



سالمندی

تعاریف

- در عصر حاضر با توجه به بهبود شرایط زندگی و گسترش مراقبت های بهداشتی، افزایش چشمگیری در جمعیت و طول عمر قشر سالمند بوجود آمده و انتظار می رود در آینده نیز ادامه یابد، لذا مسئله سالمندی به عنوان یک واقعیت مطرح می باشد.
- Aging از زمان تولد آغاز می شود و هر روز انسان قسمتی از پروسه ی aging می باشد.
- علمی که به بررسی مسائل و مشکلات و جریان پیر شدن می پردازد Gerontology خوانده می شود
- بیماری هایی که در ارتباط با پیری به وجود می آید Geriatric گویند.

دیدگاه WHO در رابطه با سالمندی

سازمان بهداشت جهانی رده بندی زیر را برای مشخص کردن سن سالمند بکار می برد:

میانسال ۴۹-۵۹

مسن ۶۰-۷۴

پیر ۷۵-۹۰

خیلی پیر ۹۰ سال به بالا

دانشمندان هنوز نمی دانند چه سنی سن پیری است دو نفری که با هم متولد می شوند یکی در ۵۰ سالگی پیر است و ممکن است بمیرد، در حالیکه دیگری ۵۰ سال دیگر عمر می کند.

پیری

• پیری عبارت است از اضمحلال تدریجی در ساختمان ارگانیک بدن که بر اثر دخالت عامل زمان پیش می آید و دگرگونی هایی را در ساختمان و عمل اعضا مختلف بدن بوجود می آورد. سفید شدن مو، چین و چروک پوست، ریزش مو، کاهش قدرت دید، نقصان شنوایی، خمیدگی، کندی در تحرک، کاهش قدرت عضلانی، اختلال و آشفتگی در حافظه، آشفتگی فهم و ادراک، اختلال در قضاوت و جهت یابی، کاهش ظرفیت و کارآیی ریه ها و سیستم قلبی عروقی از آن جمله اند.

پیری دوره ای از زندگی است که در آن تغییراتی در شکل و عملکرد اندام های درونی بدن بوجود می آید و موجب اختلال در سازگاری فرد با محیط می شود. این تغییرات شامل تغییراتی در متابولیسم بدن، کاهش فعالیت های عضلانی، عصبی و دگرگونی در وضع ظاهری اندام ها و بطور کلی بروز اختلالات فیزیولوژیکی، بیولوژیکی، روانی و اجتماعی می باشد.

پیری یک بلوغ بیولوژیکی، جسمی و روانی است. Kiown می نویسد تغییرات بیولوژیکی که در طول زمان در نحوه ی زیست ارگانیسم بوجود می آید همراه با کاهش نیروی حیاتی و تطبیقی، پیری می باشد.

عوامل موثر در طول عمر

عمر دراز تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد:

۱- ارث: افرادی که پدر و مادرشان بیشتر عمر می کنند طول عمر بیشتری دارند.

۲- چاقی: به افزایش مرگ و میر کمک می کند.

۳- رژیم غذایی: مصرف مقادیر کمتر چربی اشباع شده روش مناسبی برای طول عمر است.

۴- سبک زندگی: مثل داشتن خواب منظم بین ۸-۶ ساعت، ورزش منظم و متعادل، پرهیز از سیگار، قهوه، الکل.

۵- کشف به موقع سرطان های قابل معالجه

۶- افراد متاهل که در طبقات اجتماعی اقتصادی بالاترند طول عمر بیشتری دارند.

۷- افراد شاغل یا اگر بازنشسته هستند در امور اجتماعی سازگاری خود را حفظ کرده اند طول عمر بیشتری دارند.

عوامل موثر بر سالمندی

۱-ارث: عده ای از دانشمندان معتقدند که ساعت حیاتی در هیپوتالاموس biological clock در هر عضوی وجود دارد و برای زمان خاصی تنظیم شده اند مثلا پیرچشمی در بعضی از خانواده ها معتقدند که عوامل ارثی در بعضی از سلول های خاص وجود دارد که باعث پیری آن عضو در مقطع زمانی خاص می شود.

۲- محیط: فشار های جسمی- روانی و تغذیه ای در بروز پیری موثر است.

۳- فعالیت: عده ای از دانشمندان معتقدند توانایی در پی تقاضا و درخواست است. یعنی همان قدر که بخواهید می توانید توانا باشید (یا همان قدر می توان توانا بود که بخواهید) لذا پیری با کاهش توقع از بدن همراه است، به تدریج توانایی سلب شده و پیری عارض می شود.

تغییرات پیری

- حس های اختصاصی: پیرچشمی، کاهش شنوایی، چشایی (کاهش پرز های چشایی)، بویائی، بی اشتهایی، عدم درک صداهاى اطراف منجر به قطع ارتباط و انزوا isolation می شود.
- کم‌دورت عدسی کاهش قدرت تطابق Accomodation و کاهش بینایی .
- قلبی عروقی: کاهش قدرت انقباضی قلب، کاهش حجم ضربه ای و کاهش بازده قلب، کاهش ذخیره قلبی، کاهش هدایت، کاهش پرشدن بطنی، اختلال در عملکرد گیرنده ی فشار، افزایش فشار خون سیستولیک
- تنفسی: کاهش قابلیت ارتجاعی ریه، کاهش حداکثر ظرفیت تنفسی، کاهش کلیرانس موکوس، کاهش PaO_2 ، کاهش تهویه، اختلال تنظیم تنفس توسط گیرنده های شیمیایی، افزایش خطر عفونت ثانویه، کاهش جریان خون به ریه ها .

■ ایمنی: کاهش ایمنی سلول ها، کاهش تعداد سلول T مہار کننده، کاهش سلول های T کمک کننده، از بین رفتن سلول های حافظه ای، کاهش بیشتر آنتی بادی های ضد آنتی ژن های شناخته شده، افزایش خود ایمنی .

■ غدد درون ریز: کاهش پاسخ هورمونی به محرک، اختلال تحمل گلوکز، کاهش مصرف گلوکز، کاهش اندروژن ها و استروژن ها، اختلال پاسخ های نوراپی نفرین، اختلال در پاسخ به کاهش مایع بدن، کاهش میزان متابولیسم پایه، کاهش فعالیت فوق کلیه .

■ سیستم عصبی خودکار: اختلال در پاسخ به کاهش مایع بدن، کاهش در رفلکس گیرنده ی فشار، افزایش احتمال هیپوترمی، اختلال در تحرک دستگاه گوارش، درک درد با کاهش حس درد و آهسته شدن رفلکس ها همراه است.

■ سیستم عصبی: کاهش جریان خون به مغز، کاهش پیشرونده سلول های عصبی، افزایش زمان عکس العمل و تصمیم گیری اختلالات روانی و شخصیتی .
عدم تحمل استرس های خارجی به علت کاهش قدرت و ظرفیت فعالیت های اندام ها: تغییر وضعیت، عفونت، کاهش حجم خون، سوء تغذیه.

■ تغییر در سیستم ادراری: کاهش اعمال کلیه، کاهش جریان خون به کلیه .

■ تغییر در سیستم گوارشی: از بین رفتن دندان ها، اختلال در بلع، کاهش ترشحات و آنزیم های گوارشی، کاهش تون عضلات، کاهش اشتها

■ تغییر در سیستم استخوانی عضلانی: پوکی استخوان، تغییر در حالت بدن، سختی مفاصل، تغییرات ساختمانی مفاصل، رباط ها، استخوان، افزایش انحناء مهره ها، آتروفی دیسک بین مهره ای، کاهش قدرت عضلات.

■ تغییرات پوست و بافت همبند: کاهش حالت ارتجاعی، خشک و چروک شدن پوست (به علت کاهش چربی منجر به حساس شدن پوست می شود) نازکی مو و تغییر رنگ پوست و مو، Ecchymosis، عدم قدرت تنظیم درجه حرارت، ضخیم و خشک شدن ناخن ها.

■ تغییرات سیستم تولید مثل: یائسگی، کاهش فعالیت های جنسی، کاهش هورمون ها.

■ تغییر در بافت لنفاوی: کاهش تولید آنتی بادی

■ جنبه های روانی پیری:

تغییرات روانی به تغییرات جسمی مربوط است. کاهش selfesteem، مرگ زوج، بازنشستگی، معلولیت، تغییر نقش خانوادگی، تغییر نقش اجتماعی، کاهش درآمد، انزوای اجتماعی و تنهایی، افسردگی، بی تفاوتی، بی خوابی، بی اشتها، عدم فعالیت.

■ انطباق با استرس:

افراد سالمند نسبت به انواع استرس های بیولوژیک، روانی، اجتماعی، بسیار حساس و آسیب پذیرند. این افراد به دلیل نقصان انرژی و تنگی و تنگی فرصت به دنبال تلاش های حرفه ای نمی روند و بسیاری از موقعیت های اجتماعی را از دست می دهند. افراد پیر مجبورند با فقدان های بسیاری مدارا کنند (مرگ دوستان و عزیزان که بزرگترین آن ها مرگ همسر است) و اگر از دست دادن ها پشت سرهم باشد، ایجاد افسردگی می کند، نگرانی در مورد سلامت جسمی از دیگر ناراحتی های روحی آن ها است که اگر بیش از حد شود تبدیل به هیپوکندریازیس (خودبیمار پنداری) می شود.

○ مسائل اجتماعی و اقتصادی:

فقر رابطه‌ی بسیار نزدیکی با پیری دارد، ۳۰ درصد سالمندان در خانه‌های زیر سطح استاندارد زندگی می‌کنند و ۲۰ درصد آن‌ها مادون سطح فقر و ۱۰ درصد سالمندان مبتلا به سوء تغذیه هستند. تعداد مردان شاغل بالای ۵۶ سال کمی بیشتر از ۲۰ درصد و تعداد زنان شاغل ۱۰ درصد می‌باشد.

برنامه‌های بازنشستگی، تامین اجتماعی و طرح پرداخت مستمری در جبران این مسئله بسیار مهم است.

○ بازنشستگی:

بازنشستگی به فرد سالمند مجال می‌دهد که فرصت بیشتری را برای آسایش داشته باشند و بسیاری از بازنشستگی خود لذت می‌برند و احساس می‌کنند تازه آزادی بدست آورده‌اند در حالی که در بعضی تجربه‌ی منفی می‌باشد به خصوص اگر بعد از بازنشستگی مسائل اقتصادی پیش آید و به دیگران وابسته شوند. بازنشستگی ممکن است سبب شود که گاهی نقش‌ها تغییر کند.

استفاده از داروهای متعدد

■ افراد مسن در معرض خطر بالای بروز مشکلات مربوط به داروها هستند. پیری موجب استفاده از داروهای متعدد می شود. متوسط بیماران بالای ۷۰ سال که داروی نسخه ای دریافت می کنند $5/4$ درصد و آن هایی که از داروهای بدون نسخه استفاده می کنند $5/3$ درصد است. هم خطر بروز عوارض جانبی دارویی و هم عدم تحمل این داروها با افزایش تعداد داروهای مصرف شده افزایش می یابد. احتمال بروز عارضه ی دارویی از ۲ درصد در بیمارانی که حداکثر ۲ دارو دریافت می کنند به بیش از ۱۳ درصد در بیمارانی که شش دارو یا بیشتر استفاده می کنند افزایش می یابد.

استفاده از داروهای متعدد

■ بیماران مسن اغلب به چندین پزشک مراجعه می کنند. این پزشکان از داروهایی که همکاران آن ها قبلا تجویز نموده اند اطلاعی ندارند، این مسئله منجر به مشکلاتی از قبیل تجویز داروهای زیادی، تکرار نسخه ها و بروز تداخلات دارویی می شود. پاکسازی دارو از بدن به زمان طولانی تری در افراد سالمند نیازمند است پس احتمال بروز تظاهرات مسمومیت دارو حتی وقتی که سطح سرمی آن در محدوده ای که برای بیماران جوان طبیعی در نظر گرفته می شود باشد، بیشتر است.

استفاده از داروهای متعدد

- استفاده صحیح از داروها، پرهیز از تجویز داروهای غیرضروری و حصول اطمینان از اینکه داروهای تجویز شده بیماری بیمار را تشدید نمی کند در بیماران مسن اهمیت ویژه ای دارند. سالمندان به علت کاهش متابولیسم، کاهش خروج دارو و کاهش تخلیه معده و روده نیاز به داروی کمتری دارند.

مشکلات در ارتباط با تجویز دارو:

- ۱- استفاده از میزان نامناسب دارو
- ۲- استفاده از داروی نامناسب به علت اشکال در حواس (به خصوص بینایی)
- ۳- خشکی مخاط ها، اشکال در بلع (مراقبت از دهان، دادن مایعات و شستشوی دهان بعد از دارو ضروری است)
- ۴- توجه به خونریزی با داروهای تزریقی
- ۵- اقدامات ایمنی با تجویز مسکن ها
- ۶- توجه به وضعیت تنفسی با داروهای مخدر

داروهای که سالمندان معمولاً مصرف می کنند:

۱-ضد درد و مسکن مخصوصاً توجه به اثرات سوء آسپرین و کدئین (احتمال خونریزی، کاهش رفلکس سرفه و...)

۲-آرام بخش (اختلال در وضعیت BP، اختلال در سطح هوشیاری و آگاهی)

۳-ملین ها (خطر عاداتی شدن دارو و...)

۴-داروهای ضد التهاب (استروئید و سالیسیلات ها و...)

۵-ترکیبات دیژیتال احتمال بروز مسمومیت

داروهای که سالمندان معمولاً مصرف می کنند:

۶- داروهای ضد فشار خون و مدرها (اختلال در جریان خون قلبی و مغزی)

۷- داروهای ضد انعقاد

۸- آنتی بیوتیک ها (اسهال ناشی از تغییر فلور طبیعی روده ای)

بیماری های مهم در سالمندان

افتادن ها و کاهش تحرک:

افراد مسن به طور شایع در قدم زدن، راه رفتن و حفظ تعادل بدن اشکال دارند. نتیجتاً حدود ۳۰ درصد افراد بالای ۷۰ سال یکبار در سال یا بیشتر دچار سقوط می شوند که این مسئله موجب بالارفتن موارد شکستگی سر استخوان ران و سایر آسیب های منجر به بستری شدن بیماران و در نتیجه افزایش احتمال بروز عوارض طبی نظیر دزیدراتاسیون، پنومونی، احتباس ادراری و عفونت ها می شود.

بیماری های مهم در سالمندان

افتادن ها و کاهش تحرک:

علل: معمولاً افتادن ها چندین علل دارند که عبارتند از: اختلالات بینایی، بیماری های عصبی یا عروقی، افت وضعیتی فشار خون، کاهش حجم عضلانی، بیماری های مفصلی و بیماری های مختلف، افتادن اغلب در شب اتفاق می افتد و در بیماران دچار دمانس شایع است و با افزایش مصرف دارو ها، افزایش می یابند.

بیماری های مهم در سالمندان

دلیریوم

تعریف منگی حاد است.

علائم بالینی جهت تشخیص اختلال: در هر فرد مسنی که اخیراً دچار منگی شده و با نوسان سطوح هوشیاری همراه است مطرح می شود. کاهش توانایی تمرکز حواس، خواب آلودگی در طول روز، توهم ها، اختلال در اوریانتاسیون و از بین رفتن حافظه .

بیماری های مهم در سالمندان

دلیریوم

علل : دهیدراتاسیون، نارسایی احتقانی قلب، انفارکتوس میوکارد، عفونت های ریوی یا دستگاه ادراری و انواع دارو ها (مثلاً پنی سیلین، دیگوکسین، سایمتیدین، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی نظیر آسپرین و ایبوپروفن و داروهای که اثرات شناخته شده ای روی سیستم عصبی مرکزی دارند) تغییر محیط نیز ایجاد دلیریوم می کند (بستری در بیمارستان یا استقرار در خانه های سالمندان) یا حتی بعد از اعمال جراحی (جراحی مفصل ران)

درمان:

درمان بیماری های زمینه ای، قطع یا تغییر داروهای عامل بیماری، استفاده از مسکن ها یا آرام بخش ها . داروی ایده آل، هالوپریدول است دوز اولیه درمانی ۵/۰ میلی گرم عضلانی یا خوراکی است و در فواصل ۳۰ دقیقه ای در صورت نیاز تکرار می شود. عارضه ی هالوپریدول، سندرم بدخیم نورولپتیک است که با عوارض تب و علائم خارج هرمی مشخص می شود. علاوه بر هالوپریدول، بنزو دیازپین ها (مثل لورازپام) نیز برای درمان دلیریوم توصیه می شود.

بیماری های مهم در سالمندان

دمانس:

از بین رفتن سراسری (global) عملکرد ذهنی است که با بروز نقص در حافظه، تکلم، عملکرد بینایی فضایی، شناخت و هیجانات یا شخصیت مشخص می شود. اگرچه تغییرات جزئی در حافظه با افزایش سن اتفاق می افتد نقص هایی که در توانایی عملکرد بدون وابستگی اختلال ایجاد می شود هرگز ناشی از افزایش سن به تنهایی نیست.

شیوع: در ۲۰ درصد جمعیت بالای ۸۵ سال اتفاق می افتد.

علل: آلزهایمر، دمانس

بیماری های مهم در سالمندان

بیماری آلزهایمر Alzheimer

علت اکثر موارد از بین رفتن شناخت در بیماران مسن است. یک تظاهر اولیه شایع بروز اختلالات تکلمی است که اساساً به صورت آفازی بیانی و شنوایی تدریجاً بدتر شونده تظاهر می کند. بیماران به طور شایع توانایی شناسایی اشیاء معمولی را از دست می دهند و اغلب در محیط هایی که قبلاً آشنا بوده اند گم می شوند.

در مراحل بعدی سیر بیماری مشکلات رفتاری از جمله حالت تهاجمی، توهمات و ادراکات غلط بروز می کنند.

از مشکلات اصلی پرستاران این افراد بروز آشفتگی در عصرها (غروب زدگی) سرگردانی و اختلال در چرخه های خواب این افراد است.

تشخیص در بافت شناسی پس از مرگ، مشاهده دسته های نوروفیبریلاری متعدد ناشی از دژنراسانس اجسام نورونی و پلاک های عصبی حاوی پروتئین بتا آمیلوئید است دسته های نوروفیبریلاری در بیماری های دیگر هم دیده می شود اما توام با تاریخچه ی بالینی کلاسیک به تشخیص کمک می کند.

پاتولوژی دمانس ناشی از انفارکتوس های متعدد به دلیل آترواسکلروز و ترومبوآمبولی ایجاد شده اند.

برخلاف آلزهایمر، که پیشرفت بدون وقفه ای دارد دمانس به صورت اختلال پلکانی است و این بیماران اغلب تاریخچه ی هیپرتانسیون و سکته های مغزی قلبی را می دهند و در MRI و توموگرافی کامپیوتری در بیمارانی که علائمشان کمتر از ۲ سال طول کشیده باشد یا علائم عصبی موضعی توجیه نشده داشته باشد انجام می شود.

در حال حاضر هیچ دارویی که فایده ی آن در برگشت شناخت در بیماری آلزهایمر یا دمانس ناشی از انفارکتوس های متعدد اثبات شده باشد وجود ندارد.

در مورد دمانس، آسپرین با دوز پایین برای پیشگیری از سکته های مغزی بعدی توصیه می شود.

مسائل و مشکلات بهداشتی سالمندان

تظاهر بیماری در پیری:

بیمار مسن که برای یک بررسی تشخیصی مراجعه می کند، باید به دقت ارزیابی شود. علائم و یافته های بالینی بیماری در افراد مسن اغلب خفیف بوده و وجود ندارند یا غیرعادی می باشند. به عنوان مثال بیمار مسن ممکن است به دنبال انفارکتوس میوکارد دچار درد قفسه ی سینه نشود، در عفونت های دستگاه ادراری سوزش ادرار پیدا نکند. اغلب تنها علائم و یافته های غیراختصاصی و خفیفی نظیر تغییر در وضعیت ذهنی، افزایش خواب آلودگی و کاهش اشتها یا افزایش دفعات افتادن نشان دهند.

مسائل و مشکلات بهداشتی سالمندان

تظاهر بیماری در پیری:

اگرچه علائم روانی نظیر تغییر خلق افسرده، تغییر شخصیت یا عدم توجه ممکن است وجود یک عفونت، نارسایی احتقانی قلب یا یک اختلال متابولیک را نشان بدهند یک مشکل روانی واقعی نظیر افسردگی ممکن است با علائم عمومی نظیر سردرد یا ضعف یا سرگیجه بروز کند

داروها اغلب بر مشکل تشخیص می افزایند عوارض جانبی داروها می تواند علائم بیماری های حاد را تقلید کند یا آن ها را تخفیف دهند.

—عکس العمل آهسته نسبت به درمان

—کاهش مقاومت منجر به پیدایش بیماری های دیگر می شود.

بیماری های بالقوه کشنده در افراد مسن نیز می توانند با تظاهرات اولیه ای بروز کنند که پزشک را در تشخیص دچار اشکال نمایند. به عنوان مثال با یک مسئله خطرناک داخل شکمی، وجود یافته های بالینی اندک، تب خفیف یا عدم وجود تب و افزایش متوسط، شمارش طبیعی یا حتی پایین گلبول های سفید ناشایع نیست. که این مسئله به خصوص در بیماران مسنی که دچار اختلال شناخت، سوء تغذیه، ناتوانی یا بیماری های متعدد و مزمن طبی هستند بیشتر است. به همین علت این بیماران اغلب مشکل ترین مورد تشخیص می باشند.

توانبخشی جسمی و روانی سالمند

بررسی میزان توانبخشی: حتی یک بیمار نسبتاً خفیف می تواند در عملکرد شناختی یا فیزیکی یک بیمار مسن اختلال قابل ملاحظه ای ایجاد کند و با توجه به اینکه، بهبود در افراد مسن آهسته تر است چنانچه بخواهد به وضعیت قبل از بیماری برگردند به دوره های طولانی مدت تر و شدید تر بهبودی و توانبخشی نیاز دارند.

توانبخشی جسمی و روانی سالمند

بررسی طبی هر بیمار مسنی باید شامل بررسی وضعیت عملکردی و شناختی او باشد سپس ایجاد یک برنامه درمانی در جهت برقراری مجدد عدم وابستگی ضروری است. به علاوه وضعیت حمایت های عاطفی اجتماعی (خانواده، دوستان، خویشان) وضعیت اقتصادی و محیط خانه به منظور تعیین آنچه که برای بهبودی بیماری و بازگشت یا باقی ماندن بیمار در خانه لازم است.

چنین بررسی های مفصلی، اساس مراقبت کهنسالی را تشکیل می دهند. این بررسی ها به یک ارزیابی مفصل چند جنبه ای و همکاری پزشکان، پرستاران، کارگران جامعه، درمانگران فیزیکی و شغلی، داروسازان و براساس نیاز های بیمار بسیاری از متخصصین دیگر مراقبت بهداشتی نیاز دارد.

با استفاده از همکاری اعضاء تیم های مختلف، یک برنامه ی درمانی ایده آل با استفاده از حداقل داروها و در صورت نیاز استراتژی طولانی مدت توانبخشی فیزیکی- شناختی یا تغذیه ای باید ایجاد شود.

بررسی

۱- حالات قابل درمان طبی را مشخص کنید.

۲- از نظر افسردگی و از بین رفتن حافظه بیماریابی کنید.

۳- استفاده از دارو را به حداقل برسانید.

۴- در صورت ممکن از محدودیت های شیمیایی و فیزیکی خودداری کنید:

الف) اختیارات بیمار را با خانواده و یا مراقبین بیمار در میان بگذارید.

ب) از موارد دیگری که ایجاد محدودیت نمی کنند استفاده کنید.

۵- وضعیت عملکردی را بررسی کنید:

الف) فعالیت های روزمره (استحمام، لباس پوشیدن)

ب) فعالیت های وسیله ای روزمره (خرید و...)

بررسی

۶- اهداف توانبخشی را مشخص کنید:

الف) پتانسیل توانبخشی را با توجه به موارد زیر مشخص کنید:

(a) پیش آگهی

(b) علت و مدت ناتوانی عملکردی

(c) انتظارات و خواسته های بیمار و خانواده اش

ب) با توجه به نیاز های بیمار برنامه توانبخشی را برقرار کنید.

بررسی

۷- یک برنامه برای ترخیص بیمار بریزید:

الف) توانایی بیمار و بازگشت به کار یا باقی ماندن در خانه را بررسی کنید.

a- خانواده و شبکه های حمایتی خصوصی در جامعه

b- منابع مالی و توانایی استفاده از سرویس های خصوصی در جامعه

c- دارا بودن شرایط استفاده از برنامه های کفالتی یا سرویس های حمایتی

ب) نیاز به باقی ماندن کوتاه یا بلند مدت در انستيو را بررسی کنید.

a- مرکز توانبخشی کهنسالی

b- مراقبت در منزل

توانبخشی جسمی و روانی

- هدف از توانبخشی این است که به فرد نیازمند توان بخش کمک شود تا بتواند با حداکثر توانایی خود به کار پردازد و خود را با جامعه تطبیق دهد و فرد را از جهات جسمی، روانی و اجتماعی برای نوعی زندگی که در حد توانایی او است آماده سازد.

توانبخشی جسمی و روانی

- در بخش توانبخشی سالمندان باید به تقویت نیروی ماهیچه های او پرداخت یا در مورد نحوه استفاده از چوب یا عصای زیر بغل به آن ها کمک نمود یا در صورت استفاده بیمار سالمند از صندلی چرخدار، نحوه دقیق و صحیح استفاده از صندلی چرخدار را به او آموخت. از ورزش درمانی نیز در مورد سالمندان می توان استفاده کرد.
- در فعالیت توانبخشی جسمانی کوشش در تطبیق دادن وضع بیمار با محیط اجتماعی است که می تواند تا حد ممکن خود را با محیط خانواده، شغل و غیره تطبیق دهد

- هدف از توانبخشی (نوتوانی Rehabilitation) برگرداندن اعمال اعضای مختلف بدن به حالت طبیعی است که در میان مراقبت های سه گانه پزشکی (پیشگیری، اقدامات درمانی پزشکی، جراحی و نوتوانی است) در مرحله سوم قرار دارد.
- توانبخشی عبارت از همکاری با یک فرد ناتوان و از کار افتاده به منظور آگاه نمودن او از قدرت ها و امکانات جسمی، روحی، اجتماعی و اقتصادی است.

- در توانبخشی، اقدامات و فعالیت ها از دو طریق صورت می گیرد:
 - الف) کم کردن عوارض جسمی به کمک وسایل پزشکی
 - ب) توسعه قدرت های فردی در بیمار
- دو اصل مهم توانبخشی عبارتند از:
 - الف) کم و همیشه (آهسته و پیوسته)
 - ب) قطع تدریجی کمک اضافی به بیمار مورد آزمایش

جریان کار توانبخشی بیماران سالمند، غالبا بسیار کند و آهسته پیش می رود که البته باید ماهیت و نفس عمل را به خوبی درک کرد.

آموزش مجدد در واقع عبارت از یک جریان پیشرفت به سوی حداکثر استقلال است که برای یک فرد بیمار درجه بندی شده و حرکات ساده تر و آسان تر و فعالیت های طرح ریزی شده است مانند چرخیدن، نشستن و غیره . حرکات و فعالیت ها به نحو پیشرونده ای انجام می پذیرد.

۱- با کمک حداقل

۲- تنها و تحت نظارت) در این مرحله باید دقیقا مواظب بود که بیمار به زمین نیفتد زیرا در صورت زمین خوردن ممکن است فاجعه تاسف باری پیش آید.

۳- تنها بدون نظارت و سرپرستی

۴- با مقاومت حد اکثر

موفق باشيد