

## فهرست مطالب

۷	پیشگفتار مترجمان
۱۱	فصل اول: کاهش وزن ناخواسته
۱۷	فصل دوم: بیماری حاد در منزل
۲۱	فصل سوم: بیماری پیشرفته در منزل
۲۵	فصل چهارم: مدیریت رفتاری زوال عقل
۳۱	فصل پنجم: باکتری‌بوری یا در بیماران مبتلا به دلیر یوم
۳۵	فصل ششم: بار مراقبت
۴۱	فصل هفتم: سوء رفتار و غفلت از سالمندان
۴۷	فصل هشتم: مدیریت سقوط پر تکرار
۵۳	فصل نهم: ارزیابی در منزل: بهبود بیماران
۵۷	فصل دهم: انتقال به مراقبت شبانه روزی
۶۵	فصل یازدهم: زخم‌های فشاری
۷۱	فصل دوازدهم: مدیریت سوء مصرف مواد مخدر
۷۷	فصل سیزدهم: انزوای اجتماعی
۸۳	فصل چهاردهم: اختلال روانی حاد
۸۹	فصل پانزدهم: توانبخشی فیزیکی
۹۵	فصل شانزدهم: پلی فارمسی
۱۰۱	فصل هفدهم: پزشکی از راه دور
۱۰۷	فصل هیجدهم: چاقی
۱۱۳	فصل نوزدهم: مدیریت کاتتر ادراری در منزل
۱۱۹	فصل بیستم: مراقبت در اواخر عمر
۱۲۶	فهرست کتب تالیفی - ترجمه‌ای از همین مترجمان
۱۲۹	واژه یاب

## پیشگفتار مترجمان

پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که سرعت افزایش جمعیت سالمندان از سرعت رشد طبیعی جمعیت پیشی می‌گیرد. تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال از تعداد کودکان زیر ۵ سال بیشتر شده و تا سال ۲۰۵۰ نیز جمعیت سالمند از جمعیت زیر ۱۴ سال پیشی خواهد گرفت (۲۱ درصد) که این امر نشان‌دهنده افزایش روزافزون مسئولیت ما در قبال قشر سالمند است. چرا که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ حدود ۶۰ درصد سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه مانند ایران بوده‌اند که این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد می‌رسد.

براساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال در کشور ۶/۶ درصد کل جمعیت بوده است. در سال ۱۳۷۹ این رقم به ۷/۸ درصد و در سال ۱۳۸۵ به ۸/۴ درصد رسید و برآورد می‌شود که در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۳ درصد جمعیت کشور، بالای ۶۰ سال سن یعنی ۸/۵ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به رشد ۲۶ درصدی (۱۸/۵ میلیون سالمند) برسد. این‌گونه رشد جمعیت برای کشور توسعه‌یافته‌ای مانند سوئیس نیازمند گذار ۵۵ ساله است. در حالی که برای کشور در حال توسعه‌ای مانند ایران در ظرف ۱۰ سال (۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵) رخ داده است. این مسئله جمعیت‌شناختی و متعاقباً مسئله جامعه‌شناختی- بهداشتی در کشورهای توسعه‌یافته جهان مانند ایران آن‌چنان حائز اهمیت است که سازمان جهانی بهداشت را ترغیب به نام‌گذاری سال ۲۰۱۲ به سال "زندگی سالم و طول عمر بیشتر" کرد و این مسئله رشد اپیدمی جمعیت غیرمولد سالمندی به "سونامی خاموش در ایران" تعریف شده است.

از گذشته تا امروز جمعیت ایران نیز همگام با جمعیت جهان رو به سوی سالمندی می‌رود. آمار و ارقام حاصل از سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن نشان می‌دهد که تعداد جمعیت سالمند ایران در دهه‌های اخیر در حال افزایش بوده است. نسبت جمعیت سالمند کشور طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ از آهنگ یکنواختی برخوردار نبوده است. تعداد جمعیت سالمند ایران (سنین ۶۰ ساله و بیشتر) از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵، به ۵۱۲۱۰۳۸ نفر در سال ۱۳۸۵ و در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد جمعیت کل کشور رسید. به عبارت دیگر، جمعیت سالمند کشور در دوره ۵۰ ساله مورد بحث ۴/۴ برابر شد؛ در حالی که جمعیت کل کشور در همین دوره ۳/۷ برابر شد. بدیهی است که از جمله عوامل مؤثر در افزایش جمعیت سالمند کشور در سال ۱۳۹۰ افزایش امید به زندگی و کاهش سطح باروری در دو دهه اخیر بوده است. جمعیت سالمندان مرد بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در اکثر استان‌ها بیشتر از زنان سالمند

1. Good Health Adds Life To Years
2. Silent Tsunami

بوده است. اما در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ تعداد زنان سالمند در تمام استان‌ها بیشتر از مردان سالمند خواهد بود که حاکی از زنانه شدن جمعیت سالمند در سال‌های آتی است. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۱۳ درصد و تا سال ۱۴۳۰ بین ۲۱ تا ۲۵ درصد جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد.

توضیح اینکه چنین وضعیتی در کل جهان نیز پیش آمد به‌گونه‌ای که بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۲۰۰۵ جمعیت سالمند جهان ۳/۶ برابر شد اما در ایران شدت آن بیشتر از سطح جهانی (۴/۸ برابر) بود. بدیهی است که این امر نتیجه کاهش مرگ‌ومیر بود و منجر شد تا امید به زندگی در بدو تولد از حدود ۴۷ سال در سال ۱۳۴۵ به ۷۸ سال در سال ۱۳۹۵ برسد. به‌طور یقین عوامل متعددی در افزایش جمعیت سالمند کشور دخیل بوده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به: تغییرات اعمال شده در سیاست‌های کنترل جمعیت پس از پیروزی انقلاب اسلامی و اجرای سیاست‌های تشویق مولود اشاره کرد. در سال ۱۳۶۵ دولت متوجه سنگینی بار افزایش جمعیت شد و به فکر احیای سیاست قدیمی کنترل جمعیت (که نخستین بار در دهه ۱۳۵۵-۱۳۴۵ به‌طور رسمی اجرا شد و نتیجه آن کاهش رشد طبیعی جمعیت در نقاط شهری بود) افتاد و در خرداد ۱۳۶۷، سیاست تهدید مولود را اعلام کرد و متعاقب آن برنامه‌های تنظیم خانواده را به مرحله اجرا درآورد.

با موفقیت اجرای سیاست‌های تنظیم خانواده روند باروری در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ تنزل چشمگیری یافت به‌گونه‌ای که کاهش تعداد مولود (به همراه کاهش تعداد مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی) رشد سالانه جمعیت کشور را، از ۳/۹ درصد در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵، به ۱/۹۶ درصد در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ و ۱/۶۲ درصد در دهه ۱۳۸۵-۱۳۷۵ رسانید. کاهش میزان باروری کل<sup>۱</sup> نیز در این دوران قابل ملاحظه بود. بدین ترتیب که میزان باروری کل در سال ۱۳۶۵ از ۶/۴ فرزند به ۳ فرزند در سال ۱۳۷۵ و ۲ فرزند در سال ۱۳۸۵ کاهش یافت. با توجه به آنچه در تعریف سالمندی جمعیت آمد می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در ایران سالمندی جمعیت در شرف شروع شدن است. به‌طوری‌که در سال ۱۳۸۵، نسبت جمعیت سالمندان ایرانی (۶۵ ساله و بیشتر) ۸/۴ درصد بوده است. رشد جمعیت سالمندی همسو با گسترش مسائل سالمندان نیز خواهد بود. این گستره نه تنها حوزه بهداشت و درمان آن‌ها را متأثر نموده؛ بلکه جنبه‌های اجتماعی، روانی، فرهنگی و حقوقی مسائل و مشکلات سالمندان را نیز در محور توجه قرار می‌دهد.

در کتاب کاربردی "مبانی و اصول مراقبت از سالمندان در منزل: راهنمای مبتنی بر شواهد تجربی"<sup>۱۲</sup> نویسندگان در قالب ۲۰ فصل به بحث اصول اولیه مراقبت در منزل برای افراد سالمند و خانواده آن‌ها در قالب یک نگاه روایتی و مستند پرداخته‌اند. این کتاب شامل فصل‌هایی با عناوین: فصل ۱ کاهش وزن ناخواسته، فصل ۲ بیماری حاد در منزل، فصل ۳ بیماری پیشرفته در منزل، فصل ۴ مدیریت رفتاری زوال عقل، فصل ۵ باکتریوریا در بیماران مبتلا به دلیریوم، فصل ۶ بار مراقبت، فصل ۷ سوءرفتار و غفلت از سالمندان، فصل ۸ مدیریت سقوط پرتکرار، فصل ۹ ارزیابی در منزل: بهبود بیماران، فصل ۱۰ انتقال به مراقبت شبانه‌روزی، فصل ۱۱ زخم‌های فشاری، فصل ۱۲ مدیریت سوء مصرف مواد مخدر، فصل ۱۳ انزوای اجتماعی، فصل ۱۴ اختلال روانی حاد، فصل ۱۵ توان‌بخشی فیزیکی، فصل ۱۶ پالی‌فارمسی، فصل ۱۷ پزشکی از راه دور، فصل ۱۸ چاقی، فصل ۱۹ مدیریت کاتتر ادراری در منزل و فصل ۲۰ مراقبت در اواخر عمر است. معادل‌گزینی واژگان تخصصی سالمندی که دانشی نوپا در ایران است؛ از کتاب دوزیانه "فرهنگ سالمند" تألیف

1. Total Fertility Rate (TFR)

2. Home-Based Medical Care for Older Adults: A Clinical Case Book.

## پیشگفتار مترجمان

پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که سرعت افزایش جمعیت سالمندان از سرعت رشد طبیعی جمعیت پیشی می‌گیرد. تعداد سالمندان بالای ۶۵ سال از تعداد کودکان زیر ۵ سال بیشتر شده و تا سال ۲۰۵۰ نیز جمعیت سالمند از جمعیت زیر ۱۴ سال پیشی خواهد گرفت (۲۱ درصد) که این امر نشان‌دهنده افزایش روزافزون مسئولیت ما در قبال قشر سالمند است. چرا که از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ حدود ۶۰ درصد سالمندان دنیا در کشورهای در حال توسعه مانند ایران بوده‌اند که این رقم در سال ۲۰۵۰ به ۸۰ درصد می‌رسد.

براساس سرشماری سال ۱۳۷۵ در ایران جمعیت بالای ۶۰ سال در کشور ۶/۶ درصد کل جمعیت بوده است. در سال ۱۳۷۹ این رقم به ۷/۸ درصد و در سال ۱۳۸۵ به ۸/۴ درصد رسید و برآورد می‌شود که در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۳ درصد جمعیت کشور، بالای ۶۰ سال سن یعنی ۸/۵ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به رشد ۲۶ درصدی (۱۸/۵ میلیون سالمند) برسد. این‌گونه رشد جمعیت برای کشور توسعه‌یافته‌ای مانند سوئیس نیازمند گذار ۵۵ ساله است. در حالی که برای کشور در حال توسعه‌ای مانند ایران در ظرف ۱۰ سال (۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵) رخ داده است. این مسئله جمعیت‌شناختی و متعاقباً مسئله جامعه‌شناختی- بهداشتی در کشورهای توسعه‌یافته جهان مانند ایران آن‌چنان حائز اهمیت است که سازمان جهانی بهداشت را ترغیب به نام‌گذاری سال ۲۰۱۲ به سال "زندگی سالم و طول عمر بیشتر" کرد و این مسئله رشد اپیدمی جمعیت غیرمولد سالمندی به "سونامی خاموش در ایران" تعریف شده است.

از گذشته تا امروز جمعیت ایران نیز همگام با جمعیت جهان رو به سوی سالمندی می‌رود. آمار و ارقام حاصل از سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن نشان می‌دهد که تعداد جمعیت سالمند ایران در دهه‌های اخیر در حال افزایش بوده است. نسبت جمعیت سالمند کشور طی سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ از آهنگ یکنواختی برخوردار نبوده است. تعداد جمعیت سالمند ایران (سنین ۶۰ ساله و بیشتر) از ۱۱۷۳۶۷۹ نفر در سال ۱۳۳۵، به ۵۱۲۱۰۳۸ نفر در سال ۱۳۸۵ و در سال ۱۳۹۰ به ۸/۲ درصد جمعیت کل کشور رسید. به عبارت دیگر، جمعیت سالمند کشور در دوره ۵۰ ساله مورد بحث ۴/۴ برابر شد؛ در حالی که جمعیت کل کشور در همین دوره ۳/۷ برابر شد. بدیهی است که از جمله عوامل مؤثر در افزایش جمعیت سالمند کشور در سال ۱۳۹۰ افزایش امید به زندگی و کاهش سطح باروری در دو دهه اخیر بوده است. جمعیت سالمندان مرد بین سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ در اکثر استان‌ها بیشتر از زنان سالمند

1. Good Health Adds Life To Years
2. Silent Tsunami

بوده است. اما در سال‌های ۱۳۹۰ تا ۱۴۰۰ تعداد زنان سالمند در تمام استان‌ها بیشتر از مردان سالمند خواهد بود که حاکی از زنانه شدن جمعیت سالمند در سال‌های آتی است. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که تا سال ۱۴۰۴ بیش از ۱۳ درصد و تا سال ۱۴۳۰ بین ۲۱ تا ۲۵ درصد جمعیت ایران را سالمندان تشکیل خواهند داد.

توضیح اینکه چنین وضعیتی در کل جهان نیز پیش آمد به‌گونه‌ای که بین سال‌های ۱۹۵۰ و ۲۰۰۵ جمعیت سالمند جهان ۳/۶ برابر شد اما در ایران شدت آن بیشتر از سطح جهانی (۴/۸ برابر) بود. بدیهی است که این امر نتیجه کاهش مرگ‌ومیر بود و منجر شد تا امید به زندگی در بدو تولد از حدود ۴۷ سال در سال ۱۳۴۵ به ۷۸ سال در سال ۱۳۹۵ برسد. به‌طور یقین عوامل متعددی در افزایش جمعیت سالمند کشور دخیل بوده‌اند که از جمله آن‌ها می‌توان به: تغییرات اعمال شده در سیاست‌های کنترل جمعیت پس از پیروزی انقلاب اسلامی و اجرای سیاست‌های تشویق مولود اشاره کرد. در سال ۱۳۶۵ دولت متوجه سنگینی بار افزایش جمعیت شد و به فکر احیای سیاست قدیمی کنترل جمعیت (که نخستین بار در دهه ۱۳۵۵-۱۳۴۵ به‌طور رسمی اجرا شد و نتیجه آن کاهش رشد طبیعی جمعیت در نقاط شهری بود) افتاد و در خرداد ۱۳۶۷، سیاست تهدید مولود را اعلام کرد و متعاقب آن برنامه‌های تنظیم خانواده را به مرحله اجرا درآورد.

با موفقیت اجرای سیاست‌های تنظیم خانواده روند باروری در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ تنزل چشمگیری یافت به‌گونه‌ای که کاهش تعداد مولود (به همراه کاهش تعداد مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی) رشد سالانه جمعیت کشور را، از ۳/۹ درصد در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵، به ۱/۹۶ درصد در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ و ۱/۶۲ درصد در دهه ۱۳۸۵-۱۳۷۵ رسانید. کاهش میزان باروری کل<sup>۱</sup> نیز در این دوران قابل ملاحظه بود. بدین ترتیب که میزان باروری کل در سال ۱۳۶۵ از ۶/۴ فرزند به ۳ فرزند در سال ۱۳۷۵ و ۲ فرزند در سال ۱۳۸۵ کاهش یافت. با توجه به آنچه در تعریف سالمندی جمعیت آمد می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که در ایران سالمندی جمعیت در شرف شروع شدن است. به‌طوری‌که در سال ۱۳۸۵، نسبت جمعیت سالمندان ایرانی (۶۵ ساله و بیشتر) ۸/۴ درصد بوده است. رشد جمعیت سالمندی همسو با گسترش مسائل سالمندان نیز خواهد بود. این گستره نه تنها حوزه بهداشت و درمان آن‌ها را متأثر نموده؛ بلکه جنبه‌های اجتماعی، روانی، فرهنگی و حقوقی مسائل و مشکلات سالمندان را نیز در محور توجه قرار می‌دهد.

در کتاب کاربردی "مبانی و اصول مراقبت از سالمندان در منزل: راهنمای مبتنی بر شواهد تجربی"<sup>۱۲</sup> نویسندگان در قالب ۲۰ فصل به بحث اصول اولیه مراقبت در منزل برای افراد سالمند و خانواده آن‌ها در قالب یک نگاه روایتی و مستند پرداخته‌اند. این کتاب شامل فصل‌هایی با عناوین: فصل ۱ کاهش وزن ناخواسته، فصل ۲ بیماری حاد در منزل، فصل ۳ بیماری پیشرفته در منزل، فصل ۴ مدیریت رفتاری زوال عقل، فصل ۵ باکتریوریا در بیماران مبتلا به دلیریوم، فصل ۶ بار مراقبت، فصل ۷ سوءرفتار و غفلت از سالمندان، فصل ۸ مدیریت سقوط پرتکرار، فصل ۹ ارزیابی در منزل: بهبود بیماران، فصل ۱۰ انتقال به مراقبت شبانه‌روزی، فصل ۱۱ زخم‌های فشاری، فصل ۱۲ مدیریت سوء مصرف مواد مخدر، فصل ۱۳ انزوای اجتماعی، فصل ۱۴ اختلال روانی حاد، فصل ۱۵ توان‌بخشی فیزیکی، فصل ۱۶ پالی‌فارمسی، فصل ۱۷ پزشکی از راه دور، فصل ۱۸ چاقی، فصل ۱۹ مدیریت کاتتر ادراری در منزل و فصل ۲۰ مراقبت در اواخر عمر است. معادل‌گزینی واژگان تخصصی سالمندی که دانشی نوپا در ایران است؛ از کتاب دوزیانه "فرهنگ سالمند" تألیف

1. Total Fertility Rate (TFR)

2. Home-Based Medical Care for Older Adults: A Clinical Case Book.

دکتر عبدالرحیم اسداللهی و خانم طاهره سکوت (چاپ ۱۴۰۰: نشر تراوا) استخراج شده است؛ ولی مترجمان معتقدند ترجمه این کتاب به‌ویژه در معادل‌یابی‌ها، عاری از هرگونه نقیصه نیست. لذا هرگونه پیشنهاد و انتقاد در خصوص معادل‌ها و واژگان به‌صورت مکتوب به دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شیراز ارجاع شود.

این کتاب برای پژوهشگران، اساتید و دانشجویان حوزه‌های بین‌رشته‌ای مانند سالمندشناسی، سلامت سالمندی، علوم اجتماعی و رفتاری، پرستاری سالمندان، دستیاری طب سالمندی و حوزه‌های توانبخشی مفید بوده و در عین حال سایر علاقه‌مندان مانند مدیران و کارکنان مراکز روزانه سالمندی، بنیادهای فرزندان، کانون‌های بازنشستگی و شعب استانی کانون ملی فرهیختگان، سالمندان عزیز و مراقبین آن‌ها و دیگر فعالان حوزه سلامت سالمندی می‌توانند با تهیه این کتاب دانش و آگاهی خود را در حیطه چالش‌های دوران سالمندی بالا ببرند.

#### گروه مترجمان

شیراز - تابستان ۱۴۰۱

# فصل اول

## کاهش وزن ناخواسته

### مطالعه موردی

شما اخیراً به یک مرکز مراقبت‌های پزشکی در منزل پیوسته‌اید و مراقبت خانم F، یک زن ۸۴ ساله را بر عهده گرفته‌اید که به دلیل استئوآرتریت<sup>۱</sup> شدید زانوها و لگن<sup>۲</sup> خود در خانه است. قبل از بازدید اولیه، سوابق او را مرور می‌کنید. سابقه پزشکی قبلی او به دلیل نارسایی مزمن قلبی، فشار خون بالا، چربی خون بالا، مصرف ۱۰ پکتی سیگار (۵۰ سال قبل قطع شده) و نقرس قابل توجه است.

او منشی سابق با تحصیلات دبیرستانی است. او به‌تنهایی در یک آپارتمان زندگی می‌کند. دخترش که در این نزدیکی زندگی می‌کند هفته‌ای دو تا سه بار به او سر می‌زند و غذای قابل مایکروویو برای او می‌آورد تا گرم شود. دخترش روز قبل از ملاقات با شما تماس گرفت تا وضعیت خود را به شما اطلاع دهد. او نگران است که خانم F در ۴ تا ۶ ماه گذشته وزن کم کرده و به‌خوبی غذا نمی‌خورده است. علاوه‌بر این، او نگران است که در ۱۲ تا ۱۸ ماه گذشته، حافظه مادرش رو به کاهش است. حافظه کوتاه مدت او رو به وخامت است و به نظر می‌رسد او در مدیریت امور مالی خود با مشکل مواجه است.

او همچنین برخی از غذاهایی را که برای مادرش تهیه کرده بود، در سطل زباله پیدا کرده است که نخورده است. گاهی اوقات وقتی با خانم F تلفنی تماس می‌گیرد، چند ثانیه طول می‌کشد تا بفهمد دخترش پشت خط تلفن است. او احساس می‌کند که روحیه مادرش خوب است. وقتی بیمار را در خانه می‌بینید، شکایت خاصی ندارد جز اینکه می‌گوید دخترش می‌گوید وزن کم می‌کند و توجه می‌کند که اشتهايش خوب است. او مشکلات دهان، دیسفاژی، درد شکم، اسهال، علائم قلبی ریوی یا علائم سیستمیک را انکار می‌کند. او خوب می‌خوابد، از تماشای تلویزیون لذت می‌برد و گزارش می‌دهد که خلق‌وخوی او خوب است. داروهای او آتورواستاتین، لوزارتان، فوروزماید، آسپرین و استامینوفن هستند. اخیراً هیچ تغییری نداشته است.

1. Osteoarthritis
2. Hips

## معاینه فیزیکی

زن سالمند لاغر با لباس خواب و عبا و بدون ناراحتی. BP: VS ۸۷/۱۴۳ میلی‌متر جیوه، HR ۹۲ ضربه در دقیقه، RR ۱۶ و تبادار. وزن ۱۲۵ پوند است که نسبت به ۱۳۲ پوند نسبت به بازدید ۳ ماه پیش و ۱۳۸ پوند نسبت به بازدید ۶ ماه پیش کاهش یافته است. معاینه سر و گردن طبیعی است، با دندان مصنوعی مناسب و بدون لنفادنوپاتی است. او باید به‌طور قابل توجهی روی بازوهای صندلی خود فشار بیاورد تا به حالت ایستاده برسد. او آرام، اما پیوسته و با تعادل خوب راه می‌رود. به‌غیر از تغییرات قابل توجه استئوآرتریت در زانوهای او، بقیه معاینه فیزیکی شامل معاینه عصبی و پستان طبیعی است. او معاینه رکتوم را رد کرد. او بیدار، هوشیار و مراقب است. او در کلمه‌یابی مشکل دارد و گاهی اوقات صحبت‌های تکراری دارد. آزمون کوتاه وضعیت ذهنی<sup>۱</sup> - ۲۱/۳۰.

بازرسی از خانه او به‌دلیل اندکی نامرتب بودن قابل توجه است. ظرف‌های کثیفی در سینک وجود دارد و غذای زیادی در یخچال وجود ندارد. چندین وعده غذایی منجمد در فریزر هست. هیچ الکلی در خانه وجود ندارد. وقتی از بیمار می‌خواهید نشان دهد که چگونه از مایکروویو برای آماده کردن وعده‌های غذایی‌اش استفاده می‌کند، بداخلاقی می‌کند. وقتی از خانم F در مورد کاهش وزنش می‌پرسید، او به شما می‌گوید این موضوع را با دخترش در میان بگذارید.

## مدیریت من

شما نمونه‌های خونی را برای شمارش کامل خون، پانل متابولیک جامع و سطح هورمون محرک تیروئید دریافت می‌کنید که همگی در محدوده طبیعی بودند. او ۶ ماه پیش در طول بستری شدن در بیمارستان به‌دلیل نارسایی احتقانی قلب، عکس رادیوگرافی از قفسه سینه گرفت که به جز یافته‌هایی که با تشدید حاد نارسایی احتقانی قلب او مطابقت داشت، طبیعی بود. کدام یک از موارد زیر بهترین گام بعدی برای توصیه به دختر بیمار است؟

الف. کولونوسکوپی<sup>۲</sup>.

ب. ماموگرافی<sup>۳</sup>.

ج. سونوگرافی شکم.

د. سی تی اسکن شکم/لگن.

1. Mini-Mental State Examination
2. Colonoscopy
3. Mammogram



ه. ازوفاگوستروئودنوسکپی<sup>۱</sup> (EGD)

ر. مشاور بهداشتی خانه یا دوست برای تغذیه، نظارت بالینی، و تکرار شرح حال و معاینه فیزیکی در عرض ۶ ماه.  
ز. تجویز محرک اشتها.

## تشخیص و ارزیابی

کاهش وزن غیرارادی (IWL)<sup>۲</sup> یک مشکل رایج در میان سالمندان است. در مطالعات مبتنی بر جامعه، تقریباً ۱/۳ از افراد سالمند حداقل ۴ درصد از وزن بدن خود را در طول یک سال از دست دادند [۱]. مطالعات نسبتاً کمی در مورد علت IWL وجود دارد، و بیشتر آن‌ها در بیمارستان‌ها در جمعیت‌های ارجاعی انجام شده‌اند. در این مطالعات، افرادی که با IWL مراجعه می‌کنند، تحت یک آزمایش جامع قرار می‌گیرند تا علت کاهش وزن مشخص شود. این مطالعات نسبتاً ثابت بوده‌اند: تقریباً ۱/۴ بیماران دارای یک علت روان‌پزشکی (معمولاً افسردگی یا اضطراب) و تقریباً در ۱/۲ آن‌ها یک علت فیزیکی شناسایی شده است که بدخیمی و علل خوش خیم گوارشی شایع‌ترین آن‌هاست. پس از انجام یک کار جامع، تقریباً ۱/۴ علت مشخص نمی‌شود [۲-۴].

داده‌ها نشان می‌دهند که در صورت عدم وجود یک شکایت خاص برای هدایت کار، سونوگرافی شکم یا سی‌تی‌اسکن لگنی شکم ممکن است معقول باشد. [۵]، اما در غیر این صورت آزمایش کور شده مناسب نیست. چندین مطالعه نشان می‌دهد که وقتی بیمار شکایت خاصی ندارد، معاینه فیزیکی منفی و معاینه آزمایشگاهی اولیه منفی و رادیوگرافی قفسه سینه، انتظار مراقب و ارزیابی سریال منطقی است [۶، ۷]. داروها یک علت شایع در افراد سالمند هستند [۸].

هیچ مطالعه‌ای در مورد علت IWL در میان سالمندان مقیم خانه انجام نشده است. با این حال، در این جمعیت مهم است که عوامل اجتماعی را به‌عنوان عوامل بالقوه در IWL در نظر بگیریم. چنین عواملی شامل دسترسی به غذا، انزوای اجتماعی و ایجاد سندرم فرتوتی<sup>۳</sup> است. علاوه بر این، زوال عقل آلزایمر<sup>۴</sup> نیز یکی از دلایل IWL است. کاهش وزن معمولاً مقدم بر تشخیص بالینی زوال عقل است و ممکن است به نقص در عملکرد اجرایی یا خود زوال عقل زمینه‌ای مرتبط باشد [۹، ۱۰]. در نهایت، در بیماران با شرایط مزمن متعدد و اختلالات عملکردی، علت IWL می‌تواند چند عاملی باشد.

1. Esophagogastrroduodenoscopy
2. Involuntary Weight Loss
3. Frailty Syndrome
4. Alzheimer's Dementia

## مدیریت

شما با دختر خانم F تماس می‌گیرید و کاهش وزن بیمار را تأیید می‌کنید. علاوه بر این، به او می‌گویید که فکر می‌کنید مادرش احتمالاً به بیماری آلزایمر مبتلا شده است. او می‌گوید که به این مشکوک بوده است. او از شما می‌پرسد که چه چیزی باعث کاهش وزن می‌شود و در مورد آن، چه باید کرد. به او می‌گویید که فکر می‌کنید IWL مادرش به احتمال زیاد به دلیل زوال عقل و نقص‌های مرتبط با عملکرد اجرایی است که ممکن است به کاهش مصرف غذا و کاهش وزن کمک کند. شما توصیه می‌کنید که تمهیداتی برای کمک به بیمار در تغذیه در نظر گرفته شود؛ یک دوست یا مشاور بهداشتی در خانه، یا اینکه او یا یکی دیگر از اعضای خانواده در صورت امکان، بیشتر به بیمار در غذا خوردن کمک کند.

علاوه بر این، به او می‌گویید که هوشیار باقی خواهید ماند و او را برای شکایات جدید زیر نظر خواهید داشت تا یک تمرین را برای علت فیزیکی کاهش وزن هدف قرار دهید و معاینه فیزیکی و آزمایشگاه‌های اولیه او را زیر نظر بگیرید. او با این طرح موافق است، اما می‌گوید براساس توضیحات شما در مورد متون ذکر شده در بالا، او مایل است مادرش یک مطالعه تصویربرداری از شکم داشته باشد. او پرسید که آیا یک محرک اشتها برای مادرش مفید است؟ شما به او می‌گویید که در حالی که محرک‌های اشتها، به‌عنوان مثال، مزستروپول استات، ممکن است منجر به چندین پوند افزایش وزن شود، اما با مزایا مرگ و میر مرتبط نیستند و عوارض جانبی بالقوه قابل توجهی دارند و در این شرایط استفاده از آن‌ها را توصیه نمی‌کنید.

## نتیجه

خانواده خانم F زمان بیشتری را برای کمک به بیمار در وعده‌های غذایی اختصاص دادند و همچنین دوستی را برای این کار استخدام کردند. در طول سال بعد، بیمار به کاهش وزن خود ادامه داد، البته با سرعت کمتری نسبت به قبل. دختر خانم F همچنان نگران یکی دیگر از علل زمینه‌ای IWL بود. سونوگرافی شکم در یک مرکز تصویربرداری محلی گرفته شد و منفی بود. زوال عقل او به‌طور پیوسته بدتر می‌شد. او ۳ سال بعد با معاینات سرپالی که در آن زمان هیچ دلیل دیگری برای IWL آشکار نکرد، درگذشت.

## نکات ارزشمند و دام‌های بالینی

- IWL در افراد سالمند ساکن جامعه، به ویژه آن‌هایی که دارای چندین بیماری مزمن و فرتوتی هستند، رایج است.
- IWL با زوال عقل همراه است و ممکن است قبل از تشخیص زوال عقل باشد.
- مسائل اجتماعی و عملکردی می‌تواند به IWL کمک کند. ارزیابی وضعیت خانه بیمار می‌تواند به

- شناسایی علل و رویکردهای کمک‌کننده برای درمان یا بهبود IWL کمک کند.
- در مطالعات مربوط به علل IWL (بیشتر در جمعیت ارجاع شده و بیشتر نه در میان افراد سالمند ضعیف)، تقریباً ۱/۴ از بیماران یک علت روان‌پزشکی (معمولاً افسردگی) شناسایی می‌کنند، ۱/۴ پس از آن دلیلی مشخص نمی‌شود. یک کار جامع و تقریباً ۱/۲ یک علت فیزیکی شناسایی می‌شود. بدخیمی و علل خوش‌خیم گوارشی شایع‌ترین هستند. داروها یک علت شایع در افراد سالمند هستند. انتظار دقیق و نظارت بالینی در غیاب علائم خاص و انجام آزمایش اولیه منفی مناسب است.
  - در هنگام IWL نباید داروهای محرک اشتها تجویز شود.

## References

1. Ritchie CS, Joshipura K, Silliman RA, et al. Oral health problems and significant weight loss among community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000;55(7):M366–71.
2. Rabinovitz M, Pitlik SD, Leifer M, et al. Unintentional weight loss. A retrospective analysis of 154 cases. *Arch Intern Med.* 1986;146(1):186–7.
3. Lankisch P, Gerzmann M, Gerzmann JF, Lehnick D. Unintentional weight loss: diagnosis and prognosis. The first prospective follow-up study from a secondary referral centre. *J Intern Med.* 2001;249(1):41–6.
4. Marton KI, Sox HC Jr, Krupp JR. Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance. *Ann Intern Med.* 1981;95(5):568–74.
5. Hernández JL, Riancho JA, Matorras P, González-Macías J. Clinical evaluation for cancer in patients with involuntary weight loss without specific symptoms. *Am J Med.* 2003;114(8):631–7.
6. Metalidis C, Knockaert DC, Bobbaers H, Vanderschueren S. Involuntary weight loss. Does a negative baseline evaluation provide adequate reassurance? *Eur J Intern Med.* 2008;19(5):345–9.
7. Moriguti JC, Moriguti EK, Ferriolli E, et al. Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment. *Sao Paulo Med J.* 2001;119(2):72–7.
8. Thompson MP, Morris LK. Unexplained weight loss in the ambulatory elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(5):497–500.
9. Stewart R, Masaki K, Xue QL, et al. A 32-year prospective study of change in body weight and incident dementia: the HonoluluAsia Aging Study. *Arch Neurol.* 2005;62(1):55–60.

10. White H, Pieper C, Schmader K. The association of weight change in Alzheimer's disease with severity of disease and mortality: a longitudinal analysis. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46(10):1223-7.