

ارزیابی سبک زندگی

دکتر آناهیتا بابک

گروه پزشکی پیشگیری و اجتماعی

اجزاء سبک زندگی سالم

- ❑ ورزش و فعالیت بدنی
- ❑ خواب و استراحت
- ❑ اجتناب از دخانیات، داروها و مواد مخدر
- ❑ رفتارهای مرتبط با رانندگی و پیشگیری از حوادث
- ❑ شاخص توده بدنی و کنترل وزن و تغذیه
- ❑ اقدامات لازم برای پیشگیری یا تشخیص زودهنگام بیماریها
- ❑ مقابله با استرس و ارتقاء سلامت روان
- ❑ (روابط اجتماعی و بین فردی)

Professional Resources

A Lifestyle Screening Questionnaire

Patient instructions: For each question, give a score from 1 to 5 based on the following scale:

- 0= Don't do
- 1 = Never do
- 2 = Rarely do
- 3 = Sometimes do
- 4 = Often do
- 5 =Very often do

And tick the column that best answers the question.

Question	Would You Like Help With This?		
	Score	Yes	No Later
Do you ever feel the need to cut down on your smoking?			
Do you ever feel the need to cut down on your alcohol intake?			
Do you ever feel the need to cut down on other drug use?			
During the past month, have you often been bothered by feeling down, depressed, or hopeless?			
During the past month, have you often been bothered by having little interest or pleasure in doing things?			
Have you been worrying a lot about everyday problems?			
Do you spend most days being physically inactive?			
Are you concerned about your current weight?			
Are you unhappy with the quality of your sleep?			
Do you eat less than about three servings of fruit and vegetables each day?			
Do you suffer side effects from any medications you take?			
Do you have concerns about the state of your skin/ hair?			
Are you concerned in any way about your sexual performance?			
Do your teeth/gums cause you any problems?			
Do you regularly drink large amounts of soft drinks or fruit juices?			

Adapted from Goodyear-Smith, F., Arroll, B., Sullivan, S., et al., 2004. Lifestyle screening: development of an acceptable multi-item general practice tool. N. Z. Med. J. 117 (1205), U1146.

Lifestyle Assessment Short Form

OVERALL HEALTH

1. Please circle your current overall LEVEL of HEALTH.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Very poor health Excellent health

SLEEP

2. OVER THE LAST TWO WEEKS, how many hours of sleep did you average in a 24-hour period?

- a. Less than 4 hours
- b. 4-5 hours
- c. 6 hours
- d. 7-8 hours
- e. 9 or more hours

3. OVER THE LAST TWO WEEKS, how often did you feel tired or have difficulty staying awake during routine tasks in the day?

- a. Not at all
- b. Several days
- c. More than half the days
- d. Nearly every day

NUTRITION

5. OVER THE LAST TWO WEEKS, how often have you eaten fast food, sugary drinks (e.g., soda, sports drinks, juice) or packaged foods (e.g., chips, candy, crackers, cookies)?

- a. Not at all
- b. Several days
- c. More than half the days
- d. Nearly every day

6. ON AN AVERAGE DAY, how many servings of whole fruits and vegetables do you eat (1 serving is about a handful and does not include fruit juice)?

- a. Less than 2 servings
- b. 2-3 servings
- c. 4-5 servings
- d. More than 5 servings

WEIGHT MANAGEMENT

WEIGHT MANAGEMENT

4. What do you think about your current weight?

- a. I want to gain a lot of weight
- b. I want to gain a little weight
- c. I am happy with my weight
- d. I want to lose a little weight
- e. I want to lose a lot of weight

EXERCISE

7. OVER THE LAST TWO WEEKS, how many days did you exercise at a moderate to strenuous intensity (e.g., brisk walking or enough movement to break a light sweat)?

- a. Less than 1 time per week
- b. 1-2 times per week
- c. 3-4 times per week
- d. 5 or more times per week

8. DURING AN AVERAGE SESSION, how many minutes do you exercise at a moderate to strenuous intensity (e.g., brisk walking or enough movement to break a light sweat)?

- a. Less than 10 minutes
- b. 10-29 minutes
- c. 30-49 minutes
- d. 50 minutes or more

Patient Name: _____ DOB: _____

©2019 Loma Linda University Health and the American College of Lifestyle Medicine. All rights reserved. Updated May 2018

page 1

PURPOSE & CONNECTION / MENTAL HEALTH

9. Over the past 2 weeks, how often have you...	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
a. Felt like your life had purpose or meaning?	3	2	1	0
b. Connected with any support network (e.g. community, spiritual, friends/family, nature, yoga, or meditation)?	3	2	1	0
c. Been bothered by little interest or pleasure in doing things?	0	1	2	3
d. Been bothered by feeling down, depressed or hopeless?	0	1	2	3
e. Been bothered by feeling nervous, anxious or on edge?	0	1	2	3
f. Been bothered by worrying too much about different things?	0	1	2	3

SMOKING/SUBSTANCE USE

Have you used any of the following substances in the past year?

10. **NICOTINE** (cigarettes, e-cigarettes/vaping, cigars)

Yes No

If you marked "YES", how many cigarettes do you usually use? _____ a day

If you marked "YES", circle what level of concern you have regarding nicotine?

0 1 2 3 4 5
No Concern High Concern

11. **ALCOHOL** (beer, wine, liquor)

Yes No

If you marked "YES", how much alcohol do you usually use? _____ a day

If you marked "YES", circle what level of concern you have regarding your alcohol use?

0 1 2 3 4 5
No Concern High Concern

12. **RECREATIONAL DRUGS** (cocaine, heroin, meth, etc.)

Yes No

If you marked "YES", how much do you usually use? _____ a day

If you marked "YES", circle what level of concern you have regarding your recreational drug use?

0 1 2 3 4 5
No Concern High Concern

13. **MARIJUANA**

Yes No

If you marked "YES", how much marijuana do you usually use? _____ a day

If you marked "YES", circle what level of concern you have regarding your marijuana use?

0 1 2 3 4 5
No Concern High Concern

MOTIVATION

14. Please rank the top **THREE** areas you are most motivated to change in order to improve your current overall **LEVEL OF HEALTH** (1 being most motivated).

Sleep	_____	Weight Management	_____	Nutrition	_____
Exercise	_____	Purpose & Connection	_____	Mental Health	_____
Substance Use	_____				

FANTASTIC LIFESTYLE ASSESSMENT

Based on the past month rate yourself in each of the areas below:

		2 points	1 point	No points	Maximum score	Your score
FAMILY FRIENDS	Communication with others is open, honest and clear	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	I give and receive affection	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	I get the emotional support that I need	almost always	some of the time	hardly ever	2	
ACTIVITY	Active Exercise—30 minutes e.g. running, cycling, fast walk	3 times weekly	twice a week	seldom or never	2	
	Relaxation and enjoyment of leisure time	almost daily	some of the time	hardly ever	2	
NUTRITION	Balanced meals	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	breakfast daily	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	Excess sugar, salt, animal fats, or junk foods	minimal use	some of the time	frequently	2	
	Ideal weight	within 10 lbs. (4 kg.)	within 20 lbs. (8 kg.)	not within 20 lbs. (8 kg.)	2	
TOBACCO TOXINS	Tobacco in the past year	none	pipe only	cigarettes	2	
	Abuse of drugs: prescribed and unprescribed	seldom or never	some of the time	frequently	2	
	Coffee, tea, cola	under 3 per day	3 - 6 per day	6 or more	2	
ALCOHOL	Average intake per day	less than 2 drinks	2 drinks	more than 2	2	
	Alcohol & driving	never drink & drive	only rarely	fairly often	2	
SLEEP SEATBELTS TRESS	7 - 9 hrs. sleep per night	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	Frequency of seat belt use	always	most of the time	some of the time	2	
	Major stressful events in past year	none	1 - 2	3 or more	2	
TYPE OF PERSONALITY	Sense of time urgency; impatience	hardly ever	some of the time	almost always	2	
	Competitive and aggressive	hardly ever	some of the time	almost always	2	
	Feelings of anger & hostility	hardly ever	some of the time	almost always	2	
INSIGHT	Positive thinker	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	Anxiety, worry	hardly ever	some of the time	almost always	2	
	Depression	hardly ever	some of the time	almost always	2	
CAREER (Includes home-making, students, etc.)	Satisfied in job or role	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	Good Relationships with those around	almost always	some of the time	hardly ever	2	
TOTAL					50	

Name _____

Sex M ☐ F ☐



What does your score mean?

If you score:

42 - 50 — Congratulations—You are in control.

35 - 41 — Good work—You are on the right track.

30 - 34 — Fair

20 - 29 — Somewhat low—you could take more control.

0 - 19 — You are in the danger zone (but honesty is your real strength).

Note: The total score does not mean that you have failed. There is always the chance to change your lifestyle — starting now. Look at the areas where you scored a 0 or 1 and decide which areas you want to work on first.

Tips:

1. Don't try to change all the areas at once. This will be too overwhelming for you.
2. Writing down your proposed changes and your overall goal will help you to succeed.
3. Make changes in small steps towards the overall goal.
4. Enlist the help of a friend to make similar changes and/or to support you in your attempts.
5. Congratulate yourself for achieving each step. Give yourself appropriate rewards.
6. Ask your family physician, nurse or health department for more information on any of these areas.

سوالات ارزیابی الگوی تغذیه (توسط بهورز / مراقب سلامت)

۱- مصرف میوه روزانه شما معمولاً چقدر است؟

گزینه اول: بندرت / هرگز

گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد

گزینه سوم: ۲ واحد یا بیشتر

۲- مصرف سبزی روزانه شما معمولاً چقدر است؟

گزینه اول: بندرت / هرگز

گزینه دوم: کمتر از ۳ واحد

گزینه سوم: ۳ واحد یا بیشتر

۳- مصرف شیر و لبنیات روزانه شما معمولاً چقدر است؟

گزینه اول: بندرت / هرگز

گزینه دوم: کمتر از ۲ واحد

گزینه سوم: ۲ واحد یا بیشتر

۴- آیا سر سفره از نمکدان استفاده می کنید؟

گزینه اول: همیشه

گزینه دوم: گاهی

گزینه سوم: بندرت/ هرگز

۵- به طور معمول چقدر فست فود/ نوشابه های گازدار مصرف می کنید؟

گزینه اول: ماهانه ۲ بار یا بیشتر

گزینه دوم: ماهانه ۱ تا ۲ بار

گزینه سوم: بندرت/ هرگز

۶- چه نوع روغنی معمولاً مصرف می کنید؟

گزینه اول: فقط روغن نیمه جامد یا فقط جامد یا فقط حیوانی

گزینه دوم: تلفیقی از انواع روغن های مایع، جامد و نیمه جامد

گزینه سوم: فقط گیاهی مایع (معمولی و مخصوص سرخ کردنی)

نحوه محاسبه امتیاز: گزینه اول = صفر امتیاز گزینه دوم = یک امتیاز گزینه سوم = ۲ امتیاز بیشترین امتیاز از مجموع سوالات: ۱۲ امتیاز

میزان توصیه شده روزانه	اندازه هر واحد	گروه غذایی
۱۱ - ۶ واحد	انواع نان: ۳۰ گرم یا یک برش ۱۰ × ۱۰ سانتی متر (نان لواش: ۴ برش) / نصف لیوان برنج پخته یا ماکارونی پخته یا غلات خام (گندم، جو) / ۳ عدد بیسکویت ساده / یک عدد متوسط سیب زمینی	نان و غلات
۵ - ۳ واحد	یک لیوان سبزی های خام برگ دار = نصف لیوان سبزی پخته یا خام خرد شده = نصف لیوان سبزیهای نشاسته ای (نخود سبز، باقلا سبز، ذرت)، لوبیای سبز و هویج خردشده = یک عدد متوسط گوجه فرنگی؛ هویج؛ خیار؛ پیاز خام	سبزیها
۴ - ۲ واحد	یک عدد متوسط (سیب، موز، پرتقال، گلابی، هلو، کیوی، شلیل) = نصف لیوان میوه های ریز مانند توت، انگور و انار = ۲ عدد نارنگی = نصف گریب فروت = ۱۲ عدد گیلان = ۲ عدد آلو یا خرما یا انجیر تازه = ۴ عدد زرد آلو متوسط = یک برش ۳۰۰ گرمی خربزه یا طالبی یا هندوانه = نصف لیوان میوه پخته یا کمپوت = یک چهارم لیوان میوه خشک یا خشکبار = سه چهارم لیوان آبمیوه تازه و طبیعی	میوه ها
۳ - ۲ واحد	یک لیوان شیر یا ماست = ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر معمولی (یک و نیم قوطی کبریت) = یک چهارم لیوان کشک = ۲ لیوان دوغ = یک و نیم لیوان بستنی ساده وانیلی	شیر و لبنیات
۲-۱ واحد	۶۰ گرم انواع گوشت (دوتکه خورشتی متوسط معادل دو قوطی کبریت) = نصف ران یا یک سوم سینه مرغ = یک تکه ماهی به اندازه یک کف دست = دو عدد تخم مرغ	گوشت و تخم مرغ
۱ واحد	نصف لیوان حبوبات پخته، یک سوم لیوان انواع مغزها مانند گردو، پسته، فندق، بادام و ...	حبوبات و مغزهای گیاهی
حداقل میزان	یک قاشق مرباخوری روغن مایع یا جامد (۵ گرم)	گروه متفرقه *
حد اقل میزان	یک قاشق مربا خوری شکر یا مربا (۵ گرم)	

***گروه متفرقه یا گروه چربی ها، روغن ها و شیرینی ها:** گروه متفرقه هرم غذایی شامل چربی، روغن، شکر، قندها و شیرینی ها، نمک، انواع ترشی و چاشنی ها می باشد که گروه اصلی غذایی محسوب نشده و فقط مثلث کوچکی را در بالای هرم تشکیل می دهند. نظر به مضرات مصرف این گروه، باید کمترین میزان مصرف را در روز داشته باشند. مصرف زیاد چربی و روغن موجب چاقی، بیماریهای قلبی عروقی، افزایش فشار خون، دیابت و برخی سرطانها می شود. ازدیاد مصرف شکر، قندها و شیرینی ها، افزایش وزن و چاقی را به دنبال دارد و نمک زیاد فشار خون را بالا می برد.

درگیری با مصرف دارو، الکل و مواد

ارزیابی

غربالگری اولیه در ارزیابی دوره ای

با رعایت اصول مشاوره، رعایت حریم خصوصی و رازداری، بدون حضور دیگران و با رعایت حقوق مراجعه کننده از او سوال کنید:

۱. در طول عمر خود کدام یک از مواد زیر را مصرف کرده اید؟

الف- انواع مواد دخانی یا تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)

ب- داروهای مسکن آپئوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)

ج- داروهای آرام-بخش یا خواب-آور (دیازپام، آلپرازولام، کلونازپام، فنوباربیتال، غیره)

د- الکل (آبجو، شراب، عرق، غیره)

۲. مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)

الف- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیر، سوخته، هرویین، کراک

هروئین، غیره)

ب- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)

ج- محرک-های -آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)

د- سایر- مشخص کنید: ...

۳. مصرف در سه ماه اخیر: اگر پاسخ هریک از سوالات بالا مثبت

است سوال کنید که: آیا در طی ۳ ماه اخیر مصرف داشته اید؟

مراجعات موردی

در صورت مراجعه فرد مبتلا به اختلال مصرف، موارد زیر را

بررسی کنید:

۱. آیا فرد مبتلا به اختلال مصرف دارو، الکل یا مواد یا افراد خانواده

او برای دریافت کمک مراجعه کرده اند؟

۲. آیا فرد مبتلا تحت درمان می باشد؟

عوارض و فوریتها

در فرد مبتلا به اختلال مصرف یا تحت درمان برای ترک، وضعیت

عوارض و فوریتها را بررسی کنید:

آیا هیچیک از علائم زیر حین مصرف یا مدت کوتاهی پس از مصرف

مواد یا در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از قطع مصرف مواد

در فرد وجود دارد؟

کاهش سطح هوشیاری یا اغما، اختلال جهت-یابی به صورت ناآگاهی

از زمان، مکان یا اشخاص، تشنج، قصد جدی آسیب به خود یا خودکشی،

پرخاشگری یا قصد آسیب به دیگران

ارزیابی مصرف دخانیات

سوال کنید:

- آیا در طول عمر خود یکی از

مواد دخانی دودزا (سیگار یا قلیان

یا پیپ) یا مواد دخانی بدون دود

(جویدنی، مکیدنی و انفیه ای: ناس

و....) را مصرف کرده اید؟

- اگر بلی در سه ماه گذشته

چطور؟ در یک ماه اخیر چطور؟

- اگر قبلا مصرف می کرده اید و

ترک کرده اید چه مدت از ترک آن

می گذرد؟

- آیا در ماه گذشته فردی در

حضور شما در محیط زندگی یا

کار دخانیات مصرف کرده است؟

(تماس با دود دست دوم)

- آیا با بقایای حاصل از مصرف

دخانیات تماس دارید؟

(تماس با دود دست سوم)

در صورت مصرف دخانیات در ۳

ماه اخیر موارد زیر را بررسی

کنید:

- نوع دخانیات مصرفی در حال

حاضر

- تعداد نخ سیگار مصرفی یا تعداد

دفعات مصرف قلیان یا مواد دخانی

دیگر در روز/ هفته / ماه

- آیا تمایل به ترک سیگار دارد؟

فعالیت فیزیکی میانسالان

ارزیابی

سوال کنید:

آیا فرد فعالیت فیزیکی دارد؟

در صورت نداشتن فعالیت فیزیکی:

دلایل آن را از نظر: وجود ممنوعیت / محدودیت / بیماری / معلولیت / موانع اجتماعی / خانوادگی / بهانه های فردی و ... سوال کنید

در صورت داشتن فعالیت فیزیکی:

- نوع فعالیت را تعیین کنید (پیاده روی، کار / شغل همراه با فعالیت بدنی، ورزش و سایر تمرینات تفریحی- ورزشی)

- شدت فعالیت فیزیکی را بر اساس جدول تعیین شدت فعالیت با توجه به نوع فعالیت (صفحات بعد) یا روش صحبت کردن (Talk test) تعیین کنید

- مدت انجام هر نوع فعالیت فیزیکی در روز را تعیین کنید

- دفعات یا تعداد روزهای انجام هر نوع فعالیت فیزیکی در هفته را تعیین کنید

- مرحله رفتار را بر اساس مدل soc تعیین کنید

(par-q): آزمون آمادگی فعالیت فیزیکی را در بیماران/ قبل از تجویز فعالیت فیزیکی جدید/ قبل از افزایش زمان و دفعات و شدت فعالیت فیزیکی انجام دهید و بر اساس نتیجه تصمیم گیری کنید

غربالگری اولیه سلامت روان در میانسالان

ارزیابی

○ غربالگری سلامت روان: (۱)

در مورد حالت هایی که مراجعه کننده در طول ۳۰ روز گذشته تجربه کرده به صورت زیر سوال کنید.

۱. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس کردید مضطرب و عصبی هستید؟

۲. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا آرامی و بیقراری م کردید؟

۳. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس غم و اندوه کردید؟

۴. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس می کردید که انجام دادن کارهای روزمره برای شما خیلی سخت است؟

۵. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس نا امیدی کردید؟

۶. چقدر در ۳۰ روز گذشته احساس بی ارزشی کردید؟

- بر اساس پاسخ وی به هر سوال به صورت زیر نمره بدهید: (۲)

همیشه (۴)	بیشتر اوقات (۳)	گاهی اوقات (۲)	بندرت (۱)	اصلاً (صفر)
-----------	-----------------	----------------	-----------	-------------

- سپس امتیاز ها را جمع کنید.

● سوایق (۳)

بررسی و سوال کنید:

۱- آیا تا به حال تشخیص مشکلات اعصاب و روان داشته اید؟

۲- آیا در حال حاضر دارو اعصاب و روان مصرف می کنید؟

● غربالگری افکار و رفتار خودکشی (۴)

۳- در صورت کسب امتیاز $10 \leq$ و یا عدم پاسخ به ۳ سوال از پرسشنامه ۶ سوالی؛ راجع به افکار خودکشی یا قصد جدی برای آسیب به خود سوال کنید.

- آیا هیچ گاه شده است از زندگی خسته شوید و به مرگ فکر کنید؟

- آیا اخیراً به خودکشی فکر کرده اید؟

جدول تعیین شدت فعالیت فیزیکی با توجه به نوع فعالیت

نوع فعالیت فیزیکی	شدت خفیف (کمتر از ۳ مت)	شدت متوسط (۳-۶ مت)	شدید (مساوی یا بیش تر از ۶ مت)
پیاده روی	پیاده روی آهسته اطراف منزل، محل کار	پیاده روی با سرعت ۵-۳ مایل در ساعت	پیاده روی خیلی تند
فعالیت های خانگی	ایستادن، مرتب کردن تختخواب، شستن ظروف، اتو کردن، آماده کردن غذا	شستن حیاط، فرش و اتومبیل، ساییدن کف، جارو زدن دستی، تی کشیدن	-
فعالیت فیزیکی حین انجام کار	فعالیت های نشستنی مانند استفاده از کامپیوتر، کار کردن پشت میز کار، استفاده از ابزارهای دستی سبک	نجاری، حمل و پشته سازی چوب/ چمن زنی، هل دادن ماشین چمن زنی	جابجایی شن، ماسه، زغال سنگ و غیره با بیل/ حمل بارهای سنگین مانند آجر، کار کشاورزی سنگین، جمع آوری علوفه، بیل زدن، حفر گودال
فعالیت های ورزشی- تفریحی	فعالیت های زمان فراغت و ورزش شامل هنر و صنایع دستی، بیلارد، ماهیگیری نشسته/ نواختن بیش تر آلات موسیقی	فعالیت های زمان فراغت و ورزش شامل بدمینتون تفریحی، حرکات موزون در سالن، ماهی گیری از ساحل رودخانه همراه با پیاده روی، موج سواری، تنیس روی میز، والیبال غیر حرفه ای	فعالیت های ورزشی شامل دوچرخه سواری، فوتبال، شنا، والیبال حرفه ای، بسکتبال، تنیس تک نفره، دویدن، کوهپیمایی

ارزیابی نیاز به مشاوره با پزشک قبل از شروع فعالیت های جسمانی (پرسشنامه آمادگی فعالیت فیزیکی PAR-Q)		
خیر	بلی	۱) آیا پزشک تا به حال به شما گفته است که شرایط قلبی شما به گونه ای است که باید فقط فعالیت های جسمانی توصیه شده توسط پزشک را انجام دهید؟
خیر	بلی	۲) آیا در حین فعالیت جسمانی درد در قفسه سینه دارید؟
خیر	بلی	۳) آیا در ماه گذشته، در زمانی که فعالیت جسمی نداشتید، قفسه سینه شما درد می گرفت؟
خیر	بلی	۴) آیا تعادل خود را به علت سرگیجه از دست می دهید یا تا به حال هوشیاری خود را از دست داده اید؟
خیر	بلی	۵) آیا مشکل استخوانی یا مفصلی (مانند پشت، زانو یا لگن) دارید که ممکن است با تغییر در میزان فعالیت جسمانی بدتر شود؟
خیر	بلی	۶) آیا اخیراً به تجویز پزشک، داروهای کاهنده فشار خون یا داروهای قلبی مصرف می نمایید؟
خیر	بلی	۷) آیا دلایل دیگری دارید که نباید فعالیت جسمانی داشته باشید؟

در صورت پاسخ مثبت به یک یا بیشتر از سؤالات مندرج در جدول پس از توضیح موارد زیر، مراجعه کننده را به پزشک ارجاع دهید.

تعیین مرحله تغییر رفتار فرد در مشاوره تغذیه، فعالیت جسمانی و ترک دخانیات

در جداول تن سنجی؛ ارزیابی الگوی تغذیه و ارزیابی فعالیت فیزیکی میانسالان، تعیین مرحله SOC (مراحل تغییر رفتار) فرد برای ارائه آموزش ها و ارتقای شیوه زندگی ذکر گردیده است. بدین منظور در فرایند مشاوره برای تعیین مرحله رفتار فرد در تغذیه؛ فعالیت فیزیکی و ترک مصرف دخانیات طبق جدول زیر اقدام نمایید.

سوال	پاسخ بلی	پاسخ خیر	اقدام
آیا فرد تاکنون به عوارض شیوه زندگی ناسالم (تغذیه نامطلوب، کم تحرکی، مصرف دخانیات) بر روی سلامتی خود فکر کرده است؟	مرحله تفکر	مرحله پیش تفکر	پاسخ خیر: آموزش عوارض نامطلوب شیوه زندگی سالم
آیا فرد آمادگی (تمایل) برای ارتقای شیوه زندگی خود را دارد؟	مرحله آمادگی		پاسخ خیر: آموزش درباره منافع شیوه زندگی سالم، صحبت درباره افراد موفق در تغییر شیوه زندگی پاسخ بلی: ارائه اطلاعات و راهکارهای مناسب
آیا فرد برای ارتقای شیوه زندگی خود بر اساس آموزش هایی که دریافت کرده، دست به اقدام عملی زده است؟	مرحله عمل		پاسخ خیر: بررسی موانع و مشکلات (موانع فردی، خانوادگی، اجتماعی) برای انجام اقدامات لازم پاسخ بلی: تشویق و حمایت فرد، ارائه راهکارهای مناسب
آیا فرد در دو دوره زمانی ۳ ماهه گذشته شیوه زندگی سالم (تغذیه مناسب، فعالیت فیزیکی مطلوب، ترک مصرف دخانیات) داشته است؟	مرحله پایداری		پاسخ خیر: حمایت روانی و تشویق فرد برای تلاش دوباره پاسخ بلی: تشویق و حمایت فرد برای حفظ رفتار تغییر یافته

منبع

دستورالعمل مراقبت از میانسالان
ایران