

— اختتامیه —
پویش آگاهی بخشی
عوامل پیشگیری کننده از
دمانس

سخنران



خانم دکتر سیده صالحه مرتضوی

رئیس اداره سلامت سالمندی
وزارت بهداشت

موضوع ویدئو

از شناسایی خطر تا اقدام؛
جایگاه PHC و ICOPE در پیشگیری از دمانس



تاریخ
۱۴۰۵/۰۷/۱۴
دوشنبه



ساعت
۱۲-۱۰



لینک ویدئو

<https://skyroom.online/ch/gmu/salmand>

برای فردایی که یادمان می ماند

جایگاه PHC و ICOPE در پیشگیری از دمانس

سیده صالحه مرتضوی

دانشیار سالمندشناسی

رئیس مرکز تحقیقات سلامت روان سالمندی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

In this presentation

- A brief about ICOPE approach
- Care pathway to manage cognitive decline
- Iran's Ministry of Health Policies

Understanding ICOPE: Origins and Core Principles

- The Integrated Care for Older People (ICOPE) initiative was launched by the World Health Organization (WHO) in 2015.
- Its mission is to promote healthy aging through integrated, person-centered care.
- ICOPE emphasizes the importance of addressing the multi-faceted needs of older individuals, encompassing physical, mental, social, and functional aspects.
- It recognizes that older adults often face multiple health issues, requiring a holistic and comprehensive approach to care.



What is ICOPE?

- 1 Focus on Function instead of Diseases
Tailored to intrinsic capacity and functional ability decline.
- 2 Person-Centered Care
Tailored to individual needs and preferences.



Paradigm Shift: Traditional Model vs ICOPE

Traditional / Disease-Centered

- Focus on diagnosing and treating individual diseases
- Fragmented care by different specialists
- Reactive – waits for problems to appear
- Limited attention to what the person values in life
- Older person is a passive recipient of care

ICOPE Approach

- Focus on maintaining capacity and function
- Integrated, person-centred care pathway
- Proactive – screens for early declines
- Prioritizes what the person values in life
- Older person is an active partner in care

Why ICOPE Matters

Early detection

Identifies declines in capacity before significant dependency develops

Person-centred

Puts the older person's goals and values at the centre of care decisions

Integrated action

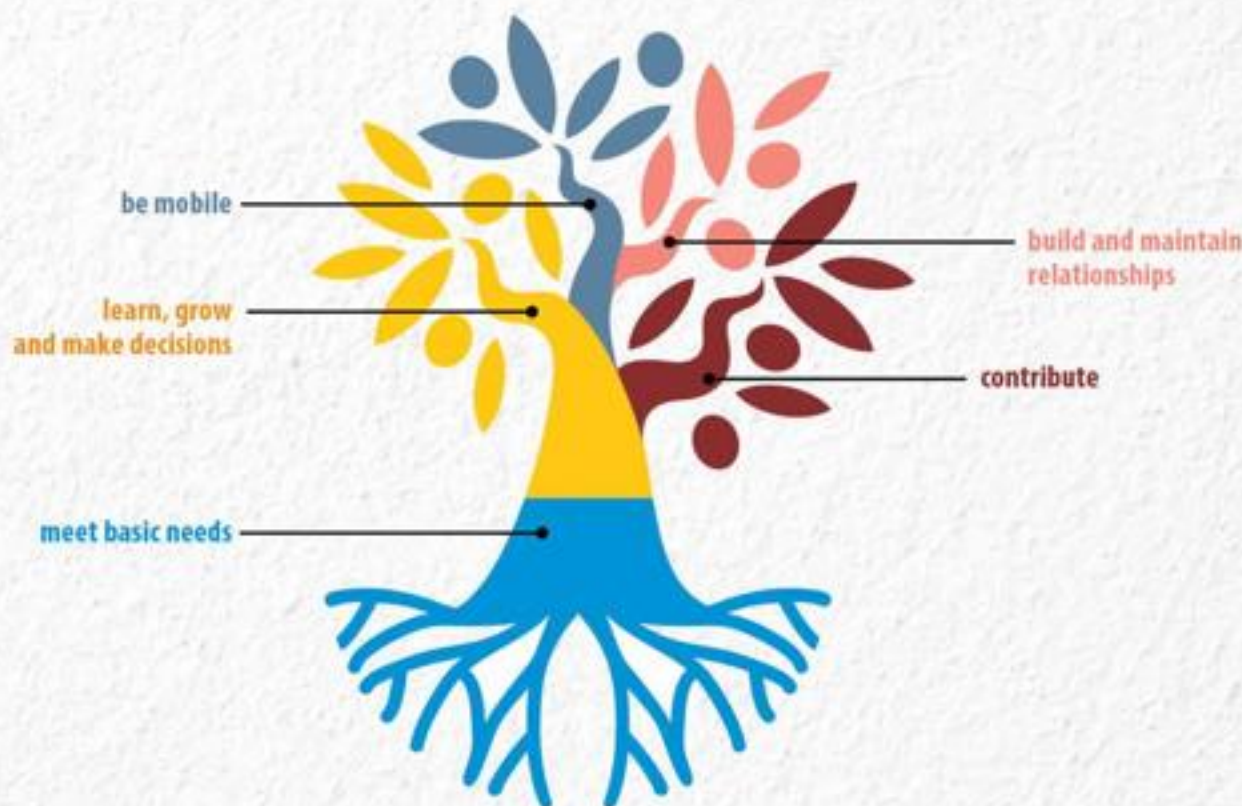
Coordinates health, social care and community support around one plan

Healthy Ageing

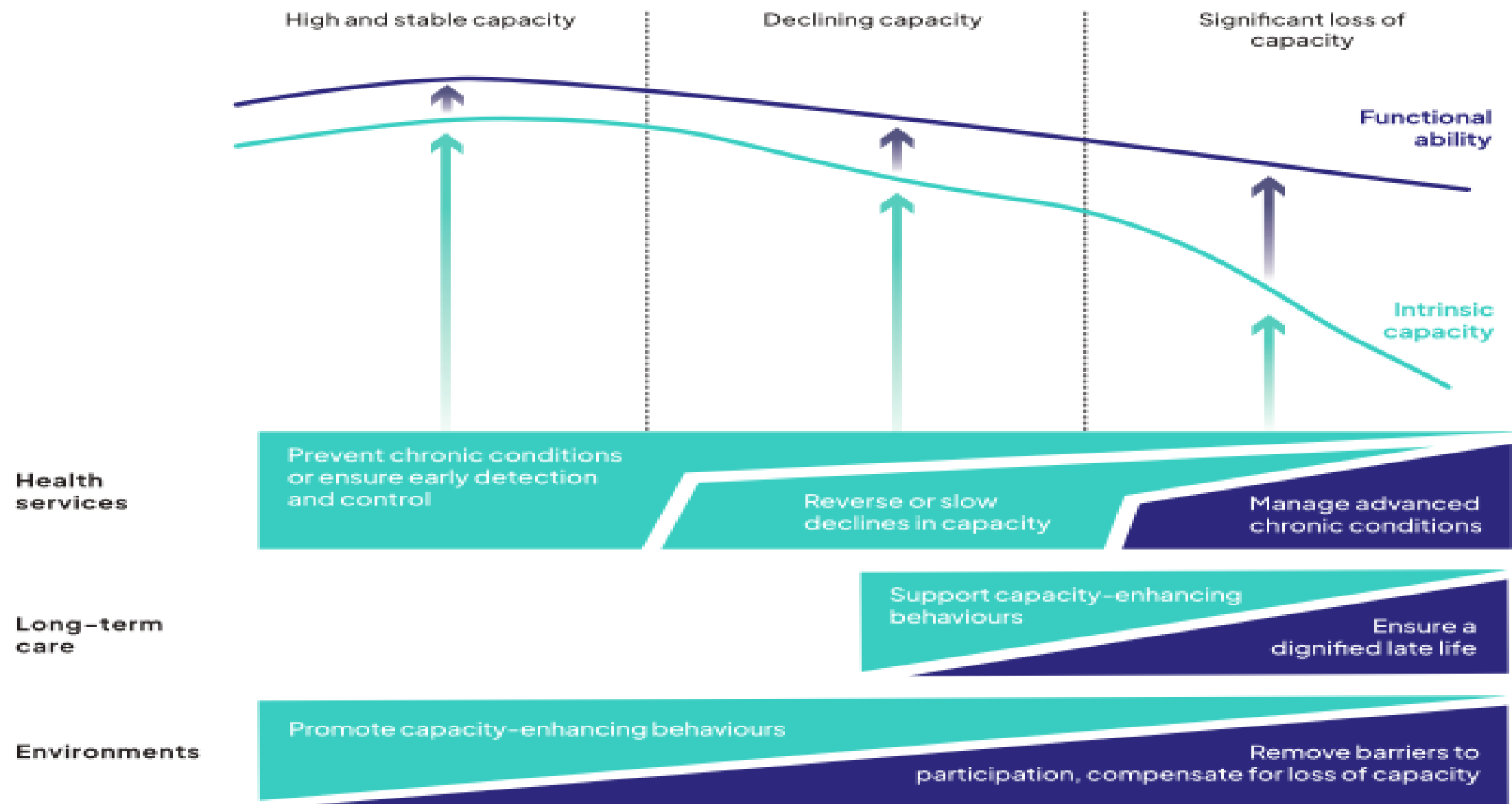
Supports the WHO vision of maintaining functional ability across the life course

Domains of Functional Ability

In creating age-friendly environments, the focus lies on five strongly interconnected domains.

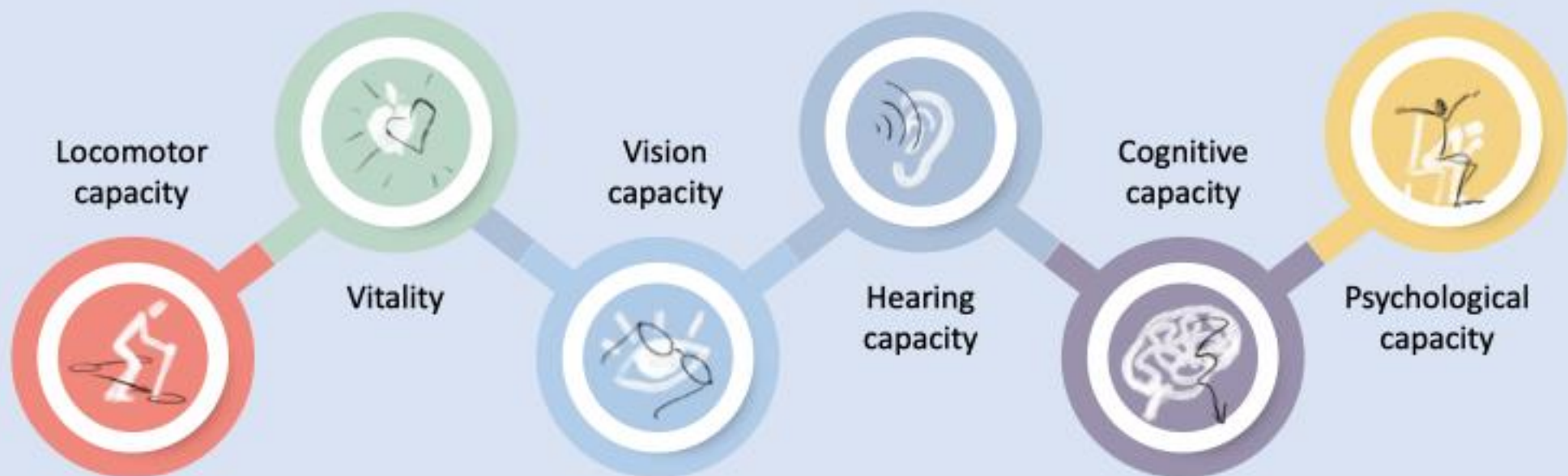


Together these abilities enable older people to age safely in a place that is right for them, to continue to develop personally, to contribute to their communities and to retain their autonomy and health.



Domains of Intrinsic Capacity (Physical and Mental Capacities)

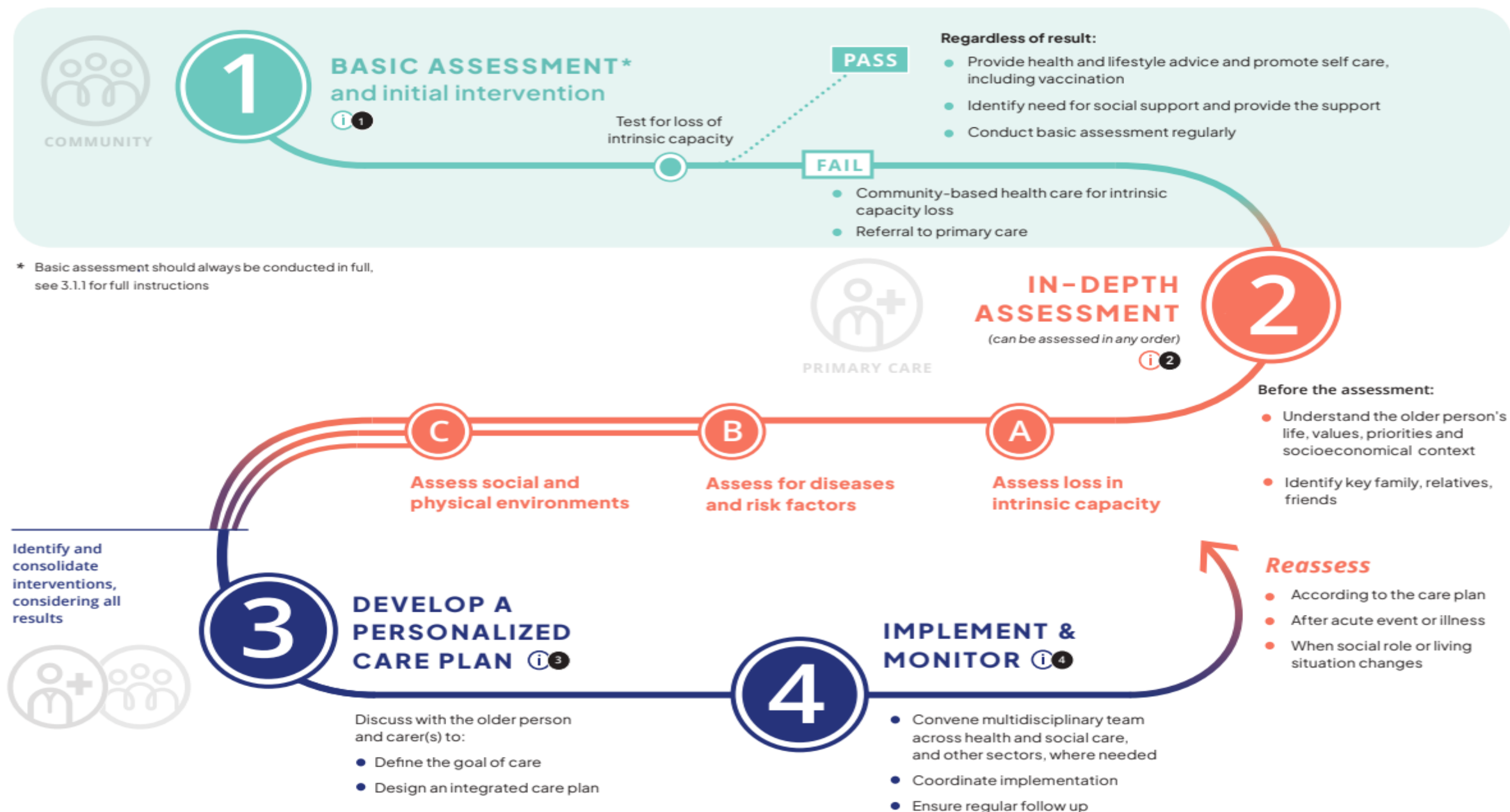
Declines in intrinsic capacity are expressed very frequently by common impairments in older age such as difficulties with:



5 Steps of the ICOPE program



The ICOPE care pathway in primary care



* Basic assessment should always be conducted in full, see 3.1.1 for full instructions



5

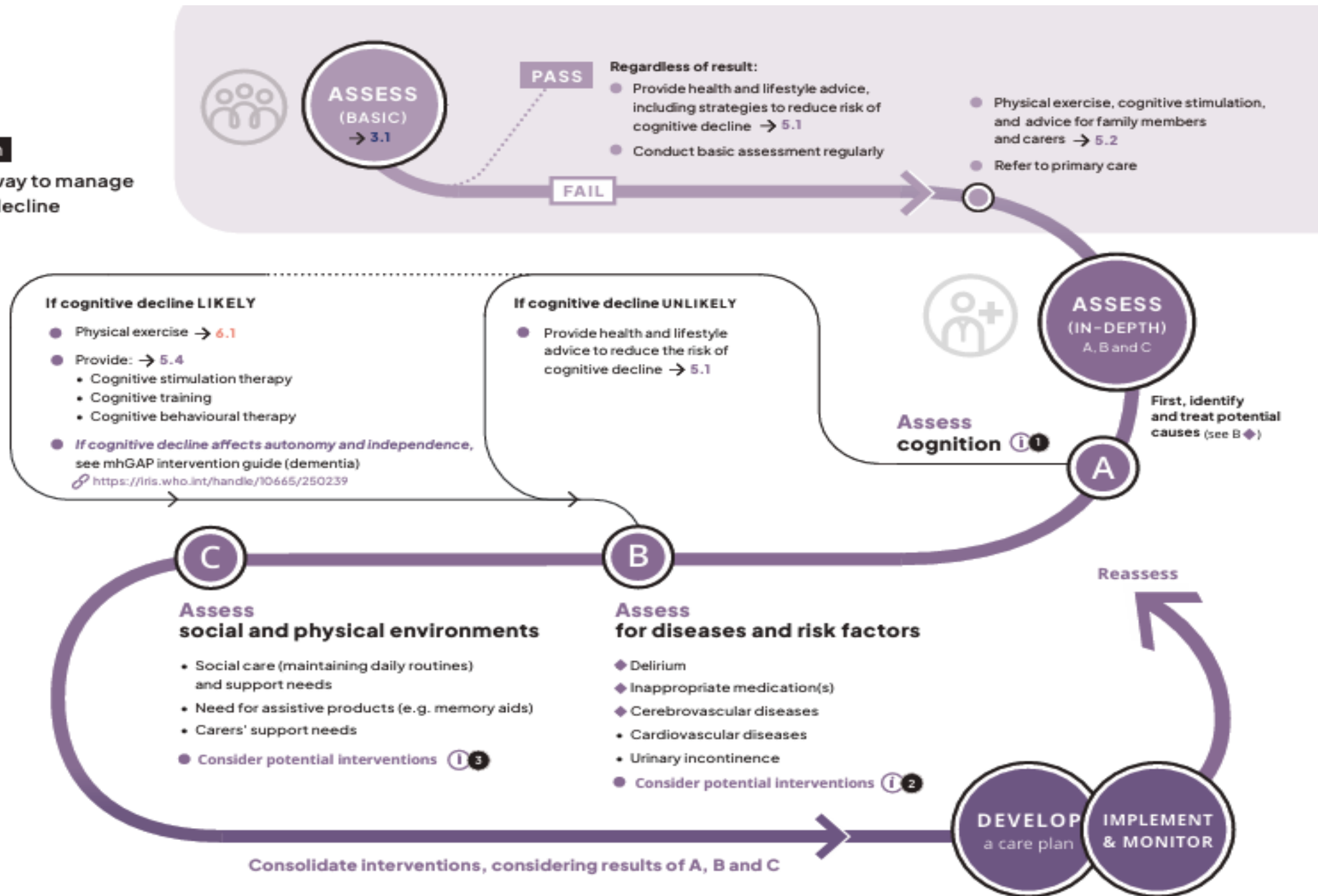
Cognition

Care pathway to manage
cognitive decline

5

Cognition

Care pathway to manage cognitive decline



Basic assessment for loss of intrinsic capacity

	Filter question If YES, proceed for in-depth assessment (Step 2)	Tests	Assess fully any domain with a checked circle	Pass
5 Cognitive decline (Cognition)	Do you have problems with memory or orientation (such as not knowing where you are or what day it is)?	Remember three words (use nouns, for example): flower, door, rice. Orientation in time and space: What is the full date today? Where are you now (home, clinic, etc.)? - Recalls the three words?	☐ Wrong to either question or does not know ☐ Cannot recall all three words	☐ Correct to both questions
6 Limited mobility (Locomotor capacity)		Chair rise test Rise from chair five times without using arms. Did the person complete five chair rises within 14 seconds?	☐ No	☐ Yes
7 Undernutrition (Vitality)		Weight loss Have you unintentionally lost more than 3 kg over the last 3 months? Appetite loss Have you experienced loss of appetite?	☐ Yes ☐ Yes	☐ No to both questions
8 Vision impairment (Vision)	Do you have any problems with your eyes: difficulties in seeing far or near*, eye pain or discomfort? Do you have diabetes, or hypertension, or are currently using steroids or eye medications? *with spectacles if normally worn	External eye check Visual acuity test using WHO vision screening chart*: - Distance vision (6/12 for each eye) - Near vision (N6 for both eyes)	☐ Fail ☐ Fail	☐ Pass ☐ Pass for both distance and near vision
9 Hearing loss (Hearing)	Do you have a hearing problem? For those using a hearing aid(s) add, "even when using your hearing aid(s)".	Whisper test or Screening audiometry or Digits-triplet-in-noise test	☐ Fail	☐ Pass
10 Depressive symptoms (Psychological capacity)		Over the past 2 weeks, have you been bothered by either of the following: - Feeling down, depressed or hopeless? - Little interest or pleasure in doing things?	☐ Yes ☐ Yes	☐ No to both questions

ارزیابی پایه کاهش ظرفیت شناختی (ICOPE Step 1)

سؤال غربالگری:

آیا مشکل حافظه یا جهت‌یابی دارید؟ (مثلاً ندانستن کجا هستید یا چه روزی است؟)

آزمون‌های ساده قابل انجام در PHC

۱

به خاطر سپردن سه کلمه
گل، در، برنج (یا معادل فارسی)

۲

جهت‌یابی زمان و مکان
تاریخ کامل امروز؟ کجا هستید؟

۳

یادآوری سه کلمه
آیا هر سه کلمه را به یاد می‌آورد؟

نتیجه: اگر هر کدام از سؤالات اشتباه بود یا سه کلمه را به خاطر نیاورد → ارزیابی عمیق‌تر لازم است.

آموزش شیوه زندگی برای کاهش خطر کاهش شناختی

بر اساس بخش ۵.۱ مسیر مراقبت شناختی — ICOPE قابل ارائه توسط بهورز، مراقب سلامت و ذینفعان جامعه

برای افراد با کاهش شناختی احتمالی

- درک ماهیت وضعیت و گزینه‌های درمانی و حمایتی موجود

- فعالیت بدنی منظم (۳-۴ بار در هفته، ۳۰-۴۵ دقیقه، بیش از ۱۲ هفته)
شامل هوازی، تعادل و تقویت عضله (مثل تایچی)

- تحریک شناختی فردی یا گروهی (شطرنج، کلاس زبان و...)

- حمایت عملی از خانواده برای برنامه‌ریزی روزانه و ایمنی منزل

برای همه سالمندان

- مدیریت عوامل خطر بیماری‌های قلبی-عروقی

- تمرین شناختی تکراری برای بهبود حافظه

- فعالیت‌های تحریک شناختی منظم (خواندن، بازی، یادگیری مهارت جدید، موسیقی)

- فعالیت اجتماعی و مشارکت در جامعه (تعامل با نوه، سرگرمی، بحث اخبار)

- مدیریت کم‌شنوایی و افسردگی

Need for specialized knowledge and training

- Management of people with multiple diseases or delirium, and with social contexts, including being socially isolated, that require a more comprehensive approach
- Management of behaviours and psychological symptoms associated with dementia, such as walking about, apathy (appearing uninterested), agitation, aggression, delusions, and hallucinations
- Provision of cognitive behavioural therapy (5.4.3)

i 1 Assess cognition → 5.3

In-depth assessment of cognitive capacity should use a locally validated tool. **Table 5.1** provides a list of options for assessing cognition in primary care facilities.

What is dementia?

Dementia is a chronic and progressive syndrome due to changes in the brain. While Alzheimer disease is the most common form, dementia can be caused by a variety of diseases and injuries to the brain. Dementia results in decline in cognitive functioning, and interferes with memories and skills needed to carry out everyday activities such as washing, dressing, eating and personal hygiene as well as managing finances and personal affairs and household chores. Other common symptoms include deterioration in emotional control, social behaviour and motivation.

→ **Table 5.1** Example of brief cognitive assessment tools for use in primary care

TOOL/TEST	ADVANTAGE	DISADVANTAGE	TIME
https://mini-cog.com/download-the-mini-cog-instrument/ Mini-Cog	Brief; minimal language, educational and racial bias; can be an alternative screening tool	Use of different word lists may affect scoring	2–4 min
https://mocacognition.com/paper/ Montreal cognitive assessment (MoCA)	Can identify mild cognitive impairment; available in multiple languages	Educational and cultural bias; limited published data; and training and cost implications (e.g. copyright)	10–15 min
https://www.parinc.com/products/pkey/237 Mini mental state examination (MMSE)	Widely used and studied	Subject to age and cultural bias; ceiling effects; and training and cost implications (e.g. copyright)	7–10 min
http://gpcog.com.au/index/downloads General practitioner assessment of cognition (GPCOG)	Minimal cultural and educational bias; available in multiple languages	May be challenging to get an informant's report	5–6 min
https://www.dementia.org.au/professionals/assessment-and-diagnosis-dementia/rowland-universal-dementia-assessment-scale-rudas Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS)	Minimal language, educational and socio-cultural bias	Limited published data	10 min

i 2 Interventions for diseases and risk factors → 5.5

- Delirium** → ● Identify cause (severe dehydration, infection, medication, electrolyte metabolic abnormalities) and treat (5.5.1)
- Inappropriate medication(s)** → ● Review medication and withdraw or prescribe alternatives (5.5.2)
- Cerebrovascular and cardiovascular diseases** → ● Management of diseases and reduce risk factors (5.5.3, 5.5.4)
- Urinary incontinence** → ● See UI care pathway → 13

i 3 Interventions for social and physical environment → 5.6

- Social care and support needs** → ● Enable social participation and ability to maintain daily routines (5.6.1)
- ● Provide personal care and support with activities of daily living (11.6)
- ● Identify and manage risk of falls at home and home surroundings (4.2.5)
- Need for assistive products** → ● Provide guidance on memory aids (notes, reminders and calendars) (5.6.2)
- Carer's support needs** → ● Provide advice (5.2.3) and training on how to support an older person with cognitive decline and support for the carers' well-being (12.4)

ارزیابی عمیق شناخت — ابزارهای پیشنهادی ICOPE

از ابزارهای محلی اعتبارسنجی شده استفاده شود. عوامل فرهنگی، زبانی و سطح سواد باید در نظر گرفته شود.

ابزار	مزیت	محدودیت	زمان
Mini-Cog	کوتاه؛ کم تأثیر از زبان و تحصیلات	لیست کلمات مختلف ممکن است امتیاز را تغییر دهد	۲-۴ دقیقه
MoCA	شناسایی اختلال شناختی خفیف؛ چندزبانه	سوگیری فرهنگی/تحصیلی؛ هزینه و آموزش	۱۰-۱۵ دقیقه
MMSE	پرکاربرد و مطالعه شده	سوگیری سنی/فرهنگی؛ اثر سقف؛ هزینه	۷-۱۰ دقیقه
GPCOG	کم سوگیری فرهنگی؛ چندزبانه	ممکن است گزارش مطلع سخت باشد	۵-۶ دقیقه
RUDAS	کم سوگیری زبانی، تحصیلی و فرهنگی	داده‌های منتشرشده محدود	۱۰ دقیقه

۵.۵ ارزیابی و مدیریت بیماری‌ها و عوامل خطر همراه

اولویت: شناسایی و درمان علل reversible قبل از هر تشخیص قطعی. گاهی کار تشخیصی کامل (حتی آزمایش خون) لازم است.

۵.۵.۱ دلیریوم

از دست رفتن حاد و نوسانی توجه و آگاهی + سردرگمی زمان و مکان. عوامل شایع: عفونت، کم‌آبی، داروی جدید، اختلالات متابولیک (هیپوگلیسمی، هیپوناترمی، هیپوتیروئیدی، کمبود ویتامین)، آسیب، مسمومیت یا ترک مواد. در فرد با دمانس، تغییر ناگهانی (نقل مکان، سوگ (می‌تواند محرک باشد).

۵.۵.۲ داروهای نامناسب

تداخل دو یا چند دارو یا ضرر بیشتر از فایده. شامل: ضدافسردگی‌ها، داروهای روان‌پزشکی، دی‌هیدروپیریدین‌ها، آنتی‌هیستامین‌ها و آنتی‌موسکارین‌ها. بازنگری دارو و قطع یا جایگزینی.

۵.۵.۳ بیماری عروقی مغز

ارتباط نزدیک با کاهش شناختی. سابقه سکته یا حمله ایسکمیک گذرا → پیشگیری از رویدادهای بعدی اولویت اصلی برای جلوگیری از کاهش بیشتر شناخت است.

۵.۵.۴ بیماری‌های قلبی-عروقی

فشارخون بالا، دیابت و کلسترول بالا عوامل قابل اصلاح هستند. غربالگری فشارخون در جامعه + تشخیص زودهنگام دیابت در افراد علامت‌دار یا دارای اضافه وزن + حمایت از تبعیت از درمان.

۵.۵.۵ بی‌اختیاری ادرار

در افراد با کاهش شناختی شایع است و باید ارزیابی و مدیریت شود (مسیر مراقبت مربوطه).

Basic assessment of key factors impacting older people's health

	Questions/assessment	Further assessment/ supplementary questions should be considered	Re-ask regularly
11 Social care and support	Home environment Do you have problems with your home, for example, house condition, location, safety?	☐ Yes	☐ No
	Financial situation Do you often have insufficient funds to pay for your food, housing and health care costs?	☐ Yes	☐ No
	Social isolation and loneliness Do you often feel lonely?	☐ Yes	☐ No
	Social engagement and participation Do you have difficulty in pursuing leisure interests and other activities that are important to you?	☐ Yes	☐ No
12 Carer support (Ask the carer of the older person in private)	Do you feel you have whatever support you need in your role as a carer?	☐ No	☐ Yes
	Do you feel confident in your ability to provide care and support?	☐ No	☐ Yes
	Assess if there is negative impact of the carer role (physically, mentally, financially, socially).	☐ Yes	☐ No
13 Urinary incontinence	Do you have any problems with bladder control, such as accidental leakage of urine?	☐ Yes	☐ No

ارزیابی و مدیریت محیط اجتماعی و فیزیکی

مراقبت اجتماعی و حمایت

برنامه‌ریزی ADL برای حداکثر استقلال؛ اقدامات ایمنی متناسب با پیشرفت دمانس (اجتناب از رانندگی، همراه داشتن یادداشت هویت)

کمک‌حافظه و محصولات کمکی

یادداشت‌ها، تقویم، برچسب‌گذاری کابینت‌ها، هشدار گوشی، جعبه دارو. یادآوری‌ها می‌توانند شامل کارهای خانه، داروها، لیست خرید و شماره‌های ضروری باشند.

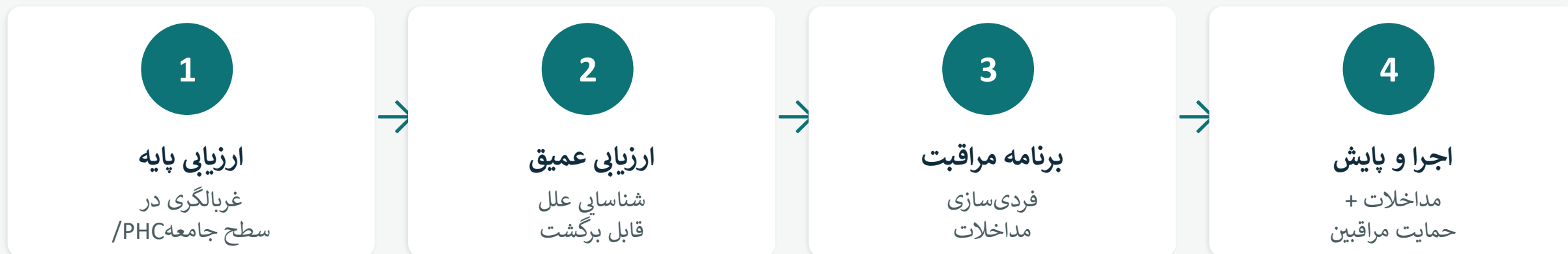
بهینه‌سازی محیط فیزیکی

ارزیابی و اصلاح محیط برای کاهش خطر سقوط. ایجاد محیط‌های دوستدار سالمند و فراگیر دمانس در جامعه.

حمایت از مراقبین

آموزش روتین روزانه، مدیریت رفتارهای چالش‌برانگیز، استفاده از محصولات کمکی، ثبت سقوط‌ها و مراقبت از سلامت خود مراقبین. منبع: WHO iSupport. ©

مسیر مراقبت کاهش شناختی (از شناسایی تا اقدام)



مداخلات کلیدی قابل ارائه در سطح PHC و جامعه:

فعالیت بدنی منظم • تحریک شناختی • تعامل اجتماعی	سبک زندگی
مدیریت فشارخون، دیابت، شنوایی و افسردگی	عوامل خطر
آموزش عملی + مراقبت از سلامت خود مراقبین	حمایت مراقبین

مورد ۲: آقای م — دمانس + حمایت محدود

تشخیص: دمانس (تأیید نورولوژیست)

شرایط اجتماعی و محیطی:

- زندگی تنها با دختر (پس از فوت همسر)
- دختر تنها مراقب و شاغل
- شبکه اجتماعی ضعیف
- آپارتمان طبقه ۳ بدون آسانسور
- خطر سقوط و گم شدن بالا

برنامه مراقبت شخصی سازی شده:

- حمایت ساختاریافته مراقب (برنامه رسمی)
- ایمنی منزل + علائم جهت یابی
- کمک حافظه + خدمات اجتماعی
- مدیریت علائم رفتاری
- ارجاع و هماهنگی چند تخصصی به دلیل پیچیدگی ترکیبی

مورد ۱: آقای م — دمانس + حمایت قوی

تشخیص: دمانس (تأیید نورولوژیست)

شرایط اجتماعی و محیطی:

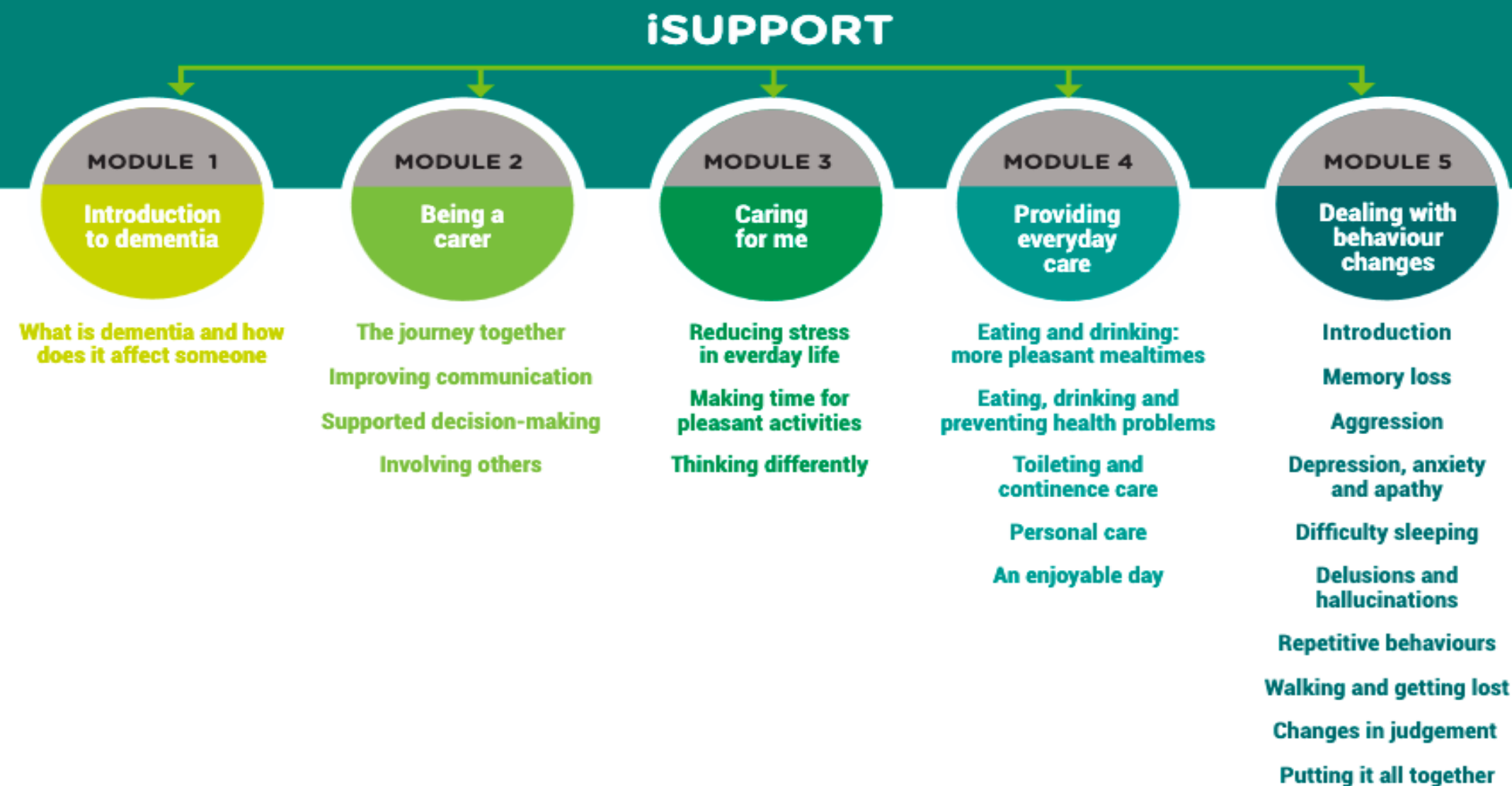
- زندگی با همسر و دختر در منزل همکف
- همسر مراقب اصلی و آموزش دیده
- شبکه دوستان و همسایگان فعال
- منزل نسبتاً ایمن
- وضعیت اقتصادی پایدار

برنامه مراقبت شخصی سازی شده:

- تحریک شناختی + فعالیت بدنی در جامعه
- آموزش تکمیلی همسر و دختر
- کمک حافظه و روتین روزانه
- پایش منظم در سطح PHC
- ارجاع تخصصی در صورت بروز علائم رفتاری یا پیچیدگی بالینی

عامل	مورد ۱ (حمایت قوی)	مورد ۲ (حمایت محدود)
تشخیص	دمانس	دمانس
پیچیدگی بالینی	معمول	معمول + خطر بالاتر عوارض
پیچیدگی اجتماعی	پایین (شبکه قوی)	بالا (مراقب تنها + محیط ناامن)
نیاز به ارجاع	در صورت بروز علائم رفتاری یا پیچیدگی بالینی	ضروری به دلیل پیچیدگی ترکیبی بالینی + اجتماعی
نوع هماهنگی	عمدتاً در سطح PHC و جامعه	هماهنگی چند تخصصی (سالمندی، اجتماعی، ایمنی)

Figure 1



mhGAP Intervention Guide

for mental, neurological and substance use disorders
in non-specialized health settings

Version 2.0



World Health
Organization



Carer with concerns about the child/adolescent's:

- » Difficulty keeping up with peers or carrying out daily activities considered normal for age

concerns about a child/adolescent

- » e.g. rule- or law-breaking behaviour, physical aggression at home or in the community

Common presentations of emotional, behavioral and developmental disorders vary by age in children and adolescents.

- » Decline or problems with memory (severe forgetfulness) and orientation (awareness of time, place and person)
- » Mood or behavioural problems such as apathy (appearing uninterested) or irritability
- » Loss of emotional control (easily upset, irritable or tearful)
- » Difficulties in carrying out usual work, domestic or social activities

DEMENTIA (DEM)

- » Appearing affected by alcohol or other substance (e.g. smell of alcohol, slurred speech, sedated, erratic behaviour)
- » Signs and symptoms of acute behavioural effects, withdrawal features or effects of prolonged use
- » Deterioration of social functioning (i.e. difficulties at work or home, unkempt appearance)
- » Signs of chronic liver disease (abnormal liver enzymes), jaundiced (yellow) skin and eyes, palpable and tender liver edge (in early liver disease), ascites (distended abdomen is filled with fluid), spider naevi (spider-like blood vessels visible on the surface of the skin), and altered mental status (hepatic encephalopathy)
- » Problems with balance, walking, coordinated movements, and nystagmus

- » Incidental findings: macrocytic anaemia, low platelet count, elevated mean corpuscular volume (MCV)
- » Emergency presentation due to substance withdrawal, overdose, or intoxication. Person may appear sedated, overstimulated, agitated, anxious or confused
- » Persons with disorders due to substance use may not report any problems with substance use. Look for:
 - Recurrent requests for psychoactive medications including analgesics
 - Injuries
 - Infections associated with intravenous drug use (HIV/AIDS, Hepatitis C)

DISORDERS DUE TO SUBSTANCE USE (SUB)

All persons presenting to health care facilities should be asked about their tobacco and alcohol use.

از شناسایی تا اقدام — خلاصه عملی برای PHC

غربالگری روتین در PHC

استفاده از سؤال غربالگری و سه آزمون ساده ICOPE در ویزیت‌های معمول سالمندان

آموزش شیوه زندگی

فعالیت بدنی، تحرک شناختی، تعامل اجتماعی، مدیریت شنوایی و افسردگی و عوامل خطر قلبی-عروقی

ارزیابی عمیق و علل reversible

استفاده از ابزار معتبر + بررسی دلیریوم، داروهای نامناسب، بیماری عروقی و قلبی-عروقی

برنامه مراقبت فردی + حمایت مراقبین

ادغام مداخلات + اجرای برنامه مراقبین رسمی به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر مراقبت

۱

۲

۳

۴

عنوان پروژه

طراحی، امکان‌سنجی و ارائه شیوه‌نامه علمی اجرایی : تدوین نظام جامع تربیت مراقبت رسمی از سالمندان

مجری : مرکز تحقیقات سلامت روان سالمندی دانشگاه علوم پزشکی ایران

سفارش : دبیرخانه شورای ملی سالمندان

حمایت : صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA)

همکاران : وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، سازمان فنی و حرفه‌ای، نظام پرستاری و سایر دستگاه‌ها

سطح‌بندی نظام تربیت مراقبین رسمی ایران

عنوان سطح	مخاطب	مجموع ساعات	نظری/عملی	نوع ارزیابی	مسیر ارتقاء
سطح ۱ (پایه)	مراقبین سالمندان سالم، اعضای خانواده	۱۵۰	۱۰/۴۰	کتبی-عملی	ورود به سطح ۱ تکمیلی
سطح ۱ (تکمیلی)	مراقبین علاقمند، داوطلبان موسسات	۶۰	۶/۲۴	عملی-پروژه‌ای	ورود به سطح ۲
سطح ۲	مراقبین بیماران سالمند با بیماری شایع/شناختی	۱۲۰	۶۰/۶۰	کتبی-عملی	ورود به سطح ۳
سطح ۳	مراقبین سالمندان بدحال و نیازمند مراقبت پرستاری	۱۰۰	۰/۱۰۰	عملی-عملکردی	ورود به Care Manager
Care Manager	مدیر مراقبت (Care Manager)	۶۰	۳۰/۳۰	پروژه-پورتفولیو	مدیریت و رهبری تیم مراقبت

سطح ۲- بیماری‌های شایع و شناختی

مخاطب: مراقبین حرفه‌ای
ساعات: ۱۲۰ (۶۰ ساعت نظری + ۶۰ ساعت عملی)

ماژول‌های کلیدی:

- دیابت و فشار خون
- زخم بستر
- پیشگیری از سقوط
- مراقبت از دمانس و آلزایمر
- چنددارویی
- مدیریت بی اختیاری و مشکلات دفع
- تغذیه ویژه در بیماری‌های شایع

- هدف سطح دوم، تربیت مراقبانی است که توانایی ارائه مراقبت در مواجهه با بیماری‌ها و ناتوانی‌های شایع سالمندان را دارند.

مراقبت پایه — سطح ۱

پایه: مخاطب: مراقبین سالمندان سالم + خانواده
ساعت: ۱۵۰ ساعت

ماژول‌های پایه:

- آشنایی با تغییرات سالمندی
- مراقبت‌های روان شناختی و اجتماعی در سالمندان
- ایمن سازی محیط و کمک به تحرک و جابجا شدن سالمند در منزل
- اصول کمک‌های اولیه در سالمندان
- حقوق سالمند و مراقب
- تکمیلی: مخاطب: مراقبین علاقمند، داوطلبان موسسات
ساعت: ۶۰ ساعت

ماژول‌های تکمیلی

- مراقبت از سالمند در اجرای فعالیت‌های روزمره در منزل
- مراقبت از سالمندان با مشکلات شایع سلامت جسمی

کمک پرستاری پیشرفته — سطح ۳

مخاطب : مراقبین فنی سالمندان بدحال
ساعات : ۱۰۰ ساعت کاملاً عملی

مهارت‌های کلیدی:

- آماده‌سازی و دادن دارو
- گاوآژ و ساکشن
- مراقبت از زخم و سونداژ
- جابجایی بیمار بدحال
- شناسایی وضعیت بحرانی

Care Manager — سطح ۴

مخاطب : مدیران مراقبت
ساعات : ۶۰ ساعت (۳۰ ساعت نظری + ۳۰ ساعت عملی)

نقش کلیدی:

- ارزیابی جامع و برنامه فردمحور
- رهبری تیم چندرشته‌ای
- هماهنگی و نظارت بر کیفیت
- دفاع از حقوق سالمند و مراقب
- مدیریت بحران و فرسودگی

Thank you

