، سالمند را هر ماه یک بار مراقبت و هر سه ماه یک بار به پزشک ارجاع دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "فشارخون طبیعی" قرار گرفت، سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق کنید.
- چنانچه سالمند در طبقه "افت فشارخون وضعیتی" قرار گرفت، سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید و پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "فشارخون وضعیتی طبیعی" قرار گرفت، سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق کنید.

بعد از شناسایی و تثبیت بیماری فشارخون، مراقبت ممتد معمول توسط بهورز یا مراقب سلامت ماهی یک بار، توسط پزشک عمومی هر سه ماه یک بار و توسط متخصص قلب و عروق یا متخصص داخلی سالی یک بار است، مگر این که با نظر پزشک نیاز به مراقبت در فواصل کوتاه تری باشد.

فصل دوم - اختلالات تغذیه ای

الف) سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
۰-۷ امتیاز	مشکل احتمال ابتلا به سوء تغذیه	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید و آنها را جهت شرکت در کلاس های آموزشی تشویق کنید. • سالمند را جهت بررسی های تکمیلی به پزشک ارجاع غیر فوری دهید و بعد از ارجاع به کارشناس تغذیه توسط پزشک، سالمند را جهت بررسی مجدد توسط کارشناس تغذیه، ماهانه پیگیری کنید.
۸-۱۱ امتیاز	در معرض مشکل در معرض ابتلا به سوء تغذیه	<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب و تمرینات بدنی را آموزش داده و آنها را جهت شرکت در کلاس های آموزشی تشویق کنید. • سالمند را برای ارزیابی تکمیلی و ارایه رژیم غذایی مناسب، به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. • سالمند را سه ماه بعد جهت ارجاع مجدد به کارشناس تغذیه پیگیری نمایید.
۱۲-۱۴ امتیاز	فاقد مشکل وضعیت تغذیه طبیعی	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را به ادامه عادات صحیح تغذیه، تمرینات بدنی و شرکت در کلاس های آموزشی تشویق کنید. • سالمند را به مراجعه مجدد در صورت بروز نشانه خطر یا یک سال بعد تشویق کنید.

طبقه بندی کنید

نمایه توده بدنی (BMI) * ^۱ سالمند را محاسبه نمایید
برای سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ پرسشنامه MNA ^۲ (شماره یک) را تکمیل نموده و بر اساس امتیاز حاصله، طبقه بندی نمایید.
۱- آیا مصرف غذا طی ۳ ماه اخیر به علت از دست دادن اشتها، مشکلات گوارشی، مشکلات دندانی و جویدن یا اختلال در بلع، کاهش یافته است؟ ۰ = کاهش شدید مصرف غذا ۱ = کاهش متوسط مصرف غذا ۲ = کاهش نیافتن مصرف غذا
۲- آیا کاهش وزن ناخواسته طی ۳ ماه گذشته داشته اید؟ ۰ = بیش از ۳ کیلو گرم کاهش وزن ۱ = نمی داند ۲ = بین ۱ تا ۳ کیلو گرم کاهش وزن ۳ = بدون کاهش وزن
۳- میزان تحرک معمول شما چقدر است؟ ۰ = وابسته به تخت یا صندلی ۱ = قادر به ترک کردن تخت یا صندلی است اما قادر به بیرون رفتن نیست ۲ = بیرون می رود
۴- آیا طی ۳ ماه اخیر استرس روحی روانی یا یک بیماری حاد به شما وارد شده است؟ ۰ = بلی ۲ = خیر
۵- آیا مبتلا به مشکلات عصبی - روانی هستید؟ ۰ = فراموشی شدید یا افسردگی شدید ۱ = فراموشی خفیف ۲ = فاقد مشکلات روانی
۶- دور عضله ساق پا را اندازه بگیرید. اندازه دور عضله ساق پا : ۰ = کمتر از ۳۱ سانتی متر ۳ = ۳۱ سانتی متر یا بیشتر
مجموع امتیازات:

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

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

^۲ * ارزیابی مختصر تغذیه ای Mini Nutritional Assessment: MNA

فصل دوم - اختلالات تغذیه ای

ب) سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر

ابتدا نمایه توده بدنی (BMI) ^۱ * سالمند را محاسبه نمایید	
برای سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر پرسشنامه زیر (شماره دو) را تکمیل نموده و بر اساس امتیاز حاصله، طبقه بندی نمایید.	
۱- مصرف میوه روزانه شما معمولاً چقدر است؟ = بندرت/ هرگز	۱ = کمتر از ۲ سهم ۲ = ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر
۲- مصرف سبزی روزانه شما معمولاً چقدر است؟ = بندرت/ هرگز	۱ = کمتر از ۳ سهم ۲ = ۳ تا ۵ سهم
۳- مصرف شیر و لبنیات روزانه شما معمولاً چقدر است؟ = بندرت/ هرگز	۱ = کمتر از ۲ سهم ۲ = ۲ سهم یا بیشتر
۴- آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟ = همیشه	۱ = گاهی ۲ = بندرت/ هرگز
۵- چقدر بطور معمول فست فود مصرف می کنید؟ = هفته ای ۲ بار یا بیشتر	۱ = ماهی ۱ یا ۲ بار ۲ = بندرت/ هرگز
۶- چقدر بطور معمول نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟ = هفته ای ۲ بار یا بیشتر	۱ = ماهی ۱ یا ۲ بار ۲ = بندرت/ هرگز
۷- از چه نوع روغنی معمولاً مصرف می کنید؟ = فقط روغن نیمه جامد یا جامد یا حیوانی ۱ = تلفیقی از انواع روغن های مایع و نیمه جامد ۲ = فقط روغن مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)	
مجموع امتیازات:	

طبقه بندی کنید

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر	مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • سالمند را آموزش دهید و برای شرکت در کلاس های آموزشی تشویق کنید. • سالمند را جهت بررسی های تکمیلی به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. پس از ارجاع سالمند به کارشناس تغذیه توسط پزشک، سالمند را جهت بررسی مجدد توسط کارشناس تغذیه، ماهانه پیگیری کنید.
نمایه توده بدنی ۲۷ تا ۲۹/۹	در معرض مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • اضافه وزن با عادات تغذیه ای نامطلوب • سالمند را آموزش دهید و سپس برای آموزش تخصصی تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع دهید. • پیگیری های بعدی را طبق نظر کارشناس تغذیه انجام دهید.
	مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • اضافه وزن با عادات تغذیه ای متوسط تا مطلوب • سالمند را آموزش تغذیه دهید و وی را دو دوره (هر سه ماه یک بار) پیگیری کنید. • در صورت برطرف نشدن مشکل سالمند طی دو دوره سه ماهه، وی را به کارشناس تغذیه ارجاع داده و پیگیری بعدی را طبق نظر کارشناس تغذیه انجام دهید.
نمایه توده بدنی ۲۱ تا ۲۶/۹	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • وزن طبیعی با عادات تغذیه ای نامطلوب • سالمند را آموزش تغذیه دهید و وی را دو دوره سه ماه در صورت برطرف نشدن مشکل سالمند، وی را به کارشناس تغذیه ارجاع داده و پیگیری بعدی را طبق نظر کارشناس تغذیه انجام دهید.
	مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • وزن طبیعی با عادات تغذیه ای متوسط • آموزش تغذیه را مطابق با بسته خدمتی به سالمند ارائه نمایید و وی را شش ماه بعد پیگیری نمایید.
	مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • وزن طبیعی با عادات تغذیه ای مطلوب • سالمند را برای ادامه الگوی تغذیه مناسب و مراجعه مجدد یک سال بعد تشویق کنید.

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

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

فصل دوم: اختلالات تغذیه

سالمند را از نظر احتمال اختلالات تغذیه ارزیابی کنید

ابتدا نمایه توده بدنی سالمند را با استفاده از فرمول مربوطه محاسبه و ثبت کنید. در سالمندان ایرانی نمایه توده بدنی ۲۱ تا ۲۶.۹ مطلوب و نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و نمایه توده بدنی ۲۷ و بالاتر نامطلوب در نظر گرفته می شود. برای سالمندانی که نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ دارند از پرسشنامه شماره یک (MNA) و برای سالمندانی که نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر دارند از پرسشنامه شماره دو استفاده کنید.

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

سؤالات زیر را از سالمند و یا همراه وی بپرسید و برحسب پاسخ، امتیاز هر سؤال را ثبت کنید.

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

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

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

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

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

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

۶. دور ساق پا را اندازه بگیرید.

روش اندازه گیری محیط ساق پا:

۱. دقت کنید که فرد باید ایستاده (به طوری که وزن روی هر دو پا به طور مساوی پخش شده باشد) یا نشسته به شکلی که پاها آویزان باشد.

۲. از فرد بخواهید پاچه شلوار خود را تا حدی بالا بزند که ساق پا قابل دسترسی باشد.

۳. نوار اندازه گیری را دور پهن ترین بخش ساق پا قرار داده و اندازه را یادداشت نمایید.

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

در صورتی که محیط ساق پا کمتر از ۳۱ سانتی متر باشد امتیاز صفر و اگر ۳۱ سانتی متر و بیشتر باشد امتیاز یک بدهید.

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

سؤالات زیر را از سالمند و یا همراه وی بپرسید و برحسب پاسخ، امتیاز هر سؤال را ثبت کنید.

پرسشنامه شماره دو حاوی ۷ سؤال است. گزینه اول هر یک از پرسش‌ها دارای امتیاز صفر و گزینه دوم آنها دارای امتیاز یک است.

در سؤال ۱: درباره مصرف روزانه میوه پرسیده می شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً میوه مصرف نمی‌کند یا بندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۲ سهم میوه مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند روزانه ۲ تا ۴ سهم یا بیشتر میوه مصرف می‌کند، امتیاز دو کسب بدهید.

تذکر: هر یک سهم میوه معادل یک عدد سیب متوسط یا همین مقدار از هر میوه دیگر است.

در سؤال ۲: درباره مصرف روزانه سبزی پرسیده می شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً سبزی مصرف نمی‌کند یا گاهی بندرت مصرف می‌کند، امتیازی کسب نخواهد کرد. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۳ سهم سبزی مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند روزانه ۳ تا ۵ سهم یا بیشتر سبزی مصرف می‌کند، امتیاز دو بدهید.

تذکر: هر یک سهم سبزی معادل یک عدد سبزی غیربرگی متوسط مانند گوجه‌فرنگی، بادنجان یا هویج، و یا یک لیوان سبزی برگی نظیر سبزی خوردن یا کاهو است.

در سؤال ۳: درباره مصرف روزانه شیر و لبنیات پرسیده می شود، اگر سالمند عنوان کند که روزانه اصلاً شیر و لبنیات مصرف نمی‌کند یا بندرت مصرف می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که روزانه کمتر از ۲ سهم شیر و لبنیات مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند که روزانه ۲ سهم یا بیشتر شیر و لبنیات مصرف می‌کند، امتیاز دو بدهید.

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

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

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

در سؤال ۶: درباره مصرف نوشابه‌های گازدار پرسیده می شود، اگر سالمند عنوان کند که در هفته دو بار یا بیشتر نوشابه‌های گازدار مصرف می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که در ماه حدود یک تا دو بار مصرف می‌کند، امتیاز یک و اگر عنوان کند که هرگز در طول یک ماه از نوشابه‌های گازدار استفاده نمی‌کند و یا در طول سال ممکن است چند نوبت محدود استفاده کند، امتیاز دو بدهید.

در سؤال ۷: درباره روغن مصرفی پرسیده می شود، اگر سالمند عنوان کند که فقط از روغن‌های نیمه جامد، جامد یا حیوانی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، امتیاز صفر بدهید. اگر عنوان کند که تلفیقی از روغن‌های گیاهی مایع و روغن‌های نیمه جامد را برای طبخ غذا مورد استفاده قرار می‌دهد، امتیاز یک و اگر عنوان کند که فقط از روغن‌های گیاهی مایع معمولی و مخصوص سرخ کردنی برای طبخ غذا استفاده می‌کند، امتیاز دو بدهید.

سالمند را از نظر احتمال اختلالات تغذیه طبقه بندی کنید

الف: طبقه بندی سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱

- سالمند با "نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و امتیاز ۰ تا ۷ از پرسشنامه شماره یک (MNA)"، در طبقه مشکل "احتمال ابتلا به سوء تغذیه" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید و آنها را جهت شرکت در کلاس های آموزشی تشویق کنید. سالمند را جهت بررسی های تکمیلی به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند با "نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و امتیاز ۱۱-۸ از پرسشنامه شماره یک" در طبقه در معرض مشکل "در معرض ابتلا به سوء تغذیه" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه مناسب و فعالیت بدنی را آموزش داده و آنها را جهت شرکت در کلاس های آموزشی تشویق کنید. سالمند را برای ارزیابی تکمیلی و در صورت نیاز ارایه رژیم غذایی مناسب، به کارشناس تغذیه ارجاع دهید.
- سالمند با "نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱ و امتیاز ۱۴-۱۲ از پرسشنامه شماره یک" در طبقه فاقد مشکل "وضعیت تغذیه طبیعی" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید.

ب: طبقه بندی سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر

- سالمند با "نمایه توده بدنی ۳۰ و بالاتر و با هر امتیاز از پرسشنامه شماره دو" در طبقه مشکل "احتمال چاقی" قرار می گیرد. سالمند را آموزش دهید و برای شرکت در کلاس های آموزشی تشویق کنید. سالمند را جهت بررسی های تکمیلی به پزشک ارجاع دهید.
- سالمند با "نمایه توده بدنی ۲۹/۹-۲۷ و امتیاز ۶-۰ از پرسشنامه شماره دو" در طبقه در معرض مشکل "اضافه وزن با عادات تغذیه ای نامطلوب" قرار می گیرد. سالمند را آموزش دهید و سپس برای آموزش تخصصی تغذیه، به کارشناس تغذیه ارجاع دهید.
- سالمند با "نمایه توده بدنی ۲۹/۹-۲۷ و امتیاز ۱۴-۷ از پرسشنامه شماره دو" در طبقه در معرض مشکل "اضافه وزن با عادات تغذیه ای متوسط تا مطلوب" قرار می گیرد. سالمند را آموزش دهید.
- سالمند با "نمایه توده بدنی ۲۶/۹-۲۱ و امتیاز ۶-۰ از پرسشنامه شماره دو" در طبقه فاقد مشکل "وزن طبیعی با عادات تغذیه ای نامطلوب" قرار می گیرد. سالمند را آموزش تغذیه دهید.
- سالمند با "نمایه توده بدنی ۲۶/۹-۲۱ و امتیاز ۱۳-۷ از پرسشنامه شماره دو" در طبقه فاقد مشکل "وزن طبیعی با عادات تغذیه ای متوسط" قرار می گیرد. آموزش تغذیه را مطابق با بسته خدمتی به سالمند ارایه نمایید.
- سالمند با "نمایه توده بدنی ۲۶/۹-۲۱ و امتیاز ۱۴ از پرسشنامه شماره دو" در طبقه فاقد مشکل "وزن طبیعی با عادات تغذیه ای مطلوب" قرار می گیرد. سالمند را برای ادامه الگوی تغذیه مناسب تشویق کنید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح تغذیه سالمند

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

- افزایش انرژی دریافتی
- مصرف حداقل سه میان وعده غنی از پروتئین و انرژی مانند تخم مرغ آب پز سفت، نان، خرما، میوه های تازه، خشک و پخته، انواع مغزها مثل بادام، گردو، فندق، لبنیات مثل شیر، ماست، پنیر، کشک، بستنی، حبوبات مثل عدس و... شیربرنج و فرنی؛
- استفاده از انواع طعم دهنده ها مانند آبلیمو، ادویه، چاشنی و ... برای افزایش اشتها سالمند؛
- مصرف روغن های مایع نباتی مانند روغن زیتون همراه سالاد، سبزی و غذا (روزانه یک قاشق سوپ خوری روغن زیتون یا کانولا مصرف شود)؛
- رعایت تنوع غذایی در برنامه غذایی روزانه (استفاده از انواع گروه های غذایی)؛
- استفاده بیشتر از گروه نان و غلات مثل انواع نان سبوس دار و سنتی، برنج و ماکارونی و سیب زمینی به همراه مواد پروتئینی؛
- توجه بیشتر به وعده صبحانه، استفاده از مواد مقوی و مغذی مثل گردو و پنیر در صبحانه؛
- مصرف ماهی؛

- مصرف غلات سیوس دار و کاهش مصرف کربوهیدرات های ساده؛
- استفاده از جوانه ها، غلات و حبوبات در سالاد و آش و سوپ و خوراک؛
- استفاده از پنج گروه غذایی (گوشت و حبوبات و تخم مرغ و مغزها)، (شیر و لبنیات)، (میوه)، (سبزیجات) و (نان و غلات) در برنامه غذایی روزانه؛
- مصرف چند لیوان آب میوه به جای آب معمولی به خصوص بعد از غذا به طور روزانه؛

رفتار درمانی

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

راهنمای تغذیه سالمند چاق یا در معرض ابتلا به چاقی

- کاهش انرژی دریافتی؛
- مصرف غذاهای آب پز و تنوری به جای غذاهای سرخ شده و پر چرب؛
- کاهش مصرف مواد غذایی کنسرو شده مانند همبرگر، سوسیس و کالباس؛
- ترجیحاً مصرف میوه به جای آب میوه؛
- استفاده از نان سیوس دار به جای برنج و ماکارونی؛
- اجتناب از مصرف نوشابه های گاز دار شیرین (حتی رژیمی)؛
- مصرف شیر و لبنیات کم چرب؛
- استفاده از ماهی و مرغ بدون پوست به جای گوشت قرمز و اجتناب از مصرف گوشت های احشایی (دل، قلوه، کله پاچه و مغز)؛
- استفاده متعادل از غذاهای نشاسته ای مثل ماکارونی و سیب زمینی؛
- محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ (حداکثر سه عدد در هفته)؛
- اجتناب از مصرف غذاهای پرانرژی حاوی مقادیر زیاد چربی و کربوهیدرات مثل سس مایونز، انواع شیرینی ها و شکلات؛
- استفاده از میوه و سبزیجات در میان وعده ها؛
- استفاده از روغن مایع به جای روغن جامد؛
- مصرف انواع سالاد بدون سس ترجیحاً قبل از غذا یا همراه غذا و استفاده از آب نارنج، سرکه و آبلیمو به جای سس سالاد؛

رفتار درمانی

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

- شرکت در کلاس های ورزش؛

فعالیت های بدنی

کاملاً مشابه با بخش فشارخون صفحه ۱۳ است .

پیگیری

الف: پیگیری سالمند با نمایه توده بدنی کمتر از ۲۱

- چنانچه سالمند در طبقه "احتمال ابتلا به سوء تغذیه" قرار گرفت، بعد از ارجاع سالمند به کارشناس تغذیه توسط پزشک، سالمند را ماهانه پیگیری کنید و به کارشناس تغذیه ارجاع دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "در معرض ابتلا به سوء تغذیه" قرار گرفت، سالمند را سه ماه بعد جهت ارجاع مجدد به کارشناس تغذیه پیگیری نمایید. پیگیری های بعدی را طبق نظر کارشناس تغذیه انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "وضعیت تغذیه طبیعی" قرار گرفت، سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق کنید.

ب : پیگیری سالمند با نمایه توده بدنی ۲۱ و بالاتر

- چنانچه سالمند در طبقه "احتمال چاقی" قرار می گیرد، بعد از ارجاع به کارشناس تغذیه توسط پزشک، سالمند را ماهانه پیگیری کنید و به کارشناس تغذیه ارجاع دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "اضافه وزن با عادات تغذیه ای نامطلوب" قرار گرفت، پس از ارجاع به کارشناس تغذیه، پیگیری های بعدی را طبق نظر وی انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "اضافه وزن با عادات تغذیه ای متوسط تا مطلوب" قرار گرفت، سالمند را دو دوره (هر سه ماه یکبار) پیگیری کنید. در صورت برطرف نشدن مشکل سالمند طی دو دوره سه ماهه، او را به کارشناس تغذیه ارجاع داده و پیگیری بعدی را طبق نظر وی انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "وزن طبیعی با عادات تغذیه ای متوسط" قرار گرفت، سالمند را دو دوره (هر سه ماه یکبار) پیگیری کنید. در صورت برطرف نشدن مشکل سالمند طی دو دوره سه ماهه، او را به کارشناس تغذیه ارجاع داده و پیگیری بعدی را طبق نظر وی انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "وزن طبیعی با عادات تغذیه ای متوسط" قرار گرفت، سالمند را شش ماه بعد پیگیری نموده و مورد ارزیابی مجدد قرار دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "وزن طبیعی با عادات تغذیه ای مطلوب" قرار گرفت، سالمند را برای مراجعه مجدد یک سال بعد تشویق کنید.

فصل سوم – اختلالات چربی خون

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
<ul style="list-style-type: none"> سن ۶۰ تا ۷۹ سال 	<p>مشکل</p> <p>احتمال اختلالات چربی خون</p>	<ul style="list-style-type: none"> به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید. سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید در صورتی که پزشک سالمند را به سطوح تخصصی یا کارشناس تغذیه مرکز ارجاع دهد، سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید.

فصل سوم: اختلالات چربی خون

اختلالات چربی خون قویاً با بروز بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط دارد، از این رو تشخیص، درمان و پیگیری آن در سالمندان حائز اهمیت است. سالمندان ۶۰ تا ۷۹ ساله را برای بررسی از نظر اختلالات چربی خون به پزشک ارجاع دهید. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید.

فصل چهارم - دیابت

توصیه ها	طبقه بندی		نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و فعالیت بدنی مناسب را آموزش دهید. • سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید، در صورتی که پزشک سالمند را به سطوح تخصصی ارجاع دهد، سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید، در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید. 	احتمال دیابت	مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • ابتلا به دیابت یا • مصرف داروی کنترل کننده قند خون یا • نداشتن آزمایش قندخون ناشتا طی یک سال قبل یا • آزمایش قندخون ناشتای ۱۰۰ و بیشتر
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر، علامت یا یک سال بعد تشویق کنید. 	عدم ابتلا به دیابت	فاقد مشکل	<ul style="list-style-type: none"> • عدم ابتلا به دیابت و • عدم مصرف داروی کاهش دهنده قند خون و • آزمایش قند خون ناشتای زیر ۱۰۰

طبقه بندی کنید

ارزیابی کنید:
از سالمند یا همراه وی سؤال کنید
بررسی کنید
<ul style="list-style-type: none"> • ابتلا به دیابت • مصرف داروی کنترل کننده قند خون • بررسی آزمایش قند خون ناشتا طی یک سال قبل

فصل چهارم : دیابت

سالمندان مبتلا به دیابت نسبت به سالمندان غیر دیابتی در معرض خطر بیشتری از نظر مرگ زودرس، اختلال عملکرد و بیماری های همراه مانند فشارخون، بیماری قلبی عروقی و سکنه ها، افسردگی، اختلال شناختی، بی اختیاری ادرار، سقوط، دردهای دایمی و چند دارویی(پلی فارمسی) هستند.

نیمی از افراد سالمند دیابتی، از بیماری خود اطلاعی ندارند، همچنین علایمی مانند پرادراری، پرخوری، پرنوشی و کاهش وزن که در سایر گروه های سنی احتمال دیابت را مطرح می کند در سالمندان به ندرت بروز می کند، زیرا آستانه کلیه برای دفع گلوکز در ادرار با افزایش سن، بالا می رود و تا زمانی که سطح گلوکز سرم به مقادیر بالایی نرسد، گلوکز در ادرار سرریز نمی گردد. به علاوه چون حس تشنگی در سالمندان اختلال پیدا کرده، پرنوشی نیز در سالمندان دیابتی بروز نمی کند. گاهی سالمندان دیابتی وقتی با یک عارضه مانند سکنه قلبی یا مغزی در بیمارستان بستری می گردند، تشخیص دیابت برای آنها داده می شود.

سالمند را از نظر احتمال دیابت ارزیابی کنید

ابتلا به دیابت : چنانچه سالمند مبتلا به دیابت است، آیا با تشخیص پزشک بوده است؟ در صورت پاسخ بلی آن را ثبت نمایید.

مصرف داروی کنترل کننده قند خون : از سالمند مبتلا به دیابت در خصوص مصرف داروی پایین آورنده قند خون سؤال کنید. از وی بخواهید که در زمان مراجعه به پزشک داروهای مصرفی خود را همراه داشته باشد. آزمایش قندخون ناشتا طی یک سال قبل : اگر سالمند در طی یک سال گذشته آزمایش قند خون ناشتا انجام داده است، میزان آن را مشاهده کنید.

سالمند را از نظر احتمال دیابت طبقه بندی کنید

با توجه به عوامل خطر، سالمند را از نظر احتمال ابتلا به دیابت به شرح زیر طبقه بندی کنید:

- سالمند "مبتلا به دیابت" یا "سالمند با مصرف داروهای کاهش دهنده قندخون" یا "سالمند با یک آزمایش قند خون ناشتای بالای ۱۰۰ طی یک سال گذشته" یا "سالمند بدون آزمایش قندخون ناشتا طی یک سال گذشته"، در طبقه مشکل "**احتمال دیابت**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید و در صورتی که در کلاس های شیوه زندگی سالم حضور نیافته است، اهمیت شرکت در کلاس ها را ذکر نمایید. سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند با "عدم ابتلا به دیابت" و "عدم مصرف داروهای کاهش دهنده قندخون" و "با یک آزمایش قند خون ناشتای زیر ۱۰۰ طی یک سال گذشته"، در طبقه فاقد مشکل "**عدم ابتلا به دیابت**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی تغذیه و تمرینات بدنی مناسب را آموزش دهید و در صورتی که در کلاس های شیوه زندگی سالم حضور نیافته است، اهمیت شرکت در کلاس ها را ذکر نمایید.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند مبتلا به دیابت

در ابتدا سالمند باید بداند که کنترل دقیق قند خون برای پیشگیری از عوارض دیابت مانند مشکلات چشمی، ناراحتی های کلیه، ناراحتی های قلبی، بی حسی و گزگز کردن دست ها و پاها و نیز دیر بهبود یافتن زخم ها، اهمیت زیادی دارد، همچنین تظاهرات زودرس و دیررس بیماری را به تأخیر می اندازد و در صورت ایجاد عوارض، از ناتوانی های ناشی از آنها مثل کوری، قطع عضو، نارسایی شدید کلیه، سکنه قلبی و مرگ پیشگیری می کند. در هر بار ملاقات با سالمند، نکته های زیر را آموزش دهید:

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

۲. **تغذیه مناسب**:

- افزایش تعداد وعده های غذا و کاهش میزان غذا در هر وعده؛

- متناسب بودن غذای مصرفی با فعالیت های بدنی؛
 - حذف نکردن یکی از وعده های اصلی غذا به خصوص در سالمندان لاغر و سالمندان تحت درمان دارویی؛
 - استفاده زیاد از میوه های غیر شیرین و سبزی ها در وعده های غذایی؛
 - محدود کردن مصرف میوه های شیرین مانند انگور، خربزه، خرما، توت و همچنین خشکبار مانند توت خشک، کشمش، قیسی و ...؛
 - مصرف بیشتر از حیوانات در برنامه غذایی روزانه؛
 - استفاده از نان های سبوس دار؛
 - محدود کردن قند، شکر و شیرینی مانند آب نبات، شکلات، شیرینی، گز، سوهان و ... در برنامه غذایی؛
 - استفاده مناسب از مواد نشاسته ای مانند نان، برنج، سیب زمینی، گندم، جو و ماکارونی به میزانی که موجب افزایش وزن نشوند؛
 - کاهش مصرف چربی ها (خودداری از سرخ کردن غذا و تهیه آن به صورت آب پز، بخارپز، کبابی)؛
 - استفاده از گوشت های کم چرب (قبل از پخت، چربی گوشت و پوست و چربی مرغ را جدا کند)؛
 - استفاده از شیر و ماست کم چرب؛
 - محدود کردن مصرف زرده تخم مرغ؛
 - مصرف کمتر گوشت های احشایی مانند جگر، مغز، قلوه و کله پاچه؛
 - استفاده از روغن مایع کانولا و زیتون؛
- توجه :** بعضی از افراد مبتلا به دیابت می توانند با نظر پزشک معالج خود روزه بگیرند.

۳. ورزش و تمرینات بدنی:

افزایش تمرینات بدنی در کنترل بیماری قند اهمیت بسیار دارد. ورزش و تمرینات بدنی باید متناسب با شرایط و وضعیت سلامت شخص باشد و به طور منظم و مستمر انجام گیرد. زمان ورزش بهتر است عصر (بعد از ظهر) باشد. سالمندان می توانند ورزش های سبک مثل نرمش و پیاده روی انجام دهند. بهتر است در مورد نوع ورزش با پزشک مشورت نمایند.

نکات ایمنی هنگام ورزش

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

۴. برخورد با افت قند خون :

- علایم افت قند خون مانند احساس ضعف شدید و بیحالی، لرزش، تعریق را به سالمند آموزش دهید.

- در صورت بروز علائم افت قند خون، سالمند بلافاصله سه حبه قند در یک لیوان آب یا دو قاشق مربا خوری شکر در یک لیوان آب یا سه چهارم لیوان آب میوه یا یک قاشق غذاخوری عسل بخورد و تا یک ساعت آینده یک وعده غذایی شامل کربوهیدرات و پروتئین مصرف نماید.

۵. مراقبت از پاها در سالمند دیابتی:

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

۶. ترک دخانیات

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

۷. نحوه ی مصرف و تزریق انسولین

نحوه ی نگه داری انسولین

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

نحوه ی مخلوط کردن

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

- هیچ گونه ماده ی رقیق کننده و یا داروی دیگری نباید به مخلوط دو نوع انسولین اضافه شود.
 - مخلوط انسولین کریستال و NPH را هم می توان فوراً تزریق کرد و هم می توان برای وعده بعدی تزریق نگه داری کرد. البته هنگام استفاده برای وعده بعد باید سرنگ را بین دست ها حرکت داد تا انسولین مخلوط شود.
- نکته مهم: همیشه باید اول انسولین کریستال در سرنگ کشیده شود و بعد انسولین NPH، در غیر این صورت ساختمان و اثر انسولین کریستال تغییر می کند.

رعایت بهداشت سرنگ ها

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

محل های تزریق انسولین

- باید در بافت زیر جلدی قسمت بالای بازو، سطح جلو و کناری قابل دید ران ها و در محدوده ی ۵ سانتی متری اطراف ناف تزریق شود.
- تزریق نباید داخل عضله انجام گیرد و باید حتماً در زیر پوست و در بافت چربی باشد.
- تزریق انسولین باید هر دفعه در یک محل جداگانه انجام شود (چرخشی)، در غیر این صورت ممکن است پوست سفت شود.
- سرعت جذب انسولین در محل های مختلف متفاوت است، به این صورت که در شکم جذب از همه ی قسمت ها سریع تر است، بعد در بازوها و بعد ران ها و در باسن از همه ی قسمت ها کندتر جذب می شود. بهتر است در صورتی که فرد دو بار تزریق در روز دارد، صبح ها روی شکم و شب ها بالای ران تزریق انجام شود.
- هر ورزشی میزان جذب انسولین را از نواحی تزریق مربوط به آن ورزش افزایش می دهد، به طور مثال در صورت تزریق در ران ها در هنگام دویدن جذب انسولین سریع تر می شود.
- تغییرات پوستی نواحی تزریق مثل تورم، قرمزی و سفتی باعث کندی جذب انسولین می شود. تفاوتی ندارد که از چه روشی برای تزریق انسولین استفاده می کنند، فقط باید مطمئن باشید که تزریق خود را در محلی انجام می دهند که میزان مناسبی از چربی در زیر پوست قرار دارد. تزریق انسولین به صورت زیر جلدی (زیر پوستی) و اغلب بدون هیچ گونه درد و یا سوزشی انجام می شود. سرعت جذب انسولین، به محل تزریق بستگی دارد.

۸. مصرف داروهای تجویز شده

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

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

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

پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه " احتمال دیابت " قرار گرفت، در صورتی که پزشک سالمند را به متخصص ارجاع دهد، سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید، در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه " عدم ابتلا به دیابت " قرار گرفت، سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه و یا یک سال بعد تشویق نمایید.

مطالبی برای مطالعه بیشتر

افزایش قندخون در بدن، بیماری دیابت نامیده می شود. این بیماری انواع مختلفی دارد، ولی به طور عمده به دو دسته:

۱- دیابت نوع ۱

۲- دیابت نوع ۲ و دیابت بارداری تقسیم می شود.

بیش از ۹۰٪ بیماران مبتلا به دیابت از نوع ۲ هستند و حدود ۱۰٪ از دیابت نوع ۱ رنج می برند. بیشتر افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بزرگسال و چاق هستند، اما دیابت نوع ۱ بیشتر در کودکان و نوجوانان دیده شده و باعث لاغری و ضعیف شدن بیماران می شود. عامل بروز دیابت نوع ۱ کاهش یا عدم ترشح هورمونی به نام انسولین است. به طور معمول در دیابت نوع ۲ مقدار ترشح انسولین طبیعی است و یا حتی افزایش یافته است، اما سلول های بدن حساسیت خود را به انسولین از دست داده اند که این وضعیت مقاومت به انسولین نامیده می شود.

در اینجا به معرفی **دیابت نوع ۲** میپردازیم:

علت اصلی بیماری دیابت هنوز به طور کامل شناخته نشده، در افراد بزرگسال (به سن بیش از ۳۰ سال) عواملی از قبیل اضافه وزن و چاقی، کم تحرکی یا عدم فعالیت بدنی (ورزش)، سابقه ی فامیلی و ارثی، چربی و فشارخون بالا مهم ترین علل بروز دیابت نوع ۲ هستند.

دیابت درمان قطعی ندارد، اما در حال حاضر فقط می توانیم با کنترل قند خون در محدوده ی طبیعی از بروز عوارض دیابت پیشگیری کنیم.

انسولین موجود در خون افراد دیابتی، قادر به تسهیل ورود گلوکز (قند) به درون سلول نیست. بنابراین سلول اجازه ی ورود به گلوکز (قند) را نمی دهد و در نتیجه مقدار قند در خون افزایش می یابد. البته در برخی از مبتلایان به دیابت نوع ۲ نیز مقدار انسولین ساخته شده توسط سلول های لوزالمعده (پانکراس) کاهش می یابد.

عوامل ارثی و محیطی دلایل اصلی پیدایش این اختلال ها هستند. استعداد ژنتیکی در بروز دیابت نوع ۲ بیش از دیابت نوع ۱ نقش دارد، به همین دلیل است که در بیشتر افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ سابقه ی خانوادگی مثبت وجود دارد، چاقی مهم ترین عامل محیطی دخیل در بروز دیابت نوع ۲ است. افزایش چربی در بدن باعث افزایش مقاومت به انسولین و بنابراین بالا رفتن قند خون می شود. به همین دلیل است که دیابت نوع ۲ در بیش از نیمی از موارد با ورزش و رژیم غذایی کنترل می گردد.

کم تحرکی و مصرف غذاهای پرانرژی که مشخصه شیوه زندگی در شهرهای بزرگ و صنعتی است، عامل بروز دیابت نوع ۲ است.

عوارض حاد (زودرس) دیابت

هیپوگلیسمی، کمای هیپراسمولار و کتواسیدوز را عوارض زودرس دیابت می نامند.

۱- هیپو گلیسمی :

هیپو گلیسمی به معنای افت قند خون می باشد و یکی از شایع ترین و بدترین عوارض حاد دیابت است که گاهی عوارض جبران ناپذیری را به دنبال دارد و یکی از علل مرگ و میر بیماران دیابتی می باشد. این حالت در مصرف کنندگان داروهای خوراکی کاهنده قند خون مانند گلی بن کلامید و انسولین و یا فراموش کردن صرف یک وعده غذایی اصلی و یا انجام فعالیت بدنی شدیدتر نسبت به اوقات دیگر، اتفاق می افتد. ، مقدار قند خون بسیار کاهش یافته و احساس ضعف شدید، لرزش، گرسنگی، سردرد و سرگیجه به وجود می آید. هیپوگلیسمی در صورت عدم اقدام فوری به تشنج، عدم هوشیاری، بیهوشی و در نهایت مرگ منجر می شود.

درمان هیپوگلیسمی قبل از دست دادن هوشیاری سالمند بسیار حائز اهمیت است . در مواجهه با سالمند دچار علائم هیپوگلیسمی، در اسرع وقت، دادن ۱۵ گرم کربو هیدرات ضروری است.

۱۵ گرم کربوهیدرات معادل: ۱- سه حبه قند محلول در آب ۲- دو قاشق مربا خوری شکر محلول در آب ۳- سه چهارم لیوان آب میوه ۴- یک قاشق غذا خوری عسل، می باشد.

نکته مهم : در برخورد با بیمار دیابتی بدحال که نمی توان تشخیص داد علت بدحالی افت قند خون (هیپو گلیسمی) یا افزایش غیر طبیعی قند خون (هیپر گلیسمی) است، به دلیل اینکه افت قند خون برای سالمند تهدید حیات محسوب می شود، بنا را بر افت قند خون گذاشته و اقدام فوری انجام شود. پس از دادن ۱۵ گرم کربو هیدرات به سالمند حتماً باید وی را تحت نظر گرفت و توصیه شود تا یک ساعت آینده یک وعده غذایی شامل کربوهیدرات و پروتئین مصرف نماید.

باید توجه داشت برای سالمند دچار هیپو گلیسمی، احتمال تکرار تا ۲۴ ساعت آینده وجود دارد و توصیه های لازم را به سالمند و همراه وی ارائه نمایید.

۲- کمای هیپراسمولار:

افزایش قند خون و عدم دریافت مقدار کافی مایعات در مدت زمان طولانی به این وضعیت منجر می شود. در هر فرد مسن با اختلال هوشیاری باید به فکر این عارضه بود. علایم اصلی کمای هیپراسمولار عبارتند از:

- تشنگی و پرنوشی چند روزه
- علایم عصبی از اختلال هوشیاری تا اغما
- افزایش حجم ادرار و علائم کم آبی بدن

عفونت ها مانند عفونت های ریوی و ادراری، شایع ترین علل بروز کمای هیپراسمولار هستند. عدم مصرف قرص های کاهنده قند خون یا انسولین، مصرف برخی داروها و عدم دسترسی کافی به آب، برخی دیگر از علل بروز این عارضه هستند.

عوارض دیررس دیابت

دیابت تقریباً تمام دستگاه های بدن را درگیر می کند و عوارض دیر رس به دو گروه اصلی تقسیم می شوند:

۱. بیماری های عروق خونی کوچک (عوارض میکروواسکولار) شامل :

- بیماری های چشمی (رتینوپاتی)
- بیماری های کلیوی (نفروپاتی)
- بیماری های دستگاه عصبی (نوروپاتی)

۲. بیماری های عروق خونی بزرگ (عوارض ماکروواسکولار)

بیماری درگیر کننده ی عروق خونی بزرگ یا عوارض ماکروواسکولار به طور عمده عروق قلب (شریان های کرونر) و مغز را گرفتار می سازند و سبب سکته های قلبی و مغزی می شوند.

یکی از عوارض دیررس مهم دیابت، پای دیابتی نامیده می شود. در این بیماری ابتدا زخمی در انگشتان پا به وجود می آید، ولی به علت اختلال در خون رسانی بهبودی حاصل نمی شود و زخم پیشرفت می کند. در صورت عدم کنترل بیماری، عضو مبتلا دچار گانگرن (قانقاریا) شده و برای جلوگیری از پیشرفت آن اندام مبتلا باید قطع شود. مرحله ی اول بیماری یعنی به وجود آمدن زخم، اغلب به دلیل بی حسی و عدم درک درد، فشار، گرما یا سرما است که ناشی از عوارض عصبی دیابت است. اما عدم بهبودی زخم به دلیل اختلال در عروق و خون رسانی عضو مبتلا است و بنابراین عوارض میکرو و ماکروواسکولار هر دو در ایجاد پای دیابتی نقش دارند. عدم تشخیص و درمان به موقع عوارض دیابت در نهایت به نایبایی، نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه، قطع پا و سکته های قلبی و مغزی منجر می شود.

روش های آزمایشگاهی تشخیص انواع دیابت

آزمایش های رایج برای تشخیص دیابت عبارتند از:

۱. اندازه گیری قند خون ناشتا (FBS)
۲. آزمایش تحمل گلوکز (OGTT)
۳. اندازه گیری قند خون ناشتا (BS)
۴. اندازه گیری HbA_{1c}

۱. اندازه گیری قند خون ناشتا (FBS)

برای انجام این آزمایش فرد آزمایش دهنده باید ۸ ساعت ناشتا باشد. در صورتی که مقدار قند خون مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد، آزمایش یک بار دیگر انجام می شود و اگر در نوبت دوم نیز مقدار قند خون مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر باشد، ابتلا به دیابت قطعی است.

مقدار طبیعی قند خون در این آزمایش بین ۱۰۰-۷۰ میلی گرم در دسی لیتر است. اگر نتیجه ی آزمایش بین ۱۲۵-۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد آزمایش دهنده نه سالم است و نه بیمار که به این وضعیت اختلال قند ناشتا (IFG) می گویند.

اختلال قند خون ناشتا (IFG): افراد مبتلا به (IFG) پره دیابتیک در معرض خطر ابتلا به دیابت هستند و باید وزن خود را کاهش دهند. استفاده از رژیم غذایی سالم و انجام فعالیت های ورزشی منظم و دائمی ضمن کمک به کاهش وزن، سبب کاهش قند خون خواهد شد.

۲. آزمایش تحمل گلوکز (OGTT)

در این آزمایش ابتدا از مقدار ۷۵ گرم گلوکز محلول در آب به فرد آزمایش دهنده (که از ۸ ساعت قبل ناشتا بوده می دهند و دو ساعت پس از مصرف این محلول قند خون را اندازه می گیرند. اگر مقدار قند خون مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، ابتلا به دیابت قطعی است و لازم نیست آزمایش دوباره تکرار شود. در صورتی که مقدار قند خون کمتر از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، نتیجه ی آزمایش طبیعی قلمداد می شود. اگر مقدار قند خون بین ۱۹۹-۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، فرد آزمایش دهنده دچار اختلال تحمل گلوکز (IGT) است.

۳. اندازه گیری قند خون غیرناشتا (BS)

در صورتی که فرد آزمایش دهنده ناشتا نباشد، آزمایش انجام می شود و اگر قند خون کمتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، نتیجه ی آزمایش طبیعی است و شخص سالم است. اگر مقدار قند خون مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد و علائم کلاسیک دیابت (پرنوشی، پر ادراری و پر خوری) وجود داشته باشد، شخص آزمایش دهنده مبتلا به دیابت است. آزمایش قند غیرناشتا معمولاً برای تشخیص دیابت مورد استفاده قرار نمی گیرد.

۴. آزمایش HbA_{1c}

در حال حاضر در سیستم بهداشتی از این آزمایش برای تشخیص دیابت استفاده نمی شود. این آزمایش بهترین روش برای بررسی وضعیت کنترل قند خون طی سه ماه گذشته است.

افراد پره دیابتیک چه کسانی هستند؟

افرادی که قند خون ناشتا در آنها ۱۲۵-۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، اختلال قند خون ناشتا IFG دارند و در کسانی که در آزمایش تحمل قند دو ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز، قند خون آنها ۱۹۹-۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر باشد، اختلال تحمل گلوکز IGT دارند. مجموعه ی افرادی که مبتلا به IFG یا IGT هستند، پره دیابتیک نامیده می شوند. این افراد در معرض خطر محسوب شده و باید سالانه جهت انجام آزمایش قند خون به پزشک ارجاع شوند.

آزمایش FBS ← ۱۲۵-۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر = IFG. آزمایش OGTT پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز ۱۹۹-۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر = IGT

پیشگیری و غربالگری در دیابت نوع ۲

در این نوع دیابت، هیپرگلیسمی به تدریج پیشرفت می کند. این افراد اغلب بدون علامت بوده و یا علائم آنها شدید نیست و در نتیجه در بسیاری از موارد بیماری تشخیص داده نمی شود. معمولاً زمانی که به پزشک مراجعه می کنند از بیماری خود آگاه می شوند و آن موقع به عوارض مزمن دیابت نظیر پای دیابتی، گانگرن پا، سکته ی قلبی یا مغزی، نارسایی کلیه و یا کوری دچار شده اند.

با تشخیص اختلال تحمل گلوکز، قبل از ابتلا به دیابت و اقدام جهت کنترل عوامل خطر (از جمله کاهش وزن از طریق اصلاح رژیم غذایی و افزایش تمرینات بدنی) می توان از بروز دیابت پیشگیری کرده و یا حداقل بروز بیماری را به تعویق می اندازد.

فصل پنجم - سقوط و عدم تعادل

توصیه ها	طبقه بندی	نشانه ها
<ul style="list-style-type: none"> • با توجه به نتایج تست تعادل و پرسشنامه فعالیت های روزانه زندگی (ADL)، سالمند و همراه وی را در خصوص پیشگیری از سقوط و حوادث و تمرینات تعادلی آموزش دهید. • چک لیست ارزیابی ایمنی محیط منزل را برای سالمند تکمیل کنید. • سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. • در صورتی که پزشک سالمند را به سطوح تخصصی ارجاع دهد، سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید. • به سالمند توصیه کنید سالی یک بار جهت ارزیابی بینایی و شنوایی به بینایی سنج و شنوایی سنج مراجعه نماید. • در صورت ارجاع سالمند برای احتمال فشارخون بالا یا افت فشارخون وضعیتی یا دیابت یا اختلالات شناختی، قید شود که سالمند در معرض سقوط قرار دارد. 	احتمال سقوط	مشکل
<ul style="list-style-type: none"> • به سالمند و همراه وی در زمینه پیشگیری از سقوط و حوادث و تمرینات تعادلی آموزش دهید. • سالمند را به مراجعه در صورت بروز عامل خطر یا یک سال بعد تشویق کنید. • پی گیری مصرف کلسیم و ویتامین D • به سالمند توصیه کنید سالی یک بار جهت ارزیابی بینایی و شنوایی به بینایی سنج و شنوایی سنج مراجعه نماید. 	احتمال کم سقوط	فاقد مشکل

طبقه بندی کنید

ارزیابی کنید :
<p>از سالمند یا همراه وی سؤال کنید</p> <p>۱- آیا در یک سال اخیر سابقه سقوط داشته اید؟ اگر بلی چندبار؟ در چه مکانی؟ در حین انجام چه فعالیتی؟ آیا دچار صدمه هم شده اید؟</p> <p>۲- آیا هنگام راه رفتن یا ایستادن احساس ناپایداری و عدم تعادل داشته اید؟</p> <p>۳- آیا از اینکه سقوط کنید می ترسید؟</p> <p>(در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سوالات بالا تست تعادل در وضعیت حرکت را انجام دهید.)</p>
<p>اقدام کنید :</p> <ul style="list-style-type: none"> • تست تعادل در وضعیت حرکت را برای سالمند انجام دهید. • اگر اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت بود، پرسشنامه فعالیت های روزانه زندگی (ADL) * صفحه ۳۴ را برای سالمند تکمیل نموده و سالمند را همراه با نتیجه آن به پزشک ارجاع دهید.

*ADL= Activity of Daily Living

فصل پنجم: سقوط و عدم تعادل

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

علل سقوط : علل مختلفی دارد و معمولاً ترکیبی از:

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

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

سالمند را از نظر احتمال سقوط و عدم تعادل ارزیابی کنید

از سالمند یا همراه وی سؤال کنید آیا در یک سال اخیر سابقه سقوط داشته اید؟ اگر بلی چندبار ؟ در چه مکانی؟ در حین انجام چه فعالیتی؟ آیا دچار صدمه هم شده اید؟

آیا هنگام راه رفتن یا ایستادن احساس ناپایداری و عدم تعادل دارید؟

آیا از اینکه سقوط کنید، می ترسید؟

در صورت پاسخ مثبت به هر یک از سؤالات بالا، **تست تعادل در وضعیت حرکت** را انجام دهید.

تست تعادل در وضعیت حرکت : از سالمند بخواهید از روی صندلی بلند شود و به اندازه سه متر تا نقطه ای که شما روی زمین با علامت مشخص کرده اید بطرف جلو برود، سپس برگردد و به طرف صندلی آمده و مجدداً روی صندلی بنشیند. قبل از انجام تست، آن را برای سالمند توضیح دهید و از او بخواهید زمانی که شما می گوئید حرکت، بلند شده و حرکت را شروع کند. از زمان شروع حرکت سالمند تا نشستن مجدد وی با ثانیه شمار زمان بگیرید. چنانچه زمان انجام این فعالیت حداکثر ۱۲ ثانیه به طول بیانجامد، تست را طبیعی و در غیر این صورت یعنی اگر زمان تست بیش از ۱۲ ثانیه طول بکشد، تست را غیرطبیعی قلمداد کنید و پرسشنامه فعالیت های روزانه زندگی (ADL) صفحه ۳۴ را برای سالمند تکمیل نمایید و سالمند را همراه با نتیجه آن به پزشک ارجاع دهید. امتیاز کامل این تست ۶ بوده و امتیاز کمتر از ۶ یک عامل خطر محسوب می شود.

سالمند را از نظر احتمال سقوط و عدم تعادل طبقه بندی کنید

سالمند را به شرح زیر طبقه بندی کنید:

• سالمند با "پاسخ مثبت به یکی از سه سؤال ارزیابی اولیه" و "اختلال در تست تعادل در وضعیت حرکت"، در طبقه مشکل "**احتمال سقوط**" قرار می گیرد. با توجه به نتایج تست تعادل و پرسشنامه فعالیت های روزانه زندگی (ADL) سالمند و همراه وی را در خصوص پیشگیری از سقوط و حوادث و تمرینات تعادلی آموزش دهید. چک لیست ارزیابی ایمنی محیط منزل را برای سالمند تکمیل کنید.

سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید به سالمند توصیه کنید، سالی یک بار جهت ارزیابی بینایی و شنوایی به بینایی سنج و شنوایی سنج مراجعه نماید. در صورت ارجاع سالمند برای احتمال فشارخون بالا یا افت فشارخون وضعیتی یا دیابت یا اختلالات شناختی، قید شود که سالمند در معرض سقوط قرار دارد.

• سالمند با "پاسخ منفی به هر سه سؤال: آیا در یک سال اخیر سابقه سقوط داشته اید؟ آیا هنگام راه رفتن یا ایستادن احساس ناپایداری و عدم تعادل داشته اید؟ آیا از اینکه سقوط کنید، می ترسید؟" یا "سالمند با تست تعادل در وضعیت حرکت طبیعی"، در طبقه فاقد مشکل "**احتمال کم سقوط**" قرار می گیرد. به سالمند و همراه وی در زمینه پیشگیری از سقوط و حوادث با استفاده از جدول آموزشی صفحه ۳۵ و تمرینات تعادلی را با استفاده از فصل تمرینات بدنی کتاب بهبود شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی آموزش دهید. از نظر مصرف کلسیم و ویتامین D پیگیری کنید. به سالمند توصیه کنید سالی یک بار جهت ارزیابی بینایی و شنوایی به بینایی سنج و شنوایی سنج مراجعه نماید.

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

امتیاز	دستور العمل	فعالیت	ردیف
	<p>۱: قادر است به تنهایی و کامل حمام کند یا تنها برای یک قسمت بدن (پشت، ناحیه تناسلی و انتهاها) به کمک نیاز دارد.</p> <p>♦: برای بیش از یک قسمت از بدن، وارد یا خارج شدن از زیر دوش یا وان به کمک نیاز دارد و یا به حمام کامل نیاز دارد.</p>	حمام کردن	۱
	<p>۱: به تنهایی قادر به برداشتن لباس از کمد، پوشیدن و درآوردن و بستن کمربند و ... می باشد (بند کفش مستثنی است).</p> <p>♦: برای قسمتی از لباس پوشیدن و یا به طور کامل نیاز به کمک دارد.</p>	لباس پوشیدن، درآوردن	۲
	<p>۱: قادر است به توالت رفته، کارش را انجام داده، شستشو کند، لباس هایش را بپوشد و خارج شود .</p> <p>♦: برای رفتن به توالت و انجام کارها و شستشو و ... به کمک نیاز داشته و یا از لگن یا پوشک استفاده می کند.</p>	توالت رفتن	۳
	<p>۱: قادر است به تنهایی و یا با کمک ابزار (عصا) داخل یا خارج صندلی یا تخت خواب خود شود.</p> <p>♦: برای جابجایی از رختخواب به صندلی نیاز به کمک فرد دیگر دارد.</p>	جابجا شدن در منزل	۴
	<p>۱: اختیار کامل ادرار و مدفوع خود را دارد.</p> <p>♦: بی اختیاری کامل یا نسبی ادرار و مدفوع دارد.</p>	اختیار داشتن (ادرار / مدفوع)	۵
	<p>۱: قادر است به تنهایی غذا بخورد. ممکن است غذا را با کمک دیگران تهیه نماید.</p> <p>♦: نیاز به کمک جزئی یا کامل برای غذا خوردن و یا تغذیه وریدی دارد.</p>	غذا خوردن	۶
	جمع امتیاز		

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

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

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

پیگیری

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

فصل ششم - افسردگی

ارزیابی کنید :

پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان را برای سالمند تکمیل کنید و بر اساس "تفسیر پاسخ"، نمرات را جمع بندی و سپس طبقه بندی نمایید.

۱. آیا از زندگی خود راضی هستید؟
-۰ بلی -۱ خیر
۲. آیا احساس می کنید که زندگی شما پوچ و بی معنی است؟
-۱ بلی -۰ خیر
۳. آیا اغلب کسل هستید؟
-۱ بلی -۰ خیر
۴. آیا اغلب اوقات وضع روحی خوبی دارید؟
-۱ بلی -۰ خیر
۵. آیا می ترسید اتفاق بدی برای شما بیفتد؟
-۱ بلی -۰ خیر
۶. آیا در اغلب مواقع احساس سر حالی می کنید؟
-۱ بلی -۰ خیر
۷. آیا اغلب احساس درماندگی می کنید؟
-۱ بلی -۰ خیر
۸. آیا فکر می کنید زنده بودن، لذت بخش است؟
-۱ بلی -۰ خیر
۹. آیا در وضعیت فعلی خود، احساس بی ارزشی زیادی می کنید؟
-۱ بلی -۰ خیر
۱۰. آیا احساس می کنید موقعیت شما نا امید کننده است؟
-۱ بلی -۰ خیر
۱۱. آیا فکر می کنید حال و روز اکثر آدم ها از شما بهتر است؟
-۱ بلی -۰ خیر

مجموع امتیازات :

نشانه ها	طبقه بندی	توصیه ها
نمره کل مساوی یا بیشتر از ۶	مشکل احتمال افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید. در صورتی که پزشک، سالمند را به سطوح تخصصی ارجاع دهد، سالمند را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید، در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید. به سالمند راه های اصلاح شیوه زندگی به منظور مقابله با افسردگی را آموزش دهید.
نمره کل کمتر از ۶	فاقد مشکل عدم ابتلا به افسردگی	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق نمایید.

طبقه بندی کنید

فصل ششم: افسردگی

سالمند را از نظر احتمال ابتلا به افسردگی ارزیابی کنید.

سالمند را با استفاده از پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان ارزیابی کنید.

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

- در این بخش می‌خواهم سؤالاتی در زمینه شرایط روان‌شناختی و استرس‌های شما بپرسم.
 - هدف از این پرسشگری شناسایی زودرس ناراحتی‌های اعصاب و روان در مراجعین است. به این ترتیب افراد نیازمند به درمان، مراقبت و مشاوره، زودتر شناخته شده و برای درمان ارجاع می‌شوند و بدین ترتیب می‌توان از بروز ناراحتی‌های شدید اعصاب و روان پیشگیری نمود.
 - در خصوص حفظ رازداری، اطمینان دهید مطالبی که در این جلسه مطرح می‌گردد فقط مربوط به ارزیابی سلامت و تکمیل پرونده بهداشتی شما می‌باشد. کلیه اطلاعات در این پرونده محفوظ می‌ماند.
 - این غربالگری به عنوان یک فرآیند استاندارد برای تمام مراجعان انجام می‌شود.
 - پاسخگویی باز و صادقانه شما به تیم سلامت در ارائه خدمات مورد نیاز کمک می‌کند.
 - سؤالاتی که از شما پرسیده می‌شود، در مورد حالت‌هایی است که در طول حداقل یک هفته گذشته تجربه کرده اید. در پاسخ به هر سؤال می‌توانید بگوئید « بلی یا خیر»
- دقت کنید:** در پرسشنامه مقیاس افسردگی سالمندان، در برخی از سؤالات امتیاز یک به پاسخ‌های بلی و در برخی دیگر، به پاسخ‌های خیر تعلق می‌گیرد.

سالمند را از نظر احتمال ابتلا به افسردگی طبقه بندی کنید

- سالمند با "نمره ۶ و بیشتر، از پرسشنامه مقیاس افسردگی" در طبقه بندی مشکل "احتمال ابتلا به افسردگی" قرار می‌گیرد. سالمند را به پزشک ارجاع غیر فوری دهید.
- سالمند با "نمره کمتر از ۶ از پرسشنامه مقیاس افسردگی" در طبقه بندی فاقد مشکل "عدم ابتلا به افسردگی" قرار می‌گیرد.

مداخلات آموزشی برای اصلاح شیوه زندگی سالمند به منظور مقابله با افسردگی

به سالمند توصیه کنید زمانی که دچار استرس یا اضطراب و دلشوره می‌شود اقدامات زیر را انجام دهد:

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

پیگیری

- چنانچه سالمند در طبقه "احتمال افسردگی" قرار گرفت، در صورت ارجاع سالمند به سطوح تخصصی توسط پزشک، وی را تا سه هفته بعد پیگیری نمایید، در غیر این صورت پیگیری را طبق نظر پزشک انجام دهید.
- چنانچه سالمند در طبقه "عدم ابتلا به افسردگی" قرار گرفت، سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا یک سال بعد تشویق نمایید.