

بسم الله الرحمن الرحيم



مشخصات فیا

برنامه کشوری دمانس در نظام سلامت ایران

جهت اجرا در بازه زمانی ۱۴۰۰-۱۴۰۵

معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها

دفتر مشاور وزیر در امور توانبخشی

خرداد ۱۴۰۰

ناشر: اندیشه ماندگار

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۰

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۰۷-۶۵-۷

انتشارات اندیشه ماندگار

قم . خیابان صفائیه (شهید) . انتهای کوی بیگدلی . نیش کوی شهید گلدوست . پلاک ۲۸۴
تلفن: ۰۲۵/۳۷۷۳۶۱۶۵-۳۷۷۴۲۱۴۲ همراه: ۰۹۱۲۲۵۲۶۲۱۳



تحت نظارت

- دکتر علیرضا رئیسی، معاون بهداشت وزارت بهداشت
- دکتر قاسم جان بابایی، معاون درمان وزارت بهداشت
- دکتر محمدتقی جغتایی، مشاور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امور توانبخشی
- دکتر احمد حاجبی، مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشت وزارت بهداشت
- دکتر سیدحامد برکاتی، مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشت وزارت بهداشت
- دکتر مهدی شادنوش، رئیس مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها، معاونت درمان وزارت بهداشت

تدوین و تنظیم

- دکتر احمد حاجبی، مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشت وزارت بهداشت
- دکتر محمدتقی جغتایی، مشاور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امور توانبخشی
- دکتر جمشید کرمانچی، معاون مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها، معاونت درمان وزارت بهداشت
- دکتر نسرین بیات، رئیس اداره درمان بیماریهای غیرواگیر، معاونت درمان وزارت بهداشت
- دکتر مریم عباسی نژاد، کارشناس مسئول برنامه دمانس، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشت وزارت بهداشت
- دکتر مرضیه شیرازی خواه، عضو هیئت علمی مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- دکتر مهدی علیزاده زارعی، دکتری علوم اعصاب شناختی، عضو هیات علمی دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

- دکتر محمد محمودی، متخصص طب سالمندی
- معصومه صالحی، مدیر اجرایی، مؤسس هیئت امناء و هیئت مدیره و مدیر عامل انجمن دمانس و آلزایمر ایران
- دکتر مهین سادات عظیمی، رئیس سابق دفتر سلامت سالمندان وزارت بهداشت
- دکتر غلامرضا حاجتی، متخصص اعصاب و روان، رئیس هیئت مدیره و عضو هیئت علمی انجمن دمانس و آلزایمر ایران
- علی اسدی، معاون مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- دکتر شیوا هژبری، کارشناس مسئول برنامه های مدیریت درمان سخته حاد مغزی و قلبی، معاونت درمان وزارت بهداشت
- دکتر سپیده نفیسی، کارشناس مسئول توانبخشی مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریها، معاونت درمان وزارت بهداشت
- دکتر محسن شتی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران و رئیس اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت

با همکاری متخصصین، صاحب نظران و کارشناسان

- دکتر مریم نوروزیان، متخصص بیماریهای مغزو اعصاب، فلوشیپ نورولوژی شناختی و نوروسایکیاتری، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر ملاحات اکبر فهمی، دکترای تخصصی علوم اعصاب شناختی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر فاطمه خمسه، متخصص بیماریهای مغزو اعصاب، عضو انجمن مغزو اعصاب ایران و عضو هیئت مدیره انجمن دمانس و آلزایمر ایران

- دکتر بهنام شریعتی متخصص روانپزشکی، فلوشیپ روانپزشکی سالمندی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر فاطمه محمدیان رسنانی متخصص بیماری های مغز و اعصاب، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر سید احمد رضا خاتون آبادی، دکترای تخصصی گفتاردرمانی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر جلال بختیاری، دکترای تخصصی گفتاردرمانی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان
- دکتر آزاده سادات زنده باد، متخصص طب سالمندی
- دکتر سیده صالحه مرتضوی، دکترای تخصصی سالمند شناسی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر مصطفی الماسی دوغایی، متخصص مغز و اعصاب، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر فرشاد شریفی، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر زهرا وهابی، متخصص بیماری های مغز و اعصاب، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر پرینسا ارزانی، مسئول کمیته علمی و استاندارد سازی انجمن فیزیوتراپی ایران
- دکتر شیما جزایری، دکترای تخصصی علوم تغذیه، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
- دکتر محمد رستمی، دکترای تخصصی روانشناسی شناختی، عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبائی و ستاد توسعه علوم و فناوری های شناختی
- دکتر سید محمد حسین جوادى، دکترای تخصصی مددکاری اجتماعی، رئیس اداره مددکاری اجتماعی وزارت بهداشت و عضو گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان علوم پزشکی
- دکتر محمد اربابی، متخصص روانپزشکی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- دکتر زهرا صلبی، کارشناس اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت
- دکتر شهین لدنی، کارشناس اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت
- دکتر منیژه مقدم، دکترای تخصصی سالمند شناسی، کارشناس اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت
- دکتر شیدا ملک افضلی، مدیر گروه سیاست حکمرانی برای سلامت، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- فرانہ فرین، عضو هیئت مدیره انجمن جهانی آلزایمر
- دکتر سارا ذریعه، دکترای روانشناسی سلامت، مسئول بخش آموزش و پژوهش انجمن دمانس و آلزایمر ایران
- مهرداد خوانساری، عضو هیئت مدیره و مدیر اجرایی انجمن دمانس و آلزایمر ایران

فهرست مطالب

بخش اول: مقدمه و بیان مسئله	۷
بخش دوم: خلاصه مراحل اجرایی تدوین برنامه کشوری دمانس	۱۱
بخش سوم: مفاهیم پایه و کاربردی	۱۳
بخش چهارم: اصول پایه و اقدامات اصلی تدوین برنامه	۱۷
بخش پنجم: سیاست ها و اهداف برنامه کشوری	۲۱
بخش ششم: برنامه عملیاتی و اجرایی پیش رو	۲۳
بخش هفتم: دستورالعمل ها، پیوست ها و ضامم	۲۵
پیوست شماره ۱- راهنمای بالینی اقدامات پس از ارجاع بیمار توسط پزشک عمومی به متخصص مغز و اعصاب / روانپزشک	۳۰
پیوست شماره ۲- توانبخشی در دمانس	۵۵
منابع	۷۵

بخش اول: مقدمه و بیان مسئله

مقدمه

بدون تردید، مهم ترین هدف یک نظام سلامت پیشرو، ارتقاء سلامت جمعیت عمومی و فراهم آوری دسترسی به سطوح مختلف خدمات برای آحاد جامعه و همه گروه های جمعیتی است. براساس تعاریف سازمان بهداشت جهانی، تمامی فعالیت هایی که هدف اصلی آنها ارتقا، بازگرداندن یا حفظ سلامت انسان باشد ذیل فعالیت های تعریف شده برای نظام سلامت قرار می گیرند. این فعالیت ها شامل مراقبت از سلامت فردی و پیشگیری از بروز بیماری، ارائه خدمات در حوزه بهداشت و شناسایی بیماری ها، خدمات تشخیصی بالینی و پاراکلینیک، خدمات درمانی و بازتوانی و توانبخشی در جهت بازگشت فرد به جامعه است.

براساس آمار منتشر شده در سال ۲۰۱۵ توسط انجمن جهانی آلزایمر، برآورد شده بود که ۴۶ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر در جهان در آن سال با دمانس زندگی می کردند. همچنین پیش بینی می شود این رقم تا سال ۲۰۳۰ به میزان دو برابر رشد کند و تا سال ۲۰۵۰ به ۱۳۱ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر افزایش یابد. براساس این آمار، محاسبه می شود که به طور متوسط ۱۰ میلیون نفر سالانه و یک نفر در هر ۳٫۲ ثانیه در جهان به دمانس مبتلا می گردند. باید توجه داشت که خطر ابتلا به دمانس در زنان بیشتر از مردان است.

براساس طبقه بندی بانک جهانی، ۵۸٪ افراد مبتلا به دمانس در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می کنند. پیش بینی می شود که این آمار تا سال ۲۰۳۰ به ۶۳٪ و تا سال ۲۰۵۰ به ۶۸٪ افزایش یابد. آمار منطقه ای شیوع دمانس در شمال آفریقا و خاورمیانه (منطقه مدیترانه شرقی) در افراد بالای ۶۰ سال نیز حدود ۸٫۷٪ برآورد شده است.

تعدادی از مطالعات انجام گرفته، شیوع دمانس را در کشورهای منطقه بررسی کرده اند. به طور مثال در یک مطالعه که در سال ۲۰۰۸ انجام شده، شیوع دمانس در ترکیه در جمعیت بالای ۷۰ سال، بین ۸٫۴٪ تا ۲۰٪ برآورد شده است. در مصر، در سال ۲۰۱۴، شیوع این بیماری در جمعیت بالای ۶۰ سال، بین ۳٫۸۵٪ تا ۵٫۰۸٪ برآورد شده است. در هند، در مطالعه ای در سال ۲۰۰۱، شیوع دمانس ۲٫۴۴٪ برآورد شده است. این تفاوت ها در شیوع، به دلیل روش های مختلف غربالگری و طراحی مطالعات می باشد.

جمعیت ایران نیز در چند دهه اخیر شواهد روند افزایشی در گروه سنی میانسالان و سالمندان بوده است، به طوری که براساس آمار سرشماری نفوس و مسکن منتشر شده توسط مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵، جمعیت بالای ۶۰ سال در ایران، ۷ میلیون و ۴۱۴ هزار نفر گزارش شده است. با توجه به کاهش نرخ رشد جمعیت و این تغییر در هرم سنی، انتظار می رود جمعیت سالمندی در دهه های پیش رو نیز روند رو به رشدی داشته باشد و با احتساب آمار منطقه ای شیوع دمانس در شمال آفریقا و خاورمیانه (منطقه مدیترانه شرقی) در افراد بالای ۶۰ سال، انتظار آن است که در کشور ما نیز در حال حاضر حدود ۶۴۵ هزار نفر مبتلا به دمانس وجود داشته باشد. در نتیجه این تغییرات، یقیناً نظام سلامت با موجی از بیماری های منتسب به دوران سالمندی از جمله بیماری های قلبی و عروقی، دیابت، ناتوانی های حرکتی و دمانس مواجه خواهد شد. محاسبه می شود که به طور متوسط در ایران، در هر ۱۱٫۵ دقیقه یک نفر به دمانس مبتلا می گردد، از آنجا که هر فرد مبتلا به دمانس، شایسته دریافت خدمات تشخیصی، درمانی، توانبخشی و مراقبتی است، با عنایت به میزان بروز این بیماری، باید برای حمایت های قانونی و اجتماعی از این افراد برنامه ریزی نمود.

سازمان جهانی بهداشت، ۱۱٫۹٪ سال های سپری شده با ناتوانی را به علت یکی از بیماری های مزمن غیرواگیر شناسایی کرده است، بنابراین، تمامی کشورها نیاز دارند مشکلات مربوط به سالمندی و به خصوص بیماری دمانس را در اولویت برنامه های نظام سلامت خود قرار دهند، تا با تخصیص اعتبارات پایدار بتوانند خدمات مختلف سطح بندی شده را با هماهنگی بین دستگاه های مسئول ارائه کنند و همزمان با پیشگیری و کنترل بیماری های مزمن غیرواگیر، آگاهی بخشی عمومی و افزایش حساسیت ارائه دهندگان خدمات

حوزه سلامت، در جهت ارتقاء سطح درک آحاد جامعه از بیماری دمانس و چالش‌های مرتبط با آن، در جهت انگ‌زدائی و ترویج سبک زندگی سالم گام بردارند.

راهبرد های جهانی در پاسخ عمومی به مسأله دمانس

سازمان بهداشت جهانی در جهت نیل به اهداف فوق، برای کلیه کشورهای عضو، برنامه‌ای را تدوین کرده است که برنامه عملیاتی سازمان بهداشت جهانی در پاسخ به دمانس برای بازه زمانی ۲۰۱۷ - ۲۰۲۵ نام دارد. در این برنامه، اهداف استراتژیک و به دنبال آن اهداف اختصاصی زیر تبیین شده است:

۱. دمانس به عنوان یک اولویت مهم حوزه سلامت شناخته شود: تا سال ۲۰۲۵، ۷۵ درصد کشورها سیاست‌گذاری ملی، راهبرد، برنامه و یا چارچوب عملیاتی برای دمانس داشته باشند.
۲. آگاهی پیرامون دمانس افزایش یابد و محیط زندگی دوستدار مبتلایان به دمانس باشد: تا سال ۲۰۲۵، ۱۰۰ درصد کشورها برنامه‌هایی برای آگاهی بخشی عمومی پیرامون دمانس داشته باشند.
۳. عوامل خطر مرتبط با دمانس کاهش یابد: برنامه‌های در نظر گرفته شده برای کاهش و کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر (۲۰۲۰-۲۰۱۳) اجرا شود.
۴. مبتلایان به دمانس تشخیص داده شده و از آنان مراقبت به عمل آید و مداخلات درمانی برای آنان انجام گیرد: تا سال ۲۰۲۵، ۵۰ درصد افراد مبتلا در ۵۰ درصد کشورها شناسایی شوند.
۵. خدمات حمایتی و مراقبتی برای مبتلایان به دمانس و خانواده‌های آنان وجود داشته باشد: تا سال ۲۰۲۵، ۷۵ درصد کشورها برای مراقبین و خانواده‌های آنان، خدمات حمایتی و آموزشی فراهم کنند.
۶. نظام‌های ثبت مربوط به اختلال دمانس وجود داشته باشند: تا سال ۲۰۲۵، ۵۰ درصد کشورها به صورت روتین داده‌های مربوط به عوامل خطر دمانس را ثبت نمایند.
۷. پژوهش و نوآوری در زمینه دمانس انجام گیرد: پژوهش‌های جهانی در خصوص دمانس تا سال ۲۰۲۵ باید به دو برابر برسد.

خلاصه نتایج آخرین پژوهش انجام گرفته در خصوص شیوع دمانس در کشور

نتایج آخرین پژوهش در خصوص شیوع دمانس در ایران که در سال ۲۰۱۲ (۱۳۹۱) توسط شریفی و همکاران در مجله غدد و متابولیسم ایران به چاپ رسیده است، به طور خلاصه بیان می‌گردد. این پژوهش، در ۱۰۹ مرکز بهداشت در ۶۳ شهرستان واقع در پنج استان آذربایجان غربی، خراسان شمالی، سیستان و بلوچستان، خوزستان و البرز انجام شده و ۱,۳۵۰ نفر از افراد بالای ۶۰ سال را در بر گرفته بوده است. میانگین سنی افراد این مطالعه ۶۹,۲ سال بود. زنان ۵۲,۹ درصد و مردان ۴۷,۱ درصد را تشکیل داده بودند.

بر اساس این مطالعه، میزان تشخیص دمانس (Dementia Diagnosis Rate)، یعنی نسبت افراد مبتلا به دمانس تشخیص داده شده توسط پزشک به تعداد موارد تشخیص داده شده در این مطالعه، در مجموع ۲۱,۲ درصد محاسبه شده است. بالاترین میزان تشخیص مربوط به استان البرز با ۴۰ درصد و کمترین در خوزستان ۹,۷ درصد بوده است. میزان تشخیص تقریباً در زن و مرد مشابه بوده است. این بدان معناست که در حالت عادی و بدون انجام غربالگری خاص، فقط حدود ۲۰ درصد موارد مبتلا به دمانس موجود قابل شناسایی و تشخیص بوده‌اند. از علل تشخیص داده نشدن دمانس، ماهیت و تظاهرات بیماری، عدم آگاهی کافی در میان جمعیت عمومی و عدم مهارت کافی پزشکان و سایر افراد دست‌اندرکار حوزه سلامت است. این امر یک مشکل جهانی است، مثلاً در انگلستان میزان تشخیص افراد مبتلا به دمانس بیش از ۴۵ درصد نیست. علی‌رغم شیوع بالاتر دمانس در زنان، میزان تشخیص معمولاً در زنان پایین‌تر است یعنی تشخیص اختلال در زنان سخت‌تر است.

بر اساس نتایج نهایی این مطالعه، شیوع دمانس (National crude prevalence) در جمعیت عمومی، ۷,۹٪ در زنان، ۸,۹٪ در مردان) در جمعیت بالای ۶۵ سال برآورد شده است. عدد به دست آمده با عدد محاسبه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، که ۸,۷٪ در زنان و ۹,۶٪ در مردان) در جمعیت بالای ۶۰ سال در منطقه مدیترانه شرقی اعلام شده بود، مطابقت دارد. در این مطالعه، موارد دمانس کاذب (تشخیص افسردگی با استفاده از مقیاس افسردگی شدید سالمندی) را از مطالعه حذف کردند و به همین دلیل عدد شیوع کمی کاهش یافته است. بیشترین علائم همراه با ابتلا به دمانس در این پژوهش، افسردگی، دیابت، و بی

سودای گزارش شد و مهم ترین ریسک فاکتور مرتبط با دمانس افزایش سن و دیابت است. جمعیت کل کشور در سال ۱۳۹۵، بر اساس آمار سرشماری نفوس و مسکن منتشر شده توسط مرکز آمار ایران، ۷۹ میلیون و ۹۰۰ هزار نفر بوده است. جمعیت سالمندان ۱۰ درصد و برابر حدود ۷ میلیون و ۹۰۰ هزار نفر گزارش شده است برآورد ۷/۹٪ شیوع دمانس در جمعیت بالای ۶۵ سال، نشان می دهد که احتمالاً با گروه هدف ۵۷۶ هزار نفری مبتلا به دمانس مواجه هستیم.

استناد به اسناد بالا دستی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران

جمهوری اسلامی ایران نیز همگام با جامعه جهانی و با استناد به قانون اساسی، سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت، جمعیت، و خانواده، سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افاق ۱۴۰۴، احکام قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور، اقدام به تدوین برنامه کشوری دمانس در جمهوری اسلامی ایران جهت اجرا در بازه زمانی ۱۴۰۰ الی ۱۴۰۵ نموده است. شرح قوانین، سیاست های ابلاغی و احکام مورد استناد برای آغاز به تدوین برنامه به شرح زیر است:

۱. اصل ۲۹ قانون اساسی:

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای افراد کشور تأمین کند.

۲. سند چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افاق ۱۴۰۴

جامعه ی ایرانی در افاق این چشم انداز چنین ویژگی هایی خواهد داشت: توسعه یافته، متناسب با مقتضیات فرهنگی، جغرافیایی و تاریخی خود، متکی بر اصول اخلاقی و ارزش های اسلامی، ملی و انقلابی، با تأکید بر مردم سالاری دینی، عدالت اجتماعی، آزادی های مشروع، حفظ کرامت و حقوق انسان ها و بهره مندی از امنیت اجتماعی و قضایی، برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب. الهام بخش، فعال و مؤثر در جهان اسلام با تحکیم الگوی مردم سالاری دینی، توسعه ی کارآمد، جامعه ی اخلاقی، نواندیشی و پویایی فکری و اجتماعی، تأثیرگذار بر همگرایی اسلامی و منطقه ای بر اساس تعالیم اسلامی و اندیشه های امام خمینی (ره).

۳. سیاست های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری

بند ۷ سیاست های کلی جمعیت، به «فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش بینی ساز و کار لازم برای بهره مندی از توانمندی سالمندان در عرصه های مناسب» اشاره دارد.

۴. سیاست های کلی خانواده ابلاغی مقام معظم رهبری

بند ۱۵ سیاست های کلی خانواده، به «اتخاذ روش های حمایتی و تشویقی مناسب برای تکریم سالمندان در خانواده و تقویت مراقبت های جسمی و روحی و عاطفی از آنان» اشاره می کند.

۵. ماده ۵۷ بند پ احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵

بر اساس این ماده قانونی، دولت مکلف است به منظور رفع فقر و نابرابری، بسط و ترویج سبک زندگی اسلامی ایرانی، ایجاد زمینه تضمین حداقل حمایت های اجتماعی، تأمین حداقل کیفیت زندگی و پیشگیری از بروز آسیب های اجتماعی، وفق تبصره ذیل ماده (۱۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۸۲ ضمن تجمیع و ساماندهی شوراهای مرتبط با امور سالمندان، کودکان، معلولان و نظایر آن در شورای راهبردی و تخصصی امور حمایتی در زیر مجموعه شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی نسبت به انجام امور زیر در قالب برنامه های اجتماع محور و خانواده محور و با استفاده حداکثری از مشارکت مردمی و همکاری های جمعی اقدام کند:

- اجرای طرح های حمایت از سالمندان و برنامه های غنی سازی دوران سالمندی به منظور ایجاد زمینه حضور فعال و مؤثر آنان در عرصه اجتماع و خانواده

- اجرای طرح های غربالگری اجتماعی، امداد اجتماعی و توانمند سازی اقشار و گروه های نیازمند و آسیب پذیر مبتنی بر توانبخشی جسمی، روانی و خانوادگی و آموزش مهارت های زندگی و ارائه انواع مساعدت ها و حمایت های اجتماعی به افراد آسیب دیده و نیازمند واجد شرایط
- جلب مشارکت خیریه ها، واقفان، سازمان های مردم نهاد و نیز بنیادها و نهادهای زیر نظر مقام معظم رهبری در جهت پیشبرد برنامه های حمایت اجتماعی
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است متناسب با شرایط و مقتضیات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی روز کشور، نسبت به طراحی و پیاده سازی (برنامه چترایمنی اجتماعی) ضمن شناسائی به موقع اقشار و گروه های هدف و در معرض آسیب های اجتماعی با رویکرد توانمند سازی، کارگستری و ایجاد زمینه بازگشت مجدد آنها به جامعه خانواده و بازار کار اقدام کند و الزامات قانونی، مقرراتی و منابع مالی و اعتباری مورد نیاز آن را حسب مصوبات شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی و با همکاری سازمان برنامه و بودجه کشور در قالب بودجه سنواتی لحاظ کند.
- سازمان بهزیستی کشور متولی سلامت اجتماعی با رویکرد پیشگیری از آسیب های اجتماعی و مداخله در بحران های اجتماعی می باشد، همچنین خدمات حمایتی و توانبخشی را به کلیه افراد دارای معلولیت، مددجویان و گروه های آسیب پذیر از قبیل، زنان، کودکان، سالمندان نیازمند جامعه ارائه می دهد همچنین مرجع صدور پروانه تاسیس و فعالیت در امور زیر می باشد: مهد کودک، مراکز نگهداری شبانه روزی کودکان بی سرپرست و خیابانی، خانه سلامت دختران و زنان، مجتمع ها و مراکز خدمات بهزیستی، کلینیک ها و اورژانس های مددکاری اجتماعی و روانشناسی، مراکز خدمات مشاوره اجتماعی و روان شناختی اجتماعی، مراکز توانبخشی معلولان، مراکز حرفه ای معلولان، مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان، مراکز توانبخشی و درمانی بیماران روانی مزمن، مراکز خدمات مشاوره ژنتیک، مراکز درمانی و بازتوانی معتادان و نیز انجمن ها و موسسات غیردولتی و خیریه که در راستای اهداف سازمان بهزیستی کشور فعالیت می کنند.

بخش دوم: خلاصه مراحل اجرایی تدوین برنامه کشوری دمانس

مقدمه

تدوین برنامه کشوری دمانس جمهوری اسلامی ایران از سال ۱۳۹۵ و با محوریت دفتر مشاور وزیر در امور توانبخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در چهار مرحله انجام گرفت. ابتدا به منظور تهیه پیش نویس اول برنامه، همفکری و برنامه ریزی برای سه سطح موجود در نظام سلامت کشور، شامل نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، سطح درمانی و تخصصی و سطح توانبخشی یک شورا و دو کمیته تشکیل گردید:

۱. شورای راهبردی به عنوان مرجع تایید کننده، متشکل از اشخاص حقوقی ذیل بود:

- مشاور وزیر در حوزه توانبخشی
- معاون بهداشت
- معاون درمان
- رئیس مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماری ها
- مدیر کل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
- مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
- رئیس سازمان بهزیستی کل کشور
- معاون توانبخشی سازمان بهزیستی کل کشور
- رئیس امور رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه

۲. کمیته فنی به عنوان مرجع علمی و تخصصی تدوین برنامه متشکل از متخصصین مغزو اعصاب، روانپزشکی، طب سالمندی، کاردرمانی، گفتار درمانی، روانشناسی بالینی

کمیته تدوین برنامه به عنوان کارگروه تدوین برنامه متشکل از رئیس اداره سلامت سالمندان دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، نماینده دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، نماینده دفتر مشاور وزیر در حوزه توانبخشی، نماینده معاونت درمان، رئیس گروه غیرواگیر، کارشناس مسئول برنامه های قلب و عروق و کارشناس مسئول برنامه های توانبخشی مرکز مدیریت پیوند و درمان بیماریهای معاونت درمان نماینده انجمن آلزایمر ایران

پیش نویس اول

طی جلسات کارشناسی، پیش نویس اولیه برنامه کشوری دمانس تهیه شده و برای اعضای هیات علمی و افراد صاحب نظر در سازمان های مرتبط ارسال شد و با یک فرصت زمانی برای مطالعه، جلسه بحث و تبادل نظر برگزار شده و نظرات اصلاحی جمع بندی شد. سپس طی جلسات کارشناسی در گروه های کوچک تر تخصصی بر حسب اهداف، تغییرات اصلاحی اعمال شده و پیش نویس دوم تهیه شده است که مجدداً برای اعضا ارسال شده تا در فرصت زمانی در نظر گرفته شده مجدداً نظرات اصلاحی جمع بندی و اعمال گردد.

پیش نویس دوم

پیش نویس دوم، پس از اعمال اصلاحات و تغییرات در پیش نویس اول تهیه و آماده شد و در اختیار متخصصین، صاحب نظران، مدیران و کارشناسان اجرایی در سازمان های مرتبط و نهادهای مردم نهاد و نمایندگان جامعه هدف قرار گرفت.

پیش نویس نهایی

پیش نویس سوم پس از اعمال اصلاحات و تغییرات پیشنهادی و مورد تایید همه دست اندرکاران و صاحب نظران قرار گرفته و به عنوان اولین نسخه برنامه به معاونت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رؤسای دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ می گردد.

بخش سوم: مفاهیم پایه و کاربردی

بیماری دمانس: تعریف و تظاهرات بالینی و سیر بیماری

بیماری دمانس، یک بیماری تحلیل برنده بافت مغز است (neurodegenerative) که عمدتاً در افراد سالمند رخ می دهد و موجب شکل گیری علائمی مثل کاهش عملکرد شناختی، حافظه، تکلم و در نهایت مشکلات حسی و حرکتی در فرد می شود. به طور کلی، سیر بیماری را در اغلب موارد می توان به سه بخش اولیه (شامل ۱ الی ۲ سال ابتدایی)، میانی (شامل ۲ الی ۵ سال) و پیشرفته (۵ الی ۲۰ سال) تقسیم نمود، اما سیر آغاز علائم بسته به علت آن متفاوت است و مثلاً ممکن است آغاز این تغییرات تدریجی یا ناگهانی باشد و یا اینکه به صورت پلکانی کاهش عملکرد وجود داشته باشد.

بر اساس نسخه پنجم طبقه بندی تشخیصی اختلالات روانپزشکی (DSM-5)، معیارهای تشخیصی برای دمانس که تحت عنوان کلی اختلالات ماژور شناختی نام گذاری می شود، عبارتند از:

- A. کاهش قابل توجه عملکرد شناختی در یکی حوزه های شناختی یا بیشتر از یک حوزه شناختی، قابل تشخیص به صورت:
- a. بیان شده از سوی بیمار، پزشک و یا همراه مطلع دیگری که این کاهش قابل توجه وجود دارد.
- b. اختلال قابل توجه در عملکرد شناختی، که ترجیحاً در آزمون های شناختی استاندارد مشخص باشد و یا هر نوع ارزیابی بالینی دیگر

B. مشکلات شناختی در عملکرد های روزانه فرد اختلال ایجاد کرده باشد.

C. مشکلات شناختی صرفاً در طی یک دوره بروز دلیریوم وجود نداشته باشد.

D. مشکلات شناختی با یک اختلال روانپزشکی دیگر قابل توجیه نباشد.

اختلال شناختی، شامل اختلال در حافظه، اختلال در تکلم، اختلالات حسی و حرکتی (Perceptual-Motor)، اختلال در توجه (Complex Attention) و اختلال در شناخت اجتماعی (Social Cognition) است.

اختلال عملکرد می تواند شامل مشکل در عملکرد شغلی، مشکل در مدیریت مالی، مشکل در مدیریت داروهایی که باید مصرف کند، مشکل در استفاده از ابزار (اتومبیل، تلفن، آشپزی، قاشق و چنگال، پول، امور منزل، شستن لباس)، مشکل در عملکردهای پایه (حرکت، لباس پوشیدن، رسیدگی به ظاهر، استحمام، غذا خوردن، استفاده از توالت، استفاده از حمام و تنظیم دمای آب) و مشکل در عملکرد اجتماعی (فاصله گرفتن از کارها و علائق معمول زندگی، مشکل در نگهداری و حفظ رابطه ها و نقش های اجتماعی) باشد.

عوامل اتیولوژیک، عوامل خطر و عوامل محافظت کننده دمانس

پژوهش های عصب شناختی نشان داده اند بیماری های تحلیل برنده بافت مغز مثل بیماری آلزایمر، انواع پارکینسون، دمانس لوئی بادی و بیماری کره هانتینگتون، که ممکن است در سنین پایین تری در افراد موجب شروع دمانس شوند و بیشتر در افرادی بروز می کنند که بار ژنتیکی بیشتری داشته باشند. البته در این افراد نیز، سایر عوامل خطر ممکن است در سن بروز یا تشدید بیماری نقش داشته باشند. نارسایی های عروقی ناشی از بیماری های غیر واگیر مانند هایپرلیپیدمی و دیابت، که منجر به سکته های عروقی اصلی و یا عروق کوچک مغزی (میکروانفارکت) می شوند و همچنین حوادث حاد قلبی و عروقی که منجر به هیپوکسی مغزی شده باشند، تروما و ضربه های مغزی نیز از عمده ترین دلایل ابتلا به دمانس هستند. در کل، شایع ترین نوع دمانس، دمانس مخلوط (Mixed) می باشد و بیماری آلزایمر در رتبه بعدی از نظر شیوع قرار دارد. در برخی سندروم های مادرزادی ژنتیکی مثل سندروم داون، ممکن

است بیماری آلزایمر در سن پایین آغاز گردد. در موارد نادری نیز بیماری های عفونی یا پریونی ممکن است عامل تحلیل برنده بافت مغز باشند.

گاهی علائم افسردگی و یا اضطراب در سالمندان شبیه دمانس است. با درمان اضطراب و افسردگی، علائم شناختی نیز از بین می روند. گاهی اوقات کمبود ویتامین B۱۲ و یا کم کاری تیروئید و یا برخی دیگر از اختلالات متابولیک نیز علائم شناختی می دهند. در این حالت نیز با برطرف شدن علت، علائم برطرف می شود.

ارزیابی های پاراکلینیک در دمانس

تشخیص دمانس یک تشخیص بالینی است، اما بیماری آلزایمر را می توان با استفاده از تصویربرداری های رایج مغز مثل MRI و مشاهده آتروفی در برخی مناطق و افزایش چین و شکنج ها، می توان تشخیص را تایید کرد. در دمانس های مولتی انفارکت، می توان تغییرات در ماده سفید را در برخی مناطق دید و در برخی موارد دیگر و بسته به علت، در تصویربرداری نکاتی در تایید بیماری دیده می شود. در بسیاری از موارد هم ممکن است با وجود تشخیص بالینی دمانس، نکته مثبتی در تصویربرداری مغزی دیده نشود. ارزیابی های آزمایشگاهی برای بررسی آنمی مگالوبلاستیک، سطح ویتامین B۱۲، ویتامین D و فولات خون و عملکرد تیروئید در سالمندان می تواند به کار گرفته شود.

پیشگیری از دمانس

پیشگیری یا به تاخیر انداختن شروع دمانس به منظور کاهش ناتوانایی فردی و همچنین کاهش بار اقتصادی و اجتماعی، یک اولویت مهم بهداشت عمومی است. همچنین شناسایی علائم دمانس در مراحل اولیه آن بسیار موثر است، چرا که با غربالگری دمانس در افراد پرخطر و شناسایی بیماری در مرحله اولیه، می توان با مداخلات موثر از بروز برخی دیگر از اختلال شناختی جلوگیری کرده یا بروز آنها را به تعویق انداخت.

باید توجه داشت که بین میزان آسیب بافت مغزی و علائم بالینی فرد ارتباط خطی وجود ندارد، به این معنا که بعضی از افراد در آستانه آسیب مغزی پایین تر، افت عملکرد شناختی را بروز می دهند و بعضی از افراد در آستانه آسیب مغزی بالاتر، علائم اولیه اختلال شناختی را بروز می دهند و بنابراین سیر پیشرفت دمانس در آنان کندتر از سایر بیماران خواهد بود. این مفهوم «ذخیره شناختی» نامیده می شود. در واقع داشتن ذخیره شناختی بهتر به معنی تطابق بهتر و بیشتر با پاتولوژی دمانس است. داشتن سطح تحصیلات بالاتر، قرار داشتن در معرض محرک های ذهنی بیشتر (به ویژه در جریان فعالیت های شغلی)، حضور در اجتماع و انجام فعالیت های اجتماعی و سبک زندگی سالم، از مهمترین عواملی هستند که در بهبود ذخیره شناختی نقش دارند.

شواهد، ارتباط متقابل بین دمانس و بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط با شیوه زندگی از سوی دیگر را نشان می دهد. این عوامل خطر عبارتند از عدم انجام فعالیت فیزیکی، رژیم های غذایی نامتعادل، مصرف دخانیات، مصرف الکل، دیابت و فشار خون بالا در اواسط زندگی. چاقی نیز به دلیل ارتباط با پیش دیابت و سندروم متابولیک یک عامل خطر ابتلا به اختلال شناختی محسوب می شود.

سایر عوامل خطر بالقوه قابل تغییر، شامل انزوای اجتماعی، پیشرفت تحصیلی پایین، عدم فعالیت شناختی و افسردگی در اواسط زندگی، بیشتر مختص دمانس هستند. کاهش میزان مواجهه افراد با این عوامل خطر قابل اصلاح از دوران کودکی و گسترش آن در طول زندگی، می تواند توانایی آنان را برای انتخاب های سالم تر و اتخاذ سبک زندگی سالم تقویت کند. مطالعات نشان داده اند که تغییرات سبک زندگی می تواند شروع دمانس را به تاخیر انداخته یا از بروز آن جلوگیری نماید. داشتن فعالیت فیزیکی با بهبود عملکرد قلبی عروقی، ضمن کمک به کند شدن روند تحلیل بافت مغز، ساخته شدن سلول های عصبی را تحریک می کند. فعالیت های ذهنی و خارج از خانه نیز در این زمینه کمک کننده است و ظرفیت مغز را افزایش می دهد.

اقداماتی مانند افزایش فعالیت بدنی، پیشگیری از چاقی و کاهش آن، ترویج رژیم های غذایی متعادل و سالم از جمله کاهش مختصر در میزان کالری دریافتی و افزایش مصرف میوه و سبزیجات به سلامت مغز کمک می کند. مصرف اسیدهای چرب غیر اشباع، ویتامین ها و آنتی اکسیدان ها نیز در جلوگیری از روند زوال عقل کمک کننده هستند. همچنین برخی مطالعات، پیروی از الگوی غذایی مدیترانه ای را به دلیل مصرف میزان بالای میوه، سبزیجات و ماهی، با بهبود عملکرد ذهنی مرتبط دانسته اند.

کاهش شنوایی به عنوان یک عامل خطر برای ابتلا به دمانس اخیراً مورد توجه قرار گرفته است. مطالعات نشان داده اند که کاهش خفیف حس شنوایی، می تواند فرد را در معرض اختلالات شناختی و ابتلا به دمانس قرار دهد، بنابراین شناسایی اختلال شنوایی در مراحل اولیه و مداخله مناسب می تواند در پیشگیری از بروز اختلال شناختی موثر باشد.

توقف مصرف دخانیات و الکل، افزایش مواجهه اجتماعی، افزایش مشارکت اجتماعی و بهبود روابط اجتماعی، ارتقاء فعالیت های تحریک کننده شناختی و یادگیری و همچنین پیشگیری و مدیریت درمان بیماری دیابت، فشار خون بالا و چربی خون بالا (به ویژه کلسترول بالا) در اواسط زندگی و پیشگیری و درمان افسردگی و کاهش استرس های محیطی نیز به عنوان اقدامات محافظت کننده در نظر گرفته می شوند.

بر اساس شواهد ذکر شده در فوق، «برنامه عملیاتی سازمان بهداشت جهانی ۲۰۲۰-۲۰۱۳ برای پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر» نیز اقدامات زیر را برای کشورهای عضو پیشنهاد می دهد:

۱. ادغام برنامه دمانس با دیگر برنامه ها و سیاست های ارتقای سلامت و کاهش خطر ابتلا به بیماری های غیرواگیر در بخش های مربوطه از طریق ترویج فعالیت بدنی و رژیم غذایی سالم و متعادل.

۲. اقدامات خاص شامل مدیریت وزن برای افراد چاق، ترک مصرف دخانیات و الکل، آموزش رسمی و فعالیت های تحریک کننده ذهن و همچنین مشارکت اجتماعی مادام العمر در راستای اصل پیشگیری و مراقبت متعادل است.

۳. اقداماتی در جهت توسعه، ارائه و ترویج مداخلات مبتنی بر شواهد با در نظر گرفتن سن، جنس، شدت ناتوانی و سطح فرهنگی خدمت گیرنده و آموزش به متخصصان بهداشت، به خصوص در سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه، برای بهبود دانش و عملکردهای این کارکنان و همچنین کنترل عوامل خطر دمانس در هنگام مشاوره در مورد کاهش خطر. به روز شدن مداوم این مداخلات به عنوان شواهد جدید علمی در دسترس است. پایش سلامت همگانی بصورت استمراری بویژه در میانسالان برای یافتن عوامل خطر در ابتلا به دمانس و بیماری آلزایمر

درمان دمانس

درمان های دمانس شامل ۲ دسته درمان می باشد درمان های دارویی و درمان های غیر دارویی. در حال حاضر برای درمان دارویی دمانس، داروهایی در چند دسته مختلف وجود دارند که در برخی از موارد سیر پیشرفت بیماری را کند می کنند و قدری عملکرد فرد را بهبود می بخشند. در برخی از موارد دمانس، حتی استفاده از داروها ممکن است تاثیر زیادی بر روی سیر بیماری نداشته باشد، هر چند در برخی دیگر از موارد، تاثیر بسیار خوب است. کنترل تغییرات رفتاری و خلقی با استفاده از داروهای روانپزشکی بسیار موثر است. همانطور که کنترل عوامل خطر بیماری های قلبی عروقی مانند کنترل قند خون، و کنترل فشار خون و کنترل چربی خون و کنترل نارسایی های ایسکمیک قلبی و کنترل عملکرد کلیه در پیشگیری از دمانس نقش بسزایی دارد، افراد مبتلا نیز باید از این حیث تحت نظر پزشک و مراقبت دارویی باشند.

درمانهای غیر دارویی عمدتاً شامل مداخلات توانبخشی از جمله فیزیوتراپی، کاردرمانی، روانشناسی، تغذیه، گفتاردرمانی و آموزش خانواده ها و مراقبین بیماران توسط پرستاران دوره دیده می باشد

بخش چهارم: اصول پایه و اقدامات اصلی تدوین برنامه

اصول پایه

قبل از پرداختن به حوزه های فعالیت و اقدامات اجرایی در برنامه کشوری دمانس، لازم به یادآوری است که برای اجرای شایسته برنامه جامع، پیروی از اصولی که در اینجا از آنها به عنوان اصول پایه یاد می شود الزامی خواهد بود. رعایت و تحقق این اصول زمینه لازم را برای اجرا فراهم نموده و توفیق اجرایی اقدامات حوزه های فعالیت برنامه جامع را تضمین می نماید. در این برنامه جامع به شش اصل به عنوان اصول پایه اشاره شده است که ما در زیر به فرازهای این اصول اشاره می کنیم.

اصل اول: تحقیقات مبتنی بر شواهد

- بیشتر دانش کنونی در مورد دمانس بر پایه تحقیقاتی که در کشورهای پیشرفته انجام گرفته به دست آمده است. ضروری است که این گونه تحقیقات جهت افزایش گواه پذیری برای مشخص نمودن تصویر اختلال، انجام مداخلات و تدوین خطوط راهنمای استاندارد برای اینگونه مداخلات با در نظر گرفتن ویژگی های فرهنگی اجتماعی و اقتصادی کشور توسط دانشگاه های علوم پزشکی کشور انجام گیرد.
- وجود نظام مراقبت از بیماری ها در شبکه های بهداشت و درمان کشور و نظام اطلاعاتی خوبی که در طرح تحول در نظام سلامت دیده شده و در حال اجرا می باشد می تواند منابع با ارزشی برای انجام این گونه تحقیقات باشد. در نظام مراقبت و اطلاعات سلامت کشور باید ترتیبی اتخاذ گردد که اطلاعات مربوط به دمانس نیز جمع آوری شود.
- مداخلات روانی اجتماعی که بتوانند شدت علائم را کاهش داده و مهارت ها و اعمال تطابقی را بهبود بخشند وجود دارند ولی انجام آنها منابع زیادی را می طلبد. مدل های ارائه خدمات قابل پرداخت و شیوه های توانمندسازی موثر بیش از هر چیز نیاز به شواهد زیاد دارد که باید در قالب تحقیقات فراهم آید.
- ارائه مداخلات توسط اعضای خانواده و خدمت دهندگان غیر حرفه ای می تواند موجب افزایش قابل توجه دسترسی به خدمات گردد.
- برای پاسخ گویی به نیازهای افراد مبتلا به دمانس در تمام دوران زندگی آنان، نیاز به تقویت برنامه های تحقیقاتی می باشد.
- جوامع محلی از جمله افراد مبتلا به دمانس و خانواده های آنان و سازمان های مردم نهاد باید در فرایند تحقیقات نقش فعال داشته و به یافته های تحقیقات دسترسی داشته باشند.

اصل دوم: رهبری و مدیریت

- تعهد دولت و جامعه مدنی در پیاده کردن سیاست ها و برنامه های مدیریت دمانس و حوزه های فعالیت پیش بینی شده در برنامه جامع، نقش اصلی را به عهده دارند.
- اجرای اقدامات پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی، در مورد پاسخ عمومی به مساله دمانس، بسیج منابع مالی و استفاده از توان دستگاه های دولتی و غیردولتی برای حل مشکلات افراد مبتلا به دمانس ضروری است.
- تنظیم توافقنامه بین وزارتخانه ها و سازمان های مسئول در جهت اجرای برنامه جامع نیاز به همکاری های میان بخشی و به کارگیری راهبردهای متعدد و چند جانبه دارد.

- آموزش همه مردم جامعه در جهت پاسخگویی به نیازهای افراد دارای دمانس و خانواده‌های آنان.

اصل سوم: راهکارهای خدمات جامع ادغام یافته

- تقویت ظرفیت‌های نظام سلامت و رفاه و تامین اجتماعی در جهت ارائه خدمات ادغام یافته برای دمانس از نیازهای فوری و ضروری می‌باشد.
- برنامه‌های جامعه‌نگرو بین بخشی برای ارتقاء سواد سلامت، مراقبت و توانبخشی که بتوانند عملکرد روانی، اجتماعی و سلامت افراد مبتلا به دمانس را در حد مطلوب تسهیل نمایند، با مشارکت بخش‌های عمومی متعددی مانند سلامت، رفاه اجتماعی و بهزیستی و جلب مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد توصیه می‌شود.
- آماده‌سازی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای تشخیص به‌هنگام و تسهیل در جهت حمایت‌ها و مراقبت‌های هماهنگ نقش ارزشمندی دارد.

اصل چهارم: ظرفیت‌سازی و توانمندسازی نیروی انسانی

- ظرفیت‌سازی، ارتقاء تخصصی و علمی منابع انسانی امری ضروری است.
- تدوین متون آموزشی و راهنماهای مبتنی بر شواهد برای ارائه‌کنندگان خدمت مانند اعضای خانواده، پزشکان، متخصصین مغزو اعصاب، روانپزشکان، متخصصین داخلی، متخصصین طب سالمندی، روانشناسان بالینی، متخصصان کاردرمانی و گفتاردرمانی، پرستاران، کارشناسان سطوح پایین‌تر و همچنین مددکاران و مراقبین غیرحرفه‌ای در کشور باید فراهم باشد.
- آموزش‌های دوره تحصیلی، دانشگاهی، آموزش مداوم پزشکان و سایر پرسنل بهداشتی و درمانی، و توان بخشی به صورت حضوری و مجازی باید متناسب با نیازهای برنامه تطابق داده شود.
- تقویت و حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌های علمی مرتبط با افراد مبتلا به دمانس و ارائه خدمات به مبتلایان و خانواده‌های آنها ضروری است.

اصل پنجم: ابزار و راهکارهای تشخیص و ارزیابی به‌هنگام دمانس

- تشخیص به‌هنگام دمانس، مستلزم ادغام موضوع غربالگری شناختی در خدمات مراقبت جاری سلامت سالمندان و ارائه آن توسط کارشناسان مراقب سلامت، به‌پورزان و پزشکان می‌باشد.
- ابزارهای غربالگری شناختی ساده، ارزان و در دسترس باشد و به صورت خودارزیابی انجام شود مانند تست‌های حافظه نرم افزاری یا تست غربالگری بویایی که به تحصیلات نیاز ندارد.
- لازم است برنامه‌های آموزش خانواده مبتلایان به دمانس و ارائه مراقبت‌های جامع برای مبتلایان و خانواده آنان در سطوح مختلف تدوین گردد.
- به منظور تشخیص زود هنگام دمانس، ارزیابی و مداخلات درمانی و توانبخشی، ضروری است دستورالعمل‌های مربوطه را بومی سازی و تدوین نمود.
- لازم است اصول و برنامه پیگیری و مراقبت در منزل، پایش، ارزشیابی و بازخوردهای ملی، استانی و محلی تدوین گردد.

اصل ششم: آموزش سلامت به افراد مبتلا به دمانس، خانواده‌ها و مراقبین مبتلا به دمانس

- افراد مبتلا به دمانس، نیازهای برآورده نشده بیشتری در مراقبت سلامت، دارند.
- برای برطرف کردن نابرابری‌های سلامت در افراد مبتلا به دمانس، راهکارهای زیر توصیه می‌شود:
- تهیه متون سواد سلامت در اشکالی که در دسترس افراد مبتلایی که در مراحل اولیه بیماری هستند و نیز خانواده مبتلایان به بیماری پیشرفته قرار گیرد.
- توانمندسازی شناختی و جسمی افراد مبتلا به دمانس و توانمندسازی خانواده‌های آنان.
- ارتقاء دانش و تغییر نگرش در ارائه‌کنندگان خدمت.

اقدامات اصلی

همانگونه که در بخش سازمان های مسئول در این برنامه جامع آمده است سازمان ها و بخش های متعدد و با اهمیتی در مواجهه با دمانس همیاری دارند. که برای هر یک از آنان برحسب مسئولیتشان در حوزه های فعالیت، وظایف در نظر گرفته شده است. اما از این میان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، رفاه و تامین اجتماعی در اجرای برنامه، از دینفعان اصلی می باشند و باید اقدامات اصلی را انجام دهند که در زیر به آنها اشاره می شود.

۱. برنامه های اصلی افراد ذینفع

- توسعه پژوهش ها توسط مؤسسات دانشگاهی در حمایت از توانمندسازی افراد مبتلا به دمانس و خانواده های آنان؛
- همکاری در جهت فراهم نمودن بسته های خدمتی موثر آموزشی، بسته های حمایتی با رویکرد پیشگیرانه و مراقبت در منزل به منظور برطرف کردن نیازهای افراد مبتلا به دمانس و ارتقا کیفیت زندگی این افراد؛
- مشارکت در ایجاد شواهد برای ارائه راهکارهای توانمندسازی موثر و قابل سنجش جهت ارائه دهندگان خدمات و خانواده های مبتلایان و همچنین ارتقاء روش های شناسایی و ابزارهای تشخیصی؛
- تشویق بخش خصوصی و سازمان های مردم نهاد در جهت مشارکت در ارائه خدمات استاندارد و پیروی از الگوهای آموزشی و حمایتی و مراقبتی
- ایجاد زمینه برای تربیت نیروی انسانی متخصص و ایجاد الگو و مدل های موثر در کشور از طریق دانشگاه ها و انجمن های علمی و تخصصی.

۲. برنامه های اصلی جامعه مدنی در حمایت از توانمندسازی

- مشارکت در ارتقاء تعهد دولت ها و بیدار کردن جامعه ملی و بین المللی؛
- مشارکت در خلق و پایداری شبکه سازمان های مردم نهاد؛
- آگاه سازی جامعه در جهت نیازها و حقوق افراد مبتلا به دمانس و خانواده های آنان؛
- بررسی و اجرای سیاست ها، قوانین و برنامه های مربوط به افراد مبتلا به دمانس؛
- بررسی کیفیت ارائه خدمات به افراد مبتلا به دمانس و خانواده آنان.

۳. برنامه های اصلی دولت در حمایت از توانمندسازی

- مشارکت در تلاش های بین المللی برای پاسخ عمومی به مساله دمانس؛
- مشارکت در جمع آوری اطلاعات تخصصی و اصلاح شده در مورد دمانس با تقویت نظام مراقبت سلامت؛
- تهیه سیاست ها و برنامه ها به منظور پاسخ گویی به نیاز افراد مبتلا به دمانس در چارچوب قوانین و سیاست های بین المللی با دخیل کردن سایر بخش های عمومی؛
- ظرفیت سازی در منابع انسانی به منظور تشخیص و ارائه خدمات ادغام یافته برای افراد مبتلا به دمانس؛
- مشارکت و حمایت از تولید شواهد علمی پژوهشی مرتبط با دمانس.

۴. برنامه های کلیدی سازمان جهانی بهداشت در حمایت از توانمندسازی در کشورها

- مشارکت در ارتقاء تعهد ملی برای پاسخ به مساله دمانس؛
- ایجاد و تداوم یک شبکه جهانی از خبرگان، آژانس های ملل متحد و سازمان های جامعه مدنی؛
- مشارکت در تولید شواهد به منظور اطلاع رسانی مداخلات و برنامه های مربوط به مبتلایان به دمانس؛
- مشارکت در ارزیابی نیازها و منابع کشورها و ارائه راهنمایی برای خدمات؛
- تهیه راهنمایی برای استفاده از ابزارهای تشخیص، ارزیابی و پیگیری مبتلایان به دمانس؛
- تهیه راهنمایی برای شاخص های پایش و ارزشیابی برنامه ها و خدمات؛
- فراهم نمودن متون آموزشی مقرون به صرفه برای ارزیابی و مدیریت مبتلایان به دمانس؛

- حمایت از کشورها در جهت توانمندسازی برای اجرای برنامه های چند بخشی برای مبتلایان به دمانس؛
- مشارکت در بسیج منابع برای تلاش های پایدار در پاسخ به مساله دمانس.

بخش پنجم: سیاست ها و اهداف برنامه کشوری

الف: سیاست ها

۱. سیاست گذاری مشترک و تسهیل اقدامات بین بخشی هماهنگ نهادهای مختلف به خصوص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه ها و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بهزیستی کل کشور و سایر سازمان های دولتی و غیردولتی ارائه دهنده خدمات جامع به افراد مبتلا به دمانس در ابعاد مختلف اعم از پیشگیری، آموزش مراقبین، تشخیص، درمان، توانبخشی، مراقبت، مددکاری و حمایت قانونی ضروری است.
۲. سازمانهای ارائه دهنده خدمات میبایست فضای لازم را جهت حضور بخش غیردولتی و تشکل های افراد ذینفع در جهت اجرا و توسعه خدمات قابل ارائه به افراد مبتلا به دمانس و خانواده هایشان فراهم سازند.
۳. دستگاههای اجرایی مرتبط میبایست تسهیلات لازم را در همه ابعاد خدمات پیشگیری، آموزش مراقبین، درمان، توانبخشی و مراقبت جهت آگاه سازی و توانمندسازی افراد نیازمند به خدمات فراهم سازند و زمینه مشارکت اجتماعی آنها را ایجاد نمایند.
۴. در سیاست گذاری، تدوین و اجرای برنامه ها و ارائه خدمات باید پوشش همگانی خدمات و ارائه خدمات یکپارچه را خصوصا در مناطق با درآمد پایین مد نظر قرار داد، این امر باید از طریق حمایت از گروه های آسیب پذیر با کاهش پرداخت از جیب، افزایش دسترسی به خدمات جامع، توزیع خدمات گسترده مرتبط با دمانس در مناطق مختلف جغرافیایی و استفاده از تکنولوژی نوین و کارآمد امکان پذیر گردد.
۵. سازمان های مرتبط دولتی و غیردولتی با اولویت ارتقاء سلامت و پیشگیری در حوزه دمانس می بایست از تجربیات گذشته نظام مراقبت های بهداشتی اولیه و خدمات مبتنی بر جامعه و مبتنی بر خانواده استفاده نموده و ترکیبی از خدمات ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از دمانس را ارائه نمایند.
۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و سازمان های مرتبط می بایست با ایجاد شبکه دانشی بین بخشی، دانش و شواهد لازم را در حوزه دمانس و مبتنی بر نیاز جامعه هدف تولید نمایند.

ب: اهداف

۱. ارتقاء آگاهی و افزایش حساسیت در میان سیاستگذاران، مدیران اجرایی، افراد کلیدی جامعه، افراد مبتلا به دمانس و خانواده هایشان در خصوص دمانس و مسائل مرتبط با آن؛
۲. ترویج و توسعه برنامه های پیشگیری از بروز بیماری های غیرواگیر و اتخاذ سبک زندگی سالم و در نتیجه کاهش خطر ابتلا به دمانس؛
۳. شناسایی به هنگام بیماری دمانس در سطح نظام مراقبت های بهداشتی اولیه و ارجاع به موقع جهت دریافت خدمات جامع تخصصی؛
۴. تقویت و گسترش خدمات جامع تشخیصی، درمانی و توانبخشی پزشکی.

بخش ششم: برنامه عملیاتی و اجرایی پیش رو

مقدمه

مداخلات مبتنی بر شواهد برای مدیریت دمانس در کشورهای با درآمد متوسط و پایین به طور کلی عبارت اند از ارتقاء آگاهی در مورد این بیماری در جمعیت عمومی از سوی سیاست گذاران سلامت، ارائه دهندگان خدمات سلامت و رسانه ها و تشویق جمعیت عمومی برای درخواست خدمات در این حوزه، افزایش دسترسی مبتلایان و ظرفیت شناسایی آنان و ارزیابی دقیق نیازهایشان و همچنین مراقبت و درمان در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه و همچنین سطح تخصصی و بیمارستانی.

بر اساس این سند، غربالگری برای دمانس در جمعیت عمومی سالمند و در معرض خطر ابتلا (گروه سنی بالای ۶۰ سال) در واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه انجام می گیرد و خط اول غربالگری توسط بهورز در خانه های بهداشت روستایی و کارشناسان مراقب سلامت در پایگاه های سلامت شهری است.

با توجه به اینکه بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت، افراد غیرپزشک هستند، لذا از آزمون در این مرحله استفاده شده است که نتایج انجام آن توسط افراد غیرپزشک معتبر شناخته شود. همچنین انجام این آزمون، با صرف مدت زمان قابل قبولی امکان پذیر بوده و همچنین متن و سوالات قابل استفاده برای جمعیت ایرانی و دارای حساسیت و ویژگی مناسب است.

پیشگیری از دمانس در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

اقدامات و مداخلات قبل از سالمندی:

با توجه به ارتباط متقابل بین دمانس و بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط با شیوه زندگی، برنامه های مرتبط در حال حاضر در آموزش ها و مراقبت های دوره ای گروه های مختلف سنی از مراقبت پیش از بارداری، بارداری، پس از زایمان، مراقبت کودکان، مراقبت نوجوانان و جوانان و مراقبت میانسالان وجود دارد. آموزش های شیوه زندگی سالم در خصوص فعالیت فیزیکی مناسب، تغذیه صحیح و داشتن وزن مناسب، عدم مصرف / ترک دخانیات و عدم مصرف الکل بوده و غربالگری برای فشارخون بالا، دیابت و اختلالات چربی خون در تمام گروه های سنی بر حسب فواصل تعیین شده در مراقبت مربوطه انجام می گردد.

اقدامات و مداخلات در دوره سالمند

با توجه به نیاز به آموزش شیوه زندگی سالم برای سالمندان، و پیشگیری و کنترل عوامل خطر مرتبط با بیماری های غیر واگیر، بسته آموزشی با عنوان « زندگی سالم در دوره سالمندی» به همه سالمندان مراجعه کننده به خانه های بهداشت در روستا و پایگاه های سلامت در شهر آموزش داده می شود. آموزش ها در خصوص فعالیت فیزیکی مناسب، تغذیه صحیح و داشتن وزن مناسب و ترک دخانیات در جهت کاهش عوامل خطر بیماری های غیر واگیر می باشد. همچنین در خصوص تقویت حافظه نیز بطور خاص به سالمندان آموزش داده می شود.

غربالگری برای فشارخون بالا، دیابت، اختلالات تغذیه، افسردگی و سقوط و عدم تعادل نیز جزو موارد مراقبت های دوره ای سالمندان است که سالی یکبار انجام می شود و در صورت تشخیص هر یک این موارد، مراقبت بیماری طبق دستورالعمل کشوری مربوطه پیگیری و انجام می گردد.

غربالگری و شناسایی دمانس در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

اقدامات انجام شده توسط بهورزان/کارشناسان مراقب سلامت

آزمون مورد استفاده برای غربالگری، قابل استفاده توسط بهورزان و کارشناسان مراقب سلامت در خانه های بهداشت روستایی و پایگاه های سلامت شهری، آزمون مختصر شناختی یا AMTS (Abbreviated Mental Test Score) است. معادل سازی آزمون کوتاه شناختی (AMTS) برای اولین بار توسط دکتر مهشید فروغان و همکاران انجام گرفت و روایی و پایایی آن در ۱۷۶ سالمند ساکن آسایشگاه سالمندان کهریزک بررسی و نتایج آن در شماره ۶ دوره ۱۳ مجله غدد و متابولیسم ایران در مرداد/ شهریور ۱۳۹۳ به چاپ رسید. همچنین برای بار دوم ترجمه و روایی و پایایی آن در بین ۱۰۱ سالمند مبتلا به آلزایمر دریافت کننده خدمات از انجمن آلزایمر ایران و مقایسه آن با ۱۰۱ سالمند سالم در سال ۱۳۹۶ معتبر شده و نتایج آن در شماره ۱۷ مجله Psychogeriatrics در سال ۲۰۱۷ چاپ شد. از مزایای این آزمون این است که مرکب از ۱۰ سوال با ۱۰ امتیاز است و اجرای آن تنها ۳ دقیقه طول می کشد. بر اساس نتایج مندرج در این مقاله، نمرات cut-off point ۶ و ۷ از مجموع ۱۰ نمره، دارای حساسیت بین ۹۴ تا ۹۹ درصد و ویژگی ۸۵ تا ۸۶ درصد می باشد. بر اساس دستورالعمل غربالگری دمانس در سطح نظام مراقبت های بهداشتی اولیه، افرادی که در آزمون غربالگری اولیه با آزمون AMTS توسط بهورز یا کارشناس مراقب سلامت شهری، نمره ۷ یا کمتر از آن را کسب کنند، همگی باید برای اخذ شرح حال مرتبط با دمانس از خود وی و همراه او و انجام مجدد آزمون AMTS به پزشک عمومی مستقر در مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی ارجاع شوند.

اقدامات پزشک

در اخذ شرح حال توسط پزشک عمومی، مهم ترین مساله ای که پزشک باید به آن توجه کند، تشخیص دلیریوم (ناشی از حوادث حاد قلبی و عروقی، عفونت، نارسایی کبدی یا کلیوی) و ارجاع فوری به مراکز بیمارستانی در صورت تشخیص دلیریوم است. در صورت عدم وجود دلیریوم و عدم نیاز به ارجاع فوری بیمارستانی، وجود دمانس باید با استفاده از تکرار آزمون AMTS که توسط پزشک انجام می گیرد، مورد تایید اولیه وی قرار گیرد و همچنین ضروری است علل ثانویه قابل برگشت دمانس و همچنین دمانس کاذب (افسردگی) مورد ارزیابی قرار گیرد.

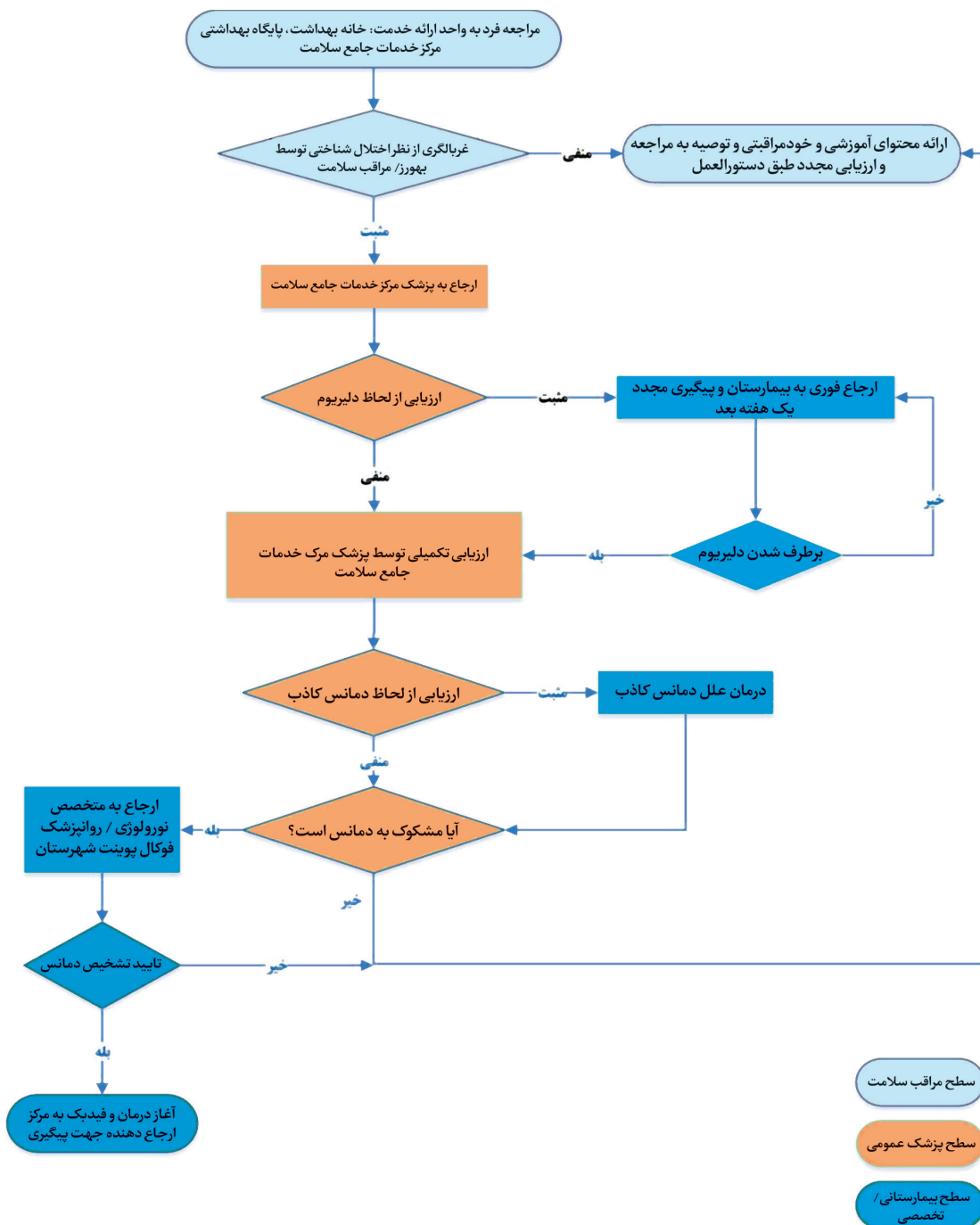
خاطر نشان می شود که در حال حاضر در مرحله غربالگری توسط بهورز و کارشناس مراقب سلامت، افسردگی در میان سالمندان با استفاده از ۱۱ سوال (GDS) غربالگری شده است و بنابراین عده ای از سالمندان با غربال مثبت افسردگی نزد پزشک می آیند. پزشک عمومی پس از تایید تشخیص دمانس، در صورت رد دمانس کاذب، باید سالمند را برای تشخیص نهایی به سطح تخصصی ارجاع دهد. در صورت تشخیص افسردگی بر اساس شرح حال، می تواند، بر اساس دستورالعمل موجود برای مدیریت درمان اختلالات روانپزشکی برای پزشکان عمومی، درمان ضد افسردگی را آغاز و بیمار را پیگیری نماید. در صورتی که پس از دو ماه درمان با داروی ضد افسردگی خط اول (SSRI)، نمره آزمون AMTS، تغییری نکرده باشد و یا کمتر شده باشد، سالمند با تشخیص اولیه دمانس باید به متخصص ارجاع شود.

ارجاع جهت تشخیص نهایی و دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی تشخیصی و درمانی

متخصصین مغز و اعصاب و روانپزشکان، و متخصصین طب سالمندی، سه گروه از متخصصین هستند که سالمندان با تشخیص اولیه دمانس می توانند جهت تشخیص نهایی به آنان ارجاع شوند. با توجه به تعداد بسیار کم متخصصین طب سالمندی، در این برنامه فعلاً توصیه به تعیین متخصص مغز و اعصاب یا متخصص روانپزشک مرجع برای هر شهرستان می شود که بدیهی است ضرورت دارد. خلاصه اقدامات انجام شده توسط این متخصصین در موارد ارجاعی به مرکز ارجاع دهنده ارسال گردد. جهت تشخیص نهایی، علاوه بر مصاحبه، معاینه و اخذ شرح حال، نیاز به انجام تصویربرداری مغزی از نوع MRI و آزمایشاتی است برای تشخیص نهایی در سطح تخصصی، نیاز به امکانات فوق تخصصی نیست، اما با توجه به اهمیت مساله، کلیه متخصصین مغز و اعصاب و روانپزشکان مشغول به خدمت در نظام سلامت ضروری است در دوره های بازآموزی مرتبط شرکت نمایند (دستورالعمل پیشنهادی: پیوست یک) همچنین با توجه به اینکه کلیه افراد سالمند مبتلا به دمانس نیازمند پایش و مراقبت از نظر بیماری هایی نظیر دیابت، بیماری های قلبی عروقی، و فشار خون می باشند، این مراکز باید مجهز به آزمایشگاه بوده و همچنین متخصصین داخلی در این مراکز حضور داشته باشند.

بخش هفتم: دستورالعمل ها، پیوست ها و ضمائم

فلوچارت اصلی فرایند غربالگری و تشخیص و درمان دمانس در نظام سلامت



دستورالعمل آموزش خودمراقبتی (ویژه بهورز/ مراقب سلامت)

در درجه اول، از سوال کردن و گفتن اینکه «موضوعی را فراموش کرده اید»، نترسید و خجالت نکشید. اگر نمی توانید مانند گذشته، چیزهایی را به یاد بیاورید، تقصیر شما نیست. به جای ناراحتی از این وضع، به اموری که حافظه شما را تقویت، یا از کم شدن آن جلوگیری می کند، توجه کنید. در این جا، ما به نمونه هایی از این راه ها اشاره می کنیم. البته خود شما هم، ممکن است از راه های دیگری برای یادآوری بهتر مطالب استفاده کنید.

- چیزهایی مثل عینک یا کلید را که همیشه از آن استفاده می کنید در یک جای مشخص بگذارید به عنوان مثال داخل یک کاسه بزرگ در اتاق نشیمن.

- هر روز به اخبار رادیو یا تلویزیون گوش دهید.

- سعی کنید هر روز یک مطلب جدید یاد بگیرید.

- کتاب یا روزنامه مطالعه کنید.

- در جمع دوستان یا خانواده، خاطرات گذشته را تعریف کنید. می توانید آلبوم عکس های قدیمی را برای یادآوری نام افراد و خاطرات گذشته نگاه کنید.

- خاطرات خود را بنویسید.

- بازی های فکری مثل شطرنج انجام دهید.

- با دوستانتان مشاعره کنید.

- جدول حل کنید.

- مطالبی را که ممکن است فراموش کنید، یادداشت نمایید. برای این کار، یک تقویم جیبی بردارید. تمام تاریخ های مهم مثل روز تولد نوه تان، سالگردها، روزی که نوبت دکتر دارید، روز آخر مهلت پرداخت قبض ها و ... را در آن بنویسید. در انتهای تقویم، شماره تلفن های اقوام و دوستان را بنویسید. این تقویم را همیشه و موقع خارج شدن از منزل نیز همراه داشته باشید.

- یک دفترچه یادداشت در کنار تلفن بگذارید. هر بار که کسی تماس تلفنی می گیرد، اگر پیغامی دارد، یا کاری از شما می خواهد، بلافاصله یادداشت کنید. این کار کمک می کند که پیام های تلفنی را فراموش نکنید.

- هیچ گاه خودسرانه دارو مصرف نکنید. اما اگر دارویی توسط پزشک برای شما تجویز شده است، در مصرف درست و به موقع دارو دقت کنید. برای اینکه زمان مصرف دارو یادتان نرود می توانید به تعداد وعده هایی که باید دارو بخورید، شیشه های کوچکی تهیه کنید. فرض کنیم در سه نوبت ۶ صبح، ۲ بعد از ظهر و ۱۰ شب باید دارو بخورید. پس سه شیشه بردارید. روی یکی بنویسید ۶ صبح، روی یکی ۲ بعد از ظهر و روی یکی ۱۰ شب. هر روز صبح داروهایتان را داخل این شیشه ها بیاندازید. وقتی که به این شیشه ها نگاه کنید، یادتان می آید که کدام دارو را نخورده اید.

این شیشه ها را جایی بگذارید که در معرض دید شما باشد ولی کودکان به آن دسترسی نداشته باشند.

- تغذیه مناسب برای حفظ قدرت حافظه لازم است. برای این کار قند، چربی و نمک کمتری مصرف کرده ولی مصرف میوه و سبزی های تازه را بیشتر کنید.

توجه: در موارد زیر مجدداً مراجعه کنید:

- اگر اسامی افراد را دائماً فراموش می کنید.

- اگر فکر می کنید حافظه تان روز به روز کمتری شود.

- اگر فراموش کردن کارها باعث شده که نتوانید به تنهایی کارهایتان را انجام دهید.

دستورالعمل غربالگری و پیگیری اولیه دمانس

آزمون AMTS

ابتدا به سالمند بگویید می خواهید چند سوال از او پرسید تا بررسی کنید که آیا تمرکز و حافظه او مشکلی دارد یا خیر. پس از آنکه کاملاً مطمئن شدید که متوجه شده است، در موقعیتی آرام و ترجیحاً در حضور همراه بیمار و در شرایطی که احترام بیمار حفظ شود، سوالات زیر را به ترتیب از او پرسید.

سوالات آزمون

۱. چند سالتان است؟
۲. الان چه موقع از شبانه روز است؟
۳. امسال چه سالی است؟
- ... این آدرس را پشت سر من تکرار کنید: "خیابان پیروزی، پلاک ۴۲"، دوباره آن را از شما می‌پرسم...
۴. اسم این محل چیست؟
۵. شغل یا نسبت دو نفر از همراهان را بگویید:
۶. متولد چه سالی هستید؟
۷. انقلاب سلامی در چه سالی اتفاق افتاد؟
۸. نام رهبر کشور در حال حاضر چیست؟
۹. از بیست یکی یکی برعکس بشمارید
۱۰. تکرار آدرس "خیابان پیروزی - پلاک ۴۲"

هر سوال یک امتیاز دارد و آزمون مجموعاً ۱۰ امتیاز دارد.

- سالمند با نمره ۷ و کمتر از ۷، در طبقه بندی «غریبال مثبت دمانس» یعنی احتمال بالای دمانس قرار می‌گیرد؛
 - در این صورت سالمند را به پزشک عمومی "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. پس از ارجاع و تشخیص پزشک در صورت عدم مراجعه سالمند برای دریافت خدمات بر اساس دستورالعمل پیگیری اختلالات روانپزشکی سالمند را یک بار در ماه و تا ۳ ماه برای مراجعه پیگیری نمایید.
- سالمند با نمره بیشتر از ۷، در طبقه بندی «غریبال منفی دمانس» یعنی عدم احتمال بالای ابتلا دمانس قرار می‌گیرد؛
 - در این صورت، خدمات خودمراقبتی را به او و مراقب اصلی (همراه) ارائه دهید و او را برای مراجعه جهت پیگیری و ارزیابی مجدد یک سال دیگر تشویق نمایید.

دستورالعمل تشخیص اولیه و مدیریت دمانس

ویژه پزشکان عمومی در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

پروتکل درمان دمانس با رد تشخیص های افتراقی در کتاب مرجع «راهنمای بالینی و درمان اختلالات سلامت روان» ویژه پزشکان عمومی در طرح تحول نظام سلامت و مطابق موارد آموزشی در کارگاه های حضوری (ویژه پزشکان شاغل در فیلد) قید شده است. همکاران محترم با مراجعه به کتاب مرجع، مسیر درمان دارویی و اقدامات لازم را پیگیری نمایند. توجه: در صورتی که در ارزیابی افسردگی، تشخیص افسردگی برای سالمند داده شده است، دو ماه پس از شروع درمان افسردگی، مجدداً ارزیابی از نظر دمانس را انجام دهید.

موارد ارجاع به پزشک از مسیر ارزیابی ماما/ مراقب سلامت و یا بهورز بر اساس پرسشنامه آزمون کوتاه شناخت (AMTS) در سالمندان با ۱۰ سؤال خواهد بود. می‌توانید قبل از شروع شرح حال امتیازات را جمع بندی و بررسی کنید. به هر سؤال یک امتیاز داده می‌شود و نمره برش غریبال مثبت کسب امتیاز ۷ و یا کمتر است.

اخذ شرح حال

پس از بررسی ارزیابی غیر پزشک، برای سالمند شرح حال روانپزشکی را تکمیل کنید و از بیمار و همچنین از همراه او، درباره مشکلات حافظه، سردرگمی، گفتار و زبان و مشکلاتی که ممکن است در انجام فعالیت های کلیدی داشته باشد سوال کنید. در مورد تغییرات اخیر در فکر کردن، شیوه ی استدلال، حافظه و درک زمان و مکان سؤال کنید. فراموشی های گاه و بیگاه در افراد مسن دور از انتظار نیست، با این وجود برخی مسائل را، حتی اگر خیلی هم تکرار نشوند، باید جدی گرفت. برای مثال سؤال کنید که آیا بیمار محل قرار

دادن اشیاء را فراموش می‌کند. آیا گاهی حوادث روز گذشته را فراموش می‌کند؟ آیا بیمار گاهی اوقات فراموش می‌کند که کجاست؟ از فرد مطلع بپرسید که این مسائل از چه زمانی شروع شده است و آیا به مرور بدتر شده است یا نه. آیا دوره‌هایی (چند روز، چند هفته یا بیشتر) وجود داشته است که فکر کردن و حافظه بیمار کاملاً به حالت طبیعی بازگشته باشد؟ اگر این مشکلات نسبتاً خفیف باشند، یا خانواده بنای بر مراقبت و حمایت گسترده از افراد مسن را داشته باشد، فهمیدن اینکه در فعالیت‌های روزانه بیمار مشکلاتی وجود دارد یا نه، ممکن است به آسانی امکان پذیر نباشد. وظایف پیچیده تر نظیر رسیدگی به خرج و دخل خانه، خرید کردن یا پخت و پز، زودتر از افت توانایی‌های بیمار متأثر می‌شود. فعالیت‌های مراقبت از خود نظیر لباس پوشیدن، شست و شو، غذا خوردن و به دستشویی رفتن دیرتر دچار اختلال می‌شود. شما باید از فعالیت‌های معمول افراد مسن در منطقه خود یا این خانواده خاص مطلع باشید. کنکاش کنید که آیا اخیراً در فرد تغییرات پیشرونده‌ای در این زمینه وجود داشته است یا خیر. آیا فرد وظایف خود را همراه با خطا، به کندی و با کیفیت پائین انجام می‌دهد یا ممکن است اصلاً از انجام آنها منصرف شود.

معاینه وضعیت شناختی بیمار:

به کمک آزمون مناسب اختلال شناختی را بررسی کنید

- به منظور تشخیص دمانس باید حافظه و عملکرد شناختی بیمار را به کمک آزمون‌های ساده ارزیابی و از طریق مصاحبه با یکی از اعضای خانواده یا فرد دیگری که بیمار را به خوبی می‌شناسد، از وجود موارد زیر اطمینان حاصل کرد:
- مشکل اخیراً ایجاد شده است.
- به مرور بدتر شده است.
- در انجام کارهای روزانه، وظایف درون خانه و فعالیت‌های اجتماعی کراراً مشکل ایجاد می‌کند.
- ارزیابی حافظه و عملکرد شناختی: به بیمار بگویید که می‌خواهید سه کلمه را به او بگویید و از او بخواهید که آنها را پس از او تکرار کند، و ۳-۵ دقیقه بعد نیز دوباره بخواهید که آن سه کلمه را مجدداً تکرار کند.
- ارزیابی درک زمان و مکان: از بیمار بپرسید که در چه وقتی از روز، چه روزی از هفته، و چه فصلی از سال قرار داریم. همچنین از او بپرسید که الان کجاست، یا نزدیک ترین بازار یا مغازه به خانه آنها کجا قرار دارد.
- ارزیابی مهارت‌های زبانی: از بیمار بخواهید که اجزای بدن خود را نام ببرد. همچنین از او بخواهید که به سؤالی نظیر این که " شما با قیچی چه کار می‌کنید؟ " پاسخ دهد.

راهنمای ارزیابی سالمند غربال مثبت دمانس توسط پزشک عمومی

شرح حال / معاینه وضعیت روانی	معیارهای طبقه بندی تشخیصی	تشخیص	اقدام
<ul style="list-style-type: none"> از بیمار و همراهش درباره مشکلات حافظه، سردرگمی، گفتار و زبان و مشکلاتی که ممکن است در انجام وظایف و فعالیت های کلیدی داشته باشد سوال کنید. موارد زیر را پرس و جو کنید: <ul style="list-style-type: none"> کی، برای اولین بار، این مشکلات توجه شما را به خود جلب کرده است؟ بیمار در آن زمان چند ساله بوده است؟ آیا شروع بیماری ناگهانی بوده است یا تدریجی (ظرف چند ماه تا چند سال)؟ چند وقت است که فرد این مشکلات را دارد؟ آیا شب ها بدتر می شود؟ آیا همراه با این مشکلات خواب آلودگی یا اختلال هشیاری دارد؟ آیا شروع بیماری با ضربه به سر، از دست رفتن موقت هشیاری، یا سکتة ی مغزی مرتبط است؟ به کمک آزمون مناسب اختلال شناختی را بررسی کنید. آیا سابقه موارد زیر وجود دارد؟ <ul style="list-style-type: none"> افسردگی شدید گواتر، نبض کند، پوست خشک (کم کاری تیروئید) بیماری مقاربتی یا HIV بیماری های قلبی عروقی سوء تغذیه، کم خونی 	<ul style="list-style-type: none"> شواهد اختلال شناختی وجود دارد. مسأله بیمار ناگهانی شروع شده است و مدت آن کوتاه است (چند روز تا چند هفته) اختلال در شب شدیدتر است و با اختلال هوشیاری همراه است نسبت به زمان، مکان و شخص سردرگمی وجود دارد 	دلیریوم	ارجاع فوری به اورژانس بیمارستان
<ul style="list-style-type: none"> بیمار در آن زمان چند ساله بوده است؟ آیا شروع بیماری ناگهانی بوده است یا تدریجی (ظرف چند ماه تا چند سال)؟ چند وقت است که فرد این مشکلات را دارد؟ آیا شب ها بدتر می شود؟ آیا همراه با این مشکلات خواب آلودگی یا اختلال هشیاری دارد؟ آیا شروع بیماری با ضربه به سر، از دست رفتن موقت هشیاری، یا سکتة ی مغزی مرتبط است؟ به کمک آزمون مناسب اختلال شناختی را بررسی کنید. آیا سابقه موارد زیر وجود دارد؟ <ul style="list-style-type: none"> افسردگی شدید گواتر، نبض کند، پوست خشک (کم کاری تیروئید) بیماری مقاربتی یا HIV بیماری های قلبی عروقی سوء تغذیه، کم خونی 	<ul style="list-style-type: none"> شواهد اختلال شناختی وجود دارد. شروع اختلال قبل از ۶۰ سالگی هیپوتیروئیدیسم بالینی بیماری قلبی عروقی سابقه عفونت مقاربتی یا HIV سابقه آسیب سر یا سکتة مغزی سابقه / علائم افسردگی دارد 	اختلال شناختی ثانویه با علل برگشت پذیر (دمانس کاذب)	<ul style="list-style-type: none"> اختلال زمینه ای را درمان کنید. در صورت نیاز بیمار را به متخصص مرتبط با اختلال زمینه ای ارجاع دهید.
<ul style="list-style-type: none"> گواتر، نبض کند، پوست خشک (کم کاری تیروئید) بیماری مقاربتی یا HIV بیماری های قلبی عروقی سوء تغذیه، کم خونی 	<ul style="list-style-type: none"> اختلال شناختی حداقل به مدت ۶ ماه ادامه داشته است ماهیت پیشرونده دارد با اختلال عملکرد اجتماعی همراه است 	دمانس	<ul style="list-style-type: none"> نتایج ارزیابی خود را با سالمند و مراقبین وی در میان بگذارید. برای بهبود تظاهرات شناختی و عملکردی، درمان های روانی-اجتماعی را پیشنهاد کنید. اتکای بیمار به خود و تلاش برای حفظ عملکرد او را اکیدا توصیه کنید. سالمند را برای تایید تشخیص به متخصص ارجاع دهید.
سلامت شناخت سالمند بررسی شده	بدون نشانه و علائم یاد شده	عدم ابتلا به هریک از اختلالات	<ul style="list-style-type: none"> سالمند را برای دریافت آموزش های گروهی به روانشناس ارجاع دهید. حمایت روانی، اجتماعی بیشتر از سالمند را به خانواده آموزش دهید. به تیم غیر پزشک پسخوراند دهید که سالمند را به مراجعه در صورت بروز نشانه یا سال بعد تشویق کند.

پیوست شماره ۱- راهنمای بالینی اقدامات پس از ارجاع بیمار توسط پزشک عمومی به متخصص مغزو اعصاب / روانپزشک مرجع شهرستان

پس از ارجاع بیمار به متخصص مغزو اعصاب / روانپزشک فوکل پوینت در هر شهرستان، معاینه فیزیکی و نورولوژیک و بررسیهای آزمایشگاهی مناسب باید انجام شود تا علل قابل درمان اختلال شناختی (حتی اگر فقط بخشی از اختلال را توضیح دهند) مشخص شوند و در تشخیص افتراقی نیز کمک کنند.

- در بیماری که مشکوک به دمانس سریعاً پیشرونده است باید بررسی کاملتری مثل ارزیابی CSF برای بیماری کروتزفلدژاکوب و بیماریهای دیگر انجام شود.

متخصص حتماً باید عوامل خطر ساز را مرور کند که شامل:

- سن بالای ۷۰ سال
- جنس مونث
- سابقه شغلی
- عوامل خطر ساز قلبی - عروقی:
 - پرفشاری خون
 - دیابت
 - بیماری های عروق کرونر
 - چاقی
 - مصرف سیگار
- بی سواد و تحصیلات ۳ سال و کمتر
- افسردگی طولانی مدت و بیماری های مازور روانپزشکی مزمن
- انزوای اجتماعی
- کاهش شنوایی و بینایی شدید
- سابقه خانوادگی دمانس و پارکینسون در بستگان درجه اول
- سابقه سکته مغزی
- سابقه بیماری پارکینسون
- سابقه ضربه به سر همراه با اختلال هوشیاری
- سابقه صرع
- سابقه تماس مزمن با عوامل محیطی مثل سموم محیطی، کشاورزی و....
- کاهش وزن اخیر
- سابقه سندروم داون و سایر عقب ماندگی های ذهنی
- سابقه اختلالات خواب شامل آپنه خواب، بی خوابی مزمن و اختلال رفتاری در مرحله خواب با حرکات سریع چشم (RBD)
- سابقه کاهش حس بویایی بدون علت شناخته شده گوش و حلق و بینی
- زمان یائسگی در خانم ها
- در افرادی که به عنوان اختلال شناختی خفیف MCI در نظر گرفته می شوند، باید ارزیابی پزشکی از نظر عوامل خطر ساز قابل درمان یا قابل تغییر انجام شود و در صورت امکان، تصحیح و درمان شوند.

متخصص باید حتماً مصرف دارو هایی که ممکن است موجب اختلال شناختی می شوند را مد نظر قرار دهد که عبارتند از:

- آنتی کلینرژیک ها
- خواب آور های بنزو دیازپینی و غیر بنزو دیازپینی (مثل زولپیدم)

- مواد مخدر و الکل
- در بیماران با تشخیص MCI داروهایی که منجر به اختلال شناختی می شوند، اگر از نظر پزشکی امکانپذیر باشد باید بتدریج کاهش و قطع شوند.

در شرح حال، به هریک از موارد زیر برای تشخیص افتراقی دقت شود:

۱. سن کمتر از ۶۰ سال قبل از شروع علائم
۲. شروع علائم همراه با ضربه به سر، سکنه مغزی، تغییر یا کاهش سطح هوشیاری
۳. اختلال راه رفتن

دلیریوم:

- اگر اختلال شناختی، شروع ناگهانی در عرض چند روز تا چند هفته داشته باشد باید دلیریوم مطرح، بررسی و درمان شود.
- برای تشخیص دلیریوم از CAM scale استفاده کنید.
- برای افتراق دلیریوم از دلیریومی که بر روی دمانس سوار شده است نمی توانید به تنهایی از MMSE استفاده کنید.
- پس از درمان دلیریوم اگر هنوز شکایت از اختلال شناختی وجود داشته باشد باید ارزیابی بیمار از نظر اختلال حافظه انجام شود.
- اگر خود فرد یا نزدیکانش، نگران اختلال حافظه و یا شناختی در او هستند متخصص باید از نظر MCI بیمار را بررسی کند و نگرانی ها را صرفاً مربوط به سالمندی نرمال قلمداد نکند.
- برای ارزیابی بیمار از تست های MMSE و FAST استفاده می شود.

تست های تکمیلی زیر انجام شود:

- Homocystein, Na, K, Ca, P, Mg, Uric acid, folic acid, Vit D, Vit B۱۲
- HIV و VDRL فقط در کسانی انجام می شود که بر اساس شرح حال مشخص شود که در ریسک ابتلا هستند یا علائم بالینی مطرح کننده ابتلا را داشته باشند.
- در بیماری که مصرف فنی توپین و یا دیگوکسین دارد و احتمال توکسیسیته دارویی مطرح است آزمایش سطح خونی فنی توپین و دیگوکسین انجام شود.
- در صورت برادیکاردی یا شک بالینی به بلوک قلبی، مشاوره قلب و ECG انجام شود.
- از تصویربرداری ساختاری (MRI) برای رد علل قابل برگشت اختلال شناختی و کمک به تعیین زیرگروه های دمانس استفاده کنید.
- برای تایید تشخیص بالینی بیماری آلزایمر، باید MRI با مقاطع ظریف کرونال برای ارزیابی آتروفی هیپوکامپ مورد استفاده قرار گیرد.
- آتروفی قسمت مدیال لوب تمپورال می تواند در تشخیص بیماری آلزایمر و در برخی موارد برای تشخیص افتراقی بین بیماری آلزایمر و دمانس با اجسام لویی کمک کند.
- در صورت وجود موارد زیر می توان سی تی اسکن مغز با مقطع کرونال درخواست کرد.
 - وجود جسم فلزی در بدن؛
 - کلاستروفوبیا (ترس از فضای بسته)؛
 - پیس میکری که منع انجام MRI دارد؛
 - عدم دسترسی به MRI.
- فقط بر اساس نتایج سی تی اسکن یا MRI نمی توان بیماری آلزایمر را رد کرد.
- EEG: ممکن است به تشخیص افتراقی بین AD، شکایات غیر عینی (subjective) و موارد سایکولوژیک (روانپزشکی) کمک کند و در تشخیص افتراقی تظاهرات بالینی موارد غیر معمول بیماری آلزایمر توصیه می شود می تواند جزو شواهد اولیه بیماری کروتفلدزاکوب باشد یا می تواند احتمال بیماری توکسیک - متابولیک، آمیزی زودگذر اپی لپتیک و دیگر بیماری های اپیلتیکی

که قبلاً تشخیص داده نشده اند را مطرح کند اگرچه کاهش آلفا، افزایش تتا و کاهش mean frequency مشخصه بیماری آلزایمر است ولی می‌تواند در ۱۴٪ موارد در اوایل سیر بیماری نرمال باشد.

توصیه می‌شود EEG فقط در موارد زیر انجام شود:

- افتراق سودودمانس از دمانس
- احتمال دلیریوم
- کروتزفلد ژاکوب
- جهت ارزیابی همراهی تشنج در فرد مبتلا به دمانس
- تظاهرات غیرمعمول بیماری آلزایمر
- آمنزی زودگذرایی لپتیک
- موارد پیشرفته دمانس
- در موارد اختلال شناختی غیر قابل توجیه

ارزیابی نوروسایکولوژیک

- در انجام این ارزیابی‌ها از نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت ذهنی یا MMSE و نیز نسخه فارسی آزمون ارزیابی سطح عملکرد یا FAST (که رفرنس‌ها در زیر آورده شده و به سند پیوست شده است) استفاده شود.
- در همه افراد با سواد بالاتر از سه سال از نسخه فارسی MMSE استفاده شود.
- در همه افراد با تحصیلات سه سال و پایین‌تر از سه سال (شامل افراد فاقد سواد) از نسخه فارسی آزمون FAST استفاده شود.
- در همه افراد چه با سواد و چه بی سواد برای تعیین شدت دمانس و افتراق سالمندی طبیعی و مرحله اختلال خفیف شناختی از دمانس از نسخه فارسی آزمون FAST استفاده شود.
- وجود نمره ۲۲ و کمتر از آن در نسخه فارسی آزمون MMSE در افراد با سطح سواد بالاتر از سه سال می‌تواند ناشی از ابتلا به دمانس باشد و بیمار باید به متخصص نورولوژیست برای بررسی‌های دقیق تر ارجاع گردد.
- وجود سطح ۳ در نسخه فارسی آزمون FAST می‌تواند ناشی از ابتلا به اختلال خفیف شناختی یا MCI باشد. در این صورت فرد باید از نظر ابتلا به دمانس در سال بعد مورد پیگیری قرار گیرد و آموزش اصلاح سبک زندگی و درمان بیماری‌های قلبی عروقی و ابتلا به عوامل خطر زای دیگر برای او انجام گیرد.
- وجود سطح ۴ و بالاتر در نسخه فارسی آزمون FAST می‌تواند ناشی از ابتلا به دمانس باشد و بیمار باید به متخصص نورولوژیست برای بررسی‌های دقیق تر ارجاع گردد.
- تعیین شدت دمانس برای انتخاب داروی لازم امری ضروری است.
- نسخه فارسی هر دو آزمون فارسی و رفرنس آنها به پیوست ارسال شده است.

انتخاب نوع آزمون برای غربالگری دمانس و تعیین شدت دمانس

وجود بیماری همزمان	افراد فاقد سواد یا پایین‌تر از سه سال	افراد با سواد بالاتر از سه سال
آزمون غربالگری برای تشخیص دمانس	FAST بیشتر یا مساوی ۴	MMSE کمتر یا مساوی ۲۲
آزمون تعیین شدت دمانس	FAST	FAST

- تنها آزمونی که با واسطه آن می‌توان مرحله MCI (یا مرحله پره کلینیکال دمانس) و نیز شدت دمانس را تعیین نمود تا در تعیین و انتخاب نوع دارو به کار گرفته شود، آزمون FAST می‌باشد:

سطح عملکرد در آزمون FAST	شدت اختلال شناختی	رویکرد بالینی
۱	فرد طبیعی است	آموزش سبک زندگی سالم
۲	شکایت فرد در حد سن است.	آموزش سبک زندگی سالم و ارزیابی سالانه باید انجام گردد.
۳	اختلال خفیف شناختی (MCI) وجود دارد.	آموزش تصحیح سبک زندگی، کنترل و درمان بیماران قلبی عروقی، ارجاع به نورولوژیست و ارزیابی سالانه باید انجام گردد. * در مورد داروی جدید آدوکانومب هنوز دستورالعمل های لازم در دست نیست.
۴	آلزایمر (دمانس) خفیف	شروع درمان با آنتی کولین استرازاها * در مورد داروی جدید آدوکانومب هنوز دستورالعمل های لازم در دست نیست. - درمان افسردگی یا اضطراب در صورت وجود مد نظر قرار گیرد. - بیماری های مدیکال بررسی و در صورت وجود مد نظر قرار گیرد.
۵	آلزایمر (دمانس) متوسط	درمان با آنتی کولین استرازاها - درمان افسردگی یا اضطراب در صورت وجود، مد نظر قرار گیرد. - اختلالات روانپزشکی و مدیکال دیگر بررسی و در صورت وجود، مد نظر قرار گیرد.
۶	آلزایمر متوسط رو به شدید	درمان با آنتی کولین استرازاها شروع درمان با ممانتین اختلالات روانپزشکی و مدیکال دیگر بررسی و در صورت وجود، مد نظر قرار گیرد.
۷	آلزایمر (دمانس) شدید	درمان با دانپزیل و ممانتین اختلالات روانپزشکی دیگر بررسی و در صورت وجود، مد نظر قرار گیرد. اقدامات پرستاری و درمان های نگهدارنده مد نظر قرار گیرد.

تشخیص

اگر در ارزیابی های فوق علل قابل درمان و علل احتمالی دیگری که موجب اختلال شناختی می شود (علل عروقی، متابولیک، اندوکراین، توکسیک، عفونی، التهابی، تروماتیک، نئوپلاستیک، ساختمانی) رد شد و اگر ارزیابی های اولیه به نفع تشخیص دمانس است در حد امکان زیرگروه دمانس را مشخص کنید.

از معیارهای بین المللی برای تشخیص زیرگروه ها استفاده کنید.

- در تشخیص بیماری آلزایمر از گایدلاین ذیل استفاده کنید:

National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease

Probable AD dementia: Core clinical criteria

Probable AD زمانی تشخیص داده می شود که

- Insidious onset: علائم باید شروع تدریجی در عرض چند ماه یا سال داشته نباشد شروع ناگهانی در عرض چند ساعت یا چند روز داشته باشد.
- باید بدتر شدن وضعیت شناختی بر اساس مشاهدات و شرح حال وجود داشته باشد.
- اختلال شناختی اولیه و عمده بیمار باید بر اساس شرح حال و معاینه بر اساس یکی از طبقه بندی های زیر باشد:
- تظاهر بیماری با تابلوی فراموشی (Amenstic): شایعترین تظاهر بیماری آلزایمر است نقایص شناختی، به صورت اختلال یادگیری و به یاد آوردن مطالب جدیدی می باشد که اخیرا یادگیری شده است ضمنا ممکن است شواهدی از اختلال شناختی در حداقل یک حیطه شناختی دیگر که در بالا توضیح داده شد وجود داشته باشد.
- تظاهر بیماری با تابلوی غیر فراموشی (non amnestic)
- * تظاهر به صورت اختلال language: شایع ترین اختلال، پیدا کردن لغت است اما نقص در حیطه های دیگر هم باید وجود داشته باشد.
- * تظاهر بینایی - فضایی: عمده ترین اختلال در شناسایی فضایی است، از جمله آگنوزی اشیاء، اختلال شناسایی چهره ها، simultanagnosia و آلکسی نقص در حیطه های دیگر هم باید وجود داشته باشد.

* اختلال عملکرد اجرایی: عمده ترین اختلال در استدلال، قضاوت و حل مسئله است نقص در حیطه های دیگر هم باید وجود داشته باشد.

تشخیص probable AD در موارد زیر نباید گذاشته شود:

الف: همراه بودن با بیماری سربروواسکولار قابل توجه، که تعریف آن، به صورت وجود سکته مغزی که با شروع یا بدتر شدن اختلال شناختی، همزمان بوده است یا وجود انفارکشن های متعدد یا وسیع یا تغییرات ماده سفید منتشر (severe white matter hyperintensity burden)

ب: وجود ویژگی های بارز دمانس با اجسام لویی

پ: وجود ویژگی های بارز واریانت رفتاری FTD

ت: وجود ویژگی های بارز واریانت nonfluent/agrammatic و یا سمانتیک PPA

ث: شواهد وجود هر بیماری نورولوژیک فعال و همزمان دیگری بیماری مدیکال غیر نورولوژیک همزمان دیگر یا استفاده از داروهایی که اثر قابل توجه بر روی شناخت بگذارند.

Possible AD dementia: Core clinical criteria

تشخیص possible AD باید در صورت هر کدام از موارد زیر گذاشته شود:

الف: سیر آتیپیک: اختلال شناختی مثل مواردی است که در بالا ذکر شد ولی یا به صورت شروع ناگهانی اختلال شناختی است یا جزئیات تاریخچه ای، ناکافی است یا شواهد شناختی عینی از افت شناختی پیش رونده وجود دارد.

ب: وجود اتیولوژی مخلوط (میکس)

در این صورت تمام معیارهای مشخصه بیماری آلزایمر وجود دارد ولی همراه با موارد زیر به صورت اتیولوژی میکس است

الف: بیماری سربروواسکولار قابل توجه، که تعریف آن، به صورت وجود سکته مغزی که با شروع یا بدتر شدن اختلال شناختی، همزمان بوده است یا وجود انفارکشن های متعدد یا وسیع یا severe white matter hyperintensity burden

ب: علایم دمانس با اجسام لویی

ج: شواهد بیماری نورولوژیک دیگری بیماری مدیکال غیر نورولوژیک همزمان یا استفاده از داروهایی که اثر قابل توجه بر روی شناخت بگذارند.

دمانسی که احتمالا AD نیست

- معیارهای بالینی AD را ندارد.
- بدون توجه به معیارهای بالینی probable AD یا possible AD شواهد کافی برای یک تشخیص دیگر وجود دارد مثل دمانس مربوط به HIV، دمانس در بیماری هانتینگتون و بیماری های دیگری که بندرت با AD همپوشانی دارند
- بدون توجه به شواهد بالینی possible AD هم $A\beta$ و هم بیومارکرهای مربوط به آسیب نورونی منفی باشند.
- اگر تمام اقدامات فوق نتواند به تشخیص احتمالی بیماری کمک کند و در صورت نیاز و یا علایم بالینی آتیپیک، اقدامات تشخیصی پیشرفته زیر انجام شود:

۱. ارزیابی CSF در موارد زیر انجام شود:

- علایم بالینی آتیپیک
- شروع زودرس
- شروع حاد/تحت حاد
- علایم همراه بیماری های داخلی و روماتولوژیک
- علایم همراه، شامل اختلال راه رفتن و بی اختیاری ادراری (NPH)
- شک به کروتزفلد ژاکوب از نظر پروتئین ۳-۳-۱۴

۲. انجام DAT Scan و Brain SPECT در موارد زیر توصیه می شود.

- افتراق MCI از دمانس
- افتراق انواع دمانس از هم
- افتراق سندرم های دمانس و پارکینسونیسم
- Perfusion SPECT می تواند بیماری آلزایمر را از دمانس عروقی و FTD افتراق دهند.
- PET - FDG نسبت به perfusion SPECT در تشخیص دمانس دژنراتیو ارجح است.
- PET - FDG می تواند بیماری آلزایمر را از دمانس عروقی و FTD افتراق دهند.
- Dopaminergic SPECT یا PET imaging می تواند در افتراق دمانس با اجسام لویی با بیماری آلزایمر کمک کند.
- MIBG می تواند بیماری آلزایمر را از دمانس با اجسام لویی افتراق دهد.

از تست های دیگر هنگامی استفاده کنید که:

- کمک به تشخیص زیرگروه دمانس کند.
- دانستن بیشتر در مورد زیرگروه دمانس به اداره بیماری کمک بیشتری کند.

اگر تشخیص احتمالی، مشخص نیست و مشکوک به بیماری آلزایمر هستید از بررسی های زیر استفاده کنید:

- PET - FDG و اگر در دسترس نیست SPECT

یا

- ارزیابی CSF برای total tau و p. tau و آمیلوئید بتا ۱-۴۲
- اگر تشخیص پس از انجام یکی از دو بررسی بالا امکان پذیر نبود از بررسی دوم استفاده کنید.
- در نظر داشته باشید که در افراد سالمند ممکن است بررسی CSF نتایج مثبت کاذب داشته باشد.
- در بیماران و اعضای خانواده شان که در مورد بیومارکرها در MCI پرسش می کنند پزشک باید بگوید که در حال حاضر هیچ بیومارکر قابل قبولی برای تشخیص MCI در دسترس نیست.

مدیریت دمانس

اصول کلی مدیریت

در حال حاضر درمان قطعی برای بیماری آلزایمر و انواع دمانس دژنراتیو وجود ندارد مدیریت فعلی شامل درمان علائم شناختی، غیر شناختی و رفتاری است. هدف درمان، ارتقای استقلال بیمار، حفظ عملکرد و درمان علائم شناختی و غیر شناختی (توهم، هذیان، اضطراب، بی قراری و رفتارهای تهاجمی) علائم رفتاری و روانپزشکی است.

مدیریت بیماران مبتلا به دمانس، چند مرحله ای است و براساس مرحله بیماری هدایت می شود. همچنین باید بر روی علائم مشخصی که ظاهر می شود تمرکز کرد. در هر مرحله پزشک باید هوشیار باشد و به بیمار و خانواده کمک کند تا علائم و مراقبت های لازم را در آینده پیش بینی کنند.

- باید اختلالات شناختی و غیر شناختی و تغییر عملکردی نسبت به سطح اولیه ارزیابی شود.
- در بیمارانی که چندین مشکل دارند، ابتدا مشکلاتی را درمان کنید که مخاطره آمیزتر هستند و یا بیشتر موجب پریشانی می شوند باید مکرر سلامت درمان ها و راهکارهای انتخابی مد نظر قرار گیرند.

اقدامات غیر دارویی

درمان های غیر دارویی شامل حمایت اجتماعی، افزایش کمک به فعالیت های روزانه، اطلاع رسانی و آموزش و حمایت از کسانی که است که مراقبت بیمار را به عهده دارند.

هیچ شواهد کافی برای توصیه درمان های غیر دارویی وجود ندارد. به هر حال ممکن است، افزایش فعالیت اجتماعی، شروع فعالیت های لذت بخش، کنار گذاشتن کارهایی که موجب درگیری و یا سرخوردگی فرد می شوند (به عنوان مثال فعالیت هایی که بیمار دیگر نمی تواند انجام دهد)، تعیین پاداش برای موفقیت ها (هر چند کوچک)، حذف هرگونه محرک مشکلات رفتاری، یا تأمین هر آنچه که موجب آسایش بیمار شود، مثل موسیقی مورد علاقه بیمار، مفید باشد.

- در بیماران با تشخیص MCI، پزشک باید ورزش منظم، (دو بار در هفته) را به عنوان بخشی از رویکرد کلی مدیریت درمان پیشنهاد کند.
- در بیماران با تشخیص MCI ممکن است بازتوانی شناختی توصیه شود.

درمان دارویی

قبل از شروع درمان دارویی، مجدداً بیماریهای همزمان را مرور کنید در بسیاری از بیماران مبتلا به دمانس، بیش از یک علت، موجب علائم بیمار شده است و بطور شایعی ترکیبی از بیماری AD با یک پاتولوژی مغزی دیگر وجود دارد. مدیریت درمان باید براساس تشخیص هایی باشد که عمده علائم بیمار را ایجاد کرده اند. داروهایی که بیمار مصرف می کند و احتمال تداخل اثر با دارویی که قرار است انتخاب کنید و تشدید عوارض جانبی داروها را بررسی کنید. مراقب احتمال عدم تعادل با مصرف دارو و احتمال سقوط و آسیب را در نظر بگیرید و با همراه بیمار در میان بگذارید دارو را از کم شروع کنید و آهسته بالا ببرید:

- در بیماران با تشخیص MCI، متخصص باید به بیمار و همراهان وی بگوید که در حال حاضر هیچ درمان دارویی و یا رژیم غذایی وجود ندارد که بتواند در بهبود علائم شناختی در MCI کمک کند و هیچ داروی تایید شده FDA برای این منظور وجود ندارد.
- اگر متخصص، در بیمار با تشخیص MCI مهارکننده کولین استراز پیشنهاد کند باید بگوید که درمان تایید نشده است و در حال حاضر شواهد تایید شده ای برای آن وجود ندارد.

مهارکننده های کولین استراز (donepezil, galantamine, rivastigmine) و مهارکننده درستیور NMDA (ممانتین) داروهایی هستند که بطور اختصاصی برای بیماری آلزایمر در دسترس هستند.

- تاثیر تمام مهارکننده های کولین استراز در AD خفیف تا شدید نشان داده شده است لذا شروع آنها در بیماران مبتلا به AD توصیه می شود (A 1 grade)
- با توجه به تاثیر متوسط مهارکننده های کولین استراز در بهبود علائم شناختی در بیماران AD خفیف تا متوسط، بهتر است این داروها پس از توضیح کامل در مورد عوارض و فواید آنها تجویز شوند.

توصیه ها برای شروع مهارکننده های کولین استراز در بیمار مبتلا به بیماری آلزایمر:

- معیارهای مربوط به probable AD
- مدت بیماری < ۶ ماه؛
- باید حتماً قبل از شروع درمان سطح عملکردی بیمار براساس FAST تعیین شده باشد (FAST چهار و بالاتر)؛
- $GDS 6 <$ ؛
- تحمل پذیری دارو توسط بیمار باید حتماً بررسی شود؛
- از حمایت خانوادگی خوبی برخوردار باشد؛
- بیمار مبتلا به دلیریوم نباشد.

مهارکننده های کولین استراز و ممانتین بر روی MCI موثر نیستند

در بیماری آلزایمر، مقایسه های مستقیم، تفاوتی بین انواع مهارکننده های کولین استراز موجود نشان نداده اند انتخاب باید براساس عوارض جانبی (بی اشتها، کاهش وزن، برادیکاردی و...) سهولت استفاده برای بیمار و خانواده، آشنایی پزشک با دارو و تفاوت های فارماکوکینتیک و مکانیسم اثر، در دسترس بودن و هزینه دارو باشد در این صورت هنگام تجویز مهارکننده کولین استراز از دارویی استفاده کنید که مقرون به صرفه تر باشد، ولی اگر عوارض جانبی دارو، تمایل بیمار، وجود بیماری های همزمان، احتمال تداخل دارویی و نحوه مصرف دارو به نفع استفاده از داروی مهارکننده کولین استراز دیگر است آن را تجویز کنید.

اهداف خاص درمان، حفظ توانایی شناختی و عملکردی، به حداقل رساندن اختلالات رفتاری و کند کردن پیشرفت بیماری با حفظ کیفیت زندگی بیماران و خانواده آنها می باشد. با این وجود، انتظارات واقع بینانه از نتایج درمانی مورد نیاز است زیرا احتمالاً تأثیر این داروها در بیشتر بیماران، در حد متوسط و موقتی است و هر بیماری نیز به درمان پاسخ نمی دهد.

- مهارکننده های کولین استراز در جلوگیری از پیشرفت پاتوژن بیماری آلزهایمر موثر نیستند، اما سرعت پیشرفت بالینی را در مراحل اولیه بیماری کاهش می دهند.
- فایده اصلی درمان دارویی کند کردن افت عملکرد در طول زمان است و نه بهبود علائم شناختی یا رفتاری.
- در افراد مبتلا به بیماری آلزهایمر شدید، تنها به دلیل شدت بیماری، مصرف مهارکننده های کولین استراز متوقف نشود.
- دونپزیل، ریواستیگمین و گالانتامین باعث ایجاد طیف گسترده ای از عوارض جانبی می شوند ولی حالت تهوع، استفراغ، اسهال و کاهش وزن بیشترین عارضه جانبی مشترک در هر سه دارو است
- Donepezil (Aricept): برای درمان علامتی بیماری آلزهایمر خفیف تا متوسط شدید توصیه می شود ابتدا ۵/۲ میلی گرم یک بار در روز پس از نهار داده شود. پس از یک هفته ۵ میلی گرم گرم شود پس از یک ماه باید دوباره ارزیابی شود و تعداد نبض بیمار در دقیقه (PR) چک شود. می تواند به حداکثر ۱۰ میلی گرم یک بار در روز برسد.
- PR را باید در شروع درمان، پس از ۴ هفته، پس از سه ماه و سپس هر شش ماه ارزیابی کنید.

اگر PR کمتر از ۵۰ باشد:

- درمان با دونپزیل را متوقف کنید.
- اگر بتا بلوکر می گیرد مشاوره قلب از نظر امکان قطع این دارو داده شود و پس از قطع بتا بلوکر مجدداً وضعیت را بررسی کنید.
- اگر مشخص شد که برادیکاردی، ارتباطی به دارو نداشته است یا اگر پیس میکر گذاشته شود، دوباره دارو را شروع کنید ولی با کنترل نبض

اگر PR بین ۵۰-۶۰ است در صورت شرایط زیر و براساس یافته های ECG درمان را شروع کنید یا ادامه دهید:

- بدون علامت است
 - عوامل خطر ساز قلبی - عروقی ندارد.
 - سابقه سقوط یا سرگیجه و تلو خوردن ندارد.
 - ضربان قلب نا منظم ندارد.
- در این صورت، پس از یک هفته دوباره نبض و علائم بیمار را بررسی کنید اگر هنوز بدون علامت است دارو را ادامه دهید و یک هفته پس از هر افزایش مقدار دارو مجدداً نبض و علائم بیمار را بررسی کنید

اگر PR بین ۵۰-۶۰ است ولی علائم سنکوپ دارد:

- دونپزیل را قطع کنید.
- اگر بتا بلوکر می گیرد در صورت امکان قطع شود و مجدداً از نظر علائم و نبض و امکان شروع دونپزیل بررسی شود.
- مشاوره قلب انجام شود.
- اگر مشخص شد که برادیکاردی، ارتباطی به دارو نداشته است یا اگر پیس میکر گذاشته شود، دوباره دارو را شروع کنید ولی با کنترل نبض.

اگر PR < ۶۰ است:

- دارو را شروع کنید یا ادامه دهید.
- PR را قبل از شروع دارو و با هر بار افزایش دوز دارو و سپس هر ۶ ماه یکبار چک کنید

اندیکاسیون های مشاوره قلب

- بیماری قلبی؛
- عوامل خطر ساز قلبی - عروقی قابل توجه (مثل دیابت و هایپر تنشن)؛

- سابقه سقوط یا سیاهی رفتن چشم‌ها یا تلو خوردن پس از بلند شدن از جا؛
 - ضریان نامنظم.
- نکته: عوارض جانبی ناخواسته شایع شامل: اسهال و کرامپ عضلانی، خستگی، تهوع، استفراغ و بی خوابی است که اغلب در عرض چند روز کاهش می‌یابند

ارزیابی پس از چهار هفته

- بیمار پس از ۴ هفته ویزیت مجدد شود و پاسخ به درمان و تحمل دارو و PR ارزیابی شود و اگر بیمار تحمل می‌کند، افزایش مقدار دارو تا ۱۰ میلی گرم در نظر گرفته شود.
- اگر درمان با ۱۰ میلی گرم به دلیل عوارض جانبی یا عدم پذیرش بیمار، بیشتر از چند روز قطع شود باید درمان، مجدداً با ۵ میلی گرم شروع شود.
- در بسیاری از بیماران برای به حداقل رساندن عوارض جانبی دارو می‌توان روی ۵ میلی گرم باقی ماند و ممکن است این مقدار برایشان کافی باشد (باید بر اساس شرایط بالینی و شناختی بیمار تصمیم گرفت)

ارزیابی پس از سه ماه

- پس از سه ماه (دو تا چهار ماه) بیمار ویزیت مجدد شود و اثر درمان با قضاوت بالینی و اگر نیاز است ارزیابی عملکردی و شناختی با FAST و MMSE سنجیده شود و PR چک شود.
- مشکلات فیزیکی، حسی و ارتباطی که ممکن است بر روی نتایج اثر بگذارد را در نظر بگیرید.
- اگر هیچ فایده‌ای از درمان پس از سه ماه دیده نشود ولی بیمار به خوبی درمان را تحمل کند، قبل از اینکه دارو را قطع کنید، در ماه ششم بیمار را ارزیابی مجدد کنید.

ارزیابی پس از شش ماه

- بیمار را از نظر شناختی و عملکردی ارزیابی کنید (با FAST و MMSE)
- داروی مهارکننده کولین استراز، فقط باید هنگامی ادامه یابد که اثر بهبود و یا عدم بدتر شدن (deterioration) بر روی حداقل یک حیطة بالینی، یعنی وضعیت عمومی، شناختی، عملکردی و فعالیت روزانه زندگی داشته باشد.
- اگر بیمار به دارو جواب ندهد یا عوارض جانبی یابد یا دارو را تحمل نکند دارو را به تدریج قطع کنید.
- اگر یک مهارکننده کولین استراز تحمل نشود یا موثر نباشد، می‌توان از مهارکننده کولین استراز دیگری استفاده کرد.
- پس از قطع دارو، اثرات دارو در عرض ۲ روز تا ۴ هفته می‌تواند از بین برود، اگر در این زمان افت عملکرد شناختی رفتاری، نوروسایکاتریک یا فعالیتهای زندگی روزمره یافت، مجدداً دارو را شروع کنید.
- پس از شش ماه بیمار را هر ۶ ماه ویزیت کنید و هر سال FAST و MMSE انجام دهید مگر اینکه افت شناختی و عملکردی پیدا کند که در این صورت زودتر انجام شود.

هنگام تجویز دونپزیل بیماری‌های همزمان را در نظر بگیرید (جدول ۱)

وجود بیماری همزمان	اثری که با تجویز دونپزیل ایجاد می‌شود
بیماری قلبی، SSS، اختلالات هدایتی فوق بطنی	افزایش ریسک برادی کاردی
زخم معده یا اثنی عشر یا مستعد بودن به این موارد	افزایش ریسک
آسم و COPD	افزایش برونکواسپاسم
سابقه تشنج	افزایش ریسک تشنج ژنرالیزه
انسداد خروجی مثانه	ممکن است موجب افزایش انسداد خروجی مثانه شود
نارسایی کبدی خفیف تا متوسط	افزایش مقدار دارو باید بر اساس تحمل بیمار باشد
نارسایی کبدی شدید	منع مصرف
نارسایی کلیوی	Adjustment لازم ندارد

- از مصرف تریامسینولون اجتناب شود.
- در صورتی که بیمار مصرف همزمان SSRI با آسپرین و آنتی کولین استراز دارد حتما بیمار باید از نظر افزایش خطر رخداد زخم معده یا اثنی عشر، تحت نظر قرار گیرد و در صورت نیاز، اقدام مقتضی و درمان انجام شود.
- اگر با شروع مصرف دونپزیل، بیمار دچار توهم، کابوس شبانه، بی قراری و رفتار پرخاشگرانه شد، مقدار دارو را کم کنید و اگر ادامه یافت دارو را قطع کنید.
- اگر بیمار دچار NMS و یا افزایش CPK شد دارو قطع شود (عارضه نادر دارو).
- اگر بیماری که دونپزیل مصرف می کند دچار سنکوپ و یا تشنج شود، جزو بررسی هایی که برای علت آن انجام می دهید احتمال بلوک قلبی و یا SSS را هم در نظر بگیرید.
- اگر بیمار پس از مصرف دونپزیل دچار اختلال کبدی شد که علتی برایش پیدا نشد، قطع دارو باید مورد نظر قرار گیرد.

تداخل دارویی	Donepezil
افزایش احتمال برادی کاردی، آریتمی یا سنکوپ	آمیودارون، بتابلاکرها، دیلتیازم
اثرات آنتاگونیستی بالقوه، مراقب اثر بر روی هر دو دارو باشید	وراپامیل
افزایش ریسک movement disorders و neuroleptic malignant syndrome	آنتی موسکارینیک ها
افزایش غلظت پلاسمایی دونپزیل	الانزپین، رسپیریدون
افزایش غلظت پلاسمایی دونپزیل	کاربامازپین، دکزامتازون
می توانند بالقوه موجب افزایش اثر دارو شوند	فنوباریتال، فنی توین، ریفامپین

Galantamine (reminyl)

برای درمان علامتی بیماری آلزایمر خفیف تا متوسط شدید استفاده می شود. ابتدا کپسول ER، ۸ میلی گرم یک بار در روز همراه با صبحانه، به مدت ۴ هفته و بعد به ۱۶ میلی گرم یک بار در روز به مدت حداقل ۴ هفته میرسد. درمان نگهدارنده بر اساس ارزیابی سودمندی بالینی و تحمل بیمار به ۲۴-۱۶ میلی گرم یک بار در روز می رسد.

- نحوه تجویز قرص گالانتامین: ۴ میلی گرم یک بار در روز و پس از یک هفته دوبار در روز تا یک ماه در صورت تحمل ۸ میلی گرم دو بار در روز تا یک ماه یا بیشتر و پس از آن در صورت تحمل ۱۲ میلی گرم دو بار در روز.
- از نظر نحوه ارزیابی بیمار پس از تجویز دارو مثل دونپزیل عمل شود.
- اگر دارو سه روز یا بیشتر، قطع شد مجددا با حداقل دارو شروع شود.
- عوارض جانبی نا خواسته شایع شامل: تهوع و استفراغ است.

کنترل اندیکاسیونها: در نارسایی کبدی شدید، نارسایی کلیوی شدید (با کلیترانس کراتینین ۵-۲۹ سی سی در دقیقه) و در کسانی که اختلال عملکرد کبدی و کلیوی به طور همزمان دارند.

- نارسایی کلیوی متوسط با کلیترانس کراتینین ۴۹-۳۰ سی سی در دقیقه: حداکثر میزان مصرف تا ۱۶ میلی گرم در روز.
- اختلال کبدی متوسط (child pugh class B): با ۸ میلی گرم کپسول MR یک روز در میان ترجیحا صبح ها شروع کنید و پس از یک هفته، ۸ میلی گرم روزانه تا ۴ هفته و از ۱۶ میلی گرم روزانه بیشتر نشود.

Rivastigmine (Exelon)

برای درمان علامتی بیماری آلزایمر خفیف تا متوسط شدید استفاده می شود. مقدار مصرف ۱/۵ میلی گرم دو بار در روز پس از غذا است و ممکن است هر دو هفته بر اساس تحمل بیمار افزایش یابد تا به حداکثر ۶ میلی گرم دو بار در روز برسد. برای تحمل بیشتر بیمار ممکن است افزایش دوز دارو آهسته تر انجام شود. اگر بر حسب پوستی دارو در دسترس باشد ابتدا با ۴/۶ میلی گرم در روز شروع می شود و پس از یک ماه می تواند به ۹/۵ میلی گرم روزانه برسد. حداکثر مقدار دارو، بر حسب پوستی ۱۳/۳ میلی گرم در ۲۴ ساعت است. در بیماران با وزن کمتر از ۵۰ کیلوگرم مراقبت از نظر بروز عوارض جانبی، بخصوص تهوع شدید و استفراغ انجام شود و در صورت مشاهده

چنین عوارضی حداکثر مقدار دارو ۴/۶ میلی گرم در ۲۴ ساعت باشد.

- PR باید در هر بار ویزیت و پس از هر بار افزایش دارو ارزیابی شود
- اگر دارو بیش از ۳ روز قطع شود مجدداً از ۱/۵ میلی گرم دو بار در روز شروع شود.

عوارض جانبی ناخواسته شایع شامل: بی اشتها، تهوع و استفراغ، اسهال و سرگیجه است در مبتلایان به بیماری پارکینسون می تواند موجب افزایش ترمور و سقوط شود برچسب پوستی ۹/۵ میلی گرم، عوارض گوارشی کمتری نسبت به کپسول (۱۲ میلی گرم روزانه) دارد.

- در صورت تهوع از متوکلوپرامید استفاده نشود.
- کنتراندیکاسیون:
- خونریزی گوارشی فعال
- نارسایی کلیوی متوسط تا شدید: adjustment نمی خواهد. ولی بهتر است با ۱/۵ میلی گرم روزانه شروع شود و با احتیاط در صورت تحمل بیمار افزایش یابد، ولی در مورد استفاده از برچسب پوستی، نیاز به adjustment ندارد.
- نارسایی خفیف تا متوسط کبدی: adjustment نمی خواهد، ولی بهتر است از ۱/۵ میلی گرم یک بار در روز شروع شود و آهسته و در صورت تحمل افزایش یابد ولی در استفاده از برچسب پوستی ریواستگمین، شروع و حداکثر مقدار مصرف ۴/۶ میلی گرم در ۲۴ ساعت است.
- در نارسایی کبدی شدید، استفاده از ریواستگمین خوراکی و برچسب پوستی، بررسی نشده است
- از نظر نحوه ارزیابی بیمار پس از تجویز دارو مثل دونپزیل عمل شود.

Memantine (Ebixa)

- در بیماران مبتلا به AD متوسط تا شدید تجویز ممانتین توصیه می شود
- در بیماری آلزایمر متوسط تا شدید، باید ممانتین به مهارکننده کولین استراز اضافه شود
- منوتراپی با ممانتین در درمان بیماری آلزایمر در موارد زیر توصیه می شود:
- بیماری آلزایمر متوسط که مهارکننده های کولین استراز را نمی تواند تحمل کند یا کنتراندیکاسیونی برای مصرف آنها وجود دارد.
- در بیماری آلزایمر شدید برای درمان علامتی بیماری آلزایمر متوسط تا شدید استفاده می شود
- دارو فقط باید هنگامی ادامه یابد که اثر ارزشمندی بر روی حداقل یک حیطه کلینیکی، یعنی وضعیت عمومی، شناختی، عملکردی و فعالیت روزانه زندگی داشته باشد.
- ابتدا ۲/۵ میلی گرم یک بار در روز شروع می شود و پس از یک هفته به ۵ میلی گرم برسد هر هفته ۵ میلی گرم اضافه می شود تا حداکثر ۲۰ میلی گرم روزانه
- عوارض جانبی ناخواسته شایع شامل: سرگیجه، سردرد، یبوست، خواب آلودگی و هایپرنتشن است.
- از مصرف همزمان انتاگونیست های NMDA مانند آمانتادین، دکسترومتورفان اجتناب شود (چون احتمال سایکوز فارماکوتوکسیک وجود دارد)
- اگر بیمار از وارفارین استفاده می کند PT و INR به دقت چک شود.
- در بیماری که اخیراً MI کرده یا در uncompensated congestive heart failure و یا فشار خون بالای کنترل نشده، بیمار باید کاملاً و از نزدیک تحت نظر باشد.
- نارسایی کلیوی متوسط تا شدید: با ۵ میلی گرم شروع شود پس از حداقل یک هفته، حداکثر به پنج میلی گرم صبح و شب برسد
- نارسایی کبدی شدید: طبق گایدلاین کانادایی، استفاده از آن توصیه نمی شود ولی در گایدلاین آمریکایی، با احتیاط توصیه می شود.

مصرف مهارکننده های کولین استراز در سن بالای ۸۵ سال و وزن پایین:

- **دانپزیل:** حداکثر مقدار مصرف ۵ میلی گرم در روز است (البته در خانم های سالمند بالای ۸۵ سال و وزن پایین).
- **ریواستگمین:** مثل سایرین است افزایش دوز فقط بر اساس تحمل فرد است.
- **برچسب پوستی:** ۴/۶ میلی گرم در ۲۴ ساعت ادامه یابد.
- **گالانتامین:** مثل سایرین است فقط افزایش دوز باید با احتیاط باشد.
- **ممانتین:** مثل سایرین است.

نکته: در کل، عوارض جانبی داروها در عرض ۲-۴ روز پس از شروع دارو کمتر می شوند فقط باید تداخل اثر داروی تجویز شده با داروهای دیگر مورد توجه قرار گیرد، چون ممکن است موجب ایجاد و یا تشدید عوارض جانبی دارو شوند.

- تجویز ممانتین و مهارکننده های کولین استراز ممکن است در دمانس پیشرفته منتهی به مرگ نامناسب باشد.

درمان دارویی در دمانس های غیر آلزایمری

- در بیماری که دمانس mix دارد درمان بیمار باید بر اساس موردی باشد که به نظر می رسد علت اصلی دمانس است.
- توصیه می شود در دمانس با پارکینسون (PDD) و دمانس لویی بادی (DLB)، از مهارکننده های کولین استراز به عنوان گزینه درمانی استفاده شود.
- در درمان بیماران مبتلا به دمانس با پارکینسون (PDD) و دمانس لویی بادی (DLB)، خفیف تا متوسط، بخصوص برای علائم شناختی و نوروسایکیاتریک (سایکوز و پرخاشگری،)، هردو داروی دانپزیل و ریواستگمین توصیه می شود.
- در بیماران مبتلا به دمانس با اجسام لویی خفیف تا متوسط و PDD فقط هنگامی گالانتامین را در نظر بگیرید که دانپزیل یا ریواستگمین موثر یا در دسترس نباشد و یا بیمار نتواند آنها را تحمل کند.
- ممانتین در PDD و DLB احتمالاً موثر است و موجب بهبود قابل توجه وضعیت عمومی و نه بهتر شدن وضعیت شناختی بیمار می شود. لذا در این بیماران اگر مهارکننده های کولین استراز منع مصرف داشته باشند یا توسط بیمار تحمل نشوند آنگاه تجویز ممانتین را در نظر بگیرید.
- شواهد کافی و ثابتی برای توصیه استفاده یا عدم استفاده از مهارکننده های کولین استراز موجود و ممانتین در درمان دمانس عروقی خالص وجود ندارد. ولی در گایدلاین کانادایی مصرف دانپزیل با شواهد محدود توصیه می شود. مصرف آنها در گایدلاین مالزی توصیه شده است.
- در بیماران مبتلا به دمانس و اسکولار فقط اگر مشکوک به همراهی با بیماری آلزایمر یا بیماری پارکینسون و یا دمانس با اجسام لویی باشد می توانید تجویز مهارکننده های کولین استراز را در نظر بگیرید.
- در بیماران مبتلا به دمانس فرونتوتمپورال، به جز نوع لوگوپنیک (توجه داشته باشید که امروزه نشان داده شده است، آفازی لوگوپنیک، که قبلاً در برخی از گایدلاین های تشخیصی جزو دمانس فرونتوتمپورال درج شده بود، در اغلب موارد ناشی از بیماری آلزایمر است)، مهارکننده های کولین استراز (ممکن است موجب آزیتاسیون شوند) و ممانتین نباید تجویز شوند در فرم لوگوپنیک به خانواده بیمار هشدار داده شود که اگر مصرف دارو منجر به بدتر شدن حال بیمار شد دارو متوقف و اطلاع داده شود داروهای SSRI ممکن است به بهبود علائم رفتاری کمک کنند ولی بر روی علائم شناختی اثری ندارند.
- قبل از تجویز SSRI حتماً از نظر سابقه مانیا در بیمار پرسیده شود و در FTD هم سابقه اختلال خلقی پرسیده شود و اگر شک به بیماری دو قطبی در سابقه وجود داشته باشد از مصرف SSRI اجتناب شود.
- در PPA تجویز بروموکریپتین احتمالاً موثر نیست.
- هیچ شواهد مستقلی برای مداخله درمانی در سندروم کورتیکوبازال (CBS) وجود ندارد.
- در حال حاضر، برای بهبود علائم شناختی در بیماری PSP هیچ دارویی توصیه نمی شود.
- مهارکننده های کولین استراز یا ممانتین در بیماران مبتلا به MS با اختلال شناختی نباید تجویز شوند.
- در درمان بیماری های مربوط به prion هیچ داروی خاصی توصیه نمی شود.

- در هیدورسفال با فشار نرمال (NPH) درمان جراحی می تواند در نظر گرفته شود و در هر بیمار ریسک عمل با فواید آن باید سنجیده شود.
- استاتین ها، NSAIDs، جینکوبیلوبا و ویتامین E و selegiline برای درمان یا پیشگیری از AD توصیه نمی شود.
- Souvenaid ممکن است بر روی شناخت تاثیر داشته باشد ولی در مطالعات مختلف تاثیر متفاوتی گزارش شده و تاثیری بر روی پیش آگهی کلی نشان داده نشده است لذا تا زمان اخذ شواهد کافی توصیه نمی شود.
- در خانم های یائسه استفاده از درمان های جایگزین هورمونی (HRT) در درمان اختلال شناختی در بیماری آلزایمر موثر نیست و تاثیری در پیشگیری اولیه در انواع دمانس و بیماری آلزایمر نیز ندارد.
- HRT مضراست و نباید برای پیشگیری یا درمان در انواع دمانس از جمله بیماری آلزایمر تجویز شود.
- فولیک اسید با یا بدون ویتامین B_{۱۲} تاثیری بر روی شناخت در دمانس ندارد بنابراین برای پیشگیری یا درمان دمانس نباید استفاده شوند.
- اثرات tDCS و TMS بر روی شناخت گزارش شده ولی پایا نبوده است لذا تا زمانی که شواهد کافی از تاثیر آنها وجود نداشته باشد توصیه نمی شود.
- در تجویز داروها همیشه باید امنیت درمان مورد نظر قرار بگیرد و ارزیابی شود.
- اگر بیمار کاندید عمل جراحی است حتما به متخصص بیهوشی در مورد مصرف این داروها اطلاع داده شود.

تعریف پیشرفت

پیشرفت بیماری، عبارت است از پسرفت شناختی (بطور مثال فکر کردن، فهمیدن و استدلال کردن) توانایی های عملکردی (بطور مثال فعالیت های روزمره ای مثل لباس پوشیدن، بهداشت فردی، و استفاده از پول و محاسبات مالی)، رفتاری (مثل آذیتاسیون، گم شدن و سرگردانی و پر خاشگری غیر معمول) و علایم غیر شناختی مثل افسردگی، هذیان و توهم

شدت بیماری بر اساس معیار FAST

- بیماری آلزایمر خفیف: مرحله چهارم ابزار FAST
- بیماری آلزایمر متوسط: مرحله پنجم ابزار FAST
- بیماری آلزایمر متوسط شدید: مرحله ششم ابزار FAST
- بیماری آلزایمر شدید: مرحله هفتم ابزار FAST

در موارد زیر ممکن است نمره بدست آمده از MMSE، نتواند شدت بیماری را نشان دهد:

- هوش بالای قبل از بیماری
- میزان تحصیلات کم
- زبان فارسی، زبان اول او نباشد.
- ناتوانایی یادگیری یا دیگر ناتوانایی ها (مثل اختلالات حسی شامل بینایی و یا شنوایی و ...)
- مواردی که می توانند بر روی نمره بیمار اثر بگذارند مثل افسردگی، اضطراب یا آفازی (۲۱)
- برای تعیین شدت بیماری آلزایمر حتما ناتوانایی های فیزیکی، حسی و یادگیری یا مشکلات ارتباطی بیمار را در نظر بگیرید چون می تواند روی تعیین میزان شدت بیماری تاثیر بگذارد بنابراین پس از تطبیق این موارد، میزان شدت بیماری را تعیین کنید تا شدت بیماری را بیشتر از آنچه هست تعیین نکنید.
- بنابراین اگر نمره ارزیابی شناختی بیمار در آزمون های MMSE، NBCSS به دلیل مشکلات یادگیری یا ناتوانایی های دیگر (مثل نقایص حسی از جمله مشکلات بینایی یا شنوایی یا ناتوانایی های حرکتی و ...)، مشکلات زبان و دیگر مشکلات ارتباطی دیگر یا سطح سواد بیمار، به تنهایی برای تعیین شدت بیماری راهگشا نیست یا ابزاری ندارید که مناسب با گویش بیمار باشد باید تا آنجا که ممکن است تطبیق با موارد فوق را در ارزیابی شناختی خود برای تعیین شدت بیماری منظور نمایید.
- بدین جهت برای تعیین شدت بیماری آلزایمر از معیار FAST استفاده کنید.

داروهایی که ممکن است موجب اختلال شناختی شوند:

- برخی از داروهای معمولی که تجویز می شوند، بارآنتی کولینرژیک دارند و در نتیجه موجب اختلال شناختی می شوند پس تجویز این داروها را به حداقل برسانید و در صورت امکان از داروهای جایگزین استفاده کنید و در ارزیابی داروهای فردی که مشکوک به دمانس است وجود این داروها را بررسی کنید.
- توجه داشته باشید که ابزارهای معتبری برای ارزیابی بارآنتی کولینرژیک (بطور مثال Anticholinergic Cognitive Burden Scale) وجود دارد، اما شواهد کافی برای توصیه آن وجود ندارد.

ارزیابی های دوره ای بیمار

- باید بیماران به طور دوره ای از نظر علائم شناختی و علائم روانپزشکی غیرشناختی و پاسخ آنها به اقدامات درمانی ارزیابی شوند.
- در بیمار با تشخیص MCI پزشک باید ارزیابی های دوره ای برای بررسی تغییرات سطح شناختی انجام دهد.
- ارزیابی دوره ای حداقل هر ۶-۳ ماه توصیه می شود. مگر اینکه بیمار علائم پیچیده و بالقوه خطرناکی داشته باشد یا دچار افت عملکردی یا وضعیت بالینی شود و یا نیاز به مانیتورینگ اختصاصی اثرات درمان داشته باشد و یا کسانی که از او مراقبت می کنند، قابل اعتماد نباشند، که در این صورت ویزیت با تواتر بیشتری توصیه می شود.

تعریف بهبود

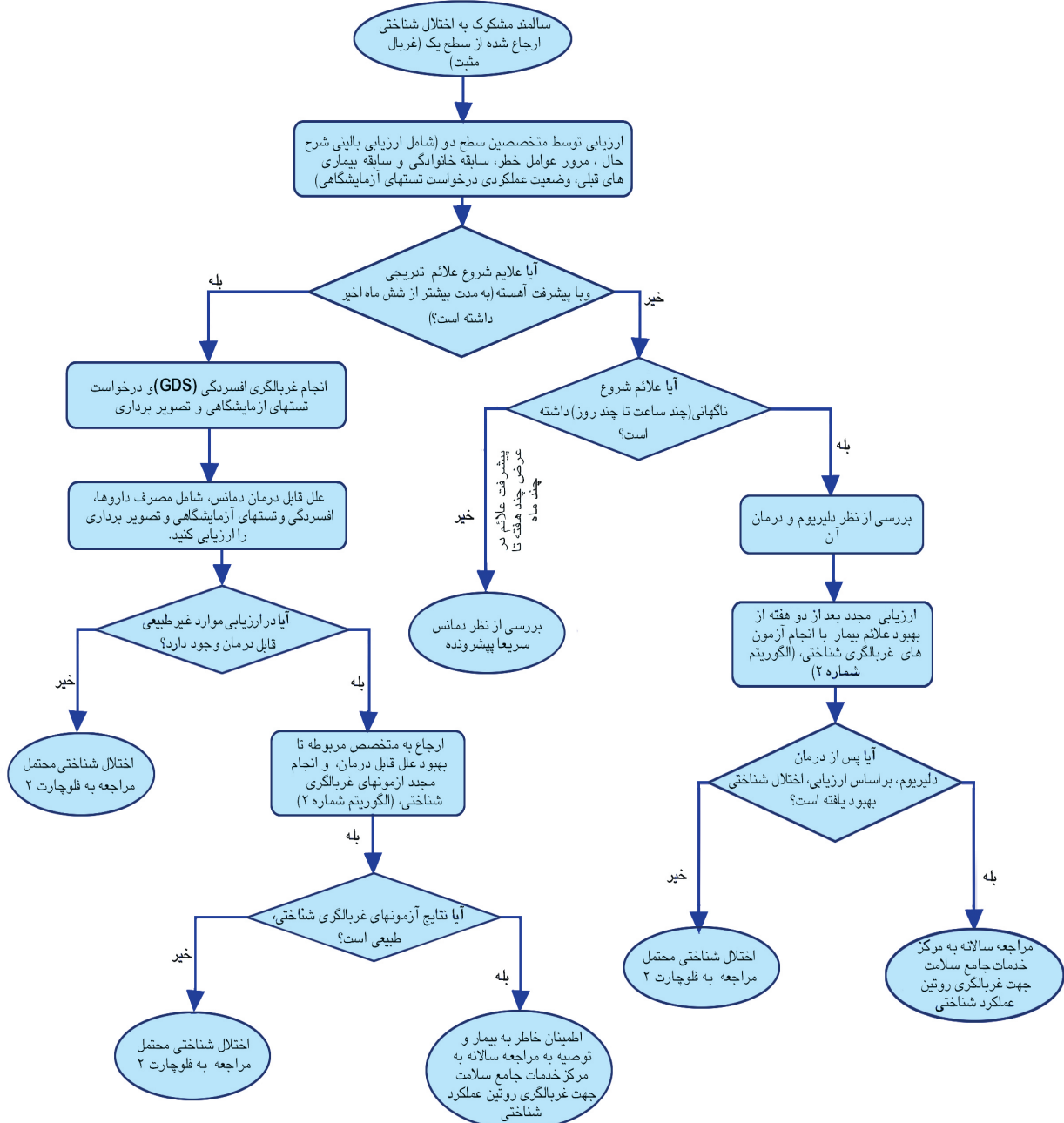
بهبود معمولاً به صورت عدم افت نمره MMSE همراه با شواهد بهبود عمومی بر اساس ارزیابی رفتاری و یا عملکردی یعنی FAST تعریف می شود.

توصیه ها برای قطع درمان

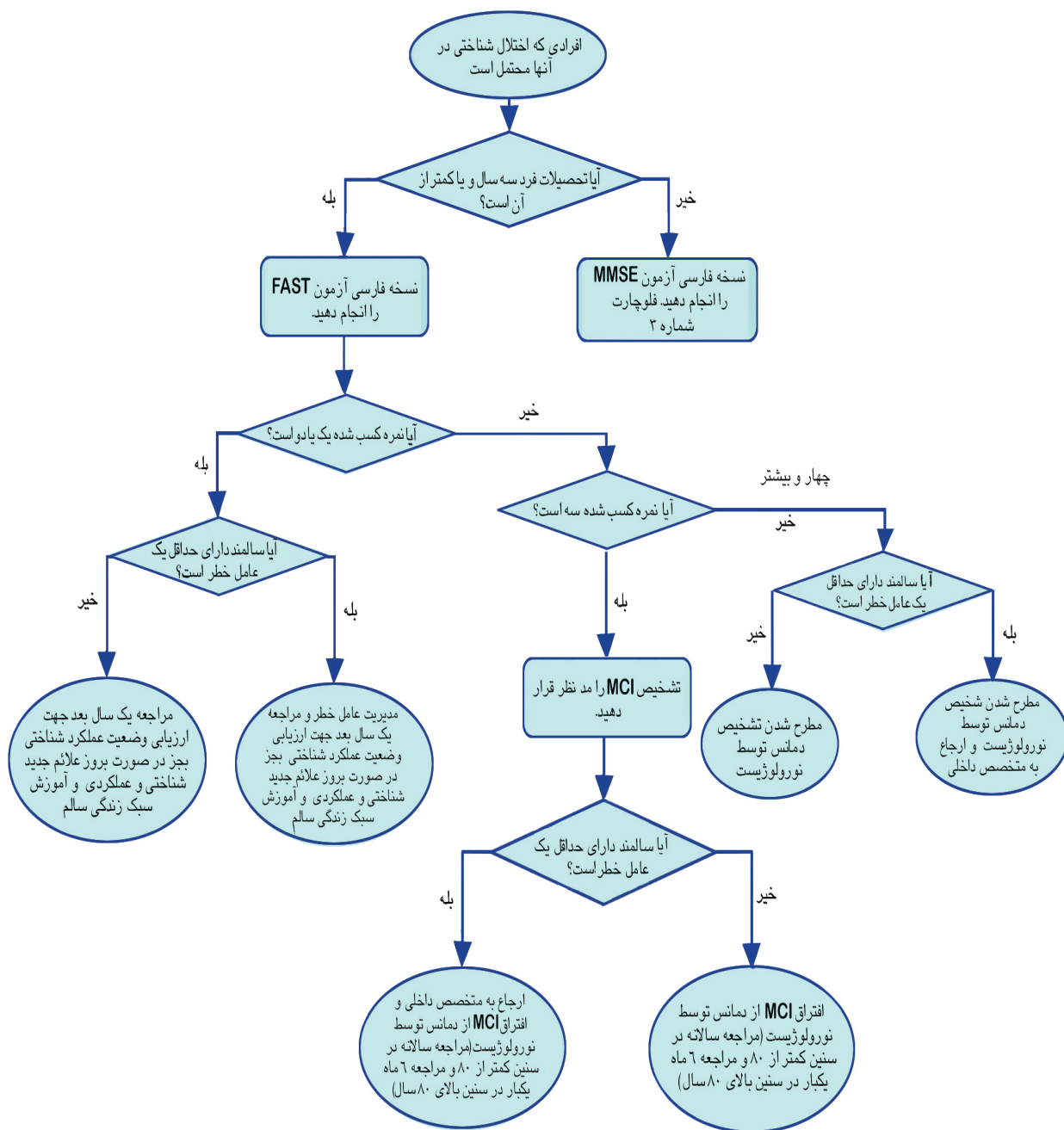
- اگر بیمار دارو را تحمل نکند یا برای مصرف دارو ویا فرم خاصی از دارو مقاومت کند.
 - بیمار عوارض جانبی غیر قابل تحملی را تجربه کند که قطعاً یا احتمالاً به دلیل دارو باشد.
 - بیمار، خانواده بیمار و یا قیم او پس از آگاهی از فواید و مضرات ادامه یا قطع دارو، با قبول مسوولیت تبعات آن، تصمیم به قطع دارو بگیرد.
 - بیمار یا خانواده، با قبول مسوولیت تبعات آن، همکاری در مصرف دارو نداشته باشد و ادامه تجویز دارو بی فایده باشد.
 - اگر دارو طبق موارد زیر، دیگر موثر نباشد (البته باید مربوط به مشکلات جسمی مثل عفونت، مشکلات مربوط به فعالیت، رخداد دلیریوم و افسردگی نباشد).
- الف: پس از ۶-۳ ماه هنوز سیر قهقراپی قبل از شروع درمان ادامه داشته باشد.
- ب: پس از یک دوره درمان با دوز نگهدارنده سیر قهقراپی شدت یابد و میزان افت شناختی، عملکردی یا رفتاری در زمان درمان بیشتر از قبل از درمان باشد.
- پ: وجود بیماری های همزمان موجب شوند که مصرف مداوم دارو به طور غیر قابل قبولی خطرناک یا بی فایده باشد (بطور مثال در مرحله انتهایی بیماری).
- ت: دمانس بیمار تا مرحله ای پیشرفت کرده باشد (VFAST) که هیچ فایده معنی داری برای ادامه درمان وجود نداشته باشد.
- ث: یک دوره بدون دارو (۶ هفته) پیشنهاد کننده آن باشد که دیگر دارو کمک نمی کند.
- ج: مهارکننده های کولین استراز نباید فقط به دلیل اینکه بیمار به مرحله شدید رسیده است، متوقف شوند.
- از قطع ناگهانی دارو اجتناب کنید زیرا ممکن است عوارض قطع را تشدید کند و موجب اختلال سطح هوشیاری (confusion) بیمار شود.
 - هنگام تصمیم برای قطع دارو، پیشنهاد می شود که دارو بتدریج کم و قطع شود اگر قطع بدلیل عدم تاثیر دارو بوده است باید در ۱-۳ ماه پس از قطع دارو، بیمار از نظر شواهد قابل مشاهده افت شناختی - عملکردی، رفتاری تحت نظر گرفته شود اگر افت رخ دهد پیشنهاد می شود که دارو مجدداً شروع شود.

نکته: قبل از اقدام به قطع دارو، حتما BPSD بررسی شود و اگر نیاز بود درمان شود.

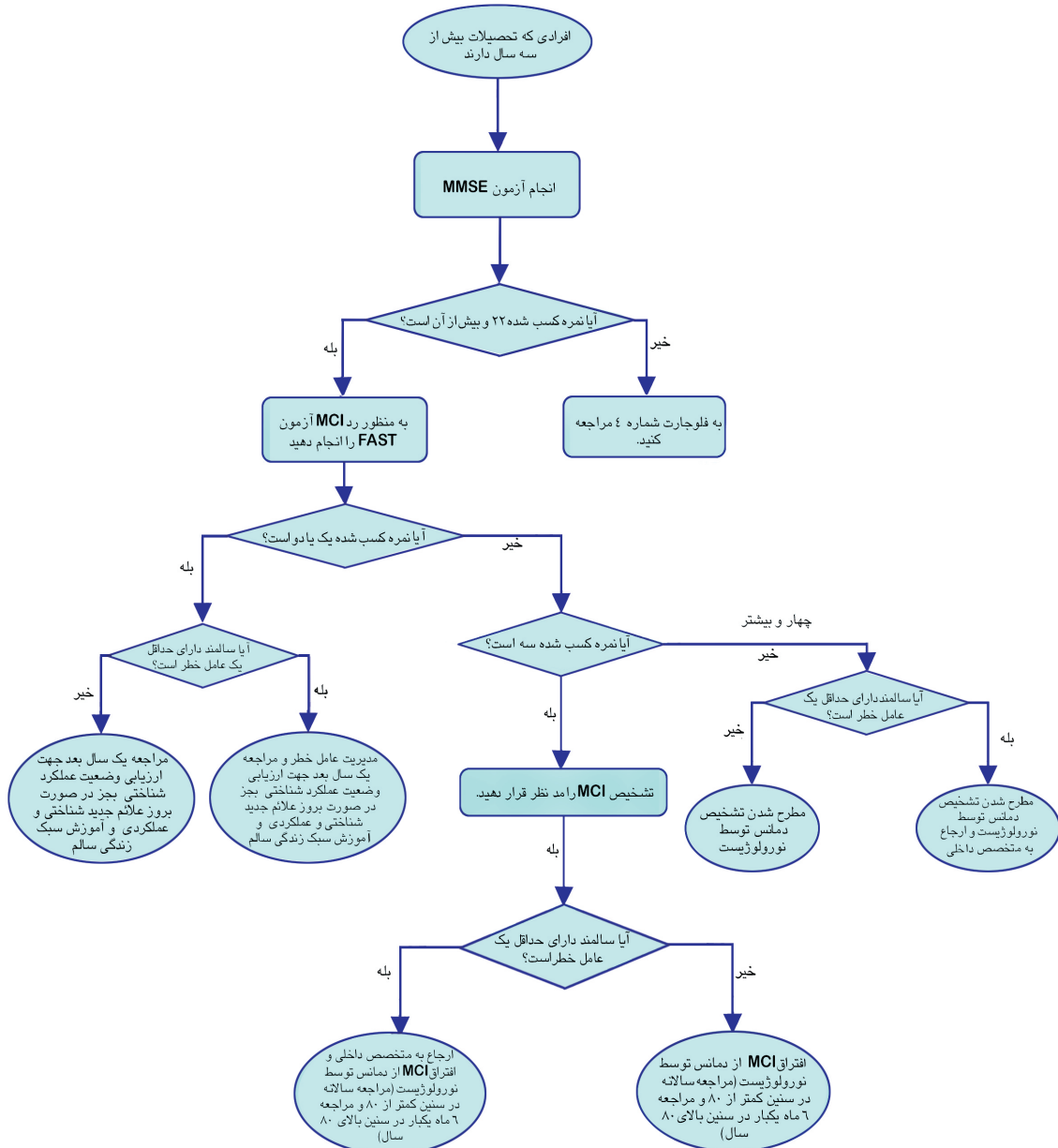
فلوچارت ۱: ارزیابی اختلالات شناختی در سالمندان ارجاع شده از سطح یک



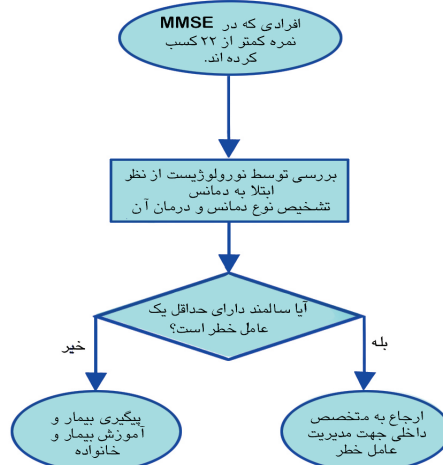
فلوجارت شماره ۲



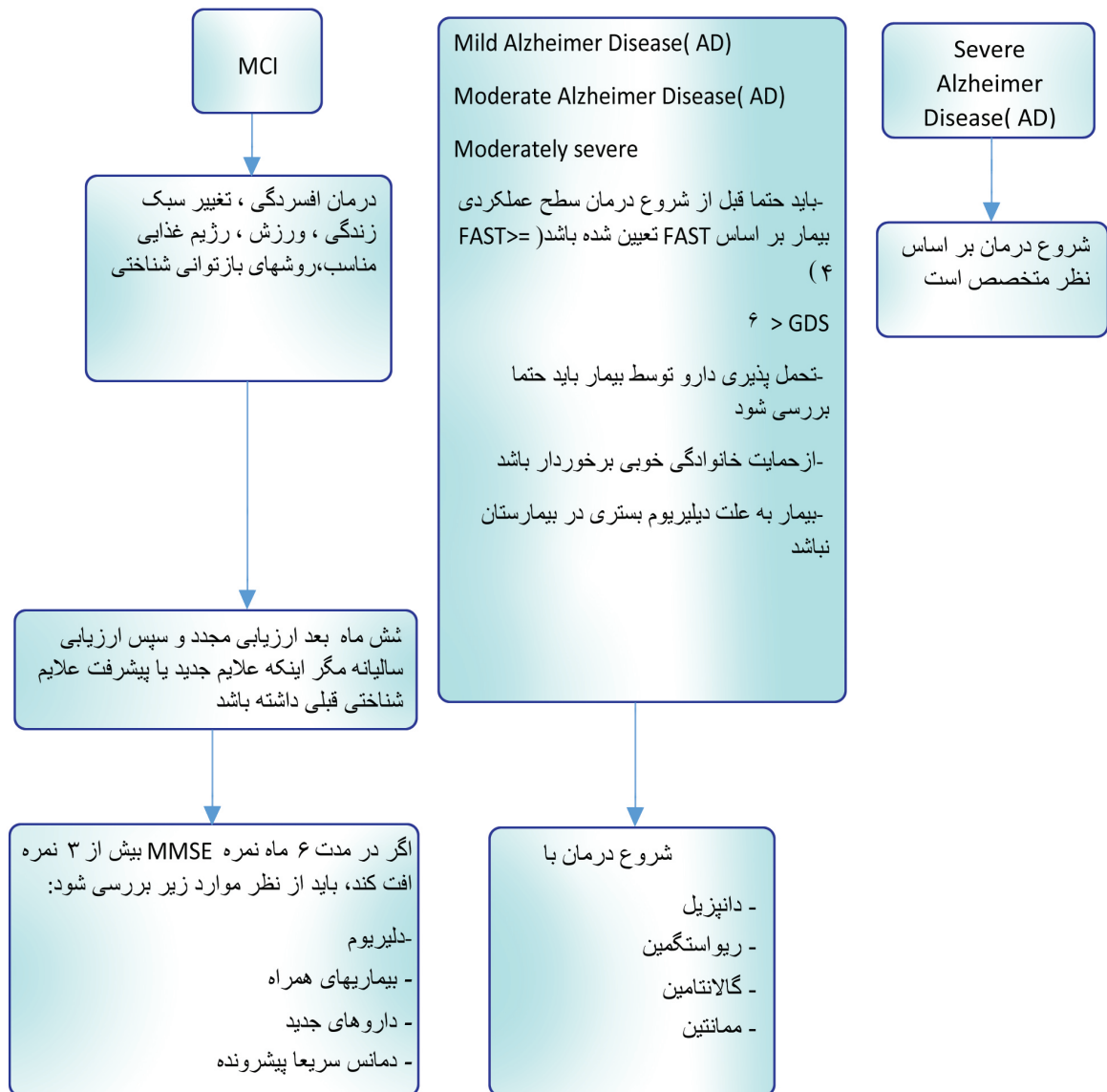
فلوجارت شماره ۳



فلوجارت شماره ۴



درمان



نسخه فارسی آزمون تعیین سطح عملکرد

Functional Assessment Staging (FAST)

نام بیمار:	نام خانوادگی:	شماره پرونده پزشکی:	تاریخ:
سن: سال تولد:	جنس: زن، مرد	سطح سواد (سال):	
زبان:	قومیت:	نام آزمون گر:	
نام همراه مطلع (نسبت با بیمار):	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	

(اگر در هر قسمت، علت ایجاد مشکل برای بیمار، موضوع دیگری بجز دمانس می باشد (مثلا: فلج، آرتریت یا ...) لطفاً گزینه "خیر" را علامت بزنید و آن عامل را کنار قسمت مربوطه بنویسید).

نمره آزمون	نام مرحله	بله	ماه های درگیری	خیر	علل غیرشناختی (مشکل کم سواد، درد یا بیماری های دیگر)
۱. طبیعی: Normal (۵۰ سال)					
۱	چه از نظر بیمار و چه از نظر اعضا خانواده وی که در جریان زندگی بیمار قرار دارند، عملکرد شغلی، اجتماعی و زندگی عادی بیمار سالمند در مقایسه با ۱۰-۵ سال قبل تغییری نکرده است.				
۲. شکایت از اختلال حافظه: Subjective Cognitive Impairment (SCI) (۱۵ سال)					
۲	تنها خود بیمار از فراموش کردن نام افراد یا نام سایر کلمات و/یا جای اشیاء و/یا در به یاد آوردن قرار ملاقات ها شکایت دارد. شواهد عینی برای اختلال وجود ندارد.				
۳. اختلال خفیف شناختی: Mild Cognitive Impairment (MCI) (۷ سال)					
۳	مشکلات فرد در امور شغلی و اجتماعی پیچیده که نیاز به توجه و دقت بیشتری دارند مشخص می گردد (ممکن است قرار ملاقات مهمی را برای اولین بار فراموش کند). بازده کاری ممکن است کاهش یابد. این اختلال ممکن است در زمینه یک عملکرد سایکوموتور پیچیده باز شود (ممکن است در رفتن به جاهای نا آشنا و جدید با اتومبیل خود یا وسایل نقلیه عمومی مسیر را گم کند). اختلال در عملکرد زندگی و شغل برای اطرافیان یا همکاران مشخص است. ظرفیت سازماندهی در کارهای معمول او کاهش یافته است. فرد ممکن است از شرکت در اموری که پیچیدگی بیشتری را دارند کناره گیری کند تا اختلال موجود برای دیگران واضح نشود. فرد در این مرحله در خرید، مدیریت امور مالی خود و سفر به جاهایی که آشنایی دارد، مشکلی ندارد.				
۴. مرحله خفیف بیماری آلزهایمر (۲ سال)					
۴	توانایی بیمار در انجام امور پیچیده زندگی (مانند پرداخت صورت حساب ها و/یا امور مالی) کاهش یافته است. توانایی در برنامه ریزی و/یا تهیه غذا برای میهمانی، کاهش توانایی خرید فهرستی از اقلام از سوپرمارکت یا خواروبار فروشی کاهش یافته است. بیمار هنوز می تواند مستقل "در اجتماع زندگی کند و به جاهای که آشنایی داشته به تنهایی برود.				
۵. مرحله متوسط بیماری آلزهایمر (۱۸ ماه)					
۵	بیمار دیگر نمی تواند به تنهایی در امور مالی و خرید عملکرد درستی داشته باشد. بیمار برای انتخاب لباس متناسب با روز، فصل و مناسبت ها نیاز به راهنمایی دارد. اگر کسی او را راهنمایی نکند، ممکن است یک لباس را بارها بپوشد یا ترکیب نا مناسبی از لباسها را بپوشد. برخی از بیماران از یاد می برند که باید استحمام کنند و باید به آنها یادآوری شود. مشکل در رانندگی به صورت سرعت بیشتر یا کمتر از میزان لازم، عدم رعایت مقررات چراغ راهنمایی در حدی است که می تواند مشکل آفرین شود و گاه خود بیمار رانندگی را کنار می گذارد.				
۵. مرحله متوسط تا شدید بیماری آلزهایمر					
۶A (۵ ماه)					
۶A	بیمار گهگاه یا در طی هفته های گذشته در پوشیدن لباس و کفش و یا بستن دکمه، بند کفش و کمربند به طور صحیح، مشکل دارد (در ترتیب پوشیدن لباس ها بر روی هم اشتباه می کند).				

۶B (۵ ماه)				
۶B				در ابتدای این مرحله ممکن است مشکل به صورت مقاومت در حمام کردن یا ترس از آن بروز نماید. بیمار نمی تواند به درستی خود را بشوید و یا خشک کند. در تنظیم دمای آب در حمام، در نحوه ورود به آن، یا خروج از حمام مشکل دارد. به تدریج برای پوشیدن لباس بعد از استحمام نیاز به کمک دارد.
۶C (۵ ماه)				
۶C				بیمار گهگاه یا در طی هفته های گذشته نمی تواند از توالت به درستی استفاده کند، از سیفون استفاده نمی کند. نمی تواند خود را به درستی تمیز کند یا توالت را تمیز نگه دارد. در نحوه پوشیدن لباسش قبل از خروج از توالت مشکل دارد.
۶D (۴ ماه)				
۶D				بیمار گهگاه یا اغلب در طی هفته های گذشته بی اختیاری ادرار داشته است. در فهم اینکه با احساس داشتن ادرار باید خود را به دستشویی برساند مشکل دارد.
۶E (۱۰ ماه)				
۶E				بیمار گهگاه یا اغلب در طی هفته های گذشته بی اختیاری در دفع داشته است. در فهم اینکه با احساس دفع باید خود را به دستشویی برساند مشکل دارد.
۷. مرحله شدید بیماری آلزهایمر				
۷A (۱۲ ماه)				
۷A				توانایی بیمار در صحبت کردن در طی روز یا یک مصاحبه دقیق به حد اکثر شش کلمه محدود شده است.
۷B (۱۸ ماه)				
۷B				میزان لغات قابل فهم بیمار در طی روز یا یک مصاحبه دقیق در حدود یک کلمه کاهش یافته و ممکن است یک کلمه را در طول روز دائماً تکرار کند. معمولاً کلماتی مانند: "بله، نه یا باشه" هستند. بعد از مدت ها عدم تکلم ممکن است به یکباره همان لغت را ناگهان تکرار کند. به تدریج فقط صداهای نامفهومی را ادا می کند.
۷C (۱۲ ماه)				
۷C				به تدریج قدم ها کوچکتر می شوند. فرد به جلو، عقب یا کنار خم می شود. گه پاها در هم پیچ می خورد. سپس بیمار نمی تواند بدون کمک افراد راه برود.
۷D (۱۲ ماه)				
۷D				بیمار نمی تواند بصورت مستقل بنشیند و نیاز به حفاظت لبه صندلی یا بالش دارد. هنوز می تواند لبخند بزند، گریه کند، بجود، چیزی را بگیرد.
۷E (۱۸ ماه)				
۷E				بیمار نمی تواند لبخند بزند. هنوز می تواند به دنبال یک محرک گریه کند، توانایی بلع و حتی جویدن در بسیاری از بیماران وجود دارد. چشم هایش را حرکت می دهد اما نمی تواند اطرافیان را بشناسد. رفلکس چنگ زدن وجود دارد.
۷F (۱۲ ماه یا بیشتر)				
۷F				بیمار نمی تواند به تنهایی سرش را بالا نگه دارد. عمدتاً به دلیل آنکه شناخت غذا وجود ندارد، تغذیه با لوله ضروری است.

Noroozian M, Reisberg B, Farhadi A, Sharifi F, Sadeghi Zangeneh A, Mohammadi M. Translation and psychometric evaluation of a Persian version of the functional assessment staging scale (I-FAST) in older patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease in Iran. Acta Neurol Belg. 2021 Jun 21. doi: 10.1007/s137602-01686-021-. Epub ahead of print. PMID: 34152582.

آزمون کوتاه وضعیت ذهنی

Mini Mental State Examination (MMSE)

نام بیمار:	نام خانوادگی:	شماره پرونده پزشکی:	تاریخ:
سن: سال تولد:	جنس: زن، مرد	سطح سواد (سال):	
زبان:	قومیت:	نام آزمون گر:	
نام همراه مطلع (نسبت با بیمار):	تلفن ثابت:	تلفن همراه:	

روش انجام آزمون

خودتان را معرفی کنید و سعی کنید اعتماد آزمودنی را جلب کنید و اضطراب او را کاهش دهید. قبل از شروع از آزمودنی اجازه بگیرید و بعد سوالاتتان را مطرح کنید. قبل از آغاز مصاحبه، از آزمودنی بخواهید روبروی شما بنشینند. توانایی بیمار را در شنیدن و درک جملات ساده مانند "نام شما چیست؟" ارزیابی کنید.

اگر آزمودنی پاسخ اشتباه داد نمره صفر بدهید. اشاره یا راهنمایی نکنید یا با حرکات بدنی مانند تکان دادن سر به وی کمک نکنید. سوالات را مجدداً نپرسید. اگر آزمودنی پاسخ داد "چه گفتید؟" توضیح ندهید یا وارد بحث نشوید. فقط سوال را حداکثر تا سه بار تکرار کنید. اگر آزمودنی با جملاتی مانند "منظورتان از پرسیدن این سوال چیست؟" در اجرای این آزمون وقفه ای ایجاد کرد فقط بگویید "پس از چند دقیقه وقتی سوالات به پایان رسید توضیح خواهیم داد. حالا اگر اجازه بدهید ادامه دهیم". اگر آزمودنی در زمان تعیین شده پاسخ ندهد اما در تلاش جهت یافتن پاسخ باشد مانع تلاش او نشوید. اجازه دهید آزمودنی به سوال پاسخ دهد اما بر طبق دستورالعمل در صورتی که آزمودنی در زمان تعیین شده پاسخ ندهد نمره صفر بدهید. وسایل زیر جهت انجام آزمون مورد نیاز هستند:

- یک ساعت مچی، یک مداد، کاغذ سفید
- کارتی که روی آن نوشته شده است "چشمه‌ایتان را ببندید"
- شکل دو پنج ضلعی متقاطع که تقاطع آنها یک چهار ضلعی بوجود آورده است.

بخش یک: آگاهی به زمان و مکان		
نمره هر پاسخ صحیح: یک امتیاز، زمان داده شده به بیمار برای هر سوال: ده ثانیه		
نمره بیمار	حداکثر نمره	سوالات
۱	۱	امسال چه سالی است؟ (یا امسال سال هزار و سیصد و چند است؟) (فقط پاسخهای درست را بپذیرید. آخرین پاسخ را ملاک قرار دهید)
۲	۱	در چه فصلی از سال هستیم؟ (در آخرین هفته یا اولین هفته یک فصل، فصل بعد یا فصل قبل را بپذیرید)
۳	۱	در چه ماهی (برجی) از سال هستیم؟ (در اولین یا آخرین روز ماه، ماه قبل یا ماه بعد را بپذیرید. ماههای هجری قمری یا احبانا میلادی را نیز بپذیرید)
۴	۱	امروز چندم ماه است؟ (تاریخ روز قبل یا روز بعد را بپذیرید. برای مثال در روز هفتم ماه، ششم یا هشتم را نیز بپذیرید)
۵	۱	امروز چه روزی از هفته است؟ (فقط پاسخهای درست را بپذیرید)
۶	۱	ما در چه کشوری هستیم؟ (فقط پاسخهای درست را بپذیرید)
۷	۱	ما در چه ناحیه / استان / شهرستانی هستیم؟ (فقط پاسخهای درست را بپذیرید)
۸	۱	ما در چه شهری هستیم؟ (فقط پاسخهای درست را بپذیرید)
۹	۱	نام این ساختمان چیست؟ (در صورتی که آزمون در خانه انجام می‌گیرد، بپرسید آدرس این خانه چیست؟) (فقط پاسخهای درست را بپذیرید)
بخش دوم: کارکرد های شناختی		
۱۰	۱	من سه کلمه را نام می‌برم. پس از آنکه هر سه کلمه را گفتم، می‌خواهم آنها را تکرار کنید. این سه کلمه را به خاطر بسپارید، چون پس از چند دقیقه از شما خواهم خواست آنها را دوباره تکرار کنید. کفش، سنگ، شیر (موارد دیگر: پرتقال، کلید، اسب..... چراغ، کلاه، پنیر) کلمات را به آرامی و با فواصل تقریباً یک ثانیه ای بیان کنید. بگویید: لطفاً سه کلمه را تکرار کنید. به تکرار صحیح هر کلمه در بار اول یک نمره بدهید. بیست ثانیه جهت تکرار کلمات به آزمودنی فرصت بدهید. اگر آزمودنی هر سه کلمه را تکرار نکرد سه کلمه را تا یاد گرفتن آزمودنی تا حداکثر پنج بار تکرار کنید اما فقط به تکرار بار اول نمره بدهید.

۱۱	از عدد ۱۰۰ هفت تا کم کنید و ۷ تا ۷ تا از باقیمانده کم کنید. هنگامی که بیمار شروع به کم کردن نمود، مداخله نکنید و اجازه دهید تا پنج بار کم کردن را ادامه دهد. اگر بیمار قبل از پنج بار کم کردن متوقف شد دستور اولیه را تکرار کنید: ۷ تا ۷ تا از باقیمانده کم کنید. حداکثر سه بار به بیمار فرصت بدهید. اگر بیمار نتوانست این آزمون را انجام دهد، از عدد بیست سه تا سه تا عدد کم کند.	۵
۱۲	حروف کلمه گلدان را هجی کنید. حداکثر تا سه بار جهت یادگیری آزمودنی کلمه را تکرار کنید. می توانید جهت هجی صحیح به آزمودنی کمک کنید. اگر آزمودنی نتواند حتی با کمک کلمه را هجی کند نمره صفر بدهید. سوال اصلی: حالا لطفاً آن را برعکس هجی کنید. سی ثانیه جهت هجی برعکس فرصت بدهید. به هر حرف که در جای صحیح برعکس گفته شود یک نمره بدهید.	۵
۱۳	حالا بگویید آن سه کلمه ای که از شما خواسته بودم به خاطر بسپارید چه کلماتی بودند؟ ده ثانیه جهت تکرار هر کلمه فرصت بدهید. به تکرار صحیح هر کلمه بدون توجه به ترتیب آنها یک نمره بدهید.	۳
۱۴	ساعت مچی را نشان بدهید. پرسید: اسم این چیست؟ ده ثانیه جهت پاسخ فرصت بدهید. فقط پاسخ های ساعت مچی یا ساعت را بپذیرید و به پاسخ صحیح یک نمره بدهید.	۱
۱۵	مداد را نشان بدهید. پرسید: اسم این چیست؟ ده ثانیه جهت پاسخ فرصت بدهید. فقط مداد را بپذیرید و به پاسخ صحیح یک نمره بدهید.	۱
۱۶	می خواهم این جمله را پس از من تکرار کنید: تاجرتو چه تجارت می کنی؟ ده ثانیه جهت پاسخ فرصت بدهید. فقط به پاسخ صحیح یک نمره بدهید.	۱
۱۷	کارتی را که جمله چشم هایتان را ببندید بر روی آن نوشته شده به آزمودنی بدهید. سپس بگویید: لطفاً کلمات نوشته شده بر روی این کارت را بخوانید و آنگاه کاری را که از شما خواسته شده است انجام دهید: "چشم هایتان را ببندید". ده ثانیه فرصت بدهید. دستورالعمل را در صورت لزوم تا سه بار تکرار کنید. فقط اگر آزمودنی چشمش هایش را بست یک نمره بدهید.	۱
۱۸	به آزمودنی بگویید: یک جمله کامل بر روی این برگه کاغذ بنویسید، هر جمله ای که مایل هستید. سی ثانیه به آزمودنی فرصت بدهید. در صورتی که جمله دارای فاعل، مفعول و فعل یا نهاد و گزاره باشد و معنایی داشته باشد یک نمره بدهید. به اشتباهات املائی توجهی نکنید.	۱
۱۹	شکل دو پنج ضلعی متقاطع، مداد، پاک کن و کاغذ را جلوی آزمودنی بگذارید. بگویید: لطفاً عین این شکل را در کنار آن بکشید: آزمودنی می تواند هر چند بار که می خواهد تا زمان اتمام کار سعی کند. تا یک دقیقه فرصت بدهید. در صورتی که بیمار دو پنج ضلعی کشیده که تقاطع آنها یک چهار ضلعی ایجاد کرده باشد یک نمره بدهید.	۱
۲۰	این کاغذ را با دست راست / چپ (دست مقابل دست غالب) بگیرید، آن را با دو دست یک بار از وسط تا کنید و کاغذ را روی زمین بگذارید. سی ثانیه به آزمودنی فرصت بدهید. به اجرای صحیح هر مرحله یک نمره بدهید. حداکثر سه نمره بدهید.	۳
۳۰	نمره کل آزمودنی:	۳۰

سیدیان مازیار، فلاح مهتاب، نوروزیان مریم، نجات سحرناز، دلاور علی، قاسم زاده حبیب اله. تهیه و تعیین اعتبار نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت ذهنی. فصلنامه مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، زمستان ۱۳۸۶، دوره ۲۵، شماره ۴، صفحه ۴۰۸ تا صفحه ۴۱۴.

اندیکاسیون انجام MRI در بیماری‌های دمانس، نورودژنراتیو، اختلالات شناختی و رفتاری

بر اساس راهنمای بالینی EFNS / NICE بعد از اخذ شرح حال بالینی و انجام معاینات و تست‌های آزمایشگاهی، حداقل یک روش تصویربرداری ساختاری که روش ارجح و اولیه MRI مغزی باشد در بیماران با اختلالات شناختی (شامل اختلال حافظه، اختلال در عملکرد اجرایی، استدلال و قضاوت، اختلال زبان و اختلال در دید فضایی) توصیه می‌شود.

- به عنوان ابزار تایید کننده اختلال شناختی و تکمیل کننده ارزیابی‌های بالینی
- رد علل قابل درمان و برگشت پذیر دمانس شامل هیدروسفالی و NPH، تومورها، هماتوم ساب‌دورال مزمن و دیگر خونریزی‌ها
- کمک در تشخیص انواع زیر گروه‌های دمانس
- اهمیت در شروع سریع‌تر درمان و تعیین پروگنوز و برنامه ریزی دیگر مراقبت‌های درمانی
- در بیماران با اختلال حافظه و دمانس

در بیماران با اختلال شناختی خفیف (MCI) با اختلال حافظه (Amnestic) و بدون اختلال حافظه (Non-Amnestic) در مواردی که ریسک تبدیل به دمانس بالا باشد شامل:

- سن بالای ۶۰ سال
- ارزیابی‌های نوروسایکولوژیکال غیر طبیعی
- ریسک فاکتورهای قوی عروقی
- سابقه خانوادگی مثبت از نظر دمانس
- سابقه افسردگی طول کشیده
- در بیماران جوان‌تر و با تظاهرات غیر معمول و شروع (Non-Amnestic)

در بیماران با اختلالات در حیطه‌های دیگر شناخت شامل:

- اختلال در دید فضایی (مانند گم کردن مکانهای نا آشنا و آشنا)
- اختلال زبان به صورت اختلال در روانی کلام، اختلالات در درک کلام
- اختلال در عملکرد اجرایی، برنامه ریزی، قضاوت
- در بیماران با علایم رفتاری و تغییرات شخصیت

در بیماران با علایم روانپزشکی در صورت داشتن هریک از موارد زیر توصیه به انجام Brain MRI می‌شود:

- شروع حاد یا تحت حاد
- سن شروع آتیپیک بعد از ۵۰ سال
- علایم کانونی (Focal) در معاینه
- تغییرات شخصیت ناگهانی
- Delirium (دلیریوم)
- Catatonia (کاتاتونیا)
- همراهی با تشنج
- اختلالات شناختی همراه
- سیر بالینی آتیپیک و عدم پاسخ به درمان

پروتکل مورد انتظار

- علاوه بر T2 Weighted Image و T1 و FLAIR توصیه به درخواست سکانس‌ها و مقاطع زیر به صورت اختصاصی نیز می‌شود:
- Coronal MRI sections از هیپوکامپ و مدیال تمپورال
- Coronal MRI sections از آنتریور تمپورال و آمیگدال در موارد شک بالینی به FTD
- T2* images / SWI در موارد شک به دمانس عروقی

- MRI باتزریق در موارد دمانس سریعاً پیشرونده
- DWI (Diffusion-weighted imaging) در موارد شک بالینی به CJD
- Proton Density MRI / Phase Contrast در موارد شک به NPH
- Radionuclide cisternography در موارد شک به NPH
- CSF Flowmetry در موارد شک به NPH

نکات مورد انتظار در گزارش

به عنوان نمونه به نکاتی که انتظار می‌رود در موارد شایع دمانس در گزارش Brain MRI ذکر شود اشاره می‌شود:

در بیماران دچار احتمال دمانس از نوع آلزهایمر

- آتروفی مدیال تمپورال و هیپوکامپ با استفاده از سیستم امتیازدهی (MTA) Scheltens' Medial Temporal Atrophy از ۰ تا ۴
- چگونگی قرینگی MTA جهت افتراق AD از FTD
- آتروفی پاریتال با سیستم امتیازدهی Koedam از ۰ تا ۳ در موارد اختلال شناختی خفیف (MCI) و موارد آتیپیک

در بیماران با احتمال دمانس فرونتو تمپورال

- محفوظ بودن پاریتال از آتروفی
- وجود آسیمتری در آتروفی
- در بیماران با احتمال زیر گروه رفتاری FTD: آتروفی فرونتال غالب به صورت غیرقرینه بیشتر در سمت چپ
- در بیماران با نوع non fluent PPA: آتروفی اینفریور فرونتال و اینسولار غیرقرینه در سمت چپ
- در بیماران با نوع Semantic dementia: آتروفی آنتریور تمپورال و آمیگدال غیرقرینه در سمت چپ
- در بیماران با نوع logopenic PPA: آتروفی پوسترور تمپورال و اینفریور پاریتال
- در بیماران با دمانس واسکولار
- تغییرات ماده سفید و پری و نتریکولار با سیستم Fazecas white matter hyper intensities از ۰ تا ۳
- Axial T2-weighted /FLAIR
- Lacunar infarcts در هسته های قاعده ای، کپسول داخلی، تالاموس، ماده سفید نواحی استراتژیک و....
- Micro bleeds در T2* images / SWI
- استروک در محدوده عروق بزرگ

در بیماران دچار دمانس لوی بادی

- آتروفی زنرالیزه خفیف
- مدیال تمپورال نرمال (MTA: ۰)
- در بیماران با NPH
- بزرگی بطنها بیش از آتروفی
- عدم وجود انسداد در مسیر CSF
- افزایش زاویه بطنها Callosal Angle / DESH: Disproportionately Enlarged Subarachnoid Space Hydrocephalus
- استفاده از MRI (ASL) Arterial Spin Label
- اندیکاسیون تکرار و تعداد منطقی تکرار
- به نظر می‌رسد در موارد دمانس هر ۱ تا ۲ سال با توجه به شدت و مرحله بیماری نیاز به تکرار تصویربرداری می‌باشد.
- در تشدید ناگهانی علایم دمانس، اضافه شدن علایم جدید و پیشرفت غیر قابل انتظار علایم در طول درمان با توجه به امکان اضافه شدن پاتولوژی دیگر شامل حادثه عروقی، سابدورال همتوم و... تکرار تصویربرداری منطقی به نظر می‌رسد.

- در مواردی که پروتکل استاندارد برای انجام MRI رعایت نشده باشد.

مقدمه

مبتلایان به دمانس به علت کاهش عملکرد و مشکلات حرکتی در موارد شدید، به خدمات توانبخشی نیز نیاز خواهند داشت. خدمات توانبخشی شامل خدمات توانبخشی جسمی، شناختی و مراقبتی می باشد. خدمات حوزه توانبخشی موجب ارتقاء کیفیت زندگی فرد مبتلا، کمک به حفظ مهارت های او، تحریک و تقویت قوای ذهنی، تحریک و تقویت قوای بدنی، ارتقاء کیفیت خلقی و روانی فرد مبتلا، پیشگیری از انزوای اجتماعی، استفاده از توانایی های باقیمانده، حفظ استقلال سالمند، کند نمودن سرعت پیشرفت بیماری، تقویت حس اعتماد و آرامش، تقویت حس عزت نفس فرد مبتلا می شود. خدمات توانبخشی براساس تشخیص و وضعیت بیمار (خفیف، متوسط و شدید) ارائه می گردد که در سطح PHC برای بهرور و مراقب سلامت (کارشناس روان) توصیه های زیر پیشنهاد می گردد: در سطح بهرور توصیه می گردد در حوزه های کاردرمانی، فیزیوتراپی، گفتار درمانی و شنوایی شناسی موارد زیر پیگیری و انجام شود:

کاردرمانی

- گفت و گو با بیمار در مورد علائقش، و کمک به بیمار برای تعیین حوزه هایی که با آنها دچار چالش شده و موقعیت هایی که در آنها افسرده و مضطرب می گردد؛
- تربیت و آموزش به یک مراقب برای انجام سرویس های لازم به بیمار و توجه به نیازهای او مطابق با بسته آموزش مراقب؛
- آموزش و ارائه منابع اطلاعاتی لازم به بیمار و مراقب وی جهت آگاهی بیشتر از بیماری و خدمات موجود برای مبتلایان؛
- تبیین مسئولیت ها، تکرار فعالیت های روزمره، تشویق به استمرار یا افزایش فعالیت های لذت بخش با یک برنامه ریزی روزانه یا هفتگی، و به کارگیری آنها در جهت حفظ عملکرد اجتماعی؛
- تبیین تغییراتی که در حیطه مسئولیت های او ایجاد خواهد شد، مانند رانندگی و استفاده از ابزار؛
- تشویق تمرینات فیزیکی و رفتار مناسب؛
- کمک به بیمار و مراقب برای پایه ریزی فعالیت های روزانه در مراکز؛
- بکارگیری وسایل کمکی محیطی مانند تقویم، دفتر ملاقات روزانه، گزارش نویسی، دفتر یادداشت برای افزایش حافظه، و تشویق در بکارگیری در کار و مشغولیت؛
- تعیین محیط های مناسب و یا تطابقات محیطی برای فعالیت هایی که بطور معمول فرد با آنها سرو کار دارد؛
- در آموزش وظایف جدید بکارگیری از درون داده های حسی، شنوایی، بینایی و Kinesthetic و ایجاد فیدبکهای مثبت و سایپورتیو، درجه بندی فعالیت ها برای انجام موفق و کاهش اضطراب ها؛
- آموزش ارتباطات، به بیمار آموزش داده شود چگونه از کلمه ”من“ برای بیان احساسات، نیازهایش در پاسخ به تغییر سطح توانائی ها و احساساتش استفاده کند؛
- آموزش مراقب و تمرین چگونگی حفظ فعال و تسهیل در شروع وظایف برای بیمار.

فیزیوتراپی

- شناسایی عوامل محدود کننده اجتماعی و فیزیکی بیمار و ارجاع بیمار به فیزیوتراپیست جهت رفع آنها؛
- توصیه به فعال بودن و راه رفتن بیمار در صورت لزوم با یک همراه جهت حفظ و بهبودی توانایی حرکتی بیمار؛
- توصیه به انجام فعالیت های ساده روزمره زندگی مانند مرتب کردن لباسها، شانه زدن موها و پوشیدن و درآوردن لباس ها؛
- کاهش ریسک افتادن بیمار از طریق مرتب کردن اتاق و برداشتن موانع از سر راه بیمار لغزنده نبودن کف دستشویی و حمام و عدم مصرف خودسرانه داروهای خواب آور، در دسترس نبودن داروهای مختلف برای بیمار، چک کردن فشار خون و مصرف مایعات کافی؛
- ایجاد حلقه ارتباطی با نزدیکان و اعضای خانواده از طریق تماس تلفنی و اینترنتی؛
- دسترسی به نور و هوای مناسب.

گفتار درمانی

- در این سطح پیشنهاد می‌شود از آزمون‌های غیررسمی استفاده شود نظیر بازگویی تأخیری داستان و یادگیری واژه استفاده شود.
- بازگویی تأخیری داستان: داستانی کوتاه برای بیمار خوانده می‌شود. از مراجع خواسته می‌شود به داستان با دقت گوش کند. سپس حدود ۳۰ دقیقه بعد از بیمار خواسته می‌شود هر آنچه از داستان بیاد می‌آورد بازگو کند (افراد مشکوک به دمانس به شدت در این تکلیف دچار مشکل می‌شوند).
- یادگیری واژه: ده واژه از طبقه‌های مختلف معنایی گفته می‌شود و سپس بعد از ۲۰ دقیقه از مراجع خواسته می‌شود هر آنچه بیاد می‌آورد تکرار کند.
- در صورت مشاهده هر کدام از آسیب‌های ذکر شده در قسمت ارزیابی، برای ارزیابی پیشرفته تر ارجاع داده می‌شود. فرد ارجاع دهنده باید از مراکز و متخصصینی که باید ارجاع دهد مطلع باشد. در صورت مشکوک بودن، درمانگر باید تا زمان مراجعه مراجع به سطح بالاتر پیگیری نماید.

شنوایی شناسی و بینایی سنجی

- در صورت مشاهده مشکلات شنوایی و بینایی به سطح بعد ارجاع گردد.
- در سطح مراقب سلامت (کارشناس سلامت روان) توصیه می‌گردد مداخلات زیر انجام پذیرد.
- آموزش خانواده
- آموزش بیمار
- مداخلات ارتقاء شناختی و پیشگیری از اختلال شناختی این مداخلات شامل: انجام تمرینات حافظه کوتاه مدت و بلند مدت، تقویت انواع کارکردهای توجهی، ارتقاء حل مسئله

خدمات توانبخشی و شرح خدمات در دمانس

عنوان خدمت	تشریح خدمت
ویزیت متخصص نورولوژی	تشخیص و درمان دارویی
ویزیت متخصص روانپزشکی	تشخیص و درمان دارویی
ویزیت متخصص طب سالمندان	تشخیص و درمان دارویی
ویزیت فیزیوتراپی	ارزیابی و مداخلات توانبخشی
ویزیت کاردرمانی	ارزیابی و مداخلات توانبخشی
ویزیت روانشناس	ارزیابی و مداخلات شناختی
ویزیت گفتاردرمانی	ارزیابی و مداخلات توانبخشی
ویزیت تغذیه	ارزیابی و مداخلات تغذیه
ویزیت مددکار اجتماعی	ارزیابی و مشاوره
ویزیت پرستار (ترجیحاً پرستار سالمندی)	ارزیابی و مداخلات پرستاری

مشاورین

عنوان خدمت	تشریح خدمت
مشاوره متخصص داخلی	مشاوره ضروری جهت درمان بیماری های همراه
مشاوره متخصص ارتوپدی	مشاوره ضروری جهت درمان اختلالات اسکلتی عضلانی
مشاوره متخصص روماتولوژی	مشاوره ضروری جهت درمان اختلالات روماتوئیدی
مشاوره متخصص قلب و عروق	مشاوره ضروری جهت درمان بیماری های قلبی عروقی و فشار خون
مشاوره متخصص نفرولوژی	مشاوره ضروری جهت درمان بیماری های کلیوی و عفونتهای مجاری ادراری
مشاوره متخصص طب فیزیکی	مشاوره و درمان توانبخشی اختلالات سیستم اسکلتی عضلانی
مشاوره اپتومتریست	مشاوره ضروری جهت ارزیابی و توانبخشی اختلالات بینایی
مشاوره شنوایی شناس	مشاوره ضروری جهت ارزیابی و توانبخشی اختلالات شنوایی
مشاوره ارتوز و پروتز	مشاوره، تجویز و ساخت وسایل کمکی
مشاوره متخصص تغذیه	مشاوره ضروری جهت ارزیابی و مداخلات تغذیه
مشاوره مشاور حقوقی	مشاوره حقوقی
مشاوره متخصص پزشکی قانونی	مشاوره حقوقی و قانونی

فرد/افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز و ارائه خدمات استاندارد مرکز

در تیم توانبخشی در مراکز سرپایی دمانس، نورولوژیست، روانپزشک، متخصص داخلی و طب سالمندان، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر، فیزیوتراپیست، روانشناس شناختی و یا بالینی، مددکار اجتماعی آموزش دیده و کارشناس تغذیه به عنوان اعضا اصلی تیم به ارائه خدمت به بیماران می پردازند.

همچنین بنابر نیاز بیمار و صلاحدید نورولوژیست مسئول از سایر متخصصین پزشکی، کارشناس ارتز و پروتز، اپتومتریست و شنوایی شناس، به عنوان تیم مشاور و جهت حمایت همه جانبه بیماران و ارائه خدمات هرچه بهتر کمک گرفته خواهد شد.

ویژگی های ارائه کننده اصلی صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت در مرکز

ضرویست کلیه اعضای اصلی ارائه دهنده خدمات درمانی دمانس دوره استاندارد آموزشی دمانس وزارت بهداشت را گذرانده باشند.

۱. پزشک متخصص بیماری های مغز و اعصاب (نورولوژیست) یا روانپزشکی یا متخصص طب سالمندان بعنوان عنوان مسئول تشخیص و تصمیم گیرنده اصلی در ارجاع به دیگر واحدهای تیم توانبخشی مرکز می باشد.

۲. کاردرمانگر (کارشناس و بالاتر) که دوره های آموزشی استاندارد آموزشی دمانس وزارت بهداشت را گذرانده باشند.

۳. روانشناس شناختی و یا بالینی (کارشناس و بالاتر) که دوره استاندارد آموزشی دمانس وزارت بهداشت را گذرانده باشند.

۴. گفتاردرمانگر (کارشناس و بالاتر) که دوره های استاندارد آموزشی دمانس وزارت بهداشت را گذرانده باشند.

۵. فیزیوتراپیست (کارشناس و بالاتر) که دوره های استاندارد آموزشی دمانس وزارت بهداشت را گذرانده باشند.

۶. مددکار اجتماعی (کارشناس و بالاتر) که دوره های استاندارد آموزشی دمانس وزارت بهداشت را گذرانده باشند.

۷. کارشناس تغذیه (کارشناس و بالاتر) که دوره های استاندارد آموزشی دمانس وزارت بهداشت را گذرانده باشند.

۸. کارشناس پرستار (کارشناس و بالاتر) که دوره های استاندارد آموزشی دمانس وزارت بهداشت را گذرانده باشند.

• بنابر نیاز بیمار از متخصصین سایر رشته های پزشکی مانند متخصص داخلی و نیز کارشناسان دیگر رشته های توانبخشی و پیراپزشکی و مشاوره حقوقی بصورت مشاوره کمک گرفته خواهد.

شرح خدمات توانبخشی

روانشناسی در دمانس

روانشناسان در تمام مراحل پیشگیری از ابتلاء، غربالگری، تشخیص، ارجاع، مداخلات غیردارویی، توانبخشی و مراقبت می توانند چه

از ابعاد نورولوژیک و عصب شناختی و چه از ابعاد روانی-اجتماعی وظایف متعددی را در کنار سایر متخصصین این حوزه، عهده دار شوند. دمانس و بیماری آلزایمر به سه دسته زیر تقسیم می شود و مداخلات لازم روانشناسی به شرح ذیل آمده است:

مرحله اولیه و خفیف

از دست دادن حافظه نزدیک به طور معمول اولین نشانه بیماری آلزایمر است و معمولاً در ابتدا فقط اعضای خانواده متوجه آن می شوند. فرد در آموختن اطلاعات جدید مثل اسامی، قرارهای ملاقات، پیام های تلفنی مشکل پیدا می کند، صورت حساب های خود را نمی پردازد یا دوبار پرداخت می کند اگر شاغل باشد در بازده شغلی خود مشکلاتی پیدا می کند، شرکت در مهمانی ها و اجتماعات برای او دشوار می شود و بتدریج از اجتماع دوری می گیرند، علاقه خود را به سرگرمی هایی که قبلاً از آن لذت می بردن از دست می دهد و محاسبه اعداد و حتی پیدا کردن لغات صحیح برای او دشوار می شود. چنانچه فرد متوجه این اشکالات شود معمولاً چاره هایی برای رفع آنها پیدا می کند، مثلاً همه چیز را یادداشت می کند و به این ترتیب از آنجا که توانایی های اجتماعی در این مرحله هنوز دچار اختلال نشده است دوستان نزدیکان و حتی بعضی از افراد خانواده ممکن است متوجه نشوند که اتفاقاتی در شرف رخ دادن است. علائم در مرحله خفیف، متوسط و پیشرفته به سه دسته (قدرت تفکر، خلق و خو، رفتارها و توانایی جسمانی) تقسیم می شود:

در مرحله خفیف اغلب افراد مبتلا با این مشکلات روبرو هستند:

۱. قدرت تفکر

- فراموشی خفیف اسامی، مطالبی که به طور روزمره گفته می شود و اتفاقاتی که به تازگی رخ داده؛
- مشکل ذخیره سازی اطلاعات جدید (یادگرفتن مطالب جدید، دنبال کردن مکالمات)؛
- دشواری در تمرکز حواس (کم توجهی، بی قراری)؛
- مسائل ناشی از گم کردن زمان و مکان (اختلال هوشیاری)؛ (به سادگی گم می شوند، دشواری در پیدا کردن آدرس ها، تاریخ و ساعت)؛
- اشکال در برقراری ارتباط روزمره (پیدا کردن کلمات مناسب، استفاده از دستور زبان صحیح، تلفظ صحیح کلمات).

۲. خلق و خو

- اضطراب
- افسردگی

۳. رفتارها

- رخوت
- ترک فعالیت های روزمره
- بی قراری و دلشورگی

۴. توانایی جسمی

- مشکلات خفیف در هماهنگی

مداخلاتی که می توان در این مرحله به بیماران کمک کند عبارتند از:

- ایجاد آگاهی و بینش نسبت به بیماری و ابعاد آن (در حد ضرورت) تا فرد مبتلا بتواند از مرحله انکار عبور کرده و فرآیند درمان تسهیل گردد.
- ایجاد پذیرش در فرد مبتلا و خانواده وی در راستای کاهش شرم از ابراز بیماری و تبعاً تسهیل فرآیند درمان
- آموزش راهبردهای افزایش کیفیت زندگی فرد مبتلا
- آموزش نحوه برقراری ارتباط با فرد مبتلا به سایر پرسنل مرکز نگهداری
- مدیریت اختلالات رفتاری همراه با دمانس و بیماری آلزایمر

مرحله متوسط

با پیشرفت بیماری اشکالات روز به روز بیشتر و محسوس تر می شود. در این مرحله ممکن است دچار اختلال حافظه دور و تاحدی در توانایی شناختی نیز بشوند، توان قضاوت کاهش می یابد و ظاهر او عوض می شود به نظافت و آراستگی خود (مثل مسواک زدن یا شانه کردن موها) بی توجه می شود ممکن است لباس های نامناسبی که با هم جور نیست بپوشد. بتدریج آگاهی خود را در ابتدا به زمان و سپس به مکان از دست می دهد، ایجاد اختلالات جهت یابی بینایی - فضایی سبب می شود بیمار به آسانی راه خود را گم کند، اشکالات صحبت کردن بیشتر می شود و در این مرحله امکان دارد دستورات و اطلاعات را نفهمد و اخلاق و رفتارش تغییر کند. در این مرحله بیمار ممکن است ناآرام، گیج کم خواب افسرده و حشت زده و افسرده شود و با پیشرفت بیماری ممکن است با حالات بی قراری و آشفتگی جایگزین گردد. بروز رفلکس های اولیه شایع است. اختلال راه رفتن لوب فرونتال به شکل قدم های کوتاه و آهسته و کشیدن پاها بر زمین همراه با قامت خمیده، پاهای از هم گشاده و اشکال در شروع راه رفتن ممکن است تظاهر کند.

در مرحله خفیف تا متوسط اغلب افراد مبتلا با این مشکلات روبرو هستند:

۱. قدرت تفکر

- اختلال حافظه دور؛
- کاهش توان قضاوت؛
- ظاهر او عوض می شود (بی توجه به نظافت و آراستگی، پوشیدن لباسهایی که با هم جور نیست)؛
- از دست دادن آگاهی (ابتدا به زمان، سپس به مکان)؛
- ایجاد اختلالات جهت یابی بینایی - فضایی (بیمار به آسانی راه خود را گم میکند)؛
- افزایش اشکال در صحبت کردن؛
- در این مرحله امکان دارد دستورات و اطلاعات را نفهمد.

۲. خلق و خو

- گیج، کم خواب، افسرده و وحشت زده

۳. رفتارها

- بی قراری و آشفتگی

۴. توانایی جسمی

- بروز رفلکس های اولیه
- اختلال راه رفتن لوب فرونتال (قدم های کوتاه و آهسته و کشیدن پاها بر زمین همراه با قامت خمیده، پاهای از هم گشاده، اشکال در شروع راه رفتن)

مداخلاتی که می توان در این مرحله به بیماران کمک کند عبارتند از:

- تهیه و تنظیم نحوه مراقبت صحیح و فرد محور با همکاری پرستار
- مدیریت اختلالات رفتاری فرد مبتلا (بویژه توهم، هذیان، پرخاشگری و بی قراری)
- ایجاد پذیرش در فرد مبتلا و خانواده وی در راستای کاهش شرم از ابراز بیماری و تبعاً تسهیل فرآیند درمان
- ایجاد بینش و آگاهی نسبت به حواشی اختلالات رفتاری ایجاد شده توسط فرد مبتلا برای اطرافیان
- مدیریت اختلالات بالینی همراه با بیماری دمانس از جمله افسردگی و اضطراب

مرحله پیشرفته

در مرحله پیشرفته بیمار دیگر دوستان و آشنایان خود را نمی شناسد. بیشتر به دیگران متکی می شود و به نگهداری دائم احتیاج پیدا می کند. آداب اجتماعی که تا این مرحله وجود داشته است دیگر رعایت نمی شوند و علائم روانی مثل سایکوز به همراه بدگمانی توهم یا هذیان ممکن است بارز گردد. صحبت کردن نامفهوم می شود و درک و بیان مطلب مشکل پیدا می کند. در برخی بیماران تشنج

رخ می دهد. در این مرحله سفتی عضلات و مفاصل دیده می شود. تظاهرات نادر و معمولاً دیررس بیماری عبارتند از میوکلونوس، بی اختیاری، اسپاسیته، رفلکس کف پایي اکستانسور. همی پارزی بی اختیاری، زمین گیر شدن تظاهرات انتهایی هستند و مرگ معمولاً ۵ تا ۱۰ سال پس از شروع علائم ممکن است رخ دهد.

در مرحله متوسط تا پیشرفته اغلب افراد مبتلا با این مشکلات روبرو هستند:

۱. قدرت تفکر

- فراموشی گسترده (دوستان و آشنایان خود را نمی شناسد)
- سایکوز (بدگمانی، توهمات، هذیان)
- صحبت کردن نامفهوم
- اشکال در درک و بیان مطلب

۲. خلق و خو

- موتیسم

۳. رفتارها

- به دیگران متکی می شود (احتیاج به نگهداری دائم، عدم رعایت آداب اجتماعی رفتارها)

۴. توانایی جسمی

- احتمال تشنج
- سفتی عضلات و مفاصل میوکلونوس، بی اختیاری، اسپاسیته، رفلکس کف پایي، اکستانسور و همی پارزی
- بی اختیاری، زمین گیر شدن و مرگ

مداخلاتی که می توان در این مرحله به بیماران کمک کند عبارتند از:

- تهیه و تنظیم نحوه مراقبت صحیح و فرد محور با همکاری پرستار
- ایجاد پذیرش و آمادگی در مراقب خانوادگی برای رویارویی با علائم و پیامدهای پیشرفته تر بیماری (از دست دادن قدرت تکلم، اختلال بلع، مشکلات حرکتی در فرد مبتلا و خانواده وی در راستای کاهش شرم از ابراز بیماری و تبعاً تسهیل فرآیند درمان
- کمک به اعضای خانواده و مراقب اصلی برای عبور از مرحله سوگواری

سایر خدمات روانشناسی عبارتند از:

۱) مداخلات پیشگیری، غربالگری، شناسایی و ارجاع

همانطور که می دانیم در فرآیند پیشگیری در هر سه سطح اول، دوم و سوم افزایش آگاهی و شناخت نسبت به دمانس و ابعاد آن از یک سو و ارائه خدمات حمایتی روانی - اجتماعی از سوی دیگر، می تواند نقشی اساسی در کاهش میزان ابتلاء، کاهش سرعت پیشرفت بیماری و بهبود کیفیت زندگی فرد مبتلا و خانواده ایشان داشته باشد. از این منظر با توجه به اینکه روانشناس در بطن جامعه و خانواده قرار دارد، می تواند گام های ارزشمندی در راستای مداخلات پیشگیرانه بردارد و یا با شناسایی علائم اولیه و ارجاع به موقع به پزشکان متخصص طب سالمندی، مغز و اعصاب و روان فرآیند تشخیص به هنگام را تسهیل نماید.

۲) مداخلات غیردارویی

پس از تشخیص قطعی بیماری و شروع دارودرمانی، مداخلات غیردارویی، بویژه در مراحل میانی دمانس که اختلالات رفتاری شدت می یابد از اهمیت بسزایی برخوردار است. روانشناس با هدف کاهش و اصلاح اختلالات رفتاری و بهبود کیفیت زندگی فرد مبتلا می تواند از روش های درمان غیردارویی به روز و کارآمد در این راستا بهره مند گردد.

۳) توانبخشی شناختی

با توجه به معادل لغوی دمانس یعنی اختلالات شناخت و حافظه، اهمیت توانبخشی شناختی آشکار می‌گردد. از این رو هرچقدر روانشناس بتواند تمرین‌ها و فعالیت‌های توانبخشی شناختی را در کنار سایر اعضای تیم تشخیص و درمان هوشمندانه طراحی و اجرا نماید سرعت پیشرفت بیماری به طور معناداری کاهش می‌یابد.

- برنامه جامع بهبود وضعیت شناختی با رویکرد چندگانه، مبتنی بر فرد و برپایه تعامل فرد با محیط پیرامون:
- تمرین‌های ارتباط دادن یک نام به یک چهره
- تمرین مکرر به یادآوردن موارد
- آموزش و تمرین انجام کارهای عملی مانند پرداخت صورت حساب
- آگاهی بخشی مکرر نسبت به زمان و مکان
- تمرین بهبود سرعت پردازش بینایی - عملکردی
- استفاده از دفترچه یادداشت برای تسهیل به خاطر سپاری (استراتژی‌های جبرانی بیرونی)
- تمرین‌های شناختی مبتنی بر کامپیوتر برای تقویت و بهبود توجه پایدار و سرعت پردازش
- برقراری ارتباط بین فعالیت‌های شناختی و حرکتی با یادگیری و سپس تمرین برخی از کارها
- تمرین‌های بهبود توجه با تاکید بر بهبود مستقیم توجه و نیز استفاده از استراتژی‌های جبرانی برای تعمیم دادن آن به امور معمول و جاری زندگی
- بازتوانی دید فضایی با تمرین‌های پردازش تصویر
- تمرین‌های شناختی - زبانی، مانند تقویت مهارت‌های محاوره‌ای، درک کلام یا نوشتار، تمرین‌های گروهی برای افراد با نقایص و اختلالات کلامی و استفاده از تمرین‌های مبتنی بر کامپیوتر
- تمرین‌های گروهی بهبود حافظه، عملکرد اجرایی، حل مسئله و ...
- استفاده از تکنیک یادگیری بدون خطا (Errorless learning) برای آموزش استراتژی‌های جبرانی در موارد اختلالات مشخص حافظه
- آموزش تکنیک‌های معمول حل مسئله و استفاده از آن‌ها در امور روزمره
- بازتوانی جامع neuropsychological برای کاهش ناتوانی‌های عملکردی و شناختی (به صورت فردی و گروهی)
- استفاده از تکنولوژی‌های جدید آموزشی مانند واقعیت مجازی

کاردرمانی

مبتلایان به دمانس به علت کاهش عملکرد و مشکلات حرکتی در موارد شدید، نیاز به خدمات توانبخشی نیز خواهند داشت. خدمات توانبخشی شامل خدمات توانبخشی جسمی، شناختی و مراقبتی می‌باشد. خدمات حوزه توانبخشی موجب ارتقاء کیفیت زندگی فرد مبتلا، کمک به حفظ مهارت‌های او، تحریک و تقویت قوای ذهنی، تحریک و تقویت قوای بدنی، ارتقاء کیفیت خلقی و روانی فرد مبتلا، پیشگیری از انزوای اجتماعی، استفاده از توانایی‌های باقیمانده، حفظ استقلال سالمند، کند نمودن سرعت پیشرفت بیماری، تقویت حس اعتماد و آرامش و تقویت حس عزت نفس فرد مبتلا می‌شود. خدمات کاردرمانی براساس تشخیص و وضعیت بیمار (خفیف، متوسط و شدید) در چارچوب زیرارائه می‌گردد.

مرحله یک: کاهش خفیف تا خیلی خفیف عملکرد شناختی (Very mild to mild decline)

در این مرحله از بیماری، مبتلایان اغلب با مشکلات زیر روبرو هستند:

مشکلات رفتاری: کاهش کنترل روی رفتار، کاهش پاسخ‌های خود بخودی، عصبانیت و اضطراب شدید در مواجهه با این علائم

مشکلات شناختی: مشکلات خفیف در حافظه و کاهش توانایی در آغاز عملکردهای اجرایی، مشکل در انتخاب کلمات، کاهش توجه، تمرکز و ادراک، نیاز به تکرار چند باره دستورات، مکالمات بسیار سطحی، مشکلات خفیف در شناخت چهره افراد و انجام کارهای پیچیده

کاهش خفیف عملکرد اجتماعی (کاهش درک ایما و اشاره)

این بیماران معمولاً مشکلات حرکتی ندارند.

مداخلاتی که می‌تواند در این مرحله به بیماران کمک کند عبارتند از:

- گفت و گو با بیمار در مورد علائقش و کمک به بیمار برای تعیین حوزه‌هایی که با آنها دچار چالش شده و موقعیت‌هایی که در آنها افسرده و مضطرب می‌گردد.
- تربیت و آموزش به یک مراقب برای انجام سرویس‌های لازم به بیمار و توجه به نیازهای او
- آموزش و ارائه منابع اطلاعاتی لازم به بیمار و مراقب وی جهت آگاهی بیشتر از بیماری و خدمات موجود برای مبتلایان
- تبیین مسئولیت‌ها، تکرار فعالیت‌های روزمره، تشویق به استمرار یا افزایش فعالیت‌های لذت بخش با یک برنامه ریزی روزانه یا هفتگی و به کارگیری آنها در جهت حفظ عملکرد اجتماعی
- تبیین تغییراتی که در حیطه مسئولیت‌های او ایجاد خواهد شد، مانند رانندگی و استفاده از ابزار
- تشویق تمرینات فیزیکی و رفتار مناسب
- کمک به بیمار و مراقب برای پایه ریزی فعالیت‌های روزانه در مراکز
- بکارگیری وسایل کمکی محیطی مانند تقویم، دفتر ملاقات روزانه، گزارش نویسی، دفتر یادداشت برای افزایش حافظه، و تشویق در بکارگیری در کار و مشغولیت
- تعیین محیط‌های مناسب و یا تطابقات محیطی برای فعالیت‌هایی که بطور معمول فرد با آنها سرو کار دارد
- در آموزش وظایف جدید بکارگیری از درون داده‌های حسی، شنوایی، بینایی و حرکتی و ایجاد فیدبک‌های مثبت و حمایتی، درجه بندی فعالیت‌ها برای انجام موفق و کاهش اضطراب‌ها
- آموزش ارتباط، به بیمار آموزش داده شود چگونه از کلمه "من" برای بیان احساسات، نیازهایش در پاسخ به تغییر سطح توانائی‌ها و احساساتش استفاده کند.
- آموزش مراقب و تمرین چگونگی حفظ فعال و تسهیل در شروع وظایف برای بیمار
- آموزش و توصیه جهت انجام آسان فعالیت‌های روزمره زندگی مانند غذا خوردن، لباس پوشیدن، استحمام و پیرایش

مرحله دو: کاهش خفیف تا متوسط (Mild to moderate decline)

در این مرحله از بیماری، مبتلایان اغلب با مشکلات زیر روبرو هستند:

- بکارگیری از مکانیزم‌های انکار، خلیات متغیر، اضطراب و یا خشم، افزایش انفعال و واکنش‌های پس زنده چالش در موقعیت‌ها، ظهور پارانوید در این مرحله
- فقدان حافظه به میزان متوسط متفاوت از سابقه شخصی فرد برای اتفاقات گذشته و یا جاری، کاهش تمرکز، از دست دادن اهداف ارزشی، مشکل با اطلاعات و حل مشکل پیچیده، مشکل یادگیری وظایف جدید، صدمات واضح‌تر در مهارت‌های درک دیداری - فضایی
- نیاز بیشتر برای نظارت، کاهش ویژگی‌های اجتماعی، صدمات متوسط IADL (در فعالیت‌های مالی، خرید کردن، تنظیم استفاده از داروها، تحرک در اجتماع، آشپزی‌های پیچیده)، فعالیت حرفه‌ای، فعالیت‌های تفریحی پیچیده

مداخلاتی که می‌تواند در این مرحله به بیماران کمک کند عبارتند از:

- تأکید به مراقب در تحلیل و تطابق فعالیت‌های اهمیت اقدامات محیطی در منزل برای دمانس بیمار
- تحلیل و تطابق فعالیت‌های تفریحی معنی دار در منزل و فعالیت‌های تولیدی دیگر، ایجاد امکان شرکت امن و با تلاش برای شروع استقلال و کنترل فعالیت‌ها
- تشخیص نیازها و طرح‌هایی برای تطابق و فعالیت‌های درجه بندی شده با ساده کردن وظایف پیچیده، آموزش مراقب برای حمایت (کلامی) شناختی در فعالیت‌های ADL و IADL
- تشویق به حفظ ساختار خانوادگی و منابع تأمین کننده نیروهایی برای کمک به نظارت بیشتر، مشاهده منابع خارجی (مراکز

روزانه، داوطلب، وسایل حمل و نقل افراد ناتوان)

- تأمین و طراحی حمایت محیطی (مانند لیست، پوسترو تصاویر) و سطح کمک برای CUE و یادآوری فعالیت های روزمره روتین و اتفاقات مهم
- اجتناب از وظایفی که نیاز به یادگیری دارد، کمک به ساده کردن محیط اطراف و وظایف، تهیه وسایل کمکی، مشخص کردن هدف از کاربرد وسایل، ساده کردن دستورات و روشن کردن چگونگی مفهوم موفقیت
- کمک به مراقب برای تغییر مشکلات رفتاری، با درک محرومیت بدلیل تأثیر فقدان حافظه بر روی رفتار
- حفظ اجتماعی شدن و ساختار فرصت هایی که دیگران برای شروع اجتماعی شدن به بیمار می دهند و تأمین ارتباطات راضی کننده در فعالیت های گروهی و فعالیت های اجتماعی
- بکارگیری فعالیت های واقع گرایانه، آلبوم تصاویر اطراف منزل برای یادآوری گذشته دور، رقابت برای اجتماعی شدن
- تشویق به راه رفتن، تمرینات کششی و فعالیت های تعادلی

مرحله سه: کاهش متوسط تا شدید متوسط شناختی (Moderate to moderately Severe decline)

در این مرحله از بیماری، مبتلایان اغلب با مشکلات زیر روبرو هستند:

- کاهش بیانات چهره ای، افزایش بی تفاوتی، اختلالات خواب، رفتارهای تکراری، رفتارهای پرخاشگرانه و عصبانی، پارانوئا، توهم، در صورت بی قراری رفتارهای غیرارادی و خشم
- فقدان پیشرونده حافظه مشخص تر شده، برخی از خاطرات گذشته بیاد می آید، عدم آگاهی به بسیاری از اتفاقات گذشته، عدم آگاهی به زمان و محل و برخی اوقات اعضاء خانواده، آسیب شدید به روابط اجتماعی، آسیب پیشرونده به تمرکز، آپراکسیا و آگنوزی
- پاسخ های آرام، آسیب بینایی و کارکردهای جهت یابی فضایی
- عدم توانایی انجام بسیاری از فعالیت های IADL
- در فعالیت های ADL نیاز به کمک در موقع توالی کردن، کارهای بهداشتی، خوردن و لباس پوشیدن، عدم کنترل ادرار و مدفوع، رفتارهای سردرگمی

مداخلاتی که می تواند در این مرحله به بیماران کمک کند عبارتند از:

- حفظ درگیری با فعالیت های معنی دار و نقش های تفریحی، مشخص کردن و طرح وظایف در فعالیت های خانه داری، کمک مراقب به بیمار برای انجام فعالیت های معمول
- کمک مراقب برای حل مشکل و بازشناسی درجه نیاز برای شروع، سرنخ های کلامی و کمک فیزیکی و تکمیل ADL، وقوف از زمان تسهیل محیطی
- حمایت از فعالیت های اجتماعی در منزل و خانواده یا مراکز خارج از منزل
- در نظر گرفتن مسائل ایمنی در محیط منزل و محیط های دیگر با انجام تطابقات مناسب در سطح کارکرد بیمار (مانند زنگ های اخباری، محدودیت استفاده از وسایل حرارتی و ...)
- آموزش مراقب در موقع بروز مشکلات رفتاری مانند حمله کردن بیمار، تشخیص و فهم مشکلات و اقداماتی برای کنترل این نوع رفتارها یا تغییر محیط
- وظایف Over Learned (آموخته شده براساس تکرار) برای حفظ دائمی مشارکت در فعالیت های روزانه معمول
- آموزش و تمرین وظایف Over Learned به خانواده در محیط امن مورد لزوم، وظایف کوتاه مدت، با تسهیل سازی و ساختارمند و درجه بندی شده ۲ مرحله ای یا کمتر
- انجام تطابقات محیطی بیشتر برای جبران صدمات درکی و اطمینان از تحرک امن

- یادآوری نام افراد خانواده و دیگران با تصویر
- تشویق یا کمک به تحرک، تمرینات کششی و تمرینات معمول
- کمک به راهیابی بیمار و تحرک وی در محیط های جدید با استفاده از سرنخ ها

مرحله چهار: کاهش شدید اختلالات شناختی و کاهش متوسط تا شدید فیزیکی (Severe cognitive decline and moderate to Severe physical decline)

در این مرحله از بیماری، مبتلایان اغلب با مشکلات زیر روبرو هستند:

- صدمات شدید حافظه، فراموشی نام اعضای خانواده سردرگم شدن در محیط های آشنا؛
- اختلالات در تعادل و راه رفتن، مشکل در رد شدن از موانع محیطی، کاهش سرعت کلی حرکتی؛
- ناتوانی در ایجاد روابط بجز در حد کلمه، اختلال در مهارت های روانی حرکتی، ناتوانی در راه رفتن، عدم کنترل ادرار و مدفوع، ناتوانی در خوردن، نیاز به پرستاری در منزل.

مداخلاتی که می تواند در این مرحله به بیماران کمک کند عبارتند از:

- کمک در انجان فعالیت های روزمره ی زندگی، دادن راهنمایی هایی به خانواده یا کمک پرستار، نیاز به تسهیل سازی برای ارتباط، دادن فقط یک دستور، راهنمایی های کلامی مرحله به مرحله با راهنمایی های فیزیکی
- تشویق به ادامه ارتباطات اجتماعی با خانواده، برای این امر افراد باید مکالمه را آغاز کند و انتظار پاسخ نداشته باشند.
- بکارگیری تکنیک های دیسفاژی جهت بهبود بلع، پیشگیری از خفگی و تشویق به خوردن
- آموزش به خانواده مبنی بر بکارگیری تکنیک های انتقال یادگیری
- تشویق مراقب به حمایت و بکارگیری برنامه های زمانی استراحت، حفظ فعالیت های اوقات فراغت و تفریحی برای مراقب
- تشویق به بکارگیری از وسایل کمکی برای راه رفتن تا زمانی که بیمار توانایی دارد.
- حفظ وضعیت مناسب در صندلی چرخدار و در تخت و حفاظت از پوست
- حفظ ارتباط با واقعیت برای بیمار با تحریکات حسی، شنوایی، بینایی، لمس و بویایی
- آغاز برنامه های فعال و کمکی فعال و یا Passive دامنه حرکتی مفصل

سایر خدمات دیگر کاردرمانی عبارتند از:

مداخلات شناختی در دمانس

(الف) تحریک شناختی (Cognitive stimulation)

در بیماران مبتلا به مراحل پیشرفته تر آلزایمر:

- مشارکت بیمار در بحث و تصمیم گیری درباره کارهای معمول روزمره
- یادآوری مکرر اطلاعات دسته بندی شده به بیمار (و مرتبط کردن اطلاعات با فعالیت ها و امور روزمره فرد)

(ب) تربیت شناختی (Cognitive training)

در افراد با وضعیت بهتر از نظر شناختی، با هدف تقویت برخی عملکرد های خاص شناختی یا بهبود مهارت های شناختی نسبتاً دست نخورده برای جبران نسبی عملکرد های شناختی دچار اختلال:

- تمرین های مبتنی بر کامپیوتر در حیطه های مختلف شناختی مانند حافظه فضایی، تشخیص اشیاء، تمرکز همزمان بر چند محرک، درک کلام، مهارت های حل مسئله و ...
- تمرین های رو در رو با یک درمانگر آموزش دیده برای به خاطر آوردن نام ها، چهره ها، مکان ها و رویدادها
- همراه کردن تمرین های شناختی با حرکات بدنی یا تمرین فعالیت های روزمره زندگی (ADL)، برای مثال منتسب کردن یک نام یا واقعه با یک حرکت بدنی خاص که با انجام آن حرکت، فرد باید آن نام را به خاطر بیاورد.

ج) بازتوانی شناختی (Cognitive rehabilitation)

برنامه جامع بهبود وضعیت شناختی با رویکرد چندگانه، مبتنی بر فرد و برپایه تعامل فرد با محیط پیرامون:

- تمرین های ارتباط دادن یک نام به یک چهره
- تمرین مکرر به یادآوردن موارد
- آموزش و تمرین انجام کارهای عملی مانند پرداخت صورت حساب
- آگاهی بخشی مکرر نسبت به زمان و مکان
- تمرین بهبود سرعت پردازش بینایی - عملکردی
- استفاده از دفترچه یادداشت برای تسهیل به خاطر سپاری (استراتژی های جبرانی بیرونی)
- تمرین های شناختی مبتنی بر کامپیوتر برای تقویت و بهبود توجه پایدار و سرعت پردازش
- برقراری ارتباط بین فعالیت های شناختی و حرکتی با یادگیری و سپس تمرین برخی از کارها
- تمرین های بهبود توجه با تاکید بر بهبود مستقیم توجه و نیز استفاده از استراتژی های جبرانی برای تعمیم دادن آن به امور معمول و جاری زندگی
- بازتوانی دید فضایی با تمرین های پردازش تصویر
- تمرین های شناختی - زبانی، مانند تقویت مهارت های محاوره ای، درک کلام یا نوشتار، تمرین های گروهی برای افراد با نقایص و اختلالات کلامی و استفاده از تمرین های مبتنی بر کامپیوتر
- تمرین های گروهی بهبود حافظه، عملکرد اجرایی، حل مسئله و ...
- استفاده از تکنیک یادگیری بدون خطا (Errorless learning) برای آموزش استراتژی های جبرانی در موارد اختلالات مشخص حافظه
- آموزش تکنیک های معمول حل مسئله و استفاده از آن ها در امور روزمره
- بازتوانی جامع neuropsychological برای کاهش ناتوانی های عملکردی و شناختی (به صورت فردی و گروهی)

۲. آموزش و ارتقا کیفیت زندگی مراقبین

- مراقبان اغلب باید بیمار را حین انجام فعالیت های مختلف حمایت کنند و علاوه بر آن باید با از دست دادن فردی که می شناختند هم کنار بیایند و بپذیرند که شخصیت فرد دمانسی با شخصیتی که پیش از دمانس داشته بسیار تفاوت می کند. سروکار داشتن با این مسائل می تواند تعداد زیادی احساساتی منفی برای فرد ایجاد کند، شامل: احساس تنهایی، ناراحتی، خشم، احساس گناه، درماندگی و نیز احساس استرس. این احساسات و نیز مطالباتی که بیمار برای انجام فعالیت هایش نیاز دارد اغلب به عنوان بار مراقب نام گذاری می شود سطوح بالای بار مراقبت می تواند باعث کاهش کیفیت مراقبت شده و همچنین باعث افزایش احتمال انتقال بیماران به مراکز بستری می شود.
- مداخلات کاردرمانی می تواند هم بر روی افراد مبتلا به دمانس و هم مراقبان آن ها انجام شود. مداخلاتی که برای مراقبان قابل انجام است شامل: ارائه راهکار و اطلاعات به مراقبان: آموزش تکنیک های انطباق: مشاوره و حمایت یا فراهم کردن وسایل کمکی و انطباقی برای مراقبان می باشد مداخلاتی که بر روی خود افراد مبتلا به دمانس انجام می شود به نوبه خود بر روی مراقبان این افراد هم تأثیر می گذارد، از طریق کاهش رفتارهای چالش برانگیز این افراد. مراقبان همچنین یک تغییر در تعادل کاری خود در اثر مسئولیت مراقب بودن تجربه می کنند، از این رو کاردرمانگران باید به حفظ و بازگرداندن تعادل کاری مراقبان کمک کنند.

۳. تجویز و آموزش استفاده از وسایل کمکی و فعالیت های روزمره زندگی

- با پیشرفت بیماری بکارگیری روش های جبرانی و تطابق در منزل و در مراحل اولیه آموزش روش های جدید تطابقی
- تطابقات در وسایل خوردن و نوشیدن و تغییر در محیط
- تطابقات در اجرای استحمام و تغییر در محیط
- تطابقات در اتاق خواب و بستر

- تطابقات در اجرای استحمام و تغییر در محیط
- تطابقات در کمد لباس
- تطابقات در آشپزخانه

۴. پیشگیری از افتادن

- بررسی عوامل خطر ساز داخلی و خارجی
- ارزیابی منزل
- تطابق / اصلاح منزل
- آموزش به خانواده

۵. بهبود حرکتی / تعادل

- برنامه ریزی درمانی هرگونه اختلال زمینه ای همانند ضعف، خستگی، آتاکی، کششی (با همکاری فیزیوتراپیست)
- آموزش و اجرای راهکارهای جبرانی فقدان حس و اعتماد به نفس
- آموزش و ارائه برنامه روزانه و اجرای تمرینات هوازی در قالب تمرینات تفریحی یا شغلی
- تمرین فعالیت های تحرکی مبتنی بر تکلیف (مانند انتقال وزن بر روی پاها، راه رفتن، جابجا شدن، و بالا رفتن از پله)
- ایجاد تغییرات مناسب در محیط جهت افزایش تحرک مستقل
- آموزش به اطرافیان بیمار تا به شکل ایمن در انجام فعالیت هایی از قبیل راه رفتن، بالا رفتن از پله، جابجایی در تخت و یا نقل مکان به بیمار یاری رسانند و یا این کارها را برای او انجام دهند

فیزیوتراپی در دمانس

تمرین درمانی و ورزش می تواند در پیشگیری از دمانس و یا کاهش اثرات دمانس مانند درد و تحرک کاهش یافته استفاده شود. برنامه ورزشی فانکشنال با شدت بالا در تعادل این بیماران می تواند اثرات مثبت داشته باشد. تحقیقات نشان داده است که اثرات مثبت ورزش می تواند از طریق کند کردن سرعت زوال شناخت از شروع دمانس جلوگیری کند و یا آنرا به تعویق بیندازد. این می تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی و کاهش سرعت زوال عملکرد شود که با روند بیماری انتظار می رود. همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می دهد تمرین درمانی می تواند باعث بهبود توانایی انجام فعالیت های روزمره در افراد مبتلا به دمانس شود.

اهداف فیزیوتراپی در مبتلایان به دمانس عبارتند از:

- بهبود عملکرد فیزیکی (تحرک، تعادل، هماهنگی و استحکام)
- کاهش خطر سقوط - تغییر در قضاوت و کنترل فضایی موجب کاهش سقوط می شود
- بهبود خلق، کاهش استرس و کمک به حفظ آرامش از طریق انجام تمرینات ورزشی
- بهبود کلی بیماری های قلبی عروقی و اختلالات خواب، از طریق انجام ورزش های پیشنهادی
- بهبود عملکرد شناختی، حافظه، توجه
- آموزش به خانواده، مراقبین و نزدیکان بیمار

مداخلات پیشنهادی عبارتند از:

۱. انجام تمرینات ورزشی جهت افزایش انعطاف پذیری سیستم اسکلتی عضلانی
۲. ارائه تمرینات جسمی جهت افزایش دامنه حرکتی حرکت و قدرت عضلانی
۳. انجام تمرینات تسهیل سازی عصبی عضلانی (PNF) Proprioceptive Neuromuscular Facilitation. این تمرینات برای بهبود انعطاف پذیری می باشد و شامل ۱۲ روش تحریک عضلات برای انقباض قوی تر و یا استراحت کامل تر است به طوری که توانایی کشش عضلات را افزایش می دهد.
۴. انجام تکنیک های کششی

۵. انجام تمرینات تعادلی
۶. انجام تمرینات و توانبخشی تنفسی و قلبی عروقی
۷. آموزش راه رفتن
۸. تمرینات هوازی
۹. تقویت مثانه و کاهش بی اختیاری از طریق انجام مداخلات فیزیوتراپی

گفتار درمانی در دمانس

علائم دمانس در سه سطح (خفیف، متوسط و شدید) در بخش گفتار

۱) سطح خفیف یا مرحله اولیه: مرحله اولیه ۲-۴ سال طول می کشد که با علائم زیر همراه است:

- **علائم کلی:** اختلال در محاسبات مالی، مشکلات حافظه ای، مشکل در تکالیف شناختی پیچیده، فراموش کردن محل اشیاء، مشکل در تمرکز بر روی یک فعالیت و کاهش آگاهی نسبت به وقایع اخیر.
- **مثال ها:** فراموش کردن محل پارک خودرو، گم کردن اشیاء، اختلال در یادآوری خوردن داروها.
- **زبان شناختی:** تکرار برخی کلمات و جملات در گفتار شفاهی، مشکل در بازیابی کلمات، معمولاً کلمات محتوایی جایگزین یکدیگر می شوند؛ مثل «قاشق» بجای «چنگال»، کاهش خزانه واژگانی، استفاده از کلمات پرکننده در گفتار شفاهی مثل «چیز»، «این»، «همین» و امثال اینها.
- **نوشتن:** خطاهای دستوری و هجی کردن در نوشتن و به طور کلی مشکلات زبان نوشتاری بیشتر از مشکلات زبان بیانی است.
- **زبان بیانی:** برخی افراد مبتلا در این مرحله دچار حاشیه پردازی هستند.
- **بلع:** علائمی همچون سرفه بعد از مصرف مایعات و برخی مواد خوراکی و یا وعده های غذایی روزانه و صدای آب مانند (wet-voice) از علائم خطر محسوب می شوند که با توجه به این علائم وضعیت بلع بیمار باید بررسی شود.

۲) سطح متوسط یا مرحله میانی: این مرحله ۱۰-۴ سال بطول می انجامد. در این مرحله بیمار بطور قابل توجهی تغییر می کند و بیشتر حالت وابستگی به دیگران دارد. این مرحله با علائم زیر همراه است:

- در این مرحله فرد مبتلا با مشکلات در زمان و مکان مواجه می شود. از نظر حرکتی کمی دچار بی قراری حرکتی می گردد، مشکلات حافظه ای بدتر می شود که با اختلال بیشتر از مرحله اول در حافظه اخیر و ضمنی مواجه می شود، ضعیف شدن دامنه حافظه، عوامل حواس پرت کن بسیار بر این افراد تأثیر می گذارد، مشکلات در ادراک بینایی بارز است و در تقریباً همه عملکردهای اجرایی دچار مشکل هستند.
- **کنترل ادرار و مدفوع:** در مراحل آخر سطح متوسط بی اختیاری ادرار مشاهده می شود.
- **گفتار:** گفتار اگرچه روان است ولی دارای سرعت کمتر و همراه با مکث است.
- **زبان:** ساختار زبان درست است ولی محتوای زبان دچار مشکل است. در حالت گفتمان اسامی کمتر از افعال دیده می شوند و انسجام گفتاری کاهش پیدا می کند، بطوری که گفتار حالت بی معنی دارد. خزانه واژگانی کاهش وجود پیدا می کند و دانش فرد بطور کلی دچار زوال می شود. در نامیدن طبقه های معنایی و نامیدن در مواجهه دچار مشکل می شوند.
- **نوشتن:** زبان نوشتاری با خطاهای زیادی مواجه است. در این مرحله افراد دچار اختلال در درک زبان نوشتاری نیز هستند.
- **خواندن:** درک خواندن دچار مشکل می شود و آنچه که از خواندن درک می شود زود فراموش می شود.
- **نامیدن:** مشکلات بازیابی واژگانی در گفتار خود بخودی، نامیدن در مواجهه و به یاد آوردن نامها بسیار شایع است. همچنین مشکلات جدی در تعریف واژه ها دارند.
- مشکلات جدی تکرار عبارات دارند. اختلال تکرار به به وفور در توصیف یک تصویر یا شیء دیده می شود.
- حساسیت افراد به نکات کلیدی در گفتارهایی مثل جوک ها کاهش پیدا می کند.

۳. سطح شدید یا مرحله آخر: در طی این مرحله افراد مبتلا در خصوص زمان، مکان و شخص دچار سردرگمی هستند. اختلال حرکتی وجود دارد و در مراحل آخر با عدم تحرک مواجه می شوند. همچنین مشکل در کنترل اسفنکترها و بی اختیاری در ادرار و

مدفوع به وجود می‌آید.

- **زبان‌شناختی:** گفتار نسبت به مرحله قبل با کندی و مکث‌های بیشتر همراه است. معنا در گفتار کاهش پیدا می‌کند. برخی افراد حالت سکوت دارند و برخی دچار تکرار عبارات، کلمات و یا هجاها هستند که به خصوص در انتهای گفتار به وجود می‌آید. درک خواندن به شدت آسیب می‌بیند با اینحال برخی می‌توانند تک کلمات را بخوانند همچنین اکثر بیماران قادر به نوشتن نیستند.
- **ارزیابی گفتار و زبان:** گفتار درمان ضمن مصاحبه اولیه با مراجع و تاریخچه گیری از وی در تمامی ابعاد اجرای آزمون‌های رسمی غربالگری شناختی مانند MMSE برحسب دستورالعمل آزمون‌ها را انجام می‌دهد. سپس آزمون‌های غیررسمی مانند گفتمان آزاد و بررسی محتوای گفتار از جهت تعداد اسامی، افعال، کلمات محتوایی و کلمات دستوری صورت می‌گیرد. گفتار درمانگر درک ضرب‌المثل‌ها، جوک، و استعاره را نیز بررسی کند.

• ارزیابی بلع:

- ارزیابی بلع با استفاده از شرح حال گیری و مصاحبه با بیمار و خانواده وی شروع می‌شود.
- ارزیابی وضعیت مصرف داروها و اثرات جانبی آنها بر روی بلع
- ارزیابی اعصاب کرانیال دخیل در بلع شامل ۵، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۲
- ۳oz test آزمون نوشیدن ۹۰ سی سی آب
- استفاده از پرسشنامه‌های:

Swallowing disturbance questionnaire (SDQ) و Dysphagia Handicap Index (DHI)

The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale

Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) (برای ارزیابی‌های دقیق تر)

مداخلات گفتار و زبان

الف- مداخلات مستقیم برای افراد مبتلا به اختلال خفیف شناختی و افراد مبتلا به دمانس

- روش‌های تسهیل یادگیری: بررسی متغیرهایی که بر یادگیری مؤثر هستند مانند پیچیدگی تکلیف، تعداد تکالیف، کار بر روی دامنه حافظه، میزان مداخله کردن یادگیرنده، محرک‌های چندگانه، کاهش پاسخ‌های خطا، تکرار پاسخ‌های مناسب، روش spaced retrieval training
- روش‌های تسهیل بازیابی اطلاعات: استفاده از روش‌های بازشناسی تا بیادآوری، استفاده از Priming، تکرار کردن و سرخ دهی مستقیم، روش ارتباط برقرار کردن بین مفاهیم و طبقه‌های معنایی، خاطره درمانی (بمنظور تحریک بازیابی، افزایش توجه و برانگیخته کردن هیجان)،
- تحریک شناختی (Cognitive Stimulation Therapy = CST): درمان گروهی یا انفرادی برای افراد مبتلا به دمانس خفیف تا متوسط است. CST از فعالیت‌های مرتبط با موضوع، محرکات ذهنی با هدف بهبود عملکرد شناختی (مثلاً تفکر، تمرکز و حافظه) استفاده می‌کند. افراد به طور فعالانه در محیط‌های مناسب در قالب گروه‌های کوچک و یا انفرادی مشغول می‌شوند.

ب- مداخلات غیرمستقیم گفتار و زبان برای افراد مبتلا به دمانس

- استفاده از تکنولوژی رایانه‌ای: (برای حمایت از حافظه شامل تلفن‌های هوشمند، تبلت، ساعت‌های هوشمند، ساعت و تقویم، و برنامه‌های کاربردی رایانه‌ای یا موبایلی، واقعیت درمانی، استفاده از ویدئوهای تاریخچه خانگی)
- افزایش درک زبان: ملاحظات زبان‌شناختی در خصوص ساخت زبان، محتوای زبان و کاربرد زبان
- افزایش تولید گفتار: استفاده از راهبرد «اینجا و حالا»، صحبت درباره اشیاء موجود و قابل دید، استفاده از راهکارهای کاهش بار حافظه
- ملاحظات محیطی (تسهیل درک محرکات، تسهیل خلق و رفتار، فراهم نمودن محیطی امن، استفاده از موسیقی مورد علاقه بیمار، تسهیل جهت یابی، تسهیل در حافظه بعدی)

مداخلات درمانی برای اختلال بلع در افراد مبتلا به دمانس

الف- اقدامات و بررسی های اولیه

- بررسی بینایی: در صورتی که بیمار دچار مشکل بینایی است باید از عینک استفاده کند یا به اپتومتریست و یا چشم پزشک ارجاع داده شود.
- بررسی شنوایی: در صورتی که بیمار از سمعک استفاده می کند باید سالم بودن آن بررسی شود. گوش بیمار از نظر وجود وکس بررسی شود.
- بررسی دندان های بیمار: آیا بیمار از دندان مصنوعی استفاده می کند و آیا سالم است؟ بررسی بهداشت دهان واجب است.

ب- روش های جبرانی بلع درمانی

- تغییر وضعیت سر و گردن هنگام بلع
- کاهش سرعت ارائه مواد غذایی به بیمار
- کاهش حجم ماده غذایی ارائه شده به بیمار
- استفاده از وسایل مناسب اختلال بلع (مانند قاشق یا لیوان مخصوص) با مشورت متخصص کاردرمانی
- اصلاح وضعیت محیطی و اصلاح آن مثل کنترل noise محیط، کنترل حواس پرت کن ها
- اصلاح رژیم غذایی: مانند پرهیز از مواد غذایی جامد، استفاده از مواد غذایی آبدار، استفاده از مواد غذایی حاوی پروتئین و کربوهیدرات و عناصر لازم با مشورت متخصص تغذیه
- استفاده از تحریکات الکتریکی (NMES): در صورتی که در ارزیابی ضعف عضلانی مشاهده شود.
- تحریکات لمسی دمايي (Thermal Tactile Oral Stimulation (TTS)

ج- روش های توانبخشی بلع

مانورهای بلع مستقیم:

- بلع سوپراگلوتیک (Supraglottic swallow)
- بلع با تفل و فشار (Effortful swallow)
- مانور مندلسون (Mendelsohn maneuver)

تمرینات تقویت عضلات درگیر در بلع

- تقویت زبان (Tongue strengthening)
- تمرین شاگرد (Shaker head raise)
- تمرین تقویت عضلات بازدمی (Expiratory muscle strength training (EMST)

مشاوره گفتار درمانی

- مشاوره باید با خانواده بیمار در ابعاد زیر انجام پذیرد:
- تبیین بیماری شامل علت، علائم و ملاحظات رفتاری
 - توضیح در مورد انواع دمانس
 - آموزش خانواده در خصوص نحوه برقراری ارتباط با بیمار
 - توانایی های باقیمانده بیمار و استفاده بهینه از آنها
 - با کمک یک روانشناس مشکلات رفتاری و خلقی مانند استرس، اضطراب، افسردگی و حساسیت خانواده باید مورد حمایت قرار گیرد.
 - تغییرات مرتبط با سن بیمار شامل مشکلات بلع و ضعف عضلات دهانی و خلقی برای جویدن و عمل بلع باید برای خانواده بیمار توضیح داده شود.

- نحوه انجام تمرینات شامل تمرینات گفتار، زبان و شناخت و همچنین تمرینات بلع باید بطور کامل برای خانواده و بیمار توضیح داده شوند.

شنوایی شناسی

ارزیابی

ارزیابی پایه شنوایی شامل تعیین آستانه شنوایی از طریق راه استخوانی و از طریق هوا در فرکانس های ۲۵۰ تا ۸۰۰۰ هرتز و ارزیابی عملکرد گوش میانی.

مداخلات

تجویز سمعک که در صورت وجود کم شنوایی و عدم امکان درمان پزشکی آن. همچنین کنترالاندیکاسیون های تجویز سمعک نیز نباید وجود داشته باشد.

مشاوره

شامل ارایه توضیحات و راهنمایی های لازم در ارتباط با وضعیت شنوایی فرد و نوع درمان لازم و نهایتا نحوه بهره مندی از سمعک و سایر کمک افزارهای شنوایی است.

پرستاری در دمانس

- ارزیابی جامع سالمندی (انجام آزمون های MMSE, GDS, BARTHEL, KATZ, AMT و مرتبط با سقوط، بی اختیاری، BRADEN و ...)

- برقراری هماهنگی و ارتباط بین اعضای تیم سلامت به منظور دستیابی به مراقبت تیمی بین رشته ای
- تشخیص نیازهای پرستاری در سطوح سلامت (پیشگیری، درمان، توانبخشی) بیمار بر اساس فهرست NURSING DIAGNOSIS مصوب انجمن جهانی پرستاری و تدوین برنامه مراقبت پرستاری برای هر یک از تشخیص ها
- انجام مداخلات توانبخشی شناختی: برقراری ارتباط درمانی، واقعیت درمانی، خاطره درمانی، استفاده از یادآورها و تمرینات حافظه، تفریح درمانی
- آموزش بیمار
- آموزش خانواده و مراقب خانوادگی در مدیریت مراقبت در منزل
- بازدید منزل و تدوین مراقبت های پرستاری در منزل و
- مشاوره به مراقب خانوادگی برای مراقبت از سلامت خود
- ارزیابی سلامت مراقب خانوادگی
- ارایه مراقبت تسکینی (بیمارستانی، منزل)
- ارایه مراقبت جامع زخم بستر
- در صورت تصمیم تیم سلامت و بر حسب اصول مراقبت Transdisciplinary، ایفای نقش های محول از سوی اعضای تیم سلامت

مددکاری در دمانس

از آنجا که در افراد مبتلا به دمانس، عملکرد اجتماعی فرد سالمند ضعیف شده و احتمال انزوای اجتماعی وی افزایش می یابد طبعا کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی آنان نیز به طور منفی تحت تاثیر قرار می گیرد. بنابراین در مرحله آغازین خانواده و فرد مبتلا به دمانس نیاز به مشاوره دارند تا بتوانند خود را با واقعیت آسیب و پیامدهای بیماری برنظام خانواده انطباق دهند. تمرکز خدمات مددکاری اجتماعی در این حوزه در میان مدت و بلند مدت با محوریت حمایت از خانواده برای بهبود عملکرد فردی و اجتماعی فرد دمانس می باشد.

اهداف

- ارتقاء عملکرد فردی - اجتماعی، شغلی، خانوادگی افراد دارای دمانس و خانواده های آنان (شبکه سازی)
- تسهیل شرایط به منظور بازگشت به زندگی عادی
- تقویت شبکه اجتماعی افراد دارای دمانس و خانواده های آنان (شبکه سازی)
- ایجاد فرصت جهت دسترسی عادلانه به منابع حمایت اجتماعی
- تقویت مهارت های اجتماعی و خود مراقبتی در افراد

مداخلات مددکاران اجتماعی

۱. برقراری ارتباط همدلانه و توأم با اعتماد با بیمار و خانواده
۲. ارزیابی جامع از بیمار (ارزیابی جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی از بیمار و ارزیابی احتمال سوء رفتار و آزار) که با استفاده از ابزارهای جمع آوری اطلاعات مانند مصاحبه (با بیمار، خانواده و مراقب)، مشاهده، مطالعه پرونده بالینی و شرح مداخلات سایر اعضای تیم توانبخشی و بازدید از منزل انجام می شود.
۳. نکته: برنامه کمکی و مداخله ای متناسب با ویژگی ها و مشکلات خاص فرد مبتلا به دمانس تدوین می شود.
۴. شناسایی مسائل و مشکلات بیمار و اولویت بندی نیازها با استفاده از ابزارهای نیازسنجی و توجه به هرم نیازهای مازلو
۵. شناسایی منابع حمایتی و امکانات محیطی، خانوادگی و اجتماعی، ظرفیت ها و توانمندی های در دسترس و باقیمانده برای سالمند مبتلا به دمانس
۶. حمایت یابی و ارجاع به سازمان ها و نهادهای حمایتی جهت استفاده و برخورداری از ظرفیت های امدادی و رفاهی یا ارجاع به نهادهای قضایی و حقوقی جهت پیگیری موارد آزار و غفلت نسبت به بیمار
۷. ارائه منابع اطلاعاتی لازم به بیمار و مراقب وی جهت آگاهی بیشتر از بیماری و خدمات موجود برای مبتلایان
۸. آموزش در حیطه هایی نظیر حفظ روابط اجتماعی، مراقبت های اجتماعی، غلبه بر تنش های محیط، خود مراقبتی و کاهش استرس های ناشی از نگهداری از بیمار و ...
۹. اطلاع رسانی و آموزش در سطح جامعه از طریق برنامه های اجتماع محور
۱۰. تشکیل جلسات گروهی آموزشی و مشاوره ای برای بیمار و خانواده ها و مراقبین آنان (با رویکردهای توانمندسازی، سیستمی، ساختاری، کنش متقابل و ...).
۱۱. ارائه حمایت از بیمار و خانواده آنان برای انجام فعالیت های اجتماعی در منزل یا مراکز خارج از منزل
۱۲. مشارکت با تیم درمان جهت ترخیص ایمن بیمار (نظیر اطمینان از بازگشت بیمار در محیط امن)
۱۳. شناسایی شکاف ها در ارائه خدمات و انعکاس آن به مسئولین
۱۴. پیگیری پس از ترخیص از طریق بازدید منزل و یا تلفنی به منظور کاهش پیامدهای ناشی از بیماری
۱۵. پایش و ارزشیابی مداخلات مددکاری اجتماعی صورت گرفته برای بیمار و خانواده (بر اساس دستیابی با اهداف)
۱۶. مستند سازی و ارائه گزارش های تحلیلی

تغذیه در دمانس

۱. ارزیابی کامل تغذیه ای به شرح زیر انجام شود:

شرح حال (از مراقب بیمار پرسش شود):

- ارزیابی دریافت غذا با استفاده از پرسشنامه یادآمد ۲۴ ساعت خوراک و پرسش در مورد دریافت گروه های غذایی و منابع اسیدهای چرب امگا-۳ و plate rating
- بررسی دریافت مکمل ها
- بررسی میزات تغییرات وزن

- ارزیابی مشکلات دستگاه گوارش (تهوع، استفراغ، اسهال، رفلاکس، بی‌اشتهایی، اختلال بلع، مشکلات دهانی)
- ارزیابی رفتار غذاخوردن با استفاده از پرسشنامه ادینبرگ و غربالگری علائم دیس فاژی (احساس خفگی، سرفه، خشونت صدا، تاخیر در بلع، آبریزش از دهان)
- Intake/output (میزان دریافت مواد غذایی و مایعات / میزان دفع مدفوع و ادرار به صورت روزانه)
- بررسی سایر دستگاه‌های بدن
- اندازه‌گیری های تن سنجی
- قد و وزن و محاسبه BMI
- اندازه‌گیری دور ساق، محیط دور بازو و در صورت امکان چربی زیر جلدی، توده عضلانی، ادم، قدرت و عملکرد عضلانی
- آزمایشات بیوشیمیایی (vitD (OH), ۲۵, VitB_{۱۲}, Folic acid, FBS, Cr, Bun, K, Na, diff/CBC) (برحسب شرح حال و علائم بالینی در صورت لزوم انجام شود). (در صورتی که این آزمایشات قبلاً برای بیمار انجام شده است، نیازی به ارزیابی مجدد نمی‌باشد).

۲. در صورتی که سوء تغذیه پروتئین انرژی (PEM) تشخیص داده شد اقدامات مناسب شامل تنظیم رژیم غذایی مناسب، غنی کردن غذاها، افزایش تعداد وعده‌های غذایی، آموزش مراقب و در صورت نیاز تغییرات محیطی و تجویز مکمل‌های تغذیه‌ای خوراکی (مانند انشور، گلو سرنا، انترامیل و ...) و تجویز مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی ریزمغذی‌ها به میزان RDA توسط کارشناس تغذیه انجام شود. از تجویز آهن و مس به بیمارانی که در معرض آنمی نیستند، خودداری شود.
 ۳. مکمل اسیدهای چرب امگا-۳ در صورتی که دریافت غذایی آن پایین است، تجویز شود. (به میزان ۲۰۰-۵۰۰ میلی گرم EPA در روز و با توجه به داروهای مصرفی بیمار)
 ۴. در صورتی که بیمار براساس شرح حال، معاینه فیزیکی و یا آزمایشات دچار کمبود ماده مغذی ویژه‌ای است، کمبود برطرف شود (توجه ویژه به ویتامین‌های اسید فولیک، کوبالامین و پیریدوکسین و امگا-۳) انجام شود.
 ۵. در صورت وجود مشکل در بلع، با توجه به شدت آن تغییر در رژیم غذایی و توصیه‌های لازم انجام شود.
 ۶. در صورتی که رفتار غذا خوردن غیرطبیعی است، توصیه‌های لازم انجام شود.
- لازم به ذکر است که براساس مطالعات انجام شده، به طور کلی مکمل‌های ریزمغذی و یا درشت مغذی به صورت منفرد در بهبود شناخت بیمارانی اثری ندارند و تجویز آنها به منظور برطرف کردن کمبود تغذیه‌ای و پیشگیری از عوارض مرتبط صورت می‌گیرد.
 - براساس نظر متخصصین، غذای دارویی souvenaid حاوی برخی ویتامین‌ها، اسیدهای چرب امگا-۳، کولین، اوریدین، انرژی و پروتئین می‌تواند در موارد MCI و دمانس خفیف تا متوسط موثر باشد.
 - در موارد خاص با مشورت با پزشک معالج و تحت نظارت پزشک، در موارد خفیف تا متوسط آلزایمر (و نه سایر اختلالات شناختی) دوزهای بالای ویتامین E با در نظر گرفتن عوارض و ریسک آن می‌تواند توصیه شود.

تغذیه در پیشگیری از MCI و دمانس

- تغذیه در تمام طول زندگی از دوران جنینی تا سنین بالاتر می‌تواند بر خطر ابتلا به دمانس موثر است.
- وزن کم هنگام تولد و رشد کم در سال‌های اولیه زندگی با توانایی کمتر شناختی در بزرگسالی همراه است همچنین طول بیشتر پاها و دور جمجمه بزرگتر که نشانگر تکامل مطلوب در ابتدای زندگی است، با شیوع کمتر دمانس همراه است.
- چاقی در میان‌سالی با افزایش خطر ابتلا به دمانس در سنین بالاتر ارتباط دارد. بنابراین پیشگیری و درمان آن در میان‌سالی توصیه می‌شود، اما در سالمندی، اضافه وزن خطر ابتلا به دمانس را کاهش می‌دهد، در سالمندان کاهش وزن جز در شرایط خاص توصیه نمی‌شود. در صورت کاهش وزن یا کم وزنی در سالمندان لازم است از نظر شناختی بررسی شوند.
- براساس شواهد موجود، پیروی از رژیم غذایی مدیترانه‌ای خطر ابتلا به دمانس را کاهش می‌دهد. در رژیم غذایی مدیترانه، غذای اصلی مصرفی در طول روز، شامل غلات کامل، سبزی‌ها، میوه‌ها، حبوبات، مغزها، روغن‌های سالم مانند زیتون و آدویه‌هاست. ماهی و غذاهای دریایی حد اقل دو بار در هفته استفاده می‌شوند. محصولات لبنی به ویژه غذاهای تخمیری مانند ماست و پنیر سنتی

در اندازه های متوسط به وفور استفاده می شوند. ماکیان و تخم مرغ بخشی از رژیم مدیترانه ای هستند، در حالیکه گوشت قرمز و شیرینیجات به ندرت مصرف می شوند. آب هم نوشیدنی معمول در این رژیم می باشد. به طور کلی پیروی از رژیم های غذایی سالم و پیشگیری از کمبودهای تغذیه ای با تمرکز بر ویتامین های B_6 ، B_{12} ، اسید فولیک، ویتامین C و اسیدهای چرب امگا-۳ توصیه می شود.

توصیه ها در موقعیت های مختلف

۱. کم توجهی

- تذکر شفاهی
- قرار دادن غذا و نوشیدنی در معرض دید
- دادن یک غذا در هر بار
- دادن لقمه های کوچک
- استفاده از غذاهای نرم برای کاهش نیاز به جویدن
- دادن غذا در محیط خلوت
- به حداقل رساندن پرت شدن حواس بیمار
- استفاده از ظروف ساده مانند ظروف سفید
- استفاده از قاشق و کاسه

۲. راه رفتن در هنگام غذا خوردن

- دادن غذاهای انگشتی
- استفاده از فنجان دردار

۳. بیمار پر خاشگراست

- شرایط تحریک کننده را پیدا کنید و سعی کنید آن را حذف کنید.
- از بشقاب های نشکن استفاده نکنید.
- به رفتار درست پاداش بدهید.

۴. بیمار به طور مداوم می جود:

- بعد از هر لقمه به او تذکر دهید.
- لقمه های کوچک به او بدهید.

۵. بیمار اشیاء غیر خوراکی مصرف می کند

- اشیاء غیر خوراکی را دور از دسترس قرار دهید.
- غذاهای انگشتی به بیمار بدهید.

۶. بیمار سریع غذا می خورد:

- عدم استفاده از غذاهایی که نیاز به جویدن زیاد داشته باشد.
- قاشق یا فنجان کوچکتر استفاده کنید.
- غذاها را جداگانه بدهید.

۷. بیمار آهسته غذا می خورد:

- به او تذکر دهید که سریع تر غذا بخورد.
- ظروف عایق دار استفاده کنید.

۸. بیمار فراموش می‌کند غذا را بلع کند

- به او تذکر دهید.
- قبل از لقمه بعدی توجه کنید غذا را بلع کرده باشد.

۹. بیمار ابراز احساسات غیر عادی دارد

- این رفتار نادیده گرفته شود و با بیمار صحبت شود.
- محیطی آرام فراهم شود.

۱۰. بیمار دائما در حال راه رفتن است

- در کنار بیمار بنشینید.
- قبل از غذا ورزش هوازی انجام شود.
- محل غذا خوردن عوض شود.
- غذاهای انگشتی داده شود.
- فنجان در دست استفاده شود.

۱۱. بیمار با غذا بازی می‌کند

- غذاها تک تک داده شود.
- هر بار لیوان تا نیمه پر شود.
- غذاهای انگشتی داده شود.

۱۲. بیمار سوء ظن دارد

- در ظروف دربسته غذا سرو شود.
- دارو داخل غذا ریخته نشود.
- همیشه غذا به شکل ثابت ارائه شود.

۱۳. بیمار غذا را بیرون پرتاب می‌کند:

- توانایی جویدن و بلعیدن بررسی شود.
- به او گفته شود این کار را انجام ندهد.
- در هنگام غذا خوردن تحت نظر باشد.

۱۴. بیمار به اتاق غذاخوری نمی‌رود:

- علت آن سوال شود.
- مکان غذا خوردن تغییر کند.
- غذا داخل اتاق سرو شود.

1. Sharifi F, Fakhrazadeh H, Varmaghani M, Arzaghi SM, Alizadeh Khoei M, Farzadfar F, Taheri Tanjani P. Prevalence of Dementia and Associated Factors among Older Adults in Iran: National Elderly Health Survey (NEHS). Arch Iran Med. 2016 Dec;19(12):838844-. PMID: 27998158.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry, 11th edition, New York, NY, US, Lippincott Williams and Wilkins, 2015
3. Pedretti Occupational Therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction
4. Evidence-based occupational therapy for people with dementia and their families: What clinical practice guidelines tell us and implications for practice
5. Kim SY, Yoo EY, Jung MY, Park SH, Park JH. A systematic review of the effects of occupational therapy for persons with dementia: a meta-analysis of randomized controlled trials. NeuroRehabilitation. 2012;31(2):10715-. doi: 10.3233/NRE-20120779-. PMID: 22951704.
6. Ciro CA, Dung Dao H, Anderson M, Robinson CA, Hamilton TB et al. (2014) Improving Daily Life Skills in People with Dementia: Testing the STOMP Intervention Model. J Alzheimers Dis Parkinsonism 4:165. doi: 10.4172/20460.1000165-2161 /
7. Kathryn Bayles, Kimberly McCullough, Cheryl Tomoeda. Cognitive-Communication disorders of MCI and Dementia, definition, assessment, and clinical management, Third edition, pluralpublishing, 2020.
8. Thomas Murry, Karen Chan, Ricardo L. Carrau. Clinical Management of Swallowing Disorders, Fifth Edition, pluralpublishing, 2020.
9. Clinical Practice Guidelines for Management of Dementia. K.S. Shaji, P.T. Sivakumar, I G. Prasad Rao and Neelanjana Paul. Indian J Psychiatry. 2018 Feb; 60(Suppl 3): S312-S328
10. Clinical Practice Guidelines for Dementia in Australia: Published: February 2016
11. Practical Guidelines for the Recognition and Diagnosis of Dementia. James E. Galvin, Carl H. Sadowsky. JABFM May-June 2012 Vol. 25 No. 3
12. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. S. Sorbia, J. Hortb, T. Erkinjunttic, d, T. Fladbye, f, G. Gainottig, H. Gurvith, B. Nacmiasa, F. Pasquieri, B. O. Popescuj, I. Rektorovak, D. Religal, m, R. Rusinan, M. Rossoro, R. Schmidtp, E. Stefanovaq, J. D. Warreno, P. Scheltensr European Journal of Neurology © 2012 EFNS
13. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of dementia. Serge Gauthier, MD, Christopher Patterson, MD, Howard Chertkow, MD, Michael Gordon, MD, Nathan Herrmann, MD, Kenneth Rockwood, MD, Pedro Rosa-Neto, MD, PhD, and Jean-Paul Soucy, MD. Can Geriatric J. 2012 Dec; 15(4): 120126-
14. Age-specific norms for the Mini-Mental State Exam. Bleecker ML1, Bolla-Wilson K, Kawas C, Agnew J. Neurology. 1988 Oct; 38(10):15658-.
15. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. Rosa M. Crum, MD, MHS; James C. Anthony, PhD; Susan S. Bassett, PhD; et al Marshal F. Folstein, MD. JAMA. 1993; 269(18):23862391-
16. Montreal Cognitive Assessment for the diagnosis of Alzheimer's disease and other dementias Cochrane Systematic Review -Diagnostics Version published: October 29, 2015
17. A practical algorithm for managing Alzheimer's disease: what, when, and why? Jeffrey L Cummings, Richard S Isaacson, Frederick A Schmitt, and Drew M Velting Ann Clin Transl Neurol. 2015 Mar; 2(3): 307323-
18. Increasing Precision of Clinical Diagnosis of Alzheimer's disease Using a Combined Algorithm Incorporating Clinical and Novel Biomarker Data. Marwan N. Sabbagh. Fen. LueDaniel FayardJiong Shi. July 2017, Volume 6, Supplement 1, pp 8395-
19. Physician Guidelines for the Screening, Evaluation, and Management of Alzheimer's disease and Related Dementias. Created by THE ALZHEIMER'S PROJECT CLINICAL ROUNDTABLE December 2018 Second Edition.
20. World Alzheimer Report 2016. www. Alz.co.uk /research /files / WorldAlzheimerReport2016
21. Dementia and Cognitive Impairment: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Julie Hugo, MD and Mary Ganguli, MD. Clin Geriatric Med. 2014 Aug; 30(3): 421442-
22. FIRST PRACTICE GUIDELINES FOR CLINICAL EVALUATION OF ALZHEIMER'S DISEASE AND OTHER DEMENTIAS FOR PRIMARY AND SPECIALTY CARE ALZ.org 2018. Sub-clinical-practice-guidelines.
23. practical algorithm for managing Alzheimer's disease: what, when, and why? Jeffrey L Cummings, Richard S Isaacson, Frederick A

- Schmitt, Drew M Velting *Ann Clin Transl Neurol*. 2015 Mar; 2 (3): 307–323.
24. Present Algorithms and Future Treatments for Alzheimer's disease. George T. Grossberg, a,* Gary Tong, b Anna D. Burke ,c and Pierre N. Tariotd. *J Alzheimer's Dis*. 2019; 67 (4): 1157–1171.
 25. Donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's disease. Technology appraisal guidance. Published date: 23 March 2011 last updated: 20 June 2018. NICE Guidance
 26. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline Published: 20 June 2018. www.nice.org.uk/guidance/ng97
 27. Dementia Management Quality Measurement Set Update. <https://www.AAN.com/policy-and-guidelines/quality/quality-measure>. Approved by the AAN Quality and Safety Subcommittee on April 7, 2016
 28. Guidance on initiating the Prescribing of Donepezil in Primary Care. NHS ENGLAND 1st edition on September 2013
 29. Guidance for the prescribing of donepezil, galantamine, rivastigmine and memantine for the treatment of Alzheimer's. www.southworceccg.nhs.uk
 30. Guidance for the prescribing of donepezil, galantamine. www.southworceccg.nhs.uk
 31. Dementia assessment and diagnosis – NICE Pathways [https://pathways.nice.org.uk/pathways/NICE Pathway](https://pathways.nice.org.uk/pathways/NICE%20Pathway) last updated: 27 June 2019
 32. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Dement*. 2011 May; 7 (3): 263–269.
 33. Shared Care Guideline – NHS Cambridge shire and... <https://www.cambridgeshireandpeterboroughccg.nhs.uk>
 34. Exelon (rivastigmine) dosing, indications, interactions. <https://reference.medscape.com/exelon-oral-solution-rivastigmine>
 35. Evaluation of Suspected Dementia. NATHAN FALK, MD, and ARIEL COLE, MD, Florida Hospital Family Medicine Residency, Winter Park, Florida. JASON MEREDITH, MD, Offutt Air Force Base Family Medicine Residency, Offutt Air Force Base, Nebraska. *Am Fam Physician*. 2018 Mar 15; 97 (6): 398–405.
 36. Guidelines for care | Alzheimer Society of B.C. July 5, 2019 – Provincial guide to dementia care in British Columbia
 37. Clinical practice with anti-dementia drugs. A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology [www.bap.org.uk/www.bap.org.uk/pdfs/BAP_Guidelines-AntiDementia by J T O'Brien – 2017](http://www.bap.org.uk/www.bap.org.uk/pdfs/BAP_Guidelines-AntiDementia%20by%20J%20T%20O'Brien-2017.pdf)
 38. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. Volume 17 issue 10 October 2010. Pages 1236–1248
 39. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. Ronald C. Petersen, MD and et al. *Neurology*. 2018 Jan 16; 90 (3): 126–135
 40. Treatment of Alzheimer Disease. Bradford T. Winslow, MD and et al. *Am Fam Physician*. 2011 Jun 15; 83 (12): 1403–1412.
 41. Clinical Practice Guideline on the Comprehensive Care of People with Alzheimer's disease and other Dementias. Clinical Practice Guidelines in the NHS Ministry of Health, social services and equality. Published by: Ministry of Science and Innovation INOP: In process Copyright deposit. B. 34.475–2011
 42. Clinical Practice Guideline for Dementia. Clinical Research Center for Dementia of South Korea. Jkma-54861--s002
 43. Treatment of dementia – UpToDate. www.uptodate.com Jun 19, 2019
 44. Noroozian M, Reisberg B, Farhadi A, Sharifi F, Sadeghi Zangeneh A, Mohammadi M. Translation and psychometric evaluation of a Persian version of the functional assessment staging scale (I-FAST) in older patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease in Iran. *Acta Neurol Belg*. 2021 Jun 21. doi: 10.1007/s137602021-01686-. Epub ahead of print. PMID: 34152582.
۴۵. سیدیان مازیار، فلاح مهتاب، نوروزیان مریم، نجات سحرنا، دلاور علی، قاسم زاده حبیب اله. تهیه و تعیین اعتبار نسخه فارسی آزمون کوتاه وضعیت ذهنی. فصلنامه مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، زمستان ۱۳۸۶، دوره ۲۵، شماره ۴، صفحه ۴۰۸ تا صفحه ۴۱۴.