

Comprehensive Geriatric Assessment

"Second Volume"

Dr. Reza Fadayee Vatan
Dr. Arya Hamedanchi
Dr. Shamsedin Namjoo
Fereshteh Rezaie
Seyran Mohamadi Bolban Abad

ارزیابی جامع سالمندان

(جلد دوم)

گردآوری: دکتر رضا فدایی وطن و همکاران

ارزیابی جامع سالمندان (جلد دوم)

(ویراست دوم)

گردآوری:

دکتر رضا فدای وطن - دکتر آریا همدانچی
دکتر شمس‌الدین نامجو - فرشته رضایی - سیران محمدی

سالمندی پدیده‌ای است پیچیده و چند بعدی که جنبه‌های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این نظر ارزیابی جامع وضعیت سالمندان نیاز به کار تیمی و سازماندهی شده با همکاری متخصصین مختلف دارد. این کتاب از ابعاد مختلف به معرفی این ارزیابی‌ها پرداخته است و می‌تواند مورد استفاده دانشجویان و درمانگران در رشته‌های مرتبط با سالمندی قرار بگیرد.



انتشارات دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی



قیمت: ریال

به نام خداوند لوح و قلم

ارزیابی جامع سالمندان

جلد دوم

(ویراست جدید)

گردآوری:

دکتر رضا فدای وطن - دکتر آریا همدان چی

دکتر شمس الدین نامجو - فرشته رضایی - سیران محمدی

عنوان و نام پدیدآور	: ارزیابی جامع سالمندان / گردآوری رضا فدای وطن ... [و دیگران].
وضعیت ویراست	: ویراست ۲.
مشخصات نشر	: تهران: دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، ۱۴۰۰ -
مشخصات ظاهری	: ج: جدول.
شابک	: ۹۷۸-۶۲۲-۷۹۸۴-۲۹-۳
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: فهرست نویسی بر اساس جلد دوم، ۱۴۰۳.
یادداشت	: گردآوری رضا فدای وطن، آریا همدان چی، شمس الدین نامجو، فرشته رضایی، سیران محمدی.
یادداشت	: نمایه.
موضوع	: سالمندان -- سلامتی و بهداشت Older people -- Health and hygiene سالمندان -- سلامتی و بهداشت -- ارزشیابی -- Health and hygiene -- Evaluation Older people پیری Aging
شناسه افزوده	: فدای وطن، رضا
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
رده بندی کنگره	: RA۵۶۴/۸
رده بندی دیویی	: ۶۱۳/۰۴۳۸
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۷۴۷۰۹۷
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیپا



دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

نام کتاب: ارزیابی جامع سالمندان - جلد دوم (ویراست جدید)
گردآوری: دکتر رضا فدای وطن - دکتر آریا همدان چی - دکتر شمس الدین نامجو - فرشته رضایی - سیران محمدی
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۹۸۴-۲۹-۳
شمارگان: ۱۰۰۰ جلد
چاپ دوم: ۱۴۰۳
چاپ: ارشیا
ناشر: دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
نشانی: اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
تلفکس: ۷۱۷۳۲۲۲۰

با قدردانی از همکاری

● صفحه آرا: گروه گرافیکی ارشیا

همه حقوق نشر برای ناشر محفوظ است؛ هرگونه استفاده از متن به هر صورتی در قالب کتابچه، جزوه، تهیه CD آموزشی، تهیه نرم افزار، استخراج آزمون، ترجمه به دیگر زبانها و استفاده از مطالب کتاب، اشکال، تصاویر و... بدون اجازه کتبی از ناشر غیر قانونی است.

خدای را بسی شاکرم که بعد چندین سال با همت و تلاش گروه ترجمه و تألیف کتاب حاضر، توانستیم قدمی هر چند ناچیز در حوزه سلامت سالمندان برداریم. چاپ و ویرایش دوم کتاب ارزیابی جامع سالمندان مشتمل بر ۳۰ فصل (جلد اول شامل ۱۴ فصل و جلد دوم شامل ۱۶ فصل و پیوست‌های ضمیمه) می‌باشد که به همت دوستان عزیز و سروران گرامی زیر نظر جناب آقای دکتر رضا فدای وطن ترجمه و تألیف و ویرایش گردید. در این ویرایش سعی شد که علاوه بر ویرایش فصل‌های مختلف کتاب در چاپ دوم، دو فصل جدید نیز با توجه به نیاز خوانندگان محترم به آن اضافه شود. بنابراین بر خود واجب می‌دانم از زحمات تمامی سروران در این خصوص تقدیر و تشکر نمایم و همچنین تشکر ویژه‌ای از گروه سالمندشناسی، مدیریت و پرسنل محترم واحد انتشارات دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی داشته باشم. آنچه که مبرهن و واضح می‌باشد این است که کتاب حاضر به لحاظ محتوایی نیاز به پروراندن بیشتر دارد و چه بسا اشتباهاتی نیز در آن وجود داشته باشد که از همه محققین و سروران گرامی تقاضا می‌شود در جهت هر چه بار نمودن کتاب، پیشنهادات خود را به اینجانب اعلام بفرمایند.

دکتر شمس‌الدین نامجو

دکتری تخصصی سالمندشناسی

Email: shamsadinnamjoo@yahoo.com

shamsedinnamjoo@gmail.com

همزمان با افزایش تعداد سالمندان در دنیا، نیاز به آموزش سالمندشناسی نیز به‌طور فزاینده‌ای افزایش پیدا کرده است و مراکز آکادمیک زیادی در کشورهای مختلف به‌تربیت نیروی انسانی متخصص در این زمینه همت گماشته‌اند. در کشور ایران هم در این زمینه اقدامات قابل توجهی انجام شده است و برخی از دانشگاه‌ها، در زمینه آموزش رشته‌های مرتبط با سالمندی، از قبیل کارشناسی ارشد سلامت سالمندی، دکترای سالمندشناسی و یا رشته‌های دیگری مثل پرستاری سالمندی اقدام نموده‌اند. دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی نیز به‌عنوان پیشگام در این حیطه قدم گذاشته و از نظر تعداد دانشجوی پذیرفته شده و تنوع سطوح تحصیلی در رشته‌های مرتبط با سالمندی مقام اول را در ایران دارا است. از سوی دیگر برخلاف بسیاری از رشته‌های مرتبط با سلامت که مباحث آنان شامل یک محور اصلی است، رشته سالمندشناسی دارای ابعاد مختلفی بوده که ناشی از تأثیر سالمندی در جنبه‌های زیستی، اجتماعی و روانی است. طبیعتاً ارزیابی‌ها در سالمندی نیز به همین نسبت متنوع‌تر از ارزیابی‌هایی است که ممکن است در سایر رشته‌ها وجود داشته باشد. دانشجوی سالمندشناسی باید از سویی با مباحث و مقولات اجتماعی مثل حمایت‌های اجتماعی و از سویی دیگر با ارزیابی‌هایی که جنبه پزشکی دارند، مثل ارزیابی‌های تغذیه‌ای آشنایی داشته باشد. ترجمه و تألیف کتاب حاضر، با اقتباس از کتاب انگیزی ارزیابی جامع سالمندان^۱ و در پاسخ به این نیازهای متفاوت انجام شده است تا دانشجویان و متخصصین بتوانند به منبع جامع‌تری از این ارزیابی‌ها دسترسی داشته باشند. بسیاری از مباحث این کتاب می‌تواند برای دانشجویان و متخصصین سایر رشته‌ها، مثل دانشجویان رشته پزشکی که در حال حاضر فاقد دروس و واحدهای سالمندشناسی هستند نیز کاربرد داشته باشد. اگرچه ارزیابی جامع سالمندان رویکردی همه جانبه به بررسی وضعیت سلامتی سالمند

دارد ولی باید به دو نکته توجه داشت که اولاً انجام همه این ارزیابی‌ها در همه سالمندان غیرضروری و غیرممکن است و ثانیاً برخی از پروتکل‌های ارائه شده در این کتاب ممکن است با شرایط و دستورالعمل‌های حاضر در کشور ما کاملاً همخوانی نداشته باشد. اگرچه در این‌گونه موارد همه آن‌ها در اختیار خوانندگان محترم قرار داده شده ولی حتی‌المکان سعی گردیده در این موارد تفاوت‌ها مشخص و مواردی که در کشور ما اعمال می‌گردد، ذکر شود. در انتهای جلد دوم حدود صد صفحه پیوست، شامل فرم‌های مختلف ارزیابی، غربالگری، چک لیست و نیز ترجمه فارسی محتوای برخی از پرسشنامه‌ها آورده شده است که می‌تواند مورد استفاده محققین، درمانگران و دانشجویان قرار گیرد. نهایتاً باید گفت که کتاب حاضر اگرچه به همت متخصصینی از علوم مختلف ترجمه و تألیف گردیده است ولی بی‌نیاز از دریافت نظر خوانندگان و اهل فن نمی‌باشد و امیدواریم که در ویرایش‌های بعدی هر چه بیشتر کامل‌تر و بومی‌تر شود.

دکتر رضا فدای وطن

دانشیار دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲۱	فصل پانزدهم: درد.....
۲۲	طبقه‌بندی درد.....
۲۳	پاتوفیزیولوژی درد.....
۲۵	سابقه درد و معاینات فیزیکی.....
۲۷	ارزیابی روان‌شناختی و اجتماعی.....
۲۸	مقیاس‌های ارزیابی درد.....
۳۴	خلاصه.....
۳۵	منابع.....
۳۹	فصل شانزدهم: خواب.....
۳۹	خواب نرمال یا طبیعی.....
۴۱	تغییرات در خواب با افزایش سن.....
۴۴	ارزیابی خواب در سالمندان.....
۴۴	تاریخچه، معاینه فیزیکی و آزمایشات آزمایشگاهی ساده.....
۴۷	شرح حال و معاینه فیزیکی.....
۴۸	اختلالات خواب.....
۴۸	طبقه‌بندی اختلالات خواب.....
۵۱	اختلالات خواب در افراد مسن.....
۵۱	اختلالات روانی.....
۵۲	وابستگی به الکل و مواد مخدر.....
۵۲	مشکلات پزشکی.....
۵۳	اختلال تنفس در خواب (آپنه خواب).....
۵۴	حرکات دوره‌ای پا در خواب.....
۵۵	سندرم پاهای بی‌قرار.....
۵۵	اختلال در چرخه خواب و بیداری.....

۵۶	موارد اختصاصی مرتبط با خواب سالمندان.....
۵۶	تغییرات خواب همراه با دمانس.....
۵۶	خر و پف.....
۵۷	خواب در مراکز سالمندان مقیم آسایشگاه.....
۵۹	مدیریت اولیه و اندیکاسیون‌های ارجاع.....
۶۰	منابع.....
۶۵	فصل هفدهم: یبوست، اسهال و بی‌اختیاری مدفوع.....
۶۵	یبوست.....
۶۵	تعریف.....
۶۶	شیوع.....
۶۶	عوامل خطر.....
۶۷	شکایات.....
۶۸	چه کسی باید ارزیابی شود.....
۶۸	چگونگی ارزیابی.....
۷۳	مشکلات متداول در ارزیابی.....
۷۴	اسهال.....
۷۴	تعریف.....
۷۴	شیوع.....
۷۵	عوامل خطر.....
۷۵	علائم بالینی.....
۷۷	چه کسی باید ارزیابی شود؟.....
۷۷	ارزیابی باید چگونه انجام شود؟.....
۷۹	اسهال مزمن.....
۸۱	مشکلات رایج در ارزیابی.....
۸۱	ملاحظات درمانی.....
۸۱	بی‌اختیاری مدفوع.....
۸۱	تعریف.....
۸۲	شیوع.....
۸۲	علائم بالینی.....

۸۳	 چه کسی باید ارزیابی شود؟
۸۴	 چگونگی ارزیابی
۸۶	 خلاصه
۸۷	 منابع
۸۹	 بخش هجدهم: ارزیابی رانندگان سالمند
۸۹	 پیش زمینه
۹۰	 نقش مراقبان سلامت
۹۱	 بررسی های پزشکان
۹۲	 شناسایی عوامل خطر ساز
۹۳	 صدور گواهینامه و گزارش دهی
۹۴	 مشوق ها و موانع
۹۶	 ارزیابی عوامل خطر آفرین
۹۶	 ارزیابی حسی
۹۶	 مقیاس های بینایی
۹۸	 مقیاس های شنیداری
۹۸	 مقیاس های شناخت
۱۰۲	 مقیاس های غربالگری - در ادارات
۱۰۶	 نقش تیم مراقب سلامت
۱۰۶	 رانندگی سالمندان در ایران
۱۰۷	 خلاصه
۱۰۸	 منابع
۱۱۱	 بخش نوزدهم: افسردگی
۱۱۴	 شرح مسئله
۱۱۴	 تعاریف
۱۱۸	 تغییرات بخش افسردگی در DSM5
۱۱۹	 شیوع
۱۲۰	 عوامل خطر
۱۲۲	 چه کسی باید ارزیابی را انجام داده و این فرآیند چگونه باید انجام شود؟
۱۲۲	 ارزیابی حالت روانی

ارزیابی شناخت.....	۱۲۴
ارزیابی ظرفیت کارکردی.....	۱۲۵
ارزیابی شرایط پزشکی مربوط به ناخوشی.....	۱۲۵
تشخیص افتراقی.....	۱۲۶
سایر بیماری‌های بالینی همراه.....	۱۳۲
خودکشی.....	۱۳۵
ارزیابی در مؤسسات مراقبت طولانی مدت.....	۱۳۶
خلاصه.....	۱۳۸
منابع.....	۱۳۹
فصل بیستم: روان‌آشفستگی.....	۱۴۳
شرح مسئله.....	۱۴۳
تعاریف.....	۱۴۳
شیوع.....	۱۴۵
عوامل خطرآفرین.....	۱۴۶
نشانه‌های بالینی.....	۱۴۷
اختلال شناخت و ادراک.....	۱۴۸
شروع حاد و روند نوسانی.....	۱۴۸
علت‌شناسی.....	۱۴۹
سایر نشانه‌ها.....	۱۵۱
چه کسی باید ارزیابی شود؟.....	۱۵۲
ارزیابی چگونه باید انجام شود؟.....	۱۵۳
معاینات.....	۱۵۳
شناسایی روان‌آشفستگی.....	۱۵۳
آشکار ساختن یک علت.....	۱۵۴
وسایل و ابزارها.....	۱۵۷
ابزارهای غربالگری شناختی.....	۱۵۷
آزمون‌های ساده توجه.....	۱۵۸
ابزارهای تشخیصی مبتنی بر مشاهده.....	۱۵۹
تحقیقات آزمایشگاهی.....	۱۶۱

۱۶۱	پونکسیون کمری (لومبار پانکچر).....
۱۶۱	تصویربرداری عصبی.....
۱۶۲	نوار مغزی.....
۱۶۲	ممانعت از کاهش عملکرد.....
۱۶۳	مشکلات رایج در ارزیابی.....
۱۶۳	بیمار دچار زوال عقل.....
۱۶۴	روان آشفتگی ماندگار.....
۱۶۵	روان آشفتگی قبل از مرگ.....
۱۶۵	خلاصه.....
۱۶۶	منابع.....
۱۶۹	فصل بیست و یکم: زوال عقل (دمانس).....
۱۷۰	شرح مشکل.....
۱۷۰	تعاریف.....
۱۷۳	عوامل خطر و شیوع.....
۱۷۶	چه کسی بایستی بررسی شود؟.....
۱۷۶	اصول بررسی و شناسایی موردی.....
۱۷۸	مراحل زوال عقل.....
۱۸۰	مکان بررسی.....
۱۸۰	چگونگی بررسی.....
۱۸۰	اصول بررسی زوال عقل.....
۱۸۴	سابقه پزشکی و خانوادگی.....
۱۸۵	معاینه و بررسی بیمار.....
۱۸۷	بررسی وضعیت ذهنی از نظر زوال عقل.....
۱۹۱	ارزیابی مراقب.....
۱۹۱	تست‌های آزمایشگاهی.....
۱۹۷	مشکلات رایج در بررسی.....
۱۹۷	اختلال شناختی خفیف یا زود هنگام.....
۱۹۸	پیرترین سالمندان.....
۱۹۹	روان آشفتگی.....

۱۹۹	افسردگی و اختلالات رفتاری.....
۲۰۰	اختلال شدید.....
	زوال عقل‌های بدون نشانه‌های واضح عصب‌شناختی یا شواهدی دال بر بیماری عصب‌شناختی و
۲۰۱	پزشکی.....
۲۰۳	زوال عقل همراه با نشانه‌های عصب‌شناختی و بدون بیماری پزشکی واضح.....
۲۰۳	اختلالات حرکتی و زوال عقل.....
۲۰۵	زوال عقل‌های عروقی.....
۲۰۶	زوال عقل همراه با شواهد بالینی یا آزمایشگاهی دیگر بیماری‌ها.....
۲۰۸	خلاصه.....
۲۱۰	منابع.....
۲۱۹	فصل بیست‌ودوم: بی‌اختیاری ادراری.....
۲۲۰	شرح مشکل.....
۲۲۰	تعریف.....
۲۲۰	شیوع.....
۲۲۱	عوامل خطر.....
۲۲۱	تظاهرات بالینی.....
۲۲۲	چه کسی بایستی معاینه شود؟.....
۲۲۵	چگونگی ارزیابی و معاینه.....
۲۲۷	شناسایی عوامل احتمالاً بازگشت‌پذیر.....
۲۲۸	ثبت سوابق.....
۲۳۴	معاینات بیشتر.....
۲۳۶	چگونگی استفاده از داده‌های معاینات.....
۲۳۷	خلاصه.....
۲۳۸	منابع.....
۲۴۱	فصل بیست‌وسوم: سقوط و اختلالات راه رفتن.....
۲۴۱	شرح مشکل.....
۲۴۱	ملاحظات اپیدمیولوژیک.....
۲۴۳	علل سقوط و اختلال راه رفتن.....
۲۴۸	عوامل خطر.....

۲۴۹	چه کسی و چگونه باید ارزیابی شود.....
۲۵۰	ارزیابی راه رفتن و تعادل.....
۲۵۶	مشکلات رایج در ارزیابی.....
۲۵۶	خلاصه.....
۲۵۷	منابع.....
۲۵۹	فصل بیست و چهارم: تصمیم‌گیری.....
۲۶۱	رضایت آگاهانه.....
۲۶۵	ظرفیت اتخاذ تصمیمات.....
۲۶۸	استانداردهایی برای تصمیم‌گیری نیابتی.....
۲۶۸	قضاوت جایگزین شده.....
۲۶۹	بهترین منافع.....
۲۷۰	تعارضات منافع.....
۲۷۱	تصمیم‌گیری نائب بر مبنای پیش فرض.....
۲۷۱	واگذاری اقتدار به خانواده.....
۲۷۲	ملاحظات و تعارضات عملی در دخالت خانواده.....
۲۷۴	قیومیت و محافظ حقوقی.....
۲۷۴	تعاریف و بنیان‌ها.....
۲۷۵	دلایلی که قیومیت مورد پیگیری قرار می‌گیرد.....
۲۷۵	قدرت‌ها و محدودیت‌های قیم‌ها.....
۲۷۶	فرد سالمند فاقد صلاحیت که دارای خانواده و دوستان نمی‌باشد.....
۲۷۷	جایگزین‌هایی برای قیومیت.....
۲۷۸	راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرفه پزشکی و مشاغل وابسته در ایران.....
۲۸۱	خلاصه.....
۲۸۳	منابع.....
۲۸۵	فصل بیست و پنجم: دستورات پیشرفته.....
۲۸۶	درک ACP و استفاده از دستورات پیشرفته.....
۲۸۷	مثالی از بررسی: ارتباط مبهم و نامناسب خانوادگی.....
۲۸۸	رویکردهای متفاوت دستورات پیشرفته.....
۲۸۸	دستورات راهنمایی کننده.....

۲۸۹	 دستورالعمل‌های مرتبط با نایب
۲۹۰	 دستورات ترکیبی
۲۹۰	 محدودیت‌های دستورات پیشرفته
۲۹۰	 موضوعات تئوریک
۲۹۱	 مورد بررسی: قضاوت جایگزین در مقابل منافع
۲۹۲	 موضوعات تحت پوشش: چه کسی، چه وقت و هر چند وقت یک‌بار
۲۹۳	 سؤالانی در مورد تفسیر: آیا ما به زبان یکسانی صحبت می‌کنیم؟
۲۹۳	 مورد بررسی: درخواست دستور CPR علی‌رغم بیماری
۲۹۴	 انتخاب در طراحی مراقبت پیشرفته
۲۹۵	 چرا برنامه ریزی مراقبتی پیشرفته به جای دستورات پیشرفته
۲۹۷	 تسهیل فرآیند مشورتی ACP
۲۹۸	 مورد بررسی: موضوعات فرهنگی ACP
۲۹۹	 منابع
۳۰۱	 فصل بیست‌وششم: مراقبت و حمایت خانواده و جامعه: حامیان پیاده‌سازی برنامه مراقبتی
۳۰۱	 خانواده به‌عنوان یک حامی کلیدی غیررسمی
۳۰۲	 مراقبت سالمندان در گذشته و حال
۳۰۲	 خانواده‌های کوچک و زنجیره نسل بیشتر
۳۰۴	 هزینه نگهداری سالمندان برای خانواده‌ها
۳۰۵	 تعاریف هزینه مراقبتی
۳۰۶	 تنوع جمعیتی مراقبین
۳۰۶	 بعد نژادی در مراقبت سالمندان
۳۰۶	 ارزش‌ها و عقاید در برابر تقاضاها
۳۰۷	 تنوع جمعیت قومی
۳۰۷	 تعاریف متفاوت سیستم خانواده
۳۰۸	 نقش‌های غیررسمی: همدلی و همبستگی
۳۰۸	 ویژگی‌های خاص نقش‌های غیررسمی
۳۰۸	 نقش‌های دوستان و همسایگان
۳۰۹	 اجرای بهتر وظایف برنامه مراقبتی توسط حامیان غیررسمی
۳۱۱	 خدمات رسمی در جامعه

۳۱۱	 مدل مراقبت اجتماعی
۳۱۱	 نقش‌های تکمیلی
۳۱۲	 انتقالات بین مراحل حمایت
۳۱۳	 فعالیتهای اضطراری
۳۱۴	 مسائل دسترسی
۳۱۴	 شرایط مختلف برای واجد شرایط بودن
۳۱۵	 سالمندان قومی از خدمات‌رسانی کمتری بهره‌مند هستند
۳۱۵	 موانع خدماتی مراقبت طولانی‌مدت
۳۱۶	 نقش‌های رسمی: متخصص و هزینه
۳۱۷	 دسترسی به حمایت‌ها برای پیاده‌سازی برنامه مراقبتی
۳۱۷	 ارزیابی و ارجاع
۳۱۹	 فیلتر پرداختی: سود مراقبت بهداشتی از پرداخت کننده
۳۲۱	 گزینه‌ها زمانی که یک سالمند در مدیریت امور نیاز به کمک دارد
۳۲۲	 ارجاع: زنجیره مراقبتی اجتماعی سالمند
۳۲۵	 خدمات خانگی
۳۲۶	 خدمات اقامتگاهی
۳۲۸	 خدمات اجتماعی
۳۲۸	 مراقبت روزانه بزرگسالان
۳۲۹	 مدیریت مراقبت
۳۳۰	 خلاصه
۳۳۱	 منابع
۳۳۷	 فصل بیست‌وهفتم: توصیه‌های ارزیابی ارتباط
۳۳۸	 نقش ارزیاب در ارتباطات ارائه دهنده خدمات - ارائه دهنده
۳۳۸	 اجرا توسط یک ارائه دهنده
۳۳۹	 پیاده‌سازی توسط تیم ارزیابی
۳۳۹	 ارزیابی مشورتی
۳۴۰	 تأثیر سازمانی مراقبت‌های پزشکی بر ارتباطات
۳۴۱	 جنبه منحصر به فرد ارتباطات ارائه دهنده - سالمند
۳۴۲	 نگرانی‌های بهداشتی به‌عنوان موانع و ایجاد ارتباط مؤثر

۳۴۲	 آسیب‌پذیری (فریلمتی).....
۳۴۲	 از دست دادن شنوایی.....
۳۴۳	 اختلالات شناختی.....
۳۴۳	 افسردگی.....
۳۴۴	 خودارزیابی سلامت.....
۳۴۵	 انتظارات از مراقبت‌های بهداشتی.....
۳۴۵	 نگرش سالمندان نسبت به ارائه دهندگان.....
۳۴۷	 نگرش ارائه دهندگان نسبت به سالمندان.....
۳۴۸	 شخص ثالث در مواجهه با خدمات پزشکی.....
۳۴۹	 مسائل اجتماعی - اقتصادی.....
۳۴۹	 مسائل بین فرهنگی در ارتباط بین افراد مسن‌تر و ارائه دهندگان.....
۳۴۹	 زبان و ارزش‌های فرهنگی.....
۳۵۱	 اشخاص ثالث به‌عنوان مترجم.....
۳۵۲	 مراقبت در دسترس، قابل دسترس و مناسب.....
۳۵۲	 ارتباط مؤثر ارائه دهنده مراقبت - سالمند.....
۳۵۲	 شناخت موانع ارتباطاتی.....
۳۵۳	 اصول اساسی در ارائه اطلاعات به سالمندان.....
۳۵۴	 ساده‌سازی اطلاعات.....
۳۵۵	 بحث در مورد «مسائل مسئولیت عاطفی».....
۳۵۶	 تعداد محدودی از توصیه‌ها و یا اولویت‌بندی‌ها.....
۳۵۶	 ارائه خلاصه‌ای مکتوب از توصیه‌ها.....
۳۵۶	 ارائه منابع مورد نیاز و اطلاعات برای به انجام رساندن توصیه‌ها.....
۳۵۶	 صحبت در مورد اهمیت دنبال کردن توصیه‌ها.....
۳۵۷	 جست‌وجوی اطلاعات در مورد نیت، نگرانی‌ها و موانع بالقوه درک شده.....
۳۵۷	 پاسخ به سؤالات.....
۳۵۸	 رفتار محترمانه با شخص.....
۳۵۸	 پایبندی بیمار و پیاده‌سازی توصیه‌های CGA ارائه شده.....
۳۵۹	 چرا افراد توصیه‌های ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی را دنبال می‌کنند؟.....
۳۵۹	 توافق با توصیه‌های مهم.....

۳۵۹	توافق با پتانسیل سود.....
۳۶۰	درک توصیه و دسترسی برای انجام این امر.....
۳۶۰	نفوذ اجتماعی.....
۳۶۱	احساس توانمندی (خودکارآمدی) برای به انجام رساندن توصیه‌ها.....
۳۶۱	توصیه‌ها با ارزش‌های اساسی در تضاد نیستند و یا با شیوه زندگی تداخل ندارند.....
۳۶۲	به حداکثر رساندن اجرای موفقیت‌آمیز توسط ارائه دهندگان دیگر.....
۳۶۲	توافق با اهمیت توصیه.....
۳۶۳	درک درست از توصیه و انجام آن.....
۳۶۴	تقاضای مصرف کنندگان.....
۳۶۴	پراکندگی مسائل بیمار.....
۳۶۴	خلاصه.....
۳۶۵	منابع.....
۳۷۱	فصل بیست‌وهشتم: نقش فرآیند ارزیابی در بهبود کیفیت مراقبتی.....
۳۷۳	مستندسازی.....
۳۷۳	هدف.....
۳۷۴	تاریخچه.....
۳۷۵	ارتباطات.....
۳۷۶	انباشت اطلاعات و بازپرداخت.....
۳۷۶	بازپرداخت بر مبنای ترکیب موردی.....
۳۷۷	تضمین کیفیت.....
۳۷۸	تحلیل الگو.....
۳۷۹	شاخص‌های کیفیت.....
۳۸۱	کارت‌های گزارش.....
۳۸۳	محک زدن.....
۳۸۴	راهبردهای بهبود کیفیت.....
۳۸۴	ثبت‌های کامپیوتری پزشکی.....
۳۸۷	خلاصه.....
۳۸۸	منابع.....

فصل بیست و نهم: سیستم‌های مراقبتی سالمندان.....	۳۸۹
مقدمه.....	۳۸۹
سطوح خدمات، بخش‌ها و مراقبت‌های مربوط به سالمندی.....	۳۹۱
انواع مراقبت‌ها.....	۳۹۳
مراقبت‌های فرجه‌ای.....	۳۹۳
مراقبت‌های تسکینی پایان عمر.....	۳۹۴
مراقبت در منزل؛ خدمات درمانی و غیردرمانی.....	۳۹۵
خدمات مربوط به مراقبت دهنده.....	۳۹۵
مراقبت‌های مبتنی بر جامعه.....	۳۹۶
مراکز نگهداری.....	۳۹۶
سرای سالمندان.....	۳۹۶
دهکده‌ها یا مجتمع‌های سالمندی.....	۳۹۸
مراکز مراقبتی روزانه.....	۳۹۸
مراکز ارائه مراقبت‌های طولانی مدت.....	۳۹۹
مجموعه‌های مسکونی زندگی حمایتی.....	۴۰۰
اجتماعات عادی بازنشستگان (NORC).....	۴۰۳
کانون‌های سالمندی.....	۴۰۴
سرپناه سالمندان.....	۴۰۵
تحويل غذا.....	۴۰۵
مراقبت روزانه دمانس.....	۴۰۶
اعضای تیم خدمات و مراقبت‌های سالمندی.....	۴۰۶
مراکز ارائه خدمات مراقبتی در ایران.....	۴۰۷
منابع.....	۴۱۲
فصل سی‌ام: سالمند آزاری.....	۴۱۵
ریسک فاکتورهای سالمند آزاری.....	۴۱۵
سوء استفاده فیزیکی.....	۴۱۸
سوء استفاده جنسی.....	۴۲۰
سوء استفاده عاطفی / روانی.....	۴۲۰
غفلت.....	۴۲۱

۴۲۱	 سوء استفاده مالی
۴۲۲	 پیشگیری از سالمند آزاری
۴۲۳	 نظریه‌های مرتبط با سالمند آزاری
۴۲۳	 نظریه استرس مراقبین
۴۲۴	 نظریه تبادل اجتماعی
۴۲۵	 نظریه یادگیری اجتماعی
۴۲۵	 نظریه دو سویه
۴۲۶	 آسیب‌شناسی روانی مراقب
۴۲۶	 نظریه فمینیستی
۴۲۶	 نظریه سیاسی - اقتصادی
۴۲۶	 نظریه انباشت نقش
۴۲۷	 نظریه طبقه‌بندی
۴۲۷	 نظریه کنش متقابل نمادین
۴۲۷	 ابزارهای ارزیابی سالمند آزاری
۴۳۲	 منابع
۴۳۳	 پیوست‌ها
۴۳۹	 فهرست موضوعی

درد در سالمندان یک مشکل شایع به شمار می‌رود. مطالعاتی که بر روی جمعیت انسانی انجام گرفته است نشان می‌دهند که شکایت از دردهای شایع در جمعیت سالمندان ساکن در جامعه تقریباً ۲۵ تا ۵۰ درصد است (۱،۲). در بین ساکنان خانه‌های سالمندان این درجه شیوع حتی ممکن است بین ۴۵ تا ۸۰ درصد باشد (۳، ۴). این مطالعات همچنین اذعان دارند که معمولاً این دردها قابل تشخیص و درمان هستند. آثار و نتایج درد نیز اتفاقی عادی است. افسردگی، کاهش تعاملات اجتماعی، اختلالات خواب، اختلال حرکتی، قوای جسمانی ضعیف و دیگر اثرات مخرب از جمله مصرف نسخه‌های دارویی متعدد با درد در افراد مسن همراهی می‌کنند (۱).

درد یک احساس ناخوشایند و یک تجربه ذهنی است (۵) که در نتیجه تحریک‌های حسی ایجاد می‌شود. در عین حال درد بستگی به احساسات، توقعات و حافظه فردی بیمار دارد و می‌تواند با توجه به این عوامل تغییر کند. متأسفانه هیچ نشانه زبانی پایا و موثقی از درد وجود ندارد. از این رو، بسیاری از شواهد برای وجود درد، تنها توصیف و گزارش خود بیمار می‌باشند (۶).

تشخیص و تعیین درد درواقع مهم ترین بخش از مدیریت درد به شمار می‌آید. تشخیص دقیق و صحیح درد برای پی بردن به انتخاب مؤثرترین روش مدیریت، تشخیص، درمان مؤثر و به دست آمدن بهترین نتیجه دارای اهمیت است. مقایسه نسل جوان تر با سالمندان می‌تواند چالشی منحصر به فرد برای تشخیص درد ایجاد نماید.

به عنوان مثال، سالمندان معمولاً منابع متعدد بالقوه برای درد، مانند اختلالات حسی و ذهنی، را به عنوان وجود بیماری‌های متداول برداشت می‌کنند که این عمل باعث سخت شدن روند تشخیص دقیق درد می‌شود. اطلاعات اخیر و پذیرش راهبردهای بالینی برای تشخیص و مدیریت درد، باعث به وجود آمدن راه‌های تشخیص درد در تمام حوزه‌های مراقبت بهداشتی شده است (۷-۹). در این بخش، به بحث دربارهٔ اصول مهم و قابل توجه در مدیریت و تشخیص درد و تأثیر ویژه‌ای که بر روی مسائل مهمی که در مواجهه با سالمندان پیش می‌آید، می‌پردازیم.

طبقه‌بندی درد

تجربه‌های شخصی از درد، به شکل‌های کاملاً متفاوت توصیف می‌شوند، به‌طوری‌که هم می‌توانند به عنوان عامل اصلی بیماری و هم پاسخی به درمان باشند. برای فهمیدن و درمان درد، چندین طبقه‌بندی پیشنهاد شده است. تفاوت بین درد حاد و مزمن می‌تواند کمک کند تا بتوانیم یک سری الگو برای ارزیابی تشخیص تعیین کنیم و به وسیلهٔ آن‌ها دردهایی که نیازمند درمان فوری هستند را از دردهایی که نیاز به درمان طولانی دارند، متمایز کنیم. رویکرد درمان طولانی مدت برای دردهای مزمن و همچنین فهمیدن و شناسایی مکانیسم‌های فیزیولوژی که باعث به وجود آمدن درد در بیمار می‌شوند، ضروری می‌باشد.

درد حاد در برابر درد مزمن

برای اهداف تشخیصی، طبقه‌بندی درد به صورت حاد و مزمن می‌تواند مفید و کمک‌کننده باشد.

درد حاد معمولاً به عنوان دردی کوتاه، موقتی و گذرا تعریف می‌شود که منبع آن شناخته شده است. معمولاً مدت زمان محدودی دارد و به وسیلهٔ تشخیص سریع و درمان مؤثر علت اصلی برطرف می‌گردد. درد حاد مانند تپش قلب، عرق، فشار خون و درجه دما به‌دستگاه عصبی خودمختار مرتبط است. درد حاد معمولاً به علت وجود مصدومیت حاد، مانند ضربه، کم‌خونی موضعی و التهاب ایجاد می‌شود. مهم‌تر آن‌که، درد حاد می‌تواند وجود یک بیماری قابل درمان را نشان دهد که اگر به درستی تشخیص داده نشود و تحت درمان مناسب قرار